

Redução das desigualdades no período de uma geração

Igualdade na saúde através da acção
sobre os seus determinantes sociais





Catálogo-na-fonte: Biblioteca da OMS:

Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: relatório final da comissão para os determinantes sociais da saúde.

1.Fatores socioeconómicos. 2.Dotação de recursos para cuidados de saúde. 3.Acesso aos serviços de saúde. 4.Defesa do paciente. I.Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.

ISBN 978 92 4 856370 6
(NLM classification: WA 525)

Sugestão de citação

CDSS (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, Organização Mundial da Saúde.

© Organização Mundial da Saúde 2010

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser pedidas a: Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir as publicações da OMS – seja para venda ou para distribuição sem fins comerciais - devem ser endereçados a Publicações da OMS, no endereço anteriormente indicado (fax: : +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As denominações utilizadas nesta publicação

e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma

Créditos de fotografia

OMS/Marko Kokić; OMS/Christopher Black; OMS/Chris De Bode.Os créditos fotográficos detalhados poderão ser obtidos junto da OMS.

letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

A responsabilidade pelas opiniões expressas nesta publicação cabe exclusivamente aos seus autores

Printed in Portugal.

Edição Portuguesa

Tradução: João Conceição e Silva
Adaptação gráfica: Inês de Vilhena

A Comissão apela à redução das desigualdades na saúde no período de uma geração

O tema da justiça social é de importância vital. Afecta a forma como a população vive, a consequente probabilidade de doença e o seu risco de morte prematura. Assistimos ora com surpresa ao aumento da esperança média de vida e dos níveis de saúde em determinadas partes do globo, ora com alarme à sua redução noutras regiões. Uma menina nascida hoje pode esperar viver mais de 80 anos caso nasça em alguns países, mas menos de 45 se nascer noutros. Dentro de um mesmo país é possível encontrar diferenças dramáticas no campo da saúde, que estão intimamente relacionados com os diferentes graus de desfavorecimento a nível social. Diferenças desta magnitude, dentro ou entre países, simplesmente não deveriam existir.

Estas desigualdades na saúde, por certo evitáveis, surgem por causa das circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como dos sistemas implementados para lidar com a doença. As condições em que as pessoas vivem e morrem são, por outro lado, moldadas por forças de ordem política, social e económica.

As políticas sociais e económicas têm um impacto determinante na possibilidade de uma criança crescer e se desenvolver em todo o seu potencial e viver uma vida plena ou de a sua vida ser destruída. De modo cada vez mais significativo, a natureza dos problemas relacionados com a saúde dos países ricos e pobres tende a convergir. O grau de desenvolvimento de uma sociedade, seja rica ou pobre, pode ser avaliado pela qualidade da saúde da sua população, pela justiça

da sua distribuição no espectro social e o grau de protecção prestado em situações desvantajosas relacionadas com deficiências de saúde.

No espírito da justiça social, a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health) foi criada em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para orientar a documentação factual sobre as acções a tomar com vista ao fomento da igualdade na saúde e para promover um movimento global para alcançar este objectivo.

Com o avançar do trabalho da Comissão, diversos países e agências tornaram-se seus parceiros, procurando enquadrar políticas e programas, através de todo o espectro da sociedade e que influenciam os determinantes relacionados com a saúde e melhoram a igualdade na saúde. Estes países e parceiros integram a vanguarda de um movimento de escala global.

A Comissão convoca a OMS e todos os governos nacionais para que liderem a acção à escala global sobre os determinantes sociais da saúde, com o objectivo de alcançar a meta da igualdade na saúde. É essencial que governos, sociedade civil, OMS e outras organizações internacionais se juntem no esforço comum de agir para a melhoria das condições de vida dos cidadãos do Mundo. Alcançar a igualdade na saúde dentro de uma geração é possível, é a opção correcta a tomar e este é o momento indicado para o fazer.

SUMÁRIO EXECUTIVO	1
PARTE 1: ENQUADRAMENTO PARA UMA ABORDAGEM GLOBAL DA IGUALDADE NA SAÚDE	27
Capítulo 1: Uma nova agenda global – a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde	28
Capítulo 2: Desigualdade na saúde a nível global – é urgente agir	31
Capítulo 3: Causas e soluções	37
PARTE 2: FACTOS, ACÇÃO E AGENTES	43
Capítulo 4: Natureza dos factos e da acção	44
Compilação dos factos	44
Enquadramento conceptual da Comissão	44
Avaliação dos factos	45
Áreas chave para a acção e recomendações da Comissão	45
Implicações para os diferentes agentes	46
Contextualização das recomendações	48
PARTE 3: CONDIÇÕES DE VIDA QUOTIDIANAS: RECOMENDAÇÕES PARA A ACÇÃO	51
Capítulo 5: Igualdade desde o início	52
Acção para um início de vida mais justo	54
Mudança de mentalidades	54
Abordagem abrangente à primeira infância na prática médica	55
Âmbito da educação	60
Obstáculos para a educação	61
Educação de meninas	62
Capítulo 6: Locais saudáveis – pessoas saudáveis	63
Acção para a construção de um ambiente de vida próspero	66
Governança urbana participativa	66
Melhoria das condições de vida na cidade	67
Planeamento e desenho urbano que promovem comportamentos saudáveis e a segurança	71
Direitos de propriedade do solo	74
Estilos de vida rurais	74
Infra-estruturas e serviços rurais	75
Migração rural – urbana	75
Ambiente natural	76
Capítulo 7: Emprego justo e trabalho digno	77
Criação de emprego justo e trabalho digno	81
Um ambiente internacional favorável	81
Representação justa dos trabalhadores no desenvolvimento da agenda de políticas nacional	82
Condições de trabalho seguras e dignas	84
Trabalho precário	86
Melhoria das condições de trabalho	89
Capítulo 8: Protecção social ao longo do ciclo de vida	90
Acção para a protecção social universal	93
Sistemas de protecção social universais ao longo do ciclo de vida	93
A generosidade dos sistemas de protecção social	95
Definição de grupos-alvo específicos	96
Alargamento dos sistemas de protecção social aos grupos excluídos	97

Capítulo 9: Cuidados de saúde universais	100
Acção para os cuidados de saúde universais	103
Cuidados de Saúde Primários Universais	103
Cuidados de saúde primários – envolvimento e capacitação da comunidade	104
Prevenção e promoção	104
Utilização dos cuidados de saúde limitados a grupos-alvo específicos para construção da cobertura universal	105
Financiamento de cuidados de saúde – impostos e seguros	107
Ajuda aos recursos humanos de saúde	111
PARTE 4: PODER, DINHEIRO E RECURSOS: RECOMENDAÇÕES PARA A ACÇÃO	115
Capítulo 10: Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas	116
Construção de uma abordagem coerente à igualdade na saúde	117
A igualdade na saúde como indicador do progresso social	117
Coerência de políticas – mecanismos de suporte para a igualdade na saúde em todas as políticas	118
O impacto das políticas do governo na igualdade na saúde	121
Acção dentro do sector da saúde	122
Fortalecimento institucional	123
O sector da saúde como catalisador para além do governo	124
Capítulo 11: Financiamento justo	126
Acção para o financiamento justo	131
Tributação progressiva	131
Impostos num mundo globalizado	132
Assistência ao desenvolvimento na saúde	135
Enquadramento para a ajuda segundo os determinantes sociais da saúde	135
Perdão da dívida	136
Responsabilidade pela dívida futura	137
Atribuição justa de recursos	138
Capítulo 12: Responsabilidade de mercado	139
Acções para a responsabilidade do mercado	143
Avaliação do impacto sobre a igualdade na saúde nos acordos económicos	144
Flexibilidade nos acordos	145
Sector privado responsável	151
Capítulo 13: Igualdade de género	152
Acção para a melhoria da igualdade de género na saúde	154
Legislação	154
Generalização das questões de género	156
Inclusão da contribuição económica das mulheres na contabilidade nacional	158
Educação e formação	158
Participação económica	159
Saúde e direitos sexuais e reprodutivos	161
Capítulo 14: Capacitação política – inclusão e expressão	163
Acção para a justiça na inclusão e expressão	166
Legislação para a capacitação política – direitos e intervenção	166
Participação justa na elaboração de políticas	168
Abordagens à igualdade na saúde com acção desde as bases até ao topo da hierarquia social	172
Capítulo 15: Administração global competente	175
Acções para uma administração global competente	179
Igualdade na saúde – um objectivo global	180
Concertação multilateral	180
Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio	180
Promotores da administração global na saúde	182

PARTE 5: CONHECIMENTO, MONITORIZAÇÃO E CAPACIDADES: A BASE DE ACÇÃO	187
Capítulo 16: Os determinantes sociais da saúde: Monitorização, investigação e formação	188
Acção para a capacidade melhorada de monitorização, investigação e intervenção	189
Sistemas de registo de nascimento	189
Sistemas nacionais de vigilância da igualdade na saúde	190
Um sistema global de monitorização da igualdade na saúde	194
Expansão das bases de conhecimento	196
Formação e educação sobre os determinantes sociais da saúde	199
PARTE 6: CONSTRUÇÃO DE UM MOVIMENTO GLOBAL	205
Capítulo 17: Manutenção da acção para além da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde	206
Princípios fundamentais para a acção permanente	206
Uma agenda incompleta	208
Objectivos e metas para a igualdade na saúde	209
Marcos notáveis rumo à igualdade na saúde – metas de curto a médio prazo	211
ANEXO A: LISTA DE TODAS AS RECOMENDAÇÕES	213
BIOGRAFIAS DOS COMISSÁRIOS	220
REFERÊNCIAS	221
SIGLAS	238
LISTA DE CAIXAS, FIGURAS E QUADROS	240
ÍNDICE REMISSIVO	245

Agradecimentos

O trabalho da Comissão foi promovido, informado e orientado pelo Presidente da Comissão e pelos seus Comissários.

Equipa redactora: Michael Marmot, Sharon Friel, Ruth Bell, Tanja AJ Houweling e Sebastian Taylor. A equipa está em dívida para com todos aqueles que contribuíram para a elaboração do presente relatório, incluindo Comissários, Redes de Conhecimento, países parceiros, prestadores de serviços da sociedade civil e colegas na Organização Mundial da Saúde (OMS) em Genebra. Agradecimentos especiais são enviados para Ron Labonte, Don Matheson, Hernan Sandoval (Conselheiro Especial da Comissão) e David Woodward.

O Secretariado da Comissão (University College London) foi conduzido por Sharon Friel. Os membros da equipa incluem Ruth Bell, Ian Forde, Tanja AJ Houweling, Felicity Porritt, Elaine Reinertsen e Sebastian Taylor. O Secretariado da Comissão (OMS) foi conduzido por Jeanette Vega (2004-2007) e Nick Drager (2008). O pessoal da OMS, cujo papel foi determinante na estruturação e condução das orientações de trabalho da Comissão, são: Erik Blas, Chris Brown, Hilary Brown, Alec Irwin, Rene Loewenson (consultor), Richard Poe, Gabrielle Ross, Ritu Sadana, Sarah Simpson, Orielle Solar, Nicole Valentine e Eugenio Raul Villar Montesinos. O restante pessoal inclui: Elmira Adenova, Daniel Albrecht, Lexi Bambas-Nolan, Ahmad Reza Hosseinpour, Theadora Koller, Lucy Mshana, Susanne Nakalembe, Giorelley Niezen, Bongive Peguillan, Amit Prasad, Kumanan Rasanathan, Kitt Rasmussen, Lina Reinders, Anand Sivasankara Kurup, Niko Speybroeck e Michel Thieren.

A OMS apoiou a Comissão de diversas formas. Agradecemos em particular ao antigo Director Geral JW Lee e à actual Directora Geral Margaret Chan. A Comissão agradece ao Director Geral Assistente Tim Evans a promoção do seu trabalho dentro da organização e aos Directores Regionais pelo seu apoio constante: Marc Danzon, Hussein Abdel-Razzak Al Gezairy, Nata Menabde, Shigeru Omi, Samlee Plianbangchang, Mirta Roses Perialego e Luis Gomes Sambo. Igualmente, agradecemos aos centros de acção regionais da OMS: Anjana Bhushan, Soe Nyunt-U (WPRO); Chris Brown (EURO); Luiz Galvao, Marco Ackerman (PAHO-AMRO); Davison Munodawafa, Than Sein (SEARO); Benjamin Nganda, Anthony Mawaya,

Chris Mwikisa (AFRO); Sameen Siddiqi, Susanne Watts e Mohamed Assai (EMRO). Obrigado aos numerosos colegas na OMS que apoiaram o trabalho da Comissão, incluindo os representantes de cada país, Meena Cabral de Mello, Carlos Corvalan, Claudia Garcia-Moreno, Amine Kebe, Jacob Kumaresan e Erio Ziglio.

Expressamos o nosso reconhecimento aos países parceiros da Comissão – os numerosos departamentos e executivos governamentais que apoiaram o projecto com ideias, orientação especializada e crítica de grande valor, bem como financeiramente. Em particular Fiona Adshead e Maggie Davies (Inglaterra e Reino Unido); David Butler-Jones, Sylvie Stachenko, Jim Ball e Heather Fraser (Canadá); Maria Soledad Barria, Pedro Garcia, Francisca Infante, Patricia Frenz (Chile); Paulo Buss, Alberto Pellegrini Filho (Brasil); Gholam Reza Heydari, Bijan Sadrizadeh, Alireza Olyaei Manesh (República Islâmica do Irão); Stephen Muchiri (Quênia); Paulo Ivo Garrido, Gertrudes Machatine (Moçambique); Anna Hedin, Bernt Lundgren, Bosse Peterson (Suécia); Palitha Abeykoon, Sarah Samarage (Sri Lanka); Don Matheson, Stephen McKernan, Teresa Wall (Nova Zelândia); e Ugrid Jindawatthana, Amphon Miiintangkul (Tailândia).

Agradecemos aos prestadores de serviços da sociedade civil que documentaram o trabalho da Comissão e empregaram a sua base factual para promover uma abordagem à saúde e à igualdade na saúde fundamentada nos determinantes sociais a nível global: Diouf Amacodou, Francoise Barten, Amit Sen Gupta, Prem John, Mwajuma Masaiganah, Alicia Muñoz, Hani Serag, Alaa Ibrahim Shukrallah, Patrick Mubangizi Tibasiwma, Mauricio Torres e Walter Varillas.

Estamos grandemente agradecidos a todos os membros das redes de conhecimento pela sua dedicação na compilação e síntese de toda a informação documental existente a nível global sobre os determinantes sociais da saúde e da igualdade na saúde. Em particular, obrigado aos dirigentes e coordenadores das bases das redes: Joan Benach, Josiane Bonnefoy, Jane Doherty, Sarah Escorel, Lucy Gilson, Mario Hernández, Clyde Hertzman, Lori Irwin, Heidi Johnston, Michael P Kelly, Tord Kjellstrom, Ronald Labonté, Susan Mercado, Antony Morgan, Carles Muntaner, Piroška Östlin, Jennie Popay, Laetitia Rispel, Vilma Santana, Ted Schrecker, Gita Sen e Arjumand Siddiqi.

Obrigado, também, aos 25 revisores dos relatórios finais das redes de conhecimentos e aos comentadores do trabalho da Comissão, inclusive aqueles presentes na reunião de Vancouver, especialmente Pascale Allotey, Sudhir Anand, Debebar Banerji, Adrienne Germain, Godfrey Gunatilleke e Richard Horton. Trabalhámos de perto com outros académicos e investigadores ao longo da vida da Comissão. Enviamos um obrigado especial para Robert N Butler, Hideki Hashimoto, Olle Lundberg, Tony McMichael, Richard Suzman, Elizabeth Waters e Susan Watts.

O Simpósio Sobre Saúde Indígena (Indigenous Health Symposium) realizado em Adelaide (Austrália), o Encontro das Três Cidades (Three Cities Meeting), em Londres (Reino Unido), e a reunião em Nova Orleães (Estados Unidos da América) forneceram à Comissão conclusões e provas valiosas. Particularmente, obrigado a Nancy Adler, Clive Aspin, Sue Atkinson, Paula Braverman, Lucia Ellis, Daragh Fahey, Gail Findlay, Evangeline Franklin, Heather Gifford, Mick Gooda, Sandra Griffin, Shane Houston, Adam Karpati, Joyce Nottingham, Paul Plant, Ben Springgate, Carol Tannahill, Dawn Walker e David Williams.

As reuniões no Brasil, Canadá, Chile, China, Egipto, Índia, República Islâmica do Irão, Japão, Quênia, Suíça e Estados Unidos da América não teriam sido possíveis sem o apoio dos respectivos dirigentes políticos, executivos governamentais, gabinetes da OMS, académicos e pessoal das organizações não governamentais que nos auxiliou durante as visitas.

A Comissão e os seus diferentes campos de trabalho expressam a sua gratidão a todas as agências e países que prestaram apoio financeiro, incluindo o Centro de Investigação para o Desenvolvimento Internacional (International Development Research Centre), o Instituto Open Society, a Agência Canadense para a Saúde Pública (Public Health Agency of Canada – PHAC), a Fundação Purpleville, a Fundação Robert Wood Johnson, o Instituto Nacional Sueco para a Saúde Pública, o Governo do Reino Unido e a OMS.

O relatório foi editado por Lucy Hyatt, paginado por Ben Murray e pela sua equipa na BMD Graphic Design e os seus índices foram preparados por Liza Furnival.

Nota do presidente

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde foi estabelecida pelo antigo Director Geral da Organização Mundial da Saúde JW Lee. Foi incumbida de recolher, sistematizar e sintetizar a informação factual sobre os determinantes sociais da saúde e o seu impacto nas desigualdades na saúde e de produzir recomendações para actuação que abordassem essas desigualdades.

Os Comissários, secretariado e, na realidade, todos aqueles de alguma forma relacionados com a Comissão estiveram unidos em três preocupações: a paixão pela justiça social, o respeito pela documentação factual e a frustração para com a acção aparentemente insuficiente relativamente aos determinantes sociais da saúde. De facto, encontraram-se casos de países em que se registaram avanços notáveis na saúde, alguns dos quais podem atribuir-se a acção sobre as condições sociais. Tais exemplos foram encorajadores. Porém, o espectro de desigualdade no campo da saúde domina o panorama global. Um objectivo chave da Comissão foi o de promover um movimento de escala global sobre os determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde. Os sinais daí resultantes são encorajadores.

Consideramos existir conhecimento suficiente para recomendar acção imediata, embora persista a necessidade de um programa de investigação activo sobre os determinantes sociais da saúde. O relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde destaca áreas chave – das condições de vida quotidianas e das causas sociais que lhes são inerentes e que as influenciam – em que a acção é necessária. Proporciona uma análise sobre os determinantes sociais da saúde e exemplos concretos dos tipos de acção que provaram já ser eficientes na melhoria da saúde e da igualdade na saúde em países de todos os níveis de desenvolvimento socioeconómico.

A **Parte 1** apresenta o panorama, estabelecendo os fundamentos para um movimento global para promoção da igualdade na saúde através da acção sobre os determinantes sociais da saúde. Ilustra a extensão do problema dentro e entre países, descreve o que a Comissão entende serem as causas das desigualdades na saúde e indica onde podem encontrar-se soluções.

A **Parte 2** delinea a abordagem da Comissão relativamente às bases factuais e ao valor indispensável de reconhecer e utilizar a riqueza da diversidade de diferentes tipos de conhecimentos. Descreve os princípios aplicados na selecção dos determinantes sociais da saúde na investigação e sugere, através de um enquadramento conceptual, como podem interagir entre si.

As **Partes 3, 4 e 5** apresentam em maior detalhe as conclusões e recomendações da Comissão. Os capítulos da Parte 3 abordam as condições de vida quotidianas – os aspectos mais visíveis do nascimento, crescimento e educação; da vida e do trabalho; e do uso de serviços de cuidados de saúde. Os capítulos na Parte 4 dedicam-se a condições mais “estruturais” – políticas socioeconómicas que moldam o crescimento, a vida e o trabalho; os papéis relativos do estado e dos mercados na garantia de uma saúde de qualidade e justa; e as condições mais vastas a nível global que podem ajudar ou bloquear a acção local e nacional para a igualdade na saúde. A Parte 5 concentra-se na importância crítica da informação – não apenas na investigação convencional, mas nas provas vivas do progresso ou degradação da qualidade de vida e da saúde, que apenas podem ser alcançadas através do compromisso e as capacidades para com a vigilância e a monitorização na igualdade na saúde.

Por fim, a **Parte 6** regressa ao tema das redes sociais – as ligações regionais à sociedade a nível global, a união crescente de países parceiros empenhados na promoção da agenda dos determinantes sociais, os programas de investigação prioritários e as oportunidades de mudança ao nível da administração governativa mundial e das instituições globais – que a Comissão construiu e das quais depende o futuro de um movimento global para a igualdade na saúde.

Os nossos agradecimentos vão, em particular, para o empenho e as contribuições que se diriam incansáveis e imprescindíveis dos Comissários. Na sua orientação e liderança residem os fundamentos de todas as realizações da Comissão.



Michael Marmot, *Presidente*

Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

Comissários

Michael Marmot
Frances Baum
Monique Bégin
Giovanni Berlinguer
Mirai Chatterjee

William H. Foege
Yan Guo
Kiyoshi Kurokawa
Ricardo Lagos Escobar
Alireza Marandi

Pascoal Mocumbi
Ndioro Ndiaye
Charity Kaluki Ngilu
Hoda Rashad
Amartya Sen

David Satcher
Anna Tibaijuka
Denny Vågerö
Gail Wilensky

Uma nova agenda global para a igualdade na saúde

As crianças têm esperanças de vida dramaticamente diferentes consoante o local onde nasçam. No Japão ou na Suécia podem esperar viver mais de 80 anos; no Brasil, 72 anos; na Índia, 63; e num país africano menos de 50 anos. Para mais, dentro dos países as diferenças são trágicas e notadas por todo o Mundo. Os mais pobres de entre os pobres registam elevados níveis de doença e mortalidade prematura. Porém, a saúde deficiente não se limita aos mais necessitados. Em países de todos os níveis de rendimento, a saúde e a doença seguem uma gradação social: quanto mais baixa a posição socioeconómica, pior o estado de saúde.

Não é obrigatório que assim seja e não é correcto que o seja. Onde as diferenças sistemáticas na saúde são entendidas como contornáveis através de acção razoável, são, pura e simplesmente, injustas. Corrigir essas desigualdades – as diferenças enormes mas remediáveis na saúde, dentro e entre países – é uma questão de justiça social. Reduzir as desigualdades na saúde é, para a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (daqui em diante, “Comissão”), um imperativo ético. A injustiça social é responsável pela morte de pessoas em grande escala.

Os determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde

A Comissão, criada para liderar as provas documentais sobre o que pode ser feito para promover a igualdade na saúde e promover um movimento global para o alcançar, resulta da colaboração à escala mundial de agentes responsáveis pela elaboração de políticas, investigadores e sociedade civil conduzidos por Comissários com uma combinação única de experiência política, académica e de advocacy. Facto relevante, a ênfase da sua atenção abarca países de todos os níveis de rendimento e desenvolvimento: Sul e Norte globais. A igualdade na saúde é um problema para todos os países e é significativamente afectada pela economia global e os sistemas políticos.

A Comissão adopta uma perspectiva holística dos determinantes sociais da saúde. A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, a conseqüente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população – o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições laborais e recreativas, os seus lares, comunidades, vilas e cidades – e as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera. Esta distribuição desigual de experiências potencialmente perigosas para a saúde não constitui, de modo algum, um fenómeno “natural”, sendo antes o resultado de uma combinação tóxica de políticas sociais e programas débeis, estruturas económicas injustas e política de baixa qualidade. Em conjunto, os determinantes estruturais e as condições de vida quotidianas constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países.

A comunidade global é capaz de corrigir este panorama; porém, tal requer acção urgente e permanente a nível global, nacional e local. As desigualdades profundas na distribuição do poder e das estruturas económicas, globalmente, são de particular importância para a igualdade na saúde. De forma alguma isto implica ignorar outros níveis de acção. Os governos nacionais e locais podem agir em muitos campos; a Comissão manifesta-se impressionada com a capacidade de acção da sociedade civil e dos movimentos locais, que prestam ajuda local imediata e pressionam os governos para a mudança.

Para além disso, as alterações climáticas produzem implicações profundas para o sistema de escala global – como afecta o estilo de vida e a morte dos indivíduos e o planeta. Urge juntar as duas agendas da igualdade na saúde e das alterações climáticas. As nossas preocupações fundamentais para com a saúde têm de ser parte do equilíbrio feito pela comunidade a nível global entre o desenvolvimento social e económico da população mundial, a igualdade na saúde e a urgência de abordar o tema das alterações climáticas.

Uma nova abordagem ao desenvolvimento

O trabalho da Comissão materializa uma nova abordagem ao desenvolvimento. A saúde e a igualdade na saúde podem não ser o alvo principal de todas as políticas sociais, mas deverão constituir um resultado fundamental. Tome-se como exemplo a importância dada pelas políticas centrais ao crescimento económico: o crescimento económico é, sem dúvida, importante, em especial para países pobres, uma vez que representa a possibilidade de disponibilizar recursos para investimento na melhoria das vidas da população. Porém, o crescimento por si só, sem políticas sociais adequadas que assegurem uma justiça razoável na forma como os benefícios alcançados são distribuídos, traz poucas vantagens à igualdade na saúde.

Tradicionalmente, a sociedade tem procurado o sector da saúde para lidar com as suas preocupações relativas à saúde e doença. Por certo a má distribuição dos cuidados de saúde – não prestando cuidados aos mais necessitados – é um dos determinantes sociais da saúde. Contudo, o fardo da doença, responsável pela perda prematura de vida, advém em grande parte das condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Por seu lado, condições de vida deficitárias e desiguais são consequência de políticas sociais e programas de baixa qualidade, estruturas económicas injustas e má política. A acção sobre os determinantes sociais da saúde têm de envolver a totalidade do governos, das comunidades locais e da sociedade civil, empresas, fóruns globais e agências internacionais. As políticas e programas têm de abranger todos os sectores chave da sociedade e não apenas o sector da saúde. Posto isto, o Ministro da Saúde e respectivo ministério são críticos para a mudança global. Podem promover uma abordagem dos determinantes sociais da saúde aos mais elevados níveis da sociedade, demonstrar eficiência através de boas práticas e apoiar outros ministérios na criação de políticas que promovam a igualdade na saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS), como órgão mundial para a saúde, deverá fazer o mesmo à escala global.

Redução das desigualdades no período de uma geração

A Comissão convoca à redução das desigualdades no período de uma geração. Esta é uma vontade, mais que uma previsão. Nos últimos trinta anos ocorreram melhorias dramáticas na área da saúde, tanto dentro como entre países. Estamos optimistas: os conhecimentos necessários para provocar diferenças de grandes dimensões nas possibilidades de vida das pessoas e, por conseguinte, para provocar melhorias concretas na igualdade na saúde, existem. Somos realistas: impera iniciar imediatamente a acção. O material necessário para desenvolver soluções para as desigualdades gritantes dentro e entre países constam do Relatório da presente Comissão.

Recomendações gerais da Comissão

1 Melhorar as condições de vida quotidianas

Melhorar o bem-estar de meninas e mulheres e as circunstâncias em que os seus filhos nascem, dedicar maior atenção ao desenvolvimento e educação iniciais para meninas e rapazes, melhorar as condições de vida e trabalho e criar políticas de protecção social para todos, criar condições para uma vida próspera em idade avançada. As políticas concebidas para estes objectivos envolverão a sociedade civil, os governos e as instituições globais.

2 Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos

De forma a abordar as injustiças na saúde e as condições desiguais na vida quotidiana, é necessário tratar desigualdades – como as que opõem homens e mulheres – na forma como a sociedade se encontra organizada. Isso requer um sector público forte e empenhado, capaz e adequadamente financiado. Para alcançar essa meta é necessário mais que um governo sólido – uma governação sólida: legitimidade, espaço e apoio pela sociedade civil, para que um sector privado responsável e os indivíduos na sociedade acordem em interesses públicos e reinvestam no valor da acção colectiva. Num mundo globalizado, a necessidade de liderança dedicada à igualdade aplica-se do mesmo modo desde o nível comunitário ao das instituições globais.

3 Quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto da acção

Reconhecer a existência de um problema e assegurar que a desigualdade na saúde é quantificada – dentro de cada país e globalmente – constitui uma plataforma vital para a acção. Os governos nacionais e as organizações internacionais, apoiadas pela OMS, devem estabelecer sistemas nacionais e globais de vigilância da igualdade na saúde para monitorização rotineira da desigualdade nesta área e os determinantes sociais da saúde e devem avaliar o impacto das políticas e acções nestas dimensões. A criação do espaço organizacional e da capacidade para actuar eficazmente sobre a desigualdade na saúde requer investimento na formação de agentes elaboradores de políticas e profissionais de saúde e a compreensão dos determinantes sociais da saúde pelo público. Do mesmo modo, requer uma maior dedicação da investigação de saúde pública para com os determinantes sociais.

Três princípios de acção

- 1 Melhorar as condições de vida quotidianas – as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.
- 2 Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos – os motores estruturais das condições de vida referidas – aos níveis global, nacionais e locais.
- 3 Quantificar o problema, avaliar a acção, alargar a base de conhecimento, desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre o tema.

Estes três princípios de acção estão materializados nas três recomendações gerais acima descritas. As partes restantes do Sumário Executivo e do Relatório Final da Comissão estão estruturados de acordo com estes três princípios.

1. Melhorar as condições de vida quotidianas

As desigualdades na organização da sociedade implicam que a liberdade para gozar de uma vida próspera e de boa saúde está distribuída de forma desigual dentro e entre sociedades. Esta desigualdade pode ser constatada nas condições existentes na primeira infância e idade escolar, na natureza das condições laborais e de emprego, as características físicas do ambiente de trabalho e a qualidade do ambiente natural em que as pessoas habitam. Dependendo da natureza desses ambientes, diferentes grupos terão experiências diferentes relativas às condições materiais, apoio psicossocial e opções comportamentais, que as tornam mais ou menos vulneráveis a situações de saúde deficiente. Do mesmo modo, a estratificação social determina o acesso e uso diferenciado de cuidados de saúde, com consequências para a promoção desigual de saúde e bem-estar, prevenção de doenças e consecutivo recobro e sobrevivência.

IGUALDADE DESDE O INÍCIO

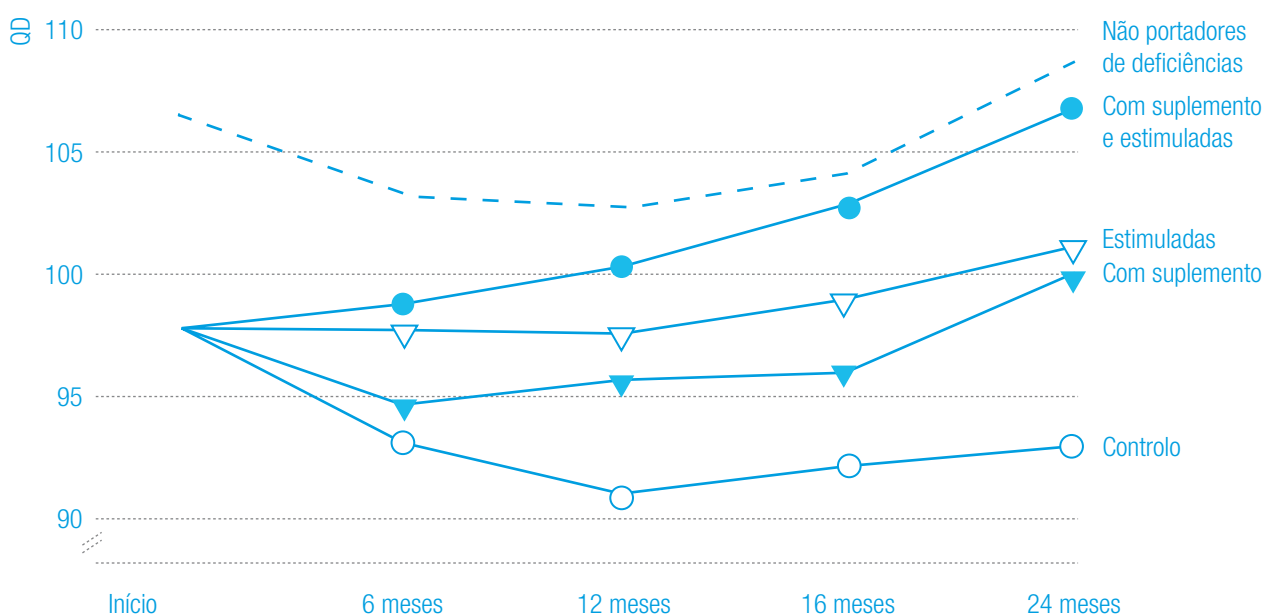
O Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) – incluindo os domínios físico, social e emocional e linguístico e cognitivo – tem uma influência determinante nas possibilidades subsequentes de vida e saúde, através do desenvolvimento de conhecimentos, da educação e oportunidades profissionais. Através destes mecanismos, e de forma directa, a primeira infância afecta os riscos de obesidade, má nutrição, problemas

de saúde mental, doenças cardiovasculares e criminalidade. Pelo menos 200 milhões de crianças em todo o Mundo não alcançam o pleno desenvolvimento do seu potencial (Grantham-McGregor et al., 2007). Daí advêm implicações de grande impacto para a sua saúde e para a sociedade em geral.

Dados para a acção

O investimento registado nos últimos anos constitui um dos maiores potenciais para a redução das desigualdades na saúde no período de uma geração (ECDKN, 2007a). As experiências vividas na primeira infância (definida como desenvolvimento desde a idade pré-natal até aos oito anos de idade) e na educação inicial e subsequente, estabelecem bases fundamentais para a vida inteira (ECDKN, 2007a). As ciências de DPI demonstram que o desenvolvimento cerebral é altamente sensível a influências externas durante a primeira infância, com efeitos para o resto da vida. Uma nutrição adequada é crucial e começa com a alimentação correcta das mães. Mães e filhos necessitam de cuidados continuados desde antes da gestação, durante a gravidez e até aos primeiros dias e anos da vida das crianças (OMS, 2005b). As crianças precisam de ambientes seguros, saudáveis, acolhedores, educativos e dinâmicos em que viver. Os programas de educação pré-escolar e as escolas, como parte do ambiente alargado que contribui para o

Efeitos da combinação de suplemento alimentar e estímulo psico-social em crianças portadoras de deficiências num estudo de intervenção de 2 anos na Jamaica^a.



^a Resultados médios de desenvolvimento (Quociente de Desenvolvimento – QD) de grupos de portadoras de deficiências ajustados para a primeira infância e resultado comparado com um grupo de não portadoras de deficiências ajustado apenas para a idade, usando a Escala de Desenvolvimento Mental Griffiths alterada para a Jamaica.

Reimpresso, com a permissão da editora, de Grantham-McGregor et al. (1991).

desenvolvimento das crianças, podem ter um papel vital na construção de das capacidades das crianças. É necessária uma abordagem mais abrangente da vida, partindo dos programas de sobrevivência infantil existentes e expandindo as intervenções na primeira infância de modo a incluir o desenvolvimento social e emocional e linguístico e cognitivo.

O que urge fazer

Uma abordagem abrangente aos primeiros anos de vida requer coerência, empenho e capacidade de liderança nas políticas a desenvolver a nível nacional e internacional. Para além disso, necessita de um conjunto abrangente de programas de educação no DPI e serviços para crianças de todo o Mundo.

Compromisso e implementação de uma abordagem abrangente à infância, baseando-se nos programas de sobrevivência infantil existentes e alargando a intervenção na infância ao desenvolvimento social e emocional e linguístico e cognitivo.

- Estabelecer um mecanismo inter-agências para assegurar a coerência de políticas desenvolvidas na área do desenvolvimento na primeira infância, de modo a que seja adoptada por todas as agências uma abordagem abrangente à primeira infância.
- Certificar-se de que todas as crianças, mães e outros educadores sejam cobertos por um pacote completo de programas e serviços de qualidade sobre a primeira infância, independentemente da sua capacidade financeira.

Alargar a prestação e o âmbito da educação para incluir os princípios do desenvolvimento na primeira infância (físico, social e emocional, linguístico e cognitivo).

- Fornecer educação primária e secundária de qualidade e compulsiva a todos os rapazes e meninas, independentemente da sua capacidade financeira. Identificar e eliminar as barreiras para a frequência e permanência de rapazes e meninas no sistema de educação e banir taxas de utilização para a educação primária.

LOCAIS SAUDÁVEIS, PESSOAS SAUDÁVEIS

O local onde as pessoas vivem afecta a sua saúde e possibilidade de gozar de uma vida próspera. Em 2007, pela primeira vez, a maioria dos seres humanos encontrava-se em ambientes urbanos (WorldWatch Institute, 2007). Perto de 1 bilião desses vive em bairros degradados.

Dados para a acção

As doenças infecciosas e a má nutrição persistem em regiões e grupos identificados por tudo o Mundo. Porém, a urbanização está a alterar os problemas de saúde das populações, especialmente por entre os pobres urbanos e relativamente a doenças não infecciosas, lesões violentas ou acidentais e morte ou outros impactos derivados de desastres ecológicos (Campbell & Campbell, 2007; Yusuf et al., 2001).

As condições quotidianas em que as pessoas vivem têm uma forte influência na igualdade na saúde. O acesso a abrigo e habitação de qualidade e a água limpa e condições sanitárias são direitos humanos e necessidades básicas para uma vida saudável (UNESCO, 2006a; Shaw, 2004). A crescente dependência do automóvel, as mudanças no uso do território para facilitar o uso do automóvel e a crescente inconveniência de modos de transporte não motorizados têm efeitos devastadores na qualidade do ar local, emissões de gases de efeito de estufa e inactividade física (NHF, 2007). O planeamento e concepção dos ambientes urbanos tem um impacto de grande relevo na igualdade na saúde através da sua influência no comportamento e segurança.

Os equilíbrios entre os ambientes rurais e urbanos variam grandemente consoante as regiões: de menos de 10% de área urbana no Burundi e Uganda a perto de 100% na Bélgica, a Região Administrativa Especial de Hong Kong, o Koweit e Singapura. Os padrões de políticas e investimento que reflectem o paradigma de crescimento de base urbana (Vlahov et al., 2007) viram comunidades rurais em todo o Mundo, incluindo populações indígenas (Indigenous Health Group, 2007), sofrer de um desinvestimento progressivo em infra-estruturas e serviços, com níveis de pobreza desproporcionais e baixas condições de vida (Ooi & Phua, 2007; Eastwood & Lipton, 2000), contribuindo em parte para a migração para centros urbanos que lhes são desconhecidos.

O modelo corrente de urbanização coloca desafios significativos, particularmente os relacionados com as alterações climáticas – cujo impacto é maior para os países de baixo rendimento e por entre subpopulações vulneráveis (McMichael et al., 2008; Stern, 2006). Actualmente, as emissões de gases de efeito de estufa são determinadas principalmente pelos padrões de consumo de cidades do mundo desenvolvido. Os transportes e edifícios contribuem com 21% das emissões de CO₂ (IPCC, 2007) e a actividade agrícola é responsável por cerca de um quinto. No entanto, as colheitas dependem largamente das condições climáticas ocorridas. A interferência e esgotamento dos sistemas climáticos e a tarefa de redução das desigualdades na saúde a nível global estão estreitamente relacionadas.

O que urge fazer

São essenciais, para a igualdade na saúde, comunidades e vizinhanças que assegurem o acesso a bens básicos, que sejam socialmente coesas, concebidas para promover bem-estar físico e psicológico e que protejam o ambiente natural.

Colocar a saúde e a igualdade na saúde no centro das atenções da administração e planeamento urbano.

- Gerir o desenvolvimento urbano para garantir a disponibilidade de habitação de custo suportável; investir na requalificação de bairros degradados, incluindo como prioridade o abastecimento de água e condições de saneamento, electricidade e pavimentação das vias de comunicação para todos os lares, independentemente da sua capacidade financeira.

- Assegurar que o planeamento urbano promove comportamentos equitativos saudáveis e seguros, através do investimento em transportes activos, planeamento do mercado de consumo de forma a controlar o acesso a produtos alimentares insalubres ou menos saudáveis e através de regulamentos de controlo e planeamento ambiental de qualidade, inclusive através da restrição do número de postos de venda de bebidas alcoólicas.

Promover a igualdade na saúde entre zonas rurais e urbanas através do investimento sustentado no desenvolvimento rural, abordando as políticas e processos de exclusão que conduzem à pobreza rural, ausência de propriedade e deslocação das pessoas das suas residências.

- Inverter as consequências desiguais do crescimento urbano através de acção que aborde os direitos e a propriedade do solo rural e assegure modos de vida rurais que promovam uma vida saudável, investimento adequado em infra-estruturas rurais e políticas que apoiem migrantes de zonas rurais para urbanas.

Garantir que as respostas das políticas sociais e económicas às alterações climáticas e outras formas de degradação ambiental incluem a igualdade na saúde.

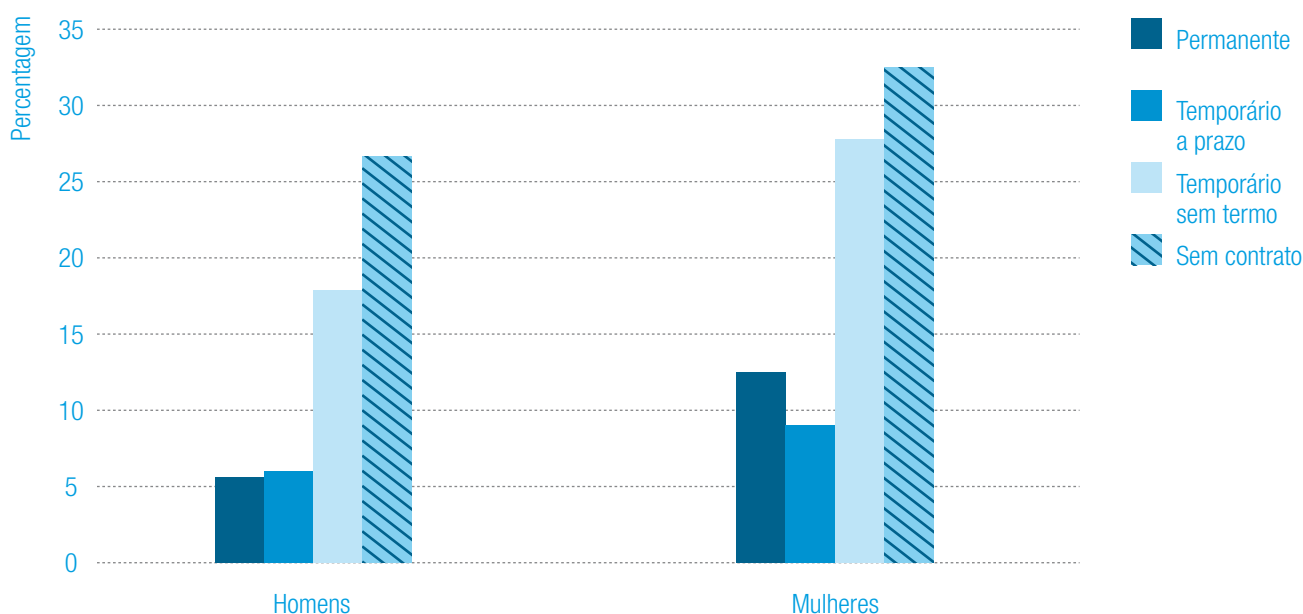
Emprego justo e trabalho digno

As condições de emprego e trabalho têm efeitos dramáticos na igualdade na saúde. Quando estas sejam boas, podem assegurar estabilidade financeira, estatuto social, desenvolvimento pessoal, relações sociais e auto-estima e protecção de riscos físicos e psicossociais. A acção para melhorar o emprego e o trabalho tem de ser global, nacional e local.

Dados para a acção

A área do trabalho é onde muitas das influências importantes na saúde se desenrolam (Marmot & Wilkinson, 2006), o que inclui tanto as condições de trabalho como a natureza do trabalho em si. Uma força de trabalho flexível é entendida como uma vantagem para a competitividade económica mas traz consigo efeitos na saúde (Benach & Muntaner, 2007). Os dados disponíveis indicam que a mortalidade é significativamente superior para trabalhadores temporários quando comparados com trabalhadores permanentes (Kivimäki et al., 2003). Os maus resultados de saúde mental são normalmente associados a emprego precário (por exemplo, contratos de trabalho não fixos, emprego sem contrato e trabalho em regime parcial) (Artazcoz et al., 2005; Kim et al., 2006). Os trabalhadores que sentem insegurança no trabalho experimentam frequentemente efeitos adversos na sua saúde física e mental (Ferrie et al., 2002).

Prevalência de saúde mental fraca nos trabalhadores manuais em Espanha, por tipo de contrato.



Fonte: Artazcoz et al., 2005.

As condições de trabalho também afectam a saúde e a igualdade na saúde. Condições laborais adversas podem expor os indivíduos a uma série de riscos para a sua saúde física e tendem a manifestar-se em profissões de baixo estatuto. Condições de trabalho melhoradas em países de rendimento alto, obtidas com esforço ao longo de muitos anos de actuação organizada e regulamentação, estão gritantemente ausentes em numerosos países de rendimento médio e baixo. O stress no trabalho está associado a um risco de aterosclerose coronariana 50% superior (Marmot, 2004; Kivimäki et al., 2006) e existem provas sólidas de que a combinação de elevados níveis de exigência, baixos níveis de controlo e baixa compensação pelo esforço desenvolvido são factores de risco para problemas de saúde física e mental (Stansfeld & Candy, 2006).

O que urge fazer

Através da garantia de emprego justo e condições de trabalho dignas, governos, empregadores e trabalhadores podem contribuir para a erradicação da pobreza, minimizar as desigualdades sociais, reduzir a exposição a riscos físicos e sociais e melhorar a as oportunidades para saúde e o bem-estar. Para além disso, uma força de trabalho saudável é, obviamente, um factor positivo para a produtividade.

Fazer do emprego pleno e justo e do trabalho digno um objectivo central para a elaboração de políticas a nível nacional e internacional.

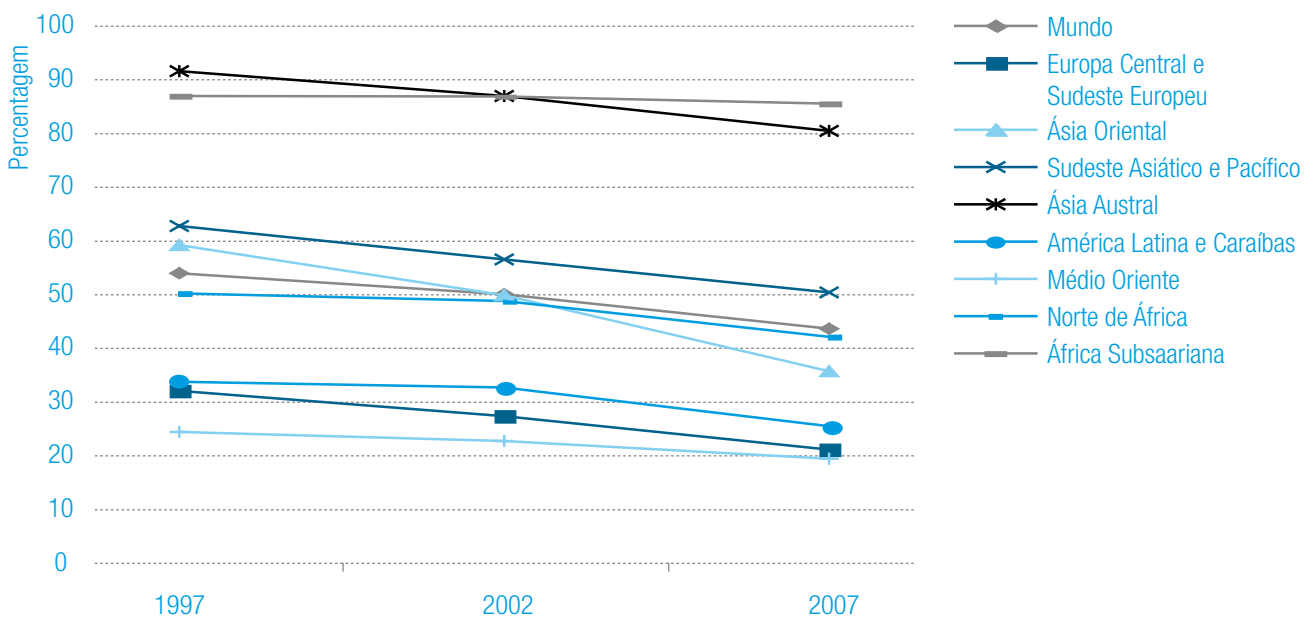
- A promoção do emprego pleno e justo e o trabalho digno deverá ser um objectivo partilhado pelas instituições internacionais e um ponto fulcral dos programas das políticas e das estratégias de desenvolvimento nacionais, com uma representação reforçada de trabalhadores na elaboração das políticas, legislação e programas relacionados com o emprego e o trabalho.

Alcançar a igualdade na saúde implica o trabalho seguro e justamente remunerado, oportunidades de emprego para a totalidade do ano e um equilíbrio saudável da actividade laboral na vida individual para todos.

- Disponibilizar trabalho de qualidade para homens e mulheres com remuneração que contabilize o custo de vida saudável real e corrente.
- Proteger todos os trabalhadores. As agências internacionais devem apoiar os países na implementação de códigos de trabalho básicos para trabalhadores formais e informais, desenvolver políticas para assegurar uma vida equilibrada pessoal e laboral e reduzir os efeitos negativos da insegurança entre trabalhadores em situações laborais precárias.

Melhorar as condições laborais para todos os trabalhadores, de modo a reduzir a sua exposição a riscos materiais, stress relacionado com o trabalho e comportamentos degradantes da saúde.

Variação regional na percentagem de pessoas empregadas que vivem com US\$2 por dia ou menos.



Os dados de 2007 são estimativas preliminares.
Reimpresso, com permissão do autor, da OIT (2008).

PROTECÇÃO SOCIAL AO LONGO DE TODO O CICLO DA VIDA

Todos os indivíduos precisam de protecção social ao longo de todo o ciclo de vida, enquanto crianças, durante a sua vida activa e em idade avançada. Também necessitam de protecção caso sofram choques específicos, tais como doença, incapacidade e perda de rendimento ou trabalho.

Dados para a acção

Níveis baixos de condições de vida são um determinante de grande impacto da desigualdade na saúde. Influenciam percursos de vidas inteiras, nomeadamente através do seu impacto na DPI. A pobreza infantil e a transmissão da pobreza de geração em geração são obstáculos relevantes na melhoria da saúde da população e na redução da desigualdade na saúde. Quatro em cada cinco pessoas em todo o Mundo não têm o apoio da cobertura de segurança social básica (OIT, 2003).

Os sistemas de protecção social redistributivos, em combinação com a capacidade das pessoas para levar uma vida próspera no mercado de trabalho, influenciam os níveis de pobreza. Os sistemas generosos de protecção social universal estão associados com uma melhor saúde da população, incluindo índices menores de mortalidade excessiva entre os idosos e taxas de mortalidade menores nos grupos desfavorecidos. Os orçamentos para a protecção social tendem a ser superiores e, talvez, mais sustentáveis nos países com sistemas de protecção universal implementados; a pobreza e a desigualdade nos rendimentos tendem a ser menores nesses

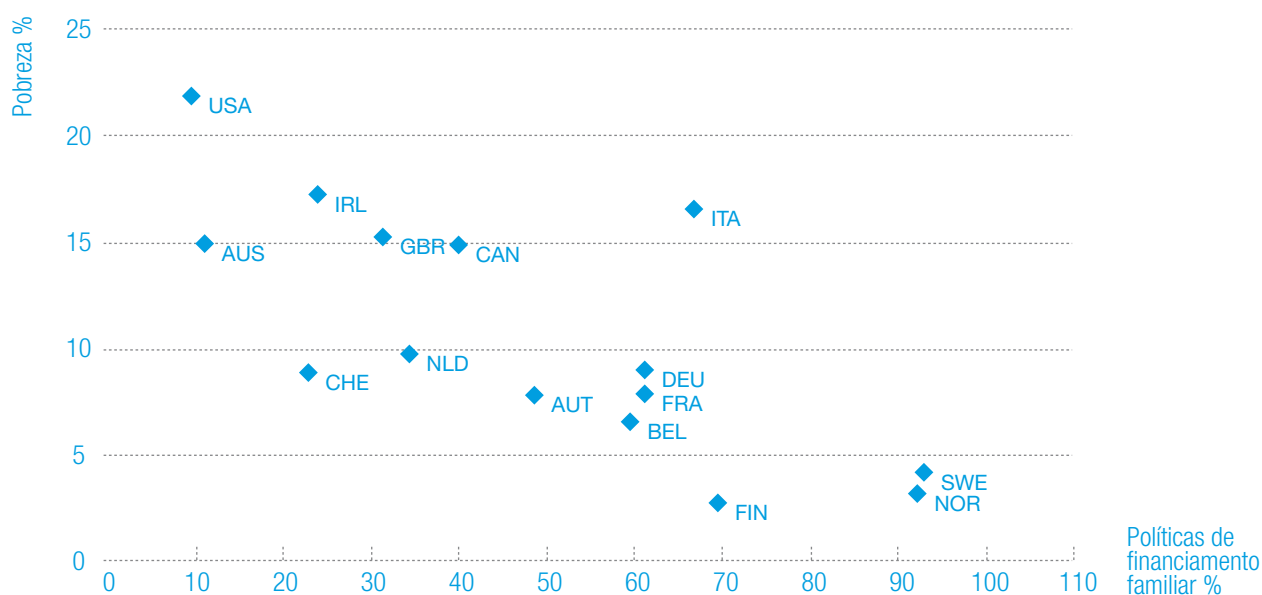
países, comparativamente com os países com sistemas que se concentram na cobrança de impostos aos pobres.

O alargamento da protecção social a toda a população, dentro dos países e globalmente, será um grande passo rumo a concretização da igualdade na saúde no período de uma geração. Isto inclui o alargamento da protecção social a todos os indivíduos em situação laboral precária, incluindo emprego informal e trabalho doméstico ou de prestação de cuidados. Este panorama é crítico para os países pobres, em que a maioria da população trabalha no sector informal, assim como para as mulheres, uma vez que as responsabilidades familiares as impedem frequentemente de usufruir de benefícios adequados em sistemas de protecção social. Embora as limitações das infra-estruturas institucionais e da capacidade financeira permaneçam uma barreira importante em muitos países, a experiência registada por todo o Mundo demonstra que é possível criar sistemas de protecção social, mesmo em países de rendimento baixo.

O que urge fazer

A redução das desigualdades no período de uma geração implica que os governos implementem sistemas que permitam níveis saudáveis de condições de vida, abaixo dos quais ninguém deveria viver por razões que transcendam o seu controlo. Os programas de protecção social podem ser instrumentais na concretização de metas de desenvolvimento, em vez de serem dependentes da realização desses objectivos – podem ser meios eficientes para reduzir a pobreza, dos quais as economias locais podem beneficiar.

Generosidade total de políticas de financiamento familiar e pobreza infantil em 20 países, por volta de 2000.



Valor líquido de financiamentos transferidos como percentagem de um salário médio da produção líquida de um trabalhador. A linha de pobreza corresponde a 50% da média dos rendimentos disponíveis.

AUS = Austrália; AUT = Áustria; BEL = Bélgica; CAN = Canadá; CHE = Suíça; DEU = Alemanha; FIN = Finlândia; FRA = França; GBR = Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte; IRL = Irlanda; ITA = Itália; NLD = Países Baixos (Holanda); NOR = Noruega; SWE = Suécia; USA = Estados Unidos da América.

Reimpresso, com permissão da editora, da Lundberg et al. (2007).

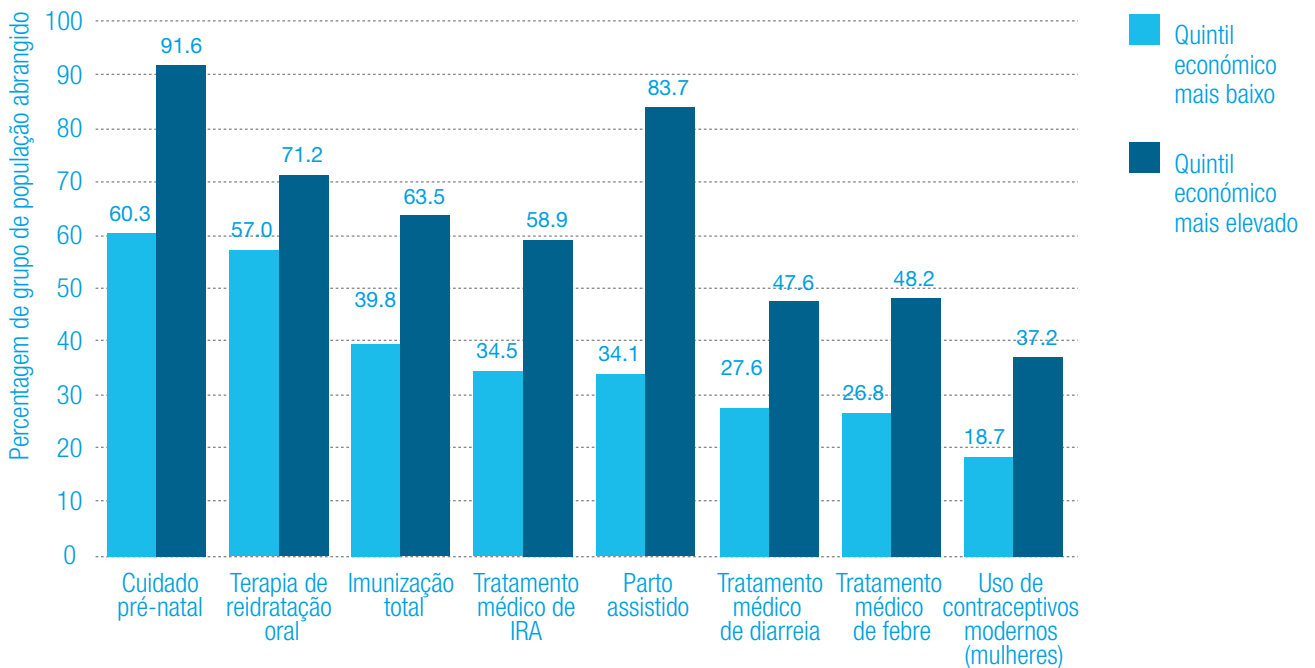
Estabelecer e reforçar políticas de protecção social completas que apoiem um nível de rendimentos que seja suficiente para um estilo de vida saudável para toda a população.

- Aumentar progressivamente a generosidade dos sistemas de protecção social rumo a um nível que seja suficiente para um estilo de vida saudável.
- Assegurar que os sistemas de protecção social incluem os habitualmente excluídos: os que sofrem de trabalho precário, inclusive o emprego informal, doméstico ou de prestação de cuidados.

CUIDADOS DE SAÚDE UNIVERSAIS

O acesso e usufruto de cuidados de saúde são vitais para uma saúde equitativa e de qualidade. O sistema de cuidados de saúde é, em si mesmo, um determinante social da saúde, influenciado e influente do efeito de outros determinantes sociais. Género, educação, profissão, rendimento, origem étnica e local de residência estão intimamente ligados ao acesso, experiência e benefícios dos cuidados de saúde. Os dirigentes dos sistemas de cuidados de saúde têm um papel importante de supervisão em todos os ramos da sociedade para assegurar que as políticas e acções noutros sectores melhoram a igualdade na saúde.

Uso de serviços de saúde materna e infantil básica pelos quintis económicos mais baixo e mais elevado, em mais de 50 países.



Reimpresso, com permissão da editora, de Gwatkin, Wagstaff & Yazbeck (2005).

Dados para a acção

Sem cuidados de saúde, perdem-se muitas das oportunidades para melhoria da saúde básica. Com sistemas de cuidados de saúde parciais ou sistemas com abastecimento desigual, as oportunidades para a saúde universal como assunto de justiça social perdem-se. Estes são temas fundamentais para todos os países. Mais importante, para os países de rendimento baixo, os sistemas de cuidados de saúde acessíveis e correctamente concebidos contribuirão significativamente para a concretização para as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDMs). Sem eles, as oportunidades de alcançar as MDMs são grandemente enfraquecidas. Apesar disso, os sistemas de cuidados de saúde são incrivelmente débeis em numerosos países, com desigualdades maciças na prestação, acesso e utilização entre ricos e pobres.

A Comissão considera os cuidados de saúde como um bem comum, não uma mera mercadoria no mercado. Praticamente todos os países de rendimento elevado organizam os seus serviços de prestação de cuidados de saúde em torno do princípio da cobertura universal (combinando o financiamento da saúde e a prestação de serviços). A cobertura universal exige que todos os habitantes num determinado país possam aceder à mesma oferta de serviços (de boa qualidade), de acordo com necessidades e preferências, independentemente de nível de rendimento, estatuto social ou residência e que os indivíduos sejam capacitados para usufruir desses serviços. Estende a abrangência de uma mesma oferta de serviços a toda a população. Não existem argumentos fundamentados que justifiquem que outros países, incluindo os mais pobres, não aspirem à cobertura universal de cuidados de saúde, assumindo a prestação de apoio adequado a longo prazo.

A Comissão defende o financiamento dos sistemas de saúde através de taxação geral e / ou do estabelecimento de sistemas de seguros universais e compulsivos. Tem-se verificado, país atrás de país, que as despesas com os serviços de saúde públicos são redistributivas. As provas são favorecem claramente os sistemas de saúde de financiamento público. Em particular, importa analisar as despesas directas dos utentes com os cuidados de saúde. A imposição de políticas relativas a taxas de utilização em países de rendimento baixo e médio conduziu a uma redução generalizada da utilização e à degradação dos resultados na saúde. Todos os anos, mais de 100 milhões de pessoas são levadas à pobreza, compelidas por despesas de dimensões catastróficas relacionadas com a saúde do agregado familiar, o que é inaceitável.

Os sistemas de saúde têm melhores resultados quando baseados nos Cuidados Primários de Saúde (CPS) – ou seja, tanto o modelo de CPS que coloca a ênfase na acção local adequada em todos os determinantes sociais, segundo a qual a prevenção e promoção estão em equilíbrio com o investimento em intervenções curativas, como a concentração no nível primário de cuidados com reencaminhamento adequado para níveis superiores de serviço.

Em todos os países, mas principalmente nos mais pobres e naqueles que mais sofrem do fenómeno de “fuga de cérebros”, é fundamental assegurar o número necessário de trabalhadores de saúde devidamente formados colocados a nível local e melhorar a qualidade do serviço prestado. O investimento na formação e retenção de recursos humanos de saúde é vital para o crescimento necessário dos sistemas de cuidados de saúde. Isto implica atenção generalizada aos fluxos de pessoal de saúde, assim como atenção ao investimento e desenvolvimento de habilitações a nível nacional e local. Os profissionais de saúde e médicos – desde os relacionados com a OMS aos das clínicas locais – têm grande poder de intervenção nas ideias e decisões da sociedade sobre a saúde. São testemunhas dos imperativos éticos, bem como do valor da eficácia, de uma acção mais coerente do sistema de saúde sobre as causas sociais da saúde de má qualidade.

O que urge fazer

Construir sistemas de saúde baseados em princípios de igualdade, prevenção de doenças e promoção da saúde.

- Construir sistemas de saúde de qualidade, de cobertura universal, dedicados aos Cuidados de Saúde Primários.
- Fortalecer a liderança do sector público no financiamento de sistemas de saúde equitativos, assegurando o acesso universal aos serviços, independentemente da capacidade financeira do utilizador.

Construir e fortalecer recursos humanos de saúde e expandir a capacidade para agir sobre os determinantes sociais da saúde.

- Investir em recursos humanos nacionais, equilibrando a densidade de distribuição de trabalhadores de saúde entre as regiões urbanas e rurais.
- Agir para inverter o fenómeno da “fuga de cérebros”, direccionando o investimento para o aumento e formação dos recursos humanos de saúde e para acordos bilaterais de regulação de ganhos e perdas de efectivos.

2. Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos

As desigualdades nas condições de vida quotidianas são determinadas por estruturas e processos sociais profundos. São sistemáticas, produzidas por normas, políticas e práticas sociais que realmente toleram ou promovem a distribuição e o acesso injustos ao poder, à riqueza e outros recursos sociais necessários.

IGUALDADE NA SAÚDE PARA TODAS A POLÍTICAS, SISTEMAS E PROGRAMAS

Todos os aspectos da governação e da economia têm a capacidade de afectar a saúde e a igualdade na saúde – finanças, educação, habitação, emprego, transportes e saúde, apenas para mencionar seis deles. A acção concertada em todo o governo, a todos os níveis, é essencial para a melhoria da igualdade na saúde.

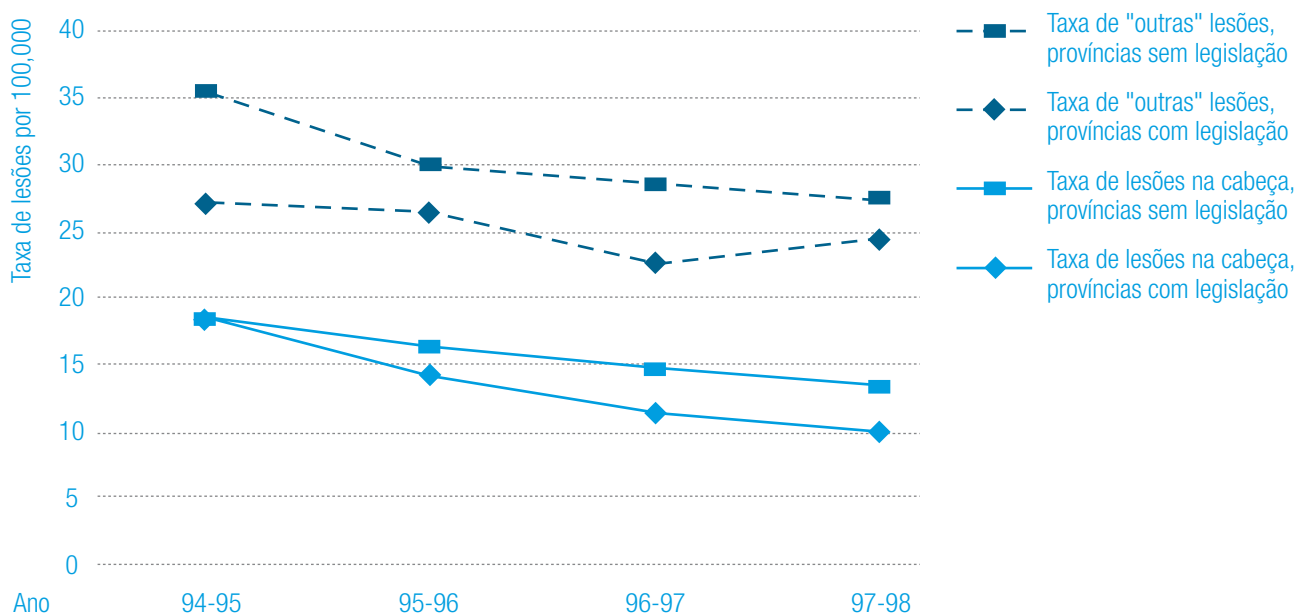
Dados para a acção

Diferentes políticas de governo, dependendo da sua natureza, podem melhorar ou degradar a saúde e a igualdade na saúde (Kickbusch, 2007). O planeamento urbano, por exemplo, que produza bairros desregulados com pouca habitação de preços acessíveis, com infra-estruturas insuficientes e transportes públicos irregulares e dispendiosos, faz pouco pela promoção de boas condições de saúde para todos (NHF, 2007). Políticas públicas de qualidade podem produzir benefícios na saúde de forma imediata e a longo prazo.

A coerência política é crucial – isto implica que as políticas de diferentes departamentos governamentais se complementem, em vez de se contradizerem, relativamente à produção de riqueza e à igualdade na saúde, por exemplo, políticas económicas que incentivem activamente a livre produção, comércio e consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares em detrimento da produção de frutas e legumes é contraditória com as políticas de saúde, que recomendam o consumo relativamente baixo de alimentos ricos nos primeiros grupos e a ingestão elevada de legumes (Elinder, 2005). A acção intersectorial para a saúde – desenvolvimento de políticas e acção coordenadas entre sectores relacionados e externos à saúde – pode ser uma estratégia chave para atingir esses objectivos (PHAC, 2007).

Transcender a acção governamental para envolver a sociedade civil e os sectores privado e de voluntariado é um passo vital na acção para a igualdade na saúde. A inclusão crescente da participação da comunidade e da sociedade nos processos das políticas ajuda a assegurar decisões justas sobre os temas da igualdade na saúde. A saúde é o denominador comum de diferentes sectores e agentes – quer se trate de uma comunidade local que concebe um plano de saúde para os seus membros (Dar es Salaam – Programa Cidade Saudável da República Unida da Tanzânia) ou o envolvimento da totalidade de uma comunidade no planeamento de espaços que

Alterações em lesões na cabeça e outras, relacionadas com o uso de bicicleta em províncias Canadianas, com e sem legislação para obrigação de uso de capacete.



Legislação introduzida nas províncias entre 1995 e 1997.

Reimpresso, com permissão da editora, de Macpherson et al. (2002).

promovam o trânsito pedonal e ciclovitário (Healthy by Design, Victoria, Austrália) (Mercado et al., 2007).

Tornar a saúde e a igualdade na saúde um valor partilhado entre sectores constitui uma estratégia politicamente desafiante, mas que é necessária à escala global.

O que urge fazer

Colocar a responsabilidade pela acção sobre a saúde e a igualdade na saúde nos níveis governamentais mais elevados e assegurar a sua ponderação coerente através de todas as políticas.

- Fazer da saúde e da igualdade na saúde assuntos corporativos para todo o Governo, apoiados pelo chefe de estado, através do estabelecimento da igualdade na saúde como marcador do desempenho do Governo.

- Avaliar o impacto de todas as políticas e programas sobre a saúde e a igualdade na saúde, com vista à coerência plena em toda a actividade governativa.

Adoptar um enquadramento para os determinantes sociais através das funções programáticas e relativas às políticas dos ministérios da saúde e reforçar o papel de coordenação da abordagem aos determinantes sociais da saúde em todo o governo.

- O sector da saúde é, em si, um espaço adequado para o início do estabelecimento dos apoios e estruturas que encorajam a acção sobre os determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde. Tal requer uma liderança sólida por parte do ministro da saúde, com o apoio da OMS.WHO.



Financiamento justo

O financiamento público de ações transversais aos determinantes sociais da saúde é fundamental para a prosperidade e a igualdade na saúde.

Dados para a acção

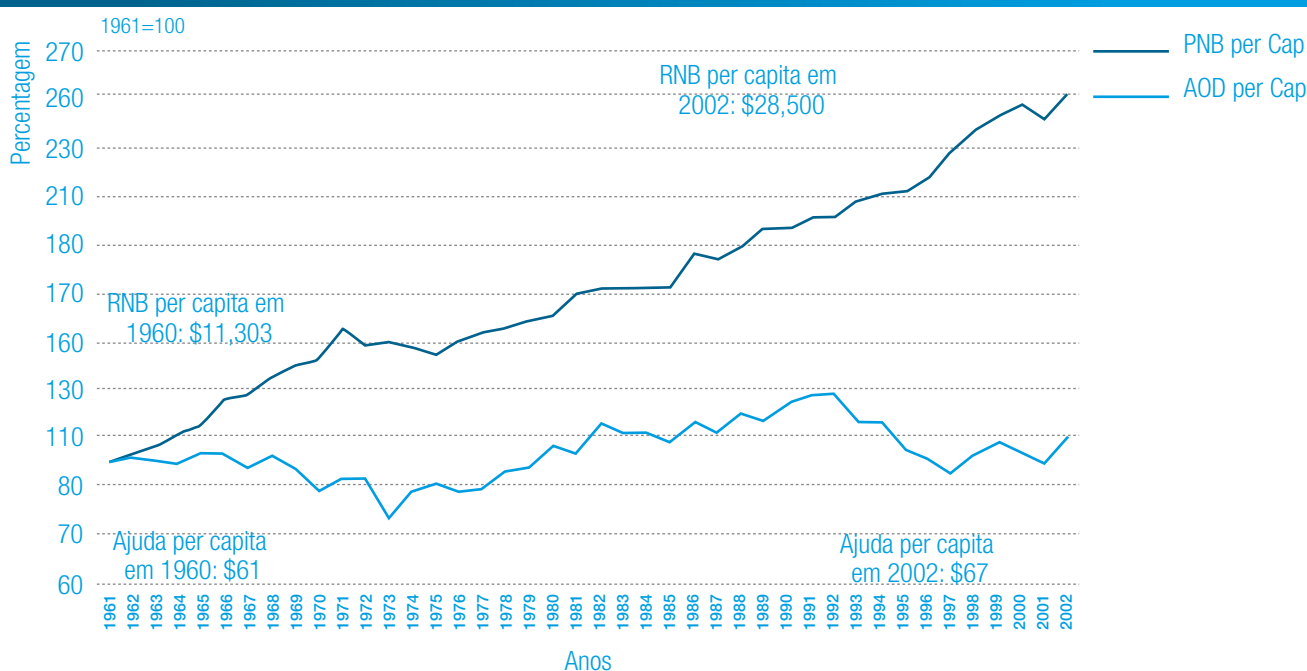
Para todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento económico, o aumento doo financiamento público com o objectivo de apoio de ações transversais aos determinantes sociais da saúde – desde o desenvolvimento e educação infantil, passando pelas condições laborais e de vida, até aos serviços de saúde – é fundamental para a igualdade na prosperidade e na saúde. As provas recolhidas demonstram que o desenvolvimento socioeconómico dos países ricos se baseou intensamente em infra-estruturas de financiamento público e em serviços públicos de abrangência tendencialmente universal. A ênfase nas finanças públicas, dada a falência dos mercados no fornecimento equitativo de bens e serviços vitais, implica uma liderança forte por parte do sector público e uma despesa pública adequada. Por seu lado, isso implica a cobrança de impostos progressiva – os dados disponíveis demonstram que níveis reduzidos de redistribuição têm um impacto consideravelmente mais elevado na redução da pobreza que o crescimento económico por si só. Para além disso, no caso dos países mais pobres, este implica uma assistência financeira internacional muito maior.

Os países de rendimento baixo têm uma quantidade relativamente reduzida de mecanismos de cobrança de impostos directos e a maior parte dos seus recursos humanos opera no sector informal. Por outro lado, têm-se baseado frequentemente em impostos indirectos, tais como taxas sobre o comércio que revertem a favor dos rendimentos do estado. Os acordos

económicos que envolvam a redução dessas taxas, celebrados entre países ricos e pobres, podem resultar na redução da produção de riqueza nos países de rendimento baixo, até ao estabelecimento de sistemas financeiros alternativos. Uma capacidade de cobrança de impostos reforçada é uma fonte importante de financiamento público e um pré-requisito necessário para quaisquer acordos futuros de redução de taxas. Paralelamente, as medidas para combate da utilização de centros financeiros em offshore, para reduzir a fuga aos regimes nacionais de impostos, prática claramente pouco ética, podem fornecer recursos para o desenvolvimento comparável, pelo menos, ao possibilitado por impostos novos. À medida que a globalização intensifica a interdependência entre países, o argumento a favor de abordagens globalizantes à cobrança é reforçado.

A ajuda é importante. Se as provas disponíveis sugerem que pode promover e, de facto, promove o crescimento económico e pode contribuir mais directamente para uma melhor saúde, a posição da Comissão é a de que o principal valor da ajuda consiste em representar um mecanismo para a distribuição razoável de recursos, segundo o objectivo comum do desenvolvimento social. Porém, o volume da ajuda é surpreendentemente diminuto. É reduzido em termos absolutos (tanto a nível genérico como específico à saúde), relativo à riqueza dos países doadores, relativo ao compromisso para um nível de ajuda próximo de 0,7% do seu Produto Interno Bruto (PIB) realizado pelos doadores em 1969 e relativo às quantias necessárias para um impacto sustentável nas Metas de Desenvolvimento do Milénio. Manifesta-se necessária uma mudança faseada relativamente a este tema. Independentemente do aumento da ajuda, a Comissão apela ao perdão da dívida mais alargado e significativo.

A diferença crescente: valor per capita da ajuda de países doadores, relativo a riqueza per capita, 1960–2000.



Reimpresso, com permissão da editora, de Randel, German & Ewing (2004).

A qualidade da ajuda deve igualmente ser melhorada – em conformidade com o acordo de Paris – concentrando esforços numa melhor coordenação entre doadores e uma articulação reforçada com os planos de desenvolvimento beneficiários. Os doadores devem considerar o envio da maior parte da sua ajuda através de um único mecanismo multilateral, enquanto que o planeamento para a redução da pobreza aos níveis nacional e local, nos países destinatários, beneficiaria consideravelmente da adopção de um enquadramento dos determinantes sociais da saúde para a criação de financiamento coerente e trans-sectorial. Tal enquadramento poderia ajudar a melhorar a responsabilização dos países beneficiários, ao clarificar como a ajuda é distribuída e que impacto tem. Os países destinatários deverão, nomeadamente, fortalecer a sua capacidade e responsabilização para com a distribuição do financiamento público de forma justa nas regiões e entre os grupos populacionais.

O que urge fazer

Fortalecer o financiamento público para a acção sobre os determinantes sociais da saúde.

- Construir a capacidade nacional para a cobrança progressiva de impostos e avaliar o potencial para novos mecanismos públicos de escala nacional e mundial.

Reforçar o financiamento internacional para a igualdade na saúde e o financiamento crescentemente coordenado, por intermédio de um enquadramento da acção para os determinantes sociais da saúde.

- Respeitar os acordos existentes através do aumento da ajuda internacional até à meta de compromisso de 0,7% do PIB e alargar a Iniciativa Multilateral de Redução da Dívida; intensificar a acção sobre a igualdade na saúde através do desenvolvimento da atenção dos enquadramentos existentes sobre os determinantes sociais da saúde, tais como os Documentos de Estratégia para a Redução da Pobreza.

Atribuir equitativamente os recursos governamentais para acção sobre os determinantes sociais da saúde.

- Implementar mecanismos de financiamento da acção trans-governamental sobre os determinantes sociais da saúde e distribuir justamente os recursos financeiros disponíveis pelas diferentes regiões geográficas e grupos sociais.



Responsabilidade dos mercados

Os mercados trazem consigo benefícios de saúde na forma de novas tecnologias, bens e serviços, bem como níveis de vida superiores. Contudo, a economia de mercado também pode provocar condições negativas para a saúde, na forma de desigualdades económicas, esgotamento de recursos, poluição ambiental, condições laborais insalubres e a circulação de bens perigosos ou pouco saudáveis.

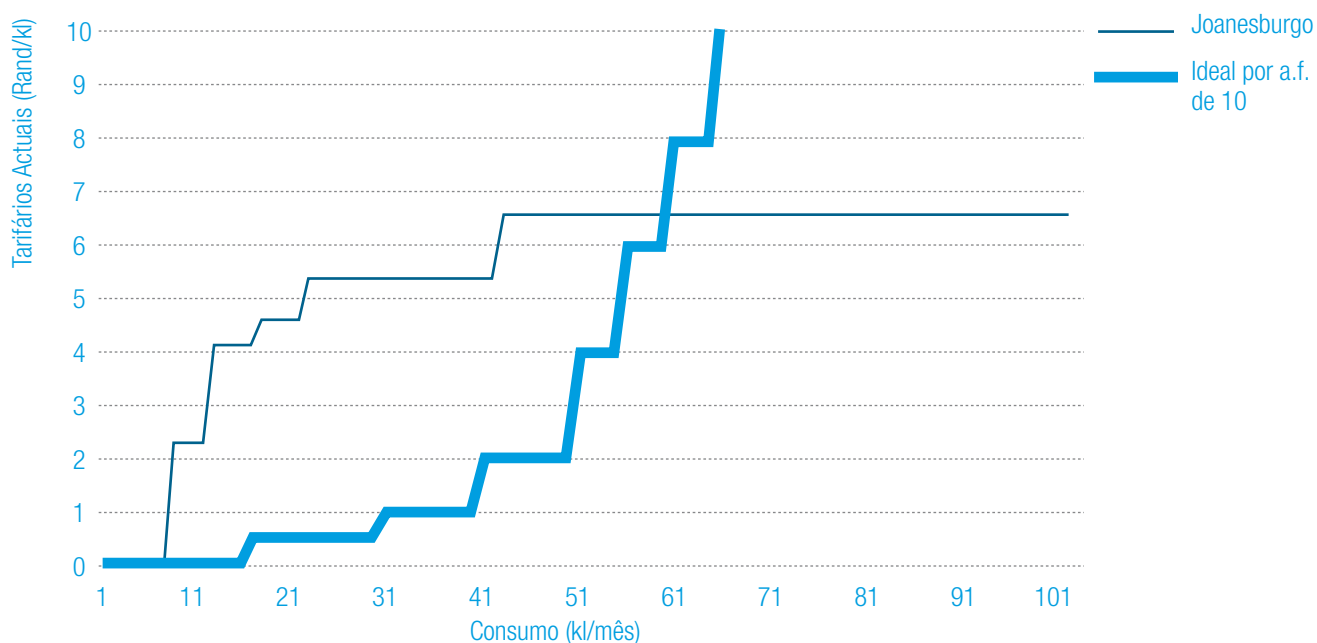
Dados para a acção

A saúde não é uma mercadoria transaccionável no mercado; é uma questão de direitos e um dever do sector público. Como tal, os recursos para a saúde devem ser equitativos e universais. Relativamente a isto, podem identificar-se três temas correlacionados: em primeiro lugar, a experiência constatada demonstra que a comercialização de bens sociais vitais, tais como educação e cuidados de saúde provoca desigualdades na saúde. A prestação desses bens sociais vitais tem de ser administrada pelo sector público, ao invés de ser deixada a cargo dos mercados; em segundo lugar, tem de haver uma liderança no sector público para uma regulação real de produtos, actividades e condições que degradem a saúde ou conduzam a desigualdades na saúde; juntas, estas duas dimensões significam que – em terceiro lugar – a avaliação competente e regular do impacto da igualdade na saúde de todas as políticas implementadas e instrumentos de regulação do mercado deve ser institucionalizada aos níveis nacionais e internacional.

A Comissão vê certos bens e serviços como direitos humanos e sociais básicos – acesso a água potável e a cuidados de saúde, por exemplo. Tais bens devem ser disponibilizados universalmente e independentemente da capacidade financeira dos utilizadores. Nesses casos, portanto, é o sector público, em vez do mercado aberto, o responsável pela prestação e acesso adequado aos bens ou serviços.

No que concerne a tanto a garantia do fornecimento dos bens e serviços vitais à saúde e bem-estar – por exemplo, água, cuidados de saúde e condições de trabalho dignas – como o controlo da circulação de mercadorias prejudiciais para a saúde (por exemplo, tabaco e álcool), as administrações do sector público têm de ser firmes. As condições laborais e de trabalho são – em numerosos países, ricos e pobres – frequentemente desiguais, explorativas, insalubres e perigosas. A importância vital, para uma população e uma economia saudáveis, de trabalho e emprego de qualidade requer uma liderança do sector público na garantia de um cumprimento progressivo dos critérios internacionais de trabalho, ao mesmo tempo que assegura o apoio ao crescimento das micro-empresas. Os mecanismos de administração globais – tal como a Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco – são necessária com crescente urgência, à medida que o mercado expande e acelera a circulação e o acesso a mercadorias prejudiciais à saúde. Produtos alimentares transformados e álcool são dois candidatos por excelência a controlos globais, regionais e nacionais mais fortes.

Custo da água em Joanesburgo. A estrutura de subsídios existente (linha fina) favorece os consumidores mais ricos (e permite o uso excessivo), enquanto que a estrutura ideal de tarifas (linha espessa) favorece fornecimento subsidiado adequado aos consumidores mais pobres com desincentivos para consumos mais elevados.



a.f. = agregado familiar.

Reimpresso, com a permissão do autor, de GKN (2007).

Em décadas recentes, sob o efeito da globalização, a integração dos mercados sofreu um aumento, o que se manifesta em novos sistemas de produção, incluindo mudanças significativas nas condições de trabalho, emprego e contratação, expansão das áreas de acordos económicos internacionais e globais e na comercialização acelerada de bens e serviços – alguns dos quais certamente benéficos para a saúde, outros com efeitos desastrosos. A Comissão apela aos países participantes para a aplicação de cautela na ponderação de novos compromissos relativos a políticas económicas – de comércio e investimento – globais, regionais e bilaterais. Antes do acordo de tais compromissos, é vital a compreensão do impacto do enquadramento existente na área da saúde, dos determinantes sociais da saúde e da igualdade da saúde. Para além disso, a avaliação dos impactos na saúde ao longo do tempo sugere claramente que a flexibilidade, que permita aos países alterar o seu compromisso para com os acordos internacionais caso estes tenham um impacto adverso na sua saúde ou igualdade na saúde, deverá ser estabelecida à partida, definindo-se critérios transparentes para despoletar as alterações consequentes.

A administração do sector público não substitui as responsabilidades e capacidades dos restantes agentes: a sociedade civil e o sector privado. Os agentes do sector privado são influentes e possuem o poder necessário para contribuir em muito para a igualdade na saúde a nível global. Até à data, porém, as iniciativas como as afectas à responsabilidade social corporativa têm mostrado provas limitadas do seu impacto

real. A responsabilidade social corporativa pode ser um vector valioso, mas ainda falha na demonstração desse potencial. A responsabilidade corporativa pode bem constituir uma base sólida a partir da qual construir uma relação responsável e colaborativa entre o sector privado e o interesse público.

O que urge fazer

Institucionalizar a consideração do impacto da saúde e da igualdade na saúde nos acordos económicos e na elaboração de políticas, tanto a nível nacional como internacional.

- Institucionalizar e reforçar as capacidades técnicas para a avaliação do impacto da igualdade na saúde em todos os acordos económicos nacionais e internacionais.
- Reforçar a representação dos agentes da saúde em todas as negociações sobre políticas nacionais e internacionais.

Reforçar o papel primário do Estado na prestação de serviços essenciais para a saúde (tais como água potável e saneamento) e na regulamentação de bens e serviços com impacto notável na saúde (tais como tabaco, álcool e alimentos).



Igualdade de género

A redução das desigualdades na saúde no período de uma geração é apenas possível se as vidas de mulheres e meninas – que representam aproximadamente metade da população mundial – forem melhoradas e as desigualdades de género forem tratadas. A capacitação das mulheres é um factor chave para alcançar a distribuição justa da saúde.

Dados para a acção

As desigualdades de género são abundantes em todas as sociedades. Os desequilíbrios no poder, recursos, atribuições hierárquicas, normas e valores e a forma como as organizações estão estruturadas e os programas são conduzidos prejudicam a saúde de milhões de meninas e mulheres. A posição das mulheres na sociedade também está associada à mortalidade e sobrevivência infantis – de rapazes e meninas. As desigualdades de género influenciam a saúde através, entre outras formas, de padrões de alimentação discriminatórios, violência contra as mulheres, défice de poder de decisão e divisões injustas de trabalho, lazer e possibilidades de melhoria de condições de vida.

As desigualdade de género são geradas socialmente e, portanto, podem ser alteradas. Embora a posição da mulher tenha melhorado ao longo do século, em numerosos países, o progresso tem sido desigual, inclusive para o mesmo tipo de trabalho; mulheres e meninas permanecem prejudicadas na educação e nas oportunidades de emprego. A mortalidade e morbilidade maternas permanecem elevadas em numerosos países e os serviços de saúde reprodutiva continuam a ser marcadamente desiguais na sua distribuição dentro e entre países. Os efeitos inter-geracionais da inequidade de género reforçam o imperativo para a acção. Agir imediatamente para melhorar a igualdade de género e capacitar as mulheres é de uma importância crucial para a redução das desigualdades no período de uma geração.

O que urge fazer

As desigualdades de género são injustas, sendo também ineficazes e ineficientes. Ao apoiar a igualdade de género, governos, doadores, organizações internacionais e sociedade civil podem melhorar as vidas de milhões de meninas e mulheres e respectivas famílias.

Abordar as desigualdades de género nas estruturas da sociedade – na legislação e na sua aplicação, na forma como as organizações são geridas e como as intervenções são concebidas e nos métodos de avaliação de desempenho económico de determinado país.

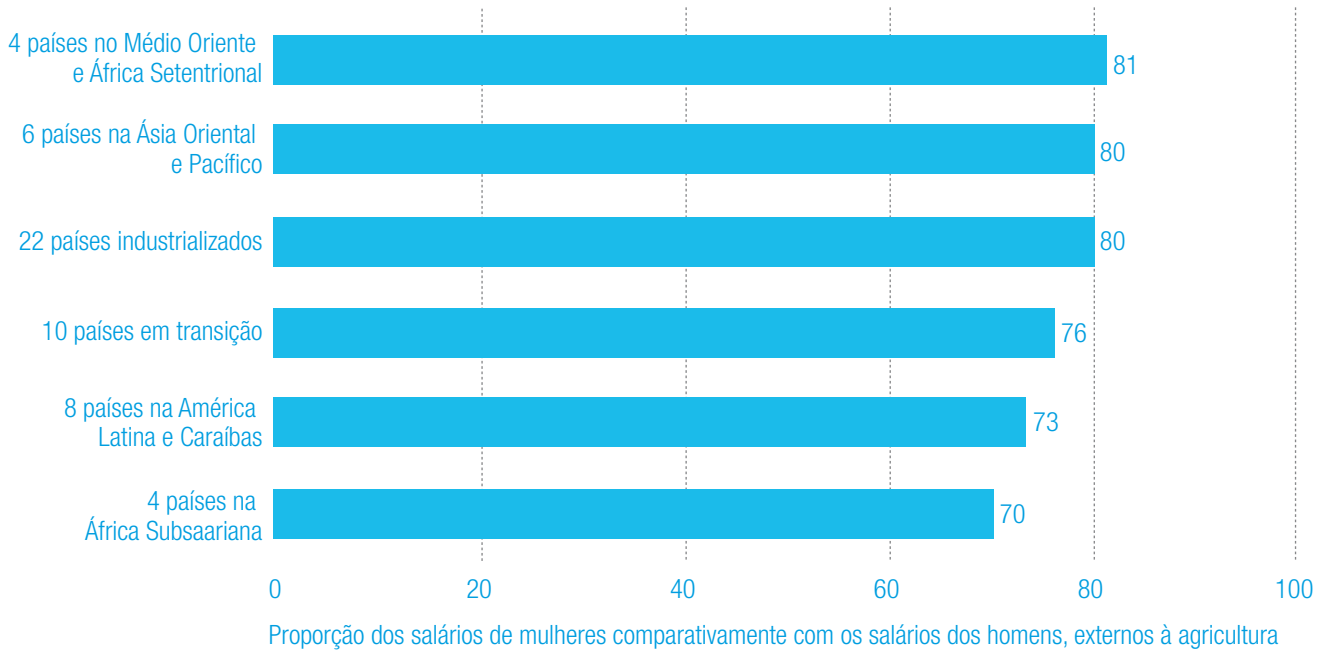
- Criar e fazer cumprir legislação que promova a igualdade de género e torne ilegal a discriminação por questões de sexo.
- Fortalecer a generalização das questões de género através da criação e financiamento de uma unidade para a igualdade de género dentro da administração central dos governos e instituições internacionais.
- Incluir, nas finanças nacionais, a contribuição económica do trabalho doméstico, prestação de cuidados e trabalho voluntário.

Desenvolver e financiar políticas e programas que reduzam diferenças na educação e formação e que apoiem a participação económica das mulheres.

- Investir em educação e formação formal e vocacional, assegurar a igualdade de pagamento através de legislação, garantir a igualdade de oportunidades no emprego a todos os níveis e implementar políticas de defesa da família.

Aumentar o investimento em programas e serviços de saúde sexual e reprodutiva, promovendo os direitos e cobertura universais.

Os salários nominais das mulheres são significativamente inferiores que os dos homens.



Reimpresso, com a permissão do autor, de UNICEF (2006).



CAPACITAÇÃO POLÍTICA – – INCLUSÃO E EXPRESSÃO

A inclusão do indivíduo na sociedade em que vive é vital para a capacitação material, psicossocial e política em que a saúde equitativa se baseia.

Dados para a acção

O direito às condições necessárias para alcançar os níveis de saúde o mais elevados possível é universal. O risco de violação desses direitos é o resultado de desigualdades estruturais profundamente estabelecidas (Farmer, 1999).

As desigualdades sociais manifestam-se em diversas categorias sociais inter-relacionadas, tais como classe social, educação, género, idade, origem étnica, incapacidades e localização geográfica. Assinalam não apenas diferença, como hierarquia e reflectem desequilíbrios profundos na prosperidade, poder e prestígio de diferentes pessoas e comunidades. Todos aqueles que são já desprivilegiados sofrem desvantagens adicionais no que respeita à sua saúde, uma vez que a liberdade de participar em relações económicas, sociais, políticas e culturais tem um valor intrínseco (Sen, 1999). A inclusão, actuação e controlo são importantes para o desenvolvimento social, saúde e bem-estar, sendo que a restrição da participação resulta na privação das capacidades humanas, abrindo caminho a desigualdades, por exemplo na educação, emprego e acesso aos avanços técnicos e biomédicos disponíveis.

Qualquer esforço sério para redução das desigualdades na saúde envolve a alteração da distribuição do poder na sociedade e nas regiões do globo, capacitando os indivíduos para representar de forma firme e eficaz as suas necessidades e interesses e, dessa forma, desafiar e modificar a distribuição injusta e diferente dos recursos sociais (as condições para a saúde) a que todos os cidadãos têm direito e aspiram.

As alterações nas relações de poder podem desenrolar-se a diversos níveis, desde a escala “micro”, dos indivíduos, agregados familiares ou comunidades, à “macro” das relações

estruturais entre as instituições e agentes económicos, sociais e políticos. Enquanto que a capacitação dos grupos sociais através da sua representação na decisão de agendas e elaboração de decisões relativas a políticas é crítica para concretizar um conjunto abrangente de direitos e assegurar a distribuição justa dos bens materiais e sociais essenciais entre os grupos populacionais, também o é a capacitação para a acção massificada, desde as bases até ao topo da hierarquia social. A luta contra as injustiças com que se deparam os grupos mais desprivilegiados da sociedade e o processo de organização dessas pessoas cria lideranças locais na população. O processo pode ser capacitador e dá aos indivíduos um maior sentido de controlo sobre as suas vidas e o seu futuro.

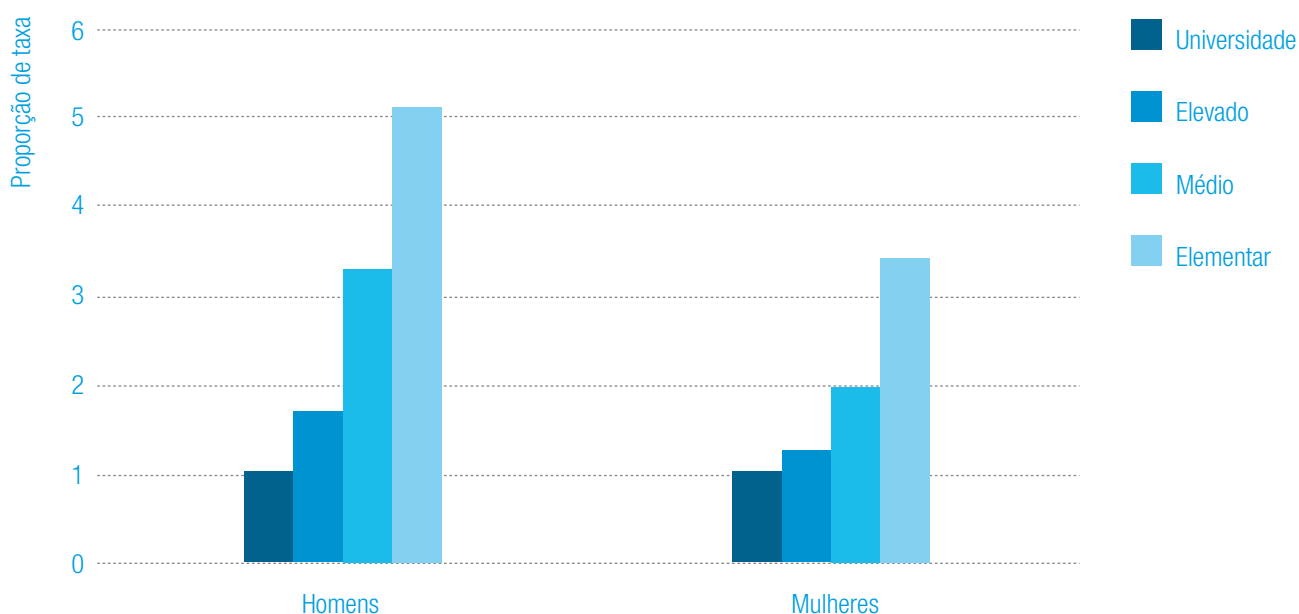
A acção comunitária ou da sociedade civil sobre as desigualdades na saúde não pode ser separada da responsabilidade dos Estados de garantia de um conjunto abrangente de direitos e da distribuição justa dos bens materiais e sociais essenciais por entre os diferentes grupos da população. Metodologias de acção partindo do topo até à base da hierarquia social e vice-versa são igualmente vitais.

O que urge fazer

Capacitar todos os grupos da sociedade através da representação justa nos processos de decisão sobre o funcionamento da sociedade, particularmente em relação ao seu efeito na igualdade na saúde, e criar e manter um enquadramento socialmente inclusivo para a elaboração de políticas.

- Reforçar os sistemas políticos e legais para a protecção dos Direitos Humanos, assegurar a identidade legal e apoiar as necessidades e reivindicações dos grupos marginalizados, especialmente as populações indígenas.
- Garantir a justa representação e participação de indivíduos e comunidades nos processos de decisão relativos à saúde como parte integrante do direito à saúde.

Mortalidade ajustada para a idade entre homens e mulheres da República da Coreia por nível de educação atingido, 1993-1997.



Fonte: Son et al., 2002.

Permitir que a sociedade civil se organize e actue segundo padrões que promovam e concretizem os direitos políticos e sociais que afectam a igualdade na saúde.

Governança global de qualidade

As diferenças dramáticas nas possibilidades de saúde e vida das populações em todo o Mundo reflectem os desequilíbrios no poder e prosperidade das nações. Os benefícios inquestionáveis da globalização permanecem distribuídos de forma profundamente desigual.

Dados para a acção

O período do pós-guerra tem testemunhado um crescimento massivo, porém, o crescimento na riqueza e no conhecimento à escala global não se traduziu numa maior igualdade na riqueza a nível mundial. Por oposição a uma tendência de convergência, em que os países pobres recuperam relativamente à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o período mais recente de globalização (depois de 1980) tem registado vencedores e vencidos por entre os países do Mundo, com a estagnação e reversão particularmente alarmantes da esperança média de vida à nascença nos países da África Subsariana e alguns estados resultantes da antiga União Soviética (GKN, 2007). O progresso alcançado na evolução na economia global entre 1960 e 1980 foi significativamente abrandado no período seguinte (1980 – 2005), com a forte influência das políticas económicas na despesa do sector público e no desenvolvimento social. Também associado à segunda fase da globalização (pós 1980), registou-se um aumento significativo e uma maior regularidade de crises financeiras, proliferação de conflitos e fenómenos de migração voluntária ou forçada.

Através do reconhecimento, na globalização, de interesses comuns e futuros interdependentes, é imperativo que a

comunidade internacional torne a comprometer-se num sistema multilateral em que todos os países se envolvam, ricos e pobres, com igual capacidade de expressão. Apenas através de tal sistema de governo global, que seja capaz de colocar a justiça na saúde no centro da agenda do desenvolvimento e a verdadeira igualdade de influência no centro dos seus processos de decisão, será possível obter uma dedicação genuína para a igualdade na saúde à escala mundial.

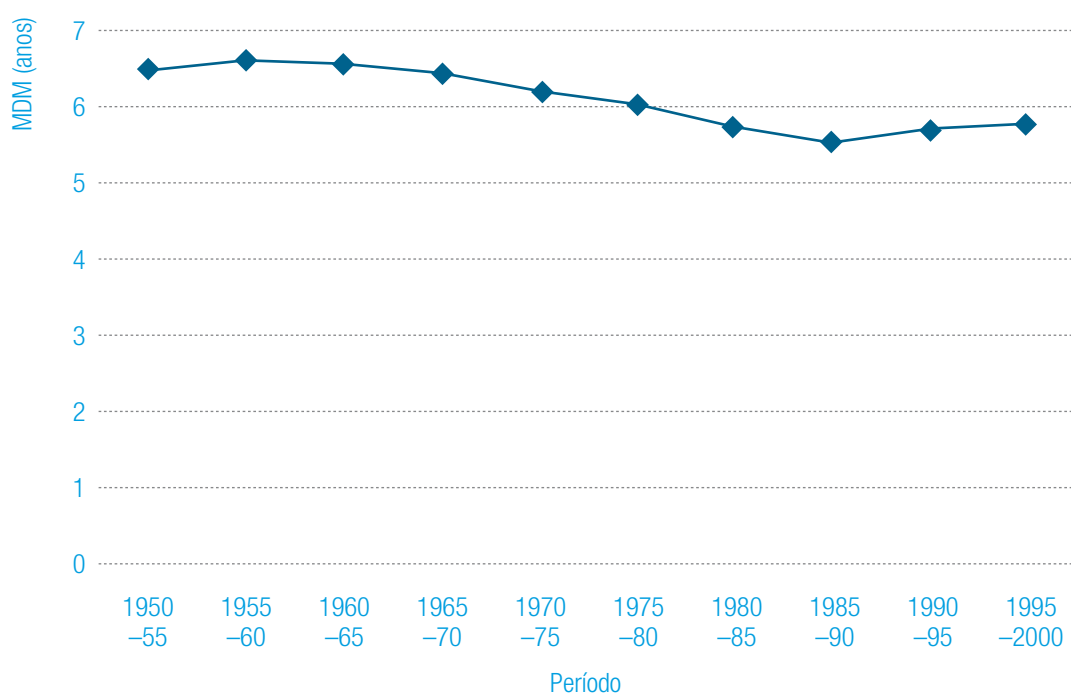
O que urge fazer

Fazer da igualdade na saúde um objectivo global para o desenvolvimento e adoptar um enquadramento para os determinantes sociais da saúde com o objectivo de fortalecer a acção multilateral para o desenvolvimento.

- A Organização das Nações Unidas (ONU), através da OMS e do Conselho Económico e Social, deverá adoptar a igualdade na saúde como um objectivo central de desenvolvimento global e aplicar um enquadramento de indicadores de determinantes sociais da saúde à monitorização do progresso.
- A Organização das Nações Unidas deverá estabelecer grupos de trabalho multilaterais sobre determinantes sociais da saúde específicos – de início, desenvolvimento durante a primeira infância, igualdade de género, condições de emprego e trabalho, sistemas de prestação de cuidados de saúde e governo participativo.

Fortalecer a liderança da OMS na acção à escala global sobre os determinantes sociais da saúde, institucionalizando-os como princípios orientadores através dos departamentos da OMS e dos programas nacionais.

Tendência na medida de dispersão da mortalidade (MDM) de esperança de vida à nascença, 1950-2000.



Reimpresso, com a permissão da editora, de Moser, Shkolnikov & Leon (2005).

3. Quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto das acções

O Mundo vive momentos de mudança acelerada, sendo frequentemente pouco claro qual o impacto que as alterações a nível social, económico e político terão na saúde em geral e, especificamente, nas desigualdades entre países ou a nível global. A acção sobre os determinantes sociais da saúde será mais eficiente se os sistemas de informação, incluindo o registo de dados vitais e a monitorização de rotina das desigualdades na saúde e dos determinantes sociais da saúde, forem implementados e existam mecanismos que garantam a compreensão e aplicação da informação para o desenvolvimento de políticas, sistemas e programas mais eficazes. A educação e a formação acerca dos determinantes sociais da saúde são absolutamente imperativas.

Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação

A ausência de dados indicia frequentemente a falta de reconhecimento do respectivo problema. As provas de qualidade sobre os níveis de saúde e a sua distribuição e sobre os determinantes sociais da saúde são essenciais para a compreensão da verdadeira escala do problema, a avaliação dos efeitos das acções tomadas e a monitorização do progresso.

Dados para a acção

A experiência acumulada até agora demonstra que os países sem informação sobre a mortalidade e morbilidade por indicadores socioeconómicos têm dificuldade em progredir na agenda da igualdade na saúde. Os países com os problemas de saúde mais graves, incluindo os países em conflito armado, possuem os registos de dados com pior qualidade. Numerosos países não têm sequer implementados sistemas básicos para registar todos os nascimentos e óbitos. Os sistemas de registo de nascimentos cujo funcionamento é deficiente têm implicações consideráveis nos resultados da saúde e desenvolvimento infantis.

A base factual existente sobre a desigualdade na saúde, os determinantes sociais da saúde e sobre o que resulta na sua melhoria requer enriquecimento. Infelizmente, a maior parte do financiamento permanece esmagadoramente orientada para o sector biomédico. Para além disso, grande parte da investigação continua a sofrer desequilíbrios de género. As hierarquias de provas (que colocam testes controlados e experiências laboratoriais aleatórios no topo das prioridades) geralmente não produzem investigação sobre os determinantes sociais da saúde. Em vez disso, os factos têm de ser apreciados

Nascimentos não registados (em milhares) em 2003 por região e nível de desenvolvimento.

Região	Nascimentos	Crianças não-registadas, n° (%)
Mundo	133 028	48 276 (36%)
África Subsaariana	26 879	14 751 (55%)
Médio Oriente e África Setentrional	9790	1543 (16%)
Sul da Ásia	37 099	23 395 (63%)
Ásia Oriental e Pacífico	31 616	5901 (19%)
América Latina e Caraíbas	11 567	1787 (15%)
PECO/ CEI e Estados Bálticos	5250	1218 (23%)
Países industrializados	10 827	218 (2%)
Países em desenvolvimento	119 973	48 147 (40%)
Países menos desenvolvidos	27 819	19 682 (71%)

PECO = Países da Europa Central e Oriental; CEI = Comunidade dos Estados Independentes.

Fonte: UNICEF, 2005.

com base na sua adequação ao propósito que servem – ou seja, a sua capacidade de resposta à pergunta inicial.

As provas são apenas parte do que influencia as decisões sobre as políticas a implementar – a vontade política e a capacidade institucional também são importantes. Os agentes das políticas têm de compreender os factores que afectam a saúde da população e como as gradações existentes operam. Do mesmo modo, a acção sobre os determinantes sociais da saúde requer a promoção da capacitação entre os profissionais, incluindo a incorporação de formação sobre os determinantes sociais da saúde nos currículos do pessoal médico e restante pessoal de saúde.

O que urge fazer

Existem provas suficientes sobre os determinantes sociais da saúde para que seja possível agir imediatamente. Os governos, apoiados pelas organizações internacionais, podem actuar de modo ainda mais eficaz sobre os determinantes sociais na saúde melhorando as infra-estruturas locais, nacionais e internacionais para monitorização, investigação e formação.

Assegurar que os sistemas de monitorização de rotina sobre a igualdade na saúde e os determinantes sociais da saúde são implementados às escalas local, nacional e internacional.

- Garantir que todas as crianças são registadas à nascença sem quaisquer custos para o agregado familiar.

- Estabelecer sistemas de vigilância nacionais e globais para compilação de informação sobre os determinantes sociais da saúde e a desigualdade na saúde.

Investir na geração e partilha de novas provas sobre os modos como os determinantes sociais influenciam a saúde da população e a igualdade na saúde e sobre a eficácia das medidas para redução das desigualdades na saúde através da acção sobre os determinantes sociais.

- Criar um orçamento dedicado à geração e partilha global de provas documentais sobre os determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde.

Prestar formação aos agentes das políticas, intervenientes e profissionais sobre os determinantes sociais da saúde e investir na sensibilização do público em geral.

- Incluir os determinantes sociais da saúde na formação médica e de saúde e melhorar a literacia generalizada sobre os determinantes sociais da saúde. Formar os planificadores e responsáveis pela elaboração de políticas no uso das avaliações da igualdade na saúde.
- Reforçar a capacidade da OMS para o apoio de acções sobre os determinantes sociais da saúde.



Agentes

As acções chave invocadas pelas recomendações foram acima apresentadas. Aqui se descreverão aquelas de que depende acção real. O papel dos governos através do sector público é fundamental para a igualdade na saúde. Porém, esta função não se limita ao governo. Na verdade, é através dos processos democráticos da participação da sociedade civil e da elaboração das políticas públicas, devidamente apoiadas aos níveis regional e global, suportadas pela investigação sobre as soluções eficazes para a igualdade na saúde e com a colaboração de agentes privados, que a verdadeira acção para a igualdade na saúde é possível.

Agências multilaterais

Uma das recomendações gerais da Comissão consiste na necessidade de concertação intersectorial – na elaboração de políticas e na actuação – para a melhoria da actuação real sobre os determinantes sociais da saúde e a produção de melhorias na igualdade na saúde. Os especialistas e agências multilaterais podem contribuir bastante para reforçar o seu impacto colectivo nos determinantes sociais da saúde e na equidade na saúde, incluindo:

- *Concertação na monitorização e actuação globais:* Adotar a igualdade na saúde como objectivo partilhado globalmente, utilizando um enquadramento de indicadores comum a nível mundial para a monitorização da evolução do desenvolvimento; e colaborar em grupos de trabalho temáticos multi-agência para acção concertada sobre os determinantes sociais da saúde.
- *Financiamento concertado e responsável:* Garantir que os aumentos na ajuda e no perdão da dívida apoiam a elaboração de políticas coerentes sobre os determinantes sociais da saúde e a acção sobre os governos beneficiários, através da utilização de indicadores para o desempenho da igualdade na saúde e os determinantes sociais da saúde como condições fundamentais para a responsabilização dos destinatários.
- *Participação melhorada dos Estados Membros da ONU na governação mundial:* Apoiar a participação equitativa dos Estados Membros e outros intervenientes nos debates para elaboração de políticas.

OMS

A OMS é a entidade líder mandatada na saúde à escala global. Urge reforçar o papel de liderança da OMS através da agenda para acção sobre os determinantes sociais da saúde e a igualdade a saúde. Isto envolve um leque variado de acções, incluindo:

- *Concertação global e nacional de políticas:* Adotar um papel de orientação, apoiando a capacitação e a coerência de políticas relativamente aos determinantes sociais da saúde por todas as agências parceiros no sistema multilateral; fortalecer a capacidade técnica a nível mundial e por entre os Estados Membros para representação da saúde pública em todos os principais fóruns multilaterais; e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de mecanismos para a coesão de políticas e intervenções sobre os determinantes sociais da saúde.
- *Quantificação e avaliação:* Apoiar, como objectivo fundamental, a definição de objectivos para a igualdade na saúde e a monitorização da evolução sobre os determinantes sociais da saúde dentro e entre países; apoiar a implementação

de sistemas de vigilância sobre determinantes sociais da saúde nos Estados Membros e criar as capacidades técnicas necessárias nos países; apoiar os Estados Membros no desenvolvimento e utilização de ferramentas de avaliação do impacto da igualdade na saúde e outras ferramentas relacionadas com a saúde, tais como um indicador para a igualdade em cada país; e reunir num encontro global como parte de uma revisão periódica da situação global.

- *Aumento das capacidades da OMS:* Consolidar as capacidades da OMS nos determinantes sociais da saúde, desde a sua sede, pelos Gabinetes Regionais, até aos Programas Nacionais.

Administração nacional e local

A fundamentação da acção sobre os determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde é um esforço de um sector público capacitado, baseado nos princípios de justiça, participação e colaboração intersectorial. Isto implica o reforço das funções básicas do governo e das instituições públicas, nas escalas nacional e sub-nacional, particularmente em relação à coerência de políticas, administração participativa, planeamento, concepção e implementação de regulamentos e definição de critérios; também depende de uma liderança e orientação sólidas da parte dos ministérios da saúde, apoiados pela OMS. As acções governamentais incluem:

- *Coesão nas políticas implementadas em todo o governo:* Elevação da responsabilidade pela acção na saúde e na igualdade na saúde ao mais alto nível no governo e garantia da sua ponderação integrada em toda a concepção de políticas ministeriais e departamentais. Os ministros da saúde podem ajudar no esforço de mudança – serão essenciais na ajuda à criação de sinergias com o chefe de estado e outros ministros.
- *Reforço da acção para a igualdade:* Compromisso para com a construção progressiva de serviços universais de cuidados de saúde; estabelecimento de uma unidade dedicada aos assuntos de género para promoção da igualdade de género na elaboração de políticas; melhoria dos modos de vida, investimento em infra-estruturas e serviços rurais; reabilitação e consolidação do planeamento urbano na saúde participativo a nível local; investimento no emprego pleno e em políticas e programas de emprego dignos; investimento em DPI; promoção da prestação de serviços e programas sobre os determinantes sociais da saúde vitais, independentemente da capacidade financeira do utilizador, apoiados por um programa universal de protecção social; e estabelecer um enquadramento nacional para o controlo legislativo dos produtos prejudiciais para a saúde.
- *Finanças:* Administrar os fundos recebidos de fontes financeiras internacionais (ajuda, perdão da dívida) através de um enquadramento da acção sobre os determinantes sociais da saúde, estabelecido de forma transparente; reforçar as receitas através da cobrança progressiva de impostos; e colaborar com outros Estados Membros no desenvolvimento de propostas regionais ou globais para novas fontes de financiamento público internacional.
- *Quantificação, avaliação e formação:* Avançar rumo ao objectivo do registo de nascimento universal; estabelecer indicadores de desempenho transversais no governo para a igualdade na saúde, através da implementação de um sistema de vigilância da igualdade na saúde; criar a capacidade para a utilização da avaliação do impacto na igualdade na saúde como

protocolo regular em toda a elaboração de políticas; garantir formação dos profissionais e elaboradores de políticas sobre os determinantes sociais da saúde; e sensibilizar o público em geral para os determinantes sociais da saúde.

Sociedade civil

A inclusão do indivíduo na sociedade em que vive é vital para os aspectos materiais, psicossociais e políticos da capacitação que constitui a base do bem-estar social e a igualdade na saúde. Como membros da comunidade, defensores dos movimentos populares, prestadores de serviços e programas e supervisores do desempenho, os agentes da sociedade civil – da escala global à local – constituem uma ponte vital entre as políticas e planos e a realidade da mudança e melhoria das vidas de todos. Através do auxílio da organização e promoção de diferentes vozes de diferentes comunidades, a sociedade civil pode ser um defensor feroz da igualdade na saúde. Muitas das acções enumeradas serão, pelo menos em parte, o resultado da pressão e do encorajamento exercidos pela sociedade civil; muitas das metas rumo ao objectivo de alcançar a igualdade na saúde dentro de uma geração serão marcadas – cumpridas ou falhadas – pela observação atenta dos agentes da sociedade civil. Esta pode desempenhar um papel importante nas acções sobre os determinantes sociais da saúde:

- *Participação nas políticas, planeamento, programas e avaliação:* Participar na elaboração de políticas, planeamento, cumprimento dos programas e avaliação sobre os determinantes sociais da saúde, desde o nível global, passando por fóruns intersectoriais, ao nível local de avaliação, prestação de serviços e apoio; monitorizar a qualidade, equidade e impacto dos serviços prestados.
- *Monitorização do desempenho:* Monitorizar, relatar e promover sobre os determinantes sociais da saúde específicos, tais como a melhoria dos serviços prestados em bairros degradados, condições de emprego formal e informal, trabalho infantil, direitos das populações indígenas, igualdade de género, serviços de saúde e educação, actividades corporativas, acordos de comércio e protecção ambiental.

Sector privado

O sector privado tem um impacto profundo na saúde e bem-estar. Ainda que a Comissão enfatize o papel central da liderança do sector público na acção para a igualdade na saúde, isso não implica menosprezar a importância das actividades do sector privado. Porém, implica a necessidade de reconhecimento de impactos potencialmente adversos e a necessidade de responsabilidade na regulação no que respeita a esses impactos. Paralelamente ao controlo de efeitos indesejáveis na saúde e na igualdade na saúde, a vitalidade do sector privado tem muito a oferecer que poderá melhorar a saúde e o bem-estar. As acções possíveis incluem:

- *Reforçar a responsabilização:* Reconhecer e respeitar acordos, normas e códigos internacionais de prática de emprego; assegurar condições laborais e de emprego justas para homens e mulheres; reduzir e erradicar o trabalho infantil e assegurar o respeito de normas de saúde e segurança; apoiar oportunidades vocacionais e de formação como parte das condições de emprego, com particular ênfase para as oportunidades para as mulheres; e assegurar que as actividades e serviços do sector privado (tais como a produção e certificação de medicamentos vitais e a facultação de sistemas de seguros de saúde) contribuem – ao invés de debilitarem – a igualdade na saúde.

- *Investir na investigação:* Comprometer-se na investigação e desenvolvimento do tratamento de doenças negligenciadas e associadas aos pobres e partilhar conhecimento em áreas potencialmente vitais (tais como a patente de medicamentos).

Instituições de investigação

O conhecimento – da situação global, regional, nacional e local da saúde, do que pode ser feito para melhorar esse panorama e do que funciona eficazmente para alterar a desigualdade na saúde nos determinantes sociais da saúde – é uma preocupação central da Comissão e está na base de todas as suas recomendações. É uma necessidade premente. Mas, mais que mero exercício académico, a investigação é necessária para gerar novos entendimentos e para divulgar essa compreensão de formas acessíveis de forma prática para todos os parceiros acima enumerados. A investigação sobre o conhecimento dos determinantes sociais da saúde e das formas de acção para a igualdade na saúde continuará a depender das colaborações entre académicos e profissionais em exercício, mas também dependerá de novas metodologias – reconhecendo e aplicando um leque diverso de informação documental, reconhecendo o desequilíbrio de género nos processos de investigação e reconhecendo o valor acrescentado das redes de conhecimento e comunidades agora desenvolvidas a nível global. A acção neste campo inclui:

- *Gerar e difundir conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde:* Assegurar que o financiamento da investigação é atribuído ao trabalho sobre o tema dos determinantes sociais da saúde; apoiar o trabalho intersectorial multilateral, nacional e local e do observatório global da saúde, através do desenvolvimento e teste dos indicadores e da avaliação de impacto de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde; estabelecer e expandir as redes virtuais e os sistemas informatizados, sob o princípio de acesso universal, orientado para a maximização da acessibilidade em contextos de baixo, médio e alto rendimento; contribuir para a inversão do fenómeno de fuga de cérebros de países de baixo e médio rendimento; abordar e eliminar desigualdades de género nas equipas, propostas, concepções, actividades e relatórios de investigação.

É POSSÍVEL REDUZIR AS DESIGUALDADES EXISTENTES NO PERÍODO DE UMA GERAÇÃO?

Esta pergunta – é possível reduzir as desigualdades existentes no período de uma geração? – tem duas respostas possíveis, ambas bastante claras. Se persistirmos no panorama actual, não será de todo possível. Se existir uma vontade real de mudança, se existir a visão para a criação de um Mundo melhor e mais justo em que as hipóteses de vida do indivíduo e a sua prosperidade não sejam ditadas pelo acaso de onde nasçam, a cor da sua pele ou a falta de oportunidades ao dispor dos seus pais, a resposta será: podemos ir longe nessa direcção.

A acção é possível, como demonstrado ao longo do presente relatório. Porém, importa implementá-la de forma homogénea em todos os determinantes – em todos os campos de acção acima descritos –, atacando a desigualdade estrutural a par da garantia de um bem-estar mais imediato. Para o alcançar, serão necessárias mudanças, começando pelo início de vida e agindo sobre todo o ciclo de vida. Ao apelar à redução das desigualdades numa geração, não prevemos a eliminação do gradiente social ou das diferenças dramáticas entre países em trinta anos. Contudo, as provas observadas, produzidas neste Relatório Final, tanto sobre a celeridade com que a saúde pode melhorar como sobre os meios necessários para alcançar essa mudança, encorajam-nos relativamente à possibilidade de uma redução significativa das desigualdades.

Esta é uma luta a longo prazo, que requer investimento imediato, com alterações consideráveis nas políticas sociais, acordos comerciais e acção política. No centro desta acção deverá estar a capacitação das populações, comunidades e países que actualmente não tenham a possibilidade de exercer a sua contribuição. O conhecimento e os meios para a mudança existem e são compilados no presente relatório. Falta a vontade política para a implementação dessas alterações eminentemente difíceis mas exequíveis. A inacção seria vista, em décadas futuras, como um falhanço de grande escala na aceitação da responsabilidade depositada sobre os ombros de todos nós.







CAPÍTULO 1

Uma nova agenda global – a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

As crianças têm uma esperança de vida totalmente diferente, dependendo do país onde nascem. No Japão ou na Suécia, podem esperar viver mais de 80 anos; no Brasil, 72 anos; na Índia, 63; e em muitos países africanos, menos de 50 anos. Entre países, a diferença nas perspectivas de vida é significativa e notória em todos eles, mesmo nos mais ricos. O equilíbrio entre a pobreza e a riqueza pode ser diferente nos países de baixo rendimento, mas não deixa de ser verdade que os indivíduos mais ricos prosperam e os mais pobres não.

Este panorama não tem de existir e não é correcto que persista. Não é uma infeliz conjugação de acontecimentos aleatórios, nem a diferença no comportamento individual que mantém continuamente o nível da saúde de alguns países e grupos populacionais abaixo do de outros. É injusto que existam diferenças sistemáticas nas condições sanitárias, que sejam passíveis de evitar através de uma acção razoável a nível global e dentro da própria sociedade. A isto, a Comissão designa por desigualdade na saúde.

IGUALDADE NA SAÚDE E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Tradicionalmente, as sociedades sempre olharam para o sector da saúde com o intuito de lidar com as questões acerca da saúde e da doença. Sem dúvida que a má distribuição de cuidados de saúde, ou seja, a falha na sua prestação a quem mais deles precisa, é um dos determinantes sociais da saúde. Mas o enorme ónus da doença, responsável pelo número avassalador de mortes prematuras, tem origem em grande parte devido às condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, condições essas, que em conjunto, lhes conferem a liberdade necessária para viver as suas vidas que prezam (Sen, 1999; Marmot, 2004).

As condições de vida más e desiguais são, por sua vez, uma consequência das condições estruturais más profundas, que em conjunto, mostram a maneira como as sociedades estão organizadas: políticas e programas sociais fracos, acordos económicos injustos e política de má qualidade. Estes “agentes estruturais” operam dentro dos países ao abrigo da autoridade dos respectivos governos, mas também entre países, graças ao efeito da globalização. Esta combinação tóxica de más políticas, economia e política é, em grande parte, responsável pelo facto de a maior parte da população mundial não beneficiar da boa saúde que é biologicamente possível. As condições de vida diárias, elas próprias o resultado destes agentes estruturais, formam em conjunto os determinantes sociais da saúde.

A correcção destas desigualdades é uma questão de justiça social. Reduzir a desigualdade nas condições de saúde é, para a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (doravante designada por a Comissão), um imperativo ético. O direito

ao mais alto padrão possível de saúde está garantido pela Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) e por numerosos tratados internacionais (UN, 2000a). Contudo, o rigor com que estes direitos são cumpridos nos vários países é notoriamente díspar. A desigualdade a nível social é, actualmente, responsável pela morte de pessoas em grande escala.

UMA NOVA AGENDA PARA A SAÚDE, IGUALDADE E DESENVOLVIMENTO

A Comissão parte do pressuposto de que não existe uma razão biológica para que uma menina oriunda de determinada parte do mundo, por exemplo do Lesoto, tenha uma esperança de vida à nascença (EVN) mais curta em cerca de 42 anos do que uma menina que, por seu lado, nasça no Japão. Da mesma maneira que não há necessariamente uma razão biológica para haver uma diferença na EVN de 20 anos ou mais, entre grupos sociais dentro do mesmo país. A Comissão acredita que, alterando-se os determinantes sociais da saúde, haverá melhorias significativas na igualdade das condições sanitárias.

O objectivo principal da Comissão é de que as desigualdades na saúde sejam reduzidas no período de uma geração. Reflecte a ideologia da Comissão de que a acção, a nível social, político e económico, levaria a uma enorme redução das diferenças nas condições de saúde dentro e entre países. Não quer isto dizer que o nível de saúde dos países melhore radicalmente ou que as grandes diferenças entre eles desapareçam dentro de 30 anos, mas implica que se coloquem no topo da lista de prioridades as enormes desigualdades a nível mundial, para que possam ser combatidas através da acção global, regional e nacional. As provas apresentadas neste relatório, quer da velocidade à qual se registam melhorias na saúde, quer dos meios necessários para conseguir tal mudança, encoraja a Comissão no sentido de que é de facto possível superar as desigualdade na saúde, mas também que tal implica acção imediata.

TRÊS PRINCÍPIOS DE ACÇÃO PARA ATINGIR A IGUALDADE NA SAÚDE

A análise da Comissão, seguindo os determinantes sociais de saúde acima resumidos, conduz a três princípios de acção:

- 1 Melhorar as condições de vida diária – as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.
- 2 Abordar a desigual distribuição de poder, riqueza e recursos – os agentes estruturais destas condições de vida diária – global, nacional e localmente.

3 Avaliar o problema, avaliar a acção necessária, expandir a base de conhecimento, desenvolver uma equipa de trabalho com formação sobre os determinantes sociais da saúde e promover a sensibilização do público para o tema.

Apesar do presente relatório se basear nestes três princípios, não existe uma sequência de acção implícita. A avaliação do problema e a implementação de medidas para o resolver devem dar-se ao mesmo tempo. A actuação sobre as condições de vida diárias e sobre os seus agentes estruturais deve ser simultânea; não são alternativas.

O trabalho da Comissão materializa uma nova abordagem ao desenvolvimento. A saúde e a igualdade na saúde podem não ser o objectivo de todas as políticas sociais, mas serão um dos seus resultados fundamentais. Veja-se a importância dada por todos os governos ao crescimento económico: é sem dúvida importante, sobretudo para os países pobres, uma vez que lhes dá a oportunidade de obtenção de recursos para investimento na melhoria das condições de vida da sua população. Porém, o crescimento por si só, sem políticas sociais adequadas que garantam o mínimo de justiça na distribuição dos lucros, não traz qualquer benefício para a saúde.

Os sistemas de saúde têm um papel importante a desempenhar, bem como os Ministérios da Saúde, que têm uma enorme responsabilidade ao nível da gestão. O sector da saúde deveria trabalhar em concertação com outros sectores da sociedade uma vez que a saúde e a igualdade na saúde são medidas importantes do sucesso das políticas sociais. Mas para além do sector da saúde, as medidas a tomar quanto aos determinantes sociais da saúde devem envolver todo o governo, a sociedade civil¹ e as comunidades locais, o mercado, fóruns globais e agências internacionais.

À medida que a globalização nos aproxima enquanto povos e nações, é possível ver a interdependência das nossas aspirações humanas – de segurança, incluindo protecção contra a pobreza e a exclusão, e de liberdade (Sen, 1999); não apenas de crescer e prosperar enquanto indivíduos, mas também enquanto Humanidade. A Comissão reconhece os obstáculos à prosperidade global comum, particularmente aos interesses enraizados de alguns grupos sociais e países. Mas reconhece também o valor e a necessidade de uma acção colectiva, a nível nacional e global, para corrigir os efeitos nefastos da desigualdade nas oportunidades de vida.

DUAS AGENDAS URGENTES - IGUALDADE NA SAÚDE E ALTERAÇÕES AMBIENTAIS

Existe, finalmente, um reconhecimento generalizado de que a perturbação e o esgotamento dos sistemas de recursos naturais, incluindo as alterações climáticas, não são meras discussões técnicas a realizar entre especialistas ambientais, mas que, pelo contrário, têm implicações profundas no modo de vida das

pessoas por todo o mundo e em todos os seres vivos. Não se enquadra no âmbito e nas competências da Comissão a designação de uma nova ordem económica internacional que equilibre a necessidade de desenvolvimento económico e social de toda a população mundial, a igualdade das condições de saúde e a urgência de lidar com o aquecimento global. Porém, o sentimento de urgência e a disposição para experimentar soluções inovadoras são a atitude exigida para lidar com ambas as questões.

A COMISSÃO E A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

No espírito da justiça social, a Comissão foi formada pelo falecido Director-Geral da OMS, o Dr. Jong Wook Lee, que considerava a acção contra os determinantes sociais de saúde como o caminho a seguir para atingir a igualdade na saúde. A Comissão, criada para orientar a obtenção de provas documentais do que pode ser feito para promover a igualdade na saúde e para promover um movimento internacional para a atingir, é o resultado da colaboração global de elaboradores de políticas, investigadores e da sociedade civil, liderada pelos Comissários, que contribuíram sobretudo com a sua vasta experiência política, académica e de advocacy. A igualdade na saúde é, de facto, uma questão à escala global. A actual Directora Geral, a Dra. Margaret Chan, dedicou-se à Comissão com entusiasmo, tendo proferido as palavras que se seguem:

“Ninguém deverá ser privado do acesso a intervenções que possam salvar a vida ou melhorá-la, por razões injustas, sejam elas de ordem económica ou social. Estes são alguns dos assuntos abordados pela Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde... No que respeita à saúde, a igualdade é, de facto, uma questão de vida ou morte.”
(Chan, 2007)

A Directora-Geral Chan anunciou o compromisso da OMS para com a luta contra os determinantes sociais da saúde, não apenas porque lhe cabe o poder para o fazer, mas também ter autoridade moral para tal.

FOMENTAR UM MOVIMENTO GLOBAL PARA A MUDANÇA

A Comissão procura fomentar um movimento global para a mudança. Os seus princípios são claros: a saúde é um valor estimado universalmente e as pessoas aspiram à igualdade. Nos locais onde foram efectuados estudos, registaram-se provas claras da preocupação acerca da desigualdade das condições de vida (Sondagem YouGov, 2007) que provocam as diferenças nos níveis de saúde (Comissão RWJF, 2008). A Comissão obteve já um apoio substancial para as conclusões fundamentais do seu estudo. Enquanto que a OMS é um agente central e de vital importância para o desenvolvimento da agenda da igualdade na saúde, o movimento global está a ser constituído por um grupo de pessoas interessadas. É óbvio que mudar os determinantes sociais da saúde e a igualdade a nível sanitário é uma agenda a longo prazo, que requer um apoio e um investimento sólido.

¹ Sociedade civil refere-se à esfera de acção colectiva voluntária em torno de interesses, objectivos e valores comuns. Teoricamente, as suas formas institucionais são diferentes das do Estado, família e mercado, embora na prática, as fronteiras entre estas dimensões sejam complexas. Incluem-se frequentemente na sociedade as organizações de caridade, as organizações não-governamentais para o desenvolvimento, grupos comunitários, organizações para os assuntos femininos, religiosas, profissionais, sindicatos, grupos de auto-ajuda, movimentos sociais, associações comerciais, coligações e grupos de advocacy.

PARA ALÉM DE ‘NÃO AGIR’

Uma das principais preocupações da Comissão, desde a sua formação, foi de que a implementação de mudanças reais pudesse ser considerada algo irrealista e que as mudanças superficiais fossem mais atractivas para os que preferiam “não agir”. As provas são claras, de que “não agir” é cada vez mais impraticável.

Além do entusiasmo pelo seu trabalho, a Comissão deparou-se também com dois tipos de críticas dirigidas aos determinantes sociais da saúde: “São do conhecimento geral” e “Não há provas para apoiar a acção”. Por entre ambas as críticas, a Comissão procura abrir um novo caminho para agir. É verdade que se conhece-se bastante acerca dos determinantes sociais da saúde. Contudo, o processo de elaboração de políticas aparenta frequentemente decorrer como se esse conhecimento não existisse. E, apesar de tudo, ainda não se conhece o suficiente. Existe a necessidade premente de investir em mais investigação, que reúna diversas disciplinas e áreas de conhecimento, que descubram como os determinantes sociais provocam a desigualdade na saúde e como a acção contra esses determinantes pode levar a uma saúde melhor e mais igualitária.

A Comissão é pioneira por ter inspirado e apoiado, desde a sua formação, a actuação no terreno. Ao longo de três anos, vários países subscreveram a visão da Comissão. Brasil, Canadá, Chile, República Islâmica do Irão, Quênia, Moçambique, Sri Lanka, Suécia e Reino Unido, todos se tornaram parceiros da Comissão e fizeram progressos no desenvolvimento de políticas, englobando todo o governo, para abordar a igualdade nos determinantes sociais da saúde. Seguir-se-lhes-ão outros países (Argentina, México, Polónia, Tailândia, Nova Zelândia e Noruega demonstraram entusiasmo em aderir). Do rol de nações, a lista de países parceiros da Comissão é, para já, relativamente pequena. Em muitos locais, a situação mantém-se inalterada e sem dúvida levarão muito tempo a mudar, contudo, os países parceiros da Comissão são uma poderosa expressão de vontade política e de compromisso prático. É possível fazer as coisas de maneira diferente? Sim, estes países já estão a fazê-lo. Como mostram as partes 3 e 4 deste relatório, as parcerias com outros países, a sociedade civil, a OMS, outras organizações internacionais e formadores de opinião são vitais para a execução da agenda dos determinantes sociais da saúde.

PORQUÊ AGORA?

A OMS fez declarações inspiradoras há 60 anos, aquando da sua fundação, e novamente há 30 anos, na conferência de Alma-Ata, que são consistentes com o apelo que a Comissão faz hoje. Porque a situação diferente agora?

Mais conhecimento

Existe hoje muito mais conhecimento difundido globalmente, quer sobre a natureza do problema da desigualdade das condições sanitárias, quer sobre o que pode ser feito para abordar os determinantes sociais da saúde.

Mais desenvolvimento

O modelo de desenvolvimento predominante está a mudar. As Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDMs) reflectem uma preocupação global sem precedentes de levar a cabo uma mudança real e sustentável na vida dos habitantes dos países pobres. Há uma crescente exigência relativa a uma nova abordagem ao desenvolvimento social que ultrapasse a concentração excessiva no crescimento económico e se centre na promoção do bem-estar através da combinação do crescimento e da capacitação (Stern, 2004).

Uma liderança mais forte na área da saúde

Ao convocar a Comissão, a OMS expressou a sua vontade de operar de forma diferente. Os seus Estados-Membros também têm cada vez mais vindo a apelar a um novo modelo para a saúde, quer pela perspectiva da justiça social, como pela dependência crescentemente insustentável dos modelos tradicionais de serviços de saúde.

Um panorama insustentável

Actualmente, o que acontece num ponto do mundo tem impacto por todo o planeta: crises financeiras, conflitos, migrações de população, comércio e trabalho, produção e segurança alimentar e doenças. A escala da desigualdade é simplesmente insuportável. Na base do apelo para a justiça humana a nível global, estão os indícios inegáveis das alterações climáticas e da degradação ambiental, que definiram limites claros para um futuro baseado no panorama actual e que provocaram uma maior disposição a nível global para alterar as formas de actuação.

A MUDANÇA É POSSÍVEL?

A questão – é possível reduzir as diferenças na saúde numa geração – tem duas respostas claras. Se tudo permanecer inalterado, não existem quaisquer hipóteses. Mas se houver uma vontade genuína de mudar, se existir uma visão para criar um mundo melhor e mais justo, onde as oportunidades de vida das pessoas e a sua saúde não sejam destruídas pelo acaso do país onde nascem, a cor da sua pele ou a falta de oportunidades dos seus pais, a resposta será: é possível progredir muito.

Para concretizar esta visão, serão necessárias grandes mudanças nas políticas sociais, nos acordos económicos e na acção política. No centro desta acção deve estar a capacitação das populações, comunidades e países que actualmente ainda sofrem de carências. O conhecimento e os meios para atingir essa mudança estão disponíveis e são apresentados no presente Relatório. Apenas falta a vontade política para implementar estas mudanças difíceis, mas alcançáveis.

Esta é uma agenda a longo prazo, que requer um investimento permanente, com intervenção imediata. A falta de acção será vista, em décadas futuras, como um falhanço na aceitação da responsabilidade que cabe a todos nós.

CAPÍTULO 2

Desigualdade na saúde a nível global – é urgente agir

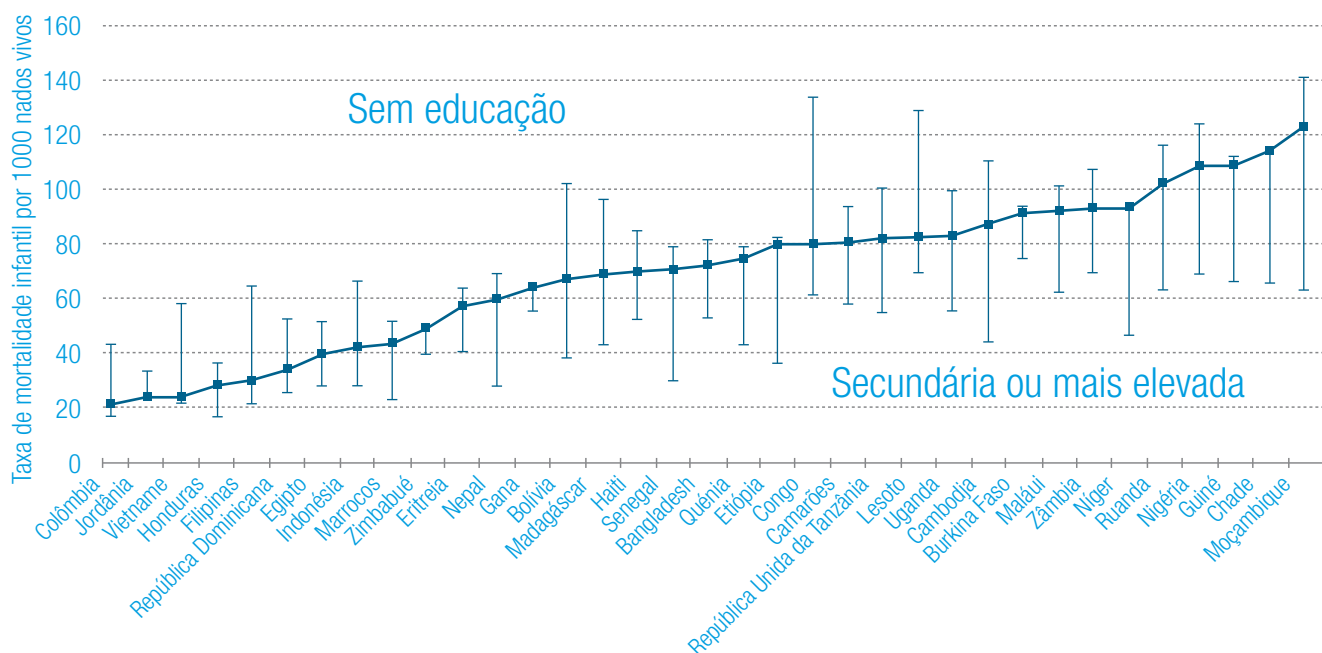
A DESIGUALDADE NA SAÚDE EM TODOS OS PAÍSES

“Não existem condições de vida às quais um Homem não se habitue, especialmente se entender que todos à sua volta as aceitam.” (Tolstoy, 1877)

Habitúamo-nos demasiado à morte prematura, doenças e às condições que lhes dão origem. Porém, grande parte do peso global das doenças e da morte prematura é evitável e, por conseguinte, inaceitável e injusto. A igualdade na saúde sanitárias tem duas vertentes principais: a melhoria do nível médio de saúde dos países e a eliminação das desigualdades na saúde evitáveis dentro dos países. Em ambos os casos – nível médio de saúde dos países e sua distribuição dentro dos mesmos – o objectivo deve ser de elevação do nível de saúde daqueles em pior situação para o nível dos que estão melhor. Se a taxa de mortalidade infantil da Islândia (OMS, 2007c) fosse aplicada a todo o mundo, só morreriam 2 bebés por cada 1000 nados vivos e existiriam menos 6,6 milhões de bebés mortos por ano a nível global.

Todavia, a distribuição da mortalidade infantil é bastante desigual, quer entre países, quer dentro dos países. A Figura 2.1 ilustra a variação na mortalidade infantil entre países, de 20/1000 nados vivos na Colômbia, a mais de 120 em Moçambique. E mostra ainda desigualdades dramáticas dentro dos próprios países, tal como a probabilidade de sobrevivência de um bebé estar intimamente relacionada com o nível de educação da mãe. Na Bolívia, os filhos de mães sem instrução têm uma taxa de mortalidade infantil superior a 100 por 1000 nados vivos; já a taxa de mortalidade para os filhos de mães com pelo menos o ensino secundário, é de 40/1000. Todos os países incluídos na Figura 2.1 espelham as desvantagens para a sobrevivência dos filhos cujas mães não têm instrução. Se é considerado demasiado irrealista querer obter uma taxa de mortalidade infantil de 2 por 1000 nados vivos nos países pobres, devemos pelo menos reconhecer o papel determinante que a educação de meninas e mulheres aparentemente tem no aumento da taxa de sobrevivência infantil.

Figura 2.1: Diferença das taxas de mortalidade infantil entre países e nos países, pela educação da mãe.



Dados de Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS, s.d.) da STATcompiler. A linha escura contínua representa a taxa de mortalidade infantil média nos países; os pontos nas extremidades das barras indicam a taxa de mortalidade infantil para mães sem educação e mães com educação secundária ou mais elevada.

DESIGUALDADE NA SAÚDE

A Esperança de Vida à Nascimento (EVN) por entre as populações indígenas australianas é substancialmente mais baixa (59,4 anos para os homens e 64,8 anos para as mulheres no período entre 1996 e 2001) do que a dos restantes australianos (76,6 e 82,0 anos respectivamente para o período entre 1998 e 2000) (Comissário para a Justiça Social para os Aborígenes e os Ilhéus do Estreito de Torres, 2005).

Na Europa, o risco de mortalidade excessiva entre os adultos de meia idade nos grupos socioeconómicos mais baixos, varia entre os 25% e os 50% e chegando mesmo aos 150% (Mackenbach, 2005).

As desigualdades na saúde sanitárias verificam-se sobretudo por entre os indivíduos mais velhos. A prevalência de doenças incapacitantes crónicas entre os homens europeus com mais de 80 anos é de 58,8% entre os menos instruídos, contra 40,2% nos que têm um nível de formação superior (Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003).

Nos Estados Unidos da América, 886.202 mortes poderiam ter sido evitadas entre 1991 e 2000, se as taxas de mortalidade entre caucasianos e afro-americanos tivessem sido equilibradas. Isto contrasta com as 176.633 vidas salvas graças aos avanços da medicina (Woolf et al., 2004).

As doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte em todo o mundo. Estima-se que cerca de 17,5 milhões de pessoas tenham morrido de DCVs em 2005, o que representa 30% de todas as mortes mundiais. Mais de 80% das mortes por DCV ocorrem em países de rendimento baixo e médio (OMS, sd, a).

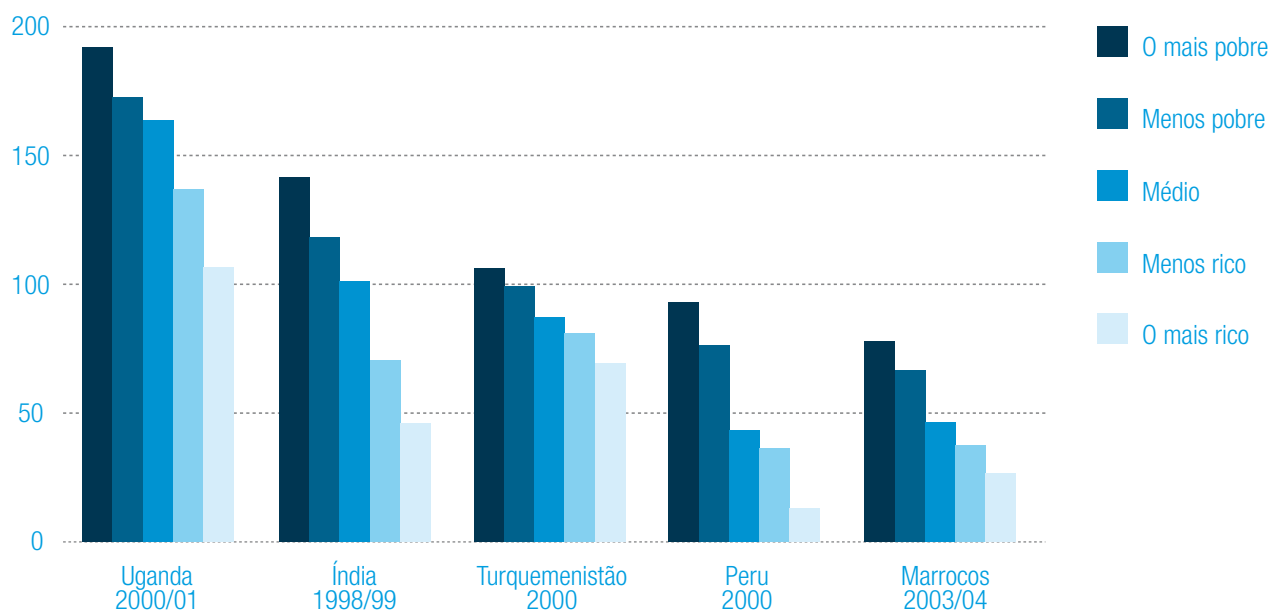
80% de todos os diabéticos vivem em países de rendimento baixo e médio. É provável que as mortes devido à diabetes aumentem mais de 50% nos próximos 10 anos, se não forem tomadas medidas urgentes (OMS, sd, c).

Os problemas de saúde mental irão tornar-se cada vez mais importantes. Estima-se que os distúrbios unipolares depressivos sejam a principal causa de doença nos países ricos em 2030 e que serão a segunda e terceira causa nos países de rendimento baixo e médio, respectivamente (Mathers & Loncar, 2005).

O risco de mortalidade materna é de 1 em 8 no Afeganistão, mas é de apenas 1 em cada 17.400 na Suécia (OMS et al., 2007).

Na Indonésia, a taxa de mortalidade materna é três a quatro vezes superior entre as mulheres pobres, em comparação com as ricas (Graham et al., 2004).

Figura 2.2: Taxa de mortalidade em crianças com idade inferior a 5 anos, por 1000 nados-vivos, por nível de riqueza do agregado familiar.



Fonte: Gwatkin et al. (2007), usando dados IDS.

O gradiente social não é exclusivo dos países mais pobres. A Figura 2.3 apresenta dados nacionais para algumas áreas do Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) para indivíduos classificados de acordo com os níveis de pobreza dos bairros. Como se pode verificar, a taxa de mortalidade varia de modo contínuo de acordo com os níveis de pobreza (Romeri, Baker & Griffiths, 2006). A variação é grande: a diferença na mortalidade entre os mais e os menos pobres é mais de 2.5 vezes.

Todos os dias, mais de 13.500 pessoas morrem em todo o mundo devido ao tabaco. O número total de mortes provocado pelo fumo de tabaco aumentará de 5 para 8 milhões nos próximos 20 anos. Em breve, tornar-se-á na principal causa de morte nos países em vias de desenvolvimento (tal como já é nos países de rendimento alto) (Mathers & Loncar, 2005).

Em todo o mundo, o álcool causa 1,8 milhões de mortes (3,2% do total). As lesões não intencionais contabilizam, por si só, um terço desses 1,8 milhões de mortes (OMS, sd, b).

O GRADIENTE SOCIAL

Os mais pobres por entre os pobres, em todo o Mundo, têm a saúde mais precária. Os que se encontram no fundo da pirâmide de distribuição da riqueza nacional e global, os marginalizados e excluídos dentro dos seus países, e os próprios países, prejudicados pela exploração histórica e pela desigualdade persistente nas instituições globais de poder e legislação, representam um campo de acção urgente, tanto a nível moral, como prático. Porém, centrar a acção nos mais desfavorecidos, na lacuna entre os mais pobres e os restantes, é apenas uma solução parcial. A Figura 2.2 mostra as taxas de mortalidade infantil em crianças com idades abaixo dos 5 anos, segundo os níveis de riqueza económica de cada lar. A mensagem apresentada é clara: a relação entre o nível

socioeconómico e a saúde é gradual. No segundo grau mais elevado existe uma taxa de mortalidade infantil superior à registada no grau mais elevado. A isto se designa de gradiente social da saúde (Marmot, 2004).

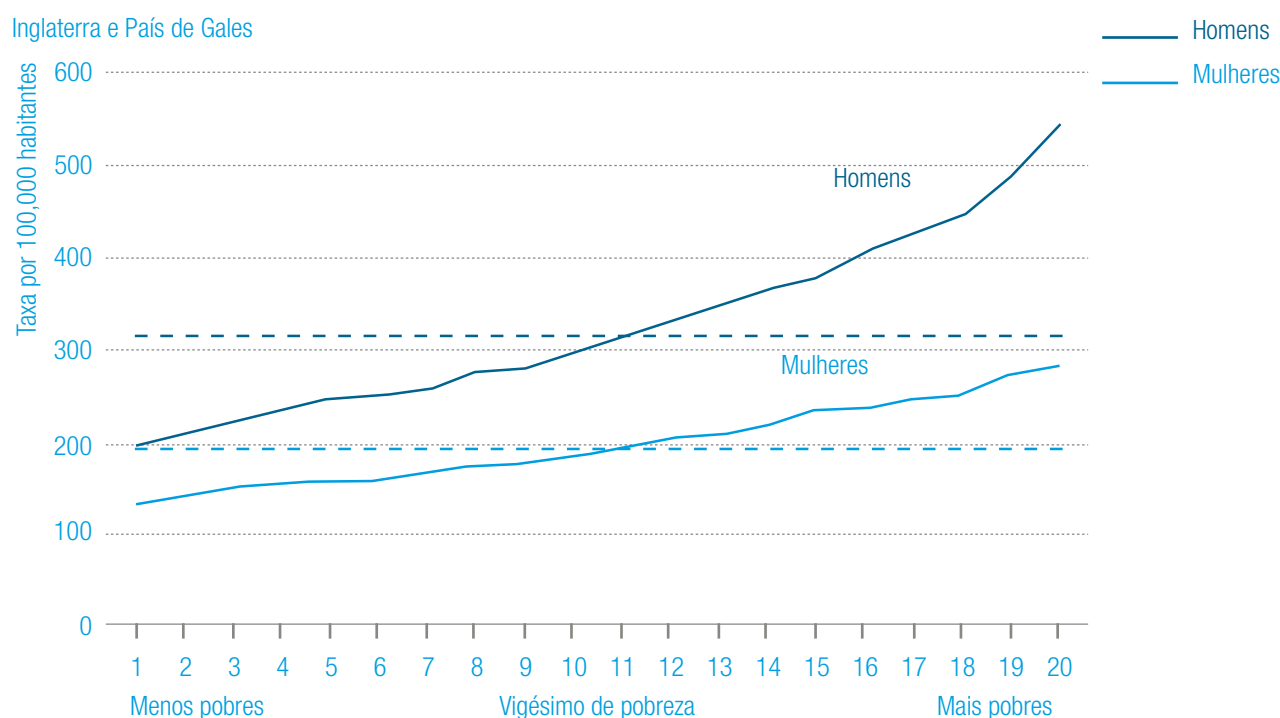
O gradiente social não se encontra apenas aos países mais pobres. A Figura 2.3 mostra os dados nacionais de algumas regiões do Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) relativos a indivíduos classificados de acordo com os níveis de pobreza dos bairros. Como é visível, a taxa de mortalidade varia de forma contínua de acordo com os graus de pobreza (Romeri, Baker & Griffiths, 2006). A variação é enorme: a diferença na mortalidade entre os mais pobres e os mais ricos chega a ser de 2,5 vezes

OS MAIS POBRES POR ENTRE OS POBRES E O GRADIENTE SOCIAL DA SAÚDE

As implicações dos gráficos 2.1, 2.2 e 2.3 são óbvias. Impõe-se a preocupação tanto com a privação material – as fracas condições materiais de 40% da população mundial que vive com US\$ 2 ou menos por dia – como com a gradação social na saúde, que afecta os habitantes tanto dos países ricos, como dos pobres.

A pobreza não se resume à falta de rendimentos. A conclusão a retirar, quer do gradiente social da saúde, quer da saúde precária dos mais pobres, é de que a desigualdade na saúde é causada pela distribuição desequilibrada de rendimentos, bens e serviços

Figura 2.3: Taxas de mortalidade, ajustadas à idade, para todas as causas de morte por vigésimo de pobreza, idades entre 15 - 64 anos, 1999 - 2003, Reino Unido (Inglaterra e País de Gales).



Linhas interrompidas representam a taxa de mortalidade para homens e mulheres em algumas áreas do Reino (Inglaterra e País de Gales).

e a consequente falta de oportunidade de gozar de uma vida próspera. Esta distribuição desequilibrada não é de modo algum um fenómeno “natural”, antes o resultado de políticas que favorecem os interesses de alguns em detrimento do de outros – frequentemente, os interesses duma minoria rica e poderosa sobre os da maioria incapacitada.

As pessoas no fundo do espectro do gráfico 2.3 são ricas segundo os padrões globais, pois vivem com bastante mais de US\$2 por dia. Têm acesso a água potável, condições sanitárias e taxas de mortalidade infantil abaixo de 10 por cada 1000 nados vivos e, contudo, têm taxas de mortalidade superiores às das populações do nível intermédio do espectro. Aqueles pertencentes à faixa intermédia certamente não sofrem as privações materiais acima descritas, mas também têm uma taxa de mortalidade superior ao grupo que se situa acima de si – quanto menor é o grau de desvantagem social, pior é a saúde. A intensidade do gradiente varia com o tempo e entre países, logo, é possível que a acção contra os determinantes sociais da saúde possa reduzir o gradiente social da saúde (Marmot, 2004).

Nos países ricos, uma posição socioeconómica baixa implica instrução insuficiente, falta de acesso a bens e serviços, desemprego e instabilidade laboral, más condições de trabalho e insegurança nos bairros, com o subsequente impacto na vida familiar. Todos estes factores se aplicam às camadas mais desfavorecidas da sociedade dos países pobres, para além da dificuldade considerável das privações materiais e da vulnerabilidade às catástrofes naturais. Estas dimensões da desigualdade a nível social – o facto de a saúde dos mais desfavorecidos nos países ricos ser, nalguns casos dramáticos, pior que a saúde média nalguns países pobres (Quadro 2.1) – são importantes para a saúde.

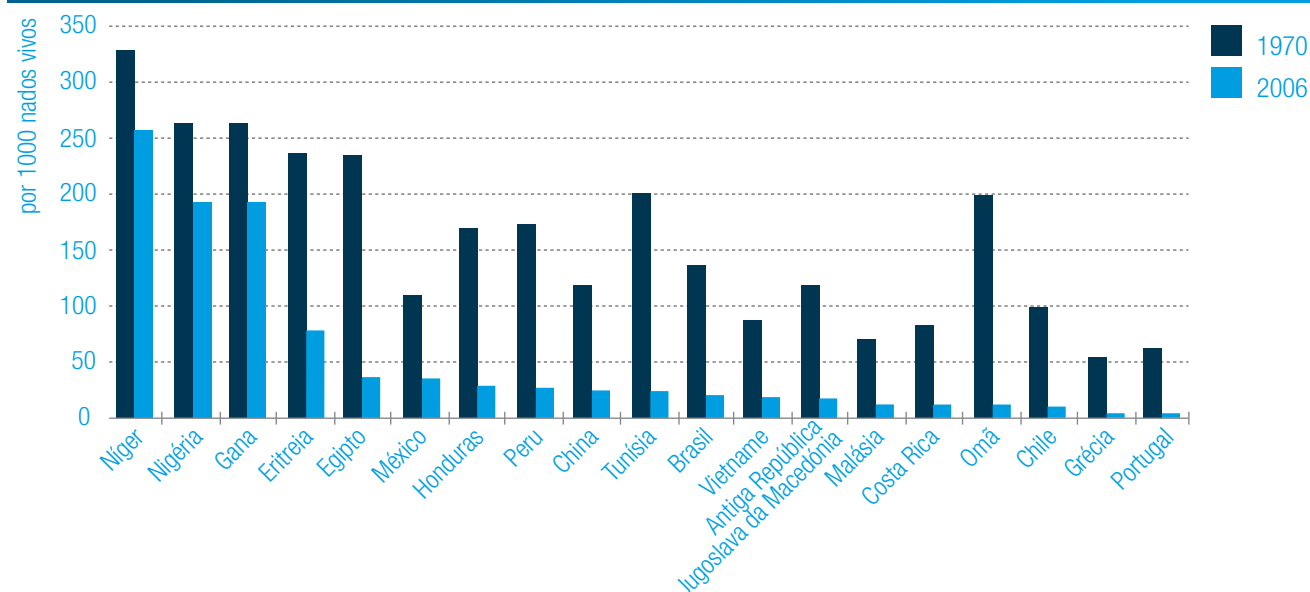
Quadro 2.1

Esperança de vida masculina, diferenças entre e nos países, países seleccionados

Local	Esperança de vida à nascença
Reino Unido, Escócia, Glasgow (Calton) ^b	54
Índia ^a	62
Estados Unidos, Washington DC (afro-americanos) ^c	63
Filipinas ^a	64
Lituânia ^a	65
Polónia ^a	71
México ^a	72
Estados Unidos ^a	75
Cuba ^a	75
Reino Unido ^a	77
Japão ^a	79
Islândia ^a	79
Estados Unidos, Condado de Montgomery (caucasianos) ^c	80
Reino Unido, Escócia, Glasgow (Lenzie N.) ^b	82

a) Dados do país: 2005 dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007c).
 b) Dados recolhidos entre 1998 - 2002 (Hanlon, Walsh & Whyte, 2006).
 c) Dados recolhidos entre 1997 - 2001 (Murray et al., 2006).

Figura 2.4: Taxas de mortalidade de crianças com idade inferior a 5 anos, por 1000 nados vivos, países seleccionados, 1970 e 2006



Contudo, assim como a situação pode melhorar com grande velocidade, pode também deteriorar-se rapidamente. No período de 30 anos entre 1970 e 2000, a mortalidade infantil diminuiu tanto na Federação da Rússia como em Singapura. Por outro lado, a esperança de vida à nascença aumentou 10 anos em Singapura e caiu 4 anos na Federação da Rússia. A diferença surgiu devido ao aumento da mortalidade de adultos na Federação da Rússia, um aumento por sua vez associado às alterações de "terapia de choque" nos sistemas político, económico e social do país, a partir de 1992. A Figura 2.5 demonstra quão depressa a magnitude do gradiente social em saúde pode mudar para o pior, também relacionado com o nível de educação atingido.

A desigualdade na saúde, como demonstrado pelos dados acima apresentados, é uma preocupação geral em todos os países do mundo. Essa preocupação torna-se ainda mais urgente, quando se nota um padrão cada vez mais convergente entre países, no que respeita aos problemas de saúde e às respectivas soluções. Se os países mais pobres são flagelados pelas doenças infecciosas, bem como as não infecciosas e os acidentes, noutras zonas do mundo predominam sobretudo as doenças não infecciosas (OMS, 2005c). As causas das doenças cardiovasculares, cancro e diabetes são as mesmas, onde quer que surjam e, portanto, a acção necessária para as combater será logicamente similar, tanto nos países ricos como nos pobres. O panorama mundial das doenças infecciosas e não infecciosas obriga a um enquadramento concertado para a actuação na saúde à escala global.

É POSSÍVEL REDUZIR AS DESIGUALDADES NA SAÚDE NO PERÍODO DE UMA GERAÇÃO?

As diferenças em termos de saúde acima ilustradas são grandes, pelo que o objectivo de querer reduzir a desigualdade na saúde no período de uma geração pode parecer pouco credível. A verdade é que a saúde pode mudar radicalmente num intervalo de tempo surpreendentemente curto. Existindo igualdade de condições sanitárias, as piores condições podem melhorar, o que é comprovado pelos dados disponíveis. Uma taxa de mortalidade infantil de 50 por cada 1000 nados vivos é inaceitavelmente alta, mas era a registada na Grécia e em Portugal há 40 anos (gráfico 2.4). Os dados mais recentes mostram que estes dois países estão pouco acima da taxa da Islândia, Japão e Suécia. O Egipto é talvez o melhor exemplo duma rápida melhoria, passando de 235 para 35 por cada 1000 nados vivos em 40 anos, o que significa que regista actualmente uma taxa inferior à da Grécia ou Portugal de há 40 anos.

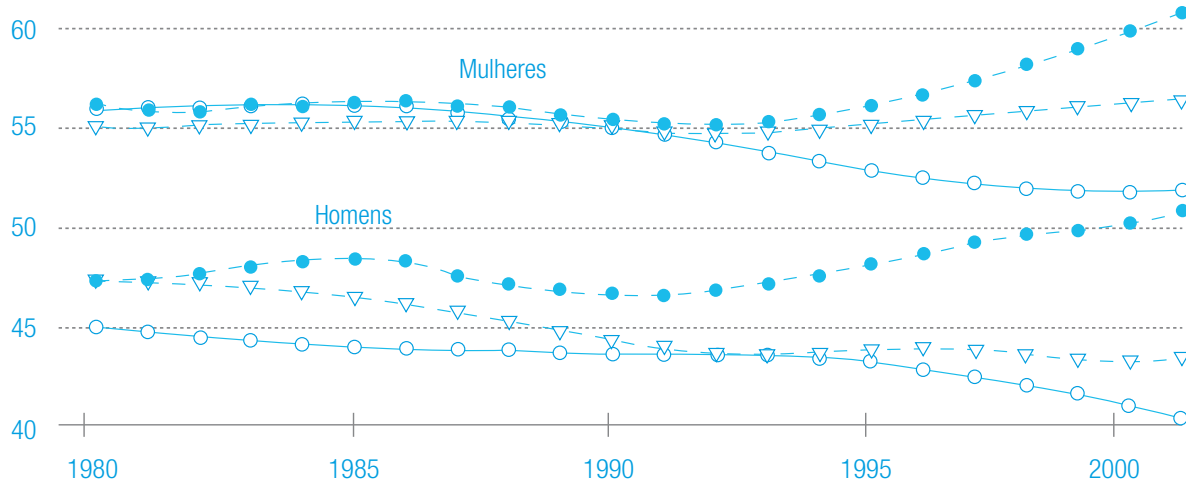
Mas tal como as coisas podem melhorar com surpreendente velocidade, também podem piorar com igual rapidez. Nos 30 anos entre 1970 e 2000, a taxa de mortalidade infantil estava em queda, quer na Federação Russa, quer em Singapura. Contudo, a EVN aumentou 10 anos em Singapura e diminuiu 4 anos na Federação Russa. Esta divergência deve-se ao aumento da mortalidade adulta na Federação Russa, associado a mudanças de “terapia de choque” nos sistemas político, económico e social do país a partir de 1992. A Figura 2.5 mostra a rapidez com que a magnitude do gradiente social da saúde pode piorar, segundo o nível de educação obtido.

CONSTRUIR SOBRE UMA BASE SÓLIDA: EXPERIÊNCIA HISTÓRICA

O planeamento de uma actuação global para a igualdade na saúde, ao abrigo da rubrica dos determinantes sociais da saúde é algo novo, mas as ideias por detrás deste projecto não o são. Sob uma designação ou outra, existe já uma vasta experiência no que toca às actuais preocupações actuais. Ao longo dos séculos, as acções colectivas, tais como a emancipação feminina, o direito de voto universal, o movimento pelos direitos laborais e dos direitos civis contribuíram para a melhoria das condições de vida e trabalho de milhões de pessoas por todo o mundo. Embora não tivessem uma preocupação explícita com a saúde, estes movimentos melhoraram a possibilidade de as pessoas de todo o mundo gozarem de uma vida mais próspera.

A boa saúde de que gozam os países nórdicos há muito que atrai atenção. A análise da melhoria da saúde nestes países desde os finais do século XIX, enfatizou a importância dos direitos civis, políticos e sociais (Lundberg et al. 2007). Alguns aspectos importantes da experiência nórdica incluem o compromisso com políticas universalistas, baseadas na igualdade de direito a regalias e serviços, emprego para todos, igualdade entre sexos e baixos níveis de exclusão social. Isto está relacionado com uma

Figura 2.5: Tendência da esperança de vida em homens e mulheres de 20 anos de idade, por educação obtida, Federação da Rússia.



Educação obtida: ○ elementar (círculos brancos), ▽ intermédia (triângulos), e ● universitária (círculos azuis).
Reimpresso, com permissão da editora, da Murphy et al. (2006).

distribuição de rendimentos relativamente igualitária e com a ausência de grandes diferenças nos padrões de vida entre os indivíduos e os grupos sociais.

Alguns países pobres, como a Costa Rica, a China, a Índia (no Estado de Kerala) e o Sri Lanka atingiram um bom nível de saúde, acima de todas as expectativas, tendo em conta o nível económico nacional. Isto indica claramente que uma saúde boa e equitativa não depende de um nível de riqueza nacional relativamente alto. Cuba é outro bom exemplo. As lições a aprender com estes países enfatizam a importância de cinco factores políticos comuns (Irwin & Scali, 2005):

- compromisso histórico para com a saúde enquanto objectivo social;
- bem-estar social orientado para o desenvolvimento;
- participação da comunidade nos processos de decisão respeitantes à saúde;
- cobertura universal de serviços de saúde para todos os grupos sociais;
- ligações intersectoriais para a saúde.

Fundada em 1948, a OMS personificava uma nova visão da saúde mundial, definindo a saúde como “uma situação de total bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” 30 anos depois, em 1978, a comunidade de nações voltou a reunir-se em Alma-Ata, onde o Director-Geral de então, Halfdan Mahler anunciou que a sua ideia de “Saúde para Todos” implicava tanto derrubar os obstáculos à saúde, quanto a solução dos problemas estritamente médicos. A Declaração de Alma-Ata (OMS & UNICEF, 1978) promoveu os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como o meio principal para atingir uma saúde global boa e igualitária – não apenas os serviços de saúde de nível primário (embora esses fossem bastante importantes), mas antes um modelo de sistema de saúde que intervisse também nas causas sociais, económicas e políticas subjacentes às más condições de saúde.

Contudo, nas décadas seguintes, raramente se viu ser posto em prática um modelo social de saúde (Irwin & Scali, 2005). Nem a acção intersectorial (AIS), nem os CSP abrangentes foram realmente postos em prática. Sob a pressão de um crescente

pacote de políticas económicas orientadas para o mercado, incluindo uma significativa redução do papel do Estado, bem como a diminuição dos gastos e investimento público, passou a seguir-se um diferente modelo de desenvolvimento a partir da década de 1980. Esse modelo tem sido alvo de muitas críticas bem merecidas. Os programas de ajustamento estrutural, seguindo as directrizes do Consenso de Washington, tinham e continuam a ter, sob a forma de outras políticas e programas, uma dependência extrema dos mercados para a solução dos problemas sociais, o que já provou ser prejudicial. Também já foi demonstrado que o conjunto de princípios económicos que são promovidos nos países de rendimento baixo não são os mesmos que se promovem nos países de rendimento alto (Stiglitz, 2002; Stiglitz, 2006).

Os proponentes da “saúde para todos” não desapareceram. Continuam a ser bastantes e a fazer ouvir a sua voz por todo o mundo. O movimento pelos CPS tem fortes apoiantes. Aliás, os CPS têm um papel central na agenda actual da OMS e são o tema do Relatório Mundial de Saúde de 2008. A Carta de Otava sobre Promoção da Saúde de 1986 e a sua ratificação de 2005 em Banguécoque, apresentavam uma visão global de acção de saúde pública e a importância da abordagem dos determinantes sociais (OMS, 1986, Catford, 2005). O movimento médico-social da América Latina, os Cuidados de Saúde Primários Orientados para a Comunidade que surgiram na África do Sul pré-apartheid (Kark & Kark, 1983) e se difundiram pelo Canadá, Israel, Estados Unidos e Reino Unido (País de Gales) (Abramson, 1988), o movimento de saúde comunitária nos Estados Unidos (Geiger, 1984; Geiger, 2002; David et al., 1999), Canadá (Hutchinson, Abelson & Lavis, 2001) e Austrália (Baum, Fry & Lennie, 1992; Baum, 1995), o Village Health Worker (Programa Rural de Saúde no Trabalho) (Sanders, 1985), o People’s Health Movement (Movimento de Saúde Popular), o Comentário Geral sobre o Direito à Saúde e a visão social alargada das MDMs, todos reafirmam a importância central da saúde, a necessidade de uma acção participativa e social para a saúde e o valor humano fundamental que é a igualdade na saúde (Tajer, 2003; PHM, 2000; NU, 2000a, NU, 2000b). A Comissão expressa a sua gratidão para com todos estes movimentos e baseia as suas acções nas suas concretizações e na sua visão de continuidade.

CAPÍTULO 3

Causas e soluções

Não há dúvida de que as diferenças na saúde dentro e entre países podem mudar rapidamente. É convicção desta Comissão que este processo pode ser encorajado por melhores esquemas económicos e sociais.

POLÍTICAS SOCIAIS, ECONOMIA E POLÍTICA QUE COLOCAM AS PESSOAS NO CENTRO DA ACÇÃO

A principal preocupação da Comissão é de criar condições em que as pessoas possam gozar de uma vida próspera. Precisam de boas condições materiais para terem uma vida próspera; têm de ter controlo sobre as suas vidas; e as pessoas, comunidades e países precisam de ter voz política (Sen, 1999). Os Governos podem criar condições para uma saúde boa e equitativa através do uso cuidadoso de políticas e regulamentação sociais e económicas. A concretização da igualdade na saúde será obtida através de uma série de ferramentas governamentais, apoiadas por um ambiente de políticas internacionais que valorizem tanto o desenvolvimento social com um todo, como o crescimento económico. Ainda que não seja, de forma alguma, a solução, o financiamento é muito importante. O ministro das Finanças pode ter mais influência na igualdade na saúde que o ministro da Saúde e a arquitectura financeira global mais influência que a assistência internacional para os cuidados de saúde.

Porém, não é apenas o Governo que deve agir. Onde faltar capacidade ou vontade política ao Governo, deve haver apoio técnico e financeiro do exterior e pressão da acção popular. Quando as populações se organizam – se juntam e criam as suas próprias organizações e movimentos – os Governos e políticos reagem com políticas sociais.

DESIGUALDADE NAS CONDIÇÕES DE VIDA QUOTIDIANAS

Dos 3 biliões de pessoas que vivem em zonas urbanas, cerca de 1 bilião vive em bairros degradados. Na maioria dos países Africanos, a maioria da população urbana vive em bairros degradados. No Quênia, por exemplo, 71% da população urbana vive em bairros degradados; na Etiópia, 99%. A população urbana demora apenas de 10 a 20 anos a duplicar em muitos países Africanos (Banco Mundial, 2006b).

Metade da população rural em Moçambique tem de caminhar mais de 30 minutos para ter acesso a água; apenas 5% da população rural tem acesso a água canalizada (DHS, sem data).

Cerca de 126 milhões de crianças com idades entre os 5 e 17 anos trabalham em condições de risco (UNICEF, sd, a).

Na Índia, 86% das mulheres e 83% dos homens empregados em áreas fora do sector agrícola não têm segurança no emprego (OIT, 2002).

Na região de África, a cobertura de pensões por velhice é inferior a 10% da população activa (OIT, sd, a).

Mais de 900 médicos e 2200 enfermeiras formados no Gana trabalham em países de rendimento elevado. O Gana tem uma percentagem de 0,92 enfermeiras para 1.000 cidadãos; o Reino Unido tem 13 vezes mais (OMS, 2006).

É óbvia a necessidade de existência de uma parceria com o sector da saúde, tanto em programas de controlo de doenças, como no desenvolvimento de sistemas de saúde. É provável que a atenção prestada aos determinantes sociais da saúde, incluindo cuidados de saúde, torne os serviços de saúde mais eficazes. O sector da saúde também desempenhará um papel de liderança e defesa no desenvolvimento de políticas de abordagem aos determinantes sociais da saúde. Contudo, a falta de cuidados de saúde não é a causa do enorme peso à escala global causado pela doença; as doenças veiculadas pela água não são provocadas pela falta de antibióticos, mas por água insalubre e pelas forças políticas, sociais e económicas que não conseguiram tornar a água potável acessível a todos; as doenças cardíacas não são provocadas pela falta de unidades de tratamento especializadas, mas pelos estilos de vida das pessoas, condicionado pelo ambiente em que vivem; a obesidade não é provocada pela falência moral de parte dos indivíduos, mas pela disponibilidade excessiva de alimentos ricos em gorduras e açúcares. A principal acção sobre os determinantes sociais da saúde deve ser externa ao sector da saúde.

Entender a saúde e a sua justa distribuição como um indicador de desenvolvimento social e económico tem implicações profundas. As políticas – qualquer que seja o seu campo de acção – têm por objectivo melhorar o bem-estar da população e a saúde é um campo onde se mede o sucesso dessas políticas. A igualdade na saúde é uma medida do grau de capacidade destas políticas para a distribuição justa do bem-estar.

Um conjunto de recomendações da Comissão lida com as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Porém, as vidas das pessoas são moldadas por um conjunto mais vasto de forças: economia, políticas sociais e política. Estas também devem ser analisadas, o que é feito por grande parte do relatório.

A Comissão afirmou que uma combinação tóxica de políticas sociais deficientes, políticas económicas injustas e política de má qualidade é responsável por grande parte das desigualdades na saúde. Em países de rendimento baixo e algumas comunidades desprivilegiadas em países ricos, isso

traduz-se em pobreza material: falta de condições materiais para uma vida decente. Quem tenha observado os bairros degradados, que abrigam 1 bilhão de habitantes da população mundial, e testemunhado a falta de oportunidades para o bem-estar económico da população rural pobre, não duvida da importância do combate à pobreza. Esta combinação tóxica também é responsável pelo gradiente social na saúde por entre os indivíduos que estão acima do nível de privação material, mas ainda têm carências de outros bens e serviços que são necessários para uma vida próspera.

IMPULSIONADORES ESTRUTURAIS DAS DESIGUALDADES NA SAÚDE

O quinto superior da população mundial nos países mais ricos beneficia de 82% do comércio em expansão de exportações e 68% do investimento estrangeiro directo – o quinto inferior, pouco mais do que 1% (PNUD, 1999).

Em 1999, os países em vias de desenvolvimento gastaram US\$ 13 no pagamento da dívida por cada Dólar Americano que receberam em subsídios (Banco Mundial, 1999).

Da população em países desenvolvidos, 20% consomem 86% das mercadorias do mundo (PNUD, 1998).

Em 1997, a crise financeira Asiática provocou uma inversão de capitais de cerca de US\$ 105 bilhões, uma quantia relativamente pequena em termos globais, mas equivalente a 10% do Produto Interno Bruto (PIB) combinado da região. Choques semelhantes afectaram, desde essa altura, a Rússia e o Brasil (ODI, 1999).

Desde 1990, os conflitos armados foram directamente responsáveis pela morte de 3,6 milhões de pessoas, (UNICEF, 2004). O Sudão tem 5,4 milhões de deslocados no seu território, a Colômbia 3 milhões, o Uganda 2 milhões, o Congo 1,7 milhões e o Iraque 1,3 milhões (ACNUR, 2005).

Muitos países gastam mais em forças armadas do que na saúde. A Eritreia, um exemplo extremo, gasta 24% do PIB em forças armadas e apenas 2% na saúde. O Paquistão gasta menos na saúde e educação combinadamente do que com as forças armadas (PNUD, 2007).

Cada bovino europeu atrai um subsídio de mais de US\$ 2 por dia, quantia maior que o rendimento diário de metade da população do mundo. Estes subsídios custam ao contribuinte da União Europeia (UE) cerca de 2,5 mil milhões por ano. Metade deste dinheiro é atribuída a subsídios de exportação, que prejudicam os mercados locais de países de baixos rendimentos (Oxfam, 2002).

CAIXA 3.1: DESIGUALDADES E POPULAÇÕES INDÍGENAS – – OS EFEITOS DE UMA COMBINAÇÃO TÓXICA DE POLÍTICAS

As Populações Indígenas de todo o mundo estão em risco de perder irremediavelmente a sua terra, língua, cultura e meios de subsistência, sem seu consentimento ou controlo – uma perda permanente que difere das populações imigrantes, cuja língua e cultura continuam a ser preservadas no respectivo país de origem. As Populações Indígenas são únicas a nível cultural, histórico, ecológico, geográfico e político, pela noção de nacionalidade original e longa dos seus antepassados e o seu uso e ocupação da terra. A Colonização que sofreram retirou território e impôs estruturas sociais, políticas e económicas aos Povos Indígenas sem a sua consulta, consentimento ou escolha. As vidas das Populações Indígenas

continuam a ser governadas por leis e regulamentos específicos e especiais, que não se aplicam a outros membros dos estados civis. Os Povos Indígenas continuam a viver em terras delimitadas ou segregadas e encontram-se frequentemente envolvidos em disputas jurisdicionais entre níveis de administração, sobretudo em áreas relativas ao acesso a subsídios, programas e serviços financeiros. Como tal, as Populações Indígenas têm um estatuto distinto e necessidades específicas relativamente a outros grupos. O estatuto único dos Povos Indígenas deve, portanto, ser ponderado separadamente de discussões generalizadas ou mais universais sobre a exclusão social.

CRESCIMENTO ECONÓMICO E POLÍTICAS SOCIAIS

A riqueza é importante para a saúde. A relação entre o rendimento nacional e a EVN é demonstrada na Figura 3.1 – a Curva de Preston (Deaton, 2003, Deaton, 2004). Em níveis baixos de rendimento nacional, há uma relação estreita entre rendimento e EVN. Este facto é consistente com a melhoria das hipóteses de vida e saúde através dos benefícios de crescimento económico. Porém, existem duas importantes advertências a fazer. Primeira, nos níveis mais elevados de rendimento, acima de US\$ 5.000 na paridade do poder de compra², há pouca correspondência entre o rendimento nacional e a EVN. Segunda, há uma grande variação à volta da linha do gráfico. Como acima descrito, há exemplos notáveis – Costa Rica, Índia (Kerala), Sri Lanka – de países e estados relativamente pobres que conseguem obter um excelente nível de saúde, sem o benefício de grande riqueza à escala nacional. Entre as lições a tirar dos exemplos destes países está a importância de boas políticas sociais, que dêem ênfase à educação, sobretudo para meninas e mulheres.

O crescimento económico permite a oportunidade de fornecer recursos para investimento na melhoria da vida das pessoas, mas por si só, sem políticas sociais adequadas, não traz benefícios para saúde. O economista Angus Deaton avisa: “O crescimento económico deve ser procurado porque alivia a pobreza material esmagadora de grande parte da população do mundo. Porém, o crescimento económico, isoladamente, não será suficiente para melhorar a saúde da população, pelo menos num prazo

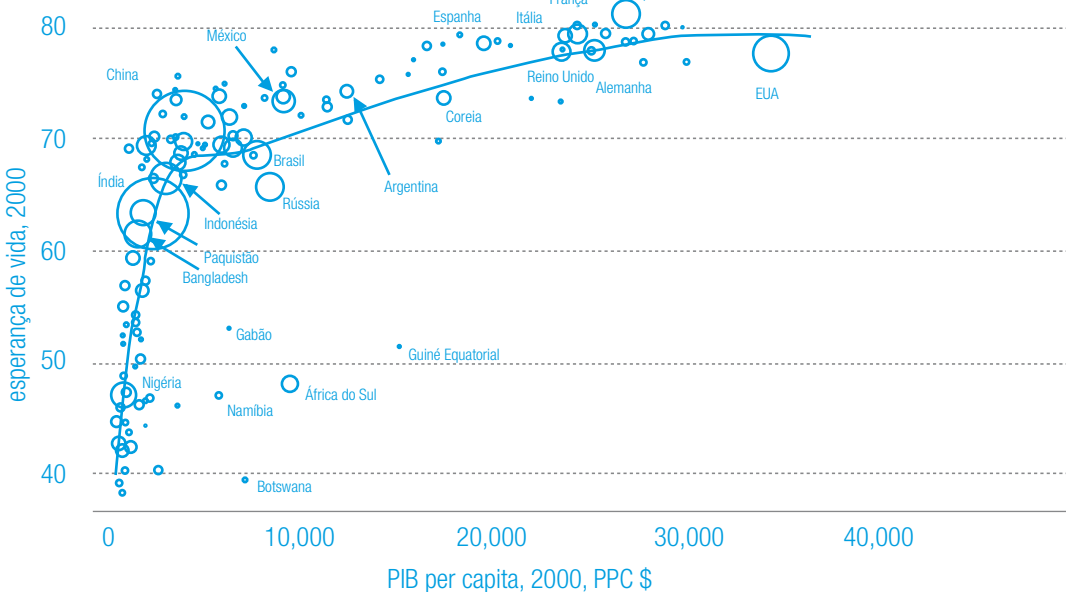
aceitável... No que toca à saúde, o mercado, isoladamente, não substitui a acção colectiva” (Deaton, 2006a, Deaton, 2006b). O crescimento com distribuição equitativa de ganhos pelas populações é o elemento-chave. Uma acção colectiva pode incluir a criação de instituições sociais e a adopção de regulamentos que satisfaçam simultaneamente as necessidades de alojamento, educação, alimentação, protecção no emprego, protecção e intervenção ambiental, segurança social e correcção de falhas do mercado (Stiglitz, 2006).

CRESCIMENTO ECONÓMICO E A SUA DISTRIBUIÇÃO

Para qualquer país – mas sobretudo em países com rendimento baixo – o crescimento económico traz a possibilidade de grandes benefícios. Mas já se verificou, até agora, um enorme crescimento global em riqueza, tecnologia e condições de vida. A questão para o mundo não reside na necessidade de mais crescimento económico para aliviar a pobreza e cumprir as MDMs; para o fazer, existe riqueza e rendimento em abundância. A questão consiste na forma da sua distribuição e utilização.

Em primeiro lugar, os benefícios do crescimento económico ao longo dos últimos 25 anos – um período de rápida globalização – foram partilhados de forma muito desigual entre os países. O Quadro 3.1 mostra que, em 1980, os países mais ricos representando 10% da população mundial, tinham um produto interno bruto 60 vezes maior que os países mais pobres, também com 10% da população do Mundo. Em 2005, esta relação tinha passado para 122 vezes.

Figura 3.1: A Curva de Preston em 2000.



Os círculos têm um diâmetro proporcional à dimensão da população. PIB per capita em dólares de Paridade do Poder de Compra (PPC).

²A taxa de câmbio de paridade do poder de compra é igual ao poder de compra das diferentes moedas nos seus países de origem para um determinado cabaz de compras.

Quadro 3.1**Desigualdade crescente de rendimentos entre países**

Rendimento Nacional Bruto per capita em US\$ nominal			
Ano	Países mais ricos*	Países mais pobres*	Rácio
1980	US\$ 11 840	US\$ 196	60
2000	US\$ 31 522	US\$ 274	115
2005	US\$ 40 730	US\$ 334	122

*Contendo 10% da população do mundo. Dados derivados da Tabela 1 nos Relatórios de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial de 1982, 2002 e 2007, respectivamente, e taxa de câmbio de mercado nos anos relevantes. As taxas destes valores nominais em US\$ são comparáveis ao longo dos anos.

Reimpresso, com a permissão da editora, de Pogge (2008).

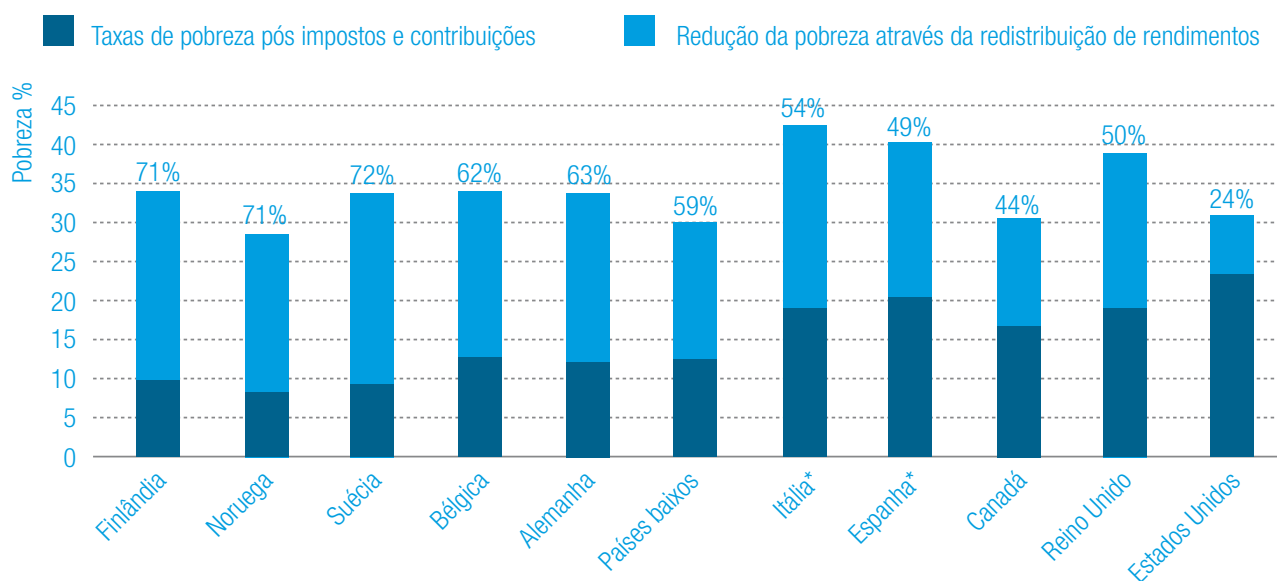
Em segundo lugar, os fluxos internacionais de ajuda humanitária – gravemente desadequados e bem abaixo dos níveis acordados pelos países doadores da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE) em 1970 – ficam bastante aquém das obrigações de pagamento da dívida externa de muitos países pobres (UNDESA, 2006). O resultado é de que, em muitos casos, existe um fluxo externo financeiro dos países mais pobres para os mais ricos – uma situação alarmante. Estes fluxos financeiros são reduzidos em comparação com os volumes maciços de capitais que fluem pelos mercados financeiros globais – à média de 3.2 mil

bilhões de Dólares Americanos por dia (HIFX, 2007) – com o enorme potencial, pela fuga de capitais, de perturbação do desenvolvimento socioeconómico de países com rendimento médio ou baixo.

Estima-se que o custo anual de fazer com que 40% da população mundial, actualmente com o rendimento diário de menos de US\$ 2 por dia, acima desse limite seria de US\$ 300 bilhões – menos de 1% do produto interno bruto dos países com rendimento alto (Pogge, 2008). A Comissão sublinhará, ao longo deste relatório, que o dinheiro, por si só, não é a questão central. Mais importante é a forma como o dinheiro é usado na distribuição justa de bens e serviços e na criação de instituições em países com baixos rendimentos. Mas este simples cálculo demonstra não se poder falar de uma falta de dinheiro à escala global.

Em terceiro lugar, a desigualdade nos rendimentos não se aplica apenas entre países, mas também entre países. A tendência dos últimos 15 anos tem sido de, em muitos países, o quinto mais pobre da população ter uma parte decrescente no consumo nacional (Relatório ODM, 2007). Tem havido um vigoroso debate sobre se a desigualdade de rendimento por si só é um factor contributivo para o nível de saúde de um país (Wilkinson, 1996; Deaton, 2003). Contudo, a desigualdade de rendimento é também um sinal da distribuição desigual de bens e serviços. Há, por isso, uma forte justificação empírica para a preocupação com as crescentes desigualdades de rendimento. Os Governos têm o poder de reduzir os efeitos da desigualdade de rendimento brutos. A Figura 3.2 mostra, para um certo número de países de altos rendimentos, os efeitos das políticas implementadas contra a pobreza (Lundberg e outros, 2007). Parte de uma definição relativa de pobreza como

Figura 3.2: Proporção relativamente à pobreza antes e após redistribuição de riqueza pelo Estado, vários países.



Linha de pobreza = 60% do rendimento disponível médio equivalente.

*Para estes países, a linha de pobreza antes da redistribuição é calculada sobre rendimentos líquidos.

Dados do Estudo sobre os Rendimentos de Luxemburgo.

Reimpresso, com permissão dos autores, de Lundberg et al. (2007) citando Ritakallio & Fritzell (2004).

menos de 60% do rendimento médio e mostra como, nos países Nórdicos, as políticas fiscais conduzem a uma prevalência muito menor da pobreza do que no Reino Unido ou Estados Unidos da América. As políticas são relevantes.

Para países com rendimentos mais baixos, deveria ser óbvio que um maior crescimento económico terá um efeito muito menor na escassez de rendimentos quanto maiores forem as desigualdades de rendimento. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) calculou que, no Quênia, por exemplo, à taxa actual de crescimento económico, e com o nível presente de desigualdade de rendimento, a família típica que viva em condições de pobreza não conseguirá ultrapassar o limiar da pobreza até 2030. A duplicação da fatia do crescimento de rendimento dos pobres significaria que a mesma redução da pobreza aconteceria por volta de 2013. Por outras palavras, o ODM para redução da pobreza exige atenção à distribuição do rendimento, não apenas ao rendimento económico.

VANTAGENS DO INVESTIMENTO NA SAÚDE

Tal como o crescimento económico e a sua distribuição são vitais para a saúde, o investimento na saúde e seus determinantes é uma importante estratégia para aumentar o desenvolvimento económico (CMS, 2001). Melhorar a saúde de pessoas nos escalões mais baixos da hierarquia social, mesmo que apenas para um nível médio de saúde, teria um enorme impacto na saúde geral e melhoraria a produtividade das nações (Caixa 3.2) (Grupo de Trabalho para as Disparidades na Saúde, 2004; Mackenbach, Meerding & Kunst, 2007).

CAIXA 3.2: INVESTIMENTO NA SAÚDE E GANHOS ECONÓMICOS, CANADÁ

Um estudo realizado no Canadá mostra que a redução das disparidades na saúde tem potencial para enormes benefícios económicos, resultantes de uma diminuição da necessidade de cuidados de saúde e dos custos de perda de produtividade.

Os gastos com cuidados de saúde no Canadá rondam os 120 biliões de Dólares Canadianos (C\$) por ano (com custos de C\$ 26 biliões de Dólares Canadianos relativos à população internada e de 94 biliões relativos à população não internada). O quinto da população não internada com o rendimento mais baixo é responsável por cerca de 31% de C\$ 94 biliões, aproximadamente o dobro da utilização do quinto com maiores rendimentos. O estudo conclui

que, se o estatuto da saúde e dos padrões de utilização das pessoas no grupo de menor rendimento fossem iguais aos do rendimento médio, seria possível uma poupança considerável nos custos com cuidados de saúde.

Acresce que o estudo demonstra que uma melhor saúde permite que mais pessoas participem na economia. A redução em apenas 10-20% dos custos da produtividade perdida poderia somar milhares de milhões de dólares à economia.

Fonte: Grupo de Trabalho para as Disparidades na Saúde, 2004.





CAPÍTULO 4

Natureza dos factos e da acção

COMPILAÇÃO DOS FACTOS

Os valores que informam a abordagem da Comissão à sua missão foram expostos na Parte 1: a importância da justiça social e da saúde e a percepção de que todos os indivíduos devem ser tratados com igual dignidade. Contudo, por muito importante que seja um imperativo ético para as políticas, os valores, isolados, são insuficientes. Têm de existir provas sobre o que pode ser feito e o que deverá produzir resultados práticos para a melhoria e a redução das injustiças na saúde.

Foi necessário decidir numa fase prévia o que seria considerado prova factual. No campo dos cuidados de saúde, a hierarquia dos factos é relativamente clara. Uma nova intervenção médica tem melhores resultados do que as terapias já existentes? Submeta-se o procedimento a um teste controlado aleatório que forneça uma estimativa independente dos efeitos em condições cuidadosamente controladas.

No que toca aos determinantes sociais da saúde, dois problemas inter-relacionados tornam improvável este cenário: a natureza da intervenção e a falta de provas em áreas importantes. Em nosso entender, e tal como enunciado ao longo do presente relatório, os sistemas económicos e as políticas sociais globais e nacionais são críticos para as condições de vida e de trabalho das pessoas; consequentemente, são críticos para a igualdade na saúde. Em muitas destas áreas, é difícil ver como podem ser realizados testes controlados aleatórios. Os países não se entregam à aleatoriedade. Intervenções como o desenvolvimento e implementação de leis que protegem a igualdade de género, por exemplo, não podem ser realizados indiscriminadamente através dos países. Tivesse a Comissão tomado a decisão de se basear apenas em experiências completamente controladas, e o presente relatório seria muito breve, contendo apenas recomendações biomédicas e a conclusão de que seria necessária mais pesquisa. A igualdade e justiça social, inclusivamente a saúde, não teriam progredido muito.

É necessária mais pesquisa. Porém, dada a natureza das intervenções levadas em consideração por este relatório nas Partes 3 a 5, apenas uma pequena parte preencherá os requisitos de um teste médico controlado e aleatório. Esta lacuna não pode ser considerada um obstáculo ao processo de decisão fundamentada pelas provas actuais. A Comissão seguiu um entendimento mais amplo do que constitui uma prova (Kelly e tal., 2006). Neste relatório, o leitor encontrará provas derivadas de estudos de observação (incluindo experiências naturais e estudos à escala nacional), casos de estudo concretos e trabalho de campo, provenientes de fontes especializadas e generalistas e de testes de intervenções na comunidade, quando disponíveis. Apesar da Comissão ter assumido como missão a reunião de provas globalmente representativas, existem lacunas inevitáveis, sobretudo em países de rendimento baixo e médio, possivelmente porque a informação é inexistente, não estava publicada de forma acessível ou não estava disponível em inglês, língua de trabalho da Comissão.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA COMISSÃO

Reforçar a igualdade na saúde – globalmente e dentro dos países – significa ir além da actual concentração nas causas imediatas da doença. Mais do que qualquer outro esforço global na área da saúde, a Comissão concentrou-se nas “causas das causas” – as estruturas globais e nacionais fundamentais da hierarquia social e das condições determinadas socialmente em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem. A Figura 4.1 mostra o enquadramento conceptual desenvolvido para a Comissão (Solar & Irwin, 2007). O enquadramento sugere que as intervenções podem ser orientadas para a acção sobre:

As circunstâncias da vida quotidiana:

- Diferentes exposições a influências causadoras de doença no início da vida, os ambientes social e físico e o trabalho, associados à estratificação social. Dependendo da natureza destas influências, diferentes grupos terão diferentes experiências de condições materiais, apoio psico-social e opções de comportamento, que os tornam mais ou menos vulneráveis a saúde deficitária;
- Reacções dos cuidados de saúde à promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento de enfermidades;

E os impulsionadores estruturais:

- A natureza e grau de estratificação na sociedade – o grau de desigualdade nas dimensões enumeradas;
- Preconceitos, regras e valores existentes da sociedade;
- Políticas económicas e sociais a nível global e nacional;
- Processos de administração a nível global, nacional e local.

Pela sua natureza, muitos dos determinantes sociais ponderadas pela Comissão são relativamente distantes, a nível espacial e temporal, dos indivíduos e da experiência de saúde. Isto constitui um desafio, tanto a nível conceptual, como empírico, ao tentar atribuir causalidade e demonstrar eficácia na acção sobre a igualdade na saúde. Ao escolher a gama de determinantes sociais em que se concentrar, a selecção da Comissão baseou-se na coerência da base global de provas – ou seja, uma mistura de plausibilidade conceptual, disponibilidade de provas empíricas de apoio e a consistência da relação entre e dentro das populações – e a demonstração de que estes determinantes se prestam a intervenção. A isto se junta o facto de alguns determinantes identificados, apesar de possuírem uma relação fortemente plausível com as desigualdades na saúde, não serem apoiados por provas do que pode ser posto em prática para provocar uma mudança.

Partindo desta base e suportado pelo enquadramento conceptual, o fluxo de trabalho de conhecimento da Comissão foi estabelecido principalmente em torno de nove Redes de Informação, cujos temas incorporam questões globais, questões ao nível de sistemas de saúde e uma abordagem à saúde ao

nível do curso de vida. As Redes de Conhecimento (em Inglês, Knowledge Networks) concentraram-se do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) (ECDKN), condições de emprego (ECOMNET), meios ou assuntos urbanos (KNUS), exclusão social (SEKN), mulheres e equidade de género (WGEKN), globalização (GKN), sistemas de saúde (HSKN), condições de saúde pública prioritárias (PPHCKN) e quantificação e provas (MEKN). As questões relativas ao género foram sistematicamente consideradas em cada um dos temas. Outras questões, incluindo alimentação e nutrição, factores rurais, violência e crime e alterações climáticas, não tinham uma Rede de Conhecimento a si dedicada, mas são reconhecidos como factores importantes para a igualdade na saúde. A Comissão lida com estes factores em capítulos subsequentes, emitindo algumas recomendações gerais, mas sem delinear os passos mais específicos sobre como pode ser conduzida a acção.

AVALIAÇÃO DOS FACTOS

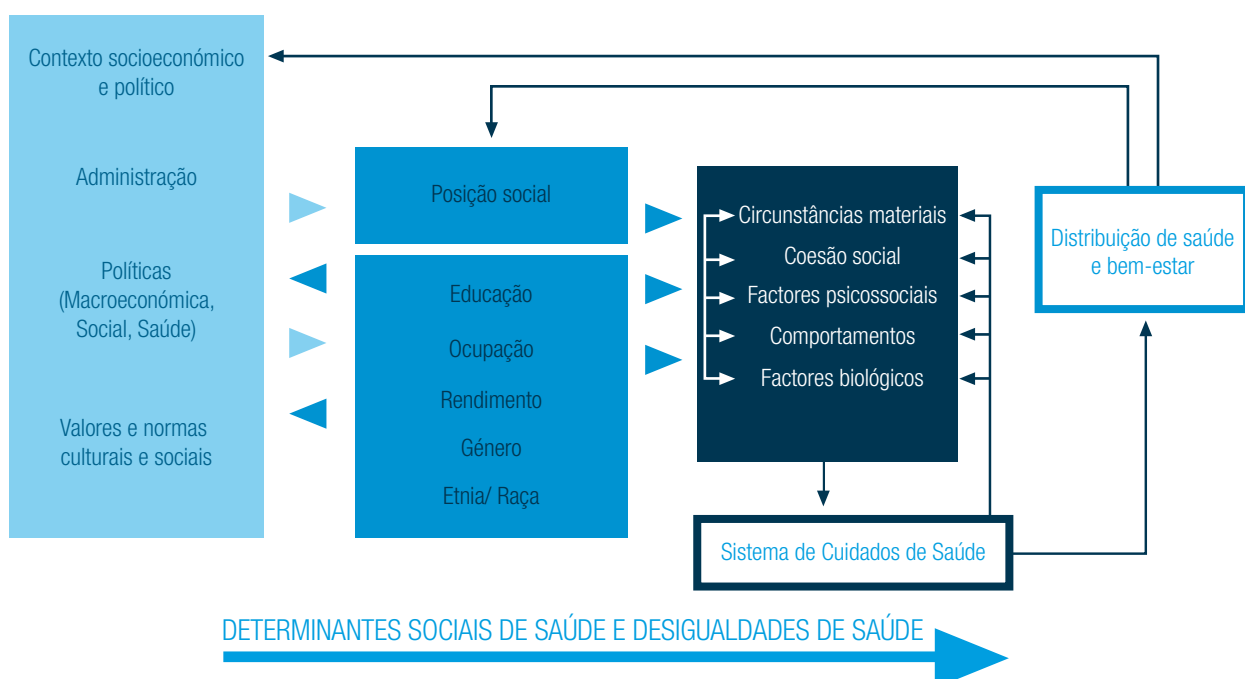
A formulação das recomendações da Comissão sobre que medidas devem ser adoptadas para melhorar a equidade na saúde global implicou avaliar o uso de diferentes provas, considerar o alcance e grau de plenitude das provas e determinar até que grau a acção sobre os determinantes sociais é possível e pode ser eficaz. As recomendações feitas pela Comissão são: a) suportadas por um enquadramento conceptual dedicado à causa dos problemas abordados, b) apoiadas por uma vasta base global de provas que demonstra um impacto da acção nestes determinantes sociais da saúde e desigualdades da saúde (eficácia); c) apoiadas por provas da possibilidade de implementação em diferentes situações; e d) apoiadas por provas que mostram a consistência dos efeitos da acção em diferentes grupos populacionais e países com diferentes níveis de desenvolvimento económico nacional.

ÁREAS CHAVE PARA A ACÇÃO E RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO

É hoje compreendido a nível global, melhor do que em qualquer outro período histórico, como os factores sociais afectam a saúde e a igualdade na saúde. Apesar de a informação ser sempre parcial e persistir a necessidade de melhores provas, existe hoje o conhecimento necessário sobre como conduzir uma acção eficaz. Estabelecendo paralelos entre a percepção da pobreza e do gradiente social, sabe-se avaliar as questões comuns que estão na base das desigualdades na saúde. Reconhecendo a natureza e escala das doenças transmissíveis e não transmissíveis, demonstram-se os elos indissociáveis entre países, ricos e pobres. É necessária acção sobre os determinantes da saúde – desde as condições estruturais da sociedade às condições quotidianas em que as pessoas crescem, vivem e trabalham, a todos os níveis, do global ao local, no governo e incluindo todos os intervenientes, da sociedade civil ao sector privado.

Ao longo do esforço de desenvolvimento do seu trabalho, a Comissão reforçou a convicção de que é possível reduzir as desigualdades na saúde numa geração. Esta missão exigirá um enorme esforço, mas é possível. Os capítulos que se seguem nas Partes 3 a 5, demonstram que existe uma necessidade urgente de mudança – em como são entendidas as causas para as desigualdades na saúde, como se aceitam e empregam diferentes tipos de provas, como se trabalha em conjunto e nos diferentes tipos de acção, levada a cabo para abordar as desigualdades da saúde a nível global e nacional. A acção destas intervenções será de nível global, nacional, local e individual.

Figura 4.1: Enquadramento conceptual da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: Alterado a partir de Solar & Irwin, 2007.

No capítulo 1, estabeleceu-se que a análise da Comissão leva à formulação de três princípios de acção:

- 1** Melhorar as condições da vida quotidianas – as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.
- 2** Abordar a distribuição desigual de energia, dinheiro e recursos – os impulsionadores estruturais destas condições da vida quotidiana – a nível global, nacional e local.
- 3** Determinar o problema, avaliar a acção, expandir a base de conhecimentos, desenvolver uma força de trabalho formada nos determinantes sociais da saúde e informar o público sobre o tema.

Estes três princípios de acção identificados pela Comissão são concretizados nas três recomendações gerais abaixo enumeradas. Se a acção for conduzida de acordo com estas recomendações e com outras recomendações mais detalhadas em capítulos subsequentes, será possível alcançar uma concretização mais justa do direito às condições necessárias para obter o mais alto padrão possível de saúde.

AS RECOMENDAÇÕES GERAIS DA COMISSÃO

1. Melhorar as condições da vida quotidianas

Melhorar o bem-estar de meninas e mulheres e as circunstâncias em que nascem os seus filhos, ênfase no desenvolvimento neo-natal e educação para meninas e meninos, melhoria das condições de vida e de trabalho e criação de uma política de protecção social que apoie todos e criação de condições para uma vida adulta próspera. As políticas para atingir estes objectivos terão de envolver a sociedade civil, governos e instituições globais.

2. Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos

Para resolver as desigualdades da saúde e condições da vida do dia-a-dia, é necessário abordar as desigualdades – tais como as entre homens e mulheres – existentes na forma como a sociedade está organizada. Isto exige um sector público forte, que seja empenhado, capaz e adequadamente financiado. Para o concretizar, exige-se mais do que um governo firme – exige-se uma governação firme: legitimidade, espaço e apoio à sociedade civil, a um sector privado responsável e aos indivíduos na sociedade, de modo a acordar interesses públicos e reinvestir no valor da acção colectiva. Num mundo globalizado, a necessidade de administração dedicada à igualdade aplica-se tanto ao nível da comunidade como às instituições globais.

3. Determinar e compreender o problema e avaliar o impacto da acção

Reconhecer a existência de um problema e assegurar a avaliação da desigualdade na saúde – dentro dos países e globalmente – constitui uma plataforma vital para a acção. Os Governos nacionais e as organizações internacionais, apoiados pela OMS, devem organizar sistemas de vigilância da igualdade na saúde global para monitorização constante da desigualdade na saúde e dos determinantes sociais da saúde e para avaliação do impacto das políticas e acções implementadas na igualdade na saúde. Criar espaço e capacidade organizacional para agir eficazmente sobre a desigualdade na saúde exige investimento na formação de agentes elaboradores de políticas e pessoal médico e a compreensão pública dos determinantes sociais da saúde. Exige, igualmente, uma maior concentração da pesquisa de saúde pública sobre os determinantes sociais da saúde.

As Partes 3 a 5 do relatório estão estruturadas de acordo com estes três princípios. Embora as recomendações da Comissão, como um todo, se destinem a tratar tanto as condições de vida quotidianas como os impulsionadores estruturais que determinam a sua distribuição, dentro de cada um dos capítulos temáticos (5 a 16 nas Partes 3 a 5) são feitas recomendações relativas à acção destinada aos impulsionadores estruturais e às causas imediatas das desigualdades nestes temas. As recomendações variam na sua natureza, da administração e políticas à acção comunitária – uma combinação de abordagens de sentido ascendente e descendente na estrutura social, a nível global, regional, nacional e sub-nacional.

IMPLICAÇÕES PARA OS DIFERENTES AGENTES

Embora a Comissão defenda fortemente o papel central do governo e sector público no processo de actuação sobre os determinantes sociais da saúde para a igualdade na saúde, também reconhece a diversidade de actores no terreno – agências e instituições globais, a própria administração (a nível nacional e local), sociedade civil, comunidades académicas e de investigação e o sector privado. Cada um destes actores deve rever-se claramente nos capítulos que se seguem nas Partes 3 a 5 e nas implicações das recomendações para acção. Uma visão geral das áreas-chave para acção e recomendações para cada actor são seguidamente assinaladas, apontando recomendações específicas que podem ser encontradas em cada um dos capítulos temáticos subsequentes.

Agências multilaterais

Uma das recomendações gerais da Comissão consiste na necessidade de concertação intersectorial – na elaboração de políticas e na actuação – para a melhoria da actuação real sobre os determinantes sociais da saúde e a produção de melhorias na igualdade na saúde. As agências multilaterais especializadas e financeiras podem contribuir bastante para reforçar o seu

impacto colectivo nos determinantes sociais da saúde e na equidade na saúde, incluindo:

- *Concertação na monitorização e actuação globais*: Adotar a igualdade na saúde como objectivo partilhado globalmente, utilizando um enquadramento de indicadores comum a nível mundial para a monitorização da evolução do desenvolvimento; e colaborar em grupos de trabalho temáticos multi-agência para acção concertada sobre os determinantes sociais da saúde.
- *Financiamento concertado e responsável*: Garantir que os aumentos na ajuda e no perdão da dívida apoiam a elaboração de políticas coerentes sobre os determinantes sociais da saúde e a acção sobre os governos beneficiários, através da utilização de indicadores para o desempenho da igualdade na saúde e os determinantes sociais da saúde como condições fundamentais para a responsabilização dos destinatários.
- *Participação melhorada dos Estados Membros da ONU na governação mundial*: Apoiar a participação equitativa dos Estados Membros e outros intervenientes nos debates para elaboração de políticas.

OMS

A OMS é a entidade líder mandatada na saúde à escala global. Urge reforçar o papel de liderança da OMS através da agenda para acção sobre os determinantes sociais da saúde e a igualdade a saúde. Isto envolve um leque variado de acções, incluindo:

- *Concertação global e nacional de políticas*: Adotar um papel de orientação, apoiando a capacitação e a coerência de políticas relativamente aos determinantes sociais da saúde por todas as agências parceiros no sistema multilateral; fortalecer a capacidade técnica a nível mundial e por entre os Estados Membros para representação da saúde pública em todos os principais fóruns multilaterais; e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de mecanismos para a coesão de políticas e intervenções sobre os determinantes sociais da saúde.
- *Quantificação e avaliação*: Apoiar, como objectivo fundamental, a definição de objectivos para a igualdade na saúde e a monitorização da evolução sobre os determinantes sociais da saúde dentro e entre países; apoiar a implementação de sistemas de vigilância sobre determinantes sociais da saúde nos Estados Membros e criar as capacidades técnicas necessárias nos países; apoiar os Estados Membros no desenvolvimento e utilização de ferramentas de avaliação do impacto da igualdade na saúde e outras ferramentas relacionadas com a saúde, tais como um indicador para a igualdade em cada país; e reunir num encontro global como parte de uma revisão periódica da situação global.
- *Aumento das capacidades da OMS*: Consolidar as capacidades da OMS nos determinantes sociais da saúde, desde a sua sede, pelos Gabinetes Regionais, até aos Programas Nacionais.

Administração nacional e local

A fundamentação da acção sobre os determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde é um esforço de um sector público capacitado, baseado nos princípios de justiça, participação e colaboração intersectorial. Isto implica o reforço das funções básicas do governo e das instituições públicas, nas escalas nacional e sub-nacional, particularmente em relação à coerência de políticas, administração participativa, planeamento, concepção e implementação de regulamentos e definição de critérios; também depende de uma liderança e orientação sólidas da parte dos ministérios da saúde, apoiados pela OMS. As acções governamentais incluem:

- *Coesão nas políticas implementadas em todo o governo*: Elevação da responsabilidade pela acção na saúde e na igualdade na saúde ao mais alto nível no governo e garantia da sua ponderação integrada em toda a concepção de políticas ministeriais e departamentais. Os ministros da saúde podem ajudar no esforço de mudança – serão essenciais na ajuda à criação de sinergias com o chefe de estado e outros ministros.
- *Reforço da acção para a igualdade*: compromisso para com a criação progressiva de serviços universais de cuidados de saúde; estabelecimento de uma unidade dedicada aos assuntos de género para promoção da igualdade de género na elaboração de políticas; melhoria dos modos de vida, investimento em infra-estruturas e serviços rurais; reabilitação de bairros degradados e consolidação do planeamento urbano na saúde participativo a nível local; investimento no emprego pleno e em políticas e programas de emprego dignos; investimento em DPI; promoção da prestação de serviços e programas sobre os determinantes sociais da saúde vitais, independentemente da capacidade financeira do utilizador, apoiados por um programa universal de protecção social; e estabelecer um enquadramento nacional para o controlo legislativo dos produtos prejudiciais para a saúde.
- *Finanças*: administrar os fundos recebidos de fontes financeiras internacionais (ajuda, perdão da dívida) através de um enquadramento da acção sobre os determinantes sociais da saúde, estabelecido de forma transparente; reforçar as receitas através da cobrança progressiva de impostos; e colaborar com outros Estados Membros no desenvolvimento de propostas regionais ou globais para novas fontes de financiamento público internacional.
- *Quantificação, avaliação e formação*: avançar rumo ao objectivo do registo de nascimento universal; estabelecer indicadores de desempenho transversais no governo para a igualdade na saúde, através da implementação de um sistema de vigilância da igualdade na saúde; criar a capacidade para a utilização da avaliação do impacto na igualdade na saúde como protocolo regular em toda a elaboração de políticas; garantir formação dos profissionais e elaboradores de políticas sobre os determinantes sociais da saúde; e sensibilizar o público em geral para os determinantes sociais da saúde.

Sociedade civil

A inclusão do indivíduo na sociedade em que vive é vital para os aspectos materiais, psicossociais e políticos da capacitação que constitui a base do bem-estar social e a igualdade na saúde. Como membros da comunidade, defensores dos movimentos populares, prestadores de serviços e programas e supervisores do desempenho, os agentes da sociedade civil – da escala global à local – constituem uma ponte vital entre as políticas e planos e a realidade da mudança e melhoria das vidas de todos. Através do auxílio da organização e promoção de diferentes vozes de diferentes comunidades, a sociedade civil pode ser um defensor feroz da igualdade na saúde. Muitas das acções enumeradas serão, pelo menos em parte, o resultado da pressão e do encorajamento exercidos pela sociedade civil; muitas das metas rumo ao objectivo de alcançar a igualdade na saúde dentro de uma geração serão marcadas – cumpridas ou falhadas – pela observação atenta dos agentes da sociedade civil. Esta pode desempenhar um papel importante nas acções sobre os determinantes sociais da saúde:

- *Participação nas políticas, planeamento, programas e avaliação:* participar na elaboração de políticas, planeamento, cumprimento dos programas e avaliação sobre os determinantes sociais da saúde, desde o nível global, passando por fóruns intersectoriais, ao nível local de avaliação, prestação de serviços e apoio; monitorizar a qualidade, equidade e impacto dos serviços prestados.
- *Monitorização do desempenho:* monitorizar, relatar e promover sobre os determinantes sociais da saúde específicos, tais como a melhoria dos serviços prestados em bairros degradados, condições de emprego formal e informal, trabalho infantil, direitos das populações indígenas, igualdade de género, serviços de saúde e educação, actividades corporativas, acordos de comércio e protecção ambiental.

Sector privado

O sector privado tem um impacto profundo na saúde e bem-estar. Ainda que a Comissão enfatize o papel central da liderança do sector público na acção para a igualdade na saúde, isso não implica menosprezar a importância das actividades do sector privado. Porém, implica a necessidade de reconhecimento de impactos potencialmente adversos e a necessidade de responsabilidade na regulação no que respeita a esses impactos. Paralelamente ao controlo de efeitos indesejáveis na saúde e na igualdade na saúde, a vitalidade do sector privado tem muito a oferecer que poderá melhorar a saúde e o bem-estar. As acções possíveis incluem:

- *Reforçar a responsabilização:* reconhecer e respeitar acordos, normas e códigos internacionais de prática de emprego; assegurar condições laborais e de emprego justas para homens e mulheres; reduzir e erradicar o trabalho infantil e assegurar o respeito de normas de saúde e segurança; apoiar oportunidades vocacionais e de formação como parte das condições de emprego, com particular ênfase para as oportunidades para as mulheres; e assegurar que as actividades e serviços do sector privado (tais como a produção e certificação de medicamentos vitais e a facultação de sistemas de seguros de saúde) contribuem – ao invés de debilitarem – a igualdade na saúde.
- *Investir na investigação:* comprometer-se na investigação e desenvolvimento do tratamento de doenças negligenciadas e associadas aos pobres e partilhar conhecimento em áreas potencialmente vitais (tais como a patente de medicamentos).

Instituições de investigação

O conhecimento – da situação global, regional, nacional e local da saúde, do que pode ser feito para melhorar esse panorama e do que funciona eficazmente para alterar a desigualdade na saúde nos determinantes sociais da saúde – é uma preocupação central da Comissão e está na base de todas as suas recomendações. É uma necessidade premente. Mas, mais que mero exercício académico, a investigação é necessária para gerar novos entendimentos e para divulgar essa compreensão de formas acessíveis de forma prática para todos os parceiros acima enumerados. A investigação sobre o conhecimento dos determinantes sociais da saúde e das formas de acção para a igualdade na saúde continuará a depender das colaborações entre académicos e profissionais em exercício, mas também dependerá de novas metodologias – reconhecendo e aplicando um leque diverso de informação documental, reconhecendo o desequilíbrio de género nos processos de investigação e reconhecendo o valor acrescentado das redes de conhecimento e comunidades agora desenvolvidas a nível global. A acção neste campo inclui:

- *Gerar e difundir conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde:* assegurar que o financiamento da investigação é atribuído ao trabalho sobre o tema dos determinantes sociais da saúde; apoiar o trabalho intersectorial multilateral, nacional e local e do observatório global da saúde, através do desenvolvimento e teste dos indicadores e da avaliação de impacto de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde; estabelecer e expandir as redes virtuais e os sistemas informatizados, sob o princípio de acesso universal, orientado para a maximização da acessibilidade em contextos de baixo, médio e alto rendimento; contribuir para a inversão do fenómeno de fuga de cérebros de países de baixo e médio rendimento; abordar e eliminar desigualdades de género nas equipas, propostas, concepções, actividades e relatórios de investigação.

CONTEXTUALIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

Um desafio central para a Comissão surge da natureza difusa das desigualdades na saúde. É certo que são maiores em escala em alguns países do que noutros, mas estão surpreendentemente distribuídas. Como se verá nos capítulos subsequentes nas Partes 3 a 5, certos princípios gerais aplicam-se a todos os países. Impor-se-ão diferenças nas políticas para países de rendimento baixo e médio. Os capítulos desenvolvem esta questão até certo ponto. A experiência registada sugere que, apesar da existência de princípios gerais, a natureza precisa das soluções relacionadas com políticas tem de ser trabalhada nos contextos nacional e local.

Serão necessárias mudanças no ambiente económico global para que as propostas da Comissão surtam efeitos benéficos na a saúde nos países mais pobres e, conseqüentemente, na a igualdade da saúde a nível global. Será necessária acção para aliviar pressões económicas externas, expandir o espaço da política nacional para agir sobre a equidade na saúde; reformular os limites financeiros do sector público, melhorar as infra-estruturas e capacidades humanas à escala nacional e consolidar e melhorar os ganhos educacionais das mulheres. A implementação das recomendações da Comissão exige alterações no funcionamento da economia global para impedir que as pressões do mercado e os compromissos internacionais retardem a implementação ou potenciem efeitos adversos não pretendidos.



MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA QUOTIDIANAS



O primeiro dos três princípios de acção da Comissão consiste em:

Melhorar as condições de vida quotidianas – as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.

As desigualdades no modo de organização da sociedade significam que a liberdade para levar uma vida próspera e desfrutar de boa saúde não está igualmente distribuída entre sociedades nem no seio destas. Esta desigualdade é visível nas condições da primeira infância e de escolaridade, nas condições de emprego e trabalho, na forma física do ambiente construído e na qualidade do ambiente natural em que as pessoas habitam. Dependendo da natureza destes ambientes, diferentes grupos terão diferentes experiências de condições materiais, influências psico-sociais e opções comportamentais que os tornarão mais ou menos vulneráveis a uma saúde precária. A estratificação social também determina o acesso e utilização dos serviços de saúde desequilibrados, com consequências para a promoção

desigual da saúde e bem-estar, prevenção de doenças, recobro de doenças e sobrevivência.

Está implícita no trabalho da Comissão uma perspectiva a longo prazo de como os determinantes sociais da Saúde operam em cada nível de desenvolvimento – gravidez e parto, primeira infância, infância, adolescência e idade adulta – tanto como influência imediata na saúde, como para promoção das bases para a saúde ou a doença, numa fase mais tardia da vida.

Os Capítulos seguintes, 5 a 9, centram-se nas condições de vida diárias e fazem recomendações para a acção, sequencialmente, em relação às condições dos primeiros anos de vida e de toda a escolaridade, sobre o ambiente social e físico, com especial destaque para as cidades e sobre a natureza das condições de emprego e trabalho. A natureza da protecção social, e em especial da protecção do rendimento, é considerada aqui como recurso essencial para a vida quotidiana. O capítulo final da Parte 3 aborda o tema do sistema dos Serviços de Saúde.



CAPÍTULO 5

Igualdade desde o início

“Cada um de vós é uma pessoa individual, dotada de direitos, merecedor de respeito e dignidade. Cada um de vós merece ter o melhor início de vida possível, completar a escolaridade básica da melhor qualidade, deve poder desenvolver todo o seu potencial e receber as oportunidades necessárias para participar activamente nas respectivas comunidades.”

Nelson Mandela e Graça Machel (UNICEF, 2000)

DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA –FACTORES PODEROSOS DE EQUIDADE

Por todo o mundo, 10 milhões de crianças morrem todos os anos antes de completarem 5 anos (Black, Morris & Bryce, 2003). A grande maioria destas mortes ocorre em países de rendimento baixo ou médio e, dentro destes países, entre as crianças das famílias e comunidades mais desfavorecidas (Houweling, 2007). Mesmo nos países de rendimento elevado como o Reino Unido, a mortalidade infantil é mais significativa entre os grupos desfavorecidos (Ministério da Saúde, 2007). Urge abordar o temas das desigualdades na mortalidade. Não menos importantes são os 200 milhões de crianças que não atingem todo o seu potencial de desenvolvimento, com todas as consequências que tal acarreta para a sua saúde e para a sociedade em geral (Grantham-McGregor et al., 2007). O número de 200 milhões é certamente uma estimativa por defeito, visto ser baseado na definição de pobreza como viver com 1 dólar americano por dia, embora exista um efeito gradual da riqueza no desenvolvimento infantil (ECDKN, 2007a). As experiências vividas na primeira infância (compreendida entre o nascimento e os 8 anos de idade) e no ensino básico e posterior, proporcionam as bases fundamentais para toda a vida (ECDKN, 2007a). É melhor para a criança, como indivíduo, e para a sociedade, – nos países ricos como nos pobres –, ter um bom começo de vida, do que precisar de recorrer a ações correctivas numa fase subsequente. Ao implementar uma agenda para a sobrevivência infantil, os governos podem alcançar grandes melhorias sustentadas na saúde e desenvolvimento da população, ao mesmo tempo que cumprem as suas obrigações definidas pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, através da adopção de uma abordagem mais abrangente dos primeiros anos de vida (ECDKN, 2007a).

Uma abordagem mais abrangente dos primeiros anos de vida

A ciência do desenvolvimento na primeira infância (DPI), mostra que o desenvolvimento cerebral é altamente sensível às influências externas nesta fase, começando ainda no útero e com efeitos para toda a vida. As condições às quais as crianças estão expostas, incluindo a qualidade das relações e o ambiente linguístico, literalmente “esculpem” o cérebro em desenvolvimento (Mustard, 2007). Para educar crianças saudáveis, é preciso estimular o seu desenvolvimento a nível

físico, linguístico-cognitivo, e socio-emocional (ECDKN, 2007a). O desenvolvimento saudável durante os anos da primeira infância proporciona as bases essenciais que permitem que as pessoas usufruam uma vida próspera em várias áreas, incluindo o bem-estar social, emocional, cognitivo e físico (ECDKN, 2007a).

O ensino, quer pré-escolar, quer o subsequente, também molda de forma determinante o percurso de vida da criança e as suas oportunidades na saúde. Todavia, apesar dos progressos recentes, estima-se que cerca de 75 milhões de crianças em idade de frequência a escola primária, não o façam (IEU – UIS, 2008).

O grau de educação alcançado está relacionado com as condições de saúde de boa qualidade, em parte através do seu efeito no rendimento, emprego e condições de vida adulta (Ross & Wu, 1995; Cutler & Lleras-Muney, 2006; Bloom, 2007). Existem fortes efeitos intergeracionais – o grau de educação das mães é um determinante da saúde, sobrevivência e nível de educação de uma criança (Caldwell, 1986; Cleland & Van Ginneken, 1988).

Muitos desafios na sociedade adulta têm a sua origem nos primeiros anos de vida, incluindo problemas de saúde pública graves, como a obesidade, as doenças cardíacas e os problemas de saúde mental. As experiências na primeira infância estão também relacionadas com a criminalidade, problemas de analfabetismo e iliteracia matemática e participação económica (ECDKN, 2007a).

As desigualdades do foro social ocorridas durante a primeira infância contribuem, mais tarde, para desigualdades na saúde, através do DPI e do nível educacional alcançado. As crianças de meios desfavorecidos são mais propensas a ter piores resultados escolares e, conseqüentemente, como adultos, terão mais hipóteses de ter menores rendimentos e uma taxa de natalidade maior, o que promove a incapacidade de proporcionar cuidados de saúde, nutrição e estímulos adequados aos seus filhos, contribuindo para a transmissão intergeracional da pobreza (Grantham-McGregor et al., 2007). A génese da desigualdade de género na vida adulta também remonta à primeira infância. A socialização e os preconceitos entre géneros nos primeiros anos de vida têm impacto no desenvolvimento da crianças, sobretudo nas do sexo feminino. A desigualdade de género experimentada numa fase inicial da vida, sobretudo quando reforçada por relações de poder, regras parciais e experiências quotidianas, resulta num impacto profundo para a desigualdade de género na idade adulta (ECDKN, 2007a).

A sobrevivência e desenvolvimento da criança depende em muito dos factores tratados noutros capítulos deste relatório. Na primeira infância, os sistema de saúde desempenham um papel crucial (ECDKN, 2007a). Mães e crianças necessitam continuamente de cuidados, desde a pré-gravidez, durante a gravidez e o parto, até aos primeiros dias e anos de vida (OMS, 2005b) (ver Capítulo 9: *Cuidados de saúde universais*). As crianças devem ser registadas aquando do seu nascimento (ver Capítulo 16: *Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*). Precisam também de um ambiente

seguro e saudável – habitação de boa qualidade, água potável e boas condições de higiene, bairros seguros e protecção contra a violência (ver Capítulo 6: *Locais saudáveis – pessoas saudáveis*). Uma boa nutrição é essencial e começa ainda no útero, através da alimentação correcta das mães, o que reforça a importância da adopção de uma estratégia a longo prazo na abordagem das desigualdades na saúde (ECDKN, 2007b). É importante apoiar a iniciativa da amamentação desde a primeira hora de vida, o contacto pessoal directo imediatamente após o parto, a amamentação como alimentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e a continuação da amamentação até ao segundo ano de vida, assim como é importante assegurar a disponibilidade e o acesso a dietas saudáveis para bebés e crianças, através da melhoria da segurança alimentar (PPHCKN, 2007a; Black et al., 2008; Victora et al., 2008).

De forma menos significativa, a sobrevivência e o desenvolvimento infantil dependem da organização equitativa que as sociedades, governos e agências internacionais consigam fazer dos seus assuntos (ver Capítulos 10 e 14: *Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas; Capacitação política – inclusão e expressão*). A igualdade de género, através da educação, rendimento e emancipação maternos, desempenha um papel importante na sobrevivência e desenvolvimento infantil (ver Capítulo 13: *Igualdade de género*). As crianças só têm a beneficiar quando os governos adoptam políticas de protecção social de apoio à família que permitem que todos tenham um rendimento adequado (ver Capítulo 8: *Protecção social ao longo do ciclo de vida*), permitindo aos pais e educadores conjugar a sua vida pessoal com a vida profissional (ver Capítulo 7: *Emprego justo e trabalho digno*). Os líderes políticos, nacionais e internacionais, devem ter um papel central ao evitar ameaças graves ao desenvolvimento das crianças, incluindo guerras e violência, trabalho infantil e maus tratos (OMS, 2005a). Porém, as desigualdades globais relacionadas com o poder influenciam a capacidade, sobretudo dos países pobres, para implementar políticas que beneficiam o desenvolvimento infantil (ECDKN, 2007a) (ver Capítulos 11, 12 e 15: *Financiamento justo; Responsabilidade de mercado; Administração global competente*).

As crianças precisam de apoio, carinho, cuidados e de condições de vida saudáveis. Necessitam, também, de oportunidades para explorar o seu mundo, para brincar e aprender a falar e a ouvir os outros. As escolas, enquanto parte do ambiente que contribui para o desenvolvimento infantil, têm um papel fundamental na formação das capacidades das crianças e, se forem realmente abrangentes, na promoção da igualdade das condições de saúde. Programas de DPI bem concebidos podem facilitar a integração da criança no ensino primário, o que trará benefícios para a escolaridade futura (UNESCO, 2006b).

A criação de condições para a prosperidade de todas as crianças requer uma legislação concertada em todos os sectores. Pais e educadores podem contribuir substancialmente, mas é necessário apoio por parte do governo, das organizações da

sociedade civil e da comunidade em geral. A negligência infantil tem ocorrido por todo o mundo, com a conivência dos governos. Por isso, é vital que as organizações da sociedade civil desempenhem o seu papel na defesa e melhoria das condições para um desenvolvimento infantil saudável.

Se o ambiente em que estão inseridas influencia fortemente o DPI, as crianças são também agentes sociais que moldam e são moldadas pelo seu meio (ECDKN, 2007b). O reconhecimento da relação existente entre a criança e o seu meio tem implicações a nível de acção e investigação, obrigando a reconhecer a importância de dar às crianças uma voz e uma participação mais activas (Centro de Recursos Landon Pearson para o Estudo da Infância e dos Direitos da Criança – Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights, 2007).

Desenvolvimento na primeira infância: um poderoso factor de equidade

Os investimentos no DPI contam-se por entre os mais eficazes que os países podem fazer para o esforço de redução do crescente ónus de doenças crónicas nos adultos, de redução do custos relacionados com os sistemas judiciais e prisionais e de maneira a permitir que mais crianças possam tornar-se adultos saudáveis e que possam contribuir de forma positiva para a sociedade, em termos sociais e económicos (ECDKN, 2007a; Engle et al., 2007; Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004; Lynch, 2004). Do mesmo modo, investimento no DPI pode ser um poderoso factor promotor de igualdade, sendo que estas intervenções produzem os resultados mais visíveis nas crianças mais desfavorecidas (Scott-McDonald, 2002; Young, 2002; Engle et al., 2007). Se os governos nas sociedades ricas e pobres tomassem medidas durante a infância das crianças através da implementação de programas e serviços de DPI de qualidade, enquanto parte integrante dos seus planos de desenvolvimento mais amplos, estes investimentos pagar-se-iam a si mesmos vezes sem conta (Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004; Lynch, 2004). Infelizmente, a maior parte dos cálculos para o investimento na saúde e noutras áreas, não toma em consideração tais benefícios futuros e desvaloriza-os desproporcionalmente numa visão a curto prazo.

Para reduzir as desigualdades na saúde no período de uma geração, é necessária uma nova linha de pensamento acerca do desenvolvimento infantil. Urge uma abordagem que inclua uma compreensão mais abrangente do desenvolvimento das crianças, incluindo não só a sobrevivência física, mas também o desenvolvimento socio-emocional e linguístico-cognitivo. O reconhecimento do papel do DPI e da educação proporciona um enorme potencial para reduzir as desigualdades na saúde numa geração. Representa um forte imperativo para acção durante os primeiros anos de vida, que deve começar já. A inércia tem efeitos detractores que podem durar mais que a duração de uma vida.

IGUALDADE DESDE O INÍCIO : ÁREA DE ACÇÃO 5.1

Comprometer-se com e implementar uma abordagem abrangente relativa à primeira infância, partindo dos programas de sobrevivência infantil existentes e alargando as intervenções na início da vida de modo a incluir o desenvolvimento social e emocional e o linguístico e cognitivo.

ACÇÃO PARA UM INÍCIO DE VIDA MAIS JUSTO

A Comissão defende que uma abordagem abrangente do desenvolvimento infantil, que englobe não apenas a sobrevivência da criança e o seu desenvolvimento físico, mas também o socio-emocional e linguístico-cognitivo, deve estar no topo da agenda de prioridades. Isso exige empenho, liderança e coerência política nível nacional e internacional, para além de um pacote alargado de intervenções de DPI para as crianças de todo o mundo.

Mudança de mentalidades

A Comissão recomenda que:

5.1. A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criem um mecanismo de interacção para assegurar a coerência de políticas para o DPI, de modo a que todas as diferentes agências possam pôr em prática uma abordagem abrangente para o desenvolvimento na primeira infância (ver Recomendações 15.2; 16.8).

O desenvolvimento das crianças é influenciado por acções num espectro variado de sectores, incluindo a saúde, a nutrição, a educação, o trabalho, e a água e a higiene. De igual modo, vários agentes internos e externos ao sistema das Nações Unidas têm um papel no DPI. Entre eles contam-se o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), a UNICEF, o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), o Programa Alimentar Mundial (PAM), o Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (UN-HABITAT / PNUAH), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização para a Agricultura e Alimentação das Nações Unidas (FAO), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA), o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Internacional para as Migrações (IOM / OIM), bem como as organizações da sociedade civil. Muitas destas agências não têm a melhoria

do DPI como objectivo explícito, todavia podem ter um papel decisivo no tema, tanto positiva como negativamente.

Importa implementar um mecanismo inter-agências, de modo a assegurar uma abordagem coerente e abrangente do DPI. Este sistema pode assumir variadas formas. Um bom modelo a seguir é o do chamado subcomité, de que é exemplo o Comité Permanente das Nações Unidas sobre Nutrição (UNSCN / SCN) (Caixa 5.1). Um comité dessa natureza reuniria não apenas as agências relevantes das Nações Unidas e agentes governamentais, como também organizações da sociedade civil e redes profissionais dedicadas ao DPI (ver Capítulo 15: *Administração global competente*).

Seguindo o modelo do SCN, as actividades principais do mecanismo inter-agências poderiam incluir: (i) o desenvolvimento e implementação de uma estratégia de comunicação e advocacy ao mais alto nível; (ii) acompanhamento e avaliação do progresso feito com o objectivo de proporcionar a todas as crianças um começo de vida saudável; (iii) facilitar a integração do DPI nas actividades relacionadas com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs) a nível nacional, através do sistema de coordenação da ONU; (iv) publicitar as questões dos direitos humanos – em particular, os direitos na primeira infância tal como foram expressos no Comentário Geral n.º 7 sobre a Implementação dos Direitos da Criança na Primeira Infância (Nações Unidas, 2006a) – na agenda de trabalhos do mecanismo inter-agências; (v) identificar lacunas científicas e operacionais fundamentais (SCN, sd, b). A nível nacional, o grupo inter-agências pode promover uma abordagem segundo a qual os políticos, médicos, investigadores e agentes da sociedade civil formem redes integradas de DPI, para assegurar uma partilha de livre acesso e a disseminação dos resultados da sua investigação e prática.

A garantia da coerência de políticas para o DPI, a nível nacional e internacional, requer que as organizações internacionais, sobretudo a OMS e a UNICEF, reforcem a sua liderança no compromisso institucional para com o DPI. Dentro destas organizações, há vários programas que têm um peso preponderante no desenvolvimento infantil, incluindo os programas de sobrevivência infantil, vacinação, saúde reprodutiva e VIH/SIDA. O DPI deve ser explicitamente

CAIXA 5.1: EXEMPLO DE UM MECANISMO INTER-AGÊNCIAS – O COMITÉ PERMANENTE DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE NUTRIÇÃO.

O mandato do SCN refere-se à promoção da cooperação entre as agências das Nações Unidas e as organizações suas parceiras no apoio aos esforços a nível comunitário, nacional, regional e internacional para eliminação, na presente geração, de todas as formas de subnutrição. O SCN desempenhará tais objectivos ajustando a orientação, aumentando a escala e reforçando a coerência e o impacto das acções contra a subnutrição por todo o mundo. Para mais, sensibilizará o público para os problemas de nutrição e mobilizará o empenho necessário para os resolver nas escalas global, regionais e nacionais. O SCN reporta directamente ao Conselho Geral das Nações Unidas. Os membros das Nações Unidas são a Comissão Económica para África, a FAO, a Agência Internacional de Energia Atómica, o Fundo

Internacional de Desenvolvimento Agrícola, a OIT, a ONU, a ONUSIDA, o PNUD, o Programa Ambiental da ONU, a UNESCO, a UNFPA, o ACNUR, a UNICEF, o Instituto de Investigação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social, a Universidade das Nações Unidas, o WFP / PAM, a OMS e o Banco Mundial. O Instituto Internacional de Investigação de Política Alimentar e o Banco Asiático de Desenvolvimento (BAD) também são membros. Desde o início, os representantes dos parceiros bilaterais participaram activamente nas actividades do SCN, assim como organizações não-governamentais (ONGs).

Reproduzido, com autorização das Nações Unidas, do Comité Permanente sobre Nutrição (s.d., a).

integrado nestes programas. Isso exige pessoal e financiamento dedicados para o DPI, de modo a que:

- Desempenhe um papel fundamental na defesa da causa do DPI enquanto determinante social da Saúde chave;
- Proporcione apoio técnico para a inclusão do DPI nas políticas à escala nacional e nas estruturas de desenvolvimento a nível internacional – tais como os Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza (PRSP);
- Proporcione apoio técnico a regiões, países e parceiros para a integração de intervenções de DPI simples – tais como os Cuidados para o Desenvolvimento da Gestão Integrada das Doenças Infantis (IMCI) (ver Caixa 5.7) – nos serviços de saúde e iniciativas de saúde nas comunidades;
- Assuma a responsabilidade pela compilação de dados sobre a eficácia das intervenções de DPI, especialmente as ligadas ao sistema nacional de saúde;
- Apoie os países na recolha de estatísticas de âmbito nacional e na implementação de sistemas de monitorização para o DPI.

A garantia de uma abordagem abrangente em relação ao DPI exige que as organizações internacionais e os mecenas apoiem os governos nacionais na construção e no financiamento de mecanismos para a implementação dessa abordagem. Urge implementar uma estratégia global de financiamento para auxílio dos países signatários da Convenção dos Direitos da Criança, na aplicação real das directivas do Comentário Geral n.º 7 do Comité das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, no que respeita aos direitos da criança na primeira infância.

Abordagem abrangente à primeira infância na prática médica

A Comissão recomenda que:

- 5.2. Os governos proporcionem cobertura universal de pacotes abrangentes de programas e serviços de qualidade respeitantes ao desenvolvimento na primeira infância, destinados a todas as crianças, mães e outros educadores, independentemente da sua capacidade financeira (ver Recomendações 9.1; 11.6; 16.1).**

Enquadramento integrado de políticas para o desenvolvimento na primeira infância

Um começo de vida saudável para todas as crianças é facilitado pela existência de uma estrutura de políticas integradas para o DPI, concebidas para abranger todas as crianças. Isto requer uma coordenação e coerência nas políticas entre os diversos ministérios envolvidos, para além de uma articulação clara dos papéis e responsabilidades de cada sector e de como irão colaborar. Uma melhor colaboração entre os sectores da segurança social e da educação, por exemplo, pode facilitar a transição dos programas escolares pré-primários para o ensino primário (OCDE, 2001). O DPI deve ser integrado nos programas de cada sector, para garantir que é ponderado regularmente no processo de legislação (ver Capítulo 10: *Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas*).

A implementação de uma abordagem mais abrangente ao início de vida, inclui o alargamento das intervenções para a sobrevivência infantil e o desenvolvimento físico, de modo a incorporar o desenvolvimento socio-emocional e linguístico-cognitivo. Os programas e serviços de DPI devem incluir, mas não se limitar, o apoio à amamentação e nutrição, apoio e cuidados alargados às mães antes, durante e após a gravidez – incluindo intervenções que ajudem a abordar problemas de saúde mental materna pré e pós-natal (Patel et al., 2004) (ver Capítulo 9: *Cuidados de saúde universais*) – apoio aos pais e educadores, cuidados de saúde infantis e educação infantil, começando aos 3 anos de idade (ver Área de Acção 2, em baixo) (ECDKN, 2007a). Também são necessários serviços para crianças com necessidades especiais, incluindo as portadoras de deficiências físicas e mentais. Nesses serviços incluem-se a detecção precoce, a formação de educadores para brincar e interagir com as crianças em casa, programas comunitários de intervenção precoce que ajudem as crianças a atingir o seu potencial e educação e advocacy ao nível da comunidade para prevenção da discriminação contra as crianças com deficiência (UNICEF, 2000; UNICEF, 2007a). As intervenções são mais eficazes quando proporcionam às crianças e seus educadores uma experiência de aprendizagem directa e quando são de grande intensidade, qualidade, longa duração, dirigidas para as crianças mais jovens e desfavorecidas e baseadas em programas já implementados de sobrevivência e saúde infantil, de modo a tornar os programas de DPI mais facilmente acessíveis (Engle et al., 2007).

CAIXA 5.2: PROMOVER A LEITURA EM VOZ ALTA – – ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

A Reach Out and Read é uma organização sem fins lucrativos dos Estados Unidos, que promove a alfabetização na infância, fornecendo livros às crianças e aconselhando os pais a assistirem a consultas pediátricas sobre a importância da leitura em voz alta para o desenvolvimento infantil e a preparação para a escola. Em cada exame, os médicos e as enfermeiras incentivam os pais a ler em voz alta para os seus filhos, aconselhando-os e encorajando-os de forma adequada à idade das crianças. Os pais que tenham dificuldade em ler são incentivados a inventar as suas próprias histórias para complemento com os livros de imagens e a passar algum tempo a ensinar o nome dos objectos

aos seus filhos. Além disso, a organização oferece a cada criança entre os 6 meses e os 5 anos de idade, livros infantis adequados ao seu desenvolvimento. Em ambientes de sala de espera literariamente ricos e onde é frequente existirem leitores voluntários, os pais e as crianças aprendem os prazeres e as técnicas de explorar os livros em conjunto. Os pais que participaram na intervenção são muito mais propensos a ler aos seus filhos e a ter mais livros infantis em casa. Acima de tudo, as crianças que participaram nas intervenções mostraram melhorias linguísticas no pré-escolar significativas – um factor potencial de sucesso para a alfabetização futura.

Fonte: ECDKN, 2007a.

A implementação de uma estrutura de políticas integradas para o DPI requer um trabalho conjunto com as organizações da sociedade civil, as comunidades e os educadores. A sociedade civil pode advogar e iniciar a acção sobre o DPI e pode ser crucial na organização de estratégias a nível local, de modo a proporcionar às famílias e às crianças serviços eficazes nesta área, na melhoria da segurança e eficácia dos ambientes residenciais e no aumento da capacidade das comunidades locais para a melhoria das vidas das crianças (ECDKN, 2007a).

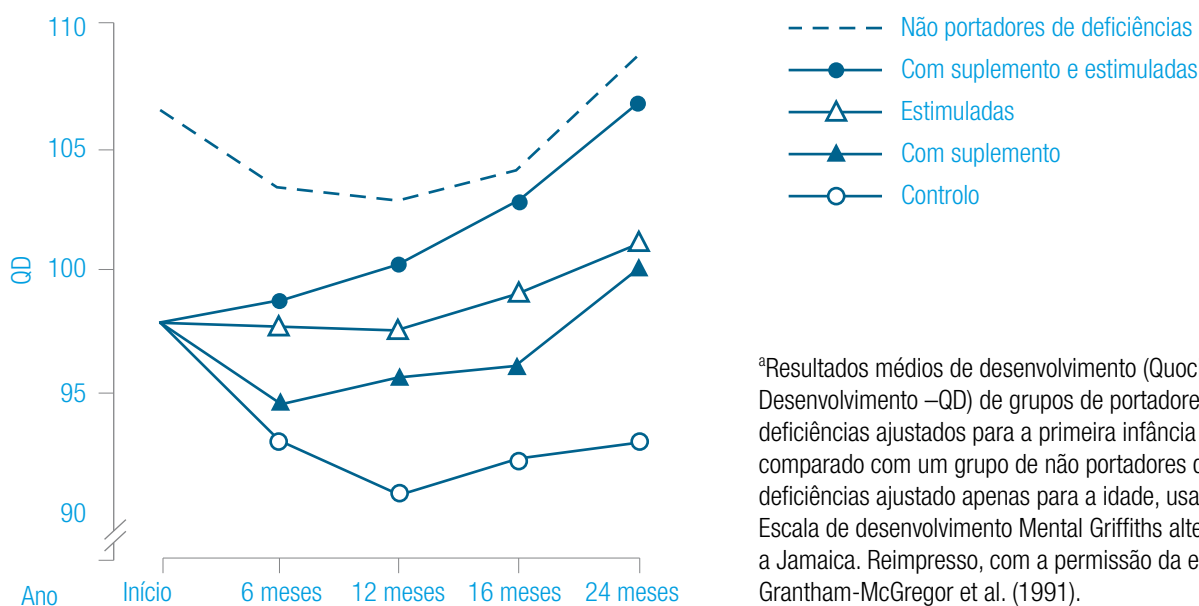
A maior parte dos países não tem em funcionamento um enquadramento de políticas integradas para o DPI. Paralelamente, há exemplos de intervenções de todo o mundo que ilustram o que pode ser feito.

Dos pacotes de serviços de DPI específicos aos mais abrangentes

A implementação de programas e serviços que visem a melhoria do desenvolvimento das crianças, pode seguir vários modelos. Alguns centram-se em temas específicos, como a alfabetização durante a infância (Caixa 5.2), enquanto outros lidam com o DPI de uma maneira mais abrangente (ver Caixas 5.3 e 5.4).

As intervenções que integram as diversas dimensões do desenvolvimento infantil, por exemplo, através da inclusão do estímulo (interacção entre educadores e crianças, que está relacionado com o desenvolvimento cerebral) e a nutrição,

Figura 5.1: Efeitos da combinação de suplemento alimentar e estímulo psico-social em crianças portadoras de deficiências num estudo de intervenção de 2 anos na Jamaica.^a



^aResultados médios de desenvolvimento (Quociente de Desenvolvimento –QD) de grupos de portadores de deficiências ajustados para a primeira infância e resultado comparado com um grupo de não portadores de deficiências ajustado apenas para a idade, usando a Escala de desenvolvimento Mental Griffiths alterada para a Jamaica. Reimpresso, com a permissão da editora, de Grantham-McGregor et al. (1991).

CAIXA 5.3: UMA ABORDAGEM ABRANGENTE PARA TRATAMENTO DOS OBSTÁCULOS AO DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA NA JAMAICA

As crianças das comunidades pobres da Jamaica enfrentam obstáculos avassaladores, como, entre outras, as condições de pobreza. O Programa para Crianças Subnutridas – Malnourished Children’s Programme aborda as necessidades nutricionais e psico-sociais das crianças admitidas nos hospitais devido a subnutrição. O pessoal hospitalar observou que, antes do início do seu programa de proximidade com a população, muitas crianças que recuperavam e recebiam alta voltavam a ser internadas pouco tempo depois, devido ao mesmo problema. Para abordar este problema, implementaram-se visitas de acompanhamento ao domicílio para verificação e controlo do estado das crianças que recebiam alta do hospital. Durante as visitas ao domicílio, o pessoal médico concentra-se no estímulo, nos factores

ambientais potencialmente prejudiciais para a saúde da criança, no seu estado de nutrição e a possível necessidade de suplementos alimentares. Os pais participam num programa semanal de educação parental e assistência social, onde recebem ajuda para desenvolver as suas capacidades de geração de rendimento, ingressar em projectos de auto-ajuda e encontrar emprego ou alojamento. Os pais desempregados recebem ainda ajuda alimentar, alojamento e roupa. Para além disso, existe um programa de proximidade junto das comunidades pobres, que inclui o estímulo psico-social regular de crianças até aos 3 anos, apoiada por uma biblioteca itinerante que empresta brinquedos.

Adaptado, com a autorização do autor, de Scott-McDonald (2002).

são particularmente bem sucedidas (Engle et al., 2007), pois tendem a resultar em melhorias contínuas do desenvolvimento físico, socio-emocional e linguístico-cognitivo, ao mesmo tempo que reduzem as possibilidades imediatas e futuras de doença, sobretudo entre os mais vulneráveis e desfavorecidos (ECDKN, 2007a). Este quadro é ilustrado na Figura 5.1, que mostra que o desenvolvimento mental de crianças anãs que receberam alimentação adequada e estímulo psico-social, foi semelhante ao das crianças não anãs (Figura 5.1).

Podem ser fornecidos pacotes de serviços ainda mais integrados, incluindo o estímulo, nutrição, educação parental e várias formas de apoio familiar (Caixa 5.3).

Começar cedo na vida, segundo uma abordagem dedicada ao ciclo de vida

As crianças mais novas costumam beneficiar mais das intervenções de DPI do que as mais velhas, enfatizando a importância de disponibilizar estes programas e serviços o mais cedo possível no ciclo de vida (Engle et al., 2007). Alguns factores devem ser abordados antes do nascimento e até mesmo antes da concepção. A Caixa 5.4 ilustra como o desenvolvimento infantil e os problemas de nutrição podem ser abordados numa perspectiva a longo prazo, incluindo não só as crianças, mas também as mulheres grávidas, as mães em período de amamentação e as meninas adolescentes.

Dar prioridade ao fornecimento destas intervenções aos socialmente mais desfavorecidos

Num enquadramento de acesso universal, conferir atenção especial aos socialmente mais desfavorecidos e às crianças com atrasos no desenvolvimento, ajudará consideravelmente a reduzir as desigualdades a nível do DPI. Uma razão importante para tal é que as intervenções para o DPI tendem a ter melhores resultados junto dos grupos mais desfavorecidos (Scott-McDonald, 2002; Young, 2002; Engle et al., 2007).

Infelizmente, as crianças oriundas dos agregados familiares e das comunidades mais pobres são quem normalmente tem menos acesso aos programas e serviços de DPI (UNESCO, 2006b). Nos casos de novas intervenções, os mais favorecidos tendem a ser os primeiros participantes (Victoria et al., 2000; Houweling, 2007). Este parece ser o caso do programa da Gestão Integrada das Doenças Infantis, que, quando implementado sob condições regulares, não atinge preferencialmente os pobres (PPHCKN, 2007a). Por outro lado, exemplos vindos, entre outros, das Filipinas, mostram que é possível chegar às crianças mais desfavorecidas (Caixa 5.5). Nos países onde os recursos são limitados, as prioridades devem ser definidas de maneira a alcançar primeiro as crianças em situação mais vulnerável, não esquecendo, no entanto, o objectivo a longo prazo, que é a cobertura universal (ECDKN, 2007a).

CAIXA 5.4: INÍCIO DAS INTERVENÇÕES ANTES DA CONCEPÇÃO – OS SERVIÇOS INTEGRADOS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL (SIDI), ÍNDIA

Os SIDI são um dos maiores programas de nutrição e desenvolvimento infantil do mundo, actualmente servindo mais de 30 milhões de crianças. Estes serviços incluem apoio para as mulheres grávidas e em fase de amamentação e meninas adolescentes, entre outras, através da melhoria do seu acesso à alimentação. Os serviços incluem ainda centros de cuidados infantis, educação pré-escolar, monitorização do crescimento para as crianças entre os 0 e os 5 anos, alimentação suplementar para crianças subnutridas, assistência na vacinação de crianças e alguns cuidados de saúde de emergência (Engle et al., 2007). Os resultados do programa são variados, sendo bastante positivos no campo da

subnutrição e do desenvolvimento motor e mental infantil em alguns estados (Engle et al., 2007; Lokshin et al., 2005). Dentro dos estados, as aldeias mais pobres são as que mais beneficiam destes programas. Contudo, os estados com os níveis mais elevados de subnutrição infantil têm a mais baixa cobertura deste programa e a mais fraca atribuição de subsídios por parte do governo central (Das Gupta et al., 2005). Um estudo do Banco Mundial encontrou “apenas poucos efeitos positivos, possivelmente devido aos baixos financiamentos, ao excesso de carga laboral dos trabalhadores comunitários e à falta de formação” (Engle et al., 2007).

CAIXA 5.5: CHEGAR ÀS COMUNIDADES MARGINALIZADAS NAS FILIPINAS

“Um programa nas Filipinas presta serviços de saúde, nutrição e instrução primária, às crianças das comunidades marginalizadas. Envolvendo vários ministérios à escala nacional e agentes destacados do Programa de Desenvolvimento Infantil a nível comunitário, este programa ajuda a acompanhar o

crescimento de cada criança; monitoriza o acesso ao sal iodado, aos micro nutrientes, à água potável e a instalações sanitárias; e aconselha os pais sobre nutrição e desenvolvimento infantil.”

Reproduzido, com autorização do autor, da UNICEF (2001).

Chegar a todas as crianças

Um objectivo central deve ser a cobertura universal de intervenções de qualidade de DPI (Caixa 5.6), com especial atenção aos mais desfavorecidos. O acesso universal deve incluir igualdade no acesso aos programas para meninas e meninos. Os países mais pobres devem esforçar-se por atingir progressivamente a cobertura universal, começando pelos indivíduos mais desfavorecidos. É necessário que os governos desenvolvam estratégias para transformação de programas eficazes desenvolvidos à escala local em sistemas de escala nacional, sem sacrifício das características responsáveis pelo seu bom funcionamento. É importante que a integridade e responsabilização da implementação a nível local sejam sustentadas, mesmo quando os programas são efectuados a um nível nacional (ECDKN, 2007a).

Partir de programas de saúde e sobrevivência infantil existentes para tornar as intervenções do desenvolvimento na primeira infância mais acessíveis

Os Sistemas de Saúde estão numa posição única para contribuir para o DPI (ver Capítulo 9: *Cuidados de saúde universais*). Dada a sobreposição dos determinantes subjacentes ao desenvolvimento e sobrevivência física, com os do desenvolvimento socio-emocional e linguístico-cognitivo, o

Sistema de Saúde pode ser um meio eficaz para a promoção do desenvolvimento em todos os domínios. O Sistema de Saúde é um contacto primário para muitas mulheres grávidas e, em muitos casos, os profissionais de saúde são os únicos profissionais com quem as famílias têm contacto nos primeiros anos de vida das crianças (ECDKN, 2007a). Os Sistemas de Saúde podem servir de plataforma de informação e apoio aos pais durante o DPI e colocar as crianças e respectivas famílias em contacto com serviços de DPI das suas comunidades. Quando os serviços e programas de DPI se tornarem componentes integrais do Sistema de Saúde, tal como o IMCI (Caixa 5.7), poderão tornar-se uma forma altamente eficaz de promover o DPI (ECDKN, 2007a).

Abordagem da desigualdade de género

Um aspecto importante da qualidade dos programas e serviços de DPI, é a promoção da igualdade de género. A convivência entre géneros desde muito cedo, a aprendizagem dos papéis culturais de acordo com o sexo de cada um e as normas que definem os conceitos de “masculino” e “feminino” podem ter largas ramificações ao longo da vida. Por exemplo, é normal que as meninas tenham de cuidar dos seus parentes mais novos, o que pode impedi-las de frequentar a escola. Os programas pré-escolares que se ocupem das crianças mais novas podem contribuir para solucionar este problema.

CAIXA 5.6: SERVIÇOS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL UNIVERSAIS EM CUBA

O programa cubano Educa a Tu Hijo (Eduque o Seu Filho), é normalmente considerado como um factor importante no grau educacional que Cuba atingiu a nível do ensino primário (UNICEF, 2001). Este programa, implementado em 1985, é um serviço de DPI não formal, não institucional, de base comunitária e centrado na família, sob a responsabilidade do Ministério da Educação (Educação Pré-Escolar). Este programa funciona ainda com a participação dos Ministérios da Saúde Pública, da Cultura, do Desporto, da Federação das Mulheres Cubanas, da Associação Nacional de Pequenos Agricultores, do

Comité Nacional para a Defesa da Revolução e de associações de estudantes. Esta rede alargada inclui ainda 52.000 Promotores (professores, pedagogos, médicos e outros profissionais formados), 116.000 Executores (professores, médicos, enfermeiros, profissionais reformados, estudantes e voluntários) e mais de 800.000 famílias. Durante os anos 90, o programa foi expandido, chegando a 99,8% das crianças entre os 0 e os 5 anos no ano 2000 – sendo esta provavelmente a maior taxa de inscrição do mundo.

Fonte: CS, 2007.

CAIXA 5.7: PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE EXISTENTES

Em parceria com a UNICEF, a OMS desenvolveu um componente especial de desenvolvimento na primeira infância, designado por Care for Development, com o intuito da sua integração nos programas de IMCI existentes. O Care for Development tem por objectivo alertar os pais e educadores para a importância de brincar e comunicar com as crianças, dando-lhes informação e instruções durante as suas consultas. Os dados disponíveis demonstram que o Care for Development é um método eficaz para o apoio dos esforços de pais e educadores em proporcionar um ambiente estimulante para as suas crianças,

ao reforçar as suas capacidades existentes. Os profissionais de saúde são encorajados a assistir às consultas das crianças realizadas por motivo de doenças pouco graves, como uma oportunidade para difundir a mensagem do Care for Development, bem como a da importância de uma alimentação equilibrada para melhoria da nutrição e crescimento das crianças, e a importância de actividades de lazer e comunicação, para ajuda das crianças no seu percurso para as fases seguintes do seu desenvolvimento.

Fontes: ECDKN, 2007a; WHO, nd,d.

Uma estratégia importante na promoção da socialização positiva entre géneros, tanto para meninos como para meninas, consiste no desenvolvimento de programas parentais adequados ao seu desenvolvimento, tendo em consideração o seu género e cultura (Koçak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003). Estes programas procuram alertar os pais e educadores para o seu papel no desenvolvimento da auto-estima e confiança de um menino ou menina, logo desde o início da sua vida. As expectativas de meninos e meninas criadas segundo o género podem ser debatidas em sessões de grupo com pais e mães, bem como com outros educadores e professores do ensino pré-escolar.

O envolvimento dos pais em todo o processo de apoio das crianças, desde o seu nascimento, é outra estratégia importante para melhorar a sua saúde e o seu nível de desenvolvimento, promovendo, simultaneamente, a igualdade de género. Os pais podem desfrutar da paternidade, enquanto estabelecem uma relação positiva e enriquecedora com os seus filhos e tornar-se um exemplo positivo quer para os seus filhos como para as suas filhas. Os programas parentais, por exemplo, no Bangladesh, Brasil, Jamaica, Jordânia, África do Sul, Turquia e Vietname, incluem actividades específicas para integração dos pais de forma mais activa na educação dos seus filhos (Koçak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003).

Envolvimento das comunidades

O envolvimento das comunidades, incluindo mães, avós e outros educadores, é vital para a sustentabilidade de acção do DPI. Isto inclui o envolvimento no desenvolvimento, implementação, monitorização e revisão das políticas, programas e serviços de DPI (ECDKN, 2007a). Pode criar um sentido comum e um consenso relativamente aos resultados respeitantes às necessidades da comunidade, promover a parceria entre a comunidade, os Sistemas de Saúde, os pais e os educadores e aumentar as capacidades da comunidade, através do envolvimento activo das famílias e outros intervenientes (ECDKN, 2007a). A Caixa 5.8 mostra como um projecto de DPI na República Popular Democrática do Laos foi orientada para a comunidade, em todas as suas fases, desde a identificação das necessidades até à implementação. A participação e as intervenções de cariz comunitário não ilibam os governos das suas responsabilidades. Contudo, podem assegurar relações mais fortes entre este, os Sistemas de Saúde, a comunidade e os educadores (EDCKN, 2007a) (ver Capítulo 14: *Capacitação política – inclusão e expressão*).

CAIXA 5.8: CURRÍCULO DE DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA COM BASE NAS ALDEIAS – DESENVOLVIMENTO NA REPÚBLICA POPULAR DEMOCRÁTICA DO LAOS

O Projecto para o Desenvolvimento Feminino (Women's Development Project) trabalhou em cinco províncias do Laos para promover várias iniciativas destinadas às mulheres. Após 5 anos de funcionamento, surgiu o interesse e foi identificada a necessidade de abordar mais directamente as questões do desenvolvimento infantil. O Projecto de Desenvolvimento Familiar e da Primeira Infância (Early Childhood and Family Development Project) surgiu desta necessidade. Foram organizadas, nas aldeias, oficinas de planeamento de projectos, nas fases iniciais de desenvolvimento e implementação. O planeamento a nível da aldeia resultou num acordo quanto a necessidades e objectivos, a compreensão da concepção global, a avaliação dos recursos e obstáculos, o planeamento de actividades, a definição do comité de projecto e os critérios para a

selecção dos voluntários da aldeia. Este processo de desenvolvimento de base comunitária centrava-se no contributo participativo a nível local, de modo criar uma base que pudesse ser adaptada às necessidades particulares de cada grupo étnico diferente. O processo baseava-se na recolha de dados de cada aldeia e na avaliação das necessidades existentes. A análise do conhecimento tradicional existente foi usada como fundamento para o desenvolvimento das bases. Uma das actividades mais notáveis, foi um acordo de compromisso da aldeia, assinado pelos aldeãos no comité de desenvolvimento da aldeia. Assentava num enquadramento sobre os direitos da criança e incluía medidas passíveis de implementação imediata, enquanto se aguardava pela ajuda externa necessária.

Fonte: ECDKN, 2007a.

OFERTA E ÂMBITO DA EDUCAÇÃO: ÁREA DE ACÇÃO 5.2

Alargar a oferta e o âmbito da educação, de modo a incluir os princípios do desenvolvimento na primeira infância (desenvolvimento físico, socio-emocional e linguístico-cognitivo).

Âmbito da educação

Embora a Comissão não tenha investigado a educação através de uma Rede de Conhecimentos exclusiva, algumas áreas mais latas deste tema foram sujeitas a análise. A Comissão reconhece a importância crítica da educação para a igualdade na saúde. A educação, quer formal, quer informal, é entendida como um processo a longo prazo, que começa logo à nascença. A presente secção concentra-se na educação, desde o ensino pré-primário ao fim do ensino secundário, dando ênfase à expansão da abordagem abrangente da educação que inclui uma atenção especial ao desenvolvimento físico, socio-emocional e linguístico-cognitivo da criança.

A Comissão recomenda que:

5.3. Os governos proporcionem educação de qualidade, que preste atenção ao desenvolvimento físico, socio-emocional e linguístico-cognitivo da criança, com início no ensino pré-primário.

Em todos os países, as crianças, particularmente as das comunidades mais pobres, beneficiariam grandemente dos programas de educação infantil. Expandir e melhorar a rede de educação e cuidados de saúde infantis faz parte da estratégia da UNESCO “Educação Para Todos” (UNESCO, 2006b; UNESCO, 2007a). A Comissão apoia os objectivos da “Educação Para Todos” da UNESCO (resumidos na Caixa 5.9).

Proporcionar educação pré-primária de qualidade

O alargamento a todas as crianças da disponibilidade de escolas pré-primárias de qualidade, que adoptem os princípios do DPI e com especial esforço para a sua inclusão nos meios sociais mais desfavorecidos, requer um compromisso ao mais alto nível do governo e dos ministérios responsáveis pelo cuidado e pela educação das crianças. Requer um trabalho conjunto nos sectores da saúde e da educação e a revisão da actual oferta de educação pré-primária, envolvendo uma ampla consulta às famílias, comunidades, organizações não governamentais e da sociedade civil e educadores de infância, de forma a identificar as necessidades e desenvolver uma estratégia abrangente. As áreas a abordar na estratégia de desenvolvimento incluem: níveis de financiamento, infra-estruturas (incluindo edifícios e estruturas), apoio a crianças com necessidades educativas especiais, rácio funcionários / crianças, recrutamento, apoio e formação de funcionários do ensino pré-escolar e a natureza do programa do pré-escolar.

Ensino primário e secundário de qualidade

Existem cada vez mais indícios de que a integração da aprendizagem social e emocional nos currículos das escolas primárias e secundárias, bem como a atenção dada ao desenvolvimento físico e linguístico-cognitivo das crianças, melhora a assiduidade e o rendimento escolar (CASEL, s.d.) e tem potenciais benefícios para a saúde a longo prazo. A aprendizagem do foro social e emocional insere-se no âmbito mais vasto da educação para a vida, que está incluída na

CAIXA 5.9: OBJECTIVOS DA “EDUCAÇÃO PARA TODOS” DA UNESCO

Alargar e melhorar os cuidados de saúde e a educação na primeira infância.

Fornecer ensino primário gratuito, obrigatório e universal até 2015.

Garantir a igualdade de acesso a programas de aprendizagem para a vida e formação.

Alcançar uma melhoria de 50% na taxa de alfabetização dos adultos.

Eliminar as desigualdades de género no ensino primário e secundário até 2005 e em todos os níveis até 2015.

Melhorar todos os aspectos da qualidade da educação.

Fonte: UNESCO, 2007a.

CAIXA 5.10: ABORDAGENS POR PAÍS AO ENSINO PRÉ-PRIMÁRIO

No Chile, o alargamento do ensino pré-primário às crianças desfavorecidas começou por estender primeiro a prestação dos serviços à faixa etária dos 5 aos 6 anos, depois dos 4 aos 5 anos e depois dos 3 aos 4 anos. O objectivo principal do programa consiste em integrar educação de qualidade, cuidados de saúde, nutrição e cuidados do foro social para a criança, nos cuidados que a sua família lhe presta (JUNJI, s.d.).

O alargamento do ensino pré-escolar na Suécia foi conseguido através do compromisso por parte do governo, para que educação pré-escolar privilegie as actividades lúdicas, as estratégias naturais de aprendizagem da criança e o seu desenvolvimento global. Um dos objectivos desta política era de integrar esta abordagem abrangente na educação em todo o sistema de ensino (Choi, 2002).

definição de educação de qualidade da UNICEF (UNICEF, s.d., b). Os objectivos da “Educação Para Todos” incluem a igualdade no acesso à “educação para a vida”, enquanto educação básica para as crianças e que deve ser concretizada quer através da educação formal como dos contextos não formais (UNESCO, 2007a). A Comissão recomenda uma maior atenção à educação para a vida em todos os países, como meio de apoio a comportamentos saudáveis e da capacitação dos jovens, permitindo-lhes assumir o controlo das suas vidas. A UNICEF sublinhou já a importância da educação para a vida na prevenção do VIH/SIDA e uma abordagem abrangente a uma educação de qualidade, que responda às necessidades dos alunos e respeite o compromisso para com a igualdade de género (UNICEF, s.d., c).

Tornar as escolas um lugar saudável para as crianças, é a base do programa FRESH (Focusing Resources on Effective School Health – Concentração de Recursos na Saúde Escolar Eficaz) Start, (Partnership for Child Development, s.d.), uma iniciativa conjunta da OMS, UNICEF, UNESCO, Banco Mundial e de outros parceiros para coordenação da acção que torne as escolas lugares saudáveis para as crianças e melhore a qualidade e igualdade no ensino, contribuindo para o desenvolvimento de escolas com um ambiente mais acolhedor para as crianças (Caixa 5.11).

Intervenções inovadoras, de contextualização específica e de base escolar podem ser desenvolvidas para solucionar os problemas de saúde que as crianças e jovens enfrentam. Por exemplo, na Austrália, o programa MindMatters (Curriculum Corporation, s.d.) foi desenvolvido para promover a saúde mental nas escolas; nos Estados Unidos, o programa Actividade para Crianças Saudáveis – Action for Healthy Kids aborda a crescente epidemia da obesidade (Action for Healthy Kids, 2007). Estes programas demonstram que o trabalho conjunto intersectorial, envolvendo tanto o governo como ONGs, pode abordar problemas de saúde no meio escolar. Programas externos ao meio escolar, em ambientes não formais também podem ser desenvolvidos para atingir objectivos semelhantes, utilizando a mesma abordagem.

Obstáculos para a educação

A Comissão recomenda que:

- 5.4 Os governos forneçam ensino primário e secundário obrigatório e de qualidade a todos os meninos e meninas, independentemente da sua capacidade financeira, identifiquem e solucionem os obstáculos para a inscrição e permanência das crianças na escola e eliminem as propinas no ensino primário (ver Recomendações 6.4; 13.4).**

Os obstáculos à educação incluem questões de acesso ao ensino e qualidade e aceitação do mesmo. Em muitos países, mas sobretudo nos países rendimento baixo, são as crianças das famílias com menores rendimentos e cujos pais são pouco instruídos a frequentar menos as escolas e a abandonar os estudos. O combate à pobreza e as actividades geradoras de rendimentos (tratados nos capítulos 7 e 8: *Emprego justo e trabalho digno; Protecção social ao longo do ciclo de vida*), juntamente com medidas para redução dos gastos directos das famílias com a educação, livros escolares, uniformes e outras despesas, são elementos cruciais de uma estratégia abrangente com o objectivo de tornar o acesso à educação de qualidade uma realidade para milhões de crianças.

Outras políticas dirigidas a encorajar os pais a enviar os seus filhos para a escola variam de país para país, mas incluem o fornecimento de refeições escolares gratuitas ou subsidiadas (Bajpai et al., 2005), de incentivos monetários dependentes da assiduidade escolar, a abolição das propinas escolares (Glewwe, Zhao & Binder, 2006) e a oferta de comprimidos desparasitantes ou outras intervenções de saúde, como, por exemplo, a Iniciativa da Escola de Saúde de Malawi – Malawi School Health Initiative (Pasha et al., 2003). São necessárias análises específicas para cada contexto para identificar obstáculos à educação e desenvolver e avaliar políticas que encorajem os pais a inscrever e a manter os seus filhos no sistema de ensino.

CAIXA 5.11: ESCOLAS COM AMBIENTE MAIS ACOLHEDOR PARA AS CRIANÇAS

A UNICEF desenvolveu uma estrutura para escolas com um ambiente mais acolhedor para as crianças, que se centra numa abordagem da educação baseada nos seus direitos. As escolas mais acolhedoras para as crianças proporcionam uma atmosfera de aprendizagem segura, saudável e sensível às diferenças de género, com o envolvimento dos pais

e da comunidade e oferecem ensino de qualidade e educação para a vida. Este modelo ou outros similares foram ou estão a ser desenvolvidos ou estão em mais de 90 países e foram adaptados segundo os padrões de qualidade nacional em 54 países.

Fonte: UNICEF, nd,d.

CAIXA 5.12: QUÉNIA – ELIMINAÇÃO DAS PROPINAS ESCOLARES

Quando o Quénia eliminou as propinas escolares em 2003, registou-se uma afluência imediata de 1,3 milhões de crianças ao sistema de ensino, sobrecarregando as infra-estruturas escolares e os professores. Desde 2002, as inscrições nas escolas

aumentaram em 28%, enquanto que, entre 2002 e 2004, o número total de professores aumentou apenas em 2,6%; nalgumas áreas, o rácio aumentou para 1 professor para cada 100 alunos.

Fonte: Chinyama, 2006.

É de notar que se registou uma rápida expansão no ensino primário nos países de rendimento baixo nos últimos anos, uma tendência que pode ser parcialmente atribuída à eliminação das propinas em vários países. Como ilustra a experiência queniana (Caixa 5.12), a eliminação das propinas nas escolas primárias deve ser complementada com a contratação e formação de professores, a construção de mais escolas e salas de aula e com o fornecimento de material pedagógico. O aumento do acesso às escolas primárias deve ser acompanhado pela atenção à qualidade da educação. Para mais, o alargamento do ensino primário exigirá investimentos no ensino secundário, de forma a aumentar a capacidade de recepção de novos alunos, assumindo que estes atingem este nível de ensino. A transição do ensino primário para o secundário constitui uma fase crítica para as meninas e para a igualdade de género (Grown, Gupta & Pande, 2005).

É necessário um grande investimento por parte dos governos nacionais, disponibilizando fundos suficientes para o desenvolvimento das infra-estruturas das escolas, recrutamento, formação e remuneração de funcionários e fornecimento de material pedagógico. O apoio dos países de rendimento médio e baixo a fazer isto neste objectivo, exige que os países contribuintes respeitem os seus compromissos de apoio (ver Capítulo 11: *Financiamento justo*). Estima-se que a ajuda financeira externa anual necessária para suportar os objectivos da “Educação Para Todos”, seja de aproximadamente 11 biliões de dólares americanos por ano (UNESCO, 2007a).

Educação de meninas

A existência de um esforço especial para garantir o ensino primário e secundário para as meninas é imperativa, sobretudo nos países de rendimento baixo (UNESCO, 2007a, Levine et al., 2008). A eliminação das propinas no ensino primário é uma medida vital. Em resposta aos constantes desafios a nível da desigualdade de géneros na educação, o Grupo de Trabalho 3 para a Educação e Igualdade de Género do Projecto Milénio das Nações Unidas, identificou a necessidade de reforçar as

oportunidades de frequência do ensino secundário para as meninas, ao mesmo tempo que cumpria as metas definidas para o ensino primário universal, crucial para atingir o Objectivo do Milénio 3 – promover a igualdade de género e capacitar as mulheres (Grown, Gupta & Pande, 2005).

As estratégias para promoção do ensino secundário para as meninas incluem o aumento do seu acesso e permanência a este nível de formação. As intervenções que melhoram tanto o ambiente físico, como o social (Rihani, 2006) incluem a construção de instalações sanitárias funcionais para meninas e professoras e a criação de um ambiente seguro para as meninas (OMS, 2005a), através da implementação e aplicação de códigos de conduta. As medidas para melhorar a relevância e a qualidade do ensino (Rihani, 2006) incluem a formação dos professores e a reforma curricular, de modo a reduzir o preconceitos de género e a introduzir um enquadramento que permita a participação das meninas nos processos de decisão acerca do seu ensino. Outras intervenções incluem bolsas de estudo que lhes sejam dirigidas, tal como o Programa de Apoio ao Ensino Secundário para Meninas – Female Secondary School Assistance Programme, do Bangladesh (WGEKN, 2007; SEKN, 2007), e programas que abordem as necessidades das alunas grávidas, tal como o Diphilana Initiative, do Botswana (WGEKN, 2007).

A primeira infância proporciona vastas oportunidades para reduzir as desigualdades na saúde, no período de uma geração. A importância do desenvolvimento na primeira infância e da educação para a Saúde ao longo do ciclo de vida é um forte imperativo que obriga a uma acção imediata. A inércia terá efeitos prejudiciais que podem durar mais que a duração de uma vida. É necessária uma nova abordagem que englobe uma compreensão mais abrangente do desenvolvimento na primeira infância e inclua não só a sobrevivência física, mas também o desenvolvimento socio-emocional e linguístico-cognitivo. Esta abordagem deve ser integrada numa aprendizagem ao longo do ciclo de vida completo.

CAIXA 5.13: PROCURA DE EDUCAÇÃO DE QUALIDADE NA ÁFRICA SUBSARIANA

A taxa de fertilidade total na África subsariana é de 5,5 (PNUD, 2007); o Níger e o Uganda têm taxa de fertilidade particularmente altas (7,4 para o Níger e 6,7 para o Uganda). Quase 44% de toda a população da África subsariana tem menos de 15 anos, comparada

com aproximadamente 18% nos países ricos da OCDE. Com um número tão elevado de crianças em idade escolar, alguns países da África subsariana enfrentam sérios desafios para assegurar uma educação de alta qualidade para todos.

CAPÍTULO 6

Locais saudáveis – pessoas saudáveis

“A urbanização rápida e caótica tem sido acompanhada pelo aumento das desigualdades, o que implica desafios colossais para a segurança humana.”

Anna Tibaijuka, Director Executivo da PNUAH / UN-HABITAT (UN-HABITAT, 2007b)

A IMPORTÂNCIA DOS LOCAIS PARA A IGUALDADE NA SAÚDE

O local de residência das pessoas afecta a sua saúde e as suas possibilidades de gozar de vidas prósperas. As comunidades e vizinhanças que garantam o acesso a bens básicos, que sejam socialmente coesas, que sejam concebidas de forma a promover o bem-estar físico e psicológico e que protejam o seu ambiente natural são essenciais para a igualdade na saúde.

O crescimento da urbanização

O ano de 2007 testemunhou, pela primeira vez, a presença maioritária dos seres humanos em ambientes humanos (WorldWatch Institute, 2007) e perto de 1 bilião de pessoas vivendo em condições de risco de vida em bairros degradados³ e aglomerados informais em contextos urbanos. Prevê-se que, em 2010, 3.48 biliões de pessoas em todo o Mundo habitarão em áreas urbanas. O crescimento das “mega cidades”, aglomerados urbanos com população igual ou superior a 10 milhões de habitantes, é um problema de grande importância para a saúde global e a igualdade a saúde. Um problema igualmente grave e um desafio muito real para o futuro é o crescimento de 500 cidades mais pequenas, com 1 a 10 milhões de habitantes – cidades caracterizadas por uma expansão intensa para a sua periferia.

As regiões do Mundo com maior ritmo de crescimento populacional são também as regiões com maior proporção de habitantes em bairros degradados (Quadro 6.1). Os dados disponíveis do ano 2003 demonstram que cerca de metade de todos os habitantes urbanos nas regiões em desenvolvimento vivem em bairros degradados, o que se eleva a quatro em cada cinco habitantes urbanos nos países mais pobres. Porém, os bairros degradados não são um problema exclusivo dos países de baixo e médio rendimento; 6% dos habitantes urbanos de países com rendimento elevado vivem em locais como esses.

Em Nairobi, onde 60% da população vive em bairros degradados, a mortalidade infantil nesses locais é 2,5 vezes superior à de outras áreas da cidade.

Nos bairros degradados de Manila, cerca de 39% das crianças com idades entre 5 e 9 anos estão já infectadas com tuberculose – ou seja, o dobro da média nacional.

Impulso da vida rural para a vida urbana

Embora o estilo de vida urbano seja actualmente o dominante em todo o planeta, o equilíbrio entre a ruralidade e a urbanidade varia grandemente entre diferentes áreas – de menos de 10% de área urbana no Burundi e no Uganda a perto de 100% na Bélgica, Koweit, Região Administrativa Especial (RAE) de Hong Kong e Singapura. Os padrões de políticas e investimento que reflectem o paradigma de crescimento de base urbana (Vlahov et al., 2007) viram comunidades rurais em todo o Mundo, incluindo populações indígenas (Indigenous Health Group, 2007), sofrer de um desinvestimento progressivo em infra-estruturas e serviços, com níveis de pobreza desproporcionais e baixas condições de vida (Ooi & Phua, 2007; Eastwood & Lipton, 2000), conduzindo, no extremo, à emigração para conjuntos urbanos desconhecidos. Combinado com o crescimento da população e a estagnação da produtividade rural, isso provocou, na África subsaariana, entre as décadas de 1960 e 1990, uma das mais altas taxas de crescimento urbano a nível internacional (140%), com o contributo de quase 50% da migração rural – urbana para este valor (Barrios et al., 2006). Estas desigualdades profundas, com prejuízo das condições rurais, contribuíram para desigualdades na saúde marcadas entre habitantes urbanos rurais em numerosos países de baixo rendimento (Howeling et al., 2007).

Vulnerabilidade em ambientes urbanos

Prosseguindo a tendência corrente de crescimento urbanos, as populações citadinas envelhecerão, verificar-se-á um maior crescimento dos aglomerados urbanos e maiores números de pessoas vivendo em condições de pobreza, bairros degradados e ocupados ilegalmente (Campbell & Campbell, 2007). A proporção de população de adultos idosos que habitam em cidades de rendimento alto iguala a de grupos etários mais jovens e acompanhará o seu crescimento. Nos países de rendimento baixo e médio, contudo, a percentagem de população urbana aumentará 16 vezes, de cerca de 56 milhões de habitantes em 1998 para mais de 908 milhões em 2050 (OMS, 2007d). Do mesmo modo, as pessoas que sofrem de incapacidades são vulneráveis a riscos de saúde, especialmente em zonas urbanas, consequência dos desafios da elevada densidade populacional, sobrepopulação, má concepção das condições de vida e falta de apoio social (Frumkin et al., 2004).

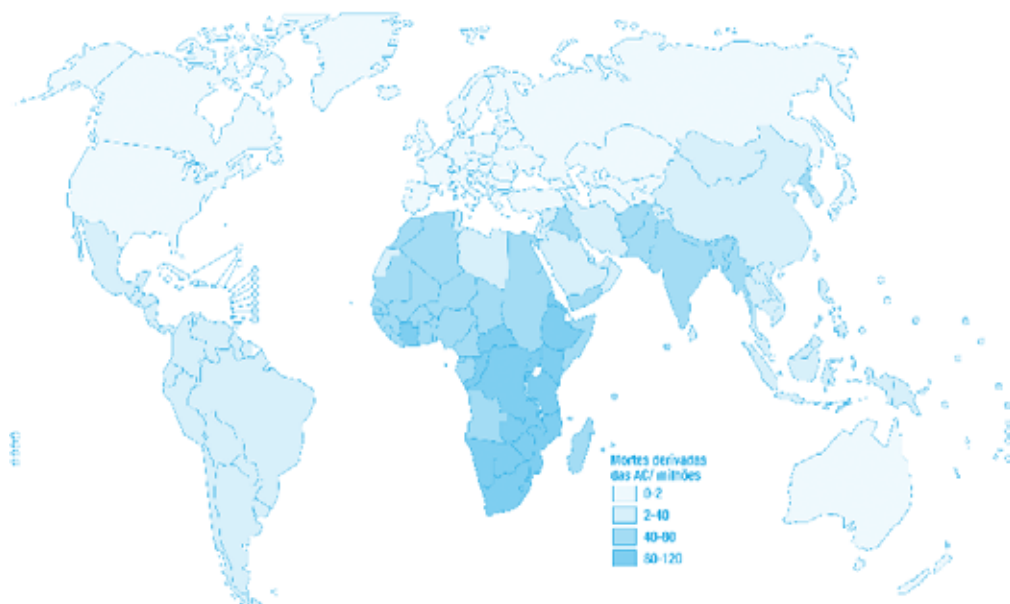
“Um planeta globalmente mais quente, com um ciclo hídrico mais intenso e níveis dos mares mais altos, influenciará vários dos determinantes mais importantes para a prosperidade e o bem-estar gerais, incluindo o abastecimento de água potável, a produção de alimentos, a saúde humana, a disponibilidade do solo e o ambiente” (Stern, 2006).

³ A definição geral de “bairros degradados” empregue pela PNUAH / UN-HABITAT identifica uma “grande variedade de aglomerados de rendimento baixo e / ou condições de vida deficientes”. Essas áreas têm geralmente quatro características em comum: edifícios de baixa qualidade, sobrepopulação (por exemplo, no número de pessoas por compartimento), fornecimento desadequado de infra-estruturas e serviços, e preços relativamente baixos. Em muitos casos, existe uma quinta característica: a insegurança – causada por alguns aspectos da ilegalidade (especialmente para os locais ocupados ilegalmente) ou a inexistência de protecção legal para os habitantes (aqueles que arrendam os espaços).

Tabela 6.1: Agregados familiares urbanos e habitantes de bairros degradados, por volta de 2003

	Total de população urbana (milhões)	% de populações urbanas relativamente ao total de população	População residente em bairros degradados (milhões)	% de população residente em bairros degradados
Mundo	2923	47.7%	924	31.6%
Áreas desenvolvidas	902	75.5%	54	6.0%
Europa	534	73.6%	33	6.2%
Outros	367	78.6%	21	5.7%
Áreas em desenvolvimento	2022	40.9%	870	43.0%
Norte de África	76	52.0%	21	28.2%
África Subsaariana	231	34.6%	166	71.9%
América Latina e as Caraíbas	399	75.8%	128	31.9%
Ásia Ocidental	533	39.1%	194	36.4%
Ásia Ocidental excluindo a China	61	77.1%	16	25.4%
Sul da Ásia central	452	30.0%	262	58.0%
Sudeste Asiático	203	38.3%	57	28.0%
Ásia Oriental	125	64.9%	41	33.1%
Oceânia	2	26.7%	0	24.1%
Países em transição	259	62.9%	25	9.6%
Comunidade dos Estados Independentes	181	64.1%	19	10.3%
Outros na Europa	77	60.3%	6	7.9%
Países menos desenvolvidos	179	26.2%	140	78.2%

Fonte: PNUAH / UN-Habitat 2003 e outros dados das NU: reproduzido a partir de KNUS (2007).

Figura 6.1: Mortes derivadas das alterações climáticas.

Estimativas da OMS por sub-regiões, para 2000 (Relatório Mundial da Saúde da OMS, 2002). Direitos de autor: OMS 2005. Todos os direitos reservados.

Reimpresso, com permissão da editora, de OMS (2005e).

O modelo corrente de urbanização coloca desafios ambientais significativos, em particular alterações climáticas – cujo impacto é superior nos países de rendimento baixo e entre as subpopulações mais vulneráveis (McMichael et al., 2008; Stern, 2006) (Figura 6.1). Actualmente, as emissões de gases contribuintes para o efeito de estufa são principalmente determinadas pelos padrões de consumo em cidades dos países de rendimento elevado. Porém, o desenvolvimento rápido e a urbanização concorrente nas regiões mais pobres implicam que os países de rendimento baixo e médio serão simultaneamente vulneráveis aos riscos para a saúde e os provocados pelas alterações climáticas, constituindo, portanto, um factor contributivo para o problema (Campbell-Lendrum & Corvalan, 2007).

Os transportes e edifícios contribuem em 21% para as emissões de CO₂ (Dióxido de Carbono) – um dos principais contribuintes para as alterações climáticas (IPCC, 2007). A agricultura rural coloca um desafio incontornável. Os proventos das colheitas, que alimentam tanto habitantes urbanos como rurais, dependem em grande escala das condições climáticas existentes. À escala mundial, a actividade agrícola é responsável por aproximadamente um quinto das emissões de gases de efeitos de estufa (McMichael et al., 2007).

Uma nova saúde urbana

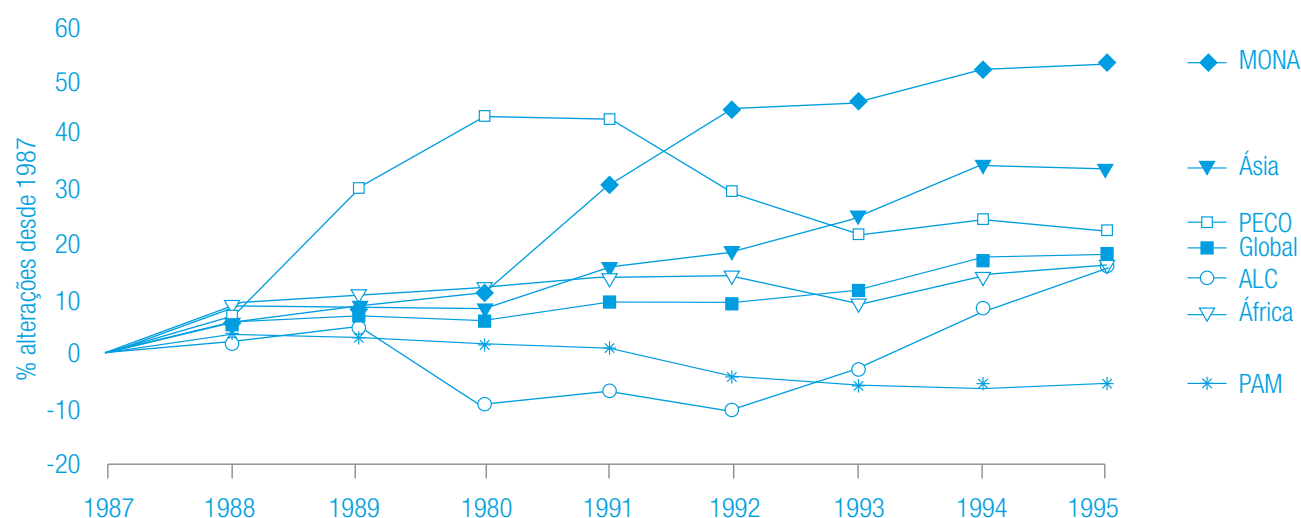
As doenças infecciosas e a malnutrição persistirão em zonas e grupos específicos um pouco por todo o globo. Contudo, a própria urbanização opera mudanças nos problemas de saúde da população, em particular entre os pobres das cidades, aumentando a incidência de lesões e doenças não infecciosas, abuso de álcool e drogas e impacto de catástrofes ambientais (Campbell & Campbell, 2007; Yusuf et al., 2001).

A obesidade é um dos problemas de saúde mais crítico a surgir nas décadas mais recentes. É um problema incontornável, particularmente por entre os grupos socialmente desfavorecidos em muitas cidades pelo Mundo (Hawkes et al., 2007; Friel,

Chopra & Satcher, 2007). As alterações nos níveis de peso da população rumo à obesidade estão relacionadas com a “transição de nutrição” – o crescente consumo de gorduras, adoçantes, alimentos ricos em calorias e alimentos altamente transformados. Este facto, em conjunto com a redução intensa do dispêndio de energia, é tido como contributo para a epidemia global de obesidade. A transição de nutrição tende a iniciar-se nas cidades. Isto deve-se a uma variedade de factores, incluindo a disponibilidade, acesso e aceitação de compras em grandes quantidades, alimentos prontos-a-comer e porções de refeições exageradamente grandes (Dixon et al., 2007). A actividade física é fortemente influenciada pelo desenho das cidades, através da densidade das habitações, a combinação de usos do solo, o grau de ligação entre as ruas estão ligadas e a possibilidade de locomoção pedonal entre locais e a existência e acesso a infra-estruturas e espaços públicos de recreio e lazer. Cada um destes factores, adicionado à crescente dependência do automóvel, é uma influência na mudança rumo à inactividade física em países de rendimento baixo e médio (Friel, Chopra & Satcher, 2007).

A violência e o crime são problemas urbanos de grande importância. Das 1,6 milhões de mortes anuais com causas violentas (incluindo as resultantes de conflitos armados e suicídio), 90% dão-se em países de rendimento baixo e médio (OMS, 2002a). Nos aglomerados informais das grandes cidades, a exclusão social e a ameaça de violência estão presentes em níveis muito elevados (Roberts & Meddings, 2007). Nas cidades da Europa e América do Norte, e cada vez mais em cidades de outros países de rendimento elevado, a violência e o crime tornaram-se problemas concentrados em contextos urbanos, especialmente nas que possuem grandes aglomerados de habitação de alta densidade suburbanos. O álcool está relacionado com acidentes e violência em países de rendimento baixo, médio e alto – os dados obtidos pela OMS apontam para que, dos números elevados de mortes associadas ao consumo de álcool, 32% sejam resultantes de lesões não intencionais e

Figura 6.2: Percentagem de alterações nas mortes em acidentes rodoviários desde 1987.



PAM = Países Altamente Motorizados: América do Norte, Austrália, Nova Zelândia, Japão e Europa Ocidental; PECO = Países da Europa Central e Oriental; ALC - América Latina/Central e Caraíbas; MONA = Médio Oriente e Norte de África. Reimpresso, com permissão da editora, de Jacobs et al. (2000).

que 14% resultem de lesões intencionais (Roberts & Meddings, 2007). As regiões que mais sofrem de problemas relacionados com o consumo de álcool são as da antiga União Soviética e da Ásia Central, onde ascendem a 13% da incidência total de doenças (PPHCKN, 2007b).

As áreas urbanas são, de longe, as mais afectadas por acidentes de viação e pela poluição resultante dos transportes, com aproximadamente 800.000 mortes anuais e 1.2 milhões derivadas de acidentes de viação (Roberts & Meddings, 2007; Prüss-Üstün & Corvalán, 2006). O decréscimo no número de casos de acidentes viários entre 1987 e 1995, em países altamente motorizados (Figura 6.2) alimenta alguma esperança para outros países em que a motorização regista um aumento marcado – ilustrando os efeitos positivos de iniciativas de políticas como o planeamento rodoviário, automóveis e estradas mais seguros e uma condução mais segura promovida, por exemplo, pelo uso obrigatório e vigiado do cinto de segurança e a punição da condução sob o efeito do álcool.

Cerca de 14% da incidência global de doenças é atribuída a perturbações neuropsiquiátricas, principalmente causadas por depressão e outros distúrbios mentais comuns, abuso do consumo de álcool e drogas e psicoses (Prince et al., 2007). Prevê-se que a prevalência de depressão profunda aumente, de forma a tornar-se a segunda maior causa de perda de anos livres de incapacidade, por altura de 2030, tornando-se uma das maiores preocupações para a saúde urbana.

Tais problemas de saúde emergentes em países com diferentes níveis de capacidade de reacção de sistemas e infra-estruturas de saúde colocam desafios significativos para a igualdade na saúde no século XXI. As melhorias registadas nos últimos 50 anos referentes à mortalidade e morbilidade em zonas altamente urbanizadas, em países como o Japão, os Países Baixos, Singapura e Suécia, são testemunho do potencial das cidades modernas para a promoção da saúde. Também demonstram que isso apenas é alcançável conquanto existam estruturas políticas de apoio, sejam aplicados correctamente recursos financeiros e implementadas políticas sociais que fundamentem a prestação equitativa de condições em que as populações sejam capazes de prosperar (Galea & Vlahov, 2005).

ACÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM AMBIENTE DE VIDA PRÓSPERO

Se a crescente urbanização mantiver o seu ritmo actual, provocará, dentro de uma geração, problemas sociais, ambientais e de saúde de escala inédita para a História humana. Impera adoptar uma nova abordagem para a urbanização e um novo paradigma de saúde pública, com actuação sobre três áreas principais:

- Nas cidades, são necessários novos modelos de governação para o planeamento das estruturas urbanas, de forma a que os ambientes físico, social e natural possam prevenir e minorar novos riscos para a saúde urbana, assegurando a inclusão equitativa de todos os habitantes urbanos nos processos de elaboração das políticas.

- O investimento sustentado em áreas rurais – tornando-as locais viáveis para uma vivência próspera – pode equilibrar o investimento nas cidades, no âmbito dos planos de desenvolvimento nacionais.
- Na base dessas áreas de acção está o desenvolvimento de estratégias de adaptação e controlo das alterações ambientais que tenham em conta as dimensões da igualdade social e na saúde.

Embora a Comissão não tenha ponderado os problemas específicos das zonas rurais em particular, reconhece a necessidade de uma estratégia de desenvolvimento sustentável baseada no crescimento rural-urbano equilibrado. Neste capítulo é apresentada uma Recomendação Geral com este fim. Do mesmo modo, as alterações climáticas não foram incluídas no âmbito da Comissão, embora existam oportunidades claras para, simultaneamente, melhorar a igualdade na saúde e reduzir as emissões gasosas, através da actuação nos sectores urbano e rural. No final do presente capítulo é feita uma Recomendação Geral relativa às alterações climáticas e igualdade na saúde, retomada na Parte 6: *Construção de um movimento global*.

A condução do desenvolvimento urbano de forma a colocar o bem-estar de todas as pessoas e a sustentabilidade ambiental no seu centro de preocupações exige planeamento estratégico participativo, incluindo políticas de planeamento municipal, distrital e regional, abordando as dimensões dos transportes, habitação, emprego, coesão social e protecção ambiental.

A Comissão recomenda que:

- 6.1. O governo local e a sociedade civil, apoiados pelo governo central, estabeleçam mecanismos de administração participativa local que permitam que as comunidades e o governo local se unam na construção de cidades mais saudáveis e seguras (ver Recomendação 14.3).**

Governança urbana participativa

Apesar das provas da importância da participação comunitária para a abordagem das condições de vida humanas (Caixa 6.1), os recursos e o controlo dos processos de decisão ficam, frequentemente, fora do alcance das pessoas habitualmente excluídas aos níveis local e comunitário.

A designação “Locais Saudáveis” (“Healthy Settings”) refere-se a locais e contextos sociais que promovam a saúde. Em particular, o movimento Cidades Saudáveis é um exemplo de administração local que pode ser adaptado em todo o Mundo, para promover a igualdade na saúde (OMS Healthy Cities, nd; Alliance for Healthy Cities, nd; OPAS, 2005). A abordagem dos Locais Saudáveis tem sido aplicada não apenas a cidades, mas também a municípios, aldeias, ilhas, mercados, escolas, hospitais, prisões, restaurantes e espaços públicos. Mais recentemente, os princípios das Cidades Saudáveis têm sido empregues no desenvolvimento de iniciativas de reconhecimento das alterações demográficas em direcção ao envelhecimento da população (a iniciativa Cidades Amigas do Idoso – Age-Friendly Cities Initiative). No seu cerne, o modelo das Cidades Saudáveis fornece um “campo neutro” em

SAÚDE E IGUALDADE : ÁREA DE ACÇÃO 6.1

Colocar a saúde e a igualdade na saúde no centro da governação e planeamento urbano.

que todas as partes componentes de uma cidade podem reunir-se para negociar resultados saudáveis em relação a um leque diverso de actividades urbanas, incluindo o planeamento, habitação, protecção ambiental, estilo de serviços de saúde e respostas a problemas como a prevenção de acidentes e o controlo de álcool e drogas. Alguma da avaliação e apreciação das Cidades Saudáveis tem sido conduzida aos níveis municipal e regional, embora não existam avaliações sistemáticas à escala global. É importante que investigadores e governos avaliem, quando possível, os impactos dos programas Cidades Saudáveis e Locais Saudáveis para a igualdade na saúde, de modo a criar documentação necessária para actuações eficazes pelos governos locais.

Melhoria das condições de vida na cidade

Segundo a aplicação de princípios saudáveis de desenho urbano, a cidade deverá ser concebida para uma população densa, residencial mista, com fácil acesso a serviços, e que inclua o uso do solo comercial e não comercial previamente identificados,

com a reserva de solo para a protecção de recursos naturais e recreação. Uma tal agenda de desenvolvimento urbano também prevê o abastecimento de serviços básicos e a existência de uma infra-estrutura suficientemente desenvolvida (Devernman, 2007). Não se afigura que os países de rendimento baixo e médio sejam capazes de conseguir angariar a totalidade dos fundos necessários para a criação de um ambiente plenamente saudável. O financiamento de países mais ricos será necessário para apoiar os planos feitos pelas populações e governos dos países mais pobres (Sachs, 2005).

Abrigo/habitação

Um dos desafios mais sérios que enfrentam as cidades consiste no abrigo adequado de toda a população. O fornecimento de abrigo não é, por si só, essencial; a sua qualidade e dos serviços que lhe estão associados, tais como o abastecimento de água e saneamento, são também contribuintes vitais para a saúde (Shaw, 2004).

CAIXA 6.1: MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E GARANTIA DA HABITAÇÃO NA TAILÂNDIA

Aproximadamente 62% da população habitante de bairros degradados da Tailândia vive em Banguccoque e 1.6 milhões (20%) da população dessa cidade vive em bairros degradados. Nove comunidades ao longo do canal Bangbua, no Norte de Banguccoque, iniciaram um projecto de reabilitação dos bairros degradados desencadeado pela ameaça de despejo causada pela construção de uma auto-estrada. Através de audiências públicas, foi estabelecido que as comunidades pretendiam negociar a posse legal e a recuperação dos espaços. As comunidades trabalharam em conjunto com uma agência governamental, o Instituto para o Desenvolvimento de Organização Comunitária (Community Organizations Development Institute – CODI), e uma organização não governamental, a Fundação Chumthongthai, ambas trabalhando ao abrigo do programa para a habitação Baan Man Kong (“habitação segura”), para além do Ministério das Finanças, gabinetes distritais e universidades locais.

O projecto exigiu acção em dois níveis. O nível das operações foi inicialmente conduzido pela comunidade. Foi estabelecido um grupo de trabalho para coordenar o projecto na sua globalidade. Este grupo de trabalho conduziu workshops e o planeamento das actividades com cada comunidade, com o objectivo de desenvolver o sistema de habitação e o Plano de Pormenor com a população. Um comité organizado em rede estabeleceu a ligação entre as nove comunidades e promoveu a participação pública. Os comités individuais de cada comunidade comunicaram com os membros das comunidades e recolheram a informação necessária para o planeamento e sua implementação. Um grupo

comunitário responsável pelas poupanças comuns promoveu a criação de um fundo de poupança de funcionamento transparente e auditado por um sistema de participação comunitária, enquanto que as políticas foram conduzidas principalmente por agências governamentais. O CODI forneceu empréstimos para melhoria de habitação urbana de baixa qualidade e trabalhou com outras instituições preocupadas com a ocupação do solo, capacitação da população, concepção e construção da habitação. O Ministério das Finanças disponibilizou empréstimos a 30 anos para as comunidades participantes, o município ofereceu as licenças de construção e coordenou as actividades com as autoridades governamentais relevantes e a universidade local participou com pessoal técnico e de suporte, com conhecimentos sobre como melhorar o ambiente físico e social.

Foram construídas unidades de habitação na comunidade-piloto e a construção começou em Janeiro de 2006 noutras três comunidades. Retiram-se várias lições da experiência de Bangbua: ao nível institucional, reconhece-se a necessidade da participação das comunidades através das redes comunitárias; ao nível da comunidade, a rede demonstrou a capacidade de envolvimento no desenvolvimento da habitação, de capacitação da comunidade e da demonstração, a outros intervenientes, do seu empenho no desenvolvimento da habitação, o que, por seu turno, impulsionou o processo de promoção de um uso do solo mais equilibrado.

Fonte: KNUS, 2007.

A Comissão recomenda que:

6.2. Os Governos nacionais e locais, em colaboração com a sociedade civil, conduzam o desenvolvimento urbano de modo a garantir maior disponibilidade de habitação de qualidade a preços acessíveis. Com o apoio da PNUAH / UN-HABITAT, quando necessário, investir na melhoria das condições nos bairros degradados, incluindo como prioridades o abastecimento de água e saneamento, electricidade e ruas pavimentadas para todos os agregados familiares,

independentemente da sua capacidade financeira (ver Recomendação 15.2).

Muitas cidades em países ricos e pobres enfrentam uma crise na disponibilidade e acesso a habitação de qualidade e a preços acessíveis. Esta crise aprofundará as desigualdades sociais em geral e em particular na saúde. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, as desigualdades são actualmente exacerbadas pelos bairros que adoptaram o zonamento restrito a construção de baixa densidade como forma de controlo do crescimento. Essas áreas tornaram-se mais exclusoras, conduzindo a uma menor presença de habitantes afro-americanos e hispânicos (NNC, 2001).

CAIXA 6.2: PROGRAMA DE CRÉDITO DOS IMPOSTOS DA CALIFÓRNIA

Em Junho de 2000, o Estado da Califórnia reestruturou o seu programa de crédito de impostos para habitação de arrendamento de baixo custo. O novo programa estabelece um sistema de pontos que dá prioridade a projectos que respeitem determinados objectivos de desenvolvimento sustentável (como a

proximidade de infra-estruturas viárias e escolas) e projectos em bairros em que a habitação seja uma componente integral de um esforço de revitalização generalizado.

Fonte: NNC, 2001.

CAIXA 6.3: COSTA SUL DA INGLATERRA: EXPERIÊNCIA POR SORTEIO NO CAMPO DA HABITAÇÃO E SAÚDE

Embora próspera, a cidade de Torquay, no Sul de Inglaterra, tem ainda bolsas de pobreza. Watcombe é uma zona de antigas propriedades municipais, com níveis de pobreza muito mais elevados que a média regional, tendo a taxa de visitas médicas fora do horário de expediente feitas por médicos de famílias mais elevada da cidade – 15% acima da média. Metade da população da zona recebe subsídios e 45% das crianças abaixo dos cinco anos de idade mora em agregados familiares com pais solteiros. Foi acordado, com os residentes da zona e o Município, um sistema aleatório de listas de espera, cuja intervenção compreende a melhoria das condições da habitação (incluindo aquecimento central, ventilação, substituição das infra-estruturas eléctricas, isolamento e substituição de telhados), a desenvolver em duas fases, com um ano de

intervalo. A avaliação da intervenção foi positiva: as intervenções fizeram com que as casas ficassem mais quentes, secas e energeticamente eficientes, segundo as medições feitas no ambiente interior e a sua classificação energética. Verificou-se que os residentes demonstraram o seu agrado para com as alterações feitas, tendo sentido que o seu bem-estar melhorou com a intervenção. Foram apontados como benefícios resultantes um maior uso da casa como um todo, a melhoria das relações familiares e um maior sentido de auto-estima. Para os habitantes de casas recuperadas, os problemas de saúde respiratórios com excepção da asma e o número combinado de casos de asma em adultos diminuíram significativamente, quando comparados com os registados nas casas de controlo.

Fonte: Barton et al., 2007.

CAIXA 6.4: REABILITAÇÃO DE BAIROS DEGRADADOS NA ÍNDIA

A reabilitação de bairros degradados em Ahmadabad, na Índia, fornecendo as condições necessárias para níveis aceitáveis de qualidade de vida para os pobres urbanos, custou apenas US\$500 por agregado familiar, valor que inclui as contribuições de cada um deles. Na sequência do investimento nesses bairros degradados, registou-

se uma melhoria na saúde da comunidade, com declínio das doenças de veiculação hídrica, aumento frequência da escola pelas crianças e início de laboração remunerada pelas mulheres, que deixaram de ter de estar longas horas em filas para poder abastecer-se de água.

Por conseguinte, é importante que os governos locais regulem o desenvolvimento do uso do solo para a regeneração urbana, reservando solo urbano para habitação de baixo custo. A criação de um desenvolvimento habitacional mais justo implica a inversão dos efeitos do zonamento exclusivo, por meio dos programas regionais de planeamento equitativo de habitação, definição de usos inclusiva e implementação de legislação aplicada à habitação justa. Numa abordagem integrada, as autoridades locais podem usar critérios na distribuição de crédito aos impostos aplicados à habitação acessível para estimular a produção de nova habitação acessível na proximidade de áreas de trânsito, ensino e comerciais (Caixa 6.2) (NNC, 2001).

Cabe aos governos locais o papel de monitorização do impacto das normas de habitação, construção e infra-estruturas na saúde e na igualdade na saúde. As deficiências no desempenho energético doméstico e a respectiva pobreza energética⁴ têm uma série de efeitos na saúde e seguem intensamente os padrões sociais (Caixa 6.3). É chocante constatar que num país economicamente rico como a República da Irlanda, 17% do total de agregados familiares são energeticamente pobres (Healy, 2004).

A situação dos habitantes dos bairros degradados requer atenção imediata. A melhoria desses bairros implica um investimento de enormes dimensões mas é, contudo, financeiramente viável na maior parte dos países (Mitlin,

CAIXA 6.5: MELHORAMENTO GERAL DAS CIDADES NA REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA

Em 1972, o Governo da República Unida da Tanzânia reconheceu a importância dos bairros degradados no fornecimento de abrigo e, subsequentemente, publicou os Decretos 81 e 106 sobre a Política de Habitação Urbana Nacional e os Sistemas de Reabilitação de Bairros Degradados, respectivamente. Essas iniciativas abriram caminho para os projectos Sites and Services (Locais e Serviços) e Squatter Upgrading (Reabilitação de Bairros Degradados), financiados pelo Banco Mundial, no início dos anos 1970.

Na República Unida da Tanzânia, excepto aos habitantes que vivam em locais perigosos, é paga uma indemnização aos cidadãos a quem seja destruída propriedade permanente. Para além dessa indemnização, a Política de Ordenamento do Território, de 1995, e a subsequente Carta para o Ordenamento do Solo fornecem o enquadramento necessário para a legalização dos bairros degradados. No país, o solo é propriedade do Governo, que cede temporariamente o seu uso. Recentemente, o Ministério do Desenvolvimento do Território e dos Assentamentos Humanos iniciou um projecto para a formalização de propriedades em bairros degradados seleccionados, através da emissão de licenças de habitação e propriedade pelo período de dois anos. Paralelamente, o Programa de Formalização de Negócios está já em curso. Em conjunto, os dois programas destinam-se a reduzir a pobreza urbana, o que requer uma visão à luz do enquadramento geral da Estratégia Nacional para o Crescimento e a Redução da Pobreza, que se encontra organizado em três grandes grupos: 1) crescimento e redução da pobreza causada por rendimento baixo; 2) governação competente e responsabilização; 3) melhoria das condições de vida e bem-estar social.

Os habitantes de duas das dezassete freguesias da cidade de Arusha, no Norte da República da Tanzânia, foram seleccionados como grupo-piloto na iniciativa Cidades Sem Bairros Degradados – Arusha. As duas freguesias registaram 20 Comitês para o Desenvolvimento Comunitário (CDCs). Posteriormente, os CDCs identificaram os principais problemas ambientais de que sofriam as suas áreas – aqueles com solução possível pelos comités, com assistência mínima (por exemplo, fraccionamento de lotes e emissão de títulos de propriedade do solo, tratamento de resíduos sólidos, melhoria dos serviços sociais) e aqueles que requeriam assistência técnica e financeira da parte das autoridades da cidade, tais como o abastecimento de água e as principais infra-estruturas rodoviárias. Enquanto definiam as prioridades relativamente aos problemas ambientais existentes e identificavam os recursos disponíveis, elegeram membros (por entre os seus líderes) para os representarem nos órgãos para a reabilitação (então reestruturados), que incluíam dois comités para o planeamento das freguesias, o Executivo Municipal e o Comité para a Execução de Projectos. Os CDCs e os restantes comités foram especialmente integrados na estrutura administrativa tradicional do governo local, com o objectivo de alargar a participação comunitária ao nível do cidadão comum e melhorar a qualidade da governação.

O Município de Arusha deu já início aos trabalhos de melhoramento de algumas das suas principais vias rodoviárias, empregando os seus próprios recursos, em especial o fundo para as infra-estruturas viárias. Os custos do projecto para as duas freguesias (com uma população de 60.993 habitantes) está estimado em cerca de US\$19.141, ou seja, aproximadamente US\$32 por pessoa.

Fonte: Sheuya et al., 2007.

⁴“Pobreza energética” é aqui definida como a incapacidade de aquecimento da residência de um habitante a uma temperatura adequada (ou seja, confortável e segura), derivada de baixos rendimentos e baixa eficiência energética do agregado familiar.

2007). O objectivo central da PNUAH / UN-HABITAT, sob o Conselho Económico e Social, consiste em promover cidades sustentáveis do ponto de vista social e ambiental, com o objectivo de fornecer condições de abrigo adequadas para todos (UN-HABITAT, 2007a). Um plano estratégico desenvolvido entre a PNUAH / UN-HABITAT e a OMS asseguraria a autoridade e o suporte técnico a muitos países de rendimento baixo e médio por todo o Mundo, para que consigam abordar esses problemas urbanos e, ao fazê-lo, contribuir para a concretização das Metas de Desenvolvimento do Milénio (ver Capítulo 15: *Administração global competente*).

Segundo estimativas existentes (Garau et al., 2005), a reabilitação dos bairros degradados urbanos de todo o Mundo custaria menos de US\$ 100 biliões. Um “plano geral para os bairros degradados do Mundo” poderia ser financiado de forma partilhada, por exemplo por agências internacionais e doadores (45%), governos nacionais e internacionais (45%) e os próprios habitantes envolvidos (10%), neste caso auxiliados por sistemas de micro-crédito.

“O habitante de um bairro degradado em Nairóbi ou Dar es Salaam, obrigado a depender de vendedores de água privados, paga entre cinco a sete vezes mais por um litro de água que o comum cidadão Norte Americano.”
(Tibaijuka, 2004)

Permitir a reabilitação de bairros degradados implica o reconhecimento político dos aglomerados informais, suportado pela regularização da propriedade nas estruturas degradadas, de modo a permitir a expansão das infra-estruturas (públicas ou privadas) e dos seus serviços até esses locais (Caixa 6.5). Essa actuação contribuirá para a emancipação feminina e a melhoria da sua saúde através da intensificação do seu acesso a recursos básicos, tais como água potável e saneamento (WGEKN, 2007).

Qualidade do ar e degradação ambiental

Um problema relevante para a saúde urbana é a poluição gerada pelo uso crescente de transportes motorizados. A poluição emitida pelos transportes contribui para a poluição total aérea, que se estima ser responsável por 1,4% de todas as mortes no Mundo (OMS, 2002b). Os transportes são responsáveis por 70 a 80% de todas as emissões nas cidades em países de rendimento baixo e médio, valores que crescem actualmente (Schirnding, 2002). Constata-se um círculo vicioso de crescente dependência do automóvel, alteração dos usos do solo para promoção do uso do automóvel e crescente detrimento de modos de transporte não motorizados, conduzindo a um maior número de compras de veículos, com os subsequentes efeitos devastadores para a qualidade do ar, emissão de gases de efeito de estufa e inactividade física (NHF, 2007).

Para conseguir tratar a situação que se está a tornar um desastre para a saúde pública, é crucial que os governos nacionais e locais, com a colaboração do sector privado, controlem a poluição atmosférica e as emissões de gases de efeito de estufa da responsabilidade dos veículos motorizados, sobretudo através do investimento em tecnologia aperfeiçoada, melhores sistemas de transportes públicos e portagens de controlo de tráfego aplicáveis ao uso de transportes privados. Por exemplo, as experiências de Londres (Caixa 6.6), Estocolmo e Singapura demonstram que a introdução dessas portagens tem um impacto imediato sobre o volume de tráfego automóvel e, conseqüentemente, a poluição atmosférica.

CAIXA 6.6: O SISTEMA DA PORTAGEM PARA CONTROLO DE TRÁFEGO DA CIDADE DE LONDRES (PCTL)

O objectivo principal da PCTL foi o de solucionar o problema crescente do congestionamento viário que estrangulava o negócio e degradava a reputação de Londres como cidade global. Uma das principais forças da PCTL reside no seu aumento a longo prazo. A sua área de acção foi alargada e o nível de custos elevado 2.5 anos após a sua implementação. Estes factores são fundamentais para o programa de alteração de comportamentos, uma vez que implica que a população pode tomar decisões sobre o seu futuro baseadas em expectativas claras sobre a diminuição das vantagens financeiras em possuir veículo próprio.

Os resultados mais significativos são:

Entre 35.000 e 40.000 viagens de automóvel por dia passaram a ser feitas usando transportes públicos, criando uma média de 6 minutos de actividade física por viagem, quando comparadas com as realizadas em transportes motorizados privados.

Entre 5.000 e 10.000 viagens de automóvel foram substituídas por caminhada, viagens de bicicleta, motociclo, táxi ou partilha de veículos privados.

A distância total percorrida com bicicletas aumentou em 20% em 2003 e 4% adicionais em 2004.

Os inquiridos indicaram melhorias no conforto e na qualidade geral dos sistemas de transporte públicos e pedonais.

Uma grande parte dos lucros do sistema foi reinvestida em melhoramentos das vias de transportes públicos, de tráfego pedonal, ciclovário e de caminhos seguros para os estabelecimentos de ensino.

Fonte: NHF, 2007

Planeamento e desenho urbano que promovem comportamentos saudáveis e a segurança

A natureza do ambiente urbano tem um grande impacto na igualdade na saúde através da sua influência no comportamento e na segurança. Na realidade, muitos dos riscos associados à tendência da saúde urbana para a proliferação de doenças não transmissíveis e acidentes estão relacionados com os comportamentos. O presente capítulo concentra-se principalmente no papel do desenho urbano na actividade física, dieta e violência. A natureza de lugares e cenários diferentes é claramente e fortemente influente noutros comportamentos, tais como o consumo de álcool e tabaco. As Recomendações relativas ao controlo legislativo do álcool e do tabaco são descritas no Capítulo 12: *Responsabilidade do mercado*.

A Comissão recomenda que:

- 6.3. Os governos locais e a sociedade civil planeiem e desenhem as áreas urbanas de forma a promover a actividade física, através do investimento no transporte activo; fomentem uma alimentação saudável através do planeamento logístico que controle a disponibilidade e o acesso aos alimentos; e reduzam a violência e o crime através de planeamento ambiental de qualidade e controlos legislativos, incluindo o controlo do número de postos de venda de bebidas alcoólicas (ver Recomendação 12.3).

As ferramentas de planeamento para o desenvolvimento local na área da saúde começam a emergir ao nível internacional e fornecem princípios orientadores que podem ser adaptados em diversos locais (Caixa 6.7).

CAIXA 6.7: DESIGN SAUDÁVEL, MELBOURNE, AUSTRÁLIA: UMA FERRAMENTA DE PLANEAMENTO INOVADORA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AMBIENTES SEGUROS, ACESSÍVEIS E ATRAENTES

A Heart Foundation, em Victoria, Austrália, desenvolveu o programa Design Saudável (Healthy by Design) com o objectivo de apoiar o governo local e respectivos planeadores na implementação de um leque mais largo de directrizes para Ambientes Promotores de Actividade Física.

O programa Design Saudável apresenta considerações de *design* que facilitam um “planeamento saudável”, resultando em lugares saudáveis onde as pessoas possam habitar, trabalhar e visitar, fornecendo aos projectistas investigação de suporte, um leque considerável de considerações de promoção do transporte pedonal, cicloviário e do uso dos transportes públicos, uma ferramenta de projecto prática e casos de estudo. As “Considerações de *Design*” apresentam modos para os projectistas melhorarem a saúde das comunidades através do seu planeamento e concepção. Tal é promovido através do fornecimento de:

Redes de caminhos pedonais e cicloviários bem desenhadas;

Ruas acessíveis directamente, convenientemente e em segurança;

Destinos locais possíveis de alcançar a pé desde as residências;

Espaços abertos recreativos e de lazer acessíveis;

Paragens de transportes públicos convenientemente localizadas;

Promoção de comportamentos acolhedores nos bairros.

Frequentemente, os projectistas ponderam um leque diverso de directrizes com impacto na saúde, segurança e acessibilidade de forma frequentemente isolada. A matriz “Design Saudável” tem sido desenvolvida como ferramenta prática que demonstra as sinergias entre as diferentes directrizes que influenciam o planeamento do ambiente edificado e que contribuem para resultados positivos no que concerne a saúde.

Fonte: KNUS, 2007.

SAÚDE E EQUIDADE : ÁREA DE ACÇÃO 6.2

Promover a igualdade na saúde entre áreas rurais e urbanas através do investimento contínuo no desenvolvimento rural, agindo sobre as políticas e processos excludores que conduzem à pobreza, a ausência de propriedade e deslocação das pessoas das suas casas, detectados em zonas rurais.

Dieta e actividade física

A responsabilidade de abordar o problema crescente da obesidade em ricos e pobres não pode ser deixada ao sabor das forças do mercado, antes requerendo abordagens intersectoriais por parte dos governos nacionais e locais e envolvendo a agricultura, o planeamento urbano, a saúde e os sectores de desenvolvimento sustentável. É importante que o planeamento urbano eleja como prioridade o transporte pedonal e cicloviário, forneça meios de transporte colectivos e conceba espaços para recreação e lazer – em todos os bairros –, ao mesmo tempo que atente nas implicações para a violência e a redução do crime. Como enfatizado no recente relatório *Saúde do Edificado no Reino Unido* (NHF, 2007), um mecanismo chave para alcançar estes objectivos consiste no pedido às autoridades locais, pelos Ministros dos Transportes, não apenas para a adopção da política de privilégio dos peões e ciclistas na suas políticas de transporte (eventualmente apoiadas pela cobrança de uma portagem de controlo de tráfego), mas também de avaliação do cumprimento desse aspecto do programa como parte integrante do seu plano anual de trabalho.

Existe um número reduzido de exemplos de políticas de planeamento local que ponderam soluções de base comunitária e orientadas para o comércio de pequena escala para os problemas do acesso equitativo a alimentos saudáveis. A cidade tailandesa de Sam Chuk recuperou o seu principal mercado de produtos alimentares e de bens correntes com a assistência de técnicos locais, que incluiu a colaboração de arquitectos. Os mercados são, agora, concebidos para fornecer uma maior quantidade de produtos alimentares, mas também para ser mais acolhedores e acessíveis para os habitantes da cidade. A Agência para o Desenvolvimento de Londres planeia estabelecer um centro sustentável de distribuição para servir as cadeias de serviços alimentares, restaurantes e instituições baseadas na cidade (Dixon et al., 2007). Uma acção reguladora que os governos locais podem tomar com eficácia com vista à redução do acesso a alimentos ricos em gorduras e sal consiste na implementação ou reforço de regulamentos de planeamento para controlar a proliferação de estabelecimentos de pronto-a-comer em áreas específicas, por exemplo perto de escolas e em bairros socialmente desfavorecidos.

A subnutrição faz-se frequentemente acompanhar pela obesidade, por entre os pobres urbanos. É necessário estabelecer

políticas e programas de segurança alimentar apoiados pelos agentes do governo local e/ou nacional e da sociedade civil (Caixa 6.8).

Violência e crime

Garantir que todos os grupos na sociedade vivem em segurança e estão protegidos do crime e violência coloca um desafio de grandes dimensões para a sociedade. A redução da prevalência de comportamentos violentos envolve estratégias integradas que se destinam a domínios chave da prevenção da violência, tais como a promoção de relações afectuosas e seguras entre crianças e os seus pais; a redução da violência doméstica; a redução do acesso ao álcool, drogas e meios potencialmente mortais (Villaveces et al., 2000); o desenvolvimento das capacidades e oportunidades das crianças e jovens; e a melhoria dos sistemas de justiça criminal e do bem-estar social (OMS, 2008c). As abordagens recentes à prevenção da violência incluem o controlo legislativo – incluindo a restrição da venda de álcool de forma a que o seu consumo irresponsável seja reduzido (Voas et al., 2006) – transformação de conflitos, prevenção do crime através da concepção do ambiente edificado e abordagens de base comunitária ao capital social (OMS, 2007e; Roberts & Meddings, 2007).

A Comissão sublinha a necessidade de investimento dos governos nacionais e locais na iluminação urbana, encerramento prematuro de bares e discotecas, controlo das armas de fogo, implementação de iniciativas de vigilância nos bairros e desenvolvimento de actividades educacionais e recreativas (incluindo oportunidades de preparação para a vida profissional). Os programas Comunidades Seguras da OMS dedicados à redução do número de acidentes (http://www.phs.ki.se/csp/index_en.htm) têm sido implementados com sucesso significativo em diversas cidades um pouco por todo o Mundo. Recomenda-se que esses casos sejam adaptados em contextos diferentes e monitorizados na sua eficácia para a igualdade na saúde.

O exemplo brasileiro (ver Caixa 6.9) ilustra a necessidade de esforços concertados, atentos às particularidades nacionais e locais. O diálogo contínuo com a sociedade civil e as autoridades a diferentes níveis foi uma premissa para o sucesso desta iniciativa. A prestação de apoio financeiro às comunidades, pelo governo local, para que desenvolvessem e prestassem

CAIXA 6.8: O FÓRUM DE SEGURANÇA ALIMENTAR, AGRICULTURA E PECUÁRIA DA ÁREA METROPOLITANA DE NAIRÓBI (NAIROBI AND ENVIRONS FOOD SECURITY, AGRICULTURE AND LIVESTOCK KEEPING FORUM – NEFSALF)

Alcançar a plena segurança alimentar é um imperativo nos ambientes urbanos pobres. Para que possa erradicar-se o problema da insegurança alimentar, importa concentrar esforços no desenvolvimento de políticas que abranjam o aperfeiçoamento da produtividade, níveis mais elevados de emprego e acesso melhorado a alimentos e ao mercado. A importância da agricultura e criação de gado urbana e suburbana no sustento dos pobres urbanos, assim como os valores sociais, económicos e recreativos é reconhecida e apreciada em todo o Mundo. O

NEFSALF, iniciado em Janeiro de 2004, representa uma combinação de agentes da comunidade, governo e sectores do mercado, cujo objectivo é o de promover a agricultura urbana e suburbana. O Fórum fornece acesso a um curso de formação elementar sobre agricultura urbana e criação de gado. Os agricultores são treinados tanto nas lides agrícolas como nos negócios, dinâmicas de grupo, conhecimentos básicos na colheita e cuidado dos animais e na gestão ambiental.

Fonte: KNUS, 2007.

serviços de prevenção de crime e resolução de disputas será de importância ímpar na ajuda à reconstrução da confiança e do capital social dentro e entre comunidades e as autoridades locais.

A ajuda ao combate das consequências a nível nacional das desigualdades derivadas do crescimento urbano implica o investimento constante no desenvolvimento rural. Os governos, nacionais e locais, respeitarão mais facilmente esses desafios rurais se estes estiverem integrados no contexto mais vasto das políticas económicas e sociais destinadas ao desenvolvimento e redução da pobreza; estas políticas deverão ser incluídas em documentos como os Documentos Estratégicos para a Redução de Pobreza (PRSP).

A Comissão recomenda que:

- 6.4. Os governos nacionais e locais desenvolvam e implementem políticas e programas que se concentrem em: problemas de uso do solo e direitos rurais; oportunidades de emprego permanentes; justiça e desenvolvimento agrícola nos acordos comerciais internacionais; infra-estruturas rurais, incluindo as de saúde, educação, estradas e serviços; e políticas de protecção dos migrantes de zonas rurais para urbanas (ver Recomendações 5.4; 9.3).**

CAIXA 6.9: MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE CONTRA A VIOLÊNCIA NO BRASIL

O Brasil tem uma das mais elevadas taxas de homicídio no Mundo. Entre 1980 e 2002, a taxa mais que duplicou, de 11.4 para 28.4 por 100.000 habitantes. Na cidade de São Paulo, mais que triplicou durante o mesmo período, de 17.5 a 53.9 por 100.000 habitantes. Jardim Ângela é um conjunto de bairros degradados localizados na região Sul da cidade de São Paulo, com cerca de 250.000 habitantes. Em Julho de 1996, a revista brasileira *Veja* indicou uma taxa de média de homicídio de 111 por 100.000 habitantes, classificando a região como uma das mais violentas no globo. Jardim Ângela sofria o fenómeno que veio a designar-se por degradação urbana, que se caracterizava, neste caso, pela existência de violência e desconfiança estruturais e ausência de coesão social.

Em 1996, foi criado um esforço comunitário conjunto de 200 instituições chamado Fórum de Defesa da Vida. Paralelamente à criação desta união, foi organizada uma rede de protecção social integradora da sociedade civil, capitalizando as capacidades, movimentos sociais e serviços formais e informais de saúde na comunidade. Esta rede envolveu-se num leque vasto de intervenções na comunidade, desde a assistência a crianças recentemente detidas à iniciativa colectiva de reconstrução dos espaços

comunitários. Como resultado do investimento nesses espaços, locais devolutos como praças, discotecas e escolas foram recuperados, fornecendo espaços para a prática desportiva, actividades escolares complementares e programas de auxílio à dependência de álcool e drogas. Do mesmo modo, a comunidade e a polícia estabeleceram uma aliança dedicada à garantia do bem-estar da comunidade através da vigilância da violência, criminalidade e tráfico de drogas. Diversas políticas e serviços foram também implementados com a colaboração da comunidade, incluindo a definição de horários de funcionamento para os bares, um programa destinado às vítimas de violência doméstica e intervenções de promoção da saúde dedicadas à redução da gravidez na adolescência.

Em 2005, as taxas de homicídio para a cidade e o estado de São Paulo eram de 24 por 100.00 habitantes e 18 por 100.000 habitantes, respectivamente, reflectindo uma redução de 51% nos homicídios no estado. Mais recentemente, entre Janeiro e Julho de 2006, Jardim Ângela registou uma redução superior a 50% nos roubos, assaltos, furto de carteiras e assaltos a automóveis quando comparado com anos anteriores.

Fonte: KNUS, 2007.

CAIXA 6.10: ÍNDIA – AGRICULTURA SUSTENTÁVEL

A Comissão Nacional Indiana de Agricultores (Indian National Commission on Farmers), entre outras instituições, delineou um programa de renovação agrícola que consiste nos seguintes cinco planos de acção integrados e inter-adjuvantes: melhoria da saúde do solo, gestão do aumento e da procura de água para irrigação, crédito e segurança, tecnologia (ligação dos conhecimentos teóricos aos práticos) e mercados amigos dos agricultores. A coordenação do programa de renovação agrícola poderá ficar a cargo

de uma organização comercial indiana, de forma a complementar e desafiar a Organização Mundial do Comércio (OMC). Um princípio subjacente de tal organização seria o reconhecimento da necessidade de garantia do apoio aos estilos de vida e de suporte equilibrado para bens considerados como possíveis de alterar as condições do mercado global e prejudicar a saúde e a igualdade na saúde.

Fonte: Swaminathan, 2006.

Direitos de propriedade do solo

Para a maioria dos pobres nos países de rendimento baixo e médio, o solo é o principal meio de criação de riqueza. As reformas distributivas do uso do solo têm impactos positivos na redução da pobreza e no emprego (Quan, 1997). A legislação que prevê a atribuição e propriedade conjunta obrigatória de lotes a casais e / ou que dê prioridade às mulheres como representantes familiares ou a grupos específicos de mulheres constitui um avanço importante para a igualdade de género em países como o Brasil, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Guatemala, Honduras e Nicarágua (Deere & Leon, 2003). É imperativo que os governos nacionais e locais, em colaboração com as agências internacionais, melhorem e implementem processos de propriedade do solo e reivindicações de direitos de propriedade para comunidades rurais, concentrando-se especialmente particularmente nos grupos marginalizados e sem terra.

Estilos de vida rurais

São necessários investimentos mais vigorosos na agricultura, apoio e serviços para assegurar comunidades rurais viáveis (Montgomery et al., 2004). As lições aprendidas com a revolução ecológica sublinham a necessidade de uma abordagem multifacetada ao apoio aos estilos de vida e à agricultura sustentáveis. Esses problemas têm-se reflectido em

recomendações recentes por parte do organismo representativo dos agricultores indianos (Caixa 6.10). Um elemento central de uma abordagem abrangente à igualdade na saúde rural é o aumento do rendimento nos agregados familiares rurais, com particular atenção a uma nutrição adequada dos agregados, através do reforço do apoio ao desenvolvimento agrícola e à criação de trabalho sazonal. Ao fazê-lo, é importante garantir que a agricultura local não é ameaçada por acordos internacionais e a protecção da agricultura nos países ricos (Banco Mundial, 2008) (ver Capítulo 12: *Responsabilidade de Mercado*).

Enquanto que o trabalho seguro, estável, permanente é, de longe, a opção preferida para o auxílio à alteração da situação de pobreza dos habitantes rurais, os esquemas de micro crédito, como medida a curto prazo, podem capacitar os grupos empobrecidos. O caso do Bangladesh (Caixa 6.11) ilustra como uma abordagem integrada reduziu níveis de pobreza em 30% no intervalo de três anos.

Pobreza e fome estão intimamente ligadas em populações rurais. A solução da fome e segurança alimentar generalizadas em populações rurais não pode ser feita sem a relacionar com a segurança social e laboral. Esta ligação tem sido claramente reconhecida pelos elaboradores de políticas indianos que conceberam sistemas de alimentação para o trabalho e de garantia de emprego que incluem uma componente de

CAIXA 6.11: COMITÉ DO BANGLADESH PARA O DESENVOLVIMENTO RURAL (CBDR) E MICRO-CRÉDITO

Financiado pela Agência Internacional Canadiana para o Desenvolvimento (Canadian International Development Agency – CIDA), o Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional (United Kingdom Department for International Development – DFID), a União Europeia (UE), NOVIB (a filial da Oxfam nos Países Baixos) e o Programa Alimentar Mundial (PAM), o CBDR conduz um projecto na área do desenvolvimento social e económico multi-dimensional dedicado aos às vítimas de pobreza extrema – geralmente pessoas demasiado pobres para conseguir participar em iniciativas de micro-financiamento. Lançado em 2002, este projecto presta formação sobre conhecimentos para geração de receitas, um salário mensal de subsistência (US\$0,17 por dia), formação sobre desenvolvimento social para promoção da sensibilização para os problemas relacionados com os direitos e a justiça social e mobilização dos dirigentes locais para o apoio do programa. A avaliação do programa concluiu

que 55% dos 5.000 agregados familiares mais pobres dos distritos mais pobres no país receberam recursos suficientes para usufruir dos benefícios de um programa de micro-crédito. A proporção de habitantes dessas áreas vivendo com menos de US\$1 por dia decresceu entre 89% e 59% durante os três primeiros anos de implementação do projecto e a falta de alimentos caiu de 60% para cerca de 15% para agregados familiares integrados no projecto. Os factores que contribuem para o seu sucesso incluem: o trabalho com os dirigentes locais para criar e permitir um ambiente receptivo ao programa; a disponibilização de educação sobre saúde e documentos identificativos para facilitar o acesso aos estabelecimentos locais de saúde; o fornecimento de formação e reciclagem de conhecimentos sobre recursos de geração de rendimentos; e a instalação de latrinas e tanques públicos para melhoria das condições sanitárias.

Fonte: Schurmann, 2007.

SAÚDE E IGUALDADE : ÁREA DE ACÇÃO 6.3

Garantir que as respostas das políticas económicas e sociais às alterações climáticas e à degradação ambiental são tomadas em consideração na igualdade na saúde.

fornecimento de alimentação (Dreze, 2003); no Gana, onde as iniciativas de alimentação para a educação estão a ser alargadas de modo a permitir o auxílio ao desenvolvimento da economia agrícola local (SIGN, 2006); e através do Projecto Aldeias do Milénio, que segue uma abordagem integrada no tratamento dos determinantes sociais da saúde em aldeias africanas (Projecto Aldeias do Milénio, s.d.).

Infra-estruturas e serviços rurais

O fornecimento de infra-estruturas e acesso a serviços de qualidade e culturalmente aceitáveis é um problema de grande peso para os habitantes rurais. O progresso rumo à terceira Meta de Desenvolvimento do Milénio será conseguido pelo tratamento dessas questões, através da melhoria do acesso pelas mulheres de zonas rurais a tecnologias que lhes permitam poupar tempo nas suas tarefas, especialmente relativas ao abastecimento de água. A neutralização dos desequilíbrios no investimento em infra-estruturas e serviços implica investimento no sector rural, com o objectivo de fornecer: educação escolar primária e secundária obrigatória, independentemente da capacidade financeira (ver Capítulo 5: *Igualdade deste o início*); electricidade; cuidados de saúde primários generalizados (ver Capítulo 9: *Cuidados de saúde universais*); vias de comunicação em bom estado de conservação e transportes públicos acessíveis; e acesso a comunicações electrónicas modernas. O exemplo da Tailândia (Caixa 6.12) ilustra o empenho do governo na distribuição de fundos para a saúde rural e o desenvolvimento de serviços adequados regionalmente

Migração rural - urbana

A deslocação populacional de áreas rurais, quer forçada por conflitos armados ou causada pela escassez contínua de recursos rurais, resulta na migração rural - urbana em larga escala. Por exemplo, mais de 40 anos de conflito armado deram à Colômbia o maior número de deslocados no hemisfério ocidental (ACNUR, 2007) e a segunda maior proporção de deslocados, depois do Sudão (IDMC, 2007). Consequentemente, é imposto um peso massivo à saúde dessas populações, sendo, por conseguinte, importante que governos nacionais e locais, em colaboração com agências internacionais, estabeleçam políticas de apoio aos migrantes rurais - urbanos, assegurando a manutenção do seu direito ao acesso a serviços essenciais, tais como educação e saúde.

Para ser bem sucedidas, as políticas implementadas têm de colocar os serviços ao alcance das populações migrantes. Por exemplo, a instalação de clínicas em locais isolados pode assegurar a prestação de serviços em áreas em que os migrantes internos se encontram (OIM, 2006). Porém, para que tal seja eficaz, os migrantes têm de estar informados acerca dos serviços disponíveis. Os governos devem, portanto, promover esses serviços por entre os migrantes internos através de campanhas informativas realizadas nas suas línguas e da adaptação das suas práticas - sobretudo respeitando os seus horários de expediente e prestando formação aos profissionais que trabalhem na prestação de cuidados de saúde em cenários multiculturais - para satisfazer as necessidades das comunidades étnicas em causa (Ingleby et al., 2005).

CAIXA 6.12: SERVIÇOS DE SAÚDE RURAIS NA TAILÂNDIA

Desde 1983, o orçamento do Governo tailandês afecto à saúde atribuído aos hospitais e centros de saúde de distritos rurais tem sido superior ao atribuído aos hospitais urbanos. Consequentemente, regista-se uma cobertura geográfica generalizada dos serviços de saúde, extensiva até aos níveis mais periféricos. Hoje, um centro de saúde e um hospital distrital típicos cobrem populações de 5.000 e 50.000 habitantes, respectivamente. Os centros de saúde encontram-se munidos de uma equipa de 3 a 5 enfermeiros e paramédicos, enquanto que um hospital distrital com 30 camas emprega 3 a 4 médicos generalistas, 30 enfermeiros, 2 a 3 farmacêuticos, um dentista e alguns paramédicos - números aceitáveis

de profissionais qualificados para a prestação de serviços de saúde. Para além disso, foram integrados programas de saúde pública (de prevenção, controlo de doenças e promoção da saúde) a todos os níveis de cuidados. Uma vez que todos os profissionais são formados por universidades financiadas publicamente, os estudantes são fortemente subsidiados pelo governo. Em contrapartida, é obrigatório o serviço em zonas rurais, sobretudo nos hospitais distritais, para os recém-licenciados. O programa começou a sua actividade com licenciados em 1972; mais tarde, estendeu o seu âmbito a outros grupos, incluindo enfermeiros, dentistas e farmacêuticos.

Fonte: HSKN, 2007.

Ambiente natural

A ruptura e o esgotamento dos sistemas ambientais naturais, incluindo o sistema climático, e a tarefa de redução das desigualdades na saúde em todo o Mundo estão intimamente ligadas. Os danos ecológicos afectam as vidas de todos os indivíduos na sociedade, mas tem maior impacto nos grupos mais vulneráveis, incluindo as Populações Indígenas que actualmente sobrevivem em ecossistemas frágeis devido à desflorestação não sustentável e à prospecção intensiva de minerais e outras indústrias baseadas em matéria prima (Indigenous Health Group, 2007). É imperativo que o desgaste dos recursos naturais através da degradação ambiental continuada seja suspenso. Em particular, urge reduzir as emissões de gases de efeito de estufa (McMichael et al., 2008). Intimamente relacionado com as áreas de acção presentes neste relatório está o desenvolvimento de estratégias de adaptação e mitigação das alterações climáticas que consideram as dimensões da igualdade social e de saúde. Persiste a necessidade de investigação adicional sobre o tipo de acção mais provável de afectar as relações do triângulo de factores sociais, alterações climáticas e igualdade na saúde.

Em primeiro lugar, a Comissão recomenda que:

- 6.5. As agências internacionais e os governos nacionais, baseando-se no Painel Intergovernamental para as Alterações Climáticas, ponderem o impacto na igualdade na saúde das estratégias da agricultura, transportes, combustíveis, edificado, indústria e resíduos dedicadas com a adaptação e mitigação das alterações climáticas.**

Como anteriormente indicado, a ponderação e análise detalhadas das opções de políticas específicas e dos modelos de desenvolvimento para combater as alterações climáticas estão fora do âmbito da presente Comissão. A convocatória feita pelo Relatório Stern (Stern, 2006) e outros apela ao financiamento internacional para o apoio de informação regional melhorada sobre os impactos das alterações climáticas, o que constitui uma oportunidade única, conduzida pela OMS, de integração das agendas das alterações climáticas e da igualdade na saúde, assegurando que os sistemas de informação e o desenvolvimento de políticas cumprem critérios de igualdade.

CAPÍTULO 7

Emprego justo e trabalho digno

“É um absurdo reputar um país de civilizado no qual um homem digno e empreendedor, que aperfeiçoa afinadamente um ofício, cujos conhecimentos profissionais são valiosos e necessários para o bem comum, não tem a segurança de saber se pode sustentar-se com esse trabalho ou se o manterá longe da pobreza quando a doença ou velhice o incapacitar.”

HL Mencken (nd)

A RELAÇÃO ENTRE O TRABALHO E AS DESIGUALDADES NA SAÚDE

O emprego e as condições de trabalho têm efeitos poderosos sobre a saúde e a igualdade na saúde. Quando a sua qualidade é aceitável, conferem segurança financeira, estatuto social, desenvolvimento pessoal, relações sociais e auto-estima e protecção contra perigos físicos e psicossociais – sem excepção, factores importantes para a saúde (Marmot & Wilkinson, 2006). Para além das consequências directas das desigualdades do foro laboral para a saúde da solução, os impactos na igualdade na saúde serão maiores devido ao papel potencial do trabalho na redução de desigualdades de género, étnicas, raciais e outras. Este factores tem grandes implicações na concretização do Terceiro Objectivo de Desenvolvimento do Milénio (ODM).

Trabalho e desigualdades na saúde

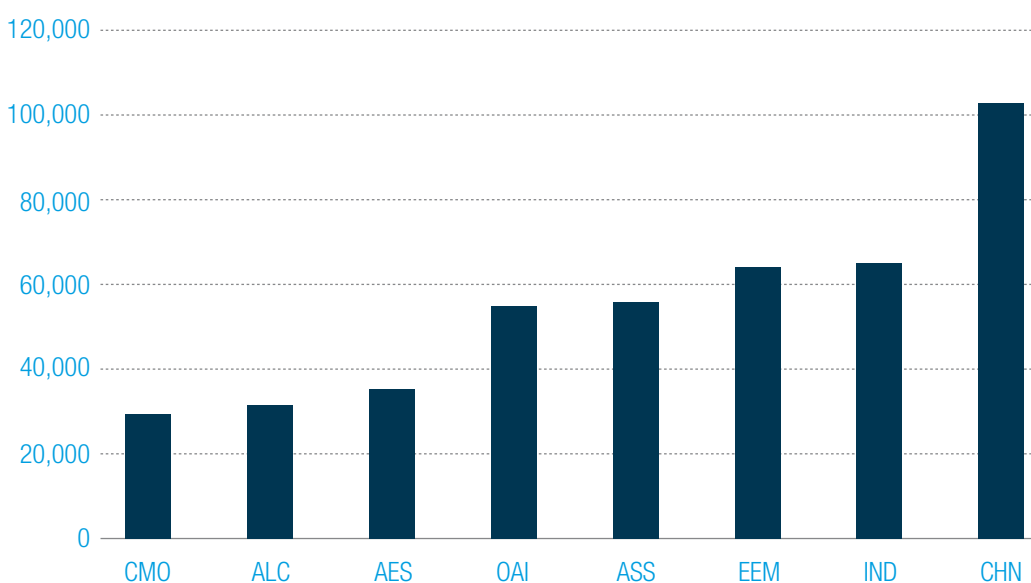
Condições de emprego

Algumas condições relacionadas com o emprego estão associadas a más condições de saúde, incluindo o desemprego e o trabalho precário, como o trabalho informal, trabalho temporário, trabalho a termo incerto, trabalho infantil e escravatura / servidão por dívida. As provas existentes indicam que a mortalidade é significativamente mais alta entre os trabalhadores temporários do que nos permanentes (Kivimäki et al., 2003). Maus resultados de saúde mental estão associados ao emprego precário (por exemplo, trabalho informal, contratos a termo incerto e trabalho a tempo parcial) (Artazcoz et al., 2005; Kim et al., 2006). Os trabalhadores que sentem precariedade no seu trabalho sofrem efeitos adversos significativos na sua saúde física e mental (Ferrie et al., 2002).

Condições de trabalho

As condições de trabalho também podem afectar a saúde e igualdade na saúde. A falta de qualidade de trabalho pode afectar a saúde mental tanto quanto a perda de trabalho (Bartley, 2005; Muntaner et al., 1995; Strazdins et al., 2007). As condições adversas que expõem os indivíduos a diversos perigos de saúde, tendem a verificar-se nas ocupações de

Figura 7.1: Número de mortes causadas por exposição substâncias perigosas no local de trabalho em diferentes países e regiões.



CMO = Crescente do Médio Oriente; ALC - América Latina/Central e Caraíbas; AES = Antigas Economias Socialistas; OAI = Outros na Ásia e Ilhas; ASS = África Subsaariana; EEM = Economias Estabelecidas no Mercado; IND = Índia; CHN = China. Reimpresso, com permissão do autor, de ILO (2005).

menor estatuto. Os acidentes mortais relacionados com o trabalho causados por exposição a perigos continuam a ser um problema extremamente grave (OIT, 2005) (Figura 7.1). O stress no trabalho está ligado a um aumento de 50% do risco de aterosclerose coronariana (Marmot, 2004; Kivimäki et al., 2006) e existem provas consistentes segundo as quais a elevada exigência no trabalho, baixo nível de controlo e desequilíbrio entre esforço e recompensa são factores de risco para problemas de saúde mental e física (Stansfeld & Candy, 2006).

A natureza dos contratos de trabalho e emprego

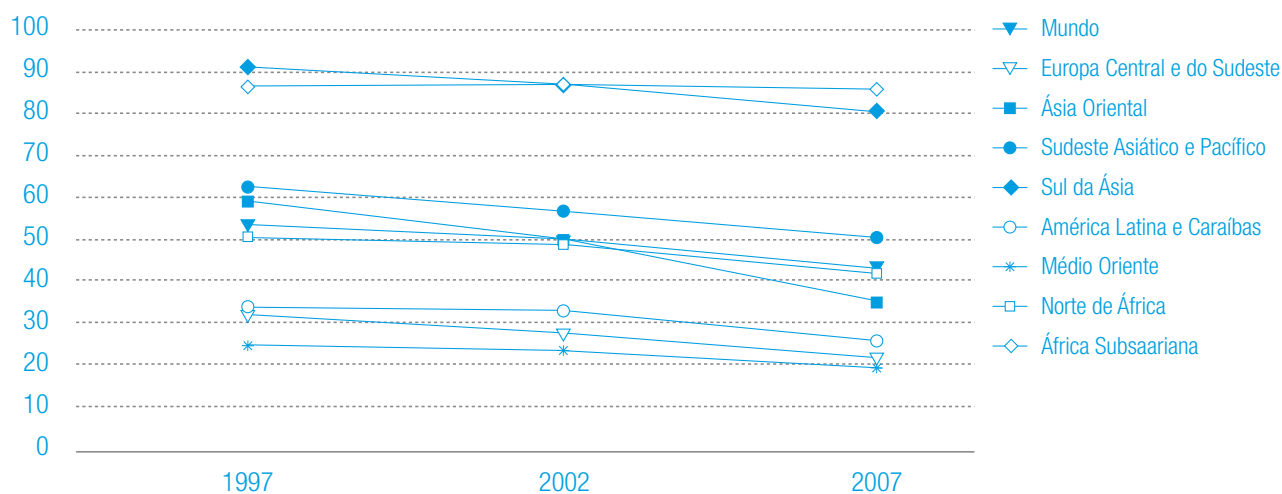
Desde o aumento da integração no mercado global, nos anos 70, a produtividade e fornecimento de produtos aos mercados globais têm sido privilegiadas. As instituições e empregadores que pretendem competir neste mercado defendem a necessidade de uma força de trabalho mais flexível e disponível. Este panorama acarreta uma série de mudanças profundas nos contratos e condições de trabalho, relacionadas com a saúde (Benach & Muntaner, 2007).

A oportunidade económica e a segurança financeira das pessoas é primariamente determinada, ou pelo menos, mediada, pelo mercado de trabalho. Em 2007, três mil milhões de pessoas com 15 ou mais anos trabalhavam. Contudo, existem ainda 487 milhões de trabalhadores no Mundo que não ganham o suficiente para ultrapassar a linha de pobreza de um dólar americano por dia e 1,3 mil milhões de trabalhadores não ganham mais do que dois dólares americanos por dia (OIT, 2008). A variação regional no número de trabalhadores pobres é significativa (Figura 7.2).

O poder crescente de grandes empresas multinacionais e instituições internacionais na determinação da agenda de política laboral conduziu à perda de capacidade dos trabalhadores, sindicatos e candidatos a emprego e ao crescimento do número de contratos e condições de trabalho que prejudicam a saúde (EMCONET, 2007). Em países de rendimento elevado, houve um crescimento da precariedade no emprego e contratos de trabalho precários (como trabalho informal, trabalho temporário, trabalho a tempo parcial e trabalho à tarefa), perdas de emprego e um enfraquecimento das protecções legislativas (ver Capítulo 12: *Responsabilidade de mercado*). A maior parte dos recursos humanos no Mundo, sobretudo em países de baixo e médio rendimento, opera no âmbito da economia informal, por natureza precária e caracterizada pela falta de legislação para protecção das condições de trabalho, salários, segurança, higiene e saúde no trabalho (SHST) e seguros de trabalho (EMCONET, 2007; OIT, 2008) (Figura 7.3).

A economia formal, dominante nas nações industrializadas, tendia a caracterizar-se previamente pela elaboração de políticas do mercado de trabalho progressivas, forte influência dos sindicatos e pleno emprego, que frequentemente era permanente. Este panorama sofreu alterações significativas (EMCONET, 2007). Por exemplo, a Figura 7.4 demonstra a prevalência crescente do trabalho temporário e a tempo parcial desde o início dos anos 90, na União Europeia.

Figura 7.2: Variação regional na percentagem de pessoas activas, que vivem com US\$ 2 por dia ou menos.



Os números de 2007 são estimativas preliminares.
Reimpresso, com autorização do autor, da OIT (2008).

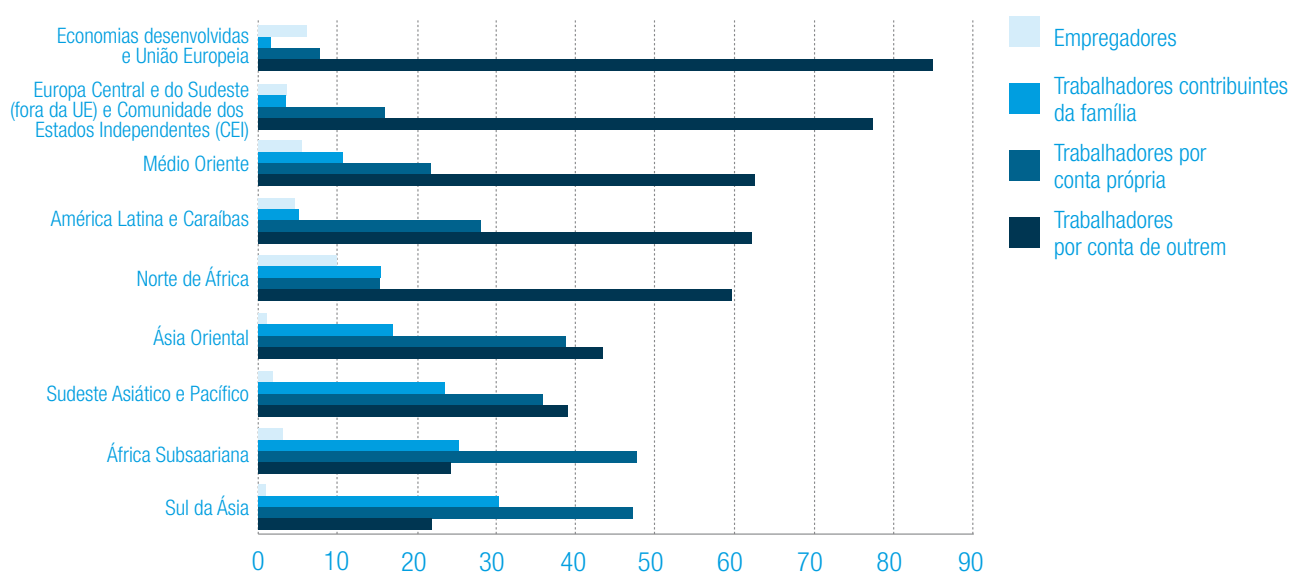
Populações vulneráveis

As análises conduzidas por Heymann e colegas (2006) em censos a lares representativos à escala nacionalmente no Botswana, Brasil, México, Federação Russa, África do Sul, Estados Unidos da América e Vietname, concluíram que a protecção e benefícios proporcionados pelo trabalho são piores para as mulheres do que para os homens (Figura 7.5) (ver também Capítulo 13: *Igualdade de género*).

O emprego justo exige liberdade da coacção, incluindo todas as formas de trabalho forçado, como servidão por dívidas, trabalho escravo ou trabalho infantil. Globalmente, estima-se

que existam cerca de 28 milhões de vítimas de escravatura e 5,7 milhões de crianças em servidão por dívidas (EMCONET, 2007). Apesar de registados grandes progressos na eliminação das piores formas de trabalho infantil (OIT, 2007a), existem ainda, globalmente, mais de 200 milhões de crianças economicamente activas com idades entre os 5 e 17 anos que são (OIT, 2006a). Aumentar o rendimento dos lares pobres e assegurar uma educação essencial de qualidade ajudará a reduzir a necessidade de trabalho das crianças. Estima-se que 70% das crianças trabalhadoras na Índia frequentariam o ensino, se este estivesse disponível e fosse gratuito (Grimsrud, 2002).

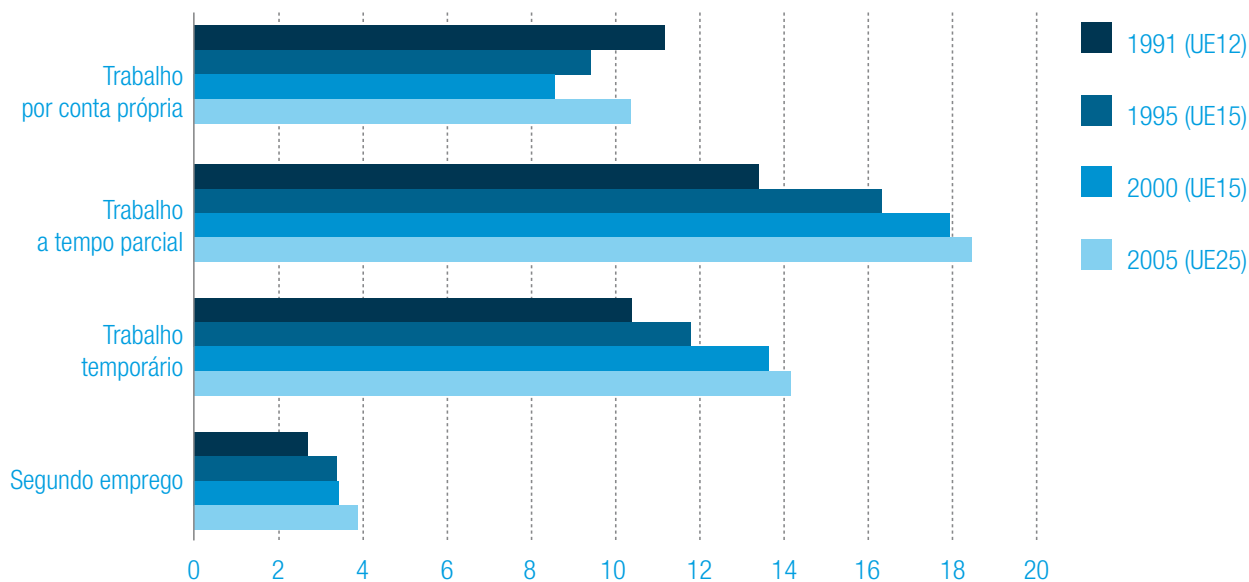
Figura 7.3: Estado laboral como percentagem do emprego total em todas as regiões em 2007.



As situações de familiares que contribuem com trabalho e trabalhadores por conta própria são, pela sua natureza, formas de trabalho precário.

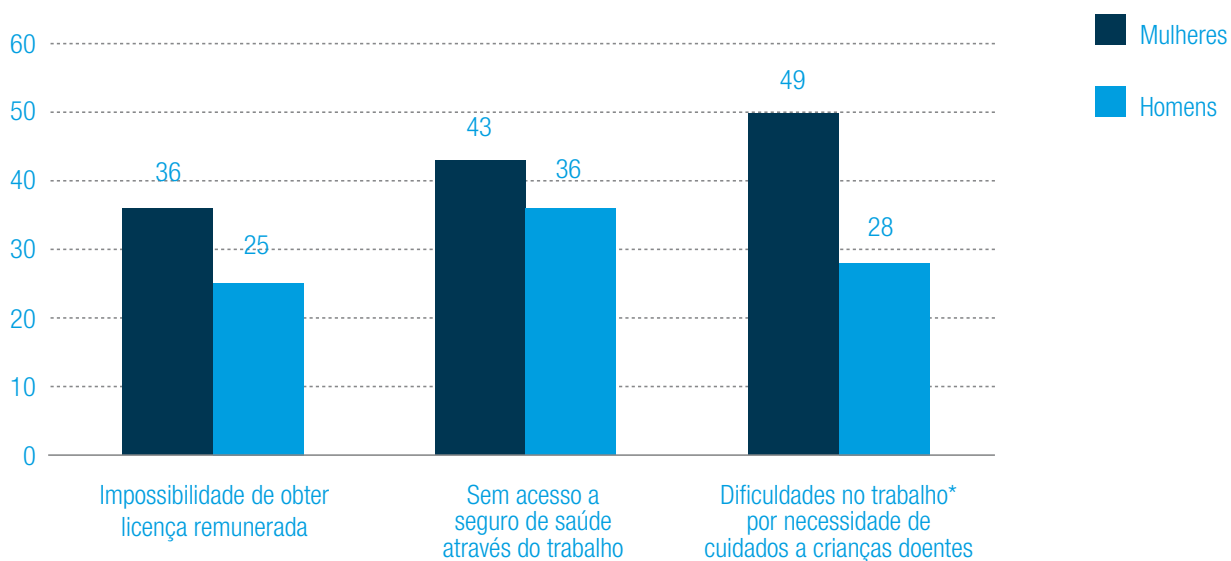
Reimpresso, com autorização do autor, da OIT (2008).

Figura 7.4: Emprego não convencional na União Europeia (percentagens).



Reimpresso, com autorização do autor, de Parent-Thirion et al. (2007).

Figura 7.5: Desigualdades de género nas condições de trabalho.



* Dificuldades no trabalho: salário perdido, oportunidades de promoção perdidas ou dificuldade em manter empregos.
 Adaptado de Heymann (2006). Percentagens médias baseadas em países escolhidos.

CRIAÇÃO DE EMPREGO JUSTO⁵ E TRABALHO DIGNO⁶

É positivo, tanto para a economia como para a igualdade na saúde, tornar a promoção do emprego justo e trabalho digno como ponto central de atenção das agendas de políticas e estratégias de desenvolvimento dos países. O desenvolvimento, implementação e aplicação de leis, políticas, padrões e condições de trabalho para promover a saúde de qualidade devem incluir os governos, empregadores, trabalhadores e candidatos a emprego. Uma acção deste carácter, a nível nacional, também exigirá esforços para a criação um ambiente económico global mais favorável.

A Comissão recomenda que:

7.1. O emprego pleno e justo e o trabalho digno se tornem um objectivo partilhado das instituições internacionais e uma parte central das agendas de políticas nacionais e estratégias de desenvolvimento, com representação reforçada dos trabalhadores na criação de políticas, legislação e programas relativos ao emprego e trabalho (ver Recomendações 10.2; 14.3; 15.2).

Um ambiente internacional favorável

O nível e condições da actividade laboral são crescentemente determinados pelos desenvolvimentos económicos a nível global, particularmente em países de rendimento baixo e médio. Assim, a implementação das recomendações da Comissão está criticamente dependente de mudanças no funcionamento da economia global, tanto para promover e sustentar o pleno emprego a nível global, como para apoiar as políticas económicas a nível nacional que contribuam para a criação de trabalho justo e digno. Isto implica uma necessidade de mudança na interacção das economias nacionais com os mercados globais e nas actividades das instituições internacionais, por exemplo, acordos da Organização Mundial do Comércio (OMC) e programas do Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM) (ver Capítulos 12 e 15: *Responsabilidade de mercado; Administração global competente*). É imperativo que as entidades da ONU e outras agências internacionais que lidem com os direitos dos trabalhadores, tenham o poder de influenciar a adopção de práticas de emprego justo entre os Estados-membros. Apesar de necessária mais consideração e análise de opções de política específicas e modelos de desenvolvimento, as medidas que podem contribuir potencialmente para este processo podem incluir as seguintes:

- Limitações de mercado directas:
 - dependência reduzida de capitais externos através de regulação eficaz do sector financeiro, uso apropriado de controlos de capital e medidas para mobilizar e reter o capital doméstico;
- Limitações competitivas:
 - fim ao *dumping* de produtos em mercados de países de rendimento baixo e médio com preços inferiores ao custo de produção;
 - gradação dos padrões de trabalho exigidos e convergência para níveis superiores ao longo do tempo;
 - um fim da subida de tarifas alfandegárias aplicadas a exportações de países de rendimento baixo e médio;
 - educação da dependência de mercados exportadores, através da promoção da produção de bens para o mercado doméstico;
 - promoção do comércio entre regiões em países de rendimento baixo e médio, incluindo a criação e reforço de acordos de comércio regionais;
 - encorajamento da redução do horário de trabalho em países de rendimento elevado;
- Acordos internacionais:
 - ênfase crescente no Tratamento Especial e Diferenciado de países de rendimento baixo e médio em futuros Acordos da OMC;
 - fornecimentos de salvaguarda mais fortes em Acordos da OMC e acordos bilaterais e comerciais, no que concerne a saúde pública;
 - crescente acesso por países de rendimento baixo e médio (sobretudo os de menor dimensão) ao Mecanismo de Resolução de Conflitos da OMC.

A maioria destas medidas exige acção a nível internacional, quer mudanças pontuais por governos individuais (em caso de aumentos ou mudanças das condições ligadas a apoio de doadores) ou acção colectiva mediada por instituições internacionais.

EMPREGO JUSTO E TRABALHO DIGNO : ÁREA DE ACÇÃO 7.1

Tornar o emprego pleno e justo e trabalho digno um objectivo central na elaboração de políticas sociais e económicas internacionais.

⁵ O termo “emprego justo” complementa o conceito de “trabalho digno”. Abrange uma perspectiva de saúde pública na qual as relações de emprego, bem como todos os comportamentos, resultados, práticas e instituições que surgem ou afectam a relação laboral, têm de ser entendidas como factor chave na qualidade de saúde dos trabalhadores. O emprego justo implica uma relação justa entre empregadores e trabalhadores.

⁶ O trabalho digno inclui oportunidades de trabalho produtivo e com rendimento justo, segurança no local de trabalho e protecção social para as famílias; melhores perspectivas de desenvolvimento pessoal e integração social; liberdade das pessoas para expressão das suas preocupações, organização e participação nas decisões que afectam as suas vidas; e igualdade de oportunidade e tratamento para todas as mulheres e homens.

Representação justa dos trabalhadores no desenvolvimento da agenda de políticas nacional

Até à data, um número relativamente reduzido de países integrou o emprego e condições laborais nas suas políticas económicas e sociais. Para que tal aconteça, há que reformular o equilíbrio de poder entre as entidades privadas e públicas. A liderança do sector público é crítica, a nível nacional e global, e exige mecanismos que reforcem a representação de todos os trabalhadores e candidatos a emprego na criação de políticas, legislação e programas relacionados com trabalho e emprego.

Historicamente, a participação dos trabalhadores tem sido positivamente ligada ao desenvolvimento de direitos de trabalho colectivos, o movimento laboral e as políticas e mercado de trabalho desenvolvidos pelos Estados Providência modernos (Caixa 7.1).

Os sindicatos são veículos poderosos através dos quais a protecção dos trabalhadores, a nível nacional e internacional, pode ser colectivamente negociada (ver também Capítulos 12 e 13: *Responsabilidade de mercado; Igualdade de género*). É importante que os governos assumam a responsabilidade de assegurar a participação real dos agentes sociais menos poderosos, assegurando a garantia pelo Estado ao direito de acção colectiva por parte dos trabalhadores formais e informais (Caixa 7.2).

A Comissão recomenda que:

7.2. Os governos nacionais desenvolvam e implementem políticas económicas e sociais que forneçam trabalho estável e um salário que considere o custo de vida real e actualizado para a saúde (ver Recomendações 8.1; 13.5).

CAIXA 7.1: TRABALHO E SAÚDE POR ENTRE OS ‘SEM TERRA’ E A POPULAÇÃO AGRÍCOLA DE PEQUENAS PROPRIEDADES NO BRASIL

No Brasil, 45% da terra agrícola é detida por cerca de 1% dos proprietários, enquanto aproximadamente 50% dos proprietários detêm, em conjunto, apenas 2% de toda a terra cultivável. Cerca de 31 milhões de cidadãos estrangeiros (18,8% da população total), habita em zonas rurais. Estas pessoas, conhecidas por “agregados”⁷ são extremamente pobres e registam taxas elevadas de diversos problemas psicossociais, educacionais e de saúde.

Em 1984, as famílias sem terra organizaram o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). O MST é, provavelmente, o maior movimento social na América Latina, com cerca de 1,5 milhões de membros. O seu principal sucesso tem reflexo no número crescente de famílias sem terra que recebeu o seu pedaço de solo, subindo de poucos milhares para mais de 300.000 em 2.000 povoações.

A pesquisa realizada demonstra que os membros das comunidades do MST gozam de melhor saúde que os restantes trabalhadores agrícolas. A melhoria na saúde dos membros da comunidade MST foi atribuída a uma maior produção de gado, melhor nutrição (parcialmente devida a uma maior variedade de produtos), apoio pela comunidade em caso de necessidade e envolvimento directo nas decisões da comunidade.

O MST tem limitações, mas, desde a sua criação, agiu como catalisador para a reforma, não apenas agrária, mas também na saúde, com impacto directo nas decisões do governo, influência nas políticas públicas e um papel activo no conselho da sociedade civil da Alternativa Bolivariana para as Américas.

Fonte: EMCONET, 2007.

CAIXA 7.2: NEPAL – TRABALHO INFANTIL

Os sindicatos Nepaleses têm vindo a recolher informação e elaborar políticas e incluíram o problema do trabalho infantil nos seus programas de educação dos trabalhadores. Um problema chave no Nepal é a servidão por dívida⁷. Isto também afecta crianças, uma vez que famílias inteiras estão obrigadas pelo sistema kamaiya. Os sindicatos, juntamente com grupos da sociedade civil, persuadiram o governo de que este sistema devia ser extinto e foi formalmente abolido em 2000. A decisão do governo permitiu um novo começo – todas as dívidas que eram a base para a servidão foram declaradas ilegais. Para assegurar

que os antigos kamaiyas não caíssem novamente em tais níveis de pobreza e necessidade, os sindicatos trabalharam com o governo para desenvolver duas medidas importantes de protecção: o salário mínimo para trabalhadores agrícolas e o direito dos sindicatos se organizarem na economia informal, incluindo o sector informal da agricultura. Estes foram dois passos importantes que os sindicatos sentem que poderiam não ter alcançado sem a sua forte posição dentro do movimento do trabalho infantil.

Fonte: Grimsrud, 2002.

⁷ *Kamaiya* é um sistema tradicional de servidão por dívida no Nepal. As pessoas afectadas por este sistema também são chamadas de *kamaiya* ou *kamaiyas*. Tradicionalmente, as pessoas sem terra ou trabalho podiam obter empréstimos dos proprietários, permitindo-lhes alimentar-se e sobreviver. Em troca, tinham de viver e trabalhar na terra do proprietário em condições de quase escravatura. As dívidas eram cobradas de forma exorbitante e famílias inteiras eram forçadas a trabalhar como escravos durante anos, por vezes gerações. O sistema *kamaiya* existiu, em particular, no oeste do Nepal e afectou, sobretudo, o povo *Tharu* e *Dalits* (“intocáveis”).

Rumo ao emprego pleno

No encontro global da Assembleia Geral da ONU de 2005, os governos reafirmaram o seu compromisso para com a criação de emprego pleno e trabalho digno como uma das vias críticas para vencer o desafio da pobreza persistente em todo o mundo. O emprego pleno e produtivo e o trabalho digno para todos também foram introduzidos como novo alvo sob o ODM 1 como forma de reduzir pela metade o número de pessoas a viver em pobreza extrema até 2015. Contudo, apesar de os governos terem decidido tornar a criação de pleno emprego e trabalho digno um objectivo central das políticas nacionais e internacionais (ONU, 2005), este compromisso não surgiu de forma sustentada.

A concretização deste objectivo é uma tarefa complexa, exigindo políticas económicas e sociais integradas e mecanismos diferentes para contextos nacionais diferentes. Isto pode incluir acção a nível doméstico direccionada directamente à criação de emprego, por exemplo, através de obras públicas de trabalho intensivo, políticas de aquisição locais, expansão de programas de criação de rendimento e apoio a pequenas e médias empresas. A criação, pelo estado, de um determinado número de empregos é um ponto de partida, o que tem diferentes implicações para países em estádios diferentes de desenvolvimento. Em regiões com salários baixos, como a Índia, onde a capacidade infra-estrutural e administrativa costuma existir, o trabalho fornecido pelo estado pode ajudar as pessoas a elevar-se acima da linha de pobreza (Caixa 7.3).

Em muitos países da OCDE, onde a maior parte da força de trabalho é formal e onde há uma taxa de desemprego

relativamente baixa, os governos estão a tentar concretizar o objectivo de emprego pleno, primeiro, encorajando os candidatos a emprego a ser mais activos nos seus esforços de encontrar trabalho – através do apoio à procura de emprego, serviços como informação e assistência na colocação, aconselhamento individualizado e aconselhamento e formação vocacional – e segundo, exigindo contacto com os serviços de emprego e participação em programas, após um certo período de desemprego (OECD, 2005).

Salário saudável

O pagamento de um salário razoável que reflecta o custo de vida real actualizado exige políticas económicas e sociais regularmente actualizadas e que se baseiam nos custos derivados das necessidades de saúde, incluindo alimentação nutritiva adequada, habitação, água e saneamento e participação social (Morris & Deeming, 2004). Em países de rendimento baixo, a vantagem competitiva está muito dependente de baixos custos laborais, o que pode ser comprometido se o pagamento de um salário digno e regularmente actualizado se tornar uma obrigação legal. Por conseguinte, é conveniente que:

- os governos, juntamente com investigadores de saúde pública e políticas sociais, explorem mecanismos para avaliar o custo de uma vida saudável, de modo a calcular o nível de salário razoável em cada país (Caixa 7.4);
- para alcançar o emprego com saúde de forma equitativa entre países, os governos devem, como primeiro passo, explorar mecanismos para criar acordos de salários entre países, inicialmente a nível regional.

CAXA 7.3: PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE EMPREGO RURAL INDIANO

A Lei Nacional de Garantia de Emprego Rural de 2005 obriga o governo Indiano a fornecer uma rede de segurança para os lares agregados familiares empobrecidos, através da garantia de 100 dias de trabalho, com salário mínimo, a um membro da família por agregado.

Apesar da sua implementação ser relativamente recente e de ter existido dificuldades funcionais, existem provas que demonstram que teve um impacto positivo em vários estados onde foi devidamente implementado. Conferiu segurança de salário às famílias rurais pobres, ajudou à capacitação económica das mulheres e criou bens públicos. No Rajastão, onde a consciência pública do programa é alta, foram fornecidos 77 dias de emprego por agregado familiar rural em 2006/07. No Uttar Pradesh,

observam-se grandes melhorias nas obras públicas, ao mesmo tempo que aumentou o emprego; os salários mínimos estão a ser pagos, os atrasos nos pagamentos foram reduzidos e a exploração por empreiteiros privados está a ser eliminada.

Isto não significa negar que o programa tem tido as suas dificuldades, mas as salvaguardas de transparência e a capacidade de aplicação dos procedimentos têm sido críticas na concretização do progresso alcançado. Existe também a necessidade de rever com justiça as tabelas de pagamento e alargar o número de dias e membros da família incluídos. Para assegurar a inclusão social, são necessárias instalações nos locais de trabalho para mulheres com filhos.

Fonte: The Hindu, 2008; Ganesh-Kumar et al., 2004.

EMPREGO JUSTO E TRABALHO DIGNO : ÁREA DE ACÇÃO 7.2

A concretização da igualdade na saúde exige trabalho seguro, estável e com remuneração justa, oportunidades de trabalho o ano todo e um equilíbrio entre a vida profissional e pessoal saudável para todos.

Formação para o trabalho

Uma parte crucial de uma abordagem política multifacetada ao emprego pleno e justo consiste em assegurar que as pessoas desempregadas ou que estão a mudar de emprego recebem ajuda na obtenção das ferramentas e atributos necessários para participar em actividades laborais de qualidade. Isto exige a criação de parcerias entre governos e ONGs para o desenvolvimento de um conjunto alargado de programas que satisfaçam as necessidades de populações distintas, tais como pessoas portadoras de deficiência ou os desempregados de longa duração. O conteúdo e transmissão de formação vocacional devem satisfazer as necessidades da comunidade e, particularmente à medida que a força de trabalho envelhece, tornam-se necessárias novas oportunidades de formação que satisfaçam as necessidades dos mais velhos. O sistema da “flexi-segurança” da Dinamarca está entre os mais bem sucedidos na formação dos seus recursos humanos para assegurar a empregabilidade (Caixa 7.5).

Condições de trabalho seguras e dignas

A natureza do emprego e as condições de trabalho a que as pessoas são expostas tem um grande impacto na saúde e sua distribuição social. O trabalho deve ser justo e digno e o Estado desempenha um papel fundamental na redução e mitigação dos efeitos de saúde negativos causados por condições de trabalho e emprego impróprias.

A Comissão recomenda que:

7.3. A capacidade pública seja reforçada para implementar mecanismos reguladores de promoção e aplicação dos padrões de emprego justo e trabalho digno a todos os trabalhadores (ver Recomendação 12.3).

Padrões de trabalho

Os quatro princípios fundamentais – liberdade de associação e reconhecimento real do direito à negociação colectiva; proibição do trabalho forçado; a abolição efectiva do trabalho infantil; e a não discriminação no emprego – fundamentos de muitos padrões da OIT, são a base do emprego justo e trabalho

digno. A aplicação pelas agências governamentais de padrões e códigos de trabalho internacionalmente acordados (ILOLEX, 2007) é um passo essencial na direcção da saúde e igualdade na saúde. Se, além disso, os padrões de trabalho básicos forem aplicados, como o salário igual para mulheres e homens, existe potencial para reduzir significativamente a desigualdade de género (ver Capítulo 13: *Igualdade de Género*).

Os efeitos das empresas multinacionais sobre o emprego e as condições de trabalho e a natureza internacional do trabalho são um forte argumento para um mecanismo internacional que apoie os governos nacionais na ratificação e implementação dos padrões de trabalho centrais (ver Capítulo 12: *Responsabilidade de mercado*). O desenvolvimento da capacidade administrativa, infra-estruturas e apoio financeiro para concretizar as recomendações tem de ser apoiado de forma coerente pela OIT e OMS com os doadores e a representação dos trabalhadores formais e informais (ver Capítulo 15: *Administração global competente*). A capacidade dos países de baixo rendimento para assegurar a aplicação dos regulamentos laborais pode ser relativamente limitada, particularmente quando considerada num contexto mais vasto de recomendações feitas pela Comissão. Os padrões de trabalho devem ser hierarquizados de acordo com os níveis de desenvolvimento económico, mas cobrindo, pelo menos, os quatro princípios fundamentais referidos devendo considerar-se a possibilidade de implementação, num país em particular, de um qualquer mecanismo de aplicação internacional. Uma vez estabelecidos os quatro princípios básicos, os padrões de trabalho devem ser objecto de um processo planeado de tendência crescente (de aumento da exigência) ao longo do tempo, para evitar efeitos adversos.

Um objectivo a longo prazo para os países deve ser o desenvolvimento e a implementação progressiva de códigos de conduta vinculativos em relação ao trabalho e SHST de fornecedores nacionais e internacionais. Do mesmo modo, a criação de regulamentos de informação nacionais para as empresas – identificação clara de onde os produtos e seus componentes foram produzidos e em que condições (EMCONET, 2007) –, como objectivo político de longo prazo,

CAIXA 7.4: RENDIMENTO ESSENCIAL PARA UMA VIDA SAUDÁVEL

Foi realizada, no Reino Unido, uma avaliação do custo de vida por entre homens solteiros e saudáveis, com idades entre 18 e 30 anos, que habitavam longe da sua família e subsistiam de forma independente. Com base em provas previamente acordadas, foi atribuído um preço a um cabaz de bens considerados necessários para um dia-a-dia saudável, incluindo alimentação e actividade física, habitação, serviços domésticos, produtos para a casa, transporte, roupa e calçado, custos de educação, gastos pessoais, cuidados pessoais e médicos, poupanças e fundos de pensão não-governamentais e bens e actividades de lazer, incluindo relações sociais. O custo total foi considerado indicativo do rendimento disponível mínimo que é, actualmente, essencial para a saúde.

O custo mínimo de uma vida saudável foi estimado em 131,86 libras esterlinas (£) por semana (com base nos preços de Abril de 1999). Os custos componentes,

sobretudo com habitação (que representa cerca de 40% do total), dependiam da região geográfica e de diversas premissas. Na sociedade de hoje, o rendimento disponível que cubra este custo mínimo pode ser considerado uma pré-requisito para a saúde. O pagamento do salário mínimo nacional em Abril de 1999, de £3 por hora para indivíduos dos 18 a 21 anos e £3,6 para indivíduos com mais de 22 anos, traduz-se num rendimento semanal disponível de £105,84 e £121,12, respectivamente, por uma semana de trabalho de 38 horas, após deduções fiscais e segurança social. Para indivíduos dos 18 a 21 anos, teriam de ser trabalhadas 51 horas e para indivíduos com mais de 22 anos, 42,50 horas, para ganhar o rendimento necessário para cobrir os custos mínimos de uma vida saudável.

Fonte: Morris et al., 2000.

pode contribuir globalmente para o emprego e condições de trabalho equitativas.

Apesar de um número considerável de empresas multinacionais ter adoptado voluntariamente códigos de conduta e alegadamente insistir nas mesmas práticas de trabalho para todas as filiais da sua empresa, por todo o Mundo (http://www.jnj.com/community/policies/global_labor.htm), isto representa uma resposta limitada à tarefa gigantesca que importa concretizar. Como ponto de partida, a monitorização regular, pelo sector público, dos códigos de conduta voluntários do sector privado, no que toca a padrões de trabalho e SHST, pode ajudar a reforçar o seu impacto e assegurar a responsabilização daquelas entidades (ver Capítulo 12: *Responsabilidade de mercado*). Também devem considerar-se alterações ao direito das sociedades para mudança da função primária das empresas cotadas na bolsa, da maximização do lucro puro dos accionistas para um conjunto mais amplo de objectivos sociais e ambientais, incluindo o emprego. Contudo, tais medidas têm de ser coordenadas internacionalmente, de modo a impedir a migração das empresas dos países que façam essa alteração ou impedir que as empresas em países que mantêm o princípio de maximização de lucro se sobreponham às de países que adoptem uma função primária diferente. Da mesma forma que, durante as duas décadas passadas, o movimento ambiental foi bem sucedido ao aumentar a responsabilização das empresas privadas na degradação ambiental, um esforço semelhante é agora necessário para obter emprego justo e trabalho digno.

Equilíbrio entre vida profissional e vida privada

Reconhece-se crescentemente que o excesso de trabalho e consequente desequilíbrio entre a vida profissional e a vida privada tem efeitos negativos para a saúde e o bem-estar (Felstead et al., 2002). Reequilibrar o trabalho e a vida privada exige apoio legislativo e relativo às políticas do governo, que permitam que os pais tenham o direito de tomar conta dos seus filhos, e a garantia de cuidados às crianças independentemente da capacidade financeira, para além de benefícios como horário de trabalho flexível, férias pagas, licença de maternidade e paternidade, emprego partilhado e licença prolongada (Lundberg et al., 2007). Este tipo de políticas já começou a ser implementado, sobretudo em países de rendimento elevado. Os trabalhadores informais, como acontece com outras legislações de protecção, são excluídos destes benefícios. É chegado o momento dos governos, com a participação dos trabalhadores, tanto formais como informais, desenvolver incentivos para promoção das políticas de equilíbrio de vida profissional e privada apoiar e políticas de protecção social (ver Capítulo 8: *Protecção Social ao Longo da Vida*), que incluam mecanismos claros para financiamento e responsabilização.

CAIXA 7.5: FLEXI-SEGURANÇA E APRENDIZAGEM AO LONGO DE TODO O CICLO DE VIDA NA DINAMARCA

O mercado de trabalho Dinamarquês é tão flexível quanto o Britânico, ao mesmo tempo que oferece aos trabalhadores o mesmo nível de segurança que o Sueco. Regras flexíveis de emprego, políticas de mercado de trabalho activas com o direito e dever de formação e ofertas de emprego, benefícios relativamente altos e um ciclo negocial favorável que dura há uma década, têm sido as explicações dadas para este desenvolvimento. Existem quatro elementos de flexi-segurança no contexto Dinamarquês:

Mercado de trabalho flexível;

Sistemas de segurança social generosos;

Formação ao longo de todo o ciclo de vida;

Políticas de mercado laboral activas.

Na aprendizagem ao longo da vida, os parceiros sociais estão grandemente envolvidos e institucionalmente empenhados no planeamento e implementação de políticas da educação, nomeadamente políticas de formação vocacional contínua (FVC). Uma característica institucional específica da política FVC Dinamarquesa consiste em providenciar serviços e formação tanto para os empregados como os desempregados. Sob a responsabilidade formal do Ministério do Trabalho (agora Ministério da Educação), mas administrado

largamente pelos parceiros sociais, a FVC para trabalhadores não especializados foi criada em 1960 e um sistema semelhante foi criado para os trabalhadores especializados em 1965. Desde o fim dos anos 80, os instrumentos de regulamentação colectiva incluem também acordos sobre a educação, geralmente dando aos trabalhadores uma licença de duas semanas por ano para participação em acções de formação relevante para o trabalho.

O Estado é o principal financiador do sistema, que liberta as empresas dos custos da formação e educação e indirectamente, serve como subsídio governamental para a competitividade da indústria Dinamarquesa. Em parte como resultado deste acordo de financiamento e dos extensos direitos de participação na FVC, a Dinamarca encontra-se, há muitos anos, entre os melhores países Europeus em termos de participação em actividades desta área. Uma vez que o sistema de FVC é predominantemente financiado pelo orçamento público, as actividades desenvolvem capacidades mais gerais que as orientadas para o desempenho de funções nas empresas, que são mais facilmente transferíveis no mercado de trabalho externo e melhoram a flexibilidade funcional dos mercados de trabalho internos.

Fonte: Madsen, 2006.

Trabalho precário

O domínio global do trabalho precário, com as inseguranças que lhe estão associadas (Wilthagen et al., 2003), contribuiu significativamente para a falta de saúde e desigualdades na saúde. A maioria da força de trabalho do Mundo é informal e encontra-se numa posição extremamente precária. Dada a relação entre empregos precários e pobreza, as mulheres e as suas famílias serão beneficiadas por políticas que abordem os problemas da insegurança no emprego, salários baixos e discriminação de género no trabalho informal (ver Capítulo 13: *Igualdade de género*). É também de notar o número crescente de trabalhadores migrantes a nível internacional. Apesar de muitos serem altamente especializados, um grande número de migrantes, em especial migrantes ilegais, depara-se com condições de vida más e sem protecção, frequentemente no sector informal. Actualmente, estão a ser impostas barreiras à mobilidade entre potenciais migrantes e a procura de mão-de-obra estrangeira em países receptores (ver Capítulo 9: *Cuidados de saúde universais*), o que, aliado à falta de oportunidades económicas dentro dos países, conduziu à imigração ilegal e ao tráfico de pessoas como negócio lucrativo, à custa de graves violações de direitos humanos básicos (OIT, 2006b).

A Comissão recomenda que:

- 7.4. **Os governos reduzam a insegurança das pessoas com contratos de trabalho precários, incluindo trabalho informal, trabalho temporário e trabalho a tempo parcial, através de políticas e legislação que assegurem que os salários se baseiam no custo de vida real, segurança social e apoio para os pais (ver Recomendação 8.3).**

Legislação para protecção de trabalhadores precários

São necessárias políticas e legislação oficiais com vista ao aumento da segurança em diferentes condições laborais, avançando progressivamente na direcção de uma maior estabilidade dentro das diferentes dimensões do trabalho. Alguns governos estão a explorar internacionalmente formas de reforço dos controlos legislativos sobre a redução de pessoal, subcontratação e contratação de serviços externos (incluindo a legislação de cadeias de fornecimento) e desenvolvimento de leis que limitem a utilização de trabalho precário (Caixa 7.6).

CAIXA 7.6: REFORÇO DO CONTROLO PELOS GOVERNOS DA SUBCONTRATAÇÃO

A produção na economia global é composta por uma rede cada vez mais complexa de acordos contratuais de cadeias de fornecimento. A prática comercial moderna, sobretudo entre grandes empresas, depende fortemente da contratação de serviços externos de produção de bens e serviços a outras empresas ou locais distantes, incluindo a nível internacional. A contratação de serviços externos surge através de uma diversos acordos de subcontratação, incluindo a prestação de serviços de actividade laboral e fornecimento total ou parcial de serviços e bens. A subcontratação pode ser hierarquizada, envolvendo numerosos passos entre o produtor de um bem ou serviço e o cliente final. Os subcontratados incluem outras empresas, pequenos negócios e trabalhadores por conta própria. Os estudos internacionais realizados encontraram provas surpreendentes dos efeitos directos da subcontratação na deterioração de SHST. Os riscos de SHST ligados à subcontratação incluem pressões financeiras ou de corte de custos sobre os subcontratados, desorganização ou dissolução da gestão de SHST e controlos legislativos desadequados.

A estrutura legal e a reacção dos governos e do sector industrial a estes problemas varia enormemente e tem sido descoordenada e desadequada. Os governos começaram recentemente a explorar a legislação aplicável às cadeias de fornecimento como meio de abordar a deslocação dos riscos associada com redes complexas de subcontratação. A organização

no topo da cadeia de fornecimento costuma deter controlo substancial sobre as partes que contrata para a condução das tarefas, que se manifesta na dependência financeira dos subcontratados (para trabalho futuro), e nos termos dos contratos celebrados entre a empresa contratante e os seus fornecedores para assegurar quantidade, qualidade, cumprimento de prazos e orçamentos e responsabilização perante a lei. Ao contrário das leis de protecção social, este controlo legislativo privado ultrapassa fronteiras internacionais. Ainda assim, a regulação destes contratos pelos governos, cobrindo cada passo e concentrando a responsabilidade no topo da cadeia de fornecimento, pode determinar as condições, incluindo de SHST, sob as quais o trabalho é desempenhado. Tal enquadramento requer apoio internacional.

Na Austrália, leis que integram a actividade laboral (remuneração, período de trabalho), padrões de SHST, direitos de compensação dos trabalhadores e mecanismos subjacentes (incluindo normas de aplicação obrigatória) com o objectivo de transmissão das responsabilidades legais para o topo da cadeia de fornecimento foram aprovadas, para proteger os camionistas e os trabalhadores do sector têxtil que desenvolvam trabalho doméstico. Um sistema de licenciamento obrigatório que abrange agências de trabalho agrícola, hortícola e de processamento alimentar foi criado no Reino Unido.

Fonte: EMCONET, 2007.

A contribuição da economia informal para a igualdade na saúde

O sector informal encerra grande potencial para influenciar a igualdade na saúde sobre – e para além dos – efeitos resultantes de melhorias nas condições de trabalho. A inclusão das empresas informais nos sistemas de fiscais conferiria aos governos receitas que podiam ser empregues para o bem público e, conseqüentemente, traria benefícios para a saúde (Gordon & Lei, 2005). A acção conduzida pelo governo, como os exemplos que se seguem, pode auxiliar as empresas informais na sua contribuição para o desenvolvimento do país em causa:

- desenvolvimento de legislação e regulamentação de protecção das condições de trabalho, salários, SHST e outros benefícios por entre os trabalhadores informais;
- extensão dos padrões laborais e sua aplicação pelo governo, empregadores e organizações de trabalhadores a todos os trabalhadores informais;
- desenvolvimento de políticas, pelos governos nacionais e locais, tendo como alvo a inclusão de negócios informais no sector formal, como gradientes especiais na tributação que encorajem o registo de empresas pequenas e de base doméstica.

CAIXA 7.7: VESTUÁRIO COM JUSTIÇA – ACÇÃO CONJUNTA DE TRABALHADORES E SOCIEDADE CIVIL

Ao longo da última década, o movimento anti-exploração dos trabalhadores tornou-se uma entidade de vigilância e um rede de defesa internacional de grande impacto. As grandes empresas de vestuário são alvos vulneráveis para o activismo anti-exploração de trabalhadores. A sua filosofia de funcionamento de favorecimento absoluto das vendas obriga-as a sobreviver em mercados altamente competitivos. Para fazer lucro, têm de competir com outros vendedores por compradores mais voláteis (não fiéis a marcas) em busca de roupa de qualidade a preços baixos. Para manter e até melhorar as suas fatias de mercado e margens de lucro, contratam serviços externos de manufactura a países onde a mão-de-obra é barata e dedicam recursos consideráveis a marketing competitivo de imagem e marca. No mercado de contratação de serviços externos de manufactura de roupa parcamente regulamentado, o bem-estar dos trabalhadores é posto em risco pela necessidade de produção rápida e flexível para acompanhar a procura dos consumidores desejosos de produção de moda.

O movimento anti-exploração de trabalhadores utilizou a posição de imagem vulnerável e competitiva do mundo empresarial orientado para o consumidor para reivindicar a melhoria dos direitos dos trabalhadores e justiça social do sector do vestuário. Procurando lucros e uma boa imagem entre os consumidores, as empresas mais famosas de vestuário são agora forçadas a resolver os problemas de exploração dos trabalhadores.

Dois acontecimentos ocorridos em 1995 tiveram um impacto crucial na América do Norte: a criação da aliança União de Trabalhadores Têxteis, Industriais e Técnicos (Union of Needle, industrial and Technical Employees – UNITE!, agora, UNITE HERE!) e a

rusga policial a fábricas domésticas em situação de exploração laboral em El Monte, Califórnia. A UNITE! despoletou um novo activismo sindicalista que utiliza o poder dos consumidores para forçar a abertura da organização dos trabalhadores. A rusga de El Monte foi uma chamada de atenção para a sociedade civil e criou movimento significativo nos meios de comunicação, com efeitos de impacto futuro. Pouco tempo depois do acontecimento, o movimento anti-exploração dos trabalhadores ganhou notoriedade. Grupos de defesa na Internet, como o “Global Exchange”, usaram os seus talentos junto dos meios de comunicação para concentrar a sua atenção a do público nos líderes empresariais mais conhecidos. A antiga e nova sociedade civil juntaram-se à causa anti-exploração – organizações representando religiosas e de estudantes, institutos políticos, fundações, organizações de consumidores, organizações internacionais, sindicatos locais e globais, grupos relacionados com o trabalho, grupos específicos anti-exploração laboral, negócios opostos à exploração, investidores e organizações, redes e grupos humanitários e de direitos humanos internacionais. A cooperação pouco comum entre sindicatos e consumidores é digna de nota, como demonstrado pela campanha Fim à Exploração dos Trabalhadores (Stop Sweatshop) da UNITE! e Liga Nacional de Consumidores (National Consumers League) que conseguiu alcançar 50 milhões de consumidores à escala global. A campanha anti-exploração obteve sucesso considerável. Por exemplo, na Indonésia, os exportadores e produtores de têxteis e calçado estrangeiro aumentaram os ordenados em 20 a 25% mais depressa os de outras actividades.

Fonte: Micheletti & Stolle, 2007.

EMPREGO JUSTO E TRABALHO DIGNO : ÁREA DE ACÇÃO 7.3

Melhorar as condições de trabalho de todos os trabalhadores, de modo a reduzir a exposição a materiais perigosos, stress relacionado com o trabalho e comportamentos prejudiciais para a saúde.

Para muitos países de rendimento baixo e médio, o trabalho rumo à concretização de cada uma das recomendações acima referidas e relativas aos padrões laborais deve ser feita, reconhecendo-se que, em geral, o sector informal existe como consequência do peso excessivo da tributação no sector formal. Na ausência de mecanismos de protecção social eficazes, os indivíduos, que necessitam de um salário suficiente para a sua sobrevivência, são conduzidos ao sector informal. O sector informal consegue operar fora do alcance da regulamentação e tributação porque a capacidade administrativa das entidades oficiais é frequentemente desadequada para a aplicar eficazmente a dezenas ou centenas de milhar de microempresas e indivíduos que o constituem. Por outro lado, em muitos dos países mais pobres é provável que uma grande proporção de empresários no sector informal possuam níveis mínimos de educação e literacia, limitando gravemente a sua capacidade de adequação às exigências legais. Abordar os problemas legislativos da forma anteriormente descrita deve fazer parte de uma abordagem coerente de políticas económicas e sociais que inclua protecção social, educação e reforço do sector público (ver também Capítulos 5, 8, 10, 11, 15 e 16: *Igualdade desde o início; Protecção social ao longo do ciclo de vida; Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas; Financiamento justo; Administração global competente; Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*).

O papel dos trabalhadores e da sociedade civil na concretização de melhores condições laborais

As organizações de trabalhadores desempenham um papel crítico na protecção dos trabalhadores informais e têm vindo a melhorar a sua organização. Por exemplo, desde 1998, os trabalhadores informais têm sido representados no Senegal por uma federação autónoma, a Federação dos Trabalhadores Informais e Rurais. Os sindicatos no Equador e Panamá criaram departamentos para os trabalhadores rurais e membro de populações indígenas. No Benim e no Gana, funcionários públicos empregados a tempo inteiro estão encarregues da economia informal. No Canadá, os sindicatos nomearam Representantes do Programa Especial dos Sindicatos (Special Programme Union) de ambos os sexos, com poderes para organizar a actividade de trabalhadores atípicos. O exemplo dos Estados Unidos da América (Caixa 7.7) demonstra como a acção da comunidade pode constituir uma importante ajuda e impulsionar as medidas implementadas pelo governo. A colaboração da sociedade civil com os sindicatos, em especial onde os trabalhadores estão incapacitados de influenciar os empregadores ou problemas relacionados com o mercado, pode surtir efeitos poderosos.

CAIXA 7.8: ACÇÃO À ESCALA NACIONAL PARA ABORDAGEM DO STRESS NO ESPAÇO DE TRABALHO

A Comissão para a Saúde e Segurança (Health and Safety Commission) identificou o stress no trabalho como uma das suas maiores prioridades ao abrigo da Estratégia para a Saúde Ocupacional na Grã-Bretanha 2000: Revitalizando a Saúde e a Segurança (Occupational Health Strategy for Britain 2000: Revitalising Health and Safety), que pretende alcançar, até 2010, uma redução de 30% na incidência de dias de trabalho perdidos por doença do foro profissional ou acidente de trabalho; uma redução de 20% na incidência de indivíduos vítimas de saúde deficiente causada pelo trabalho; uma redução de 10% na taxa de acidentes de trabalho fatais ou graves.

Em 2004, o Organismo para a Saúde e Segurança do Reino Unido (United Kingdom Health and Safety Executive – HSE) criou padrões administrativos para o stress relacionado com trabalho. Estes padrões cobrem seis factores contributivos para o stress no trabalho: exigências, controlo, apoio, relações, responsabilidades e mudança. Foi publicada uma ferramenta de avaliação de riscos ao mesmo tempo que os padrões de gestão; é composta por 35 tópicos sobre condições laborais, que abrangem os seus factores causadores de stress. Os padrões de gestão da HSE adoptaram uma abordagem baseada na população no tratamento do stress no local de trabalho, destinada a reduzir os níveis dos factores de stress organizacionais, em lugar de identificar os trabalhadores individuais com elevados níveis de stress. Em vez de fixar valores de referência para

níveis aceitáveis de condições psicossociais de trabalho que todos os empregadores devem cumprir, os padrões estabeleceram alvos ideais que as organizações podem procurar alcançar.

Os padrões de gestão não são constituem um legislação original, mas podem ajudar os empregadores a cumprir o seu dever legal, de acordo com as Regulamentos Administrativos da Saúde e Segurança no Trabalho (Management of Health and Safety at Work Regulations), de 1999, de avaliação do risco de actividade de doença provocada por stress de origem laboral.

Como parte de um programa de implementação em três anos, em 2006/07, a HSE atribuiu activamente padrões administrativos a mil locais de trabalho, através do apoio à avaliação de riscos e planeamento de alterações baseadas nos seus resultados. Até agora, as avaliações em locais de trabalho que adoptaram a abordagem de padrões administrativos têm sido, sobretudo, qualitativas e estão a ser disponibilizados casos de estudo de qualidade através do site da HSE (www.hse.gov.uk/stress). Um inquérito de monitorização nacional foi conduzido em 2004, antes da introdução dos padrões administrativos, de modo a criar uma base para a futura monitorização das tendências nas condições psicossociais de trabalho.

Fonte: EMCONET, 2007.

Melhoria das condições de trabalho

As melhorias nos contratos de trabalho devem ser estruturadas segundo uma abordagem mais activa à qualidade do trabalho (EFILWC, 2007), através da melhoria das condições de trabalho.

A Comissão recomenda que:

- 7.5. A política e programas da SHST (Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho) sejam aplicadas a todos os trabalhadores, formais e informais, e que a série seja alargada de modo a incluir factores e comportamentos de stress relacionados com o trabalho, bem como a exposição a perigos materiais (ver Recomendação 9.1).**

Protecção para todos

O sector da saúde tem o papel e a responsabilidade de liderar a política de saúde ocupacional e o desenvolvimento de programas de forma a abranger os sectores formal e informal. Isto pode incluir:

- desenvolvimento e reforço da legislação, política e serviços de saúde para fornecimento de uma cobertura básica de SHST a todos os trabalhadores;
- desenvolvimento programas de formação ocupacional tendo por alvo os trabalhadores informais e relevantes movimentos sociais;
- definição da saúde dos trabalhadores como parte da função de cuidados de saúde primários do sistema de cuidados de saúde.

O trabalho de desenvolvimento, feito pelo governo nacional, empregadores, agências internacionais e trabalhadores, é necessário para incluir a componente da SHST nos programas de criação de emprego, regulação da subcontratação e contratação de serviços externos e acordos comerciais. A monitorização da sua implementação, particularmente através de uma aplicação reforçada de legislação e inspecção da saúde ocupacional, seria um passo inicial rumo à concretização de que as políticas e acordos de emprego com alcance global possam conduzir à saúde e igualdade na saúde.

Âmbito da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho no trabalho

Muitas políticas e programas de SHST do foro laboral ainda se concentram nas condições tradicionais de exposição no local de trabalho. No Canadá, por exemplo, a Lei de Protecção Ambiental Canadiana (Canadian Environmental Protection Act) de 1999, é a principal lei que regula as substâncias químicas no país. O Plano de Gestão de Químicos (Chemicals Management Plan), anunciado em Dezembro de 2006, e a estrutura política agora em vigor, pretendem avaliar os riscos para a saúde humana e ambiental provocados por substâncias químicas novas e existentes (ver www.chemicalsubstances.gc.ca). Apesar de tais políticas de SHST continuarem a ter uma importância crítica, sobretudo em países de rendimento baixo ou médio, a informação existente sugere a necessidade de expansão do alcance da SHST para inclusão do stress relacionado com o trabalho e comportamentos prejudiciais. O exemplo do Reino Unido (Caixa 7.8) demonstra como a colaboração entre empregadores e sindicatos pode desenvolver padrões relativos ao espaço de trabalho que reconhecem o ambiente psicossocial como componente legítimo e incontornável das condições de trabalho.

Ao assegurar o emprego justo e condições de trabalho dignas, governo, empregadores e trabalhadores podem ajudar a erradicar a pobreza, aliviar desigualdades sociais, reduzir a exposição a perigos físicos e psicossociais e melhorar as oportunidades para a saúde e bem-estar. Para mais, uma força de trabalho saudável é, indubitavelmente, um factor positivo para a produtividade.

CAPÍTULO 8

Protecção social ao longo do ciclo de vida

Todo o Homem tem o direito a um nível de vida adequado para a saúde e bem-estar de si próprio e sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos, os serviços sociais necessários e o direito à segurança em caso de desemprego, doença, incapacidade, viuvez, velhice ou outra ausência de meios de subsistência que ultrapasse o seu controlo.

Artigo 25(a) da Declaração Universal dos Direitos do Homem das Nações Unidas (ONU, 1948)

A RELAÇÃO ENTRE PROTECÇÃO SOCIAL E SAÚDE

Quatro em cinco pessoas no Mundo não têm o apoio de uma cobertura de segurança social básica (OIT, 2003). O alargamento da protecção social a todas as pessoas, dentro dos países e globalmente, será um enorme passo na garantia da igualdade na saúde dentro de uma geração. Esta não é apenas uma questão de justiça social; a protecção social pode ser instrumental na concretização de objectivos de desenvolvimento, ao invés de estar dependente da sua realização (McKinnon, 2007).

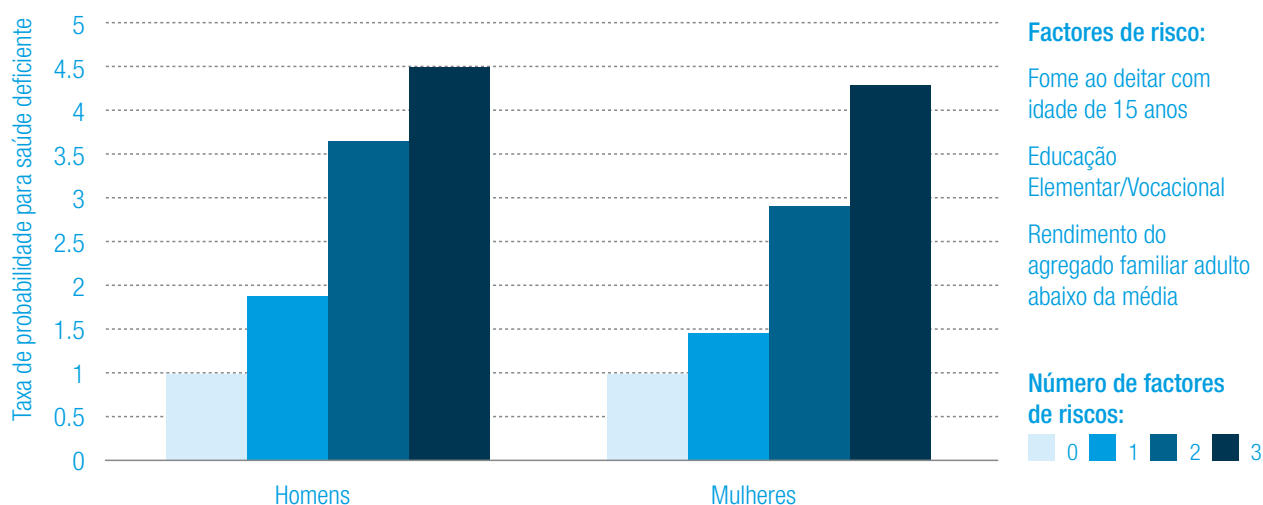
A protecção social pode cobrir uma vasta gama de serviços e benefícios, incluindo segurança do rendimento básico, direito a transferências diferentes de rendimento, como alimentação e outras necessidades básicas, serviços como cuidados de saúde

e educação (Van Ginneken, 2003) e protecção e benefícios laborais, como licença de maternidade, licença remunerada e prestação de cuidados a crianças. No presente capítulo, a Comissão concentra-se na segurança de rendimento. Tipicamente a segurança de rendimento fornece protecção em períodos da vida nos quais os indivíduos estão mais vulneráveis (como crianças, prestadores de cuidados a crianças e velhice) e em caso de choques específicos (como desemprego, doença ou incapacidade ou falecimento de quem garanta o sustento da casa). A protecção laboral específica e os benefícios relacionados com o trabalho são discutidos no Capítulo 7 (*Emprego justo e trabalho digno*), enquanto que a prestação e acesso a educação e saúde de qualidade são discutidos nos Capítulos 5 e 9 (*Igualdade desde o início; Cuidados de saúde universais*).

A importância da protecção social ao longo do ciclo de vida

A pobreza e baixo nível de vida são determinantes poderosos para a falta de saúde e desigualdade na saúde. Têm consequências significativas para o Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) e nos percursos de vida, entre outros, através das consequências da sobrepopulação, falta de condições mínimas de vida, bairros com pouca segurança, stress parental e falta de segurança alimentar. A pobreza das crianças e transmissão da pobreza de geração para geração são grandes obstáculos à melhoria da saúde da população e à redução das

Figura 8.1: Saúde deficiente auto-avaliada em idades superiores a 50 anos e acumulação de factores socioeconómicos de risco ao longo da vida em homens e mulheres Russos, em 2002.



Fonte: Nicholson et al., 2005.

desigualdades na saúde (ver Capítulo 5: *Igualdade desde o início*). A influência das condições de vida nos percursos de vida é vista, por exemplo, no efeito da saúde auto-avaliada em idades superiores a 50 anos, nos factores socioeconómicos de risco acumulados ao longo da vida (Figura 8.1).

Os sistemas de assistência social redistributivos, combinados com a capacidade dos indivíduos para subsistir através do seu trabalho, influenciam os níveis de pobreza (Lundberg et al., 2007). Apesar das provas dos efeitos destes sistemas serem provenientes, sobretudo, de países de rendimento elevado, onde os dados estão disponíveis e as políticas são aplicadas, demonstram mais amplamente o efeito potencial das políticas de protecção social. Nos países nórdicos, por exemplo, as taxas de pobreza após ponderação dos impostos e transferências são substancialmente mais baixas do que no Canadá, Reino Unido e Estados Unidos da América (apesar das taxas de pobreza serem semelhantes antes de serem tomados em conta impostos e transferências) (ver Figura 3.2 do Capítulo 3). Se os níveis de pobreza entre os grupos vulneráveis forem comparados, as variações na prevalência da pobreza entre estes países tornam-se ainda mais distintas. Como demonstra a Figura 8.2, as taxas de pobreza relativa nos países nórdicos entre pais solteiros, famílias com três ou mais filhos e indivíduos com mais de 65 anos são relativamente baixas. É importante sublinhar que esta diferença não se deve apenas à redistribuição do estado providência, mas a um efeito indirecto da sua instituição, nomeadamente a capacidade de cada um para subsistir saudavelmente no mercado de trabalho. Os sistemas de segurança social são vitais; também é vital um rendimento mínimo que seja suficiente para uma vida saudável e a protecção laboral (ver Capítulo 7: *Emprego justo e trabalho digno*).

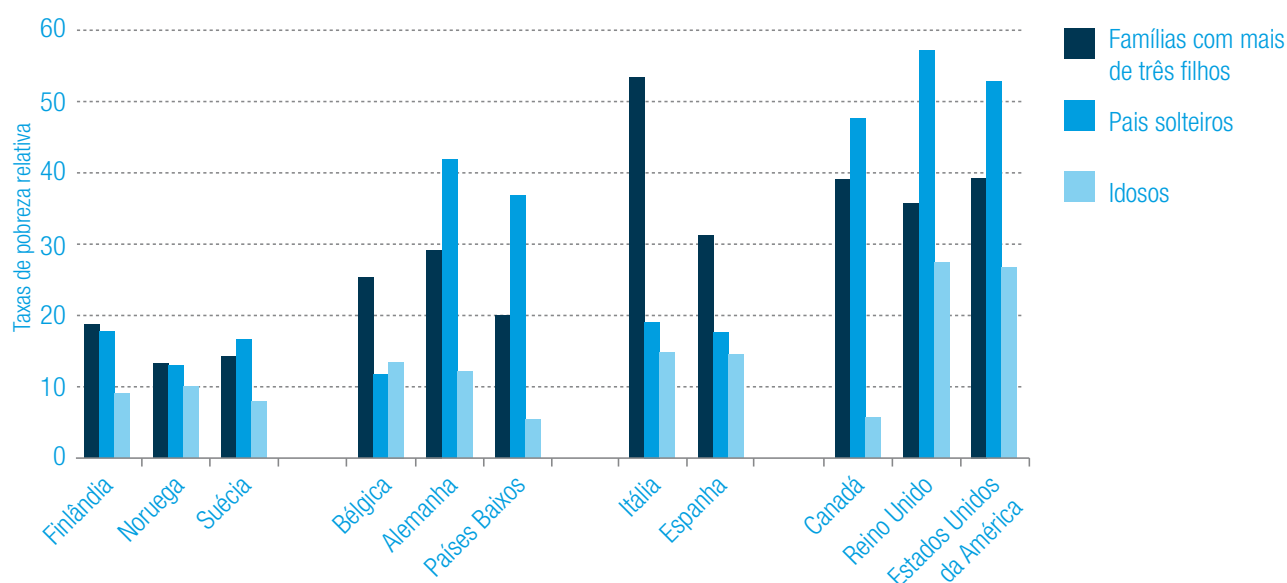
Os países com sistemas de protecção social mais generosos tendem a ter melhores resultados de saúde da população, pelo menos em países de rendimento elevado, onde os dados estão

disponíveis (Lundberg et al., 2007). Políticas familiares mais generosas, por exemplo, estão associadas a taxas de mortalidade infantil mais baixas (Figura 8.3). Do mesmo modo, países com maior cobertura e maior generosidade de pensões e seguros de saúde, de desemprego e de acidentes de trabalho (considerados em conjunto) têm uma Esperança de Vida à Nascimento (EVN) mais elevada (Lundberg et al., 2007) e países com planos de pensões mais generosos tendem a ter taxas de mortalidade na velhice mais baixas (Lundberg et al., 2007). Contudo, continuam a existir poucos dados sobre a relação das desigualdades na saúde dentro dos países e políticas de protecção social, sendo necessário maior investimento em fontes de dados e métodos comparáveis. Os dados existentes, de países de rendimento alto, demonstram que, apesar das desigualdades na mortalidade relativa não serem mais baixas em estados com sistemas de protecção social mais generosos e universais, os níveis de mortalidade absoluta entre os grupos carenciados aparentam ser mais reduzidos (Lundberg et al., 2007).

Protecção durante a vida activa

O pagamento de um salário decente e benefícios e protecções relacionados com o trabalho, incluindo compensação por incapacidade, acidente de trabalho ou doença profissional, licença de maternidade e benefícios de pensão (EMCONET, 2007) protegerá um número significativo de pessoas em todo o Mundo. Contudo, apenas uma pequena fracção dos recursos humanos no planeta é coberta por tais esquemas de protecção. Por exemplo, a maioria dos trabalhadores não recebe rendimento durante a ausência do trabalho por motivo de doença. Os trabalhadores que sofrem de incapacidade a longo prazo podem também perder capacidades importantes e encontrar dificuldades na procura de trabalho no futuro, ou pelo menos, em continuar a desempenhar as funções para as quais foram formados. Acresce que a transformação da

Figura 8.2: Taxas de pobreza relativa para três “categorias de risco social” em 11 países, por volta de 2000.



Limiar da pobreza = 60% do rendimento disponível médio. Escala de equivalência; Escala da OCDE.

Fonte dos dados: Estudo do Rendimento do Luxemburgo (LIS).

Reimpresso, com autorização dos autores, de Lundberg et al. (2007).

composição da força laboral, com uma crescente proporção de mulheres activas, muitas vezes em formas de trabalho precárias e informais sem protecção social, demonstra a importância da protecção social universal (EMCONET, 2007; WGEKN, 2007).

Vulnerabilidade e idosos

O envelhecimento da população global torna a satisfação das necessidades da segurança social um desafio cada vez mais importante. Nos próximos 45 anos, a população com idade igual e superior a 60 anos triplicará. Até 2050, um terço da população Europeia terá idade igual ou superior a 60 anos (UNDESA, Divisão da População, 2006). Em países de rendimento baixo e médio, a proporção de idosos cresce ainda mais rapidamente do que nos países de rendimento alto. Nestes países, os planos de pensão contributiva desempenham um pequeno papel, já que muitas pessoas trabalham no sector informal. Na África Subsariana e no Sul da Ásia, menos de 19% dos idosos têm uma pensão contributiva (HelpAge International, 2006a). Ao mesmo tempo, em muitos destes países, os acordos de segurança social tradicionais estão a enfraquecer (McKinnon, 2007). As famílias estão a ficar mais pequenas e os idosos podem não ter filhos adultos vivos, não dispostos ou sem condições para tratar de si, por exemplo devido à migração rural-urbana. Os idosos, em especial as avós, acabam por ser sobrecarregados, por exemplo, tomando conta de crianças órfãs devido ao VIH/SIDA (McKinnon, 2007). As mulheres mais velhas sofrem mais. Apesar de existirem provas

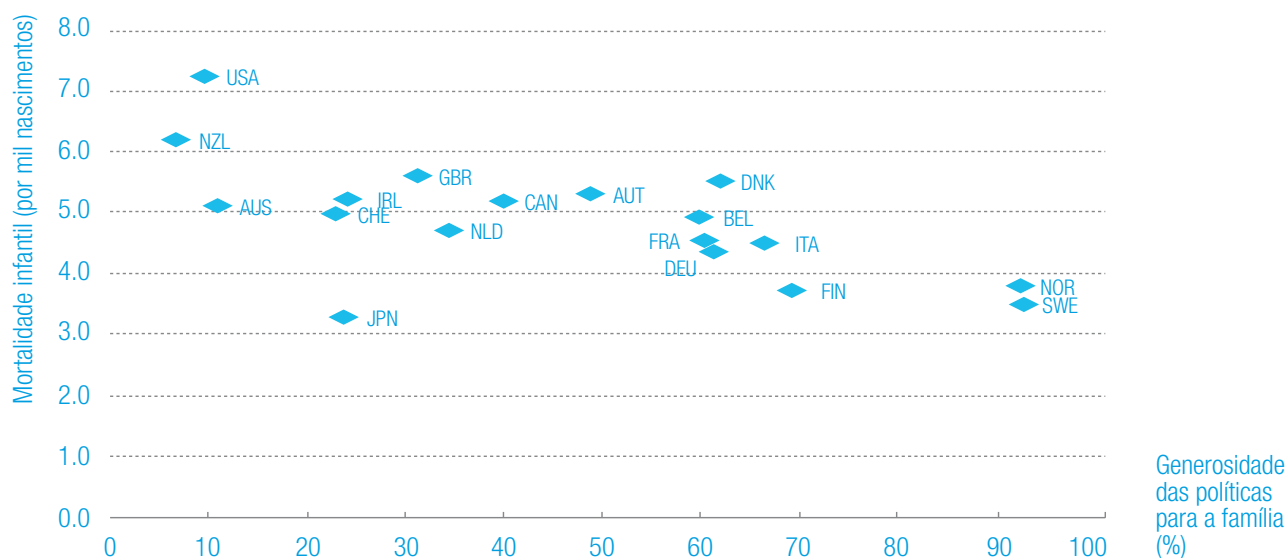
que os viúvos são menos capazes de cuidar de si e das suas vidas do que as viúvas, o número absoluto de viúvas tende a ser maior. A situação viuvez é quando o efeito cumulativo da posição económica mais fraca da mulher ao longo da vida é sentida. As viúvas tendem a ser mais pobres, com taxas elevadas de empobrecimento, do que os viúvos e outros subgrupos da população (WGEKN, 2007). Alguns países de rendimento baixo e médio, incluindo em África, começaram a criar sistemas de assistência social.

A protecção social num mundo em globalização

Devem ser criados sistemas de protecção social como direito social de todos os cidadãos. Contudo, cada vez mais grandes números de pessoas não estão ligados a um país, porque são migrantes internacionais, beneficiários do estatuto de asilo ou refugiados. Deverá ser feito um esforço concertado de doadores, governos nacionais e organizações internacionais, liderados pela ACNUR, OIT e OIM, para investimento no desenvolvimento de soluções realistas que melhorem a igualdade na saúde, de modo a responder a este problema crescente.

A protecção social é um instrumento importante na mitigação de alguns dos impactos negativos da globalização (Van Ginneken, 2003), como a insegurança económica relacionada com a liberalização do comércio e os choques generalizados na economia (GKN, 2007; Blouin et al., 2007). Sob condições

Figura 8.3: Generosidade total das políticas para a família e mortalidade infantil em 18 países, por volta de 2000.



Generosidade líquida de transferências como percentagem do salário líquido produtivo médio do trabalhador. Mortalidade infantil expressa em mortes por mil nados vivos.

AUS = Austrália; AUT = Áustria; BEL = Bélgica; CAN = Canadá; CHE = Suíça; DEU = Alemanha; DNK = Dinamarca; FIN = Finlândia; FRA = França; GBR = Reino Unido; IRL = Irlanda; ITA = Itália; JPN = Japão; NLD = Países Baixos; NOR = Noruega; NZL = Nova Zelândia; SWE = Suécia; USA = Estados Unidos da América.

Reimpresso, com autorização do editor, de Lundberg et al., (2007).

de integração de mercados, os países pobres em particular têm perdido importantes formas de receita pública (GKN), o que levanta problemas relativos à justiça na gestão global dos recursos públicos em países de rendimento baixo (ver Capítulos 12 e 15: *Responsabilidade de mercado; Administração global competente*). Apesar da liberalização do comércio e da competição fiscal poder degradar a capacidade e/ou vontade dos governos de reforço dos sistemas universais de protecção social, não é esse o caso a nível universal. Na realidade, alguns países da Ásia Oriental reforçaram as suas políticas de protecção social quando confrontados com o declínio económico (Caixa 8.1). Os recursos disponíveis podem ser ainda mais reduzidos pela liberalização do comércio e competição fiscal (GKN, 2007).

Muito pode ser feito para proteger as pessoas e apoiá-las no usufruto de uma vida próspera. As políticas de protecção social, em especial a protecção do rendimento, podem ser uma importante, e por vezes única, fonte de rendimento para muitos agregados familiares, tanto em países pobres como ricos. Nos países pobres, mesmo pequenos benefícios em dinheiro fornecidos regularmente podem ter um enorme impacto positivo no bem-estar e ajudar a combater a exclusão social (McKinnon, 2007). As políticas de protecção social são eficazes no que concerne aos custos. As economias locais beneficiam do aumento de rendimento disponível (McKinnon, 2007). As provas existentes sugerem que a redistribuição de rendimento, por via de impostos e transferências – estas, essenciais para a protecção social –, é mais eficiente para a redução da pobreza que o crescimento económico por si só (Paes de Barros et al., 2002; de Ferranti et al., 2004; Woodward & Simms, 2006a). Apesar da capacidade institucional limitada continuar a ser um obstáculo inegável, é possível, até para os países pobres, começar a construir programas de protecção social, como demonstra a experiência recolhida por todo o Mundo (McKinnon, 2007).

ACÇÃO PARA A PROTECÇÃO SOCIAL UNIVERSAL

A Comissão recomenda que:

- 8.1 Os governos, onde necessário com a ajuda de dadores e organizações da sociedade civil, e onde apropriado em colaboração com os empregadores, criem sistemas de protecção social universais e aumentem a sua generosidade para um nível que seja suficiente para uma vida saudável (ver Recomendação 7.2, 11.1).**

Sistemas de protecção social universais ao longo do ciclo de vida

É importante para a saúde da população em geral, e dos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos em particular, que os sistemas de protecção social sejam concebidos com vocação universal. Esta universalidade significa que todos os cidadãos têm direitos iguais à protecção social. Por outras palavras, a protecção social é prestada como um direito social (Marshall, 1950), em vez de oferecida aos pobres por compaixão (Lundberg et al., 2007). As abordagens universais são importantes para a dignidade e respeito próprio daqueles que mais precisam de protecção social e, porque todos dela beneficiam, em vez de apenas um grupo isolado, os sistemas que lhe são dedicados podem melhorar a coesão social (Townsend, 2007) e a inclusão social (SEKN, 2007) e podem ser politicamente mais aceitáveis. A integração das classes médias, por meio de programas universais, pode melhorar a disponibilidade de uma grande parte da população para o pagamento dos impostos necessários para sustentar políticas universais e generosas (Lundberg et al., 2007). Os orçamentos destinados à protecção social tendem a ser maiores, e talvez mais sustentáveis, em países com sistemas de protecção social

CAIXA 8.1: REFORÇO DA PROTECÇÃO SOCIAL EM CASO DE CRISE ECONÓMICA – CASO DA REPÚBLICA DA COREIA DO SUL

Antes da crise económica, a República da Coreia do Sul tinha já um sistema de protecção social mais desenvolvido do que o de outros países da mesma região. Como resposta aos níveis crescentes de desemprego devido à crise económica, a Comissão Tripartida (negócios – emprego - governo) aprovou legislação alargando os subsídios de desemprego a todos os sectores da actividade comercial. O Programa Temporário de Protecção de Meios de Subsistência fornecia quatro benefícios principais aos recém-desempregados: transferência de dinheiro (US\$ 70 por mês), isenção de propinas e subsídios de almoço para os seus filhos estudantes

e 50% de redução nos prémios de seguro médico durante um ano. O sucesso deste programa e a sua importância no amortecimento do impacto do choque económico é evidente na Lei para a Segurança dos Padrões de Vida Mínimos, aprovada em 2000, que substituiu e essencialmente incorpora o programa anterior, integrando auxílio para alimentação, vestuário, habitação, educação e cuidados de saúde, subsidiados por transferências de dinheiro ou géneros para lares sem condições básicas, com benefícios ligados à participação em programas de emprego, como os relativos a obras públicas e formação laboral.

Fonte: Blouin et al., 2007.

PROTECÇÃO SOCIAL : ÁREA DE ACÇÃO 8.1

Criar e reforçar políticas de protecção social universal, que apoiem um nível de rendimento suficiente para permitir uma vida saudável para todos.

universais. Nesses países, tendem a existir menores índices de pobreza e menores desigualdades nos rendimentos do que em países que apenas visam os pobres (Korpi & Palme, 1998). Os sistemas de protecção social universais podem basear-se na tributação, contribuições ou uma combinação dos dois.

Crianças

Os sistemas de protecção social universais devem proteger todas as pessoas ao longo da vida – na infância, na vida activa e na velhice. As mulheres e crianças tendem a ser os grupos mais desprotegidos da população. As mulheres executam a maior parte do trabalho do Mundo e têm um papel particularmente importante na reprodução, mas na maioria dos países trabalham até serem mães, sem acesso a benefícios ou licenças de maternidade. A solução a pobreza infantil exige claramente medidas fortes de protecção social, enquadradas numa gama mais ampla de políticas que protejam e promovam níveis de vida saudável e a inclusão social dos prestadores de cuidados, incluindo protecção e direitos laborais, rendimento mínimo, prestação de cuidados a crianças e a possibilidade de um horário de trabalho flexível. A Caixa 8.2 descreve a estratégia do Reino Unido para a pobreza infantil, que combina alguns destes elementos.

Idade activa

A Comissão sublinha que todos os indivíduos devem ser protegidos contra as consequências financeiras da impossibilidade de trabalhar ou da perda de emprego, de forma a apoiá-los na condução de uma vida saudável e próspera. Isto significa que os governos, juntamente com os empregadores, devem criar planos de subsídios de desemprego, doença e incapacidade. Também implica a satisfação das necessidades das pessoas portadoras de deficiência e o combate da discriminação destes indivíduos pelos empregadores. Deverá também incluir o tratamento de problemas de saúde física e mental, incluindo dependências várias, que prejudicam a procura ou manutenção de emprego, e o fornecimento de oportunidades de educação e formação ao longo do ciclo de vida, de modo a manter as pessoas actualizadas sobre as mudanças no mercado de trabalho (ver Capítulo 7: *Emprego justo e trabalho digno*). As medidas de protecção social para todos os que não possuam emprego remunerado podem tomar várias formas. Na UE, por exemplo, uma proporção significativa dos sistemas sociais consiste em subsídios concebidos para substituir ou complementar os ganhos que os indivíduos não consigam encontrar no mercado de trabalho, por razões temporárias ou mais permanentes. Os planos de substituição de rendimento costumam tomar a forma de três tipos distintos de mecanismos: subsídios de desemprego,

baseados nos antigos rendimentos auferidos, assistência no desemprego e planos de rendimento mínimo garantido. Alguns países, como a Índia e a África do Sul, criaram esquemas de garantia de emprego (ver Capítulo 7: *Emprego justo e trabalho digno*).

Velhice

As pensões sociais universais são um elemento importante de um sistema de protecção social. Podem melhorar substancialmente as condições de vida dos idosos e aumentar o estatuto dos idosos dentro dos agregados familiares, promover a sua inclusão social e capacitação e melhorar o acesso aos serviços disponíveis. Para além disso, podem contribuir para a igualdade de género, já que as mulheres tendem a viver mais anos e costumam ter menor acesso a recursos materiais ou a pensões contributivas. Sobretudo em países de rendimento baixo, os sistemas de pensão social podem também melhorar o bem-estar de outros membros do agregado familiar, incluindo as crianças: o rendimento suplementar do agregado familiar pode ajudar a melhorar, por exemplo, a frequência escolar e a nutrição (McKinnon, 2007). Assim, uma pensão social pode ajudar a quebrar o ciclo de pobreza que abrange várias gerações. Vários países de rendimento baixo e médio criaram já planos de pensão social (Caixa 8.3).

Desenvolvimento, implementação e avaliação de projectos-piloto

A concretização da igualdade na saúde através de uma estrutura de determinantes sociais representa um investimento a longo prazo. É irrealista esperar que os países de baixo e médio rendimento implementem instantaneamente um conjunto alargado de políticas de protecção social universal. Contudo, é possível instituir gradualmente estes sistemas pelo desenvolvimento e implementação de projectos-piloto. Muitos países de rendimento baixo e médio começam a fazer experiências com programas de protecção social, que incluem sistemas de pensão social e programas de transferência de dinheiro. Estes últimos estão a ser criados em particular na América Latina (Fernald, Gertler & Neufeld, 2008), mas também em vários países Africanos (Bhorat, 2003; Schubert, 2005; UNICEF, 2007c). A avaliação do processo e do seu impacto tende a ser rara, embora seja crítica para o sucesso da transposição dos projectos-piloto para o nível nacional (McKinnon, 2007). Um exemplo de um programa de transferência devidamente avaliado é o Oportunidades, no México, que utilizou grupos de tratamento e controlo seleccionados aleatoriamente (Caixa 8.6).

CAIXA 8.2: ESTRATÉGIA NACIONAL PARA ERRADICAÇÃO DA POBREZA INFANTIL NO REINO UNIDO DA GRÃ-BRETANHA E IRLANDA DO NORTE

A estratégia nacional para erradicação da pobreza infantil, criada no Reino Unido em 1997, é composta por quatro elementos: apoio financeiro às famílias, oportunidades e apoio relacionados com o emprego, combate à privação material através da promoção da integração financeira e da melhoria da habitação e investimento em serviços públicos. A estratégia combina abordagens universais e específicas. Nos 18 anos antes do governo Partido Trabalhista (New

Labour) chegar ao poder, o número de crianças a viver em condições de pobreza relativa no Reino Unido tinha triplicado para 34%, ou 4,3 milhões – a terceira taxa mais alta no mundo industrializado. Até à data, a redução da percentagem de pobreza infantil resultante da estratégia parece ser modesta, apesar de importante em termos absolutos.

Fonte: SEKN, 2007.

Os projectos-piloto bem sucedidos podem ser progressivamente adaptados à escala nacional, por exemplo, começando pelas regiões mais carenciadas. O desenvolvimento sustentado e a implementação de sistemas de protecção social são concretizados com maior sucesso através do recurso financeiro a estruturas institucionais (McKinnon, 2007). No Lesoto, por exemplo, as pensões são pagas através da rede nacional de correios (Save the Children UK, HelpAge International & Instituto de Estudos para o Desenvolvimento – HelpAge International & Institute of Development Studies, 2005).

A transposição dos programas de protecção social para o nível social tem certamente implicações nas capacidades e infra-estruturas fiscais e institucionais. A sua insuficiência em muitos países de rendimento baixo constriam gravemente programas que têm como objectivo o alargamento a protecção social (SEKN, 2007). Os doadores e organizações internacionais, incluindo a OIT, têm um papel importante a desempenhar no aumento da capacidade para a protecção social nestes países. O desenvolvimento dos sistemas de protecção social universais exige mudanças na economia global e políticas económicas nacionais, de modo a permitir a todos os países alcançar o nível de desenvolvimento no qual tal seja possível e sustentável a longo prazo (ver Capítulos 11 e 15: *Financiamento justo; Administração global competente*).

Uma vez implementados os sistemas, a sua aplicação é importante. As organizações da sociedade civil podem desempenhar um papel importante no auxílio aos indivíduos para a informação e acesso aos seus direitos de segurança social (HelpAge International, 2006a) (Caixa 8.4). Também desempenham um papel importante na definição e manutenção da segurança social como prioridade na agenda de políticas e na monitorização do progresso sobre os compromissos do governo relativos à protecção social (HelpAge International, 2006a).

A generosidade dos sistemas de protecção social

A saúde e a igualdade na saúde são influenciadas não apenas pelo grau de abrangência, mas também pelo grau de generosidade das políticas de protecção social (Lundberg et al., 2007). É aconselhável que os governos aumentem a generosidade dos sistemas de protecção social até um nível que seja suficiente para uma vida saudável. Ao mesmo tempo, o salário mínimo também deve ser suficiente para uma vida saudável (ver Capítulo 7: *Emprego justo e trabalho digno*), de forma a que as políticas de protecção social e as políticas do trabalho serem complementares

Existem diversas metodologias para cálculo do custo mínimo de uma vida saudável. Uma delas, proposta por Morris et al.

CAIXA 8.3: PENSÃO SOCIAL UNIVERSAL – BOLÍVIA

Na Bolívia, 59% dos idosos vivem com menos de um dólar americano por dia. É dispensado a todos os cidadãos Bolivianos residentes com mais de 65 anos um pagamento anual de 1.800 Bolívar Venezuelano (Bs) (217 dólares americanos). Os beneficiários levantam os pagamentos anuais em dinheiro nos bancos filiados, geralmente situados em áreas urbanas. A pensão constitui até 1,3% do PIB. Metade dos recipientes declarou que esta pensão social constituía a sua única fonte de rendimento, normalmente gasta em despesas domésticas, mas também com medicação básica. Para além disso, a pensão dá aos idosos algum capital que podem investir em actividades que geram rendimento ou nas gerações mais novas. Isto não tem apenas valor financeiro, mas também social, aumentando o seu estatuto dentro da família.

Em 2004, 77% dos possíveis candidatos pediram o subsídio. Contudo, a cobertura da pensão é particularmente baixa entre as mulheres, que, infelizmente, são quem mais dela necessita. Um dos principais problemas encontrados é a necessidade de documentos de identificação para realização do registo, sendo que 16% dos idosos não os têm, não podendo provar que cumprem os requisitos necessários. Muitos idosos em comunidades rurais nunca tiveram registo de nascimento. A HelpAge International, organização não governamental, apoia os centros socio-legais em La Paz e El Alto que ajudam os idosos na obtenção de um registo de nascimento junto dos serviços de registo do governo, de modo a poder receber a sua pensão.

Reproduzido, com pequenas alterações editoriais, com permissão da HelpAge International, da HelpAge International (2006b).

CAIXA 8.4: PROMOÇÃO DA RESPONSABILIZAÇÃO PARA COM OS IDOSOS E APLICAÇÃO DOS SISTEMAS DE PENSÕES – BANGLADESH

“No Bangladesh, a ONG Centro para a Integração de Recursos (Resource Integration Centre), trabalhou com idosos em 80 aldeias para formar associações que elegeram grupos de monitorização sobre os direitos dos idosos, pensão de velhice, pensão de viuvez e acesso a serviços de saúde. A ONG descobriu que cada vez menos pessoas recebiam os benefícios a que tinham direito – menos de uma

em dez numa das zonas. As associações de idosos reuniram regularmente com o governo local para ajudar os indivíduos afectados a reclamar as suas pensões; como resultado, o usufruto da pensão quintuplicou e os bancos melhoraram os seus procedimentos no serviço aos idosos.”

Reproduzido, com autorização da HelpAge International, da HelpAge International (2006a).

(2007) (Caixa 8.5), cria um padrão de orçamento baseado num cabaz de bens considerados essenciais a uma vida saudável. Apesar da quantidade de dinheiro exigida para uma vida saudável ser dependente do contexto, uma tal metodologia, ou semelhante, pode ser adaptada em todos os países e usada para dar forma aos níveis de salário mínimo e subsídios destinados ao bem-estar social.

Os países de rendimento baixo têm recursos financeiros limitados para o financiamento de programas de protecção social e capacidade limitada para a obtenção desses fundos, dado o facto de grande parte da sua economia ser informal e/ou ter base na agricultura de subsistência. Os recursos disponíveis podem ser ainda mais reduzidos pela liberalização do comércio e competição de tributação (GKN, 2007). As restrições de recursos limitam frequentemente a generosidade dos sistemas de protecção social em países de rendimento baixo. Na prática, o nível de contributo dos sistemas universais existentes em países de rendimento baixo e médio é frequentemente muito limitado (ver Quadro 8.1). Apesar de insuficientes e necessitando de reforço progressivo, até uma pequena quantidade de dinheiro disponibilizado regularmente pode fazer a diferença para o bem-estar em países pobres (McKinnon, 2007; HelpAge International, 2006a). Os países de rendimento baixo e médio podem aumentar progressivamente a generosidade para um nível suficiente para uma vida saudável, gradualmente aumentando a protecção disponibilizada contra um conjunto alargado de riscos, onde necessário com a ajuda de dadores.

Definição de grupos-alvo específicos

A Comissão recomenda que:

8.2 Os governos, onde necessário com a ajuda de doadores e organizações da sociedade civil, e onde apropriado em colaboração com os empregadores, empreguem regimes excepcionais apenas como recurso acessório para os indivíduos que não se enquadrem dos sistemas universais.

Enquanto que em muitos países pode existir uma tendência para a limitação dos programas de protecção social aos mais carenciados, existem argumentos fortes para criação de sistemas de protecção universais, mesmo em países pobres. As abordagens universais à protecção social tendem a ser mais eficientes que as destinadas apenas aos pobres. A definição de grupos-alvo é frequentemente dispendiosa e administrativamente difícil de realizar (HelpAge International,

2006a; McKinnon, 2007); o sistema universal exige capacidade e infra-estrutura administrativa e institucional menores, o que assume importância crítica em locais onde essa capacidade e infra-estrutura são as restrições mais prementes (conquanto os dadores contribuam ou cubram os custos financeiros). Na maioria dos países pobres, o aproveitamento abusivo por cidadãos ricos é menos dispendiosa que o custo da avaliação de rendimentos (Banco Mundial, 1997). Para mais, a limitação a grupos específicos não costuma produzir os resultados desejados. Por exemplo, pode excluir os cidadãos colocados imediatamente acima do limiar da pobreza (McKinnon, 2007). Os problemas também incluem baixa aplicação por entre os grupos elegíveis e ineficácias devidas aos complexos sistemas administrativos exigidos para monitorizar o cumprimento, provocando pagamentos irregulares ou erróneos e a um aumento de fraudes (HelpAge International, 2006a; SEKN, 2007). Acresce que a experiência histórica sugere que a forma que o sistema de protecção social assume, universal ou limitada a grupos-alvo específicos, tende a depender da configuração inicial do sistema: países que começam com sistemas limitados a grupos específicos tendem a seguir a mesma linha (Pierson, 2000; Pierson, 2001; Korpi, 2001). Por estas razões, é aconselhável conferir aos sistemas de protecção um carácter universal desde o início do seu funcionamento.

Apesar destes obstáculos, os sistemas baseados na avaliação do rendimento disponível ou na transferências de dinheiro limitadas a grupos específicos podem ter um impacto positivo significativo na redução da pobreza, nas condições de vida e nos resultados de saúde e educação. O programa mexicano selectivo de transferência de dinheiro Oportunidades, por exemplo, usa uma combinação de restrição geográfica e de agregado familiar e mostrou importantes efeitos para a saúde (Caixa 8.6). Frequentemente, os programas selectivos baseados na avaliação dos rendimentos disponíveis continuarão a existir como complementos de programas universais (Lundberg et al., 2007). É aconselhável usar apenas a limitação a grupos específicos como apoio para os cidadãos não integrados no enquadramento da rede de sistemas universais (Lundberg et al., 2007; SEKN, 2007).

Por vezes, dentro dos sistemas de protecção social são aplicadas condicionantes, com o objectivo de estimular comportamentos específicos, tais como o uso de cuidados de saúde e serviços de educação. Mais uma vez, um exemplo disso é o programa Oportunidades. Este tipo de transferência de dinheiro está a ser implementado em muitos países, incluindo Brasil e Colômbia,

CAIXA 8.5: RENDIMENTO MÍNIMO PARA UM VIDA SAUDÁVEL

Foi feita uma avaliação do custo de vida entre as pessoas solteiras com mais de 65 anos, sem incapacidades significativas, habitando sozinhas em Inglaterra. Com base em provas comumente aceites, foi atribuído um preço a um cabaz de bens considerados essenciais para uma vida quotidiana saudável, incluindo alimentação e actividade física, habitação, transporte, cuidados médicos e de higiene e custos relacionados com relações psicossociais e inclusão social (como gastos relacionados com comunicações telefónicas, jornais e pequenas ofertas

a netos e outros). O custo total foi considerado como indicativo do rendimento disponível mínimo que é actualmente essencial para a saúde. O mínimo foi estabelecido em £131 por semana (Inglaterra, preços de Abril de 2007). Este valor é consideravelmente mais alto do que a pensão para pessoa solteira em Abril de 2007, de £87,30 e a Garantia de Crédito de Pensão (Pension Credit Guarantee) de £119,05 (cuja atribuição é feita segundo critérios de elegibilidade).

Fonte: Morris et al., 2007.

e em Nova Iorque, cidade de rendimento alto (Gabinete do Mayor, 2007). Da mesma forma, os subsídios de desemprego, deficiência e doença, por exemplo, podem ser selectivos, dependendo da inscrição em planos de auxílio à angariação de emprego. Estas condicionantes dependem da disponibilidade de empregos, segundo as capacidades dos proponentes, que dão segurança a longo prazo com um rendimento, pelo menos suficiente para uma vida saudável (ver Capítulo 7: *Emprego justo e trabalho digno*). Apesar da possibilidade de resultados positivos para a saúde resultantes desses programas, as provas do valor acrescentado das condicionantes isoladas são inconclusivas (SEKN, 2007). Um programa de transferência de dinheiro no Equador mostrou efeitos positivos no desenvolvimento físico, social, emocional e cognitivo das crianças, mesmo sem condicionantes (Paxson & Schady, 2007).

Alargamento dos sistemas de protecção social aos grupos excluídos

A Comissão recomenda que:

8.3. Os governos, onde necessário com a ajuda de doadores e organizações da sociedade civil, e onde apropriado em colaboração com empregadores, assegurem que os sistemas de protecção social sejam alargados de forma a incluir quem tem trabalho precário, incluindo trabalho informal e prestação de cuidados de assistência ou domésticos (ver Recomendação 7.4, 11.1, 13.3).

Para todos os países, ricos e pobres, é importante que os sistemas de protecção social também protejam as pessoas normalmente deles excluídas: todos aqueles com empregos precários, incluindo trabalho informal, trabalho doméstico e

prestação de cuidados de assistência a membros do agregado familiar (WGEKN, 2007). Tal é particularmente importante para as mulheres, já que, muitas vezes, as responsabilidades familiares as impedem de conseguir os benefícios adequados ao abrigo de esquemas de protecção social contributivos. Os sistemas de protecção social, incluindo planos de pensão, devem ser criados de modo a promover a igualdade de género. Deve ser incorporada uma perspectiva de género na criação e reforma dos sistemas de pensão, de forma a não perpetuar essas desigualdades através das políticas de protecção social (WGEKN, 2007).

Integração de toda a população através de sistemas de segurança de base tributária e de ajuda

Em muitos países de rendimento baixo e médio, a maioria da população trabalha no sector informal e está, por essa razão, geralmente excluída dos sistemas de segurança social contributiva. Nestes países, os programas de protecção social de base tributária são de crescente interesse (HelpAge International, 2007; McKinnon, 2007). Alguns países de rendimento baixo e médio criaram, por exemplo, sistemas de pensão social universal ou que incluem a avaliação dos rendimentos disponíveis (HelpAge International, 2006a) (ver Quadro 8.1), custando a estes países 0,03% do PIB, dependendo do montante da transferência e número dos candidatos na população (HelpAge International 2006a). Alguns deles são financiados a nível nacional, mas outros necessitam de apoio de doadores, através do auxílio do orçamento geral e/ou de programas do sector de protecção social (HelpAge International, 2006a). Uma combinação de maior prioridade conferida à protecção social nos orçamentos públicos e a crescente assistência ao desenvolvimento por parte do Estado pode tornar possível a implementação de sistemas

CAIXA 8.6: OPORTUNIDADES – TRANSFERÊNCIA DE DINHEIRO SELECTIVA

Um exemplo de um programa selectivo usado para estimular um determinado comportamento específico é o Oportunidades (anteriormente Progressa), programa selectivo de transferência de dinheiro no México. O programa envolve transferências em dinheiro para as famílias, conquanto as crianças entre os 0 e 60 meses estejam vacinadas e frequentem clínicas de saúde para bebés onde o seu estado de nutrição é monitorizado. São dados suplementos nutricionais para estas crianças e os pais recebem educação na área da saúde. São prestados cuidados pré-natais às mulheres grávidas, cuidados pós-parto às mulheres lactantes, feitos exames físicos completos a outros membros da família uma vez por ano (altura em que também recebem educação sobre saúde) e os membros adultos da família participam

em reuniões regulares onde se discutem problemas de saúde, higiene e nutrição. Uma avaliação realizada concluiu que o programa teve importantes efeitos para a saúde. As crianças nascidas no período de dois anos da intervenção registaram 25% menos doenças nos primeiros seis meses de vida do que crianças controladas e as crianças entre os 0 e 35 meses sofreram 39,5% menos doenças que os outros membros do grupo de controlo. As crianças no programa também registaram apenas 25% de probabilidade de desenvolver anemia e cresceram, em média, mais um centímetro que as restantes. Finalmente, os efeitos do programa parecem ser cumulativos, aumentando quanto mais tempo as crianças permanecessem integradas no programa. Fonte: ECDKN, 2007b.

PROTECÇÃO SOCIAL : ÁREA DE ACÇÃO 8.2

Alargar os sistemas de protecção social a todos os indivíduos a que deles costumam ser excluídos.

de protecção social em todos os países (Mizunoya et al., 2006; Pal et al., 2005). São necessários mecanismos de financiamento previsíveis a longo prazo, sendo que a imprevisibilidade do financiamento por doadores pode ser um obstáculo importante à criação de sistemas de pensão social em muitos países pobres (HelpAge International, 2006a) (ver Capítulo 11: *Financiamento justo*). Os governos são aconselhados a incluir políticas de protecção social nas estratégias de redução da pobreza, para assegurar o financiamento por doadores necessário (HelpAge International, 2006a). Os esquemas existentes em países como a Bolívia, Lesoto, Namíbia e Nepal, mostram que a criação de um sistema de protecção social básico em países de rendimento baixo e médio é administrativa e logisticamente possível, apesar dos desafios óbvios (McKinnon, 2007) (Caixa 8.7). A criação de tais sistemas exige empenho nacional e internacional a longo prazo.

O valor que os pensionistas recebem proveniente desses esquemas varia consideravelmente entre países, desde \$US 2 por mês no Bangladesh e Nepal, até \$US 140 por mês no Brasil. Poucos países disponibilizam uma pensão acima do limiar absoluto da pobreza de \$US 1 por dia: todos os países que oferecem uma pensão superior têm rendimento médio, por oposição a baixo (Quadro 8.1). Os sistemas de protecção e sua generosidade podem ser rapidamente melhorados com apoio externo ao país (OIT, 2007b).

Inclusão da totalidade da população todos através de sistemas de segurança social contributivos

O financiamento de base tributária não é a única forma de implementação de sistemas universais de segurança social em países com um grande sector informal. A Caixa 8.8 descreve uma iniciativa inovadora na Índia para a criação de um sistema de segurança social contributivo, que se baseia nas contribuições dos empregadores por via da aplicação de impostos sobre a actividade da sua empresa, pelo contributo dos trabalhadores acima do limiar da pobreza e pelo governo.

Os sistemas universais de protecção social são um componente importante das políticas que promovem condições de vida saudáveis para todos ao longo do ciclo de vida, tanto nos países ricos como nos pobres. A capacidade administrativa e institucional continua a ser um obstáculo relevante em muitos países pobres. Ainda assim, os países pobres podem expandir progressivamente tais sistemas, iniciando projectos-piloto e aumentando gradualmente a generosidade do sistema, quando necessário com ajuda de doadores.

CAIXA 8.7: SISTEMA UNIVERSAL DE PENSÕES SOCIAIS NO LESOTO

Desde 2004, o Lesoto possui um esquema de pensão social universal para todos os residentes com mais de 70 anos. É financiado por recursos nacionais e implica uma despesa de 1,43% do PIB. O nível de subsídios é, aproximadamente, o mesmo que o limiar da pobreza nacional (cerca de \$US 21 por mês). O pagamento mensal é realizado através da rede de correios que existe tanto em áreas rurais como urbanas (McKinnon, 2007). O critério etário

corresponde a mais de 70 anos, o que reduz o custo do programa, implica que apenas um número limitado de pessoas beneficia do programa. O Governo do Lesoto planeia baixar o limite de idade para 65 anos, o que permitiria um alargamento da cobertura do sistema.

Fonte: Save the Children UK, HelpAge International & Instituto de Estudos sobre o Desenvolvimento, 2005.

CAIXA 8.8: CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE SEGURANÇA SOCIAL CONTRIBUTIVO NA ÍNDIA

De todos os recursos humanos na Índia, 93% pertencem ao sector informal. Estes trabalhadores não têm segurança no laboral e de rendimento, nem segurança social oficial. A Associação de Mulheres Trabalhadoras por Conta Própria (Self-Employed Women's Association – SEWA), sindicato de um milhão de mulheres trabalhadoras na Índia, tem liderado uma campanha nacional pela segurança social básica para os trabalhadores informais. Este sindicato desenvolveu um projecto de lei, segundo o qual seria conferido a todos os trabalhadores informais o direito à segurança social, incluindo, como condições mínimas, seguro, pensão e benefícios de maternidade. Vários sindicatos nacionais juntaram-se a esta campanha e o governo nacional criou uma comissão para desenvolver leis e políticas para os

trabalhadores informais. A comissão desenvolveu uma lei que implementa a cobertura básica – seguro de saúde, seguro de vida e acidentes, benefícios de maternidade e pensão – para os 380 milhões de trabalhadores pertencentes à economia informal. Quando plenamente implementado, estes benefícios implicarão um despesa inferior a 0,5% do PIB Indiano. As contribuições do governo, empregadores como um grupo (sob a forma de um imposto sobre a actividade empresarial) e do trabalhadores colocados acima do limiar da pobreza financiarão a cobertura de segurança social sugerida pela comissão. Os trabalhadores abaixo do limiar da pobreza não serão obrigados a contribuir. À altura de redacção do presente texto, a lei está a ser revista e aguarda apresentação ao Parlamento, na sua próxima sessão.

Tabela 8.1: Pensões sociais em países de rendimento baixo e médio.

País	Idade de elegibilidade (anos)	Universal (U) ou dependente dos rendimentos (R)	Valor pago mensalmente (US\$ / moeda local)	% de indivíduos com mais de 60 anos	% de pessoas com mais de 60 anos que recebem uma pensão social	Custo em % do PIB	
Argentina	70+	M	US\$ 88 273 pesos	14%	6%	0.23%	M
Bangladesh	57+	M	US\$ 2 165 taka	6%	16%*	0.03%	L
Bolívia**	65+	U	US\$ 18 150 bolivianos	7%	69%	1.3%	M
Botswana	65+	U	US\$ 27 166 pula	5%	85%	0.4%	M
Brazil (Benefício de Prestação Continuada)	67+	M	US\$ 140 300 reais	9%	5%	0.2%	M
Brazil (Previdência Rural)	60+ homens 55+ mulheres	M	US\$ 140 300 reais	9%	27%***	0.7%	M
Chile	65+	M	US\$ 75 40 556 pesos	12%	51%	0.38%	M
Costa Rica	65+	M	US\$ 26 13 800 colón da costa rica	8%	20%	0.18%	M
Índia	65+	M	US\$ 4 250 rupias indianas	8%	13%	0.01%	L
Lesoto	70+	U****	US\$ 21 150 loti	8%	53%	1.43%	L
Maurícia	60+	U	US\$ 60 1978 rupias da maurícia	10%	100%	2%	M
Moldávia	62+ homens 57+ mulheres	M	US\$5 63 leu moldávio	14%	12%	0.08%	L
Namíbia	60+	M	US\$ 28 200 dólares	5%	87%	0.8%	M
Nepal	75+	U	US\$ 2 150 rupia nepalesa	6%	12%	desconhecido	L
África do Sul	65+ homens 58+ mulheres	M	US\$ 109 780 rand	7%	60%	1.4%	M
Tajiquistão	63+ homens 58+ mulheres	M	US\$ 4 12 somoni	5%	desconhecido	desconhecido	L
Tailândia	60+	M	US\$ 8 300 baht tailandês	11%	16%	0.00582%	M
Uruguai	70+	M	US\$ 100 2499 peso uruguaio	17%	10%	0.62%	M
Vietname	60+	M	US\$ 6 100 000 dong	7%	2%	0.022%	L
Vietname	90+	U	US\$ 6 100 000 dong	7%	0.5%	0.0005%	L

*Percentagem de pessoas com mais de 57 anos que recebem uma pensão social; **pago anualmente; ***inclui mulheres com mais de 55 anos; ****universal com algumas excepções, inicialmente pessoas que já recebem uma pensão substancial do governo (cerca de 4% dessas pessoas seriam elegíveis de outro modo).

Reimpresso, com a permissão de HelpAge International (s.d.).

CAPÍTULO 9

Cuidados de saúde universais

“Não deve negar-se a ninguém o acesso a intervenções vitais ou que promovam a saúde, por razões injustas, incluindo causas do foro económico ou social.”

Margaret Chan, Directora Geral da OMS (Chan, 2008)

A RELAÇÃO ENTRE OS CUIDADOS DE SAÚDE E A IGUALDADE NA SAÚDE

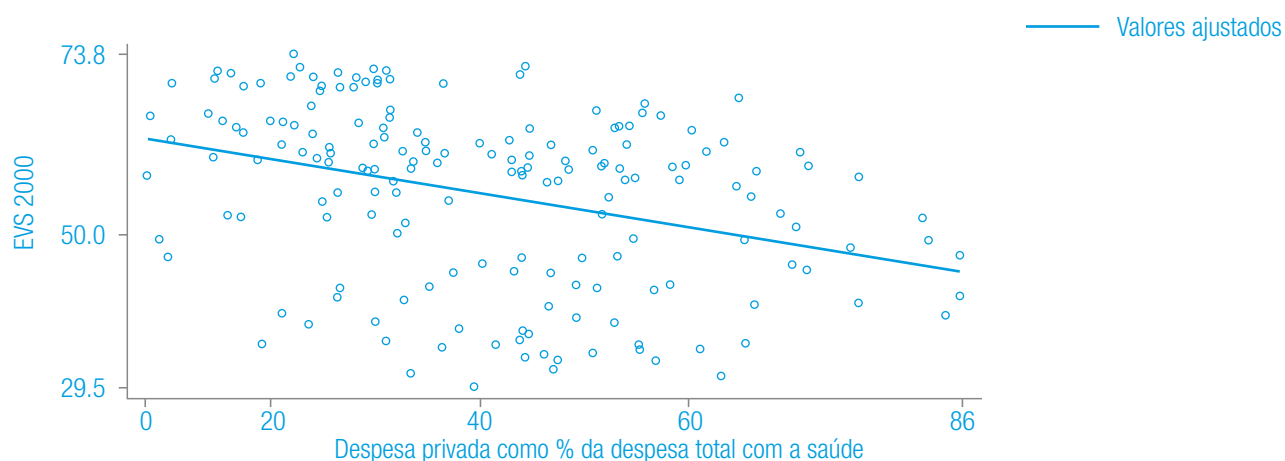
Os sistemas de cuidados de saúde⁸ são um determinante vital da saúde. Contudo, à excepção dos países industrializados ricos, são desiguais e subfinanciados de forma frequente e crónica. Mais de meio milhão de mulheres morre cada ano durante a gravidez, trabalho de parto ou no período imediatamente subsequente, virtualmente todas em países de rendimento baixo ou médio (OMS, 2005b). A falta de acesso e de utilização de cuidados maternos adequados são factores chave nesta estatística surpreendente. Em muitos países, tanto pobres como ricos, a despesa com os cuidados de saúde pode levar a um empobrecimento desastroso. A cada 30 segundos, nos Estados Unidos da América, alguém se declara insolvente em sequência de um problema de saúde grave (Coligação Nacional para os Cuidados de Saúde – National Coalition on Health Care, 2008). O sistema de cuidados de saúde tem de ser criado e financiado para assegurar cobertura equitativa e universal,

munido de recursos humanos adequados. Os sistemas de saúde devem basear-se no modelo de Cuidados de Saúde Primários (CSP), coordenando acção organizada a nível local sobre os determinantes sociais da saúde, empregando um nível primário de cuidados reforçado, e concentrando-se tanto na prevenção e promoção como no tratamento. Nestas condições, os cuidados de saúde podem oferecer muito mais do que tratamento para a doença quando ela surja. Podem fornecer programas e serviços integrados, localmente relevantes e de alta qualidade, promovendo a saúde equitativa e o bem-estar de todos e fornecer uma plataforma comum de segurança e coesão social nas sociedades e comunidades.

Distribuição desigual de cuidados de saúde

Os cuidados de saúde encontram-se distribuídos de forma desigual pelo Mundo. O padrão de desigualdade na utilização é pronunciado em países de rendimento baixo e médio, mas a desigualdade também tem prevalência em locais de rendimento alto. Nos Estados Unidos da América, as minorias étnicas têm maior probabilidade de diagnóstico de cancro da mama e colo-rectal em fases avançadas que a população caucasiana. Os pacientes pertencentes a estratos socioeconómicos mais baixos têm menor probabilidade de receber os serviços dedicados a diabéticos recomendados e maior probabilidade

Figura 9.1: Esperança de vida saudável e respectiva despesa privada como percentagem dos gastos totais com saúde em 2000.



Reimpresso, com autorização da Palgrave Macmillan, de Koivusalo & Mackintosh (2005).

⁸ Definido como sistema de saúde, “incluindo intervenções preventivas, curativas e paliativas, quer sejam dirigidas a indivíduos ou a populações” (Relatório Mundial de Saúde (RMS / WHR, 2000).

de ser hospitalizados por diabetes e complicações derivadas (Agency for Health Care Research and Quality – Agência para a Pesquisa e Qualidade em Serviços de Saúde, 2003). As desigualdades nos cuidados de saúde estão relacionadas com uma grande variedade de factores socioeconómicos e culturais, incluindo o rendimento, etnia, género e domicílio rural ou urbano. Como área contribuidora fundamental para o bem-estar em cada país, este panorama é inaceitável.

O sistema de cuidados de saúde – – mais do que tratamento de doenças

Os cuidados de saúde absorvem cerca de 10% do PIB, com maiores gastos nos países de rendimento alto, comparativamente com os países de rendimento baixo e médio. Como empregadores, os sistemas de cuidados de saúde ocupam cerca de 59 milhões de pessoas (GKN, 2007). Prestam serviços que ultrapassam o tratamento de doenças, sobretudo quando integrados com outros serviços, como programas de DPI (ECDKN, 2007a). Estes sistemas podem proteger contra a doença, promovendo um sentimento de segurança e podem fomentar a igualdade na saúde através da atenção às necessidades dos indivíduos socialmente mais carenciados e dos grupos marginalizados (HSKN, 2007). Os sistemas de cuidados de saúde contribuem grandemente para a saúde e igualdade na saúde nos locais em que as instituições e serviços estão organizados segundo o princípio da cobertura universal (alargando o âmbito de serviços de qualidade a toda a população, segundo as necessidades e preferências, independentemente da capacidade financeira), e onde o sistema no seu conjunto é organizado em torno dos Cuidados de Saúde Primários (incluindo tanto o modelo CSP da acção sobre os determinantes sociais da saúde organizada a nível local e ao nível primário de cuidados com reencaminhamento subsequente para as especialidades).

Reforma do sector da saúde

Contudo, em décadas recentes, correntes globais de políticas macroeconómicas de grande impacto influenciaram grandemente as reformas do sector da saúde, de formas que podem comprometer esses benefícios. Estas reformas incluem o encorajamento de taxas de utilização, pagamento de acordo com o resultado, separação das funções de fornecimento e compra, um papel mais importante para os agentes do sector privado e a determinação de um pacote que privilegia intervenções médicas eficientes no custo em detrimento de intervenções prioritárias de abordagem aos determinantes sociais. Estes factores foram fortemente potenciados por uma combinação de agências internacionais, agentes comerciais e grupos médicos, cujo poder aumentam (Bond & Dor, 2003; Homedes & Ugalde, 2005; Lister, 2007). O resultado traduz-se, por um lado, numa crescente comercialização dos cuidados de saúde e, por outro lado, numa concentração médica e técnica na análise e acção que comprometem o desenvolvimento de sistemas de cuidados de saúde primários abrangentes que podem combater a desigualdade nos determinantes sociais da saúde (Ritkin & Walt, 1986; Ravindran & de Pinho, 2005).

Abrindo o sector da saúde ao mercado, os processos de reforma separaram os compradores dos fornecedores, tendo-se registado uma crescente segmentação e fragmentação nos sistemas de cuidados de saúde. Uma despesa superior por parte do sector privado, relativamente aos gastos totais com a saúde, está associada a uma pior esperança de vida saudável (Figura 9.1), enquanto que uma maior despesa pública com a segurança social e saúde, relativamente ao PIB, está associada a uma melhor esperança de vida saudável (Koivusalo & Mackintosh, 2005). Para mais, os gastos públicos com saúde são significativamente mais associados a índices mais baixos de mortalidade de crianças menores de cinco anos por entre os

CAIXA 9.1: RUMO AOS CUIDADOS DE SAÚDE UNIVERSAIS

No início de 2002, a Tailândia tinha concretizado a cobertura universal de cuidados de saúde, incorporando um pacote alargado de serviços curativos para doentes em ambulatório, doentes internados, acidentes ou emergências, cuidados de elevado custo, fornecimento de medicamentos segundo as Listas de Medicamentos Essenciais da OMS, e serviços preventivos e de promoção pessoais, com uma abrangência de exclusão mínima (por exemplo, cirurgia estética, transplante renal para doenças renais em fase terminal). O sistema de cobertura universal, concentrado principalmente na perspectiva do financiamento, caracterizava-se por objectivos claros de política, participação definida, capacidade institucional forte e implementação muito rápida (a 12 meses). A agenda para a cobertura universal foi criada pelo Primeiro-Ministro, após a

vitória eleitoral de 2001; a formulação de políticas foi liderada por funcionários públicos, apoiados pelos agentes responsáveis pela reformulação das políticas e investigadores, gerando opções através de ligações entre pesquisa e política. Com base na experiência anterior de diferentes sistemas de cobertura de cuidados de saúde, a nova política de cobertura universal:

Rejeitou um modelo de pagamento por utilização;

Adoptou uma taxa individual (paga ao prestador de serviços de saúde a partir de receitas de impostos);

Concentrou a sua cobertura universal num melhor uso dos cuidados primários, com um sistema de reencaminhamento adequado.

Fonte: HSKN, 2007.

pobres do que por entre a população rica (Houweling et al., 2005). A Comissão considera os cuidados de saúde um bem comum, não um bem de mercado.

Por detrás destas reformas está uma mudança do compromisso pela cobertura universal para a ênfase sobre a gestão de risco individual. Em vez de agir de forma protectora, os cuidados de saúde, segundo essas reformas, podem excluir activamente e empobrecer. Mais de 100 milhões de pessoas são anualmente forçadas para a pobreza pelos custos catastróficos da saúde do agregado familiar, que resultam do pagamento do acesso a serviços (Xu et al., 2007).

A crescente comercialização da saúde e dos cuidados de saúde está ligada à crescente medicalização das condições humanas e sociais e ao fosso profundo e crescente entre consumo

excessivo e insuficiente de serviços de cuidados de saúde entre ricos e pobres pelo Mundo inteiro. A sustentabilidade dos sistemas de cuidados de saúde é uma preocupação para países a todos os níveis de desenvolvimento socioeconómico. O reconhecimento do problema da sustentabilidade no contexto da acção para os cuidados de saúde equitativos é um primeiro passo vital na elaboração de políticas mais racionais, como o fortalecimento da participação pública na criação e fornecimento de sistemas de cuidados de saúde. A lei da inversão dos cuidados (Tudor-Hart, 1971), pela qual os pobres consistentemente usufruem menos dos serviços de saúde que os ricos, é visível em todos os países do globo. Uma abordagem aos determinantes sociais da saúde aos sistemas de cuidados de saúde oferece uma alternativa, que permite as oportunidades para maior eficiência e igualdade.

CAIXA 9.2: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, CUIDADOS DE NÍVEL PRIMÁRIO E SAÚDE DA POPULAÇÃO

Provas, sobretudo de países de rendimento alto, mostram que os sistemas de cuidados de saúde que organizados em torno dos cuidados de nível primário têm melhores resultados na saúde (Starfield et al., 2005).

A saúde da população é melhor em áreas geográficas com maior número de médicos afectos aos cuidados de nível primário.

Os indivíduos que são tratados por médicos de cuidados primários são mais saudáveis.

Existe uma relação entre as características especiais dos cuidados de nível primário (por exemplo, cuidados preventivos) e a saúde melhorada dos indivíduos que beneficiam destes serviços.

Este facto sugere que pode não ser apenas o acesso melhorado a cuidados curativos que torna os cuidados de nível primário eficazes, mas também a sua implementação de princípios de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Fonte: HSKN, 2007.

CAIXA 9.3: EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO SOCIAL

As estratégias de capacitação social incluem as seguintes:

aumento do acesso dos cidadãos à informação e recursos e da visibilidade de problemas de saúde previamente ignorados (programa de rádio comunitário Panchayat Waves na Índia; campanha de pesquisa e advocacy participativas sobre cancro da mama no Reino Unido; Grupo de Trabalho Comunitário sobre a Saúde no Zimbabué);

desenvolvimento da consciência, auto-identidade e coesão que fundamentam a acção social (o estudo de formação em micro-finança e violência doméstica contra mulheres pobres em meios rurais na África do Sul);

envolvimento de grupos da população na definição de prioridades e planeamento (teatro local no Reino Unido para identificação de soluções políticas alternativas através de Planos de Melhoria de Saúde locais).

Fonte: HSKN, 2007.

CUIDADOS DE SAÚDE UNIVERSAIS : ÁREA DE ACÇÃO 9.1

Criar sistemas de cuidados de saúde baseados em princípios de igualdade, prevenção das doenças e promoção da saúde.

ACÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE UNIVERSAIS

A Comissão recomenda que:

- 9.1 Os governos nacionais, em conjunto com a sociedade civil e os doadores, criem serviços de cuidados de saúde baseados no princípio da cobertura universal de serviços de qualidade, concentrados nos cuidados primários de saúde (ver Recomendações 5.2; 7.5; 8.1; 10.4; 13.6; 14.3; 15.2; 16.8).**

Cuidados de Saúde Primários Universais

Virtualmente todos os países de rendimento alto organizam os seus sistemas de cuidados de saúde em torno do princípio da cobertura universal, (combinando mecanismos de financiamento da saúde e prestação de serviços). Porém, o compromisso para com os cuidados universais não se limita aos países de rendimento alto. A Tailândia, por exemplo, demonstrou capacidade de liderança e sucesso (Caixa 9.1).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP; combinando o modelo CSP de acção sobre os determinantes sociais da

saúde e a ênfase no nível primário de cuidados com o reencaminhamento adequado subsequente) implicam cuidados abrangentes, integrados e apropriados, com dedicados à prevenção de doenças e promoção da saúde. As provas que apoiam a eficácia das abordagens CSP atravessam todo o espectro de contextos com rendimento elevado, médio e baixo (Caixa 9.2).

Na Costa Rica, os cuidados primários reforçados, com acesso melhorado e instituição de equipas de saúde multidisciplinares, resultaram numa redução da taxa de mortalidade infantil nacional de 60 em 1000 nados vivos em 1970, para 19 em 1000 nados vivos em 1985. A cada cinco anos após a reforma, a mortalidade infantil baixou 13% e a mortalidade adulta 4%, independentemente de melhorias noutros determinantes da saúde (OPAS, 2007; Starfield, 2006; Starfield et al., 2005). As provas do sucesso dos serviços de nível primário também estão disponíveis em África (República Democrática do Congo, anteriormente Zaire, Libéria, Níger), Ásia (China, o Estado de Kerala na Índia, Sri Lanka) e América Latina (Brasil, Cuba) (De Maeseneer et al., 2007; Doherty & Govender, 2004; Halstead et al., 1985; Macinko et al., 2006; Starfield et al., 2005; Levine, 2004).

CAIXA 9.4: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS URBANOS – BANGLADESH

O projecto CSP Urbano no Bangladesh é uma parceria entre os governos municipais e sociedade civil que pretende fornecer serviços de saúde a populações que vivem em aglomerados informais. As entidades da cidade trabalham com catorze ONGs, que criam centros de saúde com financiamento do Banco da Desenvolvimento da Ásia (Asia Development Bank – ADB), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (UK Department for International Development – DFID), Agência Canadana de Desenvolvimento Internacional

(Canadian International Development Agency – CIDA) e União Europeia (EU). Às mulheres e crianças mais pobres que vivem nestes aglomerados, que representam 75% de todos os beneficiários, são fornecidos serviços de saúde primários subsidiados e de boa qualidade. Os mais pobres recebem serviços gratuitamente. A cobertura de serviços de cuidados primários aumentou de 400 mil pessoas em 2001, para cinco milhões em 2004, servidos por 124 centros de prestação de cuidados primários.

Fonte: KNUS, 2007.

CAIXA 9.5: ACÇÃO DO GOVERNO PARA A RESPONSABILIZAÇÃO PÚBLICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE

As acções do governo que aumentam a responsabilização pública nos cuidados de saúde incluem as seguintes:

legislação sobre o direito à saúde e sobre os direitos dos cidadãos à informação e à participação na política e orçamentação públicas (ver Capítulo 10: *Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas*);

legislação sobre o direito dos cidadãos à participação na gestão de hospitais e fornecimento de serviços de saúde e em avaliações da qualidade dos centros

de prestação de serviços; criação de mecanismos de auto-regulação por profissionais de saúde e para protecção dos direitos dos pacientes;

reforço da responsabilização dos sistemas de cuidados de saúde para a igualdade de género, através da nomeação de agentes governamentais dedicados aos direitos sexuais e reprodutivos e comissões a nível nacional e estatal para monitorização de programas de saúde sexual e reprodutiva.

Fonte: HSKN, 2007.

Cuidados de saúde primários – envolvimento e capacitação da comunidade

O modelo de CSP enfatiza a participação da população e a capacitação social, mesmo quando perante o desequilíbrio do poder local, limitações de recursos e apoio limitado dos níveis mais elevados do sistema de saúde (Baez & Barron, 2006; Goetz & Gaventa, 2001; Lopez et al., 2007; Vega-Romero & Torres-Tovar, 2007). As estratégias de capacitação social podem aumentar a consciência social para a saúde e os sistemas de cuidados de saúde, reforçando a literacia sobre a saúde e mobilizando acções de saúde (Goetz & Gaventa, 2001; Loewenson, 2003; Vega-Romero & Torres-Tovar, 2007) (Caixa 9.3).

O Projecto de CSP Urbanos do Bangladesh (Caixa 9.4) mostra como a consciência pública das necessidades de saúde e a parceria entre governo local e sociedade civil apoiam a criação e gestão eficaz de cuidados de saúde para grupos urbanos marginalizados.

Os governos podem agir com vista a promoção da responsabilização de sistemas de cuidados de saúde perante os cidadãos (Murthy, 2007) (Caixa 9.5).

As provas existentes um pouco por toda a documentação de CSP apoiam a importância da inclusão dos grupos beneficiários seleccionados em todos os aspectos do desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas. A *advocacy*, liderada pela sociedade civil, é fundamental para chamar atenção e apoiar serviços que respondam às necessidades de saúde das mulheres pobres. As necessidades específicas de género nas condições de saúde, que afectam mulheres e

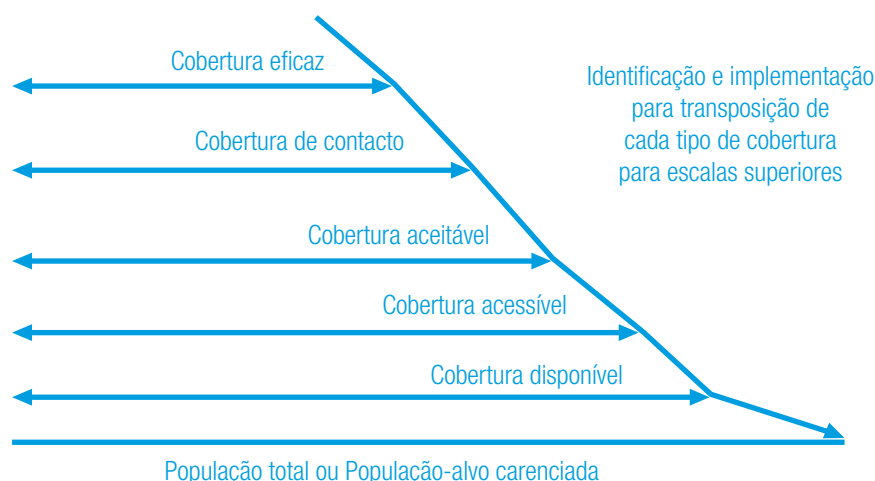
homens, devem ser consideradas, com vista à disponibilização do tratamento tanto a mulheres como de homens, sem qualquer forma de discriminação (WGEKN, 2007; Thorson et al., 2007; Bates et al., 2004; Huxley, 2007).

Com alterações demográficas relativas às populações idosas registadas em numerosas regiões, os sistemas de cuidados de saúde devem concentrar-se no apoio ao envelhecimento saudável. Espera-se que a EVN global continue a aumentar tanto no mundo desenvolvido como no mundo em desenvolvimento, antevendo-se que a percentagem de população com mais de 65 anos suba de 7,4% em 2005, para entre 13,7% e 19,1% em 2050 (Musgrove, 2006). Prevê-se que o maior crescimento ocorra nos países menos desenvolvidos. As provas existentes sugerem que a incapacidade, sobretudo em sequência de doença crónica, seja um importante problema de saúde pública dos 45 anos em diante. As grandes causas de deficiência relacionada com a idade são as desordens neuro-psiquiátricas (a prevalência crescente de doenças como a Doença de Alzheimer), problemas de visão e audição, osteoporose, artrite, diabetes e acidentes. A acção protectora sobre os determinantes do envelhecimento saudável forma um contexto social mais amplo, no qual os serviços de cuidados de saúde devem ser adaptados (Grupo de Trabalho da Academia Nacional de Ciência para o Envelhecimento – National Academy of Sciences Panel on Aging, 2006).

Prevenção e promoção

Os serviços de cuidados de saúde podem fazer muito mais do que tratar doenças, quando surgem. A pesquisa realizada prova que uma proporção significativa da prevalência global de doenças transmissíveis e não transmissíveis pode ser

Figura 9.2: Serviços eficazes para a cobertura universal.



Reimpresso com autorização do editor, de Tanahashi (1978).

CUIDADOS DE SAÚDE UNIVERSAIS - ÁREA DE ACÇÃO 9.2

Assegurar que o financiamento do sistema de cuidados de saúde é equitativo.

reduzida através de acção preventiva melhorada (Lopez et al., 2006). Os profissionais médicos e de saúde têm uma influência determinante na forma como a sociedade pensa e presta cuidados de saúde. Juntamente com outros defensores e activistas políticos, económicos, sociais e culturais, são testemunhas do imperativo ético e do valor da eficácia de agir sobre as causas sociais da exposição e vulnerabilidade ao risco da falta de saúde e da acção a níveis superiores na saúde (PPHCKN, 2007c; ver também *Um Problema de Todos: Reforço dos Sistemas de Saúde para Melhoria dos Resultados na Saúde – Everybody's Business; Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*) da OMS. A Rede de Conhecimentos para as Condições de Saúde Pública Prioritárias (Priority Public Health Conditions Knowledge Network – PPHCKN), através dos seus departamentos, vem desenvolvendo trabalho com o objectivo de perceber como os programas podem ser mais bem concebidos, fornecidos e monitorizados de modo a reconhecer as desigualdades na saúde e agir sobre os seus determinantes sociais. As opções para acção sobre a saúde mental (Quadro 9.1) servem de exemplo.

Utilização dos cuidados de saúde limitados a grupos-alvo específicos⁹ para construção da cobertura universal

A cobertura não é simplesmente uma questão de disponibilidade de medicamentos e serviços. Implica a existência de serviços adequados e de qualidade que abranjam e sejam utilizados por todos aqueles que deles necessitam. O modelo Tanahashi (Figura 9.2) retrata cinco níveis ou passos que os indivíduos, grupos ou populações carenciados têm de passar para obter serviços ou intervenções eficazes e como a proporção de pessoas capazes de aceder aos cuidados diminui em cada fase. Os programas dedicados à doença tradicionais concentram-se na cobertura eficaz e de contacto directo. A PPHCKN tem identificado estratégias para ultrapassar obstáculos, melhorando programas nacionais a cada passo alcançado (ver Capítulo 15: *Boa Governação Global*).

Em países de rendimento baixo, onde o financiamento público é limitado e os gastos públicos normalmente favorecem a população com recursos elevados, pode alegar-se não ser

CAIXA 9.6: BRASIL – O PROGRAMA DE SAÚDE FAMILIAR (PSF)

Criado nos anos 90, o PSF envolve a prestação de cuidados primários de saúde gratuitos como porta de acesso a um sistema unificado de financiamento público. No âmbito do sistema, foram criadas Equipas de Saúde Familiar (ESF), cada uma cobrindo uma população de entre 3.000 e 4.000 habitantes, e incluindo um médico de clínica geral, uma enfermeira, uma assistente de enfermagem e um “agente comunitário”, escolhido entre a população local. Algumas ESFs também têm Equipas de Saúde Oral. No início, a PSF concentrou-se nas áreas pobres, mas, de 1998 em diante, a abordagem foi adoptada pelo Governo Federal como uma estratégia para transformação do existente modelo nacional de assistência de saúde, tendo sido dados incentivos financeiros aos municípios para os encorajar a adoptar o programa.

Em 2006, 82 milhões de pessoas (46% da população), estavam cobertos pelos serviços; a cobertura aumentou significativamente nas regiões pobres do Norte e Nordeste; a cobertura era maior em cidades com populações mais pobres.

Entre 1988 e 2006, o programa criou 330 mil novos empregos.

Entre 1998 e 2006, nas cidades com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, aquelas que tinham uma elevada cobertura de PSF viram a taxa de mortalidade infantil baixar em 19%, enquanto as que tinham baixa cobertura de PSF registaram uma subida da taxa.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA – “BARRIO ADENTRO”

O programa “Barrio Adentro” tem por objectivo transformar o sistema de cuidados de saúde e tem sido um catalisador de iniciativas destinadas a um maior desenvolvimento social, político, cultural e económico. O programa começou com a criação de centros de cuidados primários gratuitos em aglomerados informais em Caracas, mas expandiu-se até se tornar uma iniciativa nacional, fornecendo cuidados de saúde primários a mais de 70% da população, em 2006. No período inicial de desenvolvimento, o pessoal do “Barrio Adentro” identificou a iliteracia e a malnutrição como prioridades chave para a saúde pública e, em resposta, o governo anunciou “missões sociais” adicionais para melhoria dos direitos à terra, educação, habitação e recursos culturais e promoção do reconhecimento das populações indígenas.

Em 2006, 19,6 milhões de habitantes (73% da população), estavam cobertos pelo programa.

Entre 2003 e 2005, houve um declínio acelerado da taxa de mortalidade infantil e doenças infantis, com crescente diagnóstico e acompanhamento de doenças crónicas.

Fonte: SEKN, 2007.

⁹ “Limitação a grupos-alvo específicos” refere-se à gama de opções de políticas sociais – incluindo cuidados de saúde –, cujo objectivo central é canalizar recursos escassos de cuidados de saúde, imediatamente ou a médio prazo, preferencialmente para os pobres ou grupos e regiões carenciados.

Quadro 9.1 Saúde Mental – determinantes e intervenções

Factores diferenciados	Determinante	Intervenção
Acesso diferenciado aos cuidados de saúde	Falta de serviços disponíveis	Melhoria da disponibilidade dos serviços de saúde mental através da integração nos cuidados de saúde gerais
	Serviços inaceitáveis	Garantia de que o nível cultural e linguístico do pessoal de saúde mental é aceitável
	Obstáculos económicos aos cuidados	Prestação de serviços financeiramente acessíveis
Consequências diferenciadas	Consequências financeiras do impacto da depressão na produtividade	Apoio aos prestadores de cuidados na protecção dos agregados familiares das consequências financeiras da depressão; programas de reabilitação
	Consequências sociais da depressão	Campanhas anti-estigma; promoção de redes familiares e sociais de apoio
	Consequências financeiras do tratamento da depressão	Redução dos custos
	Consequências da depressão no estilo de vida	Promoção da saúde mental, incluindo estratégias de prevenção do abuso de substâncias
Vulnerabilidade diferenciada	Riscos precoces para o desenvolvimento	Promoção programas de DPI
	Riscos precoces para o desenvolvimento, doença mental materna, fraca ligação entre mãe e criança	Intervenções mãe/criança, incluindo amamentação
	Riscos para o desenvolvimento na adolescência	Programas de prevenção de depressão destinados a adolescentes
	Riscos para o desenvolvimento de adultos mais velhos	Programas de educação e gestão de stress; mecanismos de apoio de pares
	Falta de acesso a facilidades de crédito ou poupança	Melhoria do acesso a facilidades de crédito e poupanças pelos pobres
Exposição diferenciada	Violência/crime	Programas de prevenção da violência/crime
	Fragmentação social	Promoção de programas que aumentam a coesão familiar e maior coesão social
	Desastres naturais	Programas de apoio a trauma e stress
	Prevenção de acidentes	Dedicação às condições de privação múltipla
	Habitação desadequada	Intervenções de melhoria de habitação
	Bairros pobres	Programas de realojamento
	Desemprego	Programas de emprego, formação de capacidades
Contexto e posição socioeconómica	Falta de políticas e legislação do governo; enquadramento de direitos humanos	Reforço da política de saúde mental; legislação e infra-estrutura de serviços
	Abuso de substâncias	Políticas de álcool e drogas
	Estigma	Programas de promoção da saúde mental
	Desemprego	Políticas económicas para promoção da estabilidade e segurança financeira e fornecimento do financiamento adequado para uma gama de serviços do sector público (saúde, serviços sociais, habitação)
	Insegurança financeira	Políticas de bem-estar com rede de segurança financeira
	Stress no trabalho	Políticas de protecção do emprego (por exemplo, restrições do trabalho excessivo por turnos, protecção dos direitos do trabalhador, segurança no emprego)
	Educação insuficiente	Educação básica obrigatória, incentivos, apoio financeiro

Fonte: PPHCKN, 2007d.

possível alcançar a cobertura universal a curto prazo e, como objectivo nas políticas a desenvolver, desvia a atenção da necessidade crítica de experimentar outras formas de alargar a cobertura de cuidados de saúde aos grupos mais pobres (Gwatkin et al., 2004). Apesar de ser importante que todos os países criem um sistema de cuidados de saúde universal, assegurando que os serviços beneficiem preferencialmente os grupos e regiões carenciados, esta pode ser uma importante estratégia a curto prazo. A limitação geográfica e a grupos específicos e o acesso universal não são abordagens políticas contraditórias. O Brasil e República Bolivariana da Venezuela (Caixa 9.6) são exemplos da forma como programas de cuidados de saúde de grande escala, de vocação nacional, podem trabalhar na direcção da universalidade – estabelecendo e alargando o direito de acesso, promovendo a utilização e canalizando benefícios, inicialmente, na direcção de grupos mais carenciados da população.

Contudo, a aplicação a grupos-alvo específicos deve ser exercida com cautela. A experiência recolhida mostra a dificuldade de expansão dos projectos de escala reduzida, concebidos para beneficiar preferencialmente os pobres, para acção a escala nacional de abordagem às desigualdades (Ranson et al., 2003; Simmons & Shiffman, 2006).

A Comissão recomenda que:

9.2 Os governos nacionais assegurem a liderança do sector público no financiamento dos sistemas de cuidados de saúde, concentrando-se no financiamento de base tributária e de seguros, assegurando cobertura universal de cuidados de saúde, independentemente da capacidade financeira dos beneficiários e minimizando as suas despesas de saúde directas (ver Recomendações 10.4; 11.1; 11.2).

Financiamento de cuidados de saúde – – impostos e seguros

A cobertura universal exige que a totalidade da população de um país possa usufruir da mesma gama de serviços de boa qualidade, segundo as necessidades e preferências existentes, independentemente do nível de rendimento, estatuto social ou residência, e que os habitantes sejam capacitados para usar estes serviços. Alarga o mesmo âmbito de benefícios a toda a população, apesar dos serviços variarem entre contextos, e incorpora objectivos políticos de igualdade em pagamentos, protecção financeira (Caixa 9.7) e igualdade de acesso a serviços aceitáveis.

Existem diferentes modelos de financiamento de sistemas de prestação de cuidados de saúde, desde a implementação de impostos gerais, passando por seguros universais obrigatórios, até sistemas de seguros voluntários ou de base comunitária e pagamentos directos pelo utilizador. De todos estes, a Comissão defende os métodos de pré-pagamento dos custos dos serviços, financiado através de impostos gerais (Caixa 9.8) e / ou seguros universais obrigatórios concebidos para a igualdade na saúde (HSKN, 2007).

Na Ásia, os gastos públicos com saúde eram redistributivos em dez de onze países, enquanto outros quatro conseguiram uma distribuição que favorece os mais carenciados ou equilibrada dos benefícios da saúde (O'Donnell et al., 2007; O'Donnell et al., 2005). Em cinco de sete países da América Latina, os gastos públicos com a saúde eram distribuídos de forma proporcional entre grupos ricos e pobres ou mais dedicados aos pobres (OPAS, 2001). Mesmo em África, onde se expressou preocupação para com a desigualdade dos gastos públicos com a saúde, avaliou-se o gasto como redistributivo em todos os 30 países estudados (Chu et al., 2004). Os gastos com cuidados de saúde chegaram às categorias de rendimento mais baixas (Kida & Mackintosh, 2005).

CAIXA 9.7: IGUALDADE E PROTECÇÃO

A função essencial dos acordos de financiamento de cobertura universal consiste em assegurar a protecção contra os custos financeiros relacionados com a falta de saúde para todos. No contexto dos países de rendimento baixo e médio, financiar a cobertura universal significa, fundamentalmente, reduzir os custos muito altos pagos directamente pela utilização de serviços de cuidados de saúde e aumentar substancialmente a parte do financiamento

da saúde que advém dos impostos e / ou seguros de saúde contributivos. As implicações de tais mudanças para quem paga e quem beneficia, dependerão da(s) fonte(s) de financiamento, do alcance dos acordos do fundo de risco, a abordagem à compra e os determinantes do uso dos serviços, incluindo a influência de quaisquer mecanismos concebidos para atribuição dos benefícios a grupos-alvo específicos.

Fonte: HSKN, 2007.

CAIXA 9.8: FINANCIAMENTO GRADUAL DE CUIDADOS DE SAÚDE – PROVAS DE REGIÕES DE RENDIMENTO MÉDIO

As regiões em que o financiamento por impostos gerais representam a maior parte do financiamento global (por exemplo, Hong Kong, Sri Lanka, Tailândia), aparentam ter um padrão mais gradual

de financiamento de saúde do que as regiões mais dependentes de financiamento por seguro social de saúde compulsivo (por exemplo, Coreia).

Fonte: HSKN, 2007.

O potencial dos sistemas de cuidados de saúde redistributivos para melhoria da igualdade na saúde é sugerido por provas de países de baixo e médio rendimento, onde os gastos públicos com cuidados de saúde têm maior impacto na mortalidade entre os pobres do que entre aqueles com mais recursos (Bidam & Ravaillon, 1997; Gupta, Verhoeven & Tiogson, 2003; Wagstaff, 2003). Mesmo onde os pobres recebem menos subsídios públicos que os ricos, ainda assim podem assegurar maiores ganhos para a saúde do que os grupos mais ricos (O'Donnell, et al., 2005; Wagstaff, et al., 1999). Isto pode explicar-se parcialmente pela descoberta de que o uso de cuidados de saúde entre os pobres está significativamente mais relacionado aos gastos públicos com a saúde que o uso dos mesmos cuidados pelos habitantes mais ricos (Houweling, 2005). A ênfase nos cuidados de saúde baseados de forma gradual e crescente nos impostos depende claramente da capacidade de obtenção de níveis adequados de receitas

nacionais e / ou auxílio internacional adequado (ver Capítulo 11: *Financiamento justo*).

Onde a capacidade fiscal e / ou fontes disponíveis de impostos são fracas, uma forma alternativa de pré-pagamento é o esquema de seguro de saúde obrigatório à escala nacional. Contudo, sobretudo em locais de baixo rendimento, tal financiamento pode estar fortemente dependente de financiamento externo, pelo menos numa fase inicial, o que levanta problemas de sustentabilidade a longo prazo. O exemplo do Gana (Caixa 9.9) demonstrou sinais de dependência, mas também retrata como são possíveis acções corajosas a favor do pré-pagamento universal.

Os esquemas de seguros de pequena escala podem ser úteis para aumentar o impacto dos serviços de saúde entre comunidades e agregados familiares muito pobres, mas o reduzido fundo de risco e o potencial para fragmentação

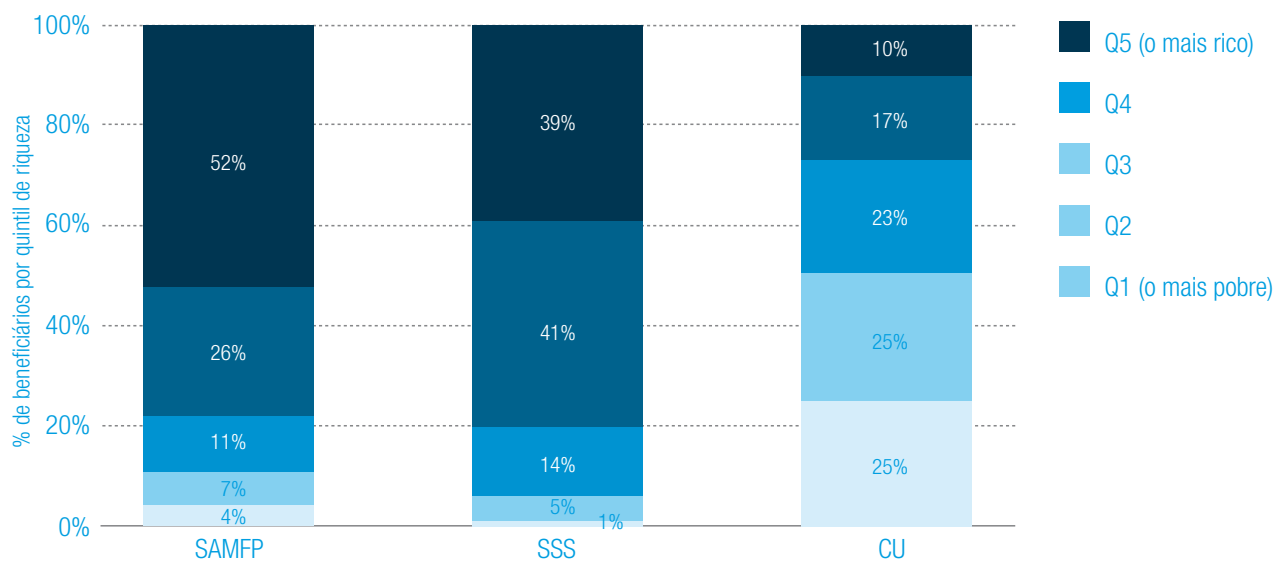
CAIXA 9.9: SEGURO DE SAÚDE COMPULSIVO NO GANA

Apesar de um número crescente de países Africanos considerar actualmente ou encontrar-se já nas fases preliminares da implementação de um seguro de saúde obrigatório, entre os países daquele continente foi o governo do Gana que tomou a acção mais audaz nesta direcção. O governo assumiu um compromisso expresso de alcançar a cobertura universal através da implementação do Seguro Nacional de Saúde (SNS), mas reconhece que a cobertura terá de ser gradualmente alargada, sendo que o objectivo é conseguir níveis de registo de cerca de 60% dos residentes no Gana no período de dez anos após a

aprovação do seguro de saúde obrigatório. O SNS do Gana inclui os sectores formais e informais desde o início, construindo sobre uma longa tradição do Gana de esquemas de seguros de saúde baseados na comunidade. Por outro lado, apesar de existirem diferentes fontes de financiamento nos sectores formal e informal, farão parte de um esquema unificado. Note-se que existem sinais de grave desgaste financeiro no programa de seguros de saúde do Gana, derivados da sua dependência do financiamento externo.

Fonte: HSKN, 2007.

Figura 9.3 Alargamento da assistência aos pobres através do esquema cobertura universal.



SAMFP = Sistema de Assistência Médica da Função Pública; SSS = Sistema da Segurança Social; CU = Esquema de Cobertura Universal; Q = quintil de riqueza.
Fonte: HSKN, 2007.

entre sistemas múltiplos podem ter um efeito negativo sobre a igualdade na saúde. O reforço da partilha de riscos está associado a uma melhor EVN e taxas de sobrevivência infantil mais equitativas (HSKN, 2007). O caso de estudo Tailandês (Caixa 9.10 e Figura 9.3) mostra como a cobertura financeira foi alargada a grupos de rendimento baixo, inicialmente através do esquema de cobertura universal de financiamento tributário, complementando outros esquemas de seguros de saúde mas construindo, através da agência de seguros nacional, o potencial para a obtenção de fundos transversais aos vários sistemas.

Apesar do recente interesse nos seguros sociais de saúde (Caixa 9.11), o financiamento gradual baseado em impostos oferece vantagens específicas (Mills, 2007; Wagstaff, 2007). Exemplos de sistemas baseados nos impostos incluem o Canadá, Suécia e Reino Unido. Em algumas situações, como a diminuição das taxas de emprego, pode ser difícil alargar o âmbito do seguro obrigatório; e até mesmo dentro de sistemas de seguro, o financiamento por impostos deve ser usado total ou parcialmente para subsidiar os custos dos cuidados fornecidos a grupos difíceis de alcançar pelo seguro, tais como os trabalhadores informais ou os trabalhadores por conta própria.

Os esquemas de seguros baseados na comunidade desempenharam um papel importante na evolução da cobertura universal na Europa e Japão (Ogawa et al., 2003),

bem como na Tailândia, e são, actualmente, importantes na China e alguns países Africanos (Carrin et al., 2005) e de transição (Balabanova, 2007). Apesar de tais esquemas poderem oferecer benefícios de protecção a alguns indivíduos entre os pobres, os dados multinacionais sugerem que a cobertura limitada, frequente exclusão dos muito pobres e capacidades existentes reduzidas podem limitar o impacto que têm sobre a igualdade e minar a sua sustentabilidade (Lagarde & Palmer, 2006; Mills, 2007). Existem provas de que os esquemas de micro-seguros para a saúde sofrem de problemas semelhantes e que, apesar de oferecerem oportunidades imediatas de alargar a cobertura a quem é, normalmente, incapaz de obter cobertura mais informal de seguro, devem ser cuidadosamente regulados e monitorizados (Siegel et al., 2001). Os programas de seguros independentes também podem enfrentar dificuldades em atingir uma cobertura elevada em determinados grupos da população (Mills, 2007). Os acordos de micro-seguros de saúde e seguros baseados na comunidade devem ser implementados com cautela, devendo levar-se a cabo esforços para salvaguarda do acesso pelos grupos carenciados.

Existem circunstâncias, em contextos de países ricos e pobres, nas quais os utilizadores dos cuidados de saúde pagam taxas directas sobre a utilização dos serviços. Nos casos em que o pagamento destas taxas directas não acentue a desigualdade,

CAIXA 9.10: TAILÂNDIA – CUIDADOS DE SAÚDE UNIVERSAIS FINANCIADOS POR IMPOSTOS

No processo de reformas do sistema de cuidados de saúde na Tailândia, foi criado um modelo de cobertura universal a partir dos esquemas de seguro de saúde já existentes, incluindo o Sistema de Assistência Médica da Função Pública (SAMFP / CSMBS) e Sistema da Segurança Social (SSS). Por razões pragmáticas, foi escolhida a tributação directa como mecanismo de financiamento e a implementação, preferencialmente rápida. Foi, desde a sua implementação, avaliado como modelo de financiamento equitativo, por comparação com o seguro social ou outros sistemas contributivos. Provas obtidas do Inquérito sobre

Saúde e Bem-estar, conduzido pelo Instituto nacional de Estatística, indicam que, se comparado com o SAMFP e SSS, o esquema de Cobertura Universal estendia muito mais os serviços prestados aos pobres. Onde 52% de beneficiários sob o SAMFP pertenciam ao quinto mais rico da população, 50% do esquema de cobertura universal pertencem aos dois quintos mais pobres. O sistema teve como resultado a redução do desperdício de recurso com a saúde – até então, catastrófico – de 5,4% para 2,8-3,3%.

Fonte: HSKN, 2007.

CAIXA 9.11: SEGURO SOCIAL DE SAÚDE

O conceito de seguro social de saúde está profundamente enraizado nos sistemas de cuidados de saúde da Europa Ocidental. Fornece o princípio organizativo e uma preponderância no financiamento em sete países – Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Luxemburgo, Países Baixos e Suíça. Desde 1995, também se tornou a base legal para a organização de serviços de saúde em Israel. Anteriormente, os modelos de seguro de saúde social desempenharam um importante papel em vários outros países, que subsequentemente mudaram para acordos predominantemente financiados por impostos na segunda metade do século XX – Dinamarca (1973), Itália (1978), Portugal (1979), Grécia (1983) e Espanha

(1986). Para mais, existem segmentos de acordos de financiamento de cuidados de saúde baseados em seguros de saúde sociais ainda em operação, predominantemente em países de financiamento tributário, como a Finlândia, Suécia, Reino Unido, Grécia e Portugal. Para além destes, um número substancial de países do Centro e Leste Europeu introduziram modelos de seguro de saúde social adaptados, entre eles, Hungria (1989), Lituânia (1991), República Checa (1992), Estónia (1992), Letónia (1994), Eslováquia (1994) e Polónia (1999).

Corrigido, com autorização do editor, de Saltman et al. (2004).

pode tornar-se um componente do financiamento de cuidados de saúde. Contudo, onde as taxas de utilização têm um impacto adverso na desigualdade na saúde ou acesso, utilização e / ou benefício equitativos a cuidados de saúde, devem ser eliminadas. Revisões sistemáticas de provas documentais disponíveis demonstram que a introdução de taxas de utilização em países de rendimento baixo e médio levou à queda dos níveis de utilização (Lagarde & Palmer, 2006; Palmer et al., 2004) (Caixa 9.12). Os pagamentos directos pelo utilizador geram desigualdades de utilização e empobrecem as mulheres e grupos com baixos rendimentos e socialmente marginalizados (Caixa 9.13).

A Comissão recomenda que:

9.3 Os governos nacionais e doadores aumentem o investimento nos recursos humanos médicos e de saúde, equilibrando a densidade de profissionais de saúde entre as áreas rurais e urbanas (ver Recomendações 6.4; 16.5).

Existe frequente um desequilíbrio geográfico na distribuição de trabalhadores de saúde dentro dos países, que afecta a equidade dos serviços de cuidados de saúde. Uma distribuição mais equitativa da mão-de-obra de saúde exige medidas de âmbito nacional para melhoria da disponibilidade global de recursos

CAIXA 9.12: UGANDA – IMPOSIÇÃO E ABOLIÇÃO DE TAXAS DE UTILIZAÇÃO

O Uganda aprovou taxas de utilização de aplicação universal em 1993. Apesar da criação de receitas ser relativamente baixa (geralmente menos de 5% da despesa), foi uma importante fonte de financiamento para suplementar os salários dos trabalhadores da saúde, manter instalações e comprar medicamentos adicionais. Contudo, registou-se um declínio dramático na utilização de serviços de cuidados de saúde, aumentando as preocupações sobre o impacto nos pobres. As taxas de utilização em instalações do sector público foram abolidas em Março de 2001, com a excepção dos centros privados. A utilização dos serviços de saúde aumentou imediata e dramaticamente. Os pobres beneficiaram

particularmente da eliminação das taxas. A utilização de serviços de saúde (percentagem de doentes que procuraram cuidados profissionais) subiu de 58% para 70% no caso do quinto mais pobre e de 80% para 85% do quinto mais rico. A cobertura da vacinação nacional subiu de 41% em 1999/2000 para 84% em 2002/2003. Tal não teria sido conseguido sem o apoio financeiro significativo pelo governo. Para além disto, exige-se atenção para outras despesas como custos com medicamentos e transporte e a eliminação de pagamentos não oficiais (Balabanova, 2007; O'Donnell et al., 2007).

Fonte: HSKN, 2007.

CAIXA 9.13: GASTOS DIRECTOS COM A UTILIZAÇÃO E IGUALDADE NA SAÚDE

O pagamento directo pela utilização dos serviços de saúde, na altura de prestação do serviço, influencia negativamente o acesso a cuidados.

Na Ásia, os pagamentos de cuidados de saúde precipitaram 2,7% da população total de onze países de rendimento baixo a médio para abaixo do limiar da pobreza de US\$ 1 por dia.

Um estudo desenvolvido em vários países da África Subsariana descobriu que, “quanto mais pobre o quinto inferior da população, mais alta a taxa de utilização de instalações privadas para tratamento da [infecção respiratória aguda (IRA)], mais baixa a taxa de tratamento para IRA, maior a percentagem de crianças sem vacinação e pior a taxa de mortalidade infantil.”

Nos Estados Unidos da América, a contribuição média de um trabalhador para o seguro de saúde fornecido pelo empregador aumentou mais de 143% desde 2000. Os custos médios directos para gastos dedutíveis, co-pagamentos de medicação e seguros partilhados para visitas médicas e hospitalares aumentaram 115% durante o mesmo período.

A média de dívidas médicas derivadas de pagamentos directos, para quem declarou insolvência nos Estados Unidos da América, foi de 12 mil dólares americanos; 68% das pessoas que se declararam insolventes tinham seguro de saúde e 50% de todas as declarações de insolvência deveram-se parcialmente a despesas médicas (<http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>).

Fonte: HSKN, 2007.

SAÚDE UNIVERSAL : ÁREA DE ACÇÃO 9.3

Criar e reforçar a força laboral da saúde e alargar as capacidades de acção sobre os determinantes sociais da saúde.

humanos, bem como uma implementação diferenciada entre áreas geográficas, para resposta às necessidades específicas de áreas mal servidas. O Relatório Mundial de Saúde de 2006 (OMS, 2006) conclui que as acções com maior potencial para melhorar a disponibilidade do pessoal estão relacionadas com salários e mecanismos de pagamento, combinados com disponibilidade de material e equipamento necessário e flexibilidade e autonomia para gerir o trabalho. A experiência no leste e sul de África sugerem que incentivos não financeiros (por exemplo, formação, prestação de assistência social, saídas profissionais, apoio e supervisão) podem desempenhar um papel importante na motivação da escolha dos trabalhadores de saúde em trabalhar e ficar em determinados níveis de serviço e podem ter um efeito mais sustentado em situações de inflação e instabilidade económica elevadas (Cafferty & Frelick, 2006; Dambisya et al., 2005) (Caixa 9.14).

Os recursos humanos, tanto formais como informais, são uma parte integrante dos sistemas de cuidados de saúde. A maioria da força laboral de saúde é constituída por mulheres, sendo que as suas contribuições para os sistemas de cuidados de saúde formais e informais são significativas, mas subavaliadas e não reconhecidas. Isto deve-se, em parte, à falta de disponibilidade de dados desagregados por género sobre a economia de serviços de saúde (WGEKN, 2007). As mulheres que fornecem serviços de saúde informais ou auxiliares devem ser fortemente apoiadas no sistema de cuidados de saúde e acompanhadas de perto por níveis mais elevados de prestação de serviço.

No sistema de cuidados de saúde, os trabalhadores de saúde são um grupo de pressão poderoso para liderar a acção para uma

melhor integração dos cuidados de saúde e os determinantes sociais da saúde. Os trabalhadores da área da saúde comunitária, não podendo se identificados como “solução mágica” para os sistemas de cuidados de saúde, oferecem vários potenciais benefícios na sustentação e desenvolvimento de recursos humanos da saúde. Na maioria dos casos, os trabalhadores de saúde comunitária estão associados a custos e prazos de formação mais baixos; adicionam valor significativo à prestação de serviços de saúde locais, com risco mínimo de ocorrência do fenómeno de imigração especializada; dependendo do recrutamento, estão mais disponíveis para a colocação em zonas rurais, de onde podem ser originários; e costumam ser mais flexíveis com as regras, tradições e necessidades de saúde das comunidades que servem (Fundação para a Pesquisa sobre Serviços de Saúde do Canadá – Canadian Health Services Research Foundation, 2007).

Ajuda aos recursos humanos de saúde

Os aumentos da ajuda e perdão da dívida devem contribuir para o reforço dos sistemas de cuidados de saúde, incluindo a contribuição para custos recorrentes como recrutamento e formação de recursos humanos. Este não é, contudo, sempre o sucedido. Os países que se candidatam ao perdão da dívida através da iniciativa Países Pobres Altamente Endividados (Highly Indebted Poor Countries – HIPC), devem completar um Documento Estratégico para a Redução de Pobreza (PRSP) – plano nacional de desenvolvimento – como parte do processo de qualificação. Cada PRSP (agindo como via de ligação mais ampla para o fluxo de ajuda para um dado beneficiário) é moderado por meio de um

CAIXA 9.14: REVERTER O FENÓMENO DE FUGA DE CÉREBROS, NA TAILÂNDIA

O fenómeno interna de fuga de cérebros na Tailândia foi revertido, através da disponibilização de:

uma combinação de incentivos financeiros e não financeiros para trabalho em áreas rurais, que incluíram: mudança de estatuto dos médicos de funcionários privados para funcionários públicos contratados; habitação; e reconhecimento pelas funções desempenhadas;

apoio através de um programa mais amplo de desenvolvimento rural sustentado.

Consequentemente, a disponibilidade diferencial de médicos entre o nordeste rural e Banguecoque caiu de 21 em 1979 para 8,6 em 1986.

Fonte: HSKN, 2007.

CAIXA 9.15: PERDÃO DA DÍVIDA, REDUÇÃO DA POBREZA E PAGAMENTO A TRABALHADORES DA SAÚDE

Parte do processo de aprovação de muitos PRSPs (pré-requisitos para o acordo e prestação de perdão da dívida ao abrigo do programa da iniciativa HIPC) consiste na concretização de um MTEF. Os MTEFs são delineados em negociações entre ministros das finanças e FMI, que criam como prioridades inflação baixa e evitam défices fiscais em vez de combater a pobreza e responder às necessidades de saúde. Este processo pode limitar o tamanho do orçamento total e, dentro do orçamento, gastos indiscriminados como o pagamento de dívidas, tende a ser prioritário,

limitando os orçamentos sectoriais. Um estudo em quatro países africanos descobriu que os ministros da saúde tiveram dificuldades em influenciar o processo de orçamentação. Apesar do Fundo Monetário Internacional estipular que não podem ser criados limites aos custos recorrentes como a lei dos salários do sector da saúde, existem provas de que, na prática, o processo MTEF teve um efeito supressor nas atribuições adequadas de orçamento para investimento nos recursos humanos da saúde.

Fonte: GKN, 2007.

enquadramento temporal mais curto para controlo da despesa – Enquadramento de Despesa a Médio Prazo (Medium-Term Expenditure Framework – MTEF). Apesar de não limitar explicitamente os custos recorrentes relativos a recrutamento e salários para o pessoal da saúde tão prementemente necessário, o MTEF desencoraja tais gastos, levando a um subinvestimento na capacidade humana crítica para os sistemas de cuidados de saúde (Caixa 9.15).

Iniciativas Globais de Saúde (IGS) – tais como Fundo Global contra a Sida, Tuberculose e Malária, Aliança Global para as Vacinas e Imunização, Stop TB (Fim à Tuberculose), Roll Back Malaria (Inverter a Malária) e Programa Multinacional contra o VIH/SIDA – trouxeram novos recursos ao desenvolvimento internacional e à saúde. Existe, contudo, o perigo de que novas linhas de financiamento avultadas, funcionando paralelamente aos orçamentos nacionais, distorçam as prioridades nacionais para atribuição de gastos e acção (Caixa 9.16). Ao mesmo tempo, as IGS, oferecendo salários mais elevados que os do sector público, podem retirar os melhores recursos humanos da saúde do sistema nacional de saúde, aprofundando a falta de pessoal.

A Comissão recomenda que:

9.4 As agências internacionais, doadores e governos nacionais lidem com o fenómeno da fuga de cérebros dos recursos humanos da saúde, concentrando-se no investimento em recursos e formação crescentes de pessoal de saúde e acordos bilaterais para controlo de ganhos e perdas.

A existência de trabalhadores de saúde devidamente formados em número suficiente e empregados a nível local é fundamental para alargar a cobertura e melhorar a qualidade dos cuidados e desenvolver parcerias bem sucedidas com a comunidade e outros sectores (Kurowski et al., 2007). Em muitas zonas do mundo, contudo, salários baixos combinados com falta de infra-estruturas e más condições de trabalho conduziram à migração de recursos humanos valiosos e experientes (GKN, 2007). Alguns países de rendimento alto recrutam activamente médicos e enfermeiras em África e na Ásia. A acção internacional pode ajudar a inverter este panorama (Caixa 9.17).

CAIXA 9.16: INICIATIVAS GLOBAIS DE SAÚDE

Apesar das IGS terem trazido enormes níveis novos de financiamento aos sistemas de cuidados de saúde em países de rendimento baixo e médio (US\$ 8,9 biliões em 2006, apenas para o VIH/SIDA), existe a preocupação de que os seus programas geridos de forma vertical tenham o potencial para prejudicar a dedicação dos sistemas de cuidados de saúde para a saúde da população e exacerbar a desigualdade na saúde. Como as IGS fornecem cerca de 90% dos

serviços totais da assistência para o desenvolvimento da saúde (ADS), tornaram-se entidades poderosas nas políticas de saúde global. Todos as IGS têm de planear, financiar e responder ao impacto sobre sistemas de saúde, em particular abordando o problema de potencial fuga de recursos humanos da saúde nas escalas local e nacional.

Fonte: HSKN, 2007.

Os sistemas de cuidados de saúde são um determinante social da saúde muito importante. A ênfase no nível primário de cuidados e na acção mais ampla, com o objectivo para definir uma orientação mais ampla para os Cuidados de Saúde Primários dentro do sistema de cuidados de saúde, integrando o empenho da comunidade na avaliação das necessidades, é vital. Dentro dos países, são necessárias atribuições financeiras crescentes para os cuidados de saúde em quase todas as situações – mais prementemente, nos países de rendimento baixo. Mais do que isto, contudo, os modelos equitativos de financiamento, que eliminem quaisquer custos para o utilizador cobrados pelo serviço e que impeçam o uso ou degradem a igualdade de acesso ou usufruto dos serviços, são a chave para o problema. Isto implica métodos de pré-pagamento pelo sector público, com sistemas de pequena escala usados apenas como estratégias adjuvantes. Um fornecimento adequado de trabalhadores de saúde exige não apenas investimento no recrutamento e formação, mas também inclui formação melhorada sobre os determinantes sociais da saúde como parte integrante dos currículos médicos e de saúde, e acção para parar a fuga de trabalhadores de saúde, que migram de países de rendimento baixo e médio.

CAIXA 9.17: OPÇÕES DE POLÍTICAS PARA COMBATE DO FENÓMENO DA FUGA DE CÉREBROS NOS RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE

Existem várias opções políticas para combate e solução da fuga de cérebros dos recursos humanos de saúde dos países mais pobres, em que se incluem:

regresso dos programas migrantes (medida de elevado custo e com pouco sucesso);

restrições à emigração (medida fraca, resultando apenas no adiamento da emigração) ou imigração (com sucesso modesto, apesar de criticada por isolar os trabalhadores da saúde de outros migrantes);

acordos bilaterais e multilaterais para gestão do fluxo entre países de origem e destino (medida com algum sucesso);

reforço dos recursos humanos de saúde nacionais nos países de origem (medida fortemente apoiada na teoria, mas questionável na perspectiva de países de origem, no contexto nos mercados globais);

restituição (medida que inclui fluxos bilaterais de recursos humanos da saúde e a contribuição crescente, da parte de países de destino de rendimento elevado, para os sistemas da saúde e formação na saúde em países de origem de rendimento baixo).

A preferência tende a ser por acordos bilaterais e a restituição como áreas de políticas com maior potencial de sucesso.

Fonte: GKN, 2007.

COMBATE DA DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DE PODER, DINHEIRO E RECURSOS



O segundo dos três princípios de actuação da Comissão é:

Combater a distribuição desigual de poder dinheiro e recursos – os impulsionadores estruturais das condições de vida quotidiana – à escala global, nacional e local.

O facto de alguns indivíduos viverem em abundância de meios, enquanto outros passam por privações; de alguns deles gozarem de vidas longas e prósperas, enquanto outros têm vidas curtas e, frequentemente, brutais – e de que essas diferenças sejam identificadas tanto à escala global como nacional –, não são consequência de condições naturais, nem tampouco fruto do acaso. A desigualdade nas condições de vida quotidianas é determinada por estruturas e processos sociais profundos; é sistemática, produzida por políticas que toleram ou mesmo promovem a distribuição injusta do acesso ao poder, bem-estar e outros recursos sociais necessários.

Os capítulos que se seguem enumeram alguns dos aspectos estruturais subjacentes à sociedade que afectam a igualdade na saúde – normas sociais e escolhas políticas que alimentam processos de elaboração de políticas, consequentemente conduzindo às condições de vida, crescimento e trabalho desiguais descritas na Parte 3. Em todas, o valor colectivo da igualdade na saúde, o papel vital da acção pública e a consequente importância central da liderança do sector público afirmam-se imediatamente como necessários.

Porém, a Comissão tem uma perspectiva realista dos factos, sobretudo ao observar a realidade da actividade dos governos actuais por todo o Mundo. Nem sempre é benéfica, nem sempre se dedica à justiça social. Em muitos casos, mesmo quando o empenho é forte, a capacidade (seja institucional, financeira, técnica ou humana) é fraca ou subdesenvolvida. E onde o empenho e a capacidade são fortes, o contexto global mais vasto pode, cada vez mais, actuar tanto como travão ou catalisador para a criação das condições necessárias para a saúde equitativa e de boa qualidade. A geração de vontade política e capacidade institucional é central a todas as recomendações da Comissão. E esse processo construtivo não é da responsabilidade exclusiva dos governos, sendo antes através dos processos democráticos de participação da sociedade civil e de concepção de políticas, apoiados aos níveis regional e local, fundamentados pela investigação sobre os mecanismos que surtem efeitos sobre a igualdade na saúde e com a colaboração dos agentes privados que a verdadeira acção para a igualdade na saúde é possível.



CAPÍTULO 10

Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas

“Se a saúde está presente em todas as dimensões da vida, o risco também está sempre presente. Este facto tem importantes consequências para a forma como enquadrámos as políticas da saúde e onde atribuímos as responsabilidades pela saúde na sociedade.”

Illona Kickbusch (2007)

IGUALDADE NA SAÚDE: PARA ALÉM DO SECTOR DA SAÚDE

Todos os aspectos do governo e da economia têm potencial para afectar a saúde e igualdade na saúde – finanças, educação, habitação, emprego, transporte e saúde, para indicar seis exemplos (Marmot, 2007). Embora a saúde possa não ser o principal objectivo das políticas nestes sectores, eles têm uma forte influência na saúde e na igualdade na saúde. Uma agenda política que pretenda lidar com os determinantes sociais da saúde e que promova a igualdade exige uma relação entre a saúde e outros sectores (Vega & Irwin, 2004) aos níveis global, nacional e local.

Coerência das políticas existentes

Diferentes políticas do governo, dependendo da sua natureza, podem melhorar ou piorar a saúde e igualdade na saúde. O planeamento urbano, por exemplo, que produza bairros extensos com habitação dispendiosa, poucas infra-estruturas locais e transporte público irregular e caro, faz pouco pela promoção de boa saúde para todos (NHE, 2007).

A coerência das políticas implementadas é crucial – ou seja, as políticas de diferentes departamentos do governo complementam-se, em vez de se contradizerem, no que respeita à produção de serviços de saúde e à igualdade na saúde. Por exemplo, políticas de comércio que encorajam activamente a produção, comércio e consumo sem restrições de alimentos ricos em gorduras e açúcares, em detrimento da produção de fruta e vegetais, é contraditória para as políticas de saúde, que recomendam um consumo reduzido de alimentos ricos em gordura e açúcar e um consumo crescente de fruta e vegetais (Elinder, 2005). O trabalho com o objectivo de concepção de um sistema coerente implica um processo através do qual as políticas de todos os departamentos do governo são verificadas para aferir o grau de consonância com o objectivo de igualdade na saúde.

Um ponto de partida importante para a abordagem dos determinantes sociais à saúde e igualdade na saúde está, evidentemente, dentro do sector da saúde em si mesmo.

Devidamente munido de recursos e organizado, pode oferecer benefícios que vão além do tratamento de doenças (ver Capítulo 9: *Cuidados de saúde universais*), podendo promover a igualdade na saúde através de atenção específica às circunstâncias e necessidades dos cidadãos socialmente carentes e dos grupos marginalizados (HSKN, 2007) e liderar a promoção de políticas coerentes nos governos (PPHCKN, 2007c).

Reconhecimento do papel e barreiras à acção intersectorial para a saúde

A acção intersectorial (AIS) para a saúde – conjunto de políticas e acção coordenada nos sectores da saúde e externos à área – pode ser uma estratégia chave para alcançar a coerência das políticas e tratar, mais genericamente, dos determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde (PHAC, 2007). A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários de 1978 em Alma-Ata (OMS & UNICEF, 1978), a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Otava em 1986 (OMS, 1986), a Conferência Global sobre Acção Intersectorial para a Saúde da OMS em 1997 e, mais recentemente, a Conferência sobre Promoção da Saúde de 2005 em Banguecoque (OMS, 2005d) e o Tema de “Saúde em Todas as Políticas” da presidência Finlandesa da UE (Stahl et al., 2006), todas reconheciam que os factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem beneficiar ou prejudicar a saúde e reconheceram e legitimaram a expansão do âmbito da saúde, propondo actuação com políticas em todos os sectores da sociedade.

Apesar das provas recolhidas à escala global e do apelo à acção integrada sobre os factores sociais terem aumentado, ainda não se traduzem sistematicamente em abordagens nas políticas e, ainda menos, em políticas integradas promotoras de equidade. Nem todos os países possuem os recursos necessários para adoptar tal resposta à igualdade na saúde. Em muitos países de rendimento baixo ou médio, o investimento limitado, ao longo do tempo, em infra-estruturas e recursos humanos, como resultado de políticas de ajustamento estrutural dos anos 80 e 90, reduziu a capacidade do Estado, exacerbados pelo duplo sobrecarga sem precedente de doenças infecciosas e crónicas (Epping-Jordan et al., 2005). Outros alegam que a retórica do efeito prático e limitação fiscal apoiaram a concentração continuada em abordagens “centradas na doença”, tendo uma influência menor na incidência de doenças em países de rendimento baixo e médio (Magnussen et al., 2004). Também se reconhece que a AIS para a saúde mantém uma tensão fundamental com o enquadramento dentro do qual o governo opera (Vincent, 1999). E claro, não só existem operações concorrentes entre departamentos do governo, como podem existir – e existem – também interesses e ideologias e protecção territorial contrárias (Logie, 2006).

Apesar da lentidão do processo, os sistemas públicos de saúde estão a ser transformados de intervenções discretas sobre doenças específicas em reformas sociais, culturais e económicas abrangentes, que abordam as causas primárias da falta de saúde (Baum, 2008; Gostin et al., 2004; Locke, 2004). A elaboração de políticas coerentes e AIS têm sido usadas globalmente para responder a uma vasta gama de desafios de políticas públicas da saúde e socioeconómicas, incluindo a acção sobre os determinantes sociais da saúde e populações, comunidades, doenças e comportamentos de saúde específicos (CW, 2007). A epidemia de obesidade, de escala global, é um bom exemplo de um resultado na saúde padronizado socialmente, consequência de alterações num conjunto distinto de factores sociais.

A natureza interligada das causas da obesidade gerou AIS, frequentemente incluindo respostas sectoriais coerentes e acção comunitária (Caixa 10.1).

Numa dimensão menor, estruturas de políticas abrangentes, que explicitamente se dirigem à igualdade na saúde – por exemplo, Finlândia, Suécia e Reino Unido (Stahl et al., 2006) – delinearão a AIS como estratégia chave (PHAC, 2007).

Para além do governo

A saúde pode ser um ponto de encontro para diferentes sectores e interessados – seja uma comunidade local a conceber um plano de saúde para si mesma (Dar es Salaam, Programa para a Saúde na Cidade da República Unida da Tanzânia), permitindo aos cidadãos votar em prioridades nas atribuições de recursos locais para a saúde (orçamento participativo em Porto Alegre, Brasil), diminuindo a incidência do dengue (Programa das Cidades Saudáveis de Marikina, Filipinas) ou envolvendo a comunidade como um todo na concepção de espaços partilhados, que encorajam a caminhada e ciclismo (Healthy by Design, Victoria, Austrália) (Mercado et al., 2007). Envolver pessoas e instituições chave e transcender o âmbito do governo para envolver a sociedade civil são passos vitais na direcção da acção integrada sobre a igualdade na saúde.

O argumento a favor da abordagem coerente para a igualdade na saúde, através de acção sobre os determinantes sociais em todos os contextos socioeconómicos e socioculturais, é inequívoco. Não existe, contudo, uma abordagem que sirva para todos, mas antes princípios que podem ser adaptados à acção num leque de contextos distintos. Em alguns contextos, a acção dentro de um único sector terá um enorme impacto sobre a igualdade na saúde. Noutros casos, a acção integrada em vários sectores será vital.

CONSTRUÇÃO DE UMA ABORDAGEM COERENTE À IGUALDADE NA SAÚDE

É necessária acção coerente dentro e entre sectores, a todos os níveis do governo, desde a escala global até à local. As recomendações do presente capítulo baseiam-se na aprendizagem do trabalho dos países para a Comissão (CW, 2007; PHAC, 2007; PHAC & OMS, 2008b) e concentram-se particularmente na administração nacional com algumas referências à influência global da OMS e o papel da sociedade civil aos níveis nacional e local. Ver Capítulo 15 (*Administração global competente*) para mais pormenores sobre a AIS e coerência de políticas de escala internacional e Capítulo 12 (*Responsabilidade de mercado*) para a coerência das contribuições do sector privado.

A igualdade na saúde como indicador do progresso social

A Comissão recomenda que:

10.1. O parlamento ou órgão supervisor equivalente adopte o objectivo da igualdade na saúde através da acção sobre os determinantes sociais da saúde, como medida de actuação do governo (ver Recomendações 13.2; 15.1).

Tornar a igualdade na saúde um indicador do progresso social exige a sua adopção e liderança ao mais alto nível político nacional. O parlamento, ou corpo governativo equivalente, é a instituição chave para a promoção da igualdade na saúde através dos seus papéis representativo, legislativo e de vigilância (Musuka & Chingombe, 2007). Como a experiência do Reino Unido demonstra, a liderança política a nível governamental é essencial. Durante os anos 80 e 90, as provas reunidas no Relatório Black tiveram pouco impacto na política do governo.

CAIXA 10.1 ACÇÃO INTERSECTORIAL SOBRE A OBESIDADE

A obesidade está a tornar-se um verdadeiro desafio para a saúde pública em países de transição, como já o é em países de rendimento alto. A prevenção da obesidade e a melhoria de níveis existentes exige abordagens que assegurem um fornecimento de alimentos ecologicamente sustentável, adequado e nutritivo; segurança material; a criação de um habitat que se presta à fácil opção por alimentos mais saudáveis e participação em actividade física organizada e informal; e um ambiente familiar, educativo e laboral que reforça positivamente uma vida saudável e capacita todos os indivíduos para que possam fazer escolhas saudáveis. Muito pouca desta acção pertence ao limite das capacidades ou

responsabilidades do sector da saúde. Os avanços positivos foram conduzidos pelos sectores da saúde e fora da saúde – por exemplo, condições de vida saudável concebidas por planeadores urbanos em conjunto com profissionais da saúde, e proibição de publicidade a alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal durante programas televisivos destinados a crianças. Contudo, continua a existir um desafio significativo: colaborar com os múltiplos sectores fora da saúde, em áreas como o comércio, agricultura, emprego e educação, onde a acção deve ter lugar para abordar a epidemia global de obesidade.

Fonte: Friel, Chopra & Satcher, 2007.

IGUALDADE NA SAÚDE EM TODOS OS SISTEMAS : ÁREA DE ACÇÃO 10.1

Responsabilizar o mais alto nível de governo pela acção na saúde e a igualdade na saúde e assegurar a sua ponderação coerente em todas as políticas.

Desde 1997, com um novo olhar sobre a desigualdade na saúde no relatório Acherson, surgiu vontade política e o governo do Reino Unido tornou a justiça social uma prioridade das suas políticas socioeconómicas, com uma estratégia em todo o governo para redução das desigualdades na saúde (ver Caixa 10.3).

O sector da saúde é um seu defensor e promotor, assim como da igualdade na saúde, e negociador de objectivos sociais mais amplos. Assim, é importante que os ministros da saúde, apoiados pelos ministérios, estejam capazmente preparados para assumir tal liderança dentro do governo, como foi o caso do Reino Unido. Melhorar a compreensão por entre todos os agentes políticos dos determinantes sociais da saúde pode ajudar a preparar o terreno político (ver Capítulo 16: *Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*). Da mesma forma, a apresentação estratégica da informação sobre a situação dos determinantes sociais da saúde, demonstrando os custos da desigualdade na saúde, realçando a sinergia entre sectores e as oportunidades para a intervenção, são acções vitais que encorajam a iniciativa política e podem ser lideradas pelos ministros da saúde.

Coerência de políticas – mecanismos de suporte para a igualdade na saúde em todas as políticas

Para além de um apoio forte e liderança política, atingir o objectivo de igualdade na saúde através da coerência de políticas nos vários sectores do governo exige a criação ou reforço de processos e estruturas dentro do governo e outras

agências. Requer ligações de informação transparentes nos departamentos do governo, informação e recursos analíticos (Picciotto et al., 2004).

A Comissão recomenda que:

10.2. Os governos nacionais criem um mecanismo intersectorial governamental, que responda perante o parlamento, criado ao mais alto nível possível (ver Recomendações 11.1; 11.2; 11.5; 12.2; 13.2; 16.6).

Um mecanismo intersectorial governamental dedicado à saúde e igualdade na saúde pode assumir várias formas. Por exemplo, alguns países da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral criaram comissões parlamentares para seguir as actividades de sectores do governo, como a saúde, educação, mineração, agricultura e transportes. Alguns programas de reforma no Leste e Sul de África foram acompanhados por apoio profissional especializado e orçamentos específicos para o trabalho das comissões parlamentares. O exemplo da Comissão Parlamentar para a Saúde, Desenvolvimento da Comunidade e Bem-estar Social na Zâmbia ilustra uma abordagem abrangente ao VIH/SIDA que envolveu activamente vários sectores (Caixa 10.2).

Identificação de soluções de políticas de ganho total

A reunião de intervenientes de apoio ao governo e agentes administrativos com mandatos abrangentes e uma articulação clara dos benefícios para cada sector são imperativos para a eficácia de uma mecânica governativa intersectorial. A

CAIXA 10.2: COMISSÃO PARLAMENTAR PARA A SAÚDE, DESENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE E BEM-ESTAR SOCIAL NA ZÂMBIA

A Comissão Parlamentar para a Saúde, Desenvolvimento da Comunidade e Bem-estar Social na Zâmbia conduziu uma análise da situação do VIH/SIDA em 1999, em colaboração com o governo e ONGs. Preocupada com os números crescentes das estatísticas relativas ao VIH/SIDA, a Comissão conduziu uma avaliação do desempenho das políticas do governo sobre o VIH/SIDA em 2000, tendo também conduzido uma visita de estudo comparativa ao Senegal sobre VIH/SIDA. Com base nestas acções, a Comissão fez recomendações que resultariam numa maior participação dos Membros dos Parlamentos (MPs) em questões da saúde relacionadas com VIH/SIDA. As recomendações do relatório da Comissão ao Parlamento, em Novembro de 2002, incluíam, entre outras, as seguintes AIsS:

O Governo deve facilitar a criação de actividades de saúde reprodutiva, incluindo prevenção e controlo do VIH/SIDA e doenças sexualmente transmissíveis (DST) em todas as áreas do país.

A fim de sensibilizar os recursos humanos, os sindicatos, em conjunto com a Federação de Empregadores da Zâmbia e Câmara de Comércio e Indústria, devem incorporar actividades de prevenção e controlo do VIH/SIDA nos seus programas nos locais de trabalho.

A fim de sensibilizar as crianças para o perigo do VIH/SIDA, o governo deve implementar a educação sexual, incluindo VIH/SIDA, nos programas escolares.

O Governo deve regular as actividades sociais que são suspeitas de disseminar o VIH, como a venda de álcool e o horário de abertura e encerramento de bares e discotecas.

O Governo, ONGs e organizações comunitárias devem trabalhar em conjunto para criar linhas de atendimento telefónico e fornecer informação e aconselhamento gratuitos ao público.

O Governo e todos os interessados devem, com urgência, abordar empresas farmacêuticas internacionais e agências financiadoras para negociar uma redução significativa no custo de medicamentos antiretrovirais, para melhorar o acesso pelos cidadãos necessitados.

Os MPs e outros agentes decisores devem reforçar o seu conhecimento sobre a situação do VIH/SIDA na Zâmbia, incluindo a sensibilização para as principais oportunidades e desafios enfrentados pelo país.

Fonte: Musuka & Chingombe, 2007.

identificação de prioridades nos diferentes sectores e a criação de objectivos de igualdade na saúde a curto e longo prazo, que integram elementos de política de igualdade na saúde nas agendas de cada sector, é de grande ajuda (CW, 2007). A definição de soluções políticas que preencham as necessidades de diferentes sectores e conduzam a uma visão partilhada auxiliará a criação de aceitação política e administrativa. A Iniciativa Saúde em Todas as Políticas do estado do Sul

da Austrália fornece um exemplo do trabalho conduzido recentemente num país de rendimento alto, para criação sobre um Plano Estratégico existente e desenvolvimento de capacidades e mecanismos para uma abordagem governamental intersectorial à saúde e igualdade na saúde (ver <http://www.dh.sa.gov.au/pehs/publications/public-health-bulletin.htm>).

CAIXA 10.3: ACÇÃO GOVERNAMENTAL INTERSECTORIAL SOBRE AS DESIGUALDADES NA SAÚDE – REINO UNIDO

O Relatório Acherson sobre as desigualdades na saúde revelou as limitações das agendas individuais da justiça social e das desigualdades na saúde e a importância da acção conjunta. Em 2002, como parte das negociações formais do governo, os Departamentos da Saúde e Tesouro conduziram debates entre 18 departamentos para dar forma a um plano de concretização de objectivos e para identificar a contribuição necessária de cada parte do governo. A autoridade financeira e política do Tesouro foi instrumental e trouxe à mesa de negociações departamentos para que se dedicassem a um objectivo comum. Isto facilitou o acordo entre departamentos para combinar conhecimentos e recursos em apoio às prioridades do governo.

O Programa de Acção de 2003 identificou 82 comissões financiadas, ligadas a 12 departamentos do governo, que nos três anos seguintes criariam as bases para alcançar os objectivos de 2010 e provocar um impacto sustentado nos determinantes da saúde mais amplos. O Programa de Acção forneceu um enquadramento estratégico para concentração de todas as acções na direcção de um único objectivo. Esta estrutura exigiu coordenação, tanto ao nível

nacional como local do governo e fortes sistemas de gestão de desempenho para permitir a concretização das metas. Um processo aberto de auditoria, relatório e revisão regulares permite a compreensão do percurso de trajectória até ao objectivo e a capacidade de aperfeiçoar a abordagem. Foram publicados relatórios com o estado do programa em 2005 e 2008.

O grupo-alvo pressionou o governo para a coordenação das actividades, o que exigiu uma boa comunicação entre departamentos e a chefia do Tesouro. Agora os enquadramentos nacionais identificam as desigualdades na saúde como prioridade máxima para os planeadores da saúde e o governo local, enquanto que a orientação e apoio central visaram áreas menos eficazes e promoveram melhores práticas. O actual Secretário de Estado para a Saúde tornou as desigualdades na saúde a sua prioridade, desafiando o Serviço Nacional de Saúde, que completa 60 anos em 2008, a estar à altura dos seus princípios fundadores de universalidade e justiça.

Fonte: Hayward, 2007.

CAIXA 10.4: SRI LANKA – UMA ABORDAGEM SECTORIAL COERENTE À SAÚDE

O Sri Lanka passou por uma rápida transição na saúde durante o período entre 1950 e 1975, que se caracterizou pelo prolongamento a vida e redução da mortalidade e fertilidade. A melhoria na saúde ocorreu simultaneamente com a melhoria noutros campos do bem-estar. Cada sector procurou concretizar os seus objectivos em simultâneo para melhorar as condições pelas quais era responsável. Os processos intersectoriais não levaram a programas claramente articulados de AIS para a saúde, onde os sectores fora da saúde identificam o seu contributo para a saúde e conscientemente coordenam as suas actividades para produzir o desejado resultado de saúde. Esta falha é atribuída às existentes estruturas de decisão, à falta de capacidade para identificar ligações intersectoriais e activá-las e à cultura administrativa predominante.

O exemplo do Sri Lanka demonstra processos que, na sua maioria, funcionam independentemente, mas agem simultaneamente em prol da melhoria do bem-estar como um todo, tendo a saúde como componente integral. Estes processos exigiram (1) uma estratégia geral de desenvolvimento social, (2) um processo político que exige um elevado grau de consenso para a implementação dessa estratégia, (3) tanto quanto seja possível, peso e empenho iguais dados a cada um dos indicadores chave, e (4) responsabilidade pelo programa partilhada ao nível mais alto de governo.

Fonte: PHAC e OMS, 2008.

Adaptação ao contexto

Dependendo do nível de apoio fornecido pelos contextos políticos, diferentes abordagens políticas e sectoriais à acção sobre os determinantes sociais da saúde são mais ou menos executáveis (PHAC, 2007). Por exemplo, em contextos onde a igualdade está em destaque nas agendas sociais e políticas e existem recursos e infra-estruturas de apoio à acção, a igualdade na saúde entre populações inteiras é, frequentemente, o objectivo e presta-se a abordagens globais de governo e políticas de saúde para todos – como em Cuba, Noruega, Reino Unido (Inglaterra) (Caixa 10.3), Finlândia (Stahl et al., 2006) e Nova Zelândia.

Noutros contextos, a AIS pode não ser possível. Nestes casos, prestar atenção à natureza da política e da acção dentro dos sectores, trabalhando para políticas coerentes, ajudará a alcançar o objectivo de saúde melhorada e igualdade na saúde. Como o exemplo do Sri Lanka demonstra (Caixa 10.4), apesar do reconhecimento e compromisso para com a AIS por parte do Primeiro-Ministro do país, as infra-estruturas e capacidades

existentes não eram capazes de a apoiar. Teve como resultado, contudo, acção coerente e eficaz dentro de diferentes sectores, que, por sua vez, ajudou a assegurar a adopção de cuidados de saúde primários como principal abordagem à saúde.

É importante continuar a apoiar modelos de gestão governativa inovadores e estruturas de incentivo que encorajem a cooperação entre sectores, como por exemplo, trabalho sobre os objectivos prioritários entre o ministério da saúde e um outro. Por exemplo, em Moçambique, o Ministério da Saúde trabalhou com o Ministério de Obras Públicas, para desenvolver intervenções de água e condições sanitárias, de modo a reduzir a mortalidade infantil. No Brasil, persiste uma colaboração entre o Ministério da Saúde e o Ministério responsável pelos assuntos familiares na produção de um Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Caixa 10.5).

Outros enquadramentos de planeamento baseados na AIS para a saúde estão em funcionamento, como o enquadramento Stepwise da OMS para prevenção da doença crónica (Caixa 10.6), que os países podem adaptar às suas necessidades de saúde.

CAIXA 10.5: PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN) DO BRASIL

O PNAN assegura para todos os cidadãos todas as condições necessárias de acesso permanente a quantidades suficientes de alimentos básicos de qualidade, sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas. Este programa foi implementado conjuntamente com o Programa

de Saúde Familiar. Juntas, estas duas políticas diferentes ajudaram a promover, por exemplo, a amamentação exclusiva até aos seis meses de idade e a regulamentação da publicidade sobre alimentação das crianças nos meios de comunicação.

Fonte: Buss & Carvalho, 2007.

CAIXA 10.6: ENQUADRAMENTO STEPWISE PARA PREVENÇÃO DA DOENÇA CRÓNICA

O enquadramento Stepwise oferece uma abordagem de saúde pública flexível e prática de apoio aos ministérios da saúde no equilíbrio de diferentes necessidades e prioridades, enquanto implementa intervenções fundamentadas em provas, como as recomendadas pela Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS (FCTC) e Estratégia Global da OMS para a Alimentação, Actividade Física e Saúde.

A estrutura é orientada por um conjunto de princípios, baseado numa abordagem de saúde pública à prevenção e controlo da doença crónica:

O nível nacional de governo fornece uma enquadramento unificador para a prevenção e controlo da doença crónica, para que as acções a todos os níveis e por todos os intervenientes se apoiem mutuamente.

A AIS é necessária em todas as fases da formulação e implementação de políticas, porque os importantes

determinantes da incidência da doença crónica se situam fora do sector da saúde.

As políticas e planos concentram-se nos factores de risco comuns e abrangem doenças específicas.

As intervenções ao nível da população e ao nível individual são combinadas.

São estipulados marcos localmente relevantes, explícitos para cada passo e a cada nível de intervenção, com concentração particular na redução das desigualdades da saúde.

Reconhecendo que a maioria dos países não tem os recursos para cumprir imediatamente todas as directrizes pela política geral, sendo que as actividades que são imediatamente possíveis e que terão provavelmente maior impacto no investimento são seleccionadas para implementação prioritárias. Este princípio é fundamental na abordagem Stepwise.

Fonte: OMS, 2005c.

Financiamento da acção intersectorial

Componentes centrais do esforço de apoio à AIS dentro do governo são as infra-estruturas e acções governamentais devidamente munidas de recursos, usando uma variedade de mecanismos de financiamento (ver Capítulo 11: *Financiamento Justo*). A AIS pode ser usada como condição de financiamento. O Governo do Canadá emprega esta abordagem no seu Fundo de Saúde da População, que dá subsídios e contribuições a organizações dos sectores académicos, comunitários e voluntários, para concretizar objectivos políticos e programáticos relacionados com crianças, idosos e outros grupos da população e para promover abordagens que lidam com os determinantes sociais da saúde, usando AIS. Os recursos em género têm sido empregues por sectores abrangidos por limitações de acordos de financiamento que impõem contribuições com recursos não financeiros (por exemplo, recursos humanos, informação, conhecimento, espaço físico e tecnologia) para apoio de objectivos partilhados. Os acordos em géneros entre organizações oferecem maior flexibilidade para adaptação às necessidades mutáveis do trabalho intersectorial em diferentes fases de desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas.

O impacto das políticas do governo na igualdade na saúde

O esforço de averiguação da concretização do objectivo de melhorar a saúde e a igualdade na saúde pelas políticas do governo exige que diferentes departamentos do governo estabeleçam objectivos a curto e médio prazo, associados a indicadores, a partir dos quais o progresso pode ser medido. No desenvolvimento de políticas, a avaliação prévia do seu impacto potencial a curto e longo prazo na igualdade na saúde,

pode ajudar a dar forma a alterações das políticas antes da sua implementação.

A Comissão recomenda que:

10.3. A monitorização dos indicadores dos determinantes sociais da saúde e igualdade na saúde seja institucionalizada e a avaliação do impacto na igualdade da saúde de todas as políticas do governo, incluindo finanças, seja implementada (ver Recomendações 12.1; 15.1; 16.2; 16.7).

Incorporar informação de rotina nos aspectos relacionados com a igualdade da saúde da população e os determinantes sociais num sistema nacional de vigilância da saúde pode agir não só como mecanismo de documentação do desenvolvimento de políticas de saúde promotoras da igualdade e quantificação do seu sucesso, mas também como ferramenta para o apoio da acção intersectorial sobre os determinantes sociais da saúde (Caixa 10.7) (ver também Capítulo 16: *Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*).

A avaliação do impacto na igualdade na saúde é uma ferramenta de apoio emergente para o aumento da coerência das políticas para a igualdade na saúde. É usada para avaliar as consequências potenciais das políticas sobre o tema que, por sua vez, são documentadas ao processo de decisões e que também podem ser usadas para envolver em debate os relevantes ministérios e interessados (Douglas & Scott-Samuel, 2001). A ferramenta mais usada neste momento, Avaliação de Impacto na Saúde (AVIS), pode ser adaptada para fins de avaliação da igualdade na saúde (Caixa 10.8) (ver Capítulo 16: *Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação* para mais pormenores sobre como conduzir a avaliação do impacto na igualdade da saúde).

CAIXA 10.7: MONITORIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES NA SAÚDE NA NOVA ZELÂNDIA

A Nova Zelândia deu início a uma abordagem governamental intersectorial para a redução de desigualdades na saúde, especialmente no que respeita a formas como a identidade étnica e as desigualdades socioeconómicas interagem. Os documentos chave do programa de políticas, publicados em 2000 e 2002, concentram-se sobre a desigualdade na saúde a todos os níveis da actividade do sector da saúde e forneceram um modelo (o Enquadramento para Redução das Desigualdades na Saúde – Reducing Inequalities in Health Framework) para a acção de redução de desigualdades na saúde. A Nova Zelândia teve um desempenho particularmente bom na monitorização constante das desigualdades e o seu e relato segundo métodos que

permitem facilitar a acção. Isto foi conseguido através de vários mecanismos, incluindo um forte ênfase no registo da identidade étnica no sector da saúde, a coordenação quotidiana dos questionários com os registos de mortalidade e o uso alargado de uma medida de privação de pequena escala baseada em censos, o Índice de Privação da Nova Zelândia. Estas abordagens aumentaram o interesse intersectorial pelas desigualdades, facilitaram a discussão em círculos académicos e políticos sobre as causas primárias do tema e deram às agências sociais provas com base nas quais podem planejar programas e políticas para lidar com as desigualdades na saúde nas suas respectivas áreas.

Fonte: OMS & PHAC, 2007.

IGUALDADE NA SAÚDE EM TODOS OS SISTEMAS : ÁREA DE ACÇÃO 10.2

Dotar o sector da saúde de bom funcionamento: adoptar um enquadramento para os determinantes sociais nas funções políticas e programáticas do ministério da saúde e reforçar o seu papel de orientação no apoio a uma abordagem governamental intersectorial aos determinantes sociais da saúde.

Acção dentro do sector da saúde

A abordagem dos determinantes sociais da saúde e da igualdade na saúde exige uma acção concertada de todo o governo e outros intervenientes chave. Contudo, o sector da saúde é, em si mesmo, um bom sítio para começar a construir apoio e estruturas de promoção da acção sobre os determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde. O ministro da saúde, apoiado pelo ramo executivo do governo, deve fornecer forte liderança à AIS para a saúde e igualdade na saúde, dedicando tempo e recursos financeiros ao desenvolvimento de capacidades relevantes por entre os recursos humanos da saúde e fornecendo estruturas que permitam o trabalho intersectorial.

A Comissão recomenda que:

10.4. O sector da saúde expanda a sua política e programas de promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde de modo a incluir uma abordagem aos determinantes sociais da saúde, com coordenação do ministro da saúde (ver Recomendação 9.1).

Conhecimentos e capacidades

A adopção de uma abordagem de determinantes sociais da saúde dentro do ministério da saúde exige, não apenas vontade política, mas também recursos financeiros e humanos adequados no ministério. É provável que exija o aumento de capacidades e o aprofundamento dos conhecimentos do pessoal do programa devido a:

- necessidade de diversificar e estabelecer o conjunto de intervenções, para responder às necessidades e circunstâncias específicas de diferentes grupos populacionais;

- gama crescente de intervenções de génese popular e que se estenderão aos estratos mais abastados, exigidas para influenciar os determinantes sociais, antes que manifestem vulnerabilidades e resultados de saúde diferentes;
- exigências de políticas e diálogo público, coordenação entre programas e sectores e compreensão e gestão de processos sociais, económicos e de mudança política complexos.

O estreitamento das relações entre uma diversidade de disciplinas complementares como saúde pública, promoção da saúde, planeamento urbano, educação e ciências sociais, ajudará a expandir as formas conceptuais e práticas de trabalho em conjunto, segundo um enquadramento para os determinantes sociais da saúde. O desenvolvimento de instrução formal e vocacional, que inclua o espectro de determinantes sociais da saúde, é necessário (ver Capítulo 16: *Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*). O exemplo de Cuba ilustra como a AIS foi sendo progressivamente construída no país, incorporando o desenvolvimento de conhecimentos como base da AIS para a saúde (Caixa 10.9).

Apoio financeiro à acção sobre os determinantes sociais da saúde

A atribuição de recursos a uma escala suficiente para produzir efeitos quantificáveis é crítica para a aplicação bem sucedida de um enquadramento de determinantes sociais da saúde desenvolvido no âmbito das políticas e objectivos programáticos do ministério da saúde (ver Capítulo 11: *Financiamento justo*). Prendendo com os métodos usados por outros países para gerar receitas a empregar em actividades de promoção de saúde (UIPES/ORLA, 2007), a tributação, por exemplo, do tabaco, criaria uma fonte de financiamento sustentável que utiliza um enquadramento de determinantes

CAIXA 10.8: AVALIAÇÃO DE IMPACTO NA SAÚDE DA ESTRATÉGIA PARA A SAÚDE DE LONDRES

Em 2000, a Comissão para a Saúde de Londres (London Health Commission – LHC) foi criada como comissão independente pelo presidente da câmara, como parte da implementação da primeira Estratégia para a Saúde de Londres (London Health Strategy). O seu principal objectivo era de reduzir as desigualdades na saúde na capital e melhorar a saúde e bem-estar de todos os Londrinos, criando consciência das desigualdades existentes na área e promovendo uma acção coordenada para melhoria dos determinantes da saúde em na cidade. A LHC concretiza os seus objectivos através da influência de elaboradores de políticas e profissionais de alto perfil, apoiando a acção local e abordando problemas prioritários específicos através programas conjuntos. A LHC completou os AVIS de todas as estratégias obrigatórias do município e algumas não obrigatórias. A abordagem geral a estas estratégias foi a seguinte:

- criar um grupo orientador;
- investigar e preparar um esboço de estratégia;
- avaliação rápida das provas documentais;

seminário de intervenientes para avaliação da documentação;

relato de recomendações ao presidente da câmara;

recomendações para estratégias finais;

monitorização e avaliação;

publicação da avaliação das provas e relatórios das AVIS.

Uma avaliação independente mostrou que os AVIS da LHC produziam, de facto, diferenças nas estratégias de Londres e a abordagem era financeiramente eficiente. As AVIS aumentaram a consciência dos interessados no impacto nas suas políticas de saúde mais amplas. Isto levou a uma consideração mais precoce da saúde no desenvolvimento de estratégias e contribuiu para um maior desenvolvimento de métodos e ferramentas de AVIS e da base documental.

Fonte: NHS (National Health System – Sistema Nacional de Saúde), 2007.

sociais da saúde. Dedicar uma certa percentagem dos fundos de seguros de saúde nacionais à acção sobre os determinantes sociais da saúde é outra forma de assegurar a recolha de recursos. O apoio a essa geração e atribuição exige estruturas de incentivo no ministério da saúde, incluindo prémios financeiros e departamentais para aumentar a responsabilidade sobre os determinantes sociais da saúde e problemas da igualdade na saúde, assegurando que os programas do sector da saúde monitorizam os impactos sobre a equidade.

Fortalecimento institucional

Institucionalizar, implementar e gerir a igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas requer, entre outras recomendações do presente relatório, capacidade e conhecimento técnico dos determinantes sociais da saúde. Estas capacidades raramente são ensinadas nas instituições de saúde pública, gestão e de elaboração de políticas. Em particular, os recursos humanos no ministério da saúde de muitos países não têm formação em áreas importantes para abordagem dos determinantes sociais da saúde, como a epidemiologia social, planeamento intersectorial e elaboração de políticas e monitorização e avaliação relacionada com o sector da saúde e AIS. Poucos ministérios da saúde têm experiência no desenvolvimento de mecanismos económicos e políticos para tratamento dos determinantes sociais da saúde; no apoio de consenso e agendas comuns entre sectores; e na gestão de interesses e processos intersectoriais. Apesar de certas capacidades básicas poderem ser ensinadas relativamente depressa, os países precisam de mecanismos de institucionalização da formação contínua e promoção do desenvolvimento de novas capacidades, relevantes para a abordagem dos determinantes sociais da saúde e da igualdade na saúde (CW, 2007).

A Comissão recomenda que:

10.5. A OMS apoie o desenvolvimento do conhecimento e capacidades dos ministérios da saúde nacionais para o trabalho segundo um enquadramento para os determinantes sociais da saúde e para que possam desempenhar o papel de orientação na promoção de uma abordagem governamental aos determinantes sociais da saúde (ver Recomendação 15.3; 16.8).

A OMS é a agência especializada da ONU mandatada para liderar os assuntos da saúde e igualdade na saúde à escala global. Esta instituição tem sido central para o trabalho da Comissão e será muito importante para a sustentabilidade da acção sobre os determinantes sociais da saúde e igualdade na saúde. Parte da responsabilidade da OMS inclui o potenciar da capacidade técnica e reforço de conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde entre os Estados-membros. O trabalho feito pelos países, no âmbito da Comissão da OMS destinou-se a promover, demonstrar e partilhar conhecimento sobre a criação e implementação de políticas, de forma a lidar com as desigualdades na saúde determinadas socialmente. A OMS identificou um núcleo de governos de todas as regiões do mundo interessados em colaborar na construção das bases para futuras mudanças e na identificação de novas formas de apoio da OMS ao trabalho sobre os determinantes sociais da saúde e igualdade na saúde, no contexto da elaboração de políticas e planos nacionais. É imperativo que a OMS parta do trabalho realizado pelos países, apoiando os países parceiros actuais e encorajando a acção sobre os determinantes sociais da saúde e igualdade na saúde em novos países (ver Parte 6).

O Capítulo 16 (*Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*) define várias recomendações específicas para a OMS. É de extrema importância para a AIS que a OMS partilhe a documentação e a experiência da Comissão com os países e que use esta informação para apoiar os ministérios da saúde no desempenho de um papel de orientação:

1. defendendo essa abordagem e aumentar a visibilidade dos determinantes sociais da saúde e os temas da igualdade na saúde;
2. criando estruturas institucionais nacionais e locais para publicitar a agenda dos determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde;
3. desenvolvendo um plano de acção nacional relacionado com estas necessidades;
4. desenvolvendo as competências dos recursos humanos adequadas, através de programas de formação a curto e longo prazo.

A OMS já iniciou o seu empenho na transformação de algumas das suas estruturas organizativas para melhor apoiar os ministérios da saúde nos seus esforços de desenvolvimento e

CAIXA 10.9: CUBA – FERRAMENTAS PARA MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA ACÇÃO INTERSECTORIAL

O desenvolvimento do sistema público de saúde em Cuba fez-se em três fases, com um ênfase na colaboração intersectorial. A concentração na medicina curativa e extensão da cobertura nos anos 1960, deu lugar a um maior ênfase na prevenção, regulamentação e grupos de risco nos anos '70 e '80, com um uso crescente de comissões de planeamento intersectoriais e o desenvolvimento de policlínicas, com uma abordagem generalista ao tratamento. Nos anos '90, abrangeu-se a saúde familiar e comunitária, com uma concentração ainda maior na AIS, através da criação de conselhos de saúde locais e estabelecimento da AIS como um dos princípios centrais do prestação de

serviços de saúde pública. Foram desenvolvidos e implementados programas de formação para reforçar as capacidades de colaboração intersectorial entre os profissionais da saúde pública e os agentes decisores. Uma equipa da Universidade de Saúde Nacional conduziu uma avaliação sistemática das actividades intersectoriais, usando um questionário e uma metodologia estandardizados, que trataram diversas dimensões intersectoriais chave, incluindo o nível de conhecimento da AIS entre intervenientes do sector da saúde e outros sectores, e presença da AIS nos objectivos estratégicos dos municípios e os seus conselhos de saúde.

Fonte: OMS e PHAC, 2007

implementação de políticas nacionais sobre os determinantes sociais da saúde e igualdade na saúde. Além dos centros regionais para coordenação do trabalho sobre determinantes sociais da saúde, os Gabinetes Regionais começaram a trabalhar no reforço da base de documentação, promoção de políticas e programas sobre os determinantes sociais da saúde, estímulo de parcerias entre países e apoio à AIS. É necessária concertação entre as acções estratégicas dos serviços regionais e nacionais da OMS na promoção da coerência entre diferentes departamentos do governo dentro dos Estados-membros.

A Comissão criou a Rede de Conhecimento para as Condições de Saúde Pública Prioritárias (Priority Public Health Conditions Knowledge Network – PPHCKN), situada na sede da OMS (ver Capítulo 9: *Cuidados de saúde universais*). Esta rede concentrou-se nos programas da OMS e nas condições de saúde, com o objectivo de expandir as definições e práticas do que constituem acções e intervenções de saúde pública, de modo a incluir os determinantes sociais e modos de organização dos programas de saúde pública. A principal conclusão retirada do trabalho desta rede realça a necessidade de articular e fornecer provas da relação entre estatuto socioeconómico e resultados da saúde; de promoção de alterações sociais e económicas; de melhoria da base documental sobre os determinantes sociais da saúde e a desigualdades na saúde; e de defesa firme da necessidade e dos benefícios das intervenções sociais para prevenção da prevalência da SIDA, consumo de tabaco, malnutrição, diabetes, alcoolismo, sexo não protegido, poluição do ar interior e efeitos da mortalidade de menores de cinco anos pelas várias gerações. A OMS deve agora transferir para os ministérios da saúde nos Estados-membros e outras instituições globais a experiência recolhida desta introdução inovadora à estrutura dos determinantes sociais da saúde em programas concentrados nos resultados da saúde.

O sector da saúde como catalisador para além do governo

Um elemento central da AIS é a intensificação da participação social nos processos políticos (ver Capítulo 14: *Capacitação política – inclusão e expressão*). Os ministérios da saúde podem agir como catalisadores para envolvimento de indivíduos e instituições chave e transcender o governo na integração dos indivíduos abrangidos pelas políticas (Caixa 10.10).

Apesar de a orientação do governo ao mais alto nível de ser necessária para fazer avançar e coordenar AIS e assegurar a sustentabilidade, o envolvimento do governo a nível local e da comunidade são um pré-requisito para a obtenção de resultados permanentes. A colaboração entre governo e ONGs pode aumentar o alcance da acção e produzir resultados precoces (Caixa 10.11). Existem numerosos programas e enquadramentos de carácter intersectorial, tais como Cidades, Municípios, Aldeias e Ilhas Saudáveis, que seguem uma abordagem à saúde e igualdade na saúde segundo os determinantes sociais e que pode ser explorados para aplicabilidade noutros contextos.

O sector privado tem uma enorme responsabilidade tanto na produção de desigualdades na saúde como na resolução dos respectivos problemas. O empenho real do sector privado para a igualdade na saúde é crítico e discutido com maior detalhe nos Capítulos 7, 12 e 15 (*Emprego justo e trabalho digno; Responsabilidade de mercado; Administração global competente*). Um exemplo do reconhecimento global do papel que o sector privado desempenha na saúde é a Estratégia da OMS para a Nutrição e Actividade Física, que pediu, especificamente às empresas que se empenhassem mais no combate da falta de saúde relacionada com a dieta ou actividade física dos indivíduos. Uma revisão das práticas de 25 das maiores empresas do sector alimentar, conduzida por Lang e colegas (2006), identificou que apenas quatro empresas tinham implementadas políticas sobre publicidade de produtos alimentares e apenas seis tinham políticas especialmente direccionadas às crianças.

Tornar a igualdade na saúde um valor partilhado por todos os sectores é um desafio político, mas necessário à escala global. As recomendações enumeradas no presente capítulo ilustram a necessidade de empenho ao mais alto nível governamental na saúde e igualdade na saúde, através de um enquadramento de determinantes sociais. É imperativo atentar nos sectores da saúde e fora da saúde, para assegurar que a natureza das suas políticas não tem consequências negativas sobre essas áreas. Para além disso, a acção integrada, tanto no governo como nos sectores de voluntariado e privado, é um elemento importante de uma abordagem concertada à igualdade na saúde.

CAIXA 10.10: ENVOLVIMENTO ACTIVO DA COMUNIDADE AFECTADA – TRABALHADORES DO SEXO EM CALCUTÁ

No início dos anos 1990, o Instituto Indiano de Higiene e Saúde Pública (AIHPH) deu início a um programa de tratamento e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) no bairro de prostituição no norte de Calcutá. O Projecto Internacional Sonagachi para o VIH/SIDA (SHIP) foi implementado através de uma parceria intersectorial da OMS, AIHPH, Instituto Britânico e vários ministérios e ONGs locais. Os trabalhadores do sexo da zona eram pobres e marginalizados. O projecto avançou rapidamente para além do tratamento e das modalidades de educação convencionais, para se concentrar na capacitação dos trabalhadores do sexo. As intervenções chave nos primeiros cinco anos incluíram vacinação e serviços de tratamento para os seus filhos, alfabetização das mulheres, activismo e advocacy política, programas

de micro crédito e culturais. Os trabalhadores criaram a sua própria organização, o Comité Durbar Mahila Samanwaya (DMSC), que negociou com sucesso com proxenetas, senhorios e autoridades locais. Em 1999, a DMSC assumiu a gestão do SHIP e expandiu-se de forma a abranger 40 bairros de prostituição no oeste de Bengala. Integra, actualmente, 2.000 membros activos e criou uma cooperativa financeira. A forte concentração na saúde ocupacional e a ênfase na atribuição de controlo sobre os seus corpos aos trabalhadores do sexo e de melhores condições de vida e de trabalho teve como resultado baixas taxas de infecção de VIH e DST em Sonagachi, em comparação com o resto do país.

Fonte: OMS e PHAC, 2007.

CAIXA 10.11: O MOVIMENTO GERBANGMAS NO DISTRITO INDONÉSIO DE LUMAJANG – O REJUVENESCIMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO NOVO CONTEXTO ECONÓMICO DA INDONÉSIA

Seguindo os princípios dos cuidados de saúde primários, como expressos na Declaração de Alma-Ata de 1986, a Indonésia criou postos de saúde integrados (*Posyandus*). Apesar de alcançarem uma cobertura de dimensão impressionante, com 254.154 *Posyandus* a operar em 2004, a qualidade e actuação geral é variada e tem vindo a deteriorar-se consideravelmente. Uma razão que contribui para este panorama é a desistência de voluntários da área da saúde, associada à transição económica e ideológica, reduzindo o voluntariado e colectivação.

Para resolver a situação, o Serviço de Saúde Local iniciou e conduziu um mecanismo de coordenação de intervenções multisectoriais para rejuvenescimento do desenvolvimento comunitário da saúde. Esta entidade mobilizou o apoio da autoridade política mais elevada do distrito e estabeleceu parceria com uma ONG. Em Janeiro de 2005, o chefe eleito do distrito de Lumajang lançou Gerbangmas como uma estratégia de capacitação da comunidade e o governo local definiu três funções do *Posyandus*: educação, capacitação e serviço à comunidade.

As equipas Gerbangmas multisectoriais de cada aldeia recebem do governo local um orçamento geral, igualado pela comunidade e usado para actividades, bem como para dar incentivos aos trabalhadores da saúde. Para orientar o investimento e desenvolvimento, foram definidos 21 indicadores. Apenas cerca de um terço são indicadores de saúde tradicionais, como o uso de planeamento familiar. Os restantes lidam com determinantes da saúde, incluindo redução da pobreza, literacia, gestão de resíduos, habitação e mobilização dos jovens e idosos. Uma prova do funcionamento da equipa da aldeia consiste em 12 corpos sectoriais, incluindo pescas, obras públicas, trabalho e transmigração, agricultura e serviços religiosos oferecerem apoio orçamental através da equipa da aldeia. Todos os indicadores melhoraram, tanto os relacionados com a saúde como os determinantes da saúde

Fonte: PPHCKN, 2007c.



CAPÍTULO 11

Financiamento justo

“A igualdade é complementar à busca da felicidade a longo prazo. Maiores níveis de igualdade são duplamente benéficos para a redução da pobreza. Tendem a favorecer o desenvolvimento generalizado sustentado e criam mais oportunidades para os grupos mais pobres da sociedade.”
Francois Bourguignon (2006)

A RELAÇÃO ENTRE FINANCIAMENTO JUSTO E IGUALDADE NA SAÚDE

Para os países de todos os níveis de desenvolvimento, o aumento ou redistribuição das finanças públicas para financiamento da acção sobre os determinantes sociais da saúde – desde o desenvolvimento e educação infantis, passando pelas condições de vida e de trabalho até aos cuidados de saúde – é fundamental para o bem-estar e a igualdade na saúde melhores. Dentro dos países, os recursos financeiros adequados são fundamentais, obtidos progressivamente, investidos proporcionalmente nos determinantes sociais da saúde e atribuídos equitativamente aos grupos populacionais e regiões. Dados as limitações drásticas de financiamento nacional em países de rendimento baixo, os fluxos financeiros oficiais sob a forma de ajuda e perdão da dívida são críticos para o tratamento das desigualdades dramáticas da saúde global. Em 1970, os países ricos comprometeram-se a oferecer 0,7% do seu PIB em Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD). 35 anos depois, contribuem em média 0,33%. Estima-se que o montante global anual necessário para a ajuda relacionada com a saúde (DAH) definido como ajuda atribuída a actividades que têm a saúde como principal objectivo – seja de US\$ 27 biliões em 2007, apenas para financiar serviços de saúde básicos vitais. Em 2005, a dívida externa total dos países em desenvolvimento era de US\$ 27 mil biliões de dólares americanos, com uma conta de serviços de US\$ 513 biliões de dólares nesse ano. Deveríamos, como sugere Sachs, “reconhecer as tirânicas da pobreza extrema. O país Africano Subsariano típico tem,

provavelmente, um rendimento anual de 350 dólares per capita. O governo pode conseguir mobilizar 15% desses 350 dólares em impostos derivados da economia nacional. Isso totaliza um pouco mais de 50 dólares per capita anualmente em receitas governamentais totais (e em muitos países, muito menos). Esta quantia diminuta tem de ser dividida entre todas as funções do governo: executiva, legislativa e judicial; polícia; defesa; educação e assim por diante” (Sachs, 2007).

A importância do financiamento público

A igualdade na saúde depende da prestação e acesso adequados a recursos materiais e serviços; vida e condições de trabalho seguras, que promovam a saúde; e oportunidades de aprendizagem, trabalho e lazer. A prestação e acesso a estas condições, por sua vez, exige investimento público e níveis adequados de financiamento público, e/ou regulamentação de mercados onde a prestação privada possa ser um meio eficaz e eficiente de acesso equitativo. Tudo isto implica a necessidade de formas de financiamento público em maior quantidade e mais justas. A ênfase no funcionamento das finanças públicas está relacionada com a importância dos bens públicos no apoio da acção sobre os determinantes sociais da saúde e a importância do investimento público, de forma a alcançar todos os grupos sociais. Tradicionalmente, espera-se que os governos desempenhem um papel activo no fornecimento de bens públicos. Deixados apenas ao mercado, tais bens são fornecidos em escassez (GKN, 2007). Mesmo onde bens e serviços possam ser fornecidos eficazmente e equitativamente através do sector privado, é vital assegurar a autoridade e capacidade real do governo na gestão da regulamentação do mercado (ver Capítulo 12: *Responsabilidade de mercado*). A acção nacional coerente sobre os determinantes sociais da saúde exige a adopção e financiamento da “saúde em todas as políticas” (Stahl et al., 2006; ver Capítulo 10: *Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas*).

CAIXA 11.1: CRESCIMENTO ECONÓMICO GLOBAL E DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS PARA FAVORECIMENTO DA POPULAÇÃO POBRE

Recentemente, calculou-se que “cada Dólar Americano de redução de pobreza... requer US\$166 adicionais de produção e consumo globais, com todos os impactos ambientais associados e que afectam negativamente, sobretudo, os mais pobres. Juntamente com as restrições ao crescimento global associadas às alterações climáticas e o impacto negativo desproporcionado das alterações climáticas sobre os pobres, este facto lança sérias dúvidas sobre a opinião dominante de que o crescimento global deve ser o meio primário para a redução da pobreza. Em vez de se concentrarem no crescimento,

as políticas e sistemas económicos de escala global deveriam concentrar-se directamente na concretização de objectivos sociais e ambientais.”

A Comissão não subestima o valor crítico do crescimento económico. Porém, aponta para as potenciais consequências ambientais graves e o reduzido impacto na pobreza dos modelos de crescimento que não contabilizam a distribuição dos benefícios do crescimento.

Reimpresso, com autorização do editor Woodward & Simms (2006b).

Em qualquer país, a desigualdade económica, incluindo a desigualdade no financiamento público, tem de ser tratada, de forma a que sejam feitos progressos na direcção da igualdade na saúde. Os serviços e infra-estruturas públicas universais desempenham um papel vital no desenvolvimento histórico dos países ricos de hoje (Szreter, 2004). Contudo, ainda existe considerável desequilíbrio no financiamento dos serviços públicos dentro dos países. Quer o problema seja relativo a cuidados de saúde, infra-estrutura de transportes ou protecção social, estes grupos sociais e regiões mais carenciados recebem proporcionalmente menos investimento público. A persistência de um preconceito urbano no investimento público reflecte-se em piores resultados de saúde e menor uso de serviços em áreas rurais, sobretudo em países de rendimento baixo e médio.

Crescimento e distribuição económicos

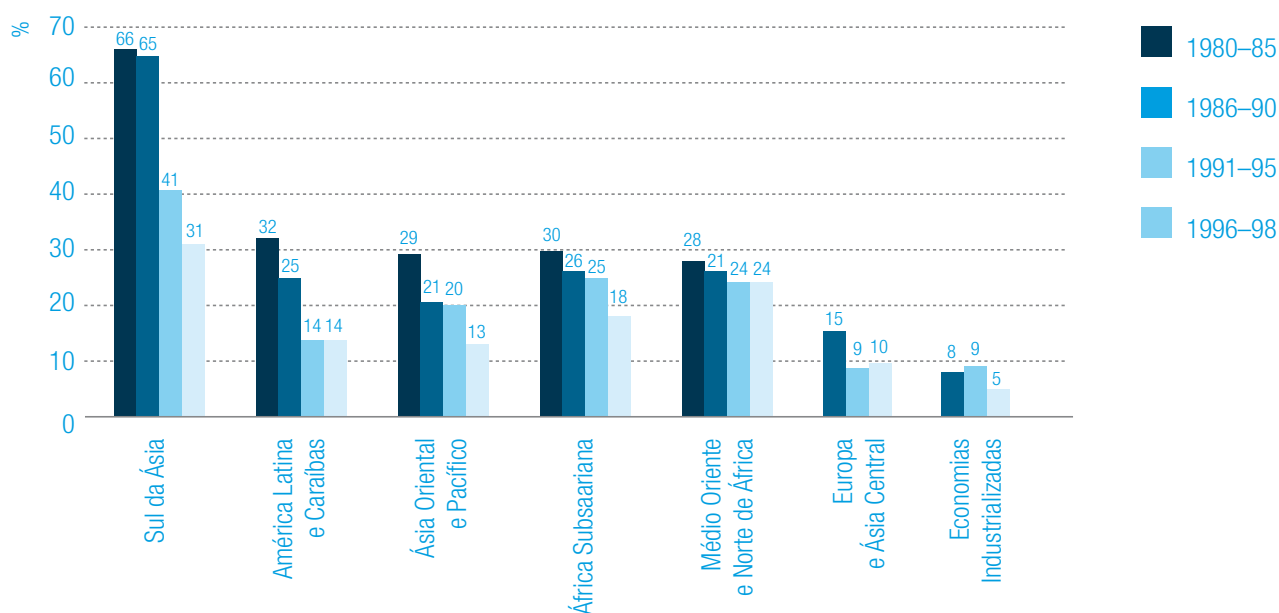
Tem sido amplamente contestada a opinião de que o crescimento económico por si só pode resolver o problema da pobreza global – simultaneamente por Szreter (2004), Sachs (2005) e a PNUAH / UN-HABITAT (2006). Em vez disso, a distribuição interna de recursos mais equitativa, combinada com um aumento de transferências financeiras internacionais, é necessária para reduzir a pobreza e melhorar a saúde, não apenas sob o imperativo ético de aliviar o sofrimento desnecessário, mas também ao ritmo expressamente desejado pelos governos através dos ODM (KNUS, 2007). Estudos realizados na América Latina sugerem fortemente que até uma pequena redistribuição de rendimento através de tributação progressiva e programas sociais limitados pode fazer mais pela redução da pobreza do que muitos anos de crescimento económico sólido, devido à distribuição extremamente desigual de rendimento e riqueza na maioria dos países da região (Paes de Barros et al., 2002; de Ferranti et al., 2004; Woodward & Simms, 2006b) (Caixa 11.1).

Receitas nacionais

Existem fraquezas de importância crítica – em particular em países em desenvolvimento –, no panorama actual nacional e internacional do financiamento público. Os países de rendimento baixo têm frequentemente mecanismos e instituições de impostos sobre o rendimento fracos e a maioria dos recursos humanos trabalha no sector informal. Estes países estão relativamente mais dependentes de tarifas de importação para as receitas públicas. A liberalização do comércio reduziu seriamente o montante de receitas de tarifas similares desde os anos 1970 (GKN, 2007) (Figura 11.1).

Muitos países não foram capazes de substituir estas perdas com outras fontes de receitas públicas ou de impostos. Como consequência, a maioria de países de rendimento baixo registou um declínio líquido nas receitas públicas totais (contudo, em muitos países de rendimento baixo, esta tendência estabilizou ou inverteu-se desde 1998). Os países de médio rendimento obtiveram resultados ligeiramente melhores, mas, em geral, a liberalização do comércio traduziu-se numa capacidade reduzida dos governos nacionais para apoiarem a despesa pública com a saúde, educação e outros sectores (Baunsgaard & Keen, 2005; Glenday, 2006). Os países de rendimento alto, com sistemas fiscais bem estabelecidos e infra-estruturas públicas existentes, conseguiram afastar-se das receitas de tarifas com perdas mínimas na capacidade fiscal. Mas a crescente intensidade da competição fiscal global (real ou apercebida) também teve efeitos negativos na capacidade fiscal nacional, mesmo em países de rendimento alto (Tanzi, 2001; Tanzi, 2002; Tanzi, 2004; Tanzi, 2005).

Figura 11.1: Proporção de tarifários relativa ao rendimento total por região, 1980 - 1998.



Fonte: GKN, 2007.

Ajuda e perdão da dívida

O reforço do financiamento público nacional adequado para a acção sobre a igualdade na saúde e os determinantes sociais da saúde será um processo a médio e longo prazo. A curto prazo, muitos países pobres sem recursos continuarão a depender do financiamento externo através de ajuda e perdão da dívida. Existem agora provas sólidas de que o financiamento através da ajuda pode contribuir tanto para o crescimento económico geral nos países recipientes (McGillivray et al., 2005), como (e mais directamente) para a melhoria na saúde (Mishra & Newhouse, 2007). Contudo, o fluxo total de ajuda continua a ser cronicamente baixo relativamente à escala necessária e, no

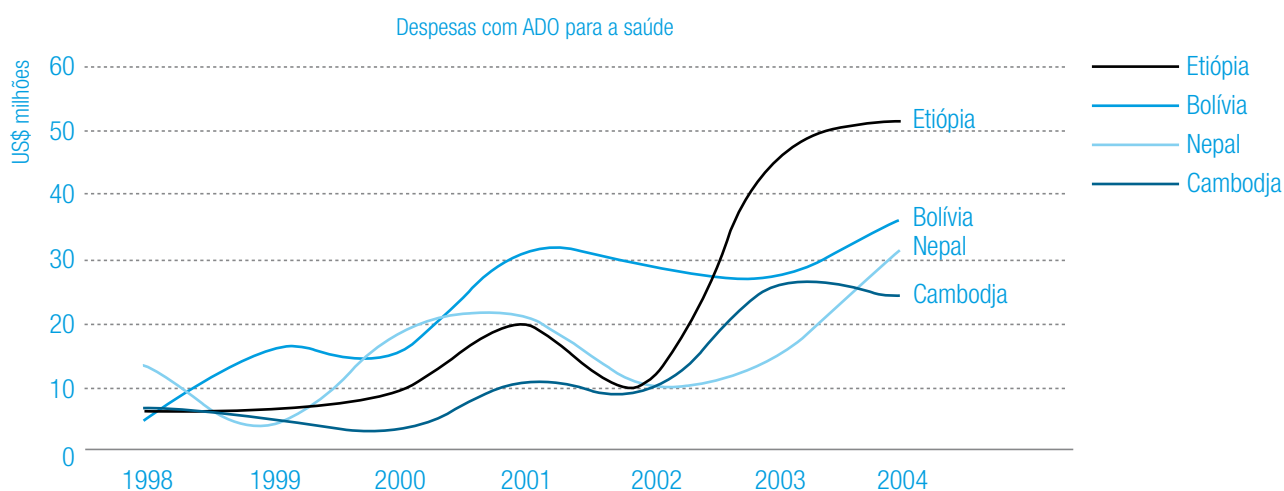
caso da maioria dos doadores, muito abaixo do compromisso dos 0,7% do PIB feito pelos países da OCDE em 1969. Este mantém uma atitude ambígua relativamente ao valor da ajuda, falhando persistentemente esse acordo, existindo uma diferença persistente entre os fundos prometidos e os desembolsados. Em 2005, apenas 70% da ajuda prometida foi efectivamente fornecida. Uma porção considerável da ajuda continua ligada aos interesses de comércio e segurança do país doador, estando provado que as atribuições do doador seguem os seus interesses geoestratégicos tanto, senão mesmo mais, do que as condições globais das necessidades (Caixa 11.2).

CAIXA 11.2: AJUDA GLOBAL E NECESSIDADES GLOBAIS

Mais de 60% do aumento total de APD entre 2001 e 2004 destinou-se ao Afeganistão, República Democrática do Congo e Iraque, apesar do facto destes três países representarem menos de 3% dos

pobres do mundo em desenvolvimento. Grande parte do aumento em APD de 2005 destinou-se ao perdão da dívida do Iraque e da Nigéria.

Figura 11.2: Despesas com apoios ao desenvolvimento oficiais (ADO) para a saúde em países seleccionados.



Reimpresso, com a permissão do autor, de Banco Mundial (2006a).

CAIXA 11.3: FRAGILIDADE DA AJUDA

Apesar da ajuda para a saúde ter vindo a aumentar, a sua volatilidade não só reduz a capacidade dos governos recipientes para planearem a sua despesa, mas também está directa e negativamente associada a resultados de saúde. A análise econométrica da mortalidade infantil em 75 países em desenvolvimento, entre 1995 e 2000, concluiu que “tanto os baixos níveis

(de ajuda) como a elevada volatilidade do financiamento dos doadores para o sector da saúde explicam o progresso relativamente lento de alguns países na redução da mortalidade das crianças com menos de cinco anos”.

Fonte: Bokhari, Gottret & Gai, 2005.

Existem também provas do que pode chamar-se défice de confiança entre doadores e recipientes, levando a condições múltiplas e onerosas estipuladas para a ajuda, que aumentam os custos da transacção e frequentemente enfraquecem os sistemas burocráticos dos países recipientes e que restringem a liberdade dos beneficiários na determinação das prioridades de desenvolvimento e financiamento. O efeito prático é a interrupção periódica, de resultado punitivo, dos fluxos de ajuda, que provoca fragilidade (Figura 11.2, Caixa 11.3), que já se demonstrou como prejudicial para o sector da saúde (Bokhari, Gottret & Gai, 2005).

Assistência ao desenvolvimento para a saúde

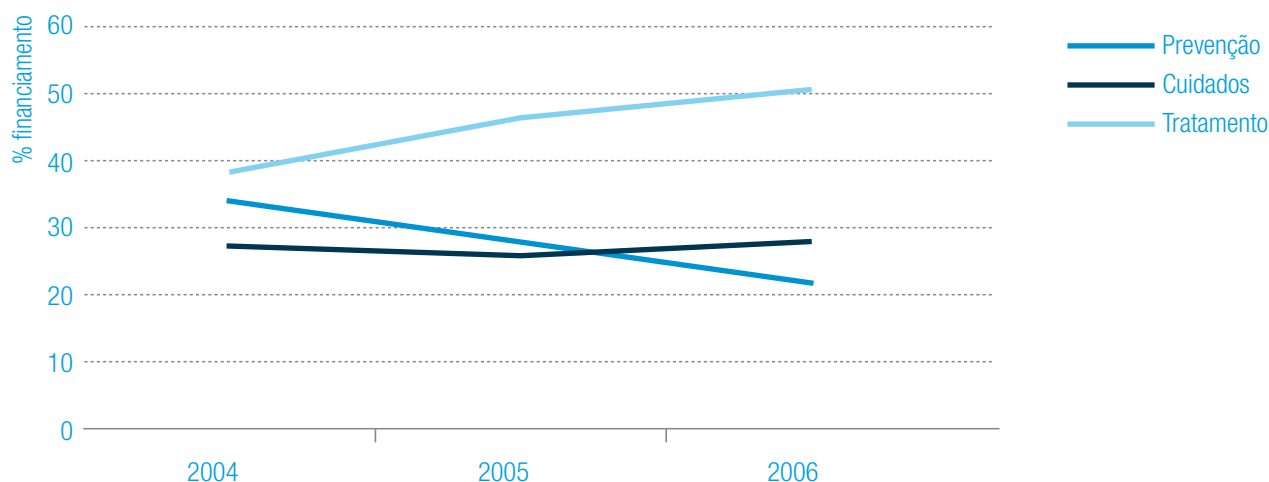
A fracção da ajuda total mundial atribuída à acção sobre a saúde (Assistência ao desenvolvimento para a saúde – DAH) tende a ser grandemente confinada ao financiamento de acção interna ao sector da saúde. Muita desta ajuda está restrita a uma gama de intervenções altamente definidas, privilegiando o tratamento em detrimento do investimento na prevenção. A grande contribuição de financiamento (15 biliões de dólares americanos) para acção sobre o VIH/SIDA do Plano Presidencial de Emergência para a Luta Contra a SIDA (PEPFAR) é um bom exemplo disto (Figura 11.3, Caixa 11.4).

CAIXA 11.4: AJUDA E VIH / SIDA

A discriminação das atribuições financeiras do PEPFAR entre 2004 e 2006 mostra não apenas uma preferência pelo investimento de tratamento sobre a prevenção, mas também uma mudança significativa no financiamento, afastando-se da acção preventiva, de mais de um terço em 2004 a menos de um quarto dois anos depois. O PEPFAR é uma das mais importantes linhas de financiamento

da saúde internacionais nos últimos 20 anos. Representa uma contribuição importante, mas realça uma descontinuidade preocupante entre a lógica dos doadores e a realidade da sua prática, que continua a privilegiar a intervenção médica e curativa, particularmente nos pontos comuns com a agenda política doméstica.

Figura 11.3: Alterações na atribuição de despesa através do Plano de Emergência para Assistência ao HIV/SIDA da Presidência Presidente (President's Emergency Plan for AIDS Relief), 2004 - 2006.



Fonte: USAID, 2006.

FINANCIAMENTO JUSTO : ÁREA DE ACÇÃO 11.1

Reforçar o financiamento público para a acção sobre os determinantes sociais da saúde.

Entretanto, o peso considerável da dívida remanescente, alguma dela indubitavelmente censurável, continua a desviar recursos públicos do investimentos no desenvolvimento. As crises de dívida entre os países em desenvolvimento são o resultado dos preços crescentes do petróleo; avaliação insuficiente das necessidades dos pobres e planeamento insuficiente dos empréstimos contraídos (dos lados do credor e devedor) e elevadas taxas de dispersão dos empréstimos; piores condições do seu pagamento; e simultaneamente, preços em queda e diminuição da procura das exportações dos países endividados pelos países desenvolvidos. Os países mais fortemente atingidos, os Países Pobres Altamente Endividados (PPAE), viram crescer abruptamente a sua dívida nas últimas quatro décadas, enquanto que os seus rendimentos per capita estagnaram. A dívida está negativamente associada com a despesa do sector público, afectando particularmente negativamente o investimento público em bens não financeiros, como infra-estruturas (GKN, 2007).

O perdão da dívida, apesar de promissor, permanece limitado aos países classificáveis como PPAE, deixando outros países pobres injustificadamente sem perdão na sua dívida. Este é,

em todo o caso, um processo lento com condições onerosas, à semelhança da ajuda, que limita a capacidade nacional para o investimento na despesa com o sector social (Caixa 11.5). Os números para 35 dos 40 PPAE localizados na África Subsariana demonstram o problema essencial – apesar destes países terem recebido US\$ 294 biliões em empréstimos e terem pago US\$ 268 biliões entre 1970 e 2000, ainda tinham uma dívida de US\$ 210 biliões em 2004 (UNCTAD).

Além da ajuda e do perdão da dívida, as condições para crescimento e melhoria da capacidade de financiamento público nacional podem ser apoiadas pela comunidade internacional através de várias vias – por exemplo, acordos globais mais claros e acção global mais eficiente para alargar a segurança a países em risco de conflito; acção alargada para monitorização da produção e comércio de recursos naturais; reforço dos padrões legislativos internacionais para o comércio entre países ricos e parceiros comerciais de rendimento baixo e médio; e apoio ao desenvolvimento de acordos comerciais preferenciais, que permitam a protecção de países que tentam gerar a capacidade necessária para competir no mercado global (Collier, 2006).

CAIXA 11.5: PERDÃO DA DÍVIDA E DESPESA SOCIAL

O Nepal tem uma despesa superior com a dívida do que com a educação, dispondo de apenas um professor para cada 180 crianças. É provável que se verifique o adiamento do perdão da dívida, consequência das condições estipuladas pelos credores. O Chade gastou US\$ 66 milhões no pagamento da dívida em 2006. É um dos muitos países que cobram taxas pela frequência do sistema de ensino, pelo que apenas um terço das meninas frequentam a escola no Chade. Mundialmente, são necessários mais US\$ 17 biliões por ano para educar todos os meninos e meninas. Em 2005, os países em desenvolvimento como um todo gastaram 30 vezes mais do que essa quantia no abatimento da dívida. O Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) afirmam que a dívida do Quênia é “sustentável” e que este país não se qualifica para o perdão da dívida. Os últimos dois orçamentos do

Quênia atribuíram mais US\$ 350 milhões de dólares americanos ao pagamento da dívida do que à educação, pelo que mais de um milhão de crianças Quenianas não frequentam o ensino primário. Estudos repetidos demonstraram o impacto positivo do perdão da dívida nos serviços sociais, a maioria concordando que o sector que mais ganha é a educação. Após receber o perdão da sua dívida, Malawi, Uganda e República Unida da Tanzânia aboliram as taxas de frequência do ensino primário. Esta alteração ajudou mais de um milhão de crianças a receber educação em cada país. O perdão de dívida pagou a formação de quatro mil professores por ano no Malawi e os salários de cinco mil professores comunitários no Mali.

Fonte: Campanha Jubileu contra a Dívida Externa (Jubilee Debt Campaign), 2007.

FINANCIAMENTO JUSTO : ÁREA DE ACÇÃO 11.2

Aumentar o financiamento internacional para a igualdade na saúde e coordenar o financiamento crescente através de um enquadramento de acção sobre os determinantes sociais da saúde.

ACÇÃO PARA O FINANCIAMENTO JUSTO

A Comissão recomenda que:

11.1 Doadores, agências multilaterais e Estados Membros criem e reforcem a capacidade nacional para tributação progressiva (ver Recomendações 8.1; 8.3; 9.2; 10.2).

Tributação progressiva

O reforço das receitas nacionais com vista à igualdade das finanças públicas requer uma tributação progressiva mais firme, o que implica o reforço de sistemas e capacidades fiscais, particularmente para a criação de poder institucional em locais de rendimento baixo (Caixa 11.6). A tributação deve concentrar-se em formas directas (tais como impostos sobre o rendimento ou propriedade) em detrimento de formas indirectas (como impostos sobre o comércio e transacções¹⁰). Os regimes fiscais na Ásia Oriental praticados entre 1970 e 1999 mostraram uma forte e persistente ênfase nos impostos directos, com menos representação de outros tipos, enquanto os regimes fiscais na África Subsariana mostraram uma forte dependência de impostos indirectos, sobre as transacções ou o comércio (Figura 11.4). Apesar de existirem outros factores contributivos, o leste da Ásia registou um enorme crescimento

e melhorias na saúde durante este período, enquanto a África Subsariana viveu uma estagnação a larga escala e, em alguns casos, o declínio das condições obtidas.

Muitos países, com sistemas fiscais relativamente débeis e elevadas taxas de trabalho informal que complicam os esforços fiscais, têm dependido de receitas de impostos indirectos (por exemplo, tarifas aduaneiras), como financiamento para a despesa pública. Os países de rendimento elevado e médio não deveriam exigir mais reduções nas tarifas em negociações comerciais bilaterais, regionais e mundiais feitas com países de baixo rendimento que ainda dependam de tarifas como receita pública. Por seu lado, os países de baixo rendimento devem ter extremo cuidado nos acordos de redução de tarifas, antes de criar ou melhorar correntes de receitas alternativas. Deve ser disponibilizada ajuda especializada e apoio técnico para reforçar a capacidade de tributação directa a longo prazo. São exigidos esforços multilaterais, não apenas para reduzir o impacto adverso da liberalização do mercado comercial e financeiro sobre os recursos fiscais nacionais, mas também para reforçar um enquadramento vinculativo de escala global para redução da fuga aos impostos e de capitais (Caixa 11.7).

As medidas para combate do uso de centros financeiros offshore para evitar os regimes fiscais nacionais, forneceriam recursos para o desenvolvimento em quantidade pelo menos

CAIXA 11.6: REFORÇO DA TRIBUTAÇÃO NACIONAL E INTERNACIONAL

Desenvolver sistemas fiscais eficientes e justos.

Um sistema de impostos com base alargada é uma exigência básica para o reforço das receitas públicas. A tributação deve ser baseada na capacidade financeira dos indivíduos, sendo que os mais ricos, grandes proprietários de terras e empresas privadas devem ser objecto de incidência proporcional. Os governos devem usar as políticas fiscais para reduzir activamente as disparidades no rendimento e distribuição da riqueza.

Fortalecer as autoridades fiscais e administrações financeiras.

Em muitos países, a administração fiscal ainda tem de ser desenvolvida ou, pelo menos, reforçada. Tal requer um enquadramento legal, assim como os necessários recursos humanos e infra-estrutura técnica.

Tributação real de empresas multinacionais.

Um elemento essencial de um sistema fiscal eficiente inclui a tributação efectiva das empresas transnacionais. Benefícios ou incentivos fiscais para investidores multinacionais em Zonas de Processamento de Exportações (ZPE) são contraproducentes neste aspecto.

Regulamentações vinculativas sobre a transparência dos fluxos de transferências.

Os impostos e direitos de autor dos investimentos estrangeiros em petróleo, gás natural e sector mineiro são de grande importância para os países ricos em

recursos, mas são frequentemente mantidos secretos pelos governos ou empresas envolvidas. Assim, todas as empresas com cotação na bolsa devem ser obrigadas a prestar informação sobre impostos, direitos de autor, taxas e outras transacções com governos e entidades do sector público, em todos os países onde operam.

Combater a corrupção e subornos. São necessárias regras e procedimentos mais decididos, tanto nos países afectados, como a nível internacional. A Convenção contra a Corrupção da ONU, que entrou em vigor em Dezembro de 2005, deve ser ratificada e implementada quanto antes.

Cooperação internacional reforçada. A cooperação melhorada, ao nível internacional, entre governos, é decisiva para o sucesso das reformas fiscais nacionais. Uma política fiscal internacional mais eficazmente coordenada seria benéfica para a maioria dos países, com a excepção de alguns dos paraísos fiscais mais agressivos. Até ao momento, não existe um fórum global intergovernamental para tratamento dos assuntos fiscais. Há anos que se exige a criação de uma Organização Fiscal Internacional para preencher esta lacuna de governação global, devendo ser criada sob os égide da ONU

Reimpresso, com autorização do editor, de Martens (2007).

¹⁰ Relativamente à tributação de empresas multinacionais, as medidas para reduzir a fuga de capitais e aos impostos através de esquemas de preço de transferência são, provavelmente, pelo menos tão importantes como a redução de incentivos fiscais ao investimento em zonas de processamento de exportações (GKN, 2007).

comparável à tornada disponível por novos impostos. Uma estimativa realizada aponta que o uso de centros financeiros offshore para a fuga aos impostos custa aos países em desenvolvimento US\$ 50 biliões por ano em perdas de receitas (Oxfam Grã-Bretanha, 2000). Estima-se que o valor de bens (pessoais) em contas offshore atinja entre US\$ 8 e US\$ 11,5 mil biliões, excluindo propriedades (Rede para a Justiça Fiscal – Tax Justice Network, 2005). As perdas devidas a este tipo de fuga aos impostos são de, pelo menos, US\$ 160 biliões anuais – ou seja, aproximadamente o valor estimado da ajuda ao desenvolvimento adicional exigida para alcançar os ODM (Projecto do Milénio da ONU, 2005). Impedir a fuga aos impostos aumentaria a capacidade fiscal dos governos, tanto em países ricos como em pobres. Também reduziria as desigualdades económicas, já que a maioria das oportunidades em questão apenas estão disponíveis para os ricos

A Comissão recomenda que:

11.2 Sejam desenvolvidos novos mecanismos financeiros públicos nacionais e globais, incluindo impostos especiais para a saúde e opções de impostos globais (ver Recomendação 9.2; 10.2).

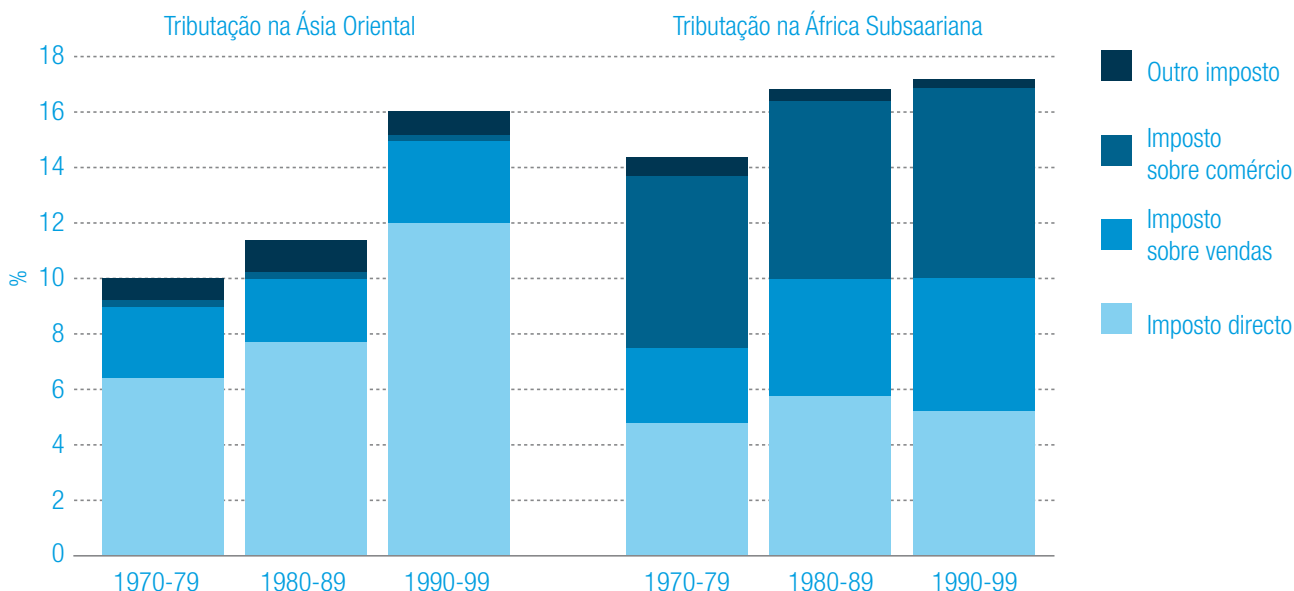
Existem mais opções para o reforço do financiamento público usadas em países de rendimento baixo, médio e alto, mas talvez particularmente mais relevantes em termos de capacidade imediata para obter financiamento adicional em locais de baixo rendimento. Foram introduzidos ou estão a ser considerados em vários países novos impostos sobre a saúde: o imposto de 2,5% sobre o valor acrescentado, do Gana; os impostos individual

e sobre os rendimentos, de 3%, empregue no combate ao VIH/SIDA, do Zimbabué; e os impostos sobre o tabaco e álcool da Tailândia (HSKN, 2007). A eficiência da cobrança de impostos melhorou na África do Sul; na Bolívia, a reforma fiscal aumentou seis vezes as receitas nos anos 80 (Wagstaff, 2007).

Impostos num mundo globalizado

A natureza crescentemente globalizada das práticas económicas, incluindo paraísos fiscais “offshore”, fornece um poderoso argumento a favor do desenvolvimento de um sistema de tributação global – pelo menos, no reconhecimento de interesses interdependentes e a importância crescente dos bens públicos globais para a saúde da população. Foi já implementado em vários países um imposto sobre os bilhetes de avião, com as receitas empregues na compra de medicamentos para tratamento do VIH/SIDA, tuberculose e malária e para apoio dos sistemas públicos de saúde em países pobres (Farley, 2006; Ministérios da Economia, 2006). Um imposto sobre transacções em divisas estrangeiras, com o objectivo de reduzir a instabilidade financeira (o imposto Tobin), foi originalmente proposto pelo economista James Tobin. Esta e outras propostas semelhantes foram subsequentemente identificadas como uma entre potenciais fontes de receita para o financiamento de sistemas de saúde em países de rendimento baixo e médio, aproximando-se dos valores considerados regulares pela políticas de desenvolvimento (Gottret & Schieber, 2006). Uma estimativa realizada indica que tal imposto, aplicado a uma taxa muito baixa (0,02%), arrecadaria US\$ 17 a 35 biliões por ano, existindo estimativas mais elevadas (Nissanke, 2003).

Figura 11.4: Tributação na Ásia Oriental (esquerda) e África Subsaariana (direita). 1970 - 79, 1980 - 89 e 1990 - 99.



Reimpresso, com a permissão da editora, de Cobham (2005).

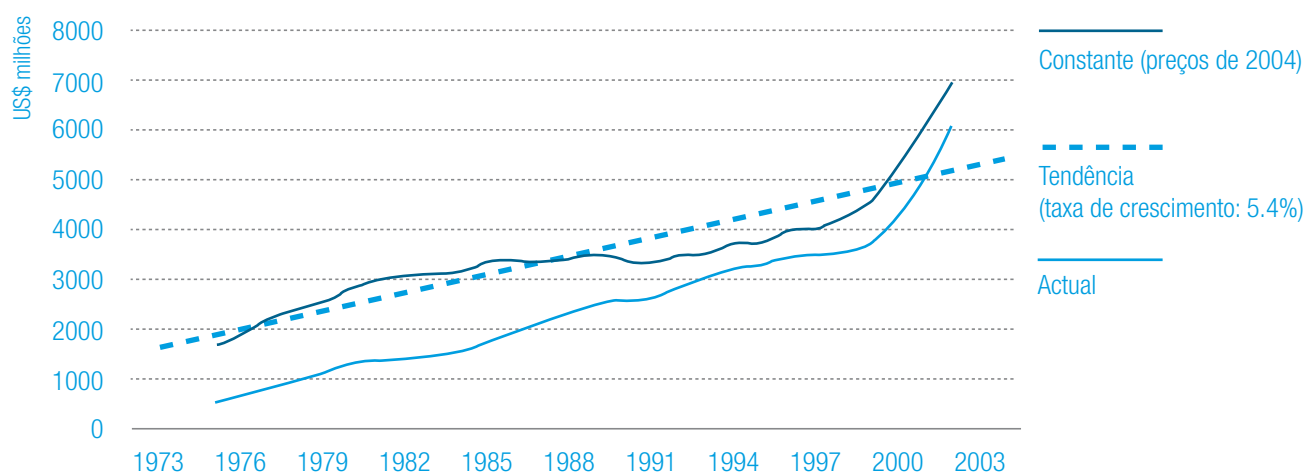
FINANCIAMENTO JUSTO : ÁREA DE ACÇÃO 11.3

Atribuir justamente recursos governamentais para a acção sobre os determinantes sociais da saúde.

Uma proposta alternativa ao imposto Tobin é a Taxa sobre a Transacção de Divisas para o Desenvolvimento, concebida como uma “imposto de solidariedade” especificamente para gerar novo verbas públicas à escala global para o desenvolvimento (Hillman et al., 2006). A Taxa sobre a Transacção de Divisas para o Desenvolvimento poderia ser implementada unilateralmente pelos países ou uniões monetárias. Estima-se que poderia arrecadar anualmente US\$ 2,07 biliões se fosse implementada pelo Reino Unido, US\$ 170 milhões pela Noruega e US\$ 4,3 biliões se fosse implementada pela Zona Euro (Hillman et al., 2006). Apesar de cauteloso sobre os méritos de um imposto sobre a transacção

de divisas, o Painel de Alto Nível das Nações Unidas para o Financiamento do Desenvolvimento (Zedillo et al., 2001) realçou a necessidade de novas formas de financiamento do desenvolvimento e propôs a criação de uma Organização Fiscal Internacional para limitar a competição e fuga aos impostos. Sejam quais forem os méritos de cada proposta, a aplicação de um imposto sobre transacções financeiras para recolha de receitas para o desenvolvimento é, hoje, amplamente vista como viável e apropriada. Como no caso do perdão da dívida, para qualquer destas iniciativas de recolha de receitas ser eficaz, têm de ser genuinamente adicionais aos financiamentos de desenvolvimento existentes, em vez de substituírem simplesmente os actuais rendimentos.

Figura 11.5: Apoio ao desenvolvimento para a saúde 1973 - 2004: média de evolução a 5 anos, acordos.



Reimpresso, com a permissão do autor, de DAC (2005).

CAIXA 11.7: COMPETIÇÃO TRIBUTÁRIA E “TÉRMITAS FISCAIS”

A globalização limitou a capacidade de colecta de impostos pelos governos, aumentando a oportunidade de empresas e indivíduos prósperos para minimizar as suas responsabilidades fiscais, transferindo bens, transacções e inclusive eles próprios, de jurisdições de impostos altos para outras com impostos baixos. O anterior Chefe do Departamento de Assuntos Fiscais do FMI identificou certo número de “térmitas fiscais”, que diminuem a capacidade fiscal dos governos, tanto em países ricos, como pobres. Neste fenómeno incluem-se a hipermobilidade do capital financeiro e de indivíduos com elevados rendimentos que possuem rentabilização alta dos serviços que prestam, uma vez que “taxas fiscais elevadas sobre o capital financeiro de indivíduos com grande mobilidade, dão fortes incentivos aos contribuintes para enviar o capital para jurisdições estrangeiras que o taxam levemente

ou estabelecer residência em países com impostos baixos”. Uma térmita não incluída nesta definição, mas que gera preocupação crescente, advém da crescente importância do comércio entre empresas pertencentes a uma mesma companhia multinacional – segundo uma estimativa, um terço do comércio mundial total no fim dos anos 90. Isto cria múltiplas oportunidades para as empresas reduzirem a sua responsabilidade fiscal através da transferência de preços (definição dos preços para bens e serviços entre intervenientes dentro de uma organização, permitindo declarar artificialmente menos em regimes com impostos elevados). Uma estimativa recente é a que tal definição de preços representava fluxos financeiros de mais de US\$ 31 biliões de África para os Estados Unidos entre 1996 e 2005.

Fonte: GKN, 2007.

A Comissão recomenda que:

11.3 Os países doadores honrem os compromissos existentes, aumentando a ajuda para 0,7% do PIB; alarguem a Iniciativa Multilateral de Perdão da Dívida; e coordenem o uso da ajuda através de um enquadramento dos determinantes sociais da saúde (ver Recomendações 13.6; 15.2).

Críticas feitas à relação da ajuda com o crescimento económico em países beneficiários contribuíram para uma diminuição dos contributos, predominantemente nos anos 90, em APD (Friedman, 1958; Bauer, 1981; Boone, 1996; Easterley, 2006;

Quartley, 2005; Rajan & Subramanian, 2005; Schneider, 2005; Svensson, 2000). Novas análises empíricas – parcialmente resultado da melhoria da informação disponível – mostram uma relação mais positiva entre a APD e o crescimento (GKN, 2007). As meta-análises relatam constantemente associações positivas em dezenas de estudos empíricos individuais (Clemens et al., 2004; McGillivray et al., 2005). Collier e Dollar (2000) estimam que a ajuda retira da pobreza extrema, de forma sustentável, cerca de 30 milhões de pessoas por ano. Apesar da Comissão defender a contribuição da ajuda para o crescimento económico, a ênfase deve ser colocada na sua contribuição para a satisfação de necessidades básicas relacionadas com a saúde.

CAIXA 11.8: PROGRAMA DE FINANCIAMENTO INTERNACIONAL PARA A IMUNIZAÇÃO

O Programa de Financiamento Internacional para a Imunização (International Finance Facility for Immunization Company – IFFIm) é uma nova instituição dedicada ao financiamento do desenvolvimento multilateral, apoiada por doadores autónomos (actualmente, os governos de França, Itália, Noruega, África do Sul, Espanha, Suécia e Reino Unido). O Presidente Lula, do Brasil, também prometeu o apoio do seu país. O Banco Mundial é o gestor financeiro do IFFIm e a sua base financeira consiste em obrigações de pagamento pelos doadores. Pretende-se que o IFFIm contraia empréstimos de fundos operativos nos mercados de capital internacionais ao longo dos próximos dez anos, até uma proporção prudentemente limitada de obrigações autónomas que constituem a sua base financeira (índice de endividamento).

O objectivo central do IFFIm consiste em ajudar a salvar a vida de mais crianças e fazê-lo de forma

mais expedita, para apoio da concretização dos ODM. O Programa foi concebido para acelerar a disponibilidade de fundos a aplicar em programas de saúde e imunização em 70 dos países mais pobres do mundo. Sobretudo através do investimento em recursos, numa fase inicial, o programa de financiamento é concebido para aumentar significativamente o fluxo de ajuda e assegurar fluxos de financiamento fidedignos e previsíveis para programas de imunização e desenvolvimento dos sistemas de saúde nos anos vindouros até 2015. Espera-se que um investimento do IFFIm inicial de US\$ biliões ajude a evitar a morte de cinco milhões de crianças entre 2006 e 2015 e a morte de outros de cinco mil adultos, através da protecção de mais de 500 milhões de crianças em campanhas de combate à varicela, tétano e febre-amarela.

Adaptado, com autorização, de <http://www.iff-immunisation.org/>

CAIXA 11.9: MELHORIA DA CONCERTAÇÃO DA AJUDA – MUDANÇA PARA O APOIO AO ORÇAMENTO GERAL

As formas tradicionais de ajuda internacional operaram predominantemente fora dos processos de orçamento regulares dos países beneficiários. Este modo de prestação tem sido criticado pelo seu impacto negativo na capacidade de planeamento da despesa pelos governos recipientes. Condições políticas e restrições na despesa restringiram ainda mais o espaço de política nacional dos países recipientes na actuação sobre os determinantes sociais da saúde, nomeadamente onde não se permitiu que a ajuda fluísse para custos institucionais centrais, como os salários do sector público. Um mecanismo chave para financiar e

reforçar a capacidade de planeamento de acção para desenvolvimento entre sectores dos países beneficiários consiste na mudança de direcção entre os doadores, rumo ao apoio do orçamento geral. Sob o apoio do orçamento geral, a ajuda flui através de processos orçamentais governamentais, melhorando o controlo dos governos assistidos sobre o desenvolvimento e a aplicação de políticas, que a ajuda pretende financiar. O apoio do orçamento geral é uma componente ainda relativamente pequena da ajuda total, existindo, porém, indicações de que irá aumentar.

Fonte: GKN, 2007.

Assistência ao desenvolvimento na saúde

A Assistência ao desenvolvimento na saúde (DAH), fundamentalmente ajuda primariamente dedicada ao sector da saúde, aumentou substancialmente em anos recentes (Figura 11.5). Contudo, na sua totalidade, continua a ser demasiado baixa para satisfazer as necessidades de serviços de saúde. A Comissão sobre Macroeconomia e Saúde estima que a ajuda à saúde tem de aumentar para cerca de US\$ 34 per capita por ano até 2007, elevando-se novamente para US\$ 38 per capita até 2015 (recentemente esta estimativa foi corrigida para perto de US\$ 40 por pessoa), de modo a “fornecer tratamento e cuidados básicos” (CMS, 2001).

É imperativo que o volume total da DAH aumente. Contudo, para além da ajuda atribuída como financiamento para intervenções básicas relacionadas com a saúde, a Comissão apela a que os países doadores e recipientes adoptem um enquadramento para os determinantes sociais da saúde mais abrangente, de modo a promover a ajuda como um todo, a coordenação das contribuições e a coordenação da despesa da ajuda com os planos de desenvolvimento mais amplos dos países recipientes, cumprindo a Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda de 2005.

Enquadramento para a ajuda segundo os determinantes sociais da saúde

A coordenação da ajuda pode ser melhorada através do aumento da ênfase sobre os fundos recolhidos globalmente, geridos multilateralmente e administrados de forma transparente. A elegibilidade dos recipientes e atribuições dos doadores seriam determinadas segundo necessidades e objectivos de desenvolvimento previamente acordados (seguindo fundamentalmente os elementos mais importantes do enquadramento para os determinantes sociais da saúde), com estabilidade garantida por vários anos das contribuições dos doadores e relatório dos beneficiários. A criação de uma nova instituição multilateral, dedicada a um sistema de ajuda alargado, fiável e mais coerente parece pouco realista. Contudo, o exemplo dado pela Programa de Financiamento Internacional para a Imunização (Caixa 11.8) e os processos da reforma da ONU em curso sugerem que tais inovações não só são viáveis, como são necessárias (ver Capítulo 15: *Administração global competente*).

A curto prazo, a proporção de ajuda condicionada, por exemplo, por interesses comerciais dos doadores, deve ser reduzida e a facção disponibilizada como apoio orçamental geral deve ser substancialmente aumentada (Caixa 11.9). Os doadores reconheceram, há já algum tempo, a natureza intersectorial da saúde e o imperativo de agir não apenas sobre as causas imediatas da baixa qualidade na saúde e desigualdade na saúde, mas também sobre os determinantes de forma mais ampla. Contudo, as práticas dos doadores relativas à ajuda em geral e na saúde em particular, continuam a ser tecnocráticas e específicas a sectores (Sachs, 2004). A vantagem da ajuda de apoio ao orçamento geral consiste em fornecer uma forma mais “pura” de apoio à totalidade do governo beneficiário. As condições de uma recomendação para aumento do apoio ao orçamento geral – para reduzir o risco da ajuda escapar às actividades relacionadas com a saúde – residem na ligação dos fundos a planos de acção específicos sobre os determinantes sociais da saúde e na necessidade de os recipientes honrarem a sua responsabilidade em tais planos.

Os PRSP (Documentos de Estratégia para a Redução da Pobreza) constituem provavelmente a estrutura organizativa mais importante para a despesa com o desenvolvimento ao abrigo do Programa para o Crescimento e a Redução da Pobreza (Poverty Reduction and Growth Facility) do FMI. Espera-se que os PRSP promovam, dentro dos países, consenso sobre as necessidades de desenvolvimento e a coerência no planeamento do desenvolvimento. Assim, proporcionam uma verdadeira oportunidade para reforçar a coordenação da ajuda, através de um enquadramento dos investimentos sectoriais muito semelhante ao enquadramento para os determinantes sociais da saúde.

Contudo, os critérios dos processos e actuação dos PRSP – nomeadamente, a ênfase sobre os controlos macroeconómicos – aparentemente tiveram um impacto adverso no cenário das políticas nacionais e da despesa pública com, por exemplo, educação e cuidados de saúde, mesmo quando os fundos de assistência ao desenvolvimento para estes campos estavam disponíveis (Ambrose, 2006; Ooms & Schrecker, 2005). Apesar do FMI não estabelecer limites à despesa com a saúde, as suas políticas e alvos gerais, parcialmente articulados com o Enquadramento da Despesa a Médio Prazo (Medium-Term Expenditure Framework – MTEF) dos PRSP, limitam os recursos disponíveis para os cuidados da saúde e recursos

CAIXA 11.10: REFORÇO DO PAPEL DA ESTRATÉGIA DA REDUÇÃO DA POBREZA

O reforço dos PRSP exige:

ênfase mais clara sobre os PRSP como processo de concertação intersectorial a nível nacional no processo de decisões e AIS;

maior apoio de doadores e governos nacionais ao financiamento de trabalho intersectorial sobre os determinantes sociais da saúde;

maior concentração internacional na AIS crescente no campo da saúde, liderada pela OMS;

maior apoio aos ministérios da saúde que tentam colaborar com os ministérios das finanças e o FMI na definição do volume do orçamento da saúde;

acesso assegurado a maior flexibilidade no planeamento da despesa (MTEF) para os principais custos recorrentes (tais como recursos humanos da saúde).

Fonte: GKN, 2007.

humanos da saúde, sendo que os ministérios da saúde têm dificuldade em influenciar o processo de elaboração dos orçamentos (Wood, 2006).

Do ponto de vista dos determinantes sociais da saúde, o processo de Estratégia de Redução da Pobreza tem sido como que uma oportunidade perdida. Os PRSP mostram grande potencial para um trabalho intersectorial mais responsabilizável; contudo, os governos, liderados sobretudo pelos ministérios das finanças, não estão a aproveitar esta oportunidade, nem as agências internacionais estão a fornecer-lhes incentivos, apoio e oportunidades adequadas para que o façam. Muitos PRSP continuam a prestar atenção aos determinantes da saúde mais importantes. Se usados apropriadamente, através de consultas mais inclusivas a interessados nacionais, os PRSP fornecem uma ferramenta potencialmente poderosa para a acção organizada por governos beneficiários de ajuda e parceiros da sociedade civil para a redução da pobreza, empregando um enquadramento de determinantes sociais da saúde (Caixa 11.10).

Perdão da dívida

O perdão da dívida dos Países Pobres Altamente Endividados tornou possíveis aumentos na despesa pública para necessidades básicas, como cuidados de saúde e educação em vários países beneficiários (Grupo de Avaliação Independente do Banco Mundial – World Bank Independent Evaluation group, 2006). Contudo, o seu “sucesso” tem sido desigual e existe uma necessidade urgente para maior perdão da dívida, desencadeado mais eficazmente em prol dos determinantes sociais da saúde.

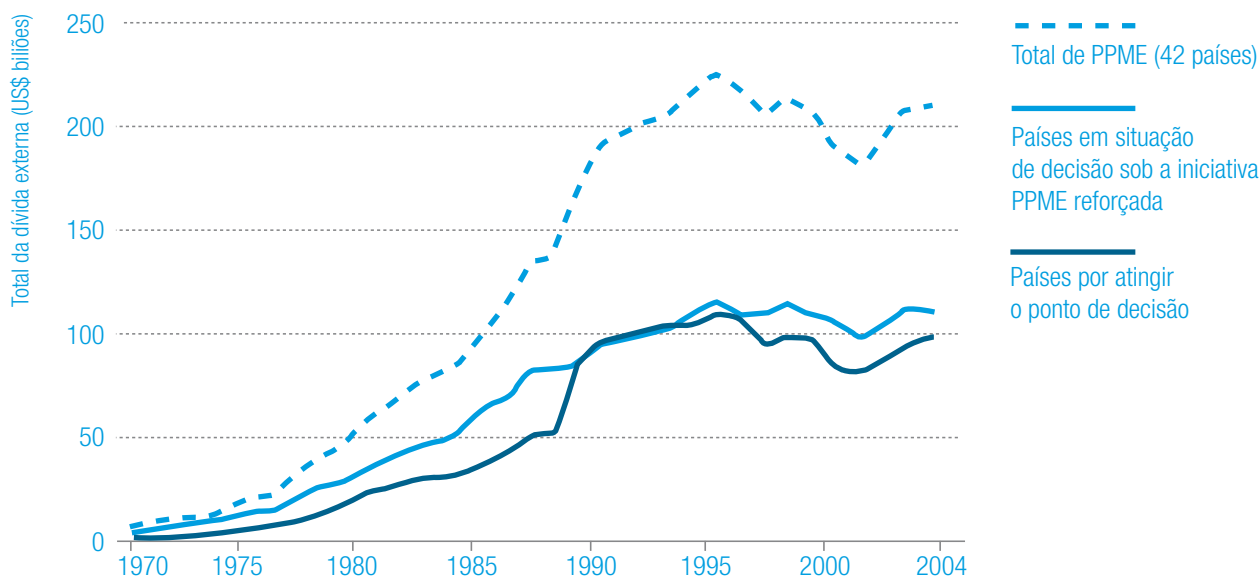
Um primeiro mecanismo para o perdão mais alargado consiste na redefinição do nível de pagamento sustentável da dívida em países de rendimento baixo e médio, que seja consistente com a satisfação de necessidades básicas relacionadas com a saúde.

O Projecto do Milénio recomendou que a sustentabilidade da dívida deve ser redefinida como o nível de endividamento consistente com a concretização dos ODM, o que para muitos PPAE exige o perdão de 100% da sua dívida e para países de rendimento médio, um perdão de dívida maior do que tem sido oferecido (Projecto do Milénio da ONU, 2005). Um segundo mecanismo possível é uma iniciativa separada de perdão de dívida para economias de rendimento médio altamente endividadas, cuja responsabilidade seria igualmente partilhada pelo Banco Mundial e o FMI. Isso ajudaria países de rendimento médio a evitar uma futura crise de dívida e protegeria a despesa social face a um peso excessivo da dívida (Dervis & Birdsall, 2006). Uma terceira opção seria uma abordagem ao perdão da dívida exequível, segundo a receita líquida, com base num rendimento mínimo per capita de US\$ 3 por dia em paridade com poder de compra (Edward, 2006). Utilizando esta abordagem, Mandel defende que 31 a 43% da dívida dos países em desenvolvimento, afectando 93 entre 107 nações, tem de ser perdoada se se pretende reduzir a pobreza e concretizar os ODM (Mandel 2006). O perdão de dívida alargado deve ser condicionado a compromissos claros dos governos beneficiários para um aumento quantificável na despesa do sector social, permitindo uma avaliação regular de desempenho pelos agentes da sociedade civil. Os benefícios do perdão da dívida serão notados se forem realmente adicionais às receitas já arrecadadas através da assistência ao desenvolvimento (Bird & Milne, 2003; Arslanalp & Henry, 2006).

A Comissão recomenda que:

11.4 As instituições financeiras internacionais garantam termos e condições transparentes para os empréstimos internacionais, de modo a ajudar a evitar uma dívida futura incomportável.

Figura 11.6: Total da dívida externa de Países Pobres Muito Endividados, 1970 - 2004 (bilhões de dólares).



Responsabilidade pela dívida futura

A comunidade internacional deve reconhecer que, dadas as grandes exigências de capital dos países pobres, será inevitável, no futuro, contrair empréstimos nos mercados internacionais. Existem provas de que os países endividados beneficiários de perdão da dívida vejam a sua dívida total aumentar novamente depois de 2000 (Figura 11.6).

Os futuros acordos de crédito internacional têm de expandir a sua concentração sobre indicadores restritos da sustentabilidade económica na direcção de um acordo sobre a necessidade de “responsabilidade pela dívida”. O conceito de responsabilidade pela dívida tem aspectos económicos, sociais e políticos. Importa usar medidas mais vastas para a vulnerabilidade económica, ao avaliar a probabilidade de um país vir a desenvolver problemas com a sua dívida – que podem incluir a dependência de matérias-primas e a frequência de catástrofes naturais ou a amplitude da epidemia de VIH/SIDA. Porém, o conceito de responsabilidade pela dívida vai ainda mais longe. É necessária maior transparência no processo de contracção de dívida em si: os governos que emprestam e contraem

empréstimos devem ser objecto de escrutínio político, com participação pública nas decisões económicas importantes. O forte controlo dos credores sobre os processos dos PPAAE suscitou apelos a uma abordagem mais equilibrada ao perdão da dívida. A Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento (UNCTAD) (2006) e os defensores do perdão da dívida pediram reformas na arquitectura financeira internacional, de modo assegurar um procedimento ordeiro de insolvência e moderação independente entre credores e devedores. Importa recordar, relativamente ao aumento da ajuda e redução da dívida, que os recipientes de recursos crescentes devem ser responsabilizados pela demonstração de melhorias na despesa social com a acção sobre os determinantes sociais da saúde e por tendências positivas quantificáveis na igualdade na saúde.

A Comissão recomenda que:

11.5 Os governos nacionais e locais e a sociedade civil estabeleçam um mecanismo governamental para atribuição de orçamento para a acção sobre os determinantes sociais da saúde (ver Recomendação 10.2).

CAIXA 11.11: FINANCIAMENTO DA ACÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A falta de mecanismos financeiros de apoio à AIS tem sido identificada como um obstáculo comum a toda esta área. Contudo, vários modelos realçam ferramentas e mecanismos financeiros promissores e que podem ser aplicados à escala nacional e internacional:

Atribuições financeiras exclusivas para AIS, com critérios claros do seu âmbito. Podem ser combinadas com regulamentação que forneça os instrumentos legais para aplicar a AIS a situações específicas.

AIS como condição de financiamento (ver Capítulo 10: *Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas*).

A partilha de custos ou recursos comuns envolve contribuições financeiras de uma um leque considerável de organizações governamentais e não-governamentais para uma população ou problema específico que se integre nos objectivos das organizações. Isto pode incluir a contribuição de recursos em espécie (por exemplo, recursos humanos, informação, conhecimento, espaço físico e tecnologia) por sectores ou organizações que têm recursos financeiros limitados.

Fonte: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html

Atribuição justa de recursos

Muitos governos reconhecem a necessidade de aumentar a despesa com o sector público segundo um conjunto coerente de políticas e intervenções de actuação sobre a saúde. Para que a saúde possa ser considerada em todos os aspectos da elaboração de políticas, tem de ser orçamentada nos planos e acções de cada ministério e departamento (Caixa 11.1; ver Capítulo 10: *Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas*).

A Comissão recomenda que:

11.6 Os recursos públicos sejam atribuído de forma equitativa e monitorizados entre regiões e grupos sociais, por exemplo, usando um indicador para avaliação da igualdade (ver Recomendações 5.2; 14.3; 16.2).

Para além do financiamento coerente de políticas entre sectores para a redução da pobreza e os determinantes sociais da saúde, existe a necessidade de assegurar que tal financiamento é atribuído com justiça pelas regiões nacionais, de modo a

tratar a desigualdade geográfica. Uma das abordagens possíveis é a implementação de um indicador de igualdade (Caixa 11.12). O desenvolvimento e teste de um indicador padrão para a igualdade – passível de generalização para a abordagem de determinantes sociais da saúde mais abrangentes – para disseminação e uso pelos Estados-membros poderá ser assumido como projecto colaborativo liderado pela OMS e Banco Mundial, trabalhando com intervenientes da sociedade civil como a Aliança Global para a Monitorização da Igualdade (Global Equity Gauge Alliance – GEGA) (ver Capítulo 16: *Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*).

O financiamento público adequado, fornecido de forma equitativa e empregue de forma concertada, é vital para o progresso na igualdade na saúde. A longo prazo, a capacidade para tributação e o compromisso para com a tributação progressiva são essenciais para o financiamento justo nos países. A curto prazo, níveis elevados de ajuda e perdão da dívida com melhor coordenação, aplicados à redução da pobreza através de um enquadramento dos determinantes sociais da saúde são uma questão de vital e de justiça global.

CAIXA 11.12: FINANCIAMENTO DE FORMA JUSTA – – A ABORDAGEM DO INDICADOR DA IGUALDADE

Para assegurar a cobertura geográfica, incluindo as áreas desfavorecidas, e para sustentar a disponibilidade de serviços abrangentes em todos os países, é importante implementar mecanismos que atribuam o financiamento disponível decorrente dos impostos a populações e áreas segundo a sua necessidade – por exemplo, atribuir orçamentos entre áreas geográficas com base em fórmulas que pesam os números da população segundo a necessidade, em vez de usar padrões históricos de despesa. A experiência recolhida até hoje mostra um potencial real desses mecanismos, mesmo em contextos de baixo rendimento, apesar dos desafios de informação e política. Onde exista uma rede grande diversidade de fontes financeiras (incluindo, por exemplo, financiamento internacional e receitas de seguros de saúde de base comunitária), o mecanismo de atribuição de recursos deve ponderar todas as fontes de financiamento para assegurar uma distribuição geral que é equitativa.

A adopção de um indicador de igualdade representa uma abordagem activa para lidar com

as desigualdades na saúde que não só monitoriza desigualdades, mas também incorpora acções concretas para provocar reduções sustentadas nas disparidades injustas na saúde e cuidados de saúde. Neste aspecto, um indicador de igualdade funciona mais como um termóstato que um termómetro, não apenas medindo ou indicando a igualdade e desigualdade, mas também desencadeando acções que reduzem as desigualdades. Um indicador da igualdade procura reduzir as disparidades injustas na saúde através de três grandes dimensões de acção, referidas como pilares e todas essenciais para a elaboração de um indicador da igualdade eficaz: (a) avaliação e monitorização para análise, compreensão, quantificação e documentação das desigualdades; (b) advocacy para promoção de mudanças em políticas, programas e planeamento; (c) capacitação da população para apoio do papel dos cidadãos pobres e marginalizados como participantes activos na mudança, em vez de beneficiários passivos de ajuda ou assistência.

Fonte: HSKN, 2007.

CAPÍTULO 12

Responsabilidade de mercado

“Imaginem um sistema de mercado no qual as regras de comércio são determinadas de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento, em especial das nações mais pobres do mundo. Em vez de perguntar ‘como maximizamos o comércio e acesso ao mercado?’ os negociantes perguntariam ‘como podemos ajudar os países a ultrapassar a pobreza?’”

Dani Rodrik (2001)

A RELAÇÃO ENTRE O MERCADO E A IGUALDADE NA SAÚDE

Os mercados podem proporcionar benefícios para a saúde sob a forma de novas tecnologias, bens e serviços e melhores níveis de vida. Contudo, o mercado também pode gerar condições negativas para a saúde. A comercialização de bens sociais vitais, como a educação e cuidados de saúde, e a crescente disponibilidade e acesso a bens prejudiciais à saúde, podem criar – e criam de facto – desigualdades na saúde. Um objectivo chave da política económica deve ser a promoção de um ambiente que gera modos de vida que promovam a igualdade da saúde para todos. Isso implica um conjunto de compromissos para distribuição equitativa de recursos; regulamentação nacional e multinacional eficaz desses produtos, actividades e condições que prejudicam a saúde ou conduzem a desigualdades na saúde; e direitos sociais que são defendidos. Os mercados são importantes, mas é necessária uma liderança administrativa renovada que equilibre os interesses dos sectores público e privado, assim como um sistema económico global que apoie essa liderança.

Integração no mercado global

A integração da maioria dos estados mundiais no mercado global e o alargamento das relações de mercado a cada vez mais áreas na vida social, dentro desses países, são aspectos chave da globalização nas últimas três décadas. Este processo foi facilitado por medidas como a liberalização de sistemas de mercado e desregulamentação em mercados domésticos seleccionados. As consequências, tanto em países ricos como em pobres, incluíram o aparecimento de mercados de trabalho genuinamente globais (mas não a mobilidade laboral), privatização extensa e um proporcional recuo da intervenção do Estado. Estes processos intensificaram a comercialização de determinantes sociais vitais da saúde, incluindo água, cuidados de saúde e electricidade. Também aumentaram a disponibilidade de produtos prejudiciais à saúde, tais como comidas processadas ricas em gorduras, açúcares e sal, e tabaco e álcool. O papel do sector público na regulamentação do mercado para alcançar objectivos colectivos, tais como igualdade na saúde foi, em muitos casos, drasticamente diminuído.

As provas sugerem que os mercados aumentados e aprofundados da globalização são intrinsecamente tendencialmente desiguais (Birdsall, 2006). Recompensam mais eficazmente países que já possuem bens produtivos, financeiros,

físicos, institucionais, solo e capital humano – em detrimento dos países de rendimento baixo e médio, que não dispõem daqueles. A globalização também favorece os países que já são ricos e grupos dentro dos países, porque têm maiores recursos e poder de influência e criação de regras. Assim, os mercados e seus efeitos requerem moderação a favor daqueles que colocam em desvantagem relativa, não apenas no que toca a uma liderança do sector público mais forte dentro dos países, mas em termos de melhorias significativas na governação global, por exemplo, dos mercados financeiros globais (ver Capítulo 15: *Administração global competente*). A crise bancária de 2008, com origem no crédito subprime atesta a desproporção dos riscos suportados por alguns grupos sociais, sobretudo os pobres, e a necessidade de regulamentação mais forte.

Até os intitulados “vencedores” da globalização, como a China, alcançaram muito do seu crescimento sem aderir a nada que se assemelhe a políticas de mercado livre. A maior parte da redução na pobreza e das melhorias na saúde da população na China ocorreram antes da integração no mercado global. Entre 1952 e 1982, a mortalidade infantil desceu de 200 para 34 por 1000 nascituros vivos e a EVN aumentou de 35 para 68 anos (Blumenthal e Hsiao, 2005). De facto, desde que a China desregulamentou os seus mercados domésticos e acelerou o seu desenvolvimento industrial orientado para a exportação, tanto a iniquidade como a desigualdade no acesso à saúde aumentaram dramaticamente (Akin et al., 2004; Akin et al., 2005; French, 2006; Dummer & Cook, 2007; Meng, 2007). Existem hoje grandes diferenças ao nível da saúde entre as regiões costeiras e as províncias interiores da China. De forma mais ampla, o período de integração no mercado viu a desigualdade de rendimento, dentro e entre países, aumentar drasticamente.

Comércio e investimento –

– negociações globais desiguais

As desigualdades estruturais na arquitectura institucional global mantêm a injustiça nos processos e resultados relacionados com o comércio. Os acordos de comércio e investimento são frequentemente caracterizados (a) por participação assimétrica entre países signatários, sobretudo países de rendimento baixo com capacidade negocial comercial relativamente fraca, e (b) por desigualdades no poder de negociação, que têm origem em diferenças em tamanho da população e riqueza nacional. Tais acordos são, muitas vezes, firmados sem uma avaliação adequada da extensão de riscos sociais – incluindo o risco de aumentar as iniquidades e a desigualdade na saúde – que trazem com eles. Isto deve-se, parcialmente, ao facto dos departamentos e ministérios do governo e as organizações da sociedade civil com mandatos e capacidades relevantes para a saúde raramente participarem em negociações comerciais. Instituições e processos globais, tais como a Comissão do Codex Alimentarius (Caixa 12.1), mostram como as perspectivas da saúde e igualdade na saúde não são suficientemente representadas em áreas críticas das negociações económicas internacionais.

Os acordos de investimento bilaterais constituem outro exemplo de entendimentos internacionais relacionados com

o comércio que subestimam ou activamente excluem as questões da saúde. Para além do facto dos acordos bilaterais e regionais poderem sabotar ou afectar de forma adversa sobre as condições de saúde dos acordos multilaterais (ver ADPIC, abaixo), as provas sugerem que as estruturas como os acordos de investimento bilaterais estão desproporcionadamente preocupadas em facilitar o investimento directo estrangeiro e prestam, comparativamente, pouca atenção à saúde.

Influência empresarial multinacional

As empresas multinacionais que organizam a produção que ultrapassa múltiplas fronteiras nacionais, prosperaram à medida que a liberalização do comércio se alargou e aprofundou. Os lucros da Wal-Mart, BP, Exxon Mobil e grupo Royal Dutch/Shell são mais elevados que o PIB de países como a Indonésia, Noruega, Arábia Saudita e África do Sul (EMCONET, 2007). A combinação de acordos comerciais vinculativos, que abrem mercados domésticos à competição global e aumentam o poder empresarial e mobilidade do capital, diminuíram claramente as capacidades dos países, isoladamente, para assegurar que a actividade económica contribui para a igualdade na saúde ou, pelo menos, que não a prejudica. Isto não equivale a sugerir que as entidades do sector privado (pessoas singulares ou colectivas) são por natureza más. Pelo contrário, é afirmar que muitos se tornaram tremendamente poderosos na influência política e económica e que o seu poder deve ser responsabilizado perante o bem público ao mesmo que se dedica a fins económicos privados.

Protecção da serviço público e regulamentação do fornecimento privado

A liderança do sector público, no que toca ao sector privado, deve ser reforçada em dois aspectos: protecção do acesso equitativo a bens e serviços críticos para o bem-estar e saúde (tais como a água) e controlo da disponibilidade de bens e serviços que são prejudiciais. A questão sobre que bens e serviços exigem estatuto protegido ou controlo legislativo, varia de um contexto nacional para outro, mas podem ser dados alguns exemplos:

Água

Estima-se que 1,2 mil milhões de pessoas em todo o Mundo, quase todos em países de rendimento baixo e médio, não têm acesso a um abastecimento aceitável de água (UNESCO, 2006a). Assegurar o acesso das pessoas a água e condições sanitárias é essencial para a vida e, claramente, uma responsabilidade do Estado. A globalização apresentou com uma nova visão no que toca ao abastecimento de água e serviços sanitários, especialmente, quando a capacidade do governo é fraca. Posto isto, o papel do sector público – e não menos, o registo histórico de uma gestão equitativa de fornecimento de água – continua a ser uma questão central. Os exemplos dados (Caixa 12.2) mostram os potenciais efeitos adversos da privatização da água. Existe uma base de provas muito maior (Loftus & McDonald, 2001; Jaglin, 2002; Budds & McGranahan, 2003; McDonald & Smith, 2004; Galiani et al., 2005; Mehta & Madsen, 2005; Debbane, 2007; Aiyer, 2007) que sugere que a privatização da água deve ser desencorajada

CAIXA 12.1: REPRESENTAÇÃO NA COMISSÃO DO CODEX ALIMENTARIUS

A Comissão do Codex Alimentarius é um importante órgão que foi conjuntamente fundado pela FAO e OMS para “desenvolver padrões de produtos alimentares, regras de orientação e textos relacionados, tais como códigos de conduta, de acordo com o Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentares. Os principais objectivos deste programa consistem em proteger a saúde dos consumidores, assegurar práticas de comércio justo no sector alimentar e promover a coordenação de todo o trabalho de padrões alimentares, conduzido por organizações governamentais e não-governamentais internacionais”. O Codex assumiu

uma relevância muito maior desde a criação da Organização Mundial do Comércio (OMC). Os seus padrões são usados pela OMC como regras em caso de litígios comerciais., sendo importante que a FAO e a OMS assegurem a imparcialidade desde órgão. Os entendimentos actuais sugerem que participação parcial e representação desigual resultam num desequilíbrio entre os objectivos do comércio e a protecção dos consumidores. Uma análise realizada em 1993 encontrou 26 representantes de grupos de interesse público, comparados com 662 da indústria.

Fonte: Friel et al., 2007.

CAIXA 12.2: PRIVATIZAÇÃO DO ABASTECIMENTO DE ÁGUA NA ARGENTINA E BOLÍVIA

Desde 1993, a empresa francesa Suez-Lyonnaise tem sido o sócio maioritário na empresa privatizada que fornece água aos 10 milhões de habitantes de Buenos Aires, uma das maiores concessões de água do mundo. Os preços aumentaram mais de 20% após a privatização. As famílias mais pobres – se sequer estavam ligadas ao sistema – já não podiam suportar os custos da sua conta de água.

Em Setembro de 1999, o consórcio da água internacional Aguas del Turani obteve uma concessão de 40 anos para a água e sistema sanitário de Cochabamba, a terceira maior cidade da Bolívia. As tarifas da água aumentaram até 200% para cobrir os custos de um sistema de engenharia maciço.

Fonte: Loftus & McDonald, 2001; http://www.foe.co.uk/resource/briefings/gats_stealing_water.pdf

Cuidados de saúde

A reforma do sector da saúde centrou-se num conceito limitativo de eficiência técnica e económica, privilegiando intervenção médica com boa relação custo-eficácia e comercialização crescente – apesar de provas significativas de ineficiência nos custos. A documentação disponível indica que a comercialização de serviços de saúde, incluindo seguros de saúde, cria desigualdades no acesso (Barrientos & Lloyd-Sherlock, 2000; Bennett & Gilson, 2001; Cruz-Saco, 2002; Barrientos & Peter Lloyd-Sherlock, 2003; Hutton, 2004) e resultados na saúde (Koisavalo & Mackintosh, 2005), seja a comercialização conduzida por entidades domésticas ou estrangeiras. Quase todos os sistemas de saúde são “mistos”, envolvendo tanto iniciativas privadas como públicas. A Comissão reconhece este panorama. Assim, uma questão fundamental prende-se com quanto e quão eficientemente o governo consegue supervisionar o funcionamento do seu sistema misto, planear uma prestação de serviços justa e regular a participação do sector privado. Nos países de rendimento médio, níveis mais altos de comercialização estão associados a cuidados de saúde e resultados de saúde piores e mais desiguais (HSKN, 2007). Em zonas de rendimento

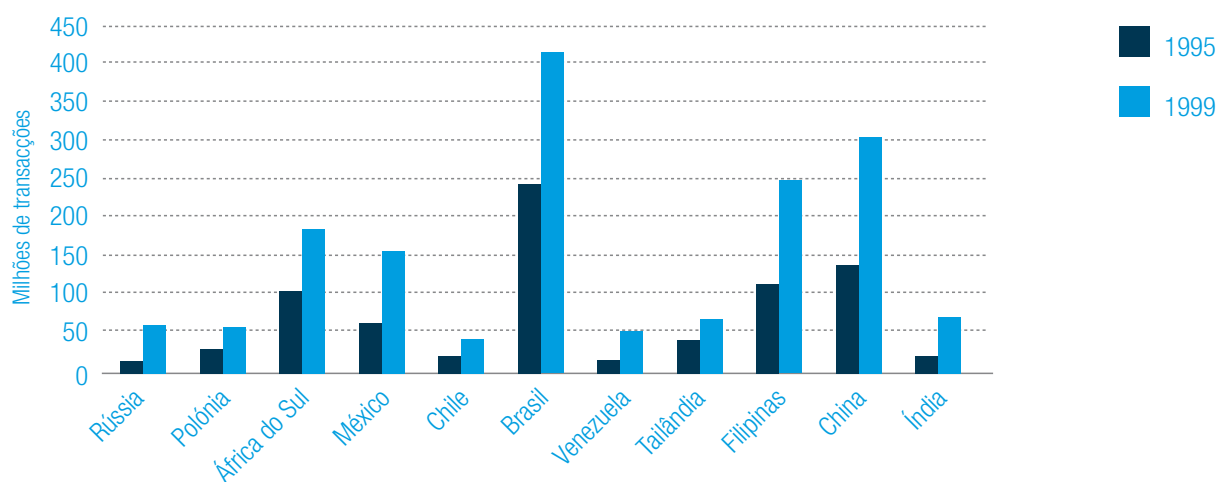
baixo, a comercialização de serviços pagos não legislada é particularmente prejudicial para os resultados na saúde. No que concerne à igualdade na saúde, os cuidados de saúde de financiamento público, independentemente da capacidade de pagamento, são a opção política preferida (Ver Capítulos 9 e 11: *Cuidados de saúde universais; Financiamento justo*).

Trabalho

O trabalho – tanto a sua disponibilidade como as condições em que é realizado – é crítico para o funcionamento social e a saúde equitativa das pessoas. A integração e liberalização do mercado global tiveram um impacto pesado no trabalho e nas condições laborais. O surgimento de uma “nova divisão internacional de trabalho” é exemplificado pela realocização de produção de trabalho intensivo (por exemplo, nas indústrias têxtil e de vestuário) em locais de países em vias de desenvolvimento, escolhidos pelos salários baixos e protecção mínima dos trabalhadores, sobretudo localizados em zonas económicas especiais (Fröbel et al., 1980). Mesmo nas economias mais ricas, existem segmentos da força produtiva com poucas condições laborais. As estruturas legislativas e reguladoras formais, que promovem a saúde no trabalho

Figura 12.1: Consumo de refeições pronto a comer (1995 e 1999) em países seleccionados.

Número de transacções em cadeias de lojas de refeições de hambúrgueres e galinha em países seleccionados, 1995 e 1999



Reimpresso, com a permissão da editora, de Hawkes (2002).

Fonte: Dados Euromonitor in Hawkes (2002).

CAIXA 12.3: OS CUSTOS DO CONSUMO DE TABACO

Um estudo, baseado dados de 1998 provenientes da China, concluiu que os custos médicos das mortes prematuras devidas ao consumo de tabaco perfizeram \$US 2,76 biliões, ou 6% de todos os custos médicos na China.

Na Índia, em 2000, o Conselho Indiano de Pesquisa Médica (Indian Council of Medical Research) estimou os custos das três doenças mais significativas

relacionadas com o tabaco (cancro, cardiopatia e doença pulmonar obstrutiva crónica) em 270 biliões de rupias (\$US 5,8 milhões), mais do que a contribuição directa da indústria do tabaco para o governo indiano, no valor de 70 biliões de rupias (\$US 1,5 biliões).

Fonte: PPHCKN, 2007c.

e protegem os trabalhadores, são frequentemente pouco desenvolvidas ou aplicadas, tanto a nível nacional como internacional. Os padrões de trabalho não são actualmente uma componente dos acordos comerciais globais e, apesar de incluídos em alguns acordos bilaterais ou regionais, são frequentemente ambíguos ou carecem de cláusulas sancionatórias (ver Capítulo 7: *Emprego justo e trabalho digno*).

Alimentação, tabaco e álcool

As reformas comerciais e a crescente influência do investimento directo estrangeiro podem afectar a dieta as alterações na nutrição, removendo barreiras à entrada de empresas alimentares e supermercados multinacionais em expansão para novos mercados. A liberalização do comércio – abrindo muitos mais países ao mercado internacional – combinada com subsídios alimentares continuados, aumentou a disponibilidade, acessibilidade financeira e atractividade de produtos alimentares menos saudáveis e, por conseguinte, empresas alimentares multinacionais inundaram o mercado global com alimentos de produção barata, ricos em energia e pobres em nutrientes (Figura 12.1) (ver Capítulo 6: *Locais saudáveis – pessoas saudáveis*).

A crescente integração do mercado global também provocou um aumento da produção e consumo de bens que prejudicam a saúde, como o tabaco e o álcool. Actualmente, mais de 1,3 biliões de pessoas em todo o Mundo fumam cigarros – mais

de 1 bilião de homens e cerca de 250 milhões de mulheres – um em cada cinco cidadãos a nível global e um em cada três cidadãos acima dos 15 anos. Espera-se um crescimento desse número para mais de 1,7 biliões até 2025, se a taxa de prevalência global do uso de tabaco continuar inalterada (PPHCKN, 2007c). A Caixa 12.3 delinea os custos do fumo.

Anualmente, verificam-se quase 2 milhões de mortes relacionadas com o consumo de álcool, número de magnitude equivalente ao das mortes por HIV/SIDA, com 2,9 milhões de casos. Os níveis absolutos de doença e incapacidade relacionados com álcool são tão altos nos países mais pobres de África e da América como na Europa Ocidental e América do Norte. As doenças relacionadas com álcool têm mais incidência na ex-União Soviética e Ásia Central, perfazendo 13% do número total de casos. Só na Federação Russa, é ainda mais elevada (PPHCKN, 2007b). Uma sociedade sem políticas eficazes relativas ao álcool terá, provavelmente, de enfrentar um aumento abrupto de problemas que lhe estão relacionados durante o desenvolvimento económico. A transição na ex-União Soviética é um exemplo claro. Na Federação Russa, a “terapia de choque” e liberalização económica em 1992 incluíram uma total desregulamentação do comércio de bebidas alcoólicas. O aumento subsequente da mortalidade na Federação Russa foi ligado a um aumento do consumo descontrolado de álcool (Leon et al., 1997; PPHCKN, 2007b).

CAIXA 12.4: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: FERRAMENTA DE DIAGNÓSTICO E MANUAL DE APOIO PARA O COMÉRCIO E SAÚDE – UMA PRIORIDADE PARA 2008/2009

A OMS está a trabalhar com a OMC, Banco Mundial, Organização Mundial da Propriedade Intelectual, UNCTAD, peritos internacionais e agentes elaboradores de políticas de saúde provenientes de 10 países no desenvolvimento de uma ferramenta de diagnóstico e manual de apoio para o comércio e saúde. Esta nova fase de trabalho adopta uma perspectiva mais sistemática e abrangente das ligações entre comércio e saúde. A ferramenta de diagnóstico examina cinco componentes dessa relação: 1) macroeconomia, comércio e saúde; 2) comércio de produtos relacionados com a saúde, incluindo medicamentos e questões relacionadas com propriedade intelectual; 3) comércio de produtos prejudiciais à saúde, como sejam os produtos derivados do tabaco; 4) comércio de serviços de saúde – comércio digital remoto, turismo de saúde, investimento directo estrangeiro na saúde, fluxos transfronteiriços de profissionais da saúde; e 5)

comércio de produtos alimentares. A ferramenta de diagnóstico e seu manual de apoio, que documentam as melhores práticas, fontes de dados, esquemas de decisão e normas e regras internacionais, estarão prontos para implementação em 2009. A implementação da ferramenta de diagnóstico permitirá aos decisores o desenvolvimento de políticas e estratégias nacionais relacionadas com comércio e saúde e identificar as suas necessidades de criação de capacidades nesta área. Em anos recentes, verificou-se um aumento substancial na quantidade de recursos externos fornecidos aos países em vias de desenvolvimento para criação de capacidade no comércio. A iniciativa Aid for Trade (Ajuda para o Comércio) é uma oportunidade de apoiar os países a desenvolver capacidades no comércio e saúde..

Fonte: OMS, <http://www.who.int/trade/resource/tradewp/en/index.html> e comunicação pessoal.

RESPONSABILIDADE DO MERCADO : ÁREA DE ACÇÃO 12.1

Institucionalizar a ponderação da saúde e do impacto na igualdade na saúde na elaboração de políticas e acordos económicos internacionais.

ACÇÕES PARA A RESPONSABILIDADE DO MERCADO

A Comissão recomenda que:

12.1 A OMS, em colaboração com outras agências multilaterais relevantes, apoiando os Estados-membros, institucionalize a avaliação do impacto na igualdade na saúde, à escala global e nacional, dos principais acordos económicos globais, regionais e bilaterais (ver Recomendações 10.3; 16.7).

Uma recomendação chave da Comissão consiste no uso de cautela pelos países participantes nos compromissos económicos bilaterais (comércio e investimento). Antes de tomar tais compromissos, é vital compreender o seu impacto na saúde e igualdade na saúde. A OMS deve reafirmar a sua liderança na saúde global, iniciando uma revisão dos acordos de comércio e investimento – trabalhando em colaboração com outras agências multilaterais – com vista à institucionalização e avaliação do impacto na igualdade na saúde como parte

comum a todos os futuros acordos. Do mesmo modo, a OMS pode reforçar a capacidade dos Estados-membros, seus ministérios da saúde e organizações da sociedade civil, para preparar posições para negociações comerciais bilaterais e multilaterais.

Para este fim, a OMS precisará de aumentar a sua capacidade actual para o desenvolvimento de pesquisa e políticas, incluindo economia, direito e ciências sociais. Tem de ser dada especial atenção à abordagem a negociações comerciais sobre legislação doméstica, subsídios e intervenção governamental – e assim como as que afectam globalmente a produção organizada e os mercados financeiros – e comércio de bens e serviços com efeitos directos na saúde. Esta tarefa pode exigir a colaboração de outras agências da ONU, como a Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO), Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas (UNDESA) para criar uma base

CAIXA 12.5: AVALIAÇÃO DE IMPACTO NA SAÚDE NA TAILÂNDIA

Entre os países de rendimento baixo e médio, apenas a Indonésia, Sri Lanka e Tailândia têm procedimentos ou estruturas de avaliação de impacto na saúde (AIS). A Tailândia foi o único país bem sucedido na introdução explícita da AIS como parte das suas recentes reformas do sector da saúde, sendo agora exigida como parte da nova Lei Nacional de Saúde, de 2002. AISs nacionais e regionais realizadas centraram-se em projectos de infra-estrutura ou desenvolvimento, procurando equilibrar a saúde das comunidades locais com outros objectivos políticos.

Por exemplo, a AIS da barragem hidroeléctrica de Pak Mon mostrou que as aldeias locais tinham sofrido com a redução de recursos piscícolas, o que teve um impacto negativo no rendimento local e estatuto socioeconómico. A AIS permitiu que as necessidades

das aldeias locais fossem contabilizadas e que se despoletassem medidas mitigantes para melhorar a vida rural, alterando a frequência de abertura da barragem como auxílio à recuperação da indústria pesqueira. A Tailândia também desenvolveu uma AIS ao nível de políticas nacional, nomeadamente analisando os efeitos da agricultura sustentável ao nível da saúde e economia. O exemplo Tailandês mostra que é possível, num curto período, implementar um sistema forte e eficaz de AIS sobre políticas, se houver compromisso do governo, um enquadramento político adequado e recursos suficientes.

Fonte: Lock, 2006.

CAIXA 12.6: ESLOVÉNIA – AVALIAÇÃO DE IMPACTO NA SAÚDE DAS POLÍTICAS AGRÍCOLAS, ALIMENTARES E DE NUTRIÇÃO

Em Dezembro de 2001, o Ministério da Saúde da Eslovénia e a Região Europeia da OMS propuseram a implementação de uma AIS das políticas agrícolas, alimentares e de nutrição, estimulada pela candidatura da Eslovénia para adesão à UE e a influência que a legislação da Política Agrícola Comum teria nas políticas agrícolas nacionais. Os resultados da AIS foram apresentados à Comité Intergovernamental para a Saúde. As recomendações abrangiam problemas agrícolas, incluindo os sectores da fruta

e vegetais, cereais e lacticínios, e o financiamento do desenvolvimento rural. Um resultado imprevisto da AIS foi a colaboração dos sectores da saúde e da agricultura, que começaram a apoiar-se mutuamente nos tipos de políticas que queriam ver implementados na Eslovénia após a adesão à UE. As negociações da UE tiveram muito sucesso e a Eslovénia recebeu mais fundos que outros países membros recentemente integrados.

Fonte: MEKN, 2007a.

de documentação mais extensa, abrangendo vários sectores, que permita a compreensão de problemas relacionados com a administração económica global, globalização e determinantes sociais da saúde. A OMS já se relaciona com outras instituições globais e fez do apoio a Estados-membros na sua capacidade de negociação comercial uma prioridade (Caixa 12.4). Contudo, esse apoio necessita de ser mais eficazmente concentrado na questão da *igualdade* na saúde..

Avaliação do impacto sobre a igualdade na saúde nos acordos económicos

Uma vez que as implicações na igualdade na saúde inerentes aos acordos internacionais e seu impacto nas políticas e programas nacionais nem sempre são evidentes, a avaliação desses impactos na igualdade na saúde é essencial para políticas e programas transversais aos vários sectores governamentais.

CAIXA 12.7: ACORDO GERAL SOBRE COMÉRCIO DE SERVIÇOS (AGCS)

Em princípio, o AGCS aplica-se apenas a sectores que os governos voluntariamente disponibilizam no mercado. Contudo, o artigo 6.4 parece implicar que toda a legislação do sector de serviços pode ser contestada integralmente. Isto contradiz as garantias dadas pela OMC e os governos, apoiando o entendimento de que as regras do AGCS apenas se aplicam aos sectores por estes disponibilizados. Para

mais, o acordo contém um artigo rígido que impede a alteração de compromissos pelos países (parte das regras do AGCS), após a sua formalização.

Fontes: http://foe.co.uk/resource/briefings/gats_stealing_water.pdf; Woodward, 2005; Adlung, 2005; Mehta & Madsen, 2005.

CAIXA 12.8: ACORDO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO SOBRE OS ASPECTOS DOS DIREITOS DE PROPRIEDADE INTELECTUAL RELACIONADOS COM O COMÉRCIO (ADPIC)

A GKN emitiu várias recomendações sobre acordos de direitos de propriedade intelectual relacionada com o comércio (Direitos de Propriedade Intelectual – DPI) e ADPIC.

Evitar concessões adicionais em acordos bilaterais ou de comércio livre, que aumentem o nível de protecção dos DPI para empresas farmacêuticas e, se tais concessões já tiverem sido feitas, conceber medidas compensatórias para apoiar o acesso a medicamentos.

Maximizar o uso da flexibilidade permitida pelo ADPIC e explorar o uso de licenças obrigatórias de medicamentos essenciais patenteados.

A OMS deve avaliar outros mecanismos que não as patentes, como concursos, financiamento de investigação de interesse público e acordos de compra antecipados, para encorajar o desenvolvimento de medicamentos para doenças que afectam desproporcionalmente os países em desenvolvimento e assistir os países membros na implementação desses mecanismos.

Estes aspectos são apoiados por recomendações da Comissão dos Direitos de Propriedade Intelectual.

Fontes: GKN, 2007; Comissão para os Direitos de Propriedade Intelectual, 2002.

CAIXA 12.9: INCLUSÃO DA SAÚDE E IGUALDADE NA SAÚDE NOS ACORDOS

“A OMC tem em funcionamento um mecanismo de salvaguarda, concebido para proteger os países de um aumento repentino das suas importações. O Acordo sobre Medidas de Salvaguarda permite (temporariamente) um aumento de restrições de comércio perante uma situação com um conjunto limitado de condições, principalmente uma ameaça comprovada a uma indústria doméstica. Uma interpretação mais ampla das salvaguardas reconhece que os países possam legitimamente restringir o comércio ou suspender obrigações existentes da OMC – exercendo o direito de opção pela exclusão

– por razões para além da ameaça competitiva às suas indústrias. As prioridades de desenvolvimento encontram-se por entre essas razões, tal como preocupações de distribuição ou conflitos com normas domésticas ou compromissos sociais. O novo acordo pode ser feito como um “Acordo sobre Salvaguardas Sociais e de Desenvolvimento”, o que permite a aplicação do “direito de exclusão” num conjunto mais amplo de circunstâncias.”

Reimpresso, com permissão do autor, de Rodrik (2001).

É essencial que a avaliação da igualdade na saúde também seja aplicada a políticas ou programas de grande dimensão fora do sector da saúde (MEKN, 2007a) (ver Capítulo 16: *Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*). Exemplos da Eslovénia e Tailândia, apesar de centrados na saúde em geral e não na igualdade na saúde, demonstram a aplicabilidade e potencial de tais processos de avaliação (Caixas 12.5 and 12.6).

A institucionalização da avaliação de impacto na igualdade na saúde está ainda, claramente, na sua infância – e apresenta verdadeiros problemas no que respeita às capacidades técnicas e institucionais necessárias em muitos países, sobretudo os de rendimento baixo e médio. Contudo, o exemplo da avaliação de impacto ambiental justifica o optimismo. Apesar das sérias e reconhecidas falhas na metodologia, conduta e aplicação da avaliação do impacto ambiental, esta tornou-se – no período de uma geração – um critério amplamente aceite nos processos de elaboração de políticas.

Flexibilidade nos acordos

O compromisso para com acordos comerciais não deve impedir os países subscritores, após assinatura, de agir para mitigar os impactos adversos imprevisíveis na saúde e igualdade na saúde.

Existe uma necessidade clara de maior flexibilidade na forma de modificação de acordos internacionais ao longo do tempo. O Acordo Geral sobre Comércio de Serviços (AGCS) fornece excepções em casos de perigo de natureza ambiental e de saúde, embora esta prestação seja escassa e aparente exigir demonstração de prejuízo concreto, limitando a capacidade nacional de tomar medidas de preventivas (Caixa 12.7). Apesar

da flexibilidade possível estar formalmente incluída no Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (ADPIC), os governos – sobretudo em países de rendimento baixo e médio com capacidade técnica e institucional limitada – têm, em muitos casos, retirado apenas benefícios limitados dessas possibilidades e, noutros casos, foram encorajados a não recorrer a elas (Caixa 12.8).

A um nível mais geral, os acordos comerciais internacionais relacionados com o mercado podem incluir salvaguardas mais claras, segundo as quais os países com necessidades e estratégias de desenvolvimento diferentes podem optar não ficar vinculados ao acordo (por períodos limitados e segundo condições transparentes), quando as condições domésticas – incluindo provas de impacto adverso na saúde e igualdade na saúde – sugiram essa que tal suceda (Caixa 12.9).

A Comissão recomenda que:

12.2 Os organismos governamentais responsáveis pela elaboração de políticas, com apoio da OMS, assegurem e reforcem a representação da saúde pública nas negociações políticas económicas nacionais e internacionais (ver Recomendação 10.2).

A saúde está implicada em todos os acordos comerciais da OMC. Mas, no campo dos processos de negociação comercial, a voz da saúde pública, muitas vezes, está ausente ou muda. Apoiados pela OMS, os Estados-membros podem reforçar a sua capacidade para representar os interesses da saúde na consideração do comércio (Caixa 12.10).

CAIXA 12.10: PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE NAS NEGOCIAÇÕES COMERCIAIS – GOVERNO, SOCIEDADE CIVIL E REGIÕES

Na Malásia, o Ministério da Saúde empenhou-se na decisão de importar medicamentos antiretrovirais genéricos, ao abrigo do ‘uso governamental’ previsto no ADPIC, mesmo perante a forte oposição do próprio governo. No Sri Lanka, em 2003, activistas e apoiantes desafiaram uma lei relacionada com o ADPIC no Supremo Tribunal, que iria aumentar consideravelmente a desigualdade, negando às pessoas o acesso equitativo a serviços de saúde iguais. Em negociações nacionais do AGCS, o Ministro da Saúde do Paquistão fez uma proposta sobre serviços profissionais no sector da saúde que excluía os serviços de saúde fornecidos por instituições públicas. O objectivo desta exclusão era assegurar uma futura regulamentação flexível, para melhorar o acesso aos serviços de saúde, através de

subsídios, obrigações de serviço universal ou outras medidas.

O Secretariado do Mercado Comum da África Oriental e Austral está a coordenar avaliações gerais do estado do comércio em serviços (incluindo serviços de saúde) nesta região, em preparação para acordos de parceria económica com a UE e negociações de AGCS. Os países de rendimento baixo podem não ter os recursos para criar uma unidade ou comité exclusivo para lidar com comércio e saúde, sendo que a colaboração regional pode ser a melhor forma de assegurar a coerência interna.

Alterado, com permissão do editor, de Blouin (2007).

RESPONSABILIDADE DE MERCADO · ÁREA DE ACÇÃO 12.2

Reforçar o papel primário do Estado da prestação de serviços básicos essenciais à saúde (tais como água e condições sanitárias) e a regulamentação de bens e serviços com grande impacto sobre a saúde (como o tabaco, álcool e alimentos).

A Comissão recomenda que:

12.3 Os governos nacionais, em colaboração com agências multilaterais relevantes, fortaleçam a liderança do sector público na prestação de bens e serviços essenciais relacionados com a saúde e o controlo de bens ou serviços que prejudicam a saúde (ver Recomendações 6.3; 7.3).

As áreas abaixo mencionadas são exemplos ilustrativos e não uma lista exaustiva.

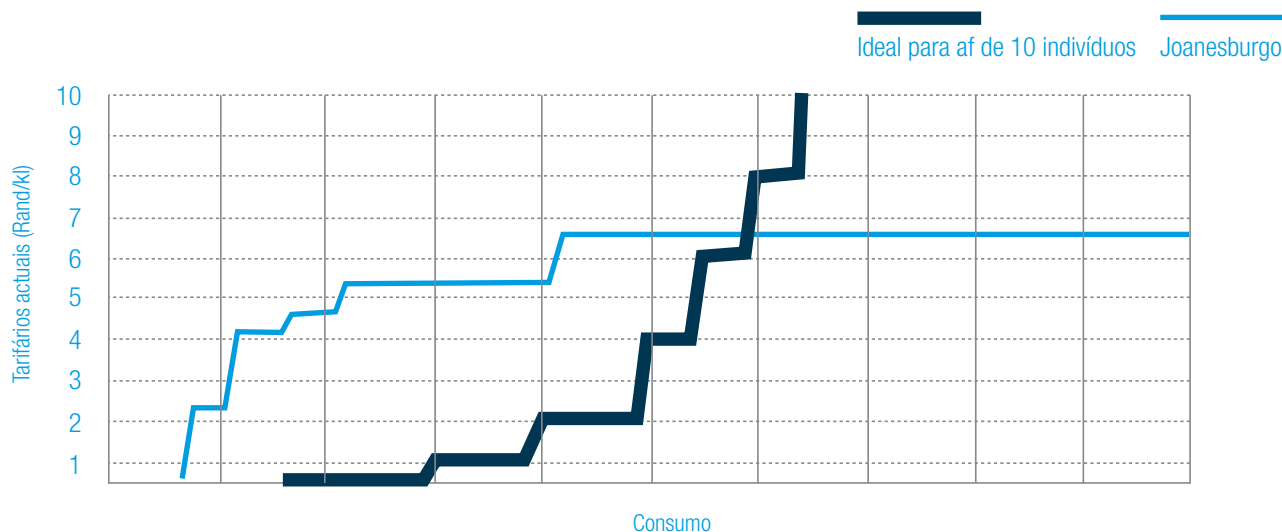
Água

É vital assegurar – através de regulamentação (à escala nacional) e assistência ao desenvolvimento (à escala internacional) – que a equidade no acesso é a questão central das políticas sobre o acesso a água potável. Deve ser reconhecido que a abordagem de um “preço de custo” a alargar serviços vitais aos pobres é indiferente para as preocupações de equidade. Como a recuperação do custo é exigida nesses serviços, são necessários subsídios sistemáticos para assegurar que todos os lares têm um acesso adequado para suprir todas as suas necessidades básicas, independentemente da sua capacidade financeira (Caixa 12.11, Figura 12.2).

Cuidados de Saúde

Um objectivo primário de toda a política de sistemas de saúde deve ser o acesso universal a cuidados competentes e de boa qualidade, independentemente da capacidade financeira do utilizador (ver Capítulo 9: *Cuidados de saúde universais*). Teoricamente, a regulamentação do mercado pode dar forma às funções e comportamento do sector privado no sistema de saúde; na prática, não existem provas de que isto possa ser concretizado de forma a aumentar a igualdade na saúde. Até que os governos demonstrem a sua capacidade para regular eficazmente o investimento privado e a prestação de serviços de saúde, de forma a aumentar a igualdade na saúde, devem evitar fazer compromissos sobre esses serviços em acordos comerciais vinculativos que afectem as suas capacidades de exercer controlo legislativo de âmbito nacional. Não é claro que algum governo, em algum ponto de mundo, tenha conseguido fazê-lo (HSKN, 2007, GKN, 2007). O exemplo dos seguros de saúde é instrutivo: é evidente que podem apoiar o financiamento dos cuidados de saúde, mas não devem, ao fazê-lo, sabotar a prejudicar na saúde (Caixa 12.12).

Figura 12.2: Água em Joanesburgo - curva de tarifas convexa e curva ideal côncava.



af = agregados familiares

Reimpresso, com a permissão do autor, da GKN (2007).

CAIXA 12.11: CONCEPÇÃO DE TARIFAS DE ÁGUA PELA IGUALDADE

Um desafio central na gestão de mercado do acesso à água e serviços sanitários é a criação de uma tarifa subsidiada. O ângulo e forma da curva da tarifa determinam se o impacto geral é progressivo. Os subsídios que cobrem uma pequena quantidade básica não asseguram o acesso equitativo, se o preço sobe

rapidamente, mal esta quantidade for consumida. Este foi o efeito indesejado da Abastecimento Básico de Água Gratuito (Free Basic Water) em Joanesburgo e Durban, na África do Sul, onde o uso adequado mínimo é incomportável em muitos lares.

Fonte: GKN, 2007.

CAIXA 12.12: REGULAÇÃO DOS SEGUROS DE SAÚDE EM PROL DA IGUALDADE

Os seguros de saúde não só protegem as pessoas de despesas incomportáveis, como também permitem dividir os riscos financeiros entre os participantes. Contudo, é improvável que a expansão de seguros estrangeiros privados tenha um impacto positivo a larga escala sobre a melhoria de acesso aos serviços. Dados os custos e provas claras da disfuncionalidade dos seguros de saúde privados, esta não é uma opção viável a nível nacional para países de rendimento baixo ou médio. As provas recolhidas na América Latina mostram que seguradoras privadas,

estrangeiras ou nacionais, tendem a servir os grupos de maior rendimento e menor risco, que podem pagar contribuições financeiras relativamente altas para ter cobertura. No Chile, por exemplo, os idosos e mulheres em idade fértil têm prémios muito mais altos. Uma forma de tratar esta discriminação consiste em aprovar regulamentação que limite tal comportamento por parte das seguradoras. Como nota de rodapé, resta lembrar que existem poucas provas de países a tomar esta iniciativa.

Fonte: HSKN, 2007.

CAIXA 12.13: TRANSFORMAÇÃO DA EXPLORAÇÃO LABORAL NA INDÚSTRIA DO VESTUÁRIO NO BANGLADESH

Ao abrigo do Acordo Multifibras (Multi-fibre Arrangement –1974-2004, revogado pelo acordo da ronda do Uruguai da OMC), o Bangladesh teve um crescimento maciço na sua indústria do vestuário. O vestuário pronto-a-vestir é agora a principal exportação do país – atingindo cerca de três quartos das receitas de exportação anuais, a esmagadora maioria de todas as exportações – e a indústria emprega cerca de 2,5 milhões de trabalhadores. Os empregadores da indústria do vestuário procuraram trabalhadores do sexo feminino, porque constituíam mão-de-obra barata, eram vistas como sendo afáveis e tinham baixa mobilidade ocupacional. Anteriormente, tinha sido dada pouca atenção aos direitos das mulheres, com poucas oportunidades para exercerem funções de liderança. As mulheres tinham poucas oportunidades de acesso ao mercado de trabalho formal e verificava-se um investimento altamente discriminatório na educação e saúde das meninas por comparação com a dos rapazes. A indústria do vestuário começou a mudar a posição das mulheres. Aproximadamente 80% dos trabalhadores na indústria do vestuário são mulheres e a percentagem de emprego feminino em indústrias de bens não exportáveis é de aproximadamente 7%. O crescente emprego das mulheres está a provocar maior atenção aos direitos das trabalhadoras; mais actividades dirigidas à organização e formação de líderes mulheres; mais opções de trabalho, com salários relativamente mais altos e mais regulares; maior apoio para a educação das meninas nos lares, devido ao incentivo de futuro rendimento; maior capacidade das mulheres para aceder a espaços públicos em deslocações e trabalho; maior poder das mulheres devido ao seu mais relevante papel

económico no lar; e crescente preferência por casamento e maternidade mais tardios.

Porém, os salários na indústria do vestuário são baixos, existe um elevado nível de stress e as condições de trabalho são más e perigosas. Investigação conduzida em Dhaka, em 2006, relata casos de mulheres que trabalham regularmente 80 horas por semana por £0,05 por hora. As fábricas incluídas na pesquisa forneciam as lojas do Reino Unido Primark, Tesco e Asda, que se comprometeram a pagar um salário mínimo de £22 por mês – calculado como um salário que permite o sustento condigno no Bangladesh. Os trabalhadores da indústria entraram em greve, dirigidos pela Federação Nacional de Trabalhadores na Indústria do Vestuário e conseguiram um aumento de 50% no salário mínimo para £12 por mês – um progresso, ainda que bem abaixo de um salário que permita sustento condigno. O estudo da indústria do vestuário no Bangladesh ilustra bem os benefícios consequentes da localização de grandes empresas em países de rendimento baixo, mas também mostra as profundas mudanças sociais que pode despoletar, mesmo quando as condições estão longe de uma boa prática laboral. A contribuição poderia ser muito maior se as empresas do sector privado levassem a sua “responsabilidade social empresarial” mais a sério. Como noutros pontos, coloca-se aqui ênfase no facto da globalização poder trazer enormes benefícios, mas, sem regulamentação, não poder beneficiar todos e prejudicar muitos. A conclusão a retirar é a de não resistir aos processos de globalização da integração no mercado, mas torná-los melhores e mais justos.

Fonte: SEKN, 2007.

Trabalho

Os governos nacionais, trabalhando em colaboração com as associações patronais e sindicatos, devem adoptar e implementar com eficácia os quatro objectivos estratégicos da OIT (Ver Capítulo 7: *Emprego justo e trabalho digno*). Contudo, exige-se cautela nos processos de implementação dos objectivos estratégicos pela aplicação, por exemplo, de “cláusulas sociais” em acordos comerciais. Estas podem ser usadas por países com mais recursos para proteger indústrias nacionais, invocando sanções por falta de cumprimento, sobretudo em países de rendimento baixo e médio. Em vez de ser a OMC a sancionar os países incumpridores das suas obrigações, seria preferível aumentar o poder destas organizações (como o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, OIT, FAO, OMS) com conhecimento especializado para conduzir os processos. O papel dos próprios trabalhadores na promoção e protecção de boas condições de trabalho (Caixa 12.13) pode ser crítico.

Em países onde muitos dos habitantes dependam da agricultura para seu sustento, os governos devem proteger o modo de vida das comunidades agrícolas, expostas às pressões de custos e da concorrência pelos acordos comerciais agrícolas (Caixa 12.14) (ver Capítulo 6: *Locais saudáveis – pessoas saudáveis*).

Provas obtidas recentemente sobre reformas comerciais e segurança alimentar sugerem que uma lição chave sobre a elaboração de políticas para países em vias de desenvolvimento é de que “a reforma dos sistemas de mercado pode ser prejudicial à segurança alimentar a curto e médio prazo, se for implementada sem um pacote de políticas concebido para contrariar os efeitos negativos da liberalização” (GKN, 2007). Onde a reforma de mercado da agricultura e a liberalização está a ser implementada, um subsídio dedicado à produção agrícola é uma medida recomendada para gerir o impacto negativo inicial.

Alimentação

Os governos devem desenvolver estratégias legislativas para lidar com o impacto da produção e comércio global de produtos alimentares na qualidade das dietas nacionais e locais. A elaboração de políticas e acordos comerciais relacionados com a alimentação têm de se concentrar em três aspectos chave da nutrição e igualdade na saúde: disponibilidade, acessibilidade e receptividade. O exemplo de controlos no consumo de refrigerantes (Caixa 12.15) oferece algumas ideias para opções para actuação.

CAIXA 12.14: PROTECÇÃO DOS ESTILOS DE VIDA AGRÍCOLAS

O desenvolvimento agrícola real – desenvolvimento que gera empregos e riqueza amplamente distribuída em rendimento – depende de padrões de distribuição de terra, acesso a recursos como capital e trabalho, condições ambientais e acesso aos mercados. Um forte desenvolvimento agrícola e justa distribuição da terra, combinadamente, fornecem uma base sólida para o crescimento económico e redução da pobreza. A prosperidade dos agricultores depende da sua base de recursos e do seu poder comercial. Nos países de rendimento baixo, onde as economias ainda dependem muito da agricultura, a implementação de uma série de reformas é crítica. O aumento da produtividade agrícola e a criação de emprego fora do sector agrícola devem preceder as reformas comerciais, tais como redução da tributação em colheitas de agregados familiares de baixo rendimento.

O Acordo sobre a Agricultura (Ronda do Uruguai) da OMC desencoraja ou proíbe políticas nacionais que pretendem gerir os preços e produção agrícolas. Na maioria dos países em vias de desenvolvimento, as exigências de segurança alimentar tornam importante a capacidade de oferecer incentivos de produção, por exemplo, preços nacionais estáveis (quase impossível num mercado global aberto). Reconhecendo o potencial de novas negociações para limitação

do espaço político nacional para promoção da segurança alimentar, a FAO aconselha tratamento especial e diferente na OMC, onde os países em vias de desenvolvimento teriam maior flexibilidade na aplicação das normas de OMC:

Números de subsistência e agricultores com poucos recursos. Quando os governos ofereçam mais ou todo o apoio a esses agricultores, deveriam estar isentos de cortes subsequentes ao apoio à escala nacional.

Vulnerabilidade económica. Quando os países sejam muito dependentes da exportação de apenas uma ou duas colheitas, a FAO recomenda a permissão de maiores níveis de gasto dos governos para apoio a aumentos de produção, padrões mais elevados e programas faseados para aquisição de produtores menos eficientes.

Vulnerabilidade física. Pode ser necessário tratamento especial e diferente, temporariamente, para países cujos produtores tenham sofrido um desastre natural, como terramoto, cheias ou guerra. Nesses casos, os governos podem precisar de um período de investimento sem restrições, para aumentar as manadas ou restaurar colheitas perenes.

Fonte: GKN, 2007.

Tabaco e álcool

O desenvolvimento da Convenção Quadro para Controle do Tabaco (FCTC) da OMS é um excelente mas raro exemplo de acção coerente e global para a diminuição da disponibilidade no mercado de um produto letal (Caixa 12.16). A Comissão incentiva os 12 países em África, 13 países nas Américas, 12 países na Europa e 5 países no Médio Oriente, que não fazem parte da FCTC, a ratificá-la e implementá-la. Aqui se incluem países do G8 – Itália, Federação Russa e os Estados Unidos da América – assim como o país onde está instalada a OMS, a Suíça.

As estratégias a nível global e nacional têm de ser complementadas por acções ao nível da política local e intervenções de alteração de comportamentos. Um exemplo de uma tal estratégia inclui uma política de tributação local – apesar ter de ser contabilizado o potencial para exacerbar

a desigualdade, através de impostos que provocam impacto regressivo nos mais pobres – e um conjunto mais amplo de medidas de procura e oferta (Caixa 12.17).

Com base na FCTC, a Comissão incentiva a OMS a iniciar uma discussão com os Estados-membros sobre acção legislativa sobre o controlo do álcool (Caixas 12.18 e 12.19). A Região Europeia da OMS tem os níveis mais altos de doenças relacionadas com o álcool e violência, com diferenças muito grandes entre países nos níveis de mortalidade relacionada com o álcool. A discussão da políticas europeias tem sido caracterizada por um conflito de pontos de vista: o álcool é um produto como os outros ou deve ser visto como uma assunto de saúde pública, cujo comércio deve ser regulado para protecção da saúde das pessoas? A Comissão incentiva os governos membros da OMS na Região Europeia e à escala global a trabalhar juntos para limitar os danos relacionados com o álcool.

CAIXA 12.15: REGULAÇÃO DO MERCADO E NUTRIÇÃO – REFRIGERANTES

Existem vários exemplos de abordagens à regulação do mercado no campo dos produtos alimentares. A limitação da disponibilidade pode ser um meio eficaz de limitar o consumo... Um primeiro passo consiste em considerar a limitação da disponibilidade em locais onde os consumidores são crianças, sobretudo, escolas. No Brasil, foram recentemente aprovadas leis em três municipalidades que banem a venda de certos alimentos nas cantinas das escolas, incluindo refrigerantes. Em Omã, Arábia Saudita e Emirados Árabes Unidos, os refrigerantes carbonatados são banidos nas escolas. Esta política também está a ser implementada nos Estados Unidos da América. O preço tem um efeito muito real sobre o consumo, apesar do aumento de preços levantar um problemas de igualdade... Normas sobre embalagem são outra opção possível. No México, existiram limites de embalagem até 1991. Como resultado desta regra, até 75% de Coca-Cola era servida em garrafas de vidro de utilização única, limitando o consumo.

Opções para acção

Iniciar um diálogo sobre seria apropriado regular ou impor padrões para a publicidade de produtos alimentares processados ricos em gordura, açúcar e sal e, caso a resposta seja afirmativa, a que escala: local, nacional ou internacional. Este diálogo deve incluir a indústria alimentar, entidades internacionais, governamentais e ONGs.

Conduzir uma análise econométrica para obter uma melhor compreensão dos efeitos das marcas globais de produtos alimentares processados nos padrões de consumo (por oposição a marcas locais ou regionais) e dos efeitos da publicidade desses produtos relativamente a outros factores que influenciam a escolha da alimentação.

Corrigido, com permissão do editor, de Hawkes, (2002).

CAIXA 12.16: CONVENÇÃO QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO

Existem provas claras de que a liberalização do comércio aplicada ao tabaco tem consequências adversas sobre a saúde. Uma pesquisa conduzida pelo Banco Mundial descobriu que tarifas reduzidas em algumas partes da Ásia tiveram por consequência um aumento de 10% nas taxas de consumo de tabaco sobre a situação anterior à liberalização do comércio. O aumento foi ainda mais abrupto em certos grupos da população, como adolescentes do

sexo masculino (18,4% a 29,8% no período de um ano) e adolescentes do sexo feminino (1,6% a 8,7%) na República da Coreia. Para impedir que a política comercial se sobreponha à protecção da saúde, as organizações da saúde e a OMS promoveram a exclusão do tabaco dos tratados comerciais. A FCTC reconhece a ligação entre o comércio e o tabaco, mas não contém normas a regulá-la.

Fontes: GKN, 2007; Gostin, 2007.

CAIXA 12.17: ESTRATÉGIAS PARA CONTROLO DO TABACO – TAILÂNDIA

No seu relatório sobre “Tailândia – restrições à importação e tributação interna sobre o tabaco”, o Painel para o Acordo Geral de Tarifas e Comércio de 1990 (GATT), decidiu que podiam ser tomadas medidas consonantes com o GATT para controlar tanto a oferta quanto a procura de tabaco, desde que tais medidas fossem aplicadas tanto ao tabaco nacional, como importado, numa perspectiva de tratamento nacional.” Concluiu-se, assim, que a restrição de importação de cigarros não era necessária, se pudessem ser tomadas outras medidas. A futura harmonização de políticas de controlo do tabaco, incluindo aumento de preços,

tributação sobre o valor e proibição de publicidade, pode ser implementada, desde que as políticas não discriminem produtos estrangeiros de nacionais. Desta forma, a mesa forneceu um mecanismo geral para apertar o controlo do tabaco, sem quebrar as regras da OMC. Na sequência da decisão do Painel do GATT, a Tailândia manteve a proibição da publicidade e reforçou outras medidas restritas para controlo do uso de tabaco. A legislação forte da Tailândia é um modelo da actuação que os países podem adoptar quando confrontados com empresas de tabaco multinacionais e sua publicidade.

Fonte: Bettcher et al., 2000.

CAIXA 12.18: DADOS PARA O CONTROLO DO ÁLCOOL

Existem provas substanciais de que um aumento dos preços do álcool reduz o consumo e o nível de problemas relacionados com o álcool. Na maioria dos países e, sobretudo, em países com impostos baixos sobre o álcool, o aumento de preços sobre as bebidas alcoólicas produzido pela aplicação de impostos sobre esses produtos, leva a um aumento nas receitas do Estado e à diminuição nas suas despesas relacionadas com danos derivados do álcool. Os efeitos dos aumentos de preço, como os efeitos de outras medidas de controlo do álcool, divergem de país para país, dependendo de factores como a cultura vigente relativamente ao álcool e o apoio do público a controlos mais restritos. Contudo, os efeitos

das medidas sobre os danos relacionados com álcool são definitivos e os seus custos baixos, tornando-a uma medida financeiramente eficiente. Para mais, controlos mais apertados sobre a disponibilidade do álcool, sobretudo através da implementação de uma idade mínima de compra, o monopólio do Estado sobre as vendas a retalho, restrições do horário de venda e regulamentação do número de lojas de distribuição, são intervenções eficazes. Dado o amplo alcance de todas estas medidas e o custo relativamente baixo da sua implementação, são extremamente eficientes nos custos.

Fonte: <http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf>

CAIXA 12.19: ESTRATÉGIAS PARA CONTROLO DO ÁLCOOL

Por todo o mundo, a aplicação de impostos sobre o álcool – sob a forma de impostos especiais, impostos de valor acrescentado e impostos sobre a venda – provou ser a intervenção a nível social mais popular e eficaz para redução do volume total de consumo de álcool e, por sua vez, pode reduzir claramente os problemas de saúde crónicos atribuídos ao álcool. As políticas de impostos dependem da lei económica da oferta e da procura: aplicar um imposto aumenta o preço do álcool. O preço mais alto implica que os consumidores têm menos possibilidades de comprar a sua bebida alcoólica preferida. As políticas de impostos podem ser impulsionadas pela

concentração de poder de mercado em monopólios de álcool controlados pelo governo, que controlam os preços, produção, importações e vendas. Esta abordagem tem sido predominante na América do Norte e regiões da América do Sul, Europa de Leste e países nórdicos. Nestes últimos, ajustes cuidadosos nos controlos do álcool tiveram tremendo sucesso na mudança de padrões de consumo, bem como, por exemplo, na redução de disponibilidade de formas de álcool que tendem a ser consumidas descontroladamente e na promoção de bebidas mais ligeiras, como cerveja de baixo teor alcoólico.

Fonte: PPHCKN, 2007b.

Sector privado responsável

As entidades do sector privado podem ter comportamentos que prejudicam o interesse público, mas também podem contribuir grandemente para o bem público. Existem provas de pequenas acções destinadas a uma maior contribuição social, mas de credibilidade limitada. A responsabilidade social empresarial foi promovida como veículo de melhoria dos impactos sociais positivos das entidades do sector privado. Até à data, contudo, a responsabilidade social empresarial é, frequentemente, pouco mais do que cosmética. Um dos principais problemas consistem no facto de, sendo voluntária, lhe faltar capacidade de aplicação (Caixa 12.20), mas também na pouca avaliação que foi feita até ao momento. Uma excepção a este problema é a Iniciativa para o Comércio Ético. Uma avaliação independente do impacto do Código de Conduta Laboral da Iniciativa para o Comércio Ético relatou várias áreas de melhoria (Barrientos & Smith, 2007). Mas as iniciativas voluntárias serão inevitavelmente limitadas no seu impacto. A responsabilização empresarial pode ser uma abordagem mais substancial.

A actuação da sociedade civil, sobretudo dos sindicatos, incluindo acção dos intervenientes e consumidores, pode aumentar a pressão para maior responsabilização de organizações do sector privado, incluindo a exigência de maior acção reguladora formal (Caixa 12.21).

O mercado e as entidades do sector privado têm, sem dúvida, grande poder influência sobre as condições sociais, incluindo muitos, senão todos, os determinantes sociais da saúde. Porém essa influência, global, regional, nacional e local, tem de ser benigna. Desde a participação justa em instituições globais onde as políticas de mercado são formuladas, nos acordos comerciais e relacionados com investimento, até à regulamentação de actividades e produtos comerciais, o papel do sector público, tanto no fornecimento como na regulação, continua a ser vital.

CAIXA 12.20: CRIAÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL EMPRESARIAL – MOVIMENTO DE GERAÇÃO NA BASE DA ESTRUTURA SOCIAL

Apesar de ser justo afirmar que a responsabilidade social das empresas tem uma contribuição positiva para os direitos humanos dos trabalhadores de empresas multinacionais, também é justo afirmar que só faz diferença para as poucas empresas sob a atenção dos consumidores ou que já pensam de forma ética e responsável. Outras indústrias não sentem essa inclinação.

Estas anomalias e a abordagem parcial e pontual do movimento da responsabilização social empresarial devem alertar os cidadãos em todo o Mundo para a necessidade de uma abordagem mais sistemática.

Fonte: Kemp, 2001.

CAIXA 12.21: SOCIEDADE CIVIL – INFLUENCIAR OS ACCIONISTAS

Em reconhecimento dos limites das iniciativas voluntárias, várias organizações internacionais da sociedade civil formaram um movimento social que se concentra na responsabilização empresarial e questões do comércio justo e acesso ao mercado por países pobres de uma forma mais abrangente (War on Want, Christian Aid, World Development Movement, a coligação Trade Justice Movement, Third World Network, Oxfam, International Gender e Trade Network). Uma das abordagens existentes tem sido dirigir-se aos accionistas, tentando obter apoio para

resoluções a aprovar em assembleias-gerais anuais. Estas resoluções exigiriam às empresas a nomeação de auditores independentes, para assegurar que os trabalhadores das fábricas e quintas fornecedoras têm condições de trabalho decentes, um salário que permita sustento condigno, segurança no emprego e o direito de aderir a um sindicato da sua escolha. Dado o ênfase do valor dos accionistas e o poder dos accionistas institucionais, note-se que a eficácia deste tipo de acção da sociedade civil não está provada.

Fonte: SEKN, 2007.

CAPÍTULO 13

Igualdade de género

“ Importa olhar as necessidades das mulheres de uma forma holística e abordá-las como parte das preocupações gerais da sociedade e do desenvolvimento. Não é possível alcançar o desenvolvimento sustentável sem reforçar a associação de mulheres e homens em todos aspectos da vida.”

Gertrude Mongella (1995)

IGUALDADE DE GÉNERO E SAÚDE

As desigualdades de género existem em todas as sociedades. As discriminações de género no poder, recursos, direitos, normas, valores e na organização de serviços são injustas, para além de ser ineficazes e ineficientes. As desigualdades de género prejudicam a saúde de milhões de meninas e mulheres (WGEKN, 2007), influenciam a saúde através de, entre outros factores, hábitos de alimentação discriminatórios, violência contra as mulheres, falta de acesso a recursos e oportunidades e falta de poder de decisão sobre a própria saúde. Acresce que a sobrevivência e o desenvolvimento de todas as crianças, rapazes e meninas, estão fortemente relacionados com a posição das mulheres na sociedade (Caldwell, 1986; Cleland & Van Ginneken, 1988). Estima-se, por exemplo, que o estatuto fraco das mulheres no sul da Ásia é o factor que mais contribui para a malnutrição infantil daquela região (Smith & Haddad, 2000).

As relações de género do poder são expressas através de normas e valores assimilados através da socialização. Estas são manifestas até ao ponto em que a legislação promove a igualdade de género, as mulheres ganham o mesmo rendimento que os homens por trabalho equivalente e as contribuições económicas das mulheres são incluídas nas contas nacionais. Para mais, as discriminações de género tendem a ser reproduzidas na forma como as organizações são estruturadas e os programas são geridos.

Actualmente, cerca de 495 milhões de mulheres no mundo inteiro são analfabetas (64% de todos os adultos analfabetos) (UNESCO, 2007a)

Na vida quotidiana e no que concerne ao poder, as relações de género definem o acesso desigual e o controlo de recursos materiais e imateriais e divisões injustas de trabalho, lazer e possibilidades de melhoria da vida individual. Em alguns países, as meninas são menos alimentadas e são mais fisicamente restringidas (WGEKN, 2007). As desigualdades de género na educação, sobretudo educação a nível secundário, permanecem grandes. As mulheres possuem menos terras, riqueza e propriedade em quase todas as sociedades, contudo responsabilidades mais pesadas de trabalho na “economia dos cuidados” – assegurando a sobrevivência, reprodução e segurança de outros indivíduos, incluindo as crianças e os idosos. Para muitas mulheres, as responsabilidades derivadas da maternidade representam a mais importante barreira à participação no mercado de trabalho remunerado (Barriento, Kabeer & Hossain, 2004). Mesmo onde as mulheres são

crescentemente integradas no mercado de trabalho, continuam a responsabilidades desiguais de cuidados a crianças e trabalho doméstico não remunerado (WGEKN, 2007). O aprofundamento desta sobrecarga dupla tem implicações para a saúde das mulheres, tanto a saúde ocupacional como as consequências da falta de descanso e lazer (WGEKN, 2007). Acresce que a maior presença das mulheres na população activa tem sido simultânea com a crescente insegurança no emprego (WGEKN, 2007). Para mais, têm salários mais baixos, empregos menos seguros e ocupações informais (WGEKN, 2007). Mesmo para trabalho equivalente, as mulheres de todo o mundo recebem menos 20% a 30% do que os homens (Figura 13.1) (UNICEF, 2006).

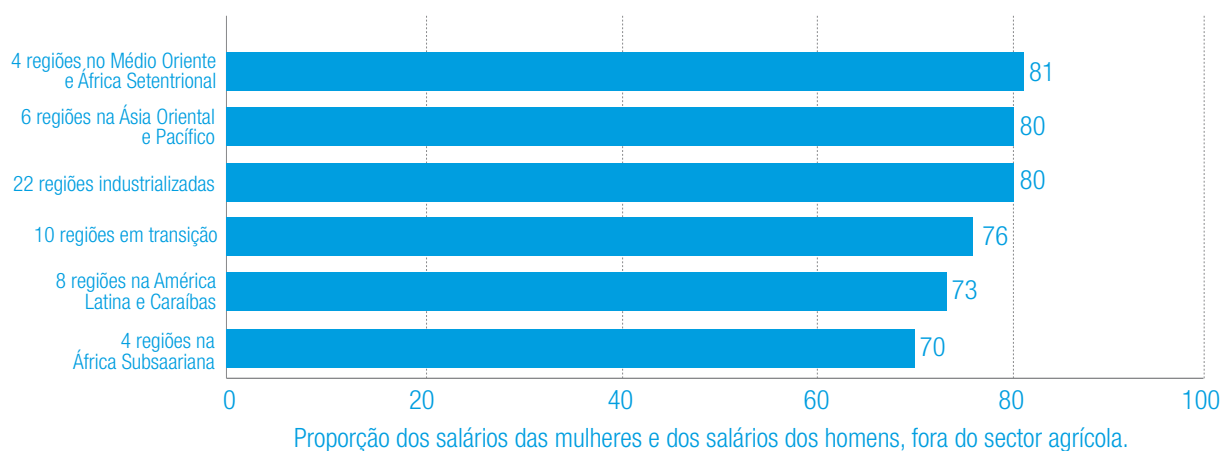
Uma manifestação extrema, embora frequente, da desigualdade de género é a violência exercida pelo companheiro. Apesar de comum e de implicar sérias consequências para a saúde e bem-estar, a violência exercida pelo companheiro continua a ser largamente ignorada em políticas e serviços (OMS, 2005a).

Dentro do sector da saúde, as relações de poder e de género traduzem-se em: acesso e controlo diferenciados dos recursos de saúde dentro e fora das famílias; divisões desiguais de trabalho e benefícios em partes formais, informais e caseiras do sistema de cuidados de saúde (ver Capítulo 9: *Cuidados de saúde universais*); e discriminações de género no conteúdo e processo da investigação médica (ver Capítulo 16: *Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*). Para além disso, em anos recentes, a atenção e recursos para a saúde e direitos sexuais e reprodutivos enfraqueceram, sobretudo devido às forças políticas que influenciam a distribuição da ajuda (Glasier et al., 2006). Tanto dentro como fora do sector da saúde, a desigualdade de género implica uma redução da expressão, poder de decisão, autoridade e reconhecimento das mulheres por parte dos homens.

A Figura 13.2 mostra que a proporção de mulheres com poder de decisão nos seus próprios cuidados de saúde varia tremendamente nos países de baixo e médio rendimento, desde abaixo dos 20% no Burkina Faso até 88% na Jordânia.

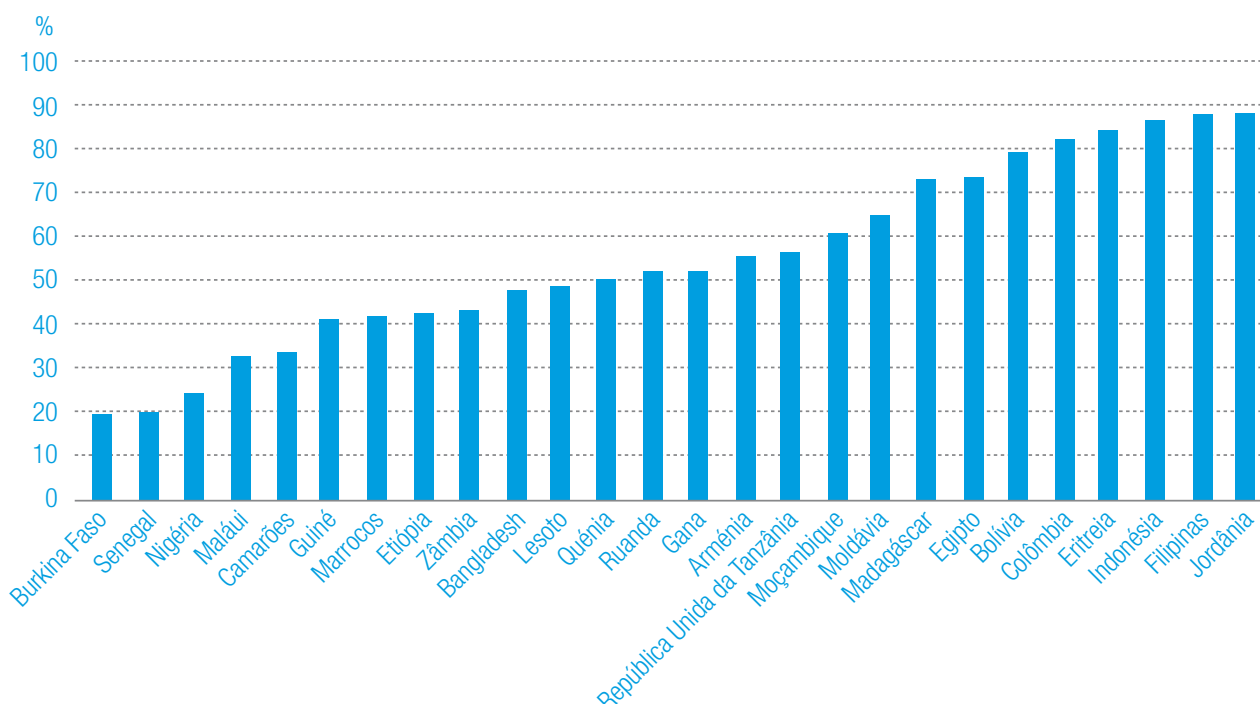
Mesmo em locais onde as desigualdades de género são menos óbvias, geralmente as mulheres ainda têm menor acesso ao poder político e menor participação nas instituições políticas, desde os municípios locais até ao parlamento nacional e as instituições internacionais (ONU, 2006b; WGEKN, 2007).

As desigualdades de género podem ser reduzidas. Na realidade, a posição das mulheres mudou dramaticamente ao longo do último século em muitos países, apesar do processo ter sido desigual. A legislação, tecnologia e mudanças estruturais contribuíram para a emancipação das mulheres em muitos países. O uso de contraceptivos modernos deu às mulheres, em muitos casos, maior controlo sobre os seus corpos e vidas reprodutivas e as taxas de natalidade decrescentes reduziram o período que as mulheres passam a dar à luz e a criar os filhos. A literacia e sucesso educacional por entre meninas e mulheres aumentaram e tem havido um crescimento constante na proporção de mulheres presentes nos recursos humanos activos (UNICEF, 2006b). Contudo, há ainda muito a fazer.

Figura 13.1: Nível de salários para mulheres comparado com o de homens, em regiões seleccionadas.

Reimpresso, com a permissão do autor, de UNICEF (2006).

Médio Oriente e África Setentrional: Bahrein, Egipto, Jordânia, Cisjordânia e Faixa de Gaza. Ásia Oriental e Pacífico: Malásia, Filipinas, República da Coreia, Singapura, Tailândia. Países industrializados: Austrália, Áustria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Japão, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Suécia, Suíça, o Reino Unido. Países em transição: Bulgária, Croácia, República Checa, Geórgia, Cazaquistão, Letónia, Lituânia, Roménia, Turquia, Ucrânia. América Latina e Caraíbas: Brasil, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá, Paraguai, Peru. África Subsaariana: Botswana, Eritreia, Quênia, Suazilândia.

Figura 13.2: Percentagem de mulheres que têm expressão na decisão relativamente ao seu próprio seguro de saúde, 2001-2005.

A educação, formação e desenvolvimento de capacidades são importantes para a emancipação das mulheres e as desigualdades de género no mercado de trabalho, incluindo as diferenças salariais, têm de ser resolvidas. Para mais, é importante que o compromisso político e financeiro para com a saúde e os direitos reprodutivos e sexuais seja reforçado. Os efeitos das desigualdades de género atravessam gerações e tornam imperativa a acção. É imperativo agir hoje para melhorar a igualdade de género e emancipar as mulheres, de forma a reduzir as desigualdades existentes na saúde no período de uma geração.

ACÇÃO PARA A MELHORIA DA IGUALDADE DE GÉNERO NA SAÚDE

Legislação

A Comissão recomenda que:

- 13.1 Os governos criem e apliquem legislação que promova a igualdade de género e torne a discriminação com base no sexo ilegal (ver Recomendação 14.1).**

O sucesso das intervenções para melhoria da igualdade de género – seja para aumentar o acesso à educação, reduzir todos os tipos de violência contra as mulheres ou para proteger as mulheres e meninas de discriminação e exploração pelos mercados de trabalho – depende de um ambiente legislativo que proteja e promova a igualdade de género. Isto pode exigir uma reforma legislativa: revogar leis discriminatórias, desenvolver e implementar leis e regulamentos que promovam a igualdade de género e harmonizar a legislação com os tratados dos direitos humanos (OMS, 2005a) (Caixa 13.1). Entre outras coisas, os governos devem garantir às mulheres e meninas direitos de propriedade e sucessão iguais (Grown, Gupta e Pande, 2005). Na África subsariana, por exemplo, estes direitos são de grande importância para permitir às meninas e mulheres a gestão das pressões de desempenhar o papel de chefes de família e prestadoras de cuidados primários para os doentes com HIV/SIDA (WGEKN, 2007).

A implementação real exige capacidade judicial para interpretação e aplicação de tais leis e sensibilização do sistema legal e judicial (incluindo forças policiais, investigadores, advogados, juizes), líderes da comunidade e trabalhadores de saúde para as necessidades específicas das mulheres (OMS,

CAIXA 13.1: CORRECÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO DE GÉNERO NO DIREITO DA FAMÍLIA NO QUÉNIA

No Quénia, a Comissão Internacional de Juristas, com base numa investigação que revelava a extensão da discriminação contra as mulheres no direito da família, desenvolveu campanha activa e estabeleceu uma Secção de Família no Supremo Tribunal do Quénia, para se concentrar na arbitragem de divórcio, alimentos e propriedade familiar e para levar a cabo formação para correcção a discriminação pelo género

dentro do sistema judicial. Esforços subsequentes concentraram-se no uso da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres como instrumento de base para a prática judicial, de modo a concertar as políticas nacionais com os padrões de direitos humanos internacionais.

Fonte: WGEKN, 2007.

CAIXA 13.2: ORÇAMENTAÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE LEIS SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA AMÉRICA LATINA

Um estudo de 2002 do Centro Internacional para a Pesquisa Sobre a Mulher (International Center for Research on Women) comparou atribuições e gastos orçamentais para implementação de leis sobre violência doméstica numa amostra de países da América Latina e Caraíbas. O estudo demonstrou que o financiamento de programas de violência

doméstica é tipicamente insuficiente para abranger toda a população-alvo e fazer face à magnitude do problema. Para além disso, conclui-se que muito do financiamento é isolado, gerido ao sabor dos orçamentos dos ministérios e doadores internacionais (Luciano et al., 2005).

Fonte: WGEKN, 2007.

IGUALDADE DE GÉNERO : ÁREA DE ACÇÃO 13.1

Abordar as discriminações de género nas estruturas da sociedade – na legislação e sua aplicação, na forma como as organizações são geridas e as intervenções concebidas e como o desempenho económico de um país é medido.

2005a; OMS, 2007b). Inclui, por exemplo em caso de violência, a garantia de que as mulheres que se queixem de violência são tratadas profissionalmente e com respeito, protegendo a sua segurança como testemunhas e tomando medidas para impedir violência subsequente (OMS, 2005a).

A verdadeira implementação e aplicação de leis que apoiam a igualdade de género exigem orçamentos adequados. O orçamento deve ser suficiente para abarcar toda a população e abordar a gravidade do problema (Caixa 13.2). A atribuição de recursos integrada com as estruturas orçamentais governamentais, em vez da dependência de fundos isolados, é essencial para a implementação bem sucedida das medidas.

A implementação de leis que promovem a igualdade de género também exige que as mulheres tenham conhecimento e poder para reclamar os seus direitos e combater a desigualdade de género – expandindo as suas capacidades, particularmente, através da educação e trabalho remunerado (WGEKN, 2007). As organizações da sociedade civil e governos nacionais podem desempenhar um papel importante na informação das mulheres acerca dos seus direitos legais (WGEKN, 2007) (Caixa 13.3).

Pode verificar-se uma poderosa oposição organizada às mudanças que procurem promover a igualdade de género. Normalmente, a reforma exige um longo período de preparação, sobretudo quando existe oposição organizada, que pode usar a ameaça da mudança como forma de mobilizar medos por motivos culturais ou religiosos. Grupos locais de promotores das novas estrutura sociais, sobretudo organizações de mulheres ou grupos de direitos humanos,

podem desempenhar um importante papel nesta luta. No Paquistão, por exemplo, as organizações da sociedade civil desempenharam um papel importante nas alterações legislativas que tornaram mais fácil para as mulheres a prova da alegação de violação (Caixa 13.4). Desta forma, deve ser fornecido apoio a longo prazo às organizações locais de mulheres (WGEKN, 2007).

Algumas práticas, como a mutilação genital feminina, podem mudar mais depressa como resultado de intervenções de escala comunitária do que através de legislação e policiamento (Caixa 13.5). A legislação contra a mutilação genital feminina, por si só, é insuficiente. Na verdade, se não for devidamente concebida e implementada, em colaboração com os líderes da comunidade e as organizações da sociedade civil, a legislação respectiva sanções podem ter consequências negativas, como tornar a prática clandestina (OMS, 2008b).

A mudança de normas sociais que lidam com a desigualdade de género e práticas que prejudicam meninas e mulheres exige o trabalho com rapazes e homens, como ilustra o exemplo da mutilação genital feminina. As lições retiradas de programas que procuram desafiar os estereótipos de género e sistemas de normas que promovem a desigualdade incluem: oferecer aos jovens do sexo masculino a oportunidade para interagir com modelos de comportamento favoráveis à igualdade de género na sua própria comunidade e promover mais atitudes de igualdade de género em pequenos grupos e na comunidade em geral (Caixa 13.6) (ver Capítulo 5: *Igualdade desde o início*).

CAIXA 13.3: SENSIBILIZAÇÃO PELA SOCIEDADE CIVIL SOBRE OS DIREITOS DA PROPRIEDADE NA REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA

O Centro de Apoio Jurídico para as Mulheres na República Unida da Tanzânia informa as mulheres sobre como adquirir, transmitir e hipotecar terra, a obter escrituras públicas da terra que possuem e fornece serviços legais. Para além disso, o Centro

dá formação à polícia, magistrados e juizes sobre os direitos de propriedade das mulheres.

Fonte: WGEKN, 2007.

CAIXA 13.4: MUDANÇA DE JURISDIÇÃO NOS PROCESSOS DE VIOLAÇÃO NO PAQUISTÃO

Segundo a Comissão para Direitos Humanos do Paquistão, regista-se, no país, uma violação a cada duas horas e uma violação em grupo a cada 8 horas. O pequeno mas dinâmico movimento das mulheres, juntamente com o movimento de direitos humanos no Paquistão, tem vindo a debater-se por uma mudança na situação política, tornada mais complicada pelas guerras no Afeganistão e Iraque. Os seus esforços deram frutos recentemente com a aprovação, em 2006, da Lei da Protecção das Mulheres pela

Assembleia Nacional e Câmara Alta, que transfere a jurisdição dos processos de violação dos tribunais Sharia para os tribunais civis. Também tornou mais fácil para as mulheres a prova de uma alegação de violação, sem serem acusadas de adultério. Apesar da discussão da lei ter sido anteriormente adiada por causa da oposição islâmica, a lei foi aprovada. Contudo, serão necessários mais esforços para que venha a ser implementada e aplicada.

Fonte: WGEKN, 2007.

Generalização das questões de género

A Comissão recomenda que:

- 13.2 Os governos e instituições internacionais criem uma unidade para a igualdade de género no interior da administração central, financiando-a adequadamente e a longo prazo e munindo-a de poderes para analisar e agir sobre as implicações para a igualdade de género de políticas, programas e acordos institucionais (ver Recomendação 10.2; 15.2).**

É imperativo tratar não apenas a discriminação na criação e implementação dos sistemas legais. A discriminação do género também precisa de atenção na forma como as estruturas organizativas dos governos e as instituições e os mecanismos geradores de estratégias e políticas são concebidos e implementados (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Isto exige a integração sistemática de uma perspectiva de género a todos os níveis – por oposição a uma actividade secundária – da forma como as organizações são estruturadas e funcionam e da forma como as políticas, programas e serviços são concebidos e implementados, ou seja, a generalização das questões de género

CAIXA 13.5: ALTERAÇÃO DE NORMAS RELATIVAS À MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

As múltiplas abordagens educativas conseguiram, em alguns casos, mudar atitudes e normas relativas à mutilação genital feminina. Exemplos de sucesso incluem o projecto do Senegal, que é agora um modelo regional, apoiado pela UNICEF. O seu sucesso envolve uma declaração pública da intenção de abandono da prática e um programa de educação em direitos humanos lento mas constante, que encoraja os aldeões a formarem a sua opinião sobre a prática. Mais geralmente, os programas eficazes têm as seguintes características: (i) inclusão dos homens nas intervenções que procuram mudar as atitudes; (ii)

selecção cuidadosa dos líderes / facilitadores certos para os projectos e acordo quanto aos critérios de selecção dos participantes; (iii) aulas de direitos e saúde reprodutiva que combatem o tabu do debate de problemas de saúde associados à mutilação genital feminina; (iv) colaboração com a comunidade para concepção de um rito alternativo de passagem; (v) educação com âmbito mais abrangente que a mutilação genital feminina, de forma a incluir direitos, saúde e desenvolvimento.

Fonte: WGEKN, 2007.

CAIXA 13.6: “STEPPING STONES”, ÁFRICA DO SUL

“Stepping Stones” é um programa de intervenção comportamental que procura reduzir a transmissão do HIV/SIDA através da promoção de relações mais fortes e iguais entre géneros. Usando grupos de homens e de mulheres, o programa aplica princípios de aprendizagem participativa e desenvolve capacidades, incluindo reflexão crítica e actividades

de representação dramática. Avaliações rigorosas do programa sul africano mostram uma redução das DST nas mulheres, alterações no comportamento sexual de risco dos homens e uma redução do seu uso de violência contra as mulheres.

Fonte: WGEKN, 2007.

CAIXA 13.7: GENERALIZAÇÃO DAS QUESTÕES DE GÉNERO – A ESTRATÉGIA PARA A IGUALDADE DE GÉNERO NA SUÉCIA

O principal objectivo da avaliação de género na Suécia consiste em abordar as raízes estruturais da desigualdade de género na sociedade em geral. Um objectivo desse teor está longe de ser a regra, mesmo na UE. Na Suécia, implica tomar em consideração as relações de género em todas as actividades de organizações públicas, privadas e voluntárias, através de uma análise sistemática do ponto de vista da igualdade de género na concepção e execução de todas as políticas e serviços. Isto foi tornado possível pelo papel chave desempenhado por peritos técnicos na definição de objectivos e métodos. Contudo, os

resultados foram sentidos de forma mais marcada a nível do governo central do que a nível municipal. Um segundo e importante factor de sucesso na Suécia consiste na coordenação real entre sectores e entidades diferentes. A coordenação é feita pela Divisão para a Igualdade de Género, integrada na administração central. Porém, o mais importante tem sido a criação de um consenso social alargado em todo o espectro político que, até certo ponto, protege a avaliação de género das variações resultantes da política democrática.

Fonte: WGEKN, 2007.

(Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Trata-se da avaliação das implicações de qualquer acção planeada para homens e mulheres, de forma a que mulheres e homens beneficiem delas de forma igual (ECOSOC, 1997; Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007).

A generalização das questões de género é crescentemente reconhecida como importante, mas a sua implementação exige um apoio substancial. A generalização das questões de género deve ser correctamente compreendida, apoiada institucionalmente, financiada adequadamente e implementada efectivamente, necessitando do apoio de uma unidade de género com forte posição institucional, autoridade e orçamento (WGEKN, 2007). A Comissão recomenda que os governos nacionais e as instituições internacionais, com a assistência, entre outros, da OMS, fundem uma unidade para as questões género que apoie a ponderação das implicações para a igualdade de género das políticas, programas e acordos institucionais da organização. Na Suécia, por exemplo, a Divisão para a Igualdade de Género, integrada na administração central, é responsável pela coordenação das actividades de generalização das questões de género (Caixa 13.7).

Existe uma variedade considerável de outras estratégias para generalização das questões de género dentro de organizações, processos de criação de políticas, programas e intervenções (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007) (Caixa 13.8). A generalização das questões organizacionais eficaz é promovida pela atribuição da responsabilidade de generalização das questões de género junto do executivos administrativos e atribuindo recursos financeiros e humanos adequados para uma unidade central com conhecimentos sobre as questões de género.

Ao planear uma esse tipo de intervenção, é útil examinar se as condições adequadas estão presentes. Caso não existam, exige-se um esforço preparatório para a sua criação, mesmo quando o trabalho de generalização das questões está a começar (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). As condições adequadas incluem a existência de vontade política, o estabelecimento de estruturas legais e constitucionais, que apoiem a igualdade de género e a presença de um forte movimento feminino (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007) (Caixa 13.9).

CAIXA 13.8: GENERALIZAÇÃO DAS QUESTÕES DE GÉNERO NO GOVERNO CHILENO – PROGRAMA DE MELHORAMENTO ADMINISTRATIVO

O Programa de Melhoramento Administrativo Chileno funciona como um incentivo de grupo ligado a actuação institucional: a totalidade do pessoal numa instituição pública recebe um bónus de 4% do salário, se a instituição atingir os objectivos de administrativos do programa, aprovados pelo Ministério da Economia. O Programa de Melhoramento Administrativo de cada instituição é preparado considerando um grupo de áreas comuns a todas as instituições do sector público, sendo que uma delas é o planeamento de género. A proposta é apresentada anualmente, juntamente com uma proposta de orçamento, ao Ministério da Economia. A incorporação da componente de planeamento de género implica a introdução de uma abordagem às questões de género no ciclo orçamental. Isto torna possível integrar

considerações sobre assuntos de género na rotina e procedimentos correntes da administração pública, introduzindo permanentemente modificações na dinâmica diária das instituições e seus procedimentos padronizados. Assim, as instituições públicas têm de incorporar esta dimensão em todos os seus produtos estratégicos, tornando possível atribuir o orçamento público de forma a preencher melhor as necessidades de homens e mulheres, e contribui para a redução das desigualdades de género. A implementação deste mecanismo de incentivo constitui uma importante inovação: pela primeira vez, um conceito de igualdade de género é integralmente associado com a gestão orçamental no Chile.

Fonte: WGEKN, 2007.

CAIXA 13.9: ADVOCACY PARA A IGUALDADE DE GÉNERO

Nos anos 70, os esforços organizados dos movimentos feministas em todo o globo exigiram mudanças na legislação, políticas, programas e serviços que afectam a saúde das mulheres. Foram criados centros de saúde para as mulheres em muitos países do hemisfério Norte e, também, em alguns países do hemisfério Sul. O activismo de massas para promoção do controlo das mulheres sobre a sua fertilidade e sexualidade, desmistificação do conhecimento médico e promoção de políticas e

programas centrados nas mulheres era comum em muitos países em vias de desenvolvimento. Todos estes factores contribuíram para o aparecimento de um Movimento Internacional para a Saúde das Mulheres, no início dos anos 1980, conferindo maior ímpeto à defesa da saúde das mulheres. Um resultado da advocacy desenvolvida foi o desenvolvimento de políticas de saúde para as mulheres em alguns países.

Fonte: Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007.

Inclusão da contribuição económica das mulheres na contabilidade nacional

A Comissão recomenda que:

13.3 Os governos incluam nas contas nacionais a contribuição económica do trabalho doméstico, prestação de cuidados a outros indivíduos e trabalho voluntário e fortaleçam a inclusão do trabalho informal (ver Recomendação 8.3).

As contas nacionais fornecem dados sobre actividades económicas dentro do país e medem a produção, rendimento e riqueza de uma nação. O Sistema de Contas Nacionais das Nações Unidas (UNSNA), concebido como guia em que os países se possam basear no desenvolvimento dos seus sistemas de contas nacionais e para facilitar as comparações entre países, define as economias segundo as transacções de mercado (Waring, 2003).

O trabalho não remunerado, realizado sobretudo por mulheres – tanto em casa como a prestação de cuidados –, permanece excluído das contas nacionais, tornando estas actividades invisíveis às estatísticas nacionais. O trabalho não remunerado no Canadá tem um valor estimado de 33% do PIB, sendo que quase dois terços deste trabalho é desempenhado por mulheres (dados de 1998) (Hamdad, 2003). “A falta de visibilidade da contribuição económica das mulheres para a economia dá origem a políticas que perpetuam desigualdades económicas, sociais e políticas entre mulheres e homens. Se se é invisível enquanto produtor na economia de uma nação, é-se invisível na distribuição de benefícios”, tais como facilidades de crédito e formação (Waring, 2003). É imperativo que mulheres e meninas, que funcionam como elementos estabilizadores nas famílias, economias e sociedades, pelas suas responsabilidades ao cuidar das pessoas, sejam apoiadas através de recursos, infra-estruturas, políticas e programas efectivos (WGEKN, 2007). Torná-las visíveis nas contabilidades nacionais é um importante primeiro passo (Waring, 1988; Waring, 1999).

As contribuições das mulheres para a economia global, nacional e local têm de ser reconhecidas e tornadas visíveis através de novos sistemas de contabilidade (Waring, 2003). Apesar das normas da UNSNA terem sido revistas em 1993, ainda não contabilizavam actividades produzidas e consumidas no mesmo agregado familiar (Waring, 2003). Têm sido propostas várias técnicas de medição e avaliação do trabalho não remunerado. Alguns países, como o Canadá (Caixa 13.10), empregam estas técnicas para estimar o valor do trabalho não remunerado. Os vários métodos disponíveis têm vantagens e desvantagens e é necessário mais trabalho no desenvolvimento e uso das técnicas.

Para além do trabalho no lar, prestação de cuidados e trabalho voluntário, muitas mulheres realizam trabalho informal remunerado. A inclusão do trabalho informal remunerado na contabilidade nacional tem de ser reforçada, uma vez que a sua cobertura continua a ser insuficiente. Existem metodologias para incluir esse tipo de trabalho nos sistemas de contas existentes (Grupo de Delhi para a Estatística do Sector Informal – Delhi Group on Informal Sector Statistics, s.d.).

Educação e formação

A Comissão recomenda que:

13.4 Os governos e doadores invistam na melhoria das capacidades de meninas e mulheres, através do investimento em educação e formação formal e vocacional (ver Recomendação 5.4).

A promoção da igualdade de género e capacitação das mulheres é uma estratégia de desenvolvimento chave e incluída na estrutura dos ODM (ODM 3). A melhoria das capacidades das meninas e mulheres através da educação é a base da emancipação feminina. Diversas iniciativas melhoram os níveis de inscrição e permanência das meninas nas escolas e abordam os obstáculos à educação para as meninas, como discutido no Capítulo 5 (*Igualdade desde o início*). Ao mesmo tempo, existe uma necessidade premente de aumentar as

CAIXA 13.10: QUANTIFICAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO NÃO REMUNERADO – STATISTICS CANADA

A “Statistics Canada” é uma das agências nacionais de topo no desenvolvimento e uso de técnicas para quantificação e avaliação de trabalho não remunerado. O Censo Social Geral do Canadá (Canada’s General Social Survey) inclui censos sobre o uso do tempo, realizados a cada seis anos. Recolhe informação sobre o tempo despendido no trabalho doméstico não remunerado. Esta informação sobre o uso do tempo é combinada com um custo horário estimado, de modo a estimar o valor do trabalho não remunerado. Existem diferentes

métodos para estimativa do custo horário do trabalho não remunerado, incluindo o método de custo de oportunidade (ou seja, rendimento do trabalho não realizado) e o método de substituição do mercado (ou seja, custo se o trabalho a executar tivesse de ser contratado no mercado). O valor estimado do trabalho não remunerado pode variar amplamente, segundo o método usado. No Canadá, variou entre 33% a 52% do PIB (em 1988), dependendo do método usado.

Fonte: Hamdad, 2003.

IGUALDADE DE GÉNERO : ÁREA DE ACÇÃO 13.2

Desenvolver e financiar políticas e programas que promovam a eliminação das diferenças na educação e capacidades e que apoiem a participação económica feminina.

oportunidades educacionais formais e vocacionais de milhões de mulheres adultas que receberam educação insuficiente ou inadequada. As iniciativas existentes foram consideradas insuficientes para atingir o objectivo da “Educação para Todos” de diminuição da taxa de analfabetismo adulto para metade até 2015 (UNESCO, 2007b). Reagindo a isso, a UNESCO lançou a Iniciativa de Literacia para a Capacitação (Literacy Initiative for Empowerment – LIFE), um enquadramento de desenvolvimento da literacia que será implementado em 35 países com taxas de literacia inferiores a 50% ou com mais de 10 milhões de pessoas analfabetas (2007b). A iniciativa realça o respeito pelos estudantes e suas necessidades e a importância de ter os estudantes como parceiros na aprendizagem. É uma parceria entre governos, sociedade civil, agências de desenvolvimento, organizações internacionais, sector privado, universidades, comunicação social e os próprios estudantes.

O envolvimento dos indivíduos na avaliação das suas próprias necessidades é importante para a abordagem dos determinantes sociais da saúde. Um modelo inovador, que usa uma abordagem baseada na literacia para aliviar a pobreza no Bangladesh, sobretudo entre as mulheres das áreas rurais, é retratado na Caixa 13.11.

As iniciativas para prestação de formação vocacional para as mulheres podem dar-lhes conhecimentos para melhorar a sua

capacidade de geração de rendimento. Várias destas iniciativas foram criadas por todo o mundo. No Reino Unido, por exemplo, um programa educacional foi criado recentemente, como resposta a um relatório da Comissão para as Mulheres e o Trabalho (Women and Work Commission – 2006) (Caixa 13.12).

Participação económica

A Comissão recomenda que:

13.5 Os governos e empregadores apoiem as mulheres nas suas funções económicas, garantindo legalmente salários iguais, iguais oportunidades de emprego a todos os níveis e criando políticas benéficas para a família que assegurem que mulheres e homens assumam responsabilidades de forma igual (ver Recomendação 7.2).

Melhorar as taxas de inscrição e permanência das meninas em todos os níveis de ensino é, frequentemente, insuficiente para resolver o nível seguinte de problemas, a participação económica. Onde persistem normas marcadamente discriminatórias quanto ao género, até as meninas que frequentam a escola podem assumir papéis estereotipados quanto ao género (WGEKN, 2007).

CAIXA 13.11: GANOKENDRAS – CENTROS PÚBLICOS DE APRENDIZAGEM NO BANGLADESH

Apesar das melhorias de anos recentes, após um conjunto de iniciativas para melhorar a educação no Bangladesh, a taxa de literacia das mulheres é globalmente baixa (UNESCO, 2007b). O programa baseado nos Ganokendras foi criado em 1992 pela Missão Dhaka Ahsania, uma ONG do Bangladesh, que hoje opera em mais de 800 comunidades, beneficiando mais de 400 mil pessoas. Os Ganokendras usam uma abordagem baseada na literacia para atenuar a pobreza e capacitar as mulheres. São organizados e geridos pela comunidade local, com forte participação feminina, e desenvolvem o seu conjunto de actividades em resposta às necessidades identificadas localmente. Homens, mulheres e crianças participam nas

actividades dos Ganokendras, embora a maioria dos seus membros seja composta por mulheres. Para além de desenvolver as capacidades de literacia das mulheres e fornecer educação básica a analfabetos, os Ganokendras agem como centros comunitários para formação e discussão de problemas importantes, desenvolvem actividades ligadas a programas sociais e ambientais e muitos fornecem serviços de microcrédito. Por outro lado, actuam para aproximar as pessoas da comunidade, dando-lhes a oportunidade para interacção entre si e com agências governamentais e não-governamentais, permitindo um acesso melhorado aos serviços disponíveis.

Fonte: Alam, 2006; UNESCO, 2001.

CAIXA 13.12: APOIO ÀS MULHERES NO DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES E CARREIRAS – REINO UNIDO

Como parte de um plano de acção de resposta ao relatório da Comissão para as Mulheres e Trabalho, o governo do Reino Unido iniciou programas-piloto de desenvolvimento de capacidades, destinadas a ajudar mulheres com pouca formação a regressar ao trabalho. Para além disso, desenvolveu um programa para estimular as ligações entre empregadores e formadores. Foi criado um Grupo de Trabalho

Empresarial Feminino para trabalhar com Agências de Desenvolvimento Regional com o intuito de iniciar várias abordagens do apoio a mulheres na criação de negócios.

Fonte: Departamento para as Comunidades e Administração Local (Department for Communities and Local Government), 2006.

Garantia legal da igualdade salarial

Em todo o Mundo, as mulheres ganham entre 30% a 60% menos que os homens, devido à combinação dos chamados empregos para mulheres, diferenças de salários e na participação na força laboral (UNICEF, 2006). Mesmo por trabalho equivalente, as mulheres são significativamente pior remuneradas do que os homens (Cohen, 2007; Hartmann, Allen & Owens, 1999). Este facto tem consequências importantes para os níveis de pobreza, por exemplo, para os filhos de mães solteiras (Hartmann et al., 1999). As diferenças em rendimentos acumulados também resultam em grandes diferenças nos pensões de reforma (Cohen, 2007; Administração da Segurança Social dos EUA, 2004). A pobreza e baixas pensões de reforma estão associadas a maus resultados de saúde (ver Capítulo 8: *Protecção social ao longo do ciclo de vida*), enquanto que o rendimento nas mãos das mulheres pode ser muito benéfico para a saúde dos seus filhos (UNICEF, 2006).

Urge actuar a todos os níveis para tratar esta situação injusta. As leis que obriguem os empregadores a concretizar e manter a igualdade salarial podem ser instrumentos poderosos para promover a eliminação da diferença de salários. A OIT adoptou a Resolução sobre a Promoção da Igualdade de Género, Igualdade nos Salários e Protecção da Maternidade (Resolution concerning the Promotion of Gender Equality, Pay Equity and Maternity Protection), que apela aos governos e parceiros sociais (sindicatos e empregadores ou associações patronais) para desenvolver acções específicas para abordar a diferença salarial por razões de género (OIT, 2004a). Mais especificamente, a resolução propõe que os parceiros sociais negociem a introdução de sistemas de avaliação laboral neutros, indicadores estatísticos e estudos das questões de género e etnia no local de trabalho (Caixa 13.13).

Os sindicatos são veículos poderosos para o exercício de pressão para a implementação de leis promotoras de salário igual para trabalho de igual valor. Estas entidades podem

reunir informação para medir a extensão do problema, usando por exemplo, o Código de Conduta relativo à Aplicação do Princípio da Igualdade de Remuneração entre Homens e Mulheres por Trabalho de Igual Valor, da Comissão Europeia (Comissão Europeia, 1996; Programa de Promoção da Igualdade de Género, da OIT, 2001).

Garantia de oportunidades de emprego iguais a todos os níveis

Para além disso, são necessárias medidas para apoiar as mulheres a progredir de forma equitativa no trabalho, de modo a usufruírem de condições semelhantes à dos homens. Os governos e empregadores devem adoptar uma abordagem multilateral, incluindo a aplicação de legislação anti-discriminatória no local de trabalho e a garantia de que as mulheres não sejam penalizadas financeiramente pela maternidade (OIT, 2004b). Aqui se inclui formação para administração, disponibilização de orientação profissional e modelos de conduta nos níveis hierárquicos mais elevados e a admissão em redes e canais de comunicação formais e informais no trabalho (OIT, 2004b). Alguns países utilizam quotas como mecanismo de auxílio às mulheres para ultrapassar esta barreira virtual. Na Noruega, por exemplo, existe a obrigatoriedade de pelo menos 40% de membros da administração em empresas públicas serem mulheres. As políticas de oportunidades iguais de emprego, incluindo recrutamento, atribuição de trabalho, planeamento de carreiras, atribuição de notas, salários, transferência e promoção, devem ser monitorizadas de perto. Os seus procedimentos devem ser transparentes, objectivos e justos (OIT, 2004b).

A qualidade e condições do laborais são tão importantes quanto as desigualdades nas oportunidades de trabalho. Um elemento chave da melhoria da qualidade de trabalho é a implementação de políticas relativas ao assédio sexual e a disponibilização de educação sobre assédio sexual, de modo a criar um clima de respeito no local de trabalho (OIT, 2004b).

CAIXA 13.13: O DIREITO A SALÁRIO IGUAL NO QUÉBEC, CANADÁ

No Quebec, tal como no resto do Canadá, as mulheres ganham cerca de 70% do salário dos homens por trabalho equivalente. Os sindicatos no locais empenharam-se na luta por “salários iguais por trabalho de igual valor” e envolveram-se num longo esforço de pressão sobre as autoridades competentes que levou à aprovação de uma lei sobre igualdade dos salários. Após a mobilização das mulheres e pressão dos sindicatos, o governo do Quebec aprovou uma lei que obriga os empregadores a concretizar e manter a igualdade de trabalho nas suas empresas. Segundo esta lei, todas as empresas

com 50 ou mais trabalhadores têm de estabelecer um programa de igualdade de salários, que inclui quatro etapas: (1) identificação das categorias laborais predominantemente femininas e predominantemente masculinas dentro da empresa; (2) descrição do método e ferramentas para avaliação (das categorias laborais); (3) avaliação e comparação das categorias laborais, estimativa das diferenças salariais e cálculo dos ajustes necessários nos salários; e (4) definição do montante dos ajustes salariais a pagar.

Adaptado, com autorização do editor, de Côté (2002/3).

IGUALDADE DE GÉNERO : ÁREA DE ACÇÃO 13.3

Reafirmar o compromisso para com o tratamento universal da saúde e os direitos sexuais e reprodutivos.

Políticas de apoio à família

As políticas de apoio à família são importantes para assegurar oportunidades iguais de emprego para mulheres e homens (ver Capítulo 7: *Emprego justo e trabalho digno*). Os governos e empregadores devem tomar medidas para permitir que mulheres e homens encarem de igual forma o trabalho e as responsabilidades relacionadas com a prestação de cuidados. Isto inclui a criação de infra-estruturas de cuidados infantis de boa qualidade, políticas de horário de trabalho flexível e licenças por nascimento do filho para ambos os progenitores e programas de transformação das atitudes masculinas e femininas relativas à prestação de cuidados domésticos, de forma a que os homens assumam igual responsabilidade perante essas responsabilidades (WGEKN, 2007; OIT, 2004b). A disponibilização de cuidados de qualidade a crianças, independentemente da capacidade financeira dos pais, não só permite às mulheres a participação na força laboral como também impede que as crianças mais novas sejam deixadas sozinhas em casa ou ao cuidado de irmãos mais velhos – o que pode ter sérias consequências para a saúde (Heymann, 2006) – e permite que as meninas frequentem o ensino escolar em vez de tomar conta dos irmãos mais novos (UNICEF, 2006). Mesmo em países mais pobres, as instalações de cuidados a crianças são viáveis, como ilustrado na Caixa 13.14.

Saúde e direitos sexuais e reprodutivos

A Comissão recomenda que:

13.6 Os governos, doadores, organizações internacionais e sociedade civil aumentem o seu empenho no investimento em serviços e programas de saúde sexual e reprodutiva, visando a sua cobertura universal (Recomendações 9.1; 11.3).

As desigualdades de género têm um impacto significativo na saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Problemas graves relacionados com a desigualdade de género, tais como a violência exercida pelo companheiro, podem permanecer invisíveis no processo de prestação de serviços de saúde reprodutiva. Por exemplo, a violência exercida pelo companheiro durante a gravidez, mais comum que a hipertensão e pré-eclâmpsia – condições para as quais as grávidas são observadas nas consultas pré-natais – é raramente analisada pelos serviços de saúde reprodutiva (Glasier, et al., 2006). Os programas e serviços de saúde sexual e reprodutiva podem e devem ser estruturados de forma a dar às mulheres o poder de tomar decisões informadas sobre escolhas sexuais e reprodutivas ao longo da sua vida, conferindo-lhes autonomia sobre as suas vidas reprodutivas. O reforço do compromisso político e financeiro para o objectivo da saúde sexual e reprodutiva universal é imperativo, devendo incluir financiamento da pesquisa relevante.

As primeiras décadas da segunda metade do Século XX registaram uma forte ênfase no controlo da população. Foram criados e implementados programas de planeamento familiar, com maior preocupação com objectivos e resultados macroeconómicos do que pelo bem-estar e direitos das mulheres como indivíduos. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, realizada no Cairo, marcou uma alteração de abordagem, transitando do controlo da população para a saúde e direitos reprodutivos. Central para o conceito de saúde e direitos reprodutivos é o “reconhecimento de que a promoção da igualdade de género e a capacitação das mulheres, a eliminação de todos os tipos de violência contra as mulheres e a garantia para as mulheres da capacidade de controlo da sua própria fertilidade são a base dos programas dedicados à população e ao desenvolvimento” (Glasier et al., 2006). Assim, a saúde reprodutiva é um conceito emancipador, enfatizando os direitos sexuais e reprodutivos e procurando permitir às mulheres que alcancem a plena

CAIXA 13.14: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CUIDADOS A CRIANÇAS NA ÍNDIA

O SEWA é um sindicato composto por mulheres pobres que trabalham por conta própria. Os seus membros expressaram a necessidade de prestação de cuidados a crianças, que lhes permitiria desenvolver actividade laboral sem pôr em risco a segurança e desenvolvimento dos seus filhos. Trabalhando de perto com o governo, os 100 infantários da SEWA são geridos por cooperativas de prestadores de cuidados a infantis, criados com o apoio do sindicato. Cada infantário recebe 35 crianças, desde o nascimento até aos 6 anos de idade, concentrando-se no desenvolvimento geral da criança, incluindo o crescimento físico e intelectual. Os professores têm reuniões frequentes com as mães, onde discutem e dão sugestões para o desenvolvimento dos seus filhos e as crianças são pesadas com regularidade, sendo mantidos registos do seu crescimento. Os infantários funcionam também como centros de imunização das crianças e de prestação de cuidados pré e pós-natais. Os estudos da SEWA revelam impactos

consideráveis da prestação destes cuidados: as mães tiveram aumentos de rendimento de mais de 50%, com reflexos, entre outros, na nutrição dos seus filhos. As mulheres dizem ter podido, pela primeira vez, introduzir legumes e lentilhas na alimentação dos filhos. Também afirmam sentir maior tranquilidade por saber que os filhos estão bem cuidados enquanto trabalham. Para além disso, os filhos mais velhos, sobretudo as meninas, frequentaram o ensino escolar pela primeira vez, por não terem já responsabilidades no cuidado dos irmãos. A somar a isso, o crescimento físico das crianças mais pequenas melhorou significativamente com a nutrição que recebem nos infantários, tal como as suas capacidades cognitivas. Todas as crianças foram inscritas no ensino primário aos 6 anos e a maioria continuou a receber formação até ao liceu.

Adaptado, com autorização do autor, da Segurança Social SEWA (s.d.).

autonomia sobre as suas vidas reprodutivas. O paradigma da saúde reprodutiva reforça a importância de procurar compreender as experiências individuais das mulheres e as limitações e factores sociais que influenciam a saúde sexual e reprodutiva ao longo da vida (Langer, 2006). Por essas razões, constitui uma parte integral do conjunto de objectivos dos determinantes sociais da saúde.

Em 1994, delegados de 179 países e 1.200 ONG concordaram em prestar acesso universal a saúde reprodutiva até 2015 (Glasier et al., 2006) e, mais recentemente, concordou-se em torná-lo um objectivo para os ODM. O progresso rumo ao acesso universal à saúde reprodutiva tem sido, contudo, desigual. Enquanto que o risco de morte materna na Irlanda é apenas de 1 em 47.600, este índice é de 1 em 8 no Afeganistão (UNICEF, 2007c). Do mesmo modo, dentro dos países, as desigualdades são enormes. Na Indonésia, por exemplo, a mortalidade materna é três a quatro vezes maior entre os pobres do que entre os ricos (Graham et al., 2004). Nos países de rendimento baixo e médio, 65% dos nascimentos sem uma parteira formada ocorrem entre os pobres das áreas rurais (Houweling et al., 2007). O fornecimento de acesso a serviços de saúde reprodutiva a mulheres deslocadas no seu país e, mais geralmente, a mulheres em países em conflito e outras crises, também permanece um desafio de difícil resolução (Hargreaves, 2000; Petchesky et al., 2007).

No século XXI, a atenção desviou-se para novas prioridades de dimensão global (Fathalla, 2006). Quando não está direccionada para a SIDA, a saúde reprodutiva e sexual não tem conseguido atrair os recursos financeiros que esperados da comunidade doadora, sobretudo nas áreas de planeamento familiar, aborto não assistido e DST (Langer, 2006). O sucesso dos programas de planeamento familiar na redução de taxas de fertilidade levou a uma redução no investimento nos serviços de planeamento familiar, “com consequências desastrosas em países com taxas baixas de utilização de contraceptivos” (Glasier et al., 2006). Acresce a isto que se verificaram tentativas de recuo nos acordos celebrados no Cairo (Fathalla, 2006). A resistência ideológica ao paradigma da saúde e direitos sexuais e reprodutivos, em particular no que respeita aos problemas relacionados com a sexualidade, aborto e serviços prestados a adolescentes, teve impactos negativos no acesso a serviços de que beneficiam particularmente as mulheres (Langer, 2006; Fathalla, 2006).

É crucial que governos e doadores reafirmem o seu compromisso para com a saúde e direitos reprodutivos e restabeleçam a saúde sexual e reprodutiva como prioridade chave da saúde e desenvolvimento (Glasier et al., 2006, Fathalla, 2006). Existem movimentos numa direcção positiva. Em 2004, todos os Estados-membros da OMS (apenas os Estados Unidos da América se dissociaram dessa estratégia) apoiaram a estratégia global da OMS para a saúde reprodutiva como forma de acelerar o progresso na direcção a objectivos e alvos internacionais relacionados com saúde reprodutiva (Glasier et al., 2006). Em 2007, na conferência mundial para revisão dos ODM nas Nações Unidas, os líderes mundiais reafirmaram o compromisso de “concretizar o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015”, como estabelecido na conferência do Cairo (Fathalla, 2006). Apesar de inicialmente omitido da estrutura dos ODM, um objectivo específico sobre saúde reprodutiva (“concretizar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva”) foi incluído na revisão de 2007. É necessário um compromisso político e financeiro reforçado para implementar o objectivo da saúde sexual e reprodutiva segundo os ODM, o que inclui o financiamento de organizações da sociedade civil, empenhadas na promoção da saúde e direitos reprodutivos.

O conhecimento e as tecnologias necessárias para alcançar o alvo de saúde sexual e reprodutiva para todos estão já disponíveis (Glasier et al., 2006). “Os cinco componentes fundamentais dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva são a melhoria dos cuidados pré-natais, peri-natais, pós-parto e cuidados neo-natais, prestação de serviços de alta qualidade para o planeamento familiar, incluindo serviços de infertilidade, eliminação de abortos não assistidos, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo SIDA, infecções do trato reprodutivo, cancro cervical e outras doenças ginecológicas e a promoção de uma sexualidade saudável” (Glasier et al., 2006). A redução da violência sexual e imposta pelo companheiro constituem também uma área de intervenção crítica. Enquanto que a disponibilidade de serviços de saúde sexual e reprodutiva de alta qualidade é obviamente crucial (Glasier et al., 2006) (ver Capítulo 9: *Cuidados de saúde universais*), deve ser incluída numa abordagem que também vise as raízes culturais e sociais da desigualdade de género.

As desigualdades de género são controladas socialmente e podem ser mudadas de modo a melhorar a saúde de milhões de meninas e mulheres em todo o mundo. A acção adequada inclui a garantia de que as leis existentes protegem e promovem a igualdade de género e o tratamento das discriminações em estruturas e políticas organizacionais. Em algumas regiões, a educação e formação das mulheres é uma prioridade; noutras regiões, a redução dos limites da sua participação económica, social e política a todos os níveis tornou-se a maior prioridade. Por fim, é crucial que os governos e doadores reafirmem o seu compromisso para com a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, dado o enfraquecimento gradual e recente desse empenho.

CAPÍTULO 14

Capacitação política – inclusão e expressão

“Por todo o Mundo, as pessoas ressentem-se da falta de controlo sobre as suas vidas, o seu ambiente, os seus empregos e, sobretudo, o destino da Terra. Assim, seguindo uma lei antiga da evolução social, a resistência confronta a dominação, a capacitação reage contra a impotência e os projectos alternativos desafiam a lógica incrustada na nova ordem global, crescentemente entendida como desordem por pessoas de todo o planeta.”

Castells 1997:69 (Oldfield & Stokke, 2004)

A RELAÇÃO ENTRE PODER E AS DESIGUALDADES NA SAÚDE

A integração do indivíduo na sociedade em que vive é vital para os aspectos materiais, psicossociais e políticos da capacitação que está na base do bem-estar social e da saúde equitativa. Neste capítulo, considera-se o papel do poder como um grande potenciador estrutural das desigualdades na saúde. Qualquer esforço sério para reduzir as desigualdades na saúde envolverá capacitação política – mudar a distribuição do poder no interior da sociedade e nas regiões de todo o Mundo, sobretudo favorecendo grupos e nações não marginalizados.

A manifestação do desequilíbrio do poder

O direito às condições necessárias para obtenção do nível mais alto possível de saúde é universal (ONU, 1948). Contudo, o risco de um indivíduo ver os seus direitos violados não é

universal e esta desigualdade deriva de desequilíbrios estruturais profundamente enraizados (Farmer, 1999). Manifestando-se num conjunto de categorias sociais que se intersectam – classe, educação, género, idade, etnia, incapacidade e geografia – a desigualdade social reflecte diferenças profundas de riqueza, poder e prestígio de diferentes indivíduos e comunidades. Aqueles que já são desfavorecidos sofrem de mais desvantagens no campo da saúde.

A igualdade na saúde depende vitalmente da capacitação dos indivíduos e dos grupos para representar, com força e eficácia, as suas necessidades e interesses e, ao fazê-lo, desafiar e alterar a distribuição injusta e parcial dos recursos sociais (as condições da saúde), aos quais todos os homens e mulheres têm igual direito (CS, 2007). Subjacente aos motores estruturais das desigualdades nas condições quotidianas, abordados neste relatório, está a distribuição de energia desigual. A desigualdade energética interage em quatro principais dimensões – política, económica, social e cultural – que, conjuntamente, formam um contínuo ao longo do qual os grupos são, em diferentes graus, excluídos ou incluídos. A dimensão política consiste tanto nos direitos formais, vertidos na legislação, constituições, políticas e práticas, como nas condições em que os direitos são exercidos, incluindo acesso a água potável, condições sanitárias, habitação, transporte, energia e serviços como os cuidados de saúde, educação e protecção social. A dimensão económica é constituída pelo acesso e distribuição de recursos materiais, necessários à vida (por exemplo, rendimento, emprego,

Figura 14.1: Rácio final da frequência do ensino secundário por homens e mulheres.

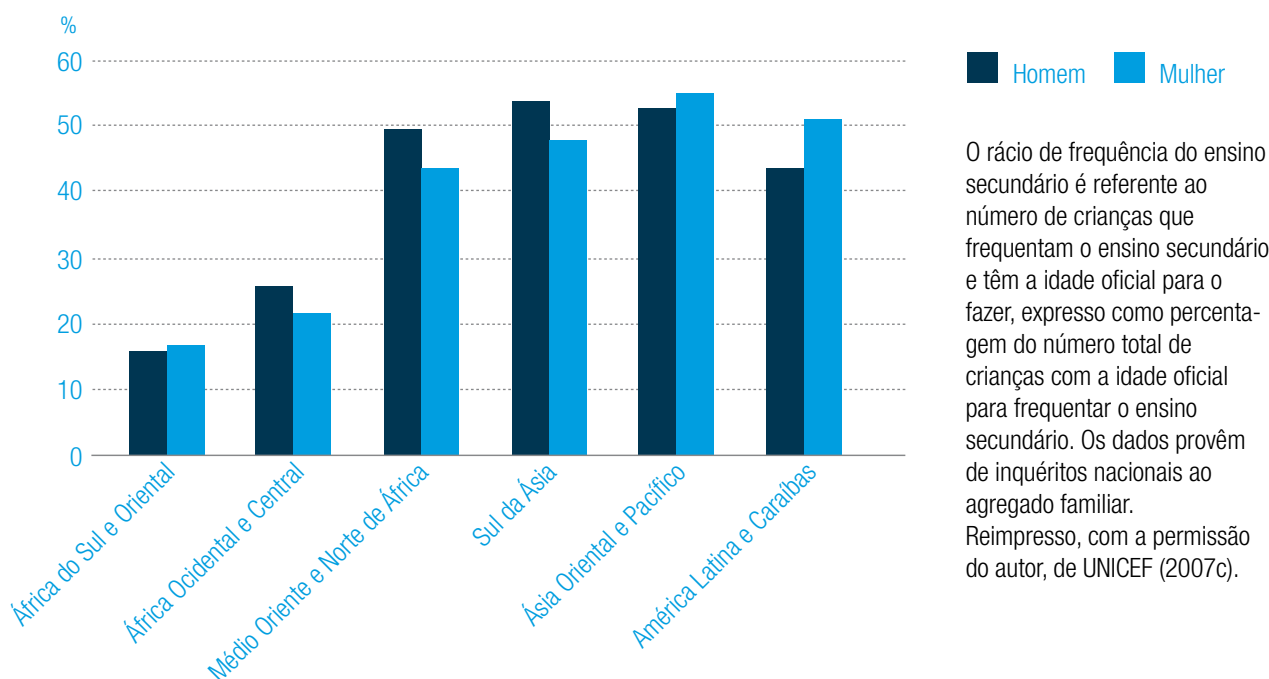
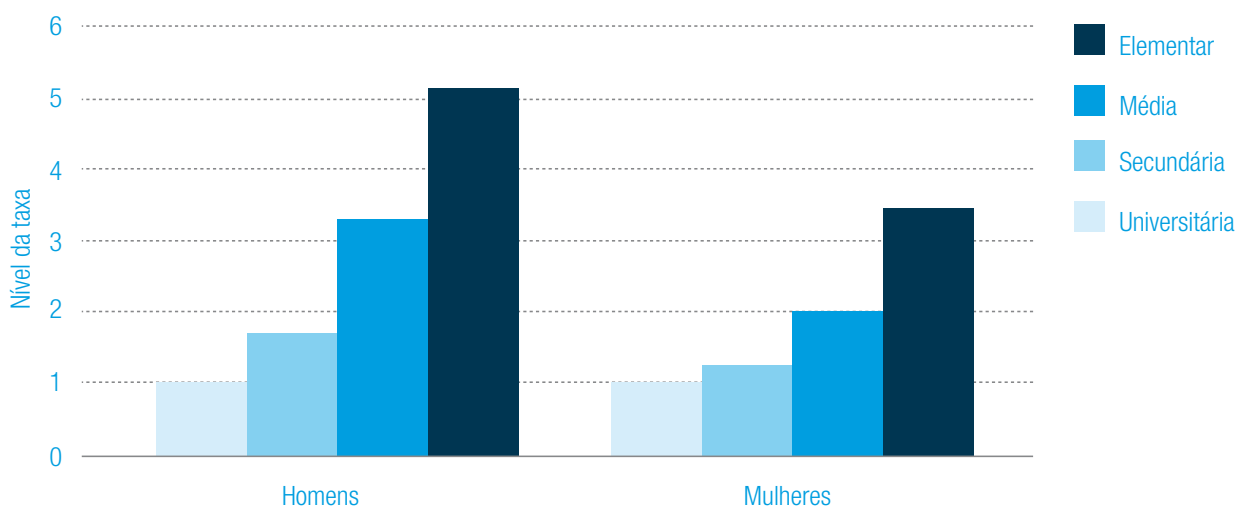
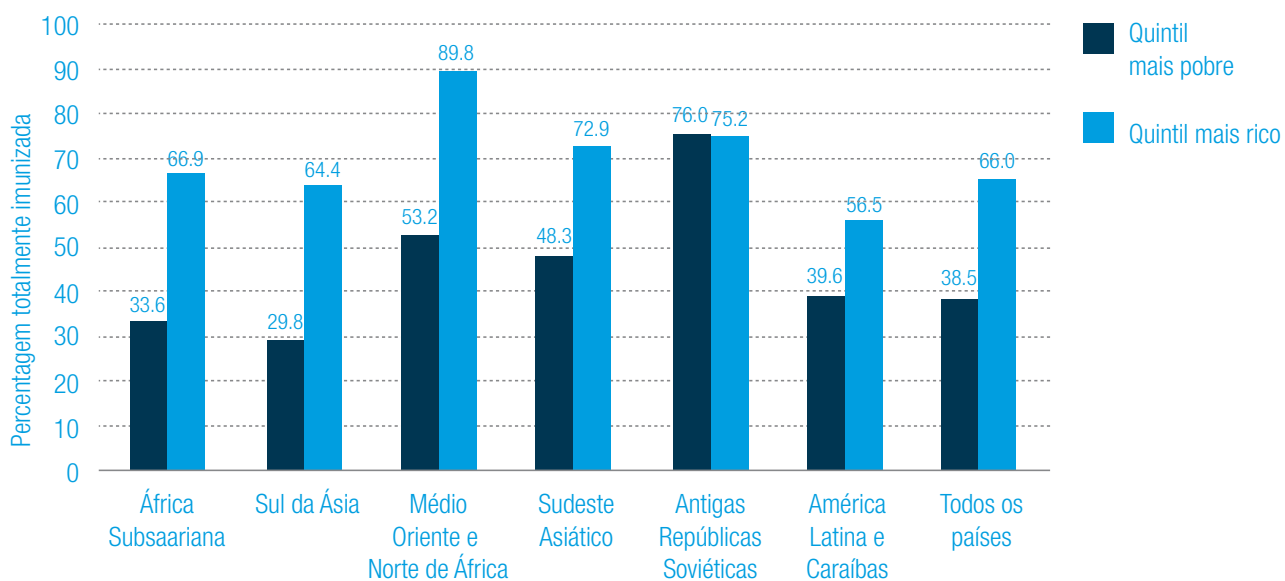


Figura 14.2: Mortalidade ajustada à idade em homens e mulheres da República da Coreia, por nível de educação atingido, 1993-1997.



Fonte: Son et al., 2002.

Figura 14.3: Taxa de vacinação total no quintil de população mais pobre e no da mais rica (médias regionais).



Reimpresso, com permissão da editora, de Gwatkin & Deveshwar-Bahl (2001).

habitação, propriedade de solo, condições de trabalho e modos de vida). A dimensão social é constituída por relações estreitas de apoio e solidariedade (por exemplo, amizade, afinidade, família, clã, vizinhança, comunidade, movimento social) e a dimensão social relata até que ponto um leque de valores, normas e formas de vida contribuem para a saúde de todos e são aceites e respeitados (SEKN, 2007).

Gozar de liberdade para participação em relações económicas, sociais, políticas e culturais tem valor intrínseco (Sen, 1999). A inclusão, acção e controlo são importantes para o desenvolvimento e a saúde da sociedade (Marmot, 2004). A participação restrita também resulta da privação de capacidades humanas fundamentais, criando condições para a existência de diferenças em, nomeadamente, emprego, educação e cuidados de saúde. Por exemplo, o acesso diferenciado à educação (Figura 14.1) leva à desigualdade na mortalidade em geral (Figura 14.2).

O subdesenvolvimento de potencial conduz a outras desigualdades. A falta de acesso a educação de qualidade pode provocar a exclusão do mercado de trabalho ou a inclusão com condições deficientes, levando a um rendimento relativamente baixo e a más condições no lar (tais como as dimensões do espaço onde se vive, nutrição e outros factores contribuintes para uma saúde deficiente). O crescimento global do emprego precário, do trabalho infantil e da exploração laboral reflectem e reforçam a falta de capacitação dos trabalhadores e seus representantes industriais e políticos. As decisões políticas, económicas, financeiras e comerciais de uma mão cheia de instituições e empresas têm actualmente um impacto profundo nas vidas de milhões de pessoas (EMCONET, 2007), cuja voz e aspirações não são ouvidas ou são preteridas em detrimento de interesses mais poderosos.

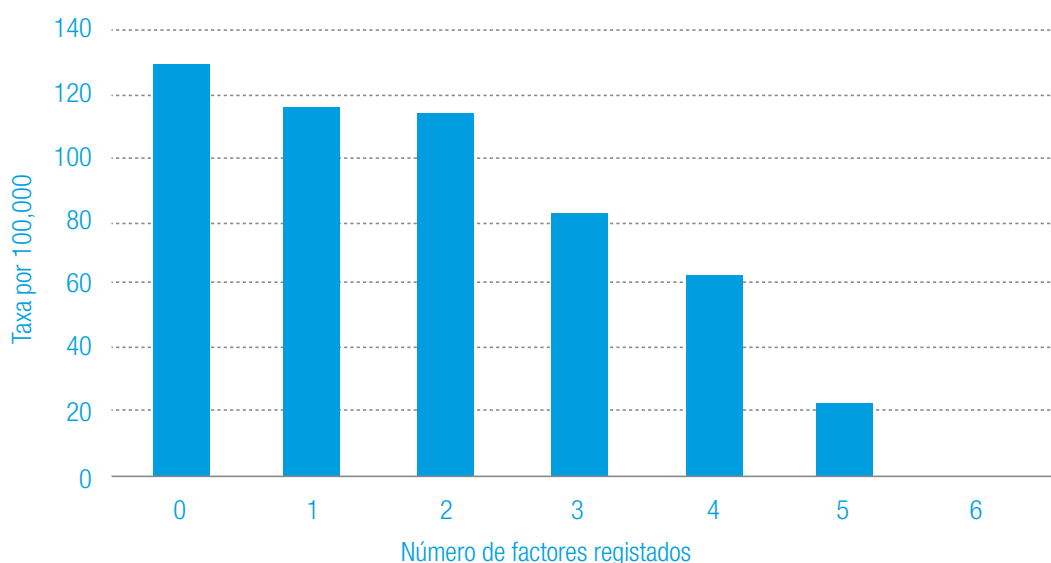
Existem, também, grandes desigualdades sociais no usufruto dos avanços tecnológicos e biomédicos. A análise do DHS (Inquéritos de Demografia e Saúde – Demographic and Health Surveys) de 42 países (Gwatkin & Deveshwar-Bahl, 2001) ilustra as desigualdades socioeconómicas profundas na imunização total, com taxas mais altas entre os ricos, quando comparadas com as dos pobres, em virtualmente todo o Mundo (Figura 14.3).

Identidade e intervenção

As diferenças no estatuto de alguns grupos e nas oportunidades de participação por parte de populações específicas são claramente manifestadas no tratamento de culturas indígenas – as suas visões do mundo, valores e aspirações – por parte dos governos e todos aqueles que fornecem serviços directos (Grupo de Trabalho para a Saúde Indígena – Indigenous Health Group, 2007). A desigualdade persistente nas condições de saúde das populações indígenas é central à relação entre saúde e poder, participação social e capacitação (Grupo de Trabalho para a Saúde Indígena, 2007). A recuperação da continuidade pessoal e cultural tem implicações maciças para a saúde e bem-estar destas comunidades, como se revela nas taxas de suicídio de jovens das populações das Primeiras Nações no Canadá (Figura 14.4).

O impedimento injusto de participação ou a falta de capacitação também podem levar a situações de conflito. Neste cenário, os indivíduos sofrem uma série de privações físicas e sociais, incluindo falta de segurança, desintegração e perda de redes sociais e estrutura familiar, alienação dos modos de vida, insegurança alimentar e exposição a ambientes físicos e sociais de baixa qualidade (Watts et al., 2007). A falta de capacitação de indivíduos, comunidades e, inclusivamente, de países, associada a situações de conflito, acarreta uma variedade de preocupações de saúde. Como em outras dimensões da desigualdade, as

Figura 14.4: Taxa de suicídio de jovens nas Populações Indígenas, por factores de continuidade cultural.



Quantificação dos factores de continuidade cultural: reivindicação de terras, auto-administração, serviços de educação, serviços de polícia e bombeiros, serviços de saúde, infra-estruturas culturais. Reimpresso, com a permissão da editora, de Chandler & Lalonde (1998).

necessidades das vítimas de conflito devem ser representadas na construção e reforço de políticas e sistemas económicos e sociais.

Os problemas relacionados com o desequilíbrio de poder não dizem apenas respeito a indivíduos e comunidades. Alguns países permanecem profundamente incapacitados, relativamente a outros, pela falta de recursos. A pobreza à escala nacional exacerba as capacidades desiguais em ambientes de negociação multilateral, conduzindo a tratados e acordos que não servem adequadamente os melhores interesses desses países fragilizados (ver Capítulo 15: *Administração global competente*). Este panorama tem grandes implicações no modo como as nações conseguem criar condições de suporte à saúde e a igualdade na saúde.

ACÇÃO PARA A JUSTIÇA NA INCLUSÃO E EXPRESSÃO

A capacitação política para a saúde e a igualdade na saúde exige um reforço da justiça na forma como todos os grupos numa sociedade são incluídos ou representados nos processos de decisão sobre a forma como a sociedade opera, especialmente em relação ao seu efeito na saúde e igualdade na saúde. Essa justiça na expressão e integração depende das estruturas sociais, apoiadas pelo governo, que apoia e assegura os direitos dos grupos à sua consulta e a representar-se à representação própria – através de, por exemplo, legislação e capacidade institucional – e em programas específicos, apoiados por aquelas estruturas, através das quais é possível concretizar-se uma participação activa. Para além destes factores, esta noção de equidade depende do crescimento das organizações, redes e movimentos da sociedade civil, e sua progressiva capacidade para desafiar a desigualdade e promover a concretização da igualdade – em termos gerais e em relação à saúde –, no centro de todos os debates políticos existentes e futuros.

Legislação para a capacitação política – direitos e intervenção

O direito às condições necessárias para alcançar o nível mais alto possível de saúde – artigo 12º do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais – preocupa-se sobretudo com grupos carenciados, participação e responsabilização e está o fundamento do movimento da saúde e direitos humanos (Hunt, 2007). O Comentário Geral 14 (2000) é um instrumento notável que confirma que o direito a condições de saúde não abrange apenas o acesso a cuidados de saúde, mas inclui outros determinantes sociais da saúde, tais como água potável, condições sanitárias adequadas, ambiente saudável, informação sobre a saúde e liberdade de discriminação (ONU, 2000a). A ratificação, implementação e monitorização do Comentário Geral 14 e respectivas acções são fundamentais para a progressiva concretização deste direito. A OMS, em colaboração com outras agências internacionais e o Relator Especial das Nações Unidas sobre o Direito ao Mais Alto Nível de Saúde Possível (ver Capítulo 15: *Administração global competente*), apoia os estados na adopção e implementação do Comentário Geral 14.

O direito a uma identidade civil legal é central a uma participação justa. Os indivíduos não podem reclamar os seus direitos – acesso à educação e assistência social, cuidados de saúde ou participação civil e segurança pessoal – sem uma identidade legalizada (Caixa 14.1) (Acosta, 2006). É, assim, importante que os países, apoiados pelas agências internacionais e doadores, reforcem a estrutura legal e institucional para assegurar o direito a uma identidade civil legal (ver Capítulo 16: *Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*).

CAPACITAÇÃO POLÍTICA : ÁREA DE ACÇÃO 14.1

Emancipar todos os grupos na sociedade através da representação justa nos processos de decisão sobre a forma como a sociedade opera, nomeadamente em relação aos seus efeitos sobre a igualdade na saúde, e criar e manter um enquadramento de inclusão social para a elaboração de políticas.

Na base da concretização de direitos, participação justa e inclusão nos processos de decisão e acção que influenciem positivamente a saúde e a igualdade na saúde, estão sistemas políticos e legais transparentes, responsabilizáveis e de participação pública que se fundamentam e reforçam uma verdadeira participação.

A Comissão recomenda que:

14.1 Os governos nacionais reforcem os sistemas políticos e legais para assegurar a promoção da igual inclusão de todos os indivíduos (ver Recomendação 13.1; 16.1).

Género

Uma das reformas políticas mais equitativas e integradoras é a que trata das profundas desigualdades de género existentes. Isto exige a participação das mulheres nos processos de elaboração de políticas e de decisão e aumentará a probabilidade de realização de planeamento e implementação de medidas sensíveis às questões de género. Por exemplo, uma reforma legislativa de escala nacional na Índia, que assegurou um número mínimo de assentos na assembleia da aldeia para as mulheres, provou ser crítica para a sua emancipação política e, subsequentemente, para a acção local que respondia às necessidades existentes (Caixa 14.2).

Autonomia

As vidas das Populações Indígenas continuam a ser governadas por leis, regulamentos e condições específicas que não se aplicam a outros membros dos estados civis. As Populações Indígenas continuam a morar em terras isoladas e estão

frequentemente no centro de disputas jurisdicionais entre níveis de governo, sobretudo em áreas relativas ao à atribuição de fundos, programas e serviços. Desse modo, as Populações Indígenas têm um estatuto diferente e necessidades específicas, relativamente a outros grupos.

A Comissão recomenda que:

14.2 Os governos nacionais reconheçam, legitimem e apoiem grupos marginalizados, sobretudo as Populações Indígenas, em políticas, legislação e programas que capacitem os indivíduos a fazer-se representar nas suas necessidades, reivindicações e direitos.

Como apontado pela ONU, as Populações Indígenas têm o direito a “medidas especiais para melhoria imediata e contínua das suas condições económicas e sociais, inclusive nas áreas de emprego, formação vocacional e formação contínua, habitação, condições sanitárias, saúde e segurança social”. Acresce que a Declaração dos Direitos das Populações Indígenas, recentemente aprovada pelo Conselho dos Direitos Humanos das Nações Unidas, declara que “as Populações Indígenas têm o direito a definir e desenvolver todos os programas de saúde, habitação e outros programas de natureza económica e social que os afectem e, quando possível, a administrar esses programas através das suas próprias instituições”, o que é intrínseco ao direito dos Populações Indígenas à autonomia e auto-determinação. É importante que a ONU finalize a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Populações Indígenas e obtenha a sua ratificação pelos Estados-membros, encorajando a sua implementação.

CAIXA 14.1: IDENTIDADE E DIREITOS NA BOLÍVIA

55% da população da boliviana é de origem “Quechua” ou “Aymara”. Estima-se que quase 9 em cada 10 pessoas nas comunidades rurais e agrícolas da Bolívia não possuam documentos de identidade, enquanto mais de metade não tenham os registos de nascimento necessários para obter aqueles documentos. Sem registo de nascimento, as crianças estão impedidas de frequentar o ensino formal – fechando uma potencial via de fuga à pobreza. Sem documentos identificativos, as pessoas não podem votar, têm direitos legais limitados e estão efectivamente excluídas do acesso a serviços sociais e de saúde, que incluem o seguro de saúde nacional

da Bolívia para mães e grávidas, criado para combater as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, mas cujo acesso, no entanto, está vedado a mulheres sem documentos identificativos.

Através do Projecto “Direito à Identidade”, o DIFD do Reino Unido (Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional – UK Department for International Development) está a trabalhar com Tribunal Superior Eleitoral da Bolívia, organizações não governamentais e comunidades para facilitar o registo e obtenção de documentos de identidade e informar a população dos seus direitos como cidadãos.

Fonte: DFID, 2008.

CAIXA 14.2: APOIO LEGISLATIVO INDIANO ÀS MULHERES

Através da actuação do parlamento nacional indiano, a 73ª Alteração à Constituição Indiana, implementada em 1993, estipulou que um terço dos assentos na assembleia das aldeias se destinasse a mulheres. Esta é considerada uma das mais fortes medidas de reformas para eliminação dos preconceitos através dos quais as mulheres têm

muito pouca representação em estruturas políticas. As organizações femininas têm sido muito activas na formação das mulheres eleitas. Existe mais de um milhão de mulheres eleitas em assembleias de aldeias, que exercem autoridade sobre orçamentos e sobre a definição das prioridades nas políticas locais.

Fonte: Governo Indiano, 1992.

A forma como a Declaração dos Direitos dos Populações Indígenas foi operacionalizada para a saúde e a igualdade na saúde dentro de diferentes contextos sociopolíticos exigirá uma consideração cuidadosa pelas Populações Indígenas. O exemplo do Plano de Saúde Tripartido da Colúmbia Britânica (British Columbia Tripartite Health Plan) – incluindo elementos de legislação, governação participativa e serviços de saúde activos – apresenta uma estrutura participativa para avançar rumo a cenários melhores (Caixa 14.3). O pedido de desculpas proferido pelo novo Governo Trabalhista Australiano, em Fevereiro de 2008, aos membros das Populações Indígenas que foram levados das suas famílias em criança e forçados a viver com famílias de acolhimento ou lares foi um exemplo do reconhecimento de um governo da história única de colonização de Populações Indígenas e a necessidade de medidas especiais (The Age, 2008). O pedido de desculpas foi acompanhado de um compromisso de redução da diferença de EVN entre indígenas e outros Australianos no período de uma geração (25 anos).

Participação justa na elaboração de políticas

Uma boa governação é a base para a acção bem sucedida e exige atenção a mecanismos de confiança, reciprocidade e responsabilidade (KNUS, 2007). Para que tal aconteça, é essencial assegurar uma participação justa na governação. Na realidade, uma parte integral do direito à saúde é a participação activa e informada de indivíduos e comunidades nos processos de decisão sobre a saúde, nos temas que os afectam.

“A diferença entre gestos de cosmética política e a participação activa e real consiste no acompanhamento e na inclusão das populações do início ao fim dos processos.”
(Centro de Recursos Landon Pearson para o Estudo da Infância e Direitos da Criança – Landon Pearson Resource Center for the Study of Childhood and Children’s Rights, 2007)

A Comissão recomenda que:

14.3 Os governos a nível nacional e local assegurem a justa representação de todos os grupos e comunidades nos processos de decisão que afectam a saúde, assim como no subsequente fornecimento e avaliação de programas e serviços (ver Recomendações 6.1; 7.1; 9.1; 11.6).

Todos os membros da sociedade, incluindo os cidadãos mais desfavorecidos e marginalizados, têm direito a participar na identificação de prioridades e objectivos que orientam as deliberações técnicas por detrás da formulação de políticas. Para além disso, a sua participação não se deve limitar à forma do fornecimento do programa, mas antes ser vista como um processo contextualizante, através do qual se elaboram políticas, convertidas em programas e serviços, fornecidas, experimentadas e avaliadas.

As recomendações para a AIS no Capítulo 10 (*Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas*) oferecem processos e mecanismos através dos quais diferentes grupos sociais e comunidades podem participar no desenvolvimento,

CAIXA 14.3: CANADÁ: O PLANO DE SAÚDE TRIPARTIDO DA COLÚMBIA BRITÂNICA – PRIMEIRAS NAÇÕES

O Plano de Saúde Tripartido da Colúmbia Britânica é um acordo sem precedentes, assinado em 11 de Junho de 2007 pelo Governo do Canadá, a província da Colúmbia Britânica e o Conselho das Primeiras Nações da Colúmbia Britânica. O Plano obriga as partes a colaborar no desenvolvimento de soluções práticas e inovadoras que suportem melhorias fundamentais na saúde das comunidades das Primeiras Nações no território. Reflecte a visão comum de cooperação para o desenvolvimento, teste

e implementação de novas formas de planeamento e prestação de programas e serviços de saúde. No centro da atenção do plano está o compromisso de criação de uma nova estrutura governativa que aumente o controlo das Primeiras Nações sobre os seus serviços de saúde e promova uma melhor integração e coordenação de serviços para assegurar a melhoria do seu acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Fonte: Governo do Canadá, 2007.

CAIXA 14.4: A CONSTITUIÇÃO DO UGANDA E PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS

Actualmente, o Uganda encoraja activamente a participação nos processos de decisões na área da saúde. A Constituição do país sublinha a importância da “participação activa de todos os cidadãos, a todos os níveis” e todas as organizações da sociedade civil foram incluídas na preparação do Plano de Acção para Erradicação da Pobreza no Uganda.

O Uganda possui uma nova política de descentralização do sector da saúde, segundo a qual, dentro dos sistemas de saúde distritais, existem

quatro níveis de organização e administração, sendo o mais pequeno conhecido como Equipas de Saúde das Aldeias, também conhecidas por Comitês de Saúde das Aldeias. Segundo uma perspectiva do direito à saúde, estas equipas desempenham um papel essencial ao permitir uma participação massificada da comunidade no sector da saúde.

Fonte: Hunt, 2006.

CAIXA 14.5: INICIATIVA DE INCLUSÃO SOCIAL DO ESTADO AUSTRÁLIA DO SUL

A Iniciativa de Inclusão Social é a resposta do governo do Estado da Austrália do Sul ao problema da exclusão social através de: promoção da implementação conjunta de programas em vários departamentos do governo, sectores e comunidades; emprego de abordagens inovadoras; desenvolvimento de parcerias e relações com os intervenientes; e ênfase na obtenção de resultados.

A Iniciativa de Inclusão Social opera nos sectores governamental e não-governamental, usando um modelo que reflecte a preocupação do Governo da Austrália do Sul e do público por um problema específico, ou por um grupo particular, cujas circunstâncias o impede de gozar, actual ou potencialmente, de vidas saudáveis e plenas.

O Conselho Directivo do programa é constituída pelo Presidente e 9 a 10 membros, geralmente membros conhecidos da comunidade ou peritos de grande nível no seu campo. O presidente e o Conselho são independentes do governo, mas fazem parte de um processo por ele apoiado e a ele estreitamente ligado. Existe uma relação profissional próxima entre o presidente do Conselho Directivo e o Primeiro-Ministro (chefe de Estado) e entre o Presidente e o Director Executivo da Unidade de Inclusão Social (Social Inclusion Unit – SIU). O Conselho Directivo estabeleceu termos de referência e é responsável por:

assumir a liderança do trabalho da SIU para assegurar que o governo recebe conselhos de peritos para as políticas relativas aos problemas de política social identificados e segue uma abordagem coordenada e integrada ao desenvolvimento, implementação e revisão das indicações do governo para redução da exclusão social;

fornecer recomendações, informação e aconselhamento ao Primeiro-Ministro e Governo, incluindo conselhos sobre as prioridades potenciais para a ponderação de financiamento pelo governo;

fornecer orientação, apoio e aconselhamento à SIU para a resolução de problemas identificados pelo Primeiro-Ministro e o Governo;

desenvolver estratégias para lidar com as causas da exclusão social e garantir liderança para influenciar e modelar as políticas de justiça social nacionais;

assistir o SIU no desenvolvimento e manutenção dos mecanismos de compromisso relevantes no governo, a comunidade e os intervenientes;

aconselhar e informar a SIU, para assisti-la nas actividades de pesquisa;

fazer relatórios trimestrais ao Primeiro-Ministro.

Fonte: Newman et al., 2007.

CAIXA 14.6: PLANEAMENTO DA PARTICIPAÇÃO ESTATUTÁRIA NO REINO UNIDO

Em Londres, a Lei da Autoridade para a Área Metropolitana de Londres de 1999 (Greater London Authority Act) criou a Autoridade para a Área Metropolitana de Londres (GLA). Esta lei confere a responsabilidade para conceber e apresentar um plano de desenvolvimento urbano geral (o Plano de Londres), para além das estratégias associadas relativas à qualidade do ar, biodiversidade, ruído, resíduos municipais, cultura, transportes e desenvolvimento económico. Esta Lei também inclui o compromisso do presidente da câmara e a GLA para a promoção da saúde, dedicação à igualdade e garantia de desenvolvimento sustentado.

A GLA propicia uma boa plataforma para uma parceria funcional ao nível municipal, ao reunir

o presidente da câmara, uma assembleia eleita separadamente, a Agência para o Desenvolvimento de Londres (London Development Agency), a Autoridade para o Planeamento Contra Emergências e Incêndios (London Fire and Emergency Planning Authority), a Polícia Metropolitana e os Transportes de Londres. Londres também tem uma entidade parceira específica para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades, sob a forma da Comissão para a Saúde de Londres (London Health Commission), que reúne as agências legais, públicas, privadas, académicas e voluntárias capazes de influenciar os determinantes sociais da saúde.

Fonte: LHC, 2000.

implementação e avaliação de políticas. Pode aprender-se muito com as práticas existentes. A criação de uma rede de apoio governamental, eventualmente através do Conselho Económico e Social, operando nas escalas global, regional e nacional, facilitaria a identificação e partilha de boas práticas (por exemplo, Aliança de Cidades Saudáveis, Rede Europeia de Cidades Saudáveis, Rede de Municípios e Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS).

A representação obrigatória da sociedade civil num mecanismo intergovernamental, de que o Uganda é exemplo, é um importante elemento de política coerente para a saúde e igualdade na saúde, planeada de acordo com as necessidades (Caixa 14.4).

A Iniciativa de Inclusão Social do Estado da Austrália do Sul (Social Inclusion Initiative) (Caixa 14.5) ilustra o valor do reconhecimento político e compromisso forte para a inclusão e igualdade na saúde. Demonstra o mérito da existência de uma unidade independente que auxilia, em vez de gerir, os processos de envolvimento exigidos para a inclusão social, de um plano estratégico e de estipular objectivos para a mudança.

A justiça social não tem apenas raízes no privilégio da igualdade na elaboração de políticas nacionais centrais. Essa concentração é estimulada e alimenta-se das condições locais de inclusão e representação justa. Uma forma de promoção desta visão consiste em fazer da construção de uma

comunidade saudável e equitativa um requisito estatutário local, o que pode ser conseguido através da criação de um plano de desenvolvimento local estratégico, aprovado democraticamente, que seja regularmente monitorizado e revisto (Caixa 14.6). A atribuição de financiamento legal para apoiar o empenho da comunidade e a sua participação é crítica. A monitorização e comunicação de resultados com frequência anual ajudarão a medir o progresso, através do emprego de um conjunto de alvos específicos, incluindo o impacto na igualdade na saúde (Comissão para a Saúde de Londres – London Health Commission, LHC, 2000).

Apoio financeiro à participação justa

O apoio financeiro às comunidades e governos locais para a parceria na construção de sociedades mais saudáveis e igualitárias é um elemento essencial de uma estrutura governativa apoiante e inclusiva para a igualdade na saúde. O exemplo de Porto Alegre, no Brasil, ilustra o efeito significativo de um programa orçamental participativo sobre a saúde da população, criado pelo governo municipal, numa tentativa de usar o conhecimento e perspectiva únicas dos cidadãos para resolver os problemas numerosos da cidade (Caixa 14.7).

De forma semelhante, o exemplo da Venezuela (Caixa 14.8) ilustra um modelo de administração participativa, sustentada por princípios de orçamentação participativa e apoio legislativo à intervenção comunitária.

CAIXA 14.7: ORÇAMENTAÇÃO PÚBLICA PARTICIPATIVA EM PORTO ALEGRE, BRASIL

Porto Alegre instituiu a orçamentação participativa e permitiu aos seus cidadãos que votassem o orçamento municipal. A cidade prestou sessões de formação aos membros da comunidade para que estes compreendessem e se envolvessem nos debates do orçamento. A formação foi valiosa para os membros da sociedade que representavam directamente comunidades maiores nas Assembleias Plenárias Regionais. Executivos do governo e representantes das comunidades geriram conjuntamente estas assembleias que reúnem duas vezes por ano. A cooperação entre executivos e restantes cidadãos conduziu a uma proposta de orçamento, que foi depois votado na generalidade pelas comunidades. Enquanto que os funcionários municipais deram orientação e ajudaram a resolver questões orçamentais difíceis, os orçamentos propostos e finalizados foram criados pelos munícipes de Porto Alegre.

O programa de orçamentação participativa estimulou uma actividade da sociedade civil mais intensa, a

contribuição da comunidade e melhorias perceptíveis na vida da cidade. 8% (100.000 habitantes) da população total da cidade participaram directamente na elaboração do orçamento; 57,2% dos cidadãos afirmaram pensar que a população decide, de facto, sempre ou quase sempre o destino das obras públicas. O novo orçamento permitiu ao departamento de habitação fornecer assistência a 28.862 famílias, contra 1.714 no mesmo período em 1986 a 1988. O sistema de recolha do lixo abrange a quase totalidade dos agregados familiares e inclui a recolha separada de detritos recicláveis desde 1990. Virtualmente, todos os habitantes de Porto Alegre têm acesso a água canalizada em sua casa e boas condições sanitárias e de eliminação de detritos sanitários. A orçamentação pública participativa delegou o poder municipal, proporcionando aos cidadãos ferramentas para a mudança. Porto Alegre tem agora o melhor padrão de vida e a EVN mais alta de qualquer centro metropolitano Brasileiro.

Fonte: KNUS, 2007.

EMANCIPAÇÃO POLÍTICA : ÁREA DE ACÇÃO 14.2

Permitir que a sociedade civil se organize e actue de forma a promover e concretizar os direitos políticos e sociais que afectam a igualdade na saúde.

CAIXA 14.8: “BARRIO ADENTRO” – DIREITO À SAÚDE E INCLUSÃO SOCIAL NA REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA

A Constituição Venezuelana prevê o direito à saúde e o dever dos cidadãos de adoptar um papel activo na gestão da saúde. A proposta da nova Lei de Saúde Geral declara que a participação e controlo social da saúde são direitos constitucionais de todos os cidadãos e que estes têm o direito de tomar decisões, intervir e exercer controlo directo, com autonomia e independência, em todas as matérias relativas à formulação, planeamento e regulamentação de políticas, planos e projectos relacionados com a saúde, bem como a avaliação, controlo e monitorização da gestão e financiamento do sector da saúde.

A Missão “Barrio Adentro” é um elemento chave na proposta para a inclusão social prevista na Constituição da República Bolivariana da Venezuela de 1999. A Missão, criada em 2003, tornou-se num programa de saúde pública nacional, dedicado a acabar com as falhas dos cuidados de saúde nacionais. A Missão “Barrio Adentro” promove acções específicas para a intervenção e participação dos líderes da comunidade na definição e controlo da administração da saúde. Desde Janeiro de 2004, o principal fim da Missão tem sido o de fornecer cobertura completa de cuidados de saúde primários a toda a população.

Na estrutura administrativa da Missão “Barrio Adentro”, os indivíduos são responsáveis pela coordenação de brigadas de médicos por paróquias, municípios e regiões, em colaboração com comités de saúde de bairro, que participam integralmente na criação de políticas, planos, projectos e programas de saúde, bem como na execução e avaliação da gestão da Missão. Em 2006, existiam 150 comités registados associados com “Barrio Adentro” e outras Missões sociais. O mandato dos comités de saúde consiste em identificar os problemas de saúde prioritários na população, definir a sua prioridade e decidir as principais acções que a comunidade deve concretizar para os resolver. O funcionamento dos comités de saúde é regulado pela Lei dos Conselhos da Comunidade de 6 de Abril de 2006, que obriga os comités de saúde a trabalhar em conjunto com outras organizações comunitárias, filiadas no conselho comunitário. Entre outras responsabilidades, os conselhos comunitários administram os orçamentos atribuídos a cada comunidade, incluindo os orçamentos dos comités de saúde.

Fonte: OPAS, 2006.

CAIXA 14.9: APOIO LEGAL PARA CAPACITAÇÃO DA COMUNIDADE – SEWA, ÍNDIA

Como outras mulheres pobres que trabalham por conta própria, as vendedoras de vegetais de Ahmedbad, na Índia, vivem com poucas condições. O SEWA, sindicato de quase um milhão de trabalhadores, é um exemplo de acção colectiva conduzida por estas mulheres para desafiar e mudar estas condições.

Frequentemente perseguidas pelas autoridades locais, as vendedoras de vegetais fizeram lutaram ao lado do SEWA para reforçar o seu estatuto social através do reconhecimento formal, sob a forma de licenças, documentos de identificação e representações em entidades urbanas que regulam as actividades de mercado e desenvolvimento urbano. Esta campanha, começada em Gujarat, terminou no Supremo Tribunal da Índia.

Para reforçar controlo sobre os seus modos de vida, todos os membros do SEWA se juntaram para criar o seu estabelecimento de venda a retalho de vegetais,

eliminando o intermediário explorador. O SEWA também organiza a prestação de serviços de cuidados infantis, gerindo infantários para bebés e crianças e campanhas a estatais e nacionais de promoção dos cuidados infantis como direito de todas as mulheres trabalhadoras. Para além disso, que os membros do SEWA estão a melhorar as suas condições de vida, através de programas de melhoria de bairros carenciados, que fornecem infra-estruturas básicas. Estas actividades são desenvolvidas em parcerias com o governo, organizações da sociedade civil e o sector empresarial. Para resolver o problema de acesso ao crédito, o Banco SEWA concede pequenos empréstimos e facilidades bancárias a mulheres pobres que trabalham por conta própria. O banco é propriedade dos seus membros e as suas políticas são formuladas por uma conselho directivo eleito, composto por trabalhadoras.

Fonte: Banco SEWA, s.d..

Abordagens à igualdade na saúde com acção desde as bases até ao topo da hierarquia social

Apesar da emancipação dos grupos sociais através da sua representação na elaboração de políticas, estabelecimento de objectivos e processo de decisão ser crítico, também o é a capacitação para acção através de abordagens sentido ascendente na hierarquia social (Sibal, 2006). O combate contra as injustiças sofridas pelos mais carenciados na sociedade e o processo de organização destas pessoas reforçam a liderança dos habitantes locais. Este é um processo emancipador, que abrange todos os aspectos das vidas dos indivíduos e que lhes confere um maior sentido de controlo sobre as suas vidas e futuro. Se um filho seu adoecer, por exemplo, procurarão ajuda, em vez de deixar a solução dos seus problemas ao sabor do destino. Melhor ainda, tomarão acção preventiva, como a vacinação infantil, para evitar a ocorrência.

A documentação existente de intervenções para a emancipação dos jovens, prevenção do VIH/SIDA e emancipação das mulheres sugerem que “as estratégias mais eficazes de emancipação são as que reforçam a participação real, assegurando a autonomia nos processos de decisão, sentido de comunidade e laços locais e capacitação psicológica dos próprios membros da comunidade” (WGEKN, 2007).

A Comissão recomenda que:

14.4. A capacitação para a acção sobre igualdade da saúde, através de uma abordagem de sentido ascendente na hierarquia social, com o contributo de massas, exige apoio para que a sociedade civil desenvolva, reforce e implemente iniciativas orientadas para a igualdade na saúde.

A aprovação de alterações legais para reconhecimento e apoio de iniciativas de capacitação da comunidade assegurará a inclusão abrangente de grupos carenciados em acções de escala global, nacional e local, no que concerne a melhoria da saúde e da igualdade na saúde. O apoio aos esforços das mulheres para coordenar pela atribuição de recursos – disponibilizados por doadores ou governos –, a organizações femininas é igualmente importante para a igualdade de género (Caixa 14.9).

Como o exemplo do SEWA ilustra, a criação das suas próprias organizações tem sido uma das formas escolhidas pelas mulheres para promover a solidariedade, prestar apoio e, colectivamente, trabalhar pela mudança. Estas organizações têm diferentes dimensões, podendo ter sede em pequenas aldeias ou grupos de bairro ou assumir o carácter de grandes movimentos. É imperativo apoiar e encorajar essas organizações e movimentos, de uma forma que preserve e proteja a sua autonomia e promova a sua sustentabilidade a longo prazo, incluindo a sua independência, o que pode ser feito de várias formas:

- disponibilizando recursos como financiamento para sementes, linhas de crédito e fundos equivalentes às organizações femininas; podem ser empregues combinações destes métodos;
- criando plataformas para promoção e estabelecimento de contactos;
- fornecendo apoio para melhoria de capacidades através de cursos de formação, fundos para liderança e desenvolvimento de gestão.

CAIXA 14.10: JAPÃO – O PODER DA COMUNIDADE

A população do distrito de Kamagasaki é de cerca de 30.000 habitantes, dos quais 20.000 são operários e os restantes são trabalhadores domésticos ou por conta própria. O seu problema mais significativo consiste na falta de alguns pré-requisitos da saúde, como alimentação, habitação, emprego e inclusão social.

Em 1999 foi iniciado um movimento de regeneração, desenvolvido em colaboração com iniciativas religiosas existentes e uma actividade crescente por parte dos sindicatos. Ao mesmo tempo, o Fórum de Regeneração da Comunidade de Kamagasaki – o primeiro grupo de apoio ao desenvolvimento da comunidade na área – foi criado. Este grupo começou a criar laços na comunidade e a encorajar novos negócios. O Fórum tem trabalhado com o objectivo de reconstrução do distrito de Kamagasaki, que era visto como uma comunidade socialmente excluída, através “da redescoberta dos bens locais e recursos humanos, potenciando os recursos e os activos ao integrá-los em redes de contactos e desenvolvendo as condições de vida existentes”.

O Fórum conseguiu alcançar uma série de marcos importantes. Desde que organizou o primeiro debate

político e o incentivo ao voto em Kamagasaki, em 2003, o distrito registou o único aumento na participação eleitoral no Distrito de Nishinari e Osaka nas eleições gerais desse ano. Os políticos começaram a procurar apoio no distrito e o crescente registo foi parcialmente resultado de iniciativas privadas para aumentar a criação de habitação permanente para trabalhadores em antigas pensões. Em 2000, o Fórum criou a oportunidade que possibilitou que os operários e sem abrigo obtivessem assistência pública aos seus modos de vida, depois de alguns donos de pensões económicas terem convertido os seus estabelecimentos em “Casas de Apoio” – apartamentos de uma divisão, ajustados a pessoas carenciadas e que fornecem serviços de apoio para ajudar os residentes a manter o seu modo de vida. Este acordo tornou possível que os operários e sem-abrigo se candidatassem a assistência pública. A lei nacional sobre os Sem-abrigo, com 10 anos e que clarifica a responsabilidade da cidade e das autoridades estatais no problema, também testemunha um desenvolvimento positivo.

Fonte: KNUS, 2007.

Um exemplo japonês mostra como uma parceria de pessoas que se organize para resolver os seus problemas na área da saúde, entre outros, trabalhando com organizações governamentais e não-governamentais pode funcionar bem, desde que a comunidade defina objectivos e possua os recursos adequados (Caixa 14.10). Este sucesso exige o desenvolvimento de mecanismos para cooperação entre os sectores público, privado e da sociedade civil, assim como a definição de papéis e mecanismos para o apoio da acção popular pelas entidades internacionais.

Apesar de a partilha de controlo pelos membros da comunidade sobre os processos que afectam as suas vidas ser crítica, estas iniciativas podem ser efêmeras, se não gozarem do compromisso e liderança política e da atribuição de recursos, como demonstra o exemplo do Bangladesh (Caixa 14.11).

Existem casos notáveis em que um plano de trabalho claro dedicado aos direitos foi aplicado com sucesso à governação global. No caso do ADPIC e dos medicamentos para o VIH/SIDA, a acção conduzida pela sociedade civil na África do Sul, com apoio de todo o Mundo, criou uma grande quantidade de normas que levou a mudanças estruturais imediatas, não só relativas à disponibilidade de medicamentos vitais no mercado, como à compreensão generalizada de problemas de propriedade intelectual e a aplicação de normas apropriadas à igualdade da saúde à escala global (Caixa 14.12).

Movimentos sociais

Para que possam existir alterações no poder, também é necessário existir espaço para a interpelação e contestação da parte dos movimentos sociais. Apesar de os movimentos sociais e organizações comunitárias terem tendência a mobilizar-se à volta de problemas concretos na vida quotidiana local, as suas acções destinam-se e estão claramente enraizadas em estruturas e processos que se estendem muito para além da escala local. Estes movimentos assumem geralmente uma de três formas: sociedades políticas (por exemplo, partidos políticos, grupos de pressão, grupos de influência), que procuram influenciar dentro do meio político; sociedades civis (como sindicatos, organizações de camponeses e movimentos religiosos); e sociedades civis e políticas que combinam ou ligam actividades de sociedades políticas e civis (por exemplo, movimentos laborais, movimentos femininos, movimentos anti-Apartheid).

O Movimento para a Saúde das Populações (People's Health Movement (<http://phmovement.org/>)) é uma enorme rede de activistas da saúde da sociedade civil que apoiam a política de “Saúde para Todos” da OMS e se organizam para combater as causas económicas e políticas do aprofundamento das desigualdades na saúde por todo o mundo, pedindo a recuperação aos princípios de Alma-Ata. O apoio ao Movimento para a Saúde das Populações e outras organizações semelhantes da sociedade civil, como o movimento global de combate à pobreza e o movimento laboral, ajudará a assegurar que a acção sobre os determinantes sociais da saúde é desenvolvida, implementada e avaliada.

CAIXA 14.11: PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO BANGLADESH

As iniciativas do governo têm procurado promover a participação da comunidade no fornecimento de serviços básicos. Por exemplo, o Programa Sectorial para a Saúde e População (1998-2003) do governo incluiu uma componente para motivar os utilizadores de serviços para a monitorização do comportamento dos fornecedores públicos a nível local. Organizações não-governamentais seleccionadas formaram comités de intervenientes locais e prestaram formação aos utilizadores sobre participação e deliberação. Mulheres e homens, desde sem terra a cidadãos abastados, foram recrutados de forma transparente para participar nos comités. Registou-se uma participação forte e variada e uma grande diversidade na proveniência dos intervenientes; foi desenvolvida actividade de sensibilização sobre instalações de saúde pública; a procura por serviços de saúde pública pela comunidade foi intensificada e os médicos foram pressionados para estar presentes no horário de trabalho, sem cobrar honorários ilegais. Contudo, e mais negativamente, a sensibilização da

comunidade sobre os comités e as oportunidades de opinião e reacção ao sistema de cuidados de saúde foi baixa. Faltou, aos comités, autoridade e capacidade política para aplicar as decisões e, com a implementação do novo programa do sector da saúde em 2003, que decidiu não manter os comités, a maioria desfez-se. O plano de 5 anos para 1998-2003 também pôs à prova a propriedade comunitária das instalações de saúde. A comunidade deveria doar a terra e os custos da construção seriam divididos repartidos com o governo central. Contudo, o presidente da comunidade manipulou o processo de filiação, de modo a que apenas os seus familiares e outros indivíduos abastados por si seleccionados puderam ser incluídos no programa. A liderança foi fraca e, na ausência de estruturas definidas, as relações desiguais existentes entre ricos e pobres e homens e mulheres foram reproduzidas e, tendo sido dado pouco valores às vozes dos que tinham um estatuto mais baixo.

Fonte: SEKN, 2007.

Uma sociedade preocupada com uma saúde melhor e mais igualmente distribuída é uma sociedade que desafia as relações de poder desiguais, através da participação, assegurando que todas as vozes são ouvidas e respeitadas nos processos de decisão que afectam a igualdade na saúde. Uma maior integração implica políticas, leis, instituições e programas que protejam os direitos humanos; requer a inclusão de indivíduos e grupos que representem com firmeza e eficácia as suas necessidades e interesses no desenvolvimento das políticas relevantes; e exige movimentos sociais e da sociedade civil activos. É claro que a acção da comunidade ou sociedade civil sobre as desigualdades na saúde não pode ser separada da responsabilidade do Estado de garantia de um conjunto abrangente de direitos e da justa distribuição de bens materiais e sociais essenciais entre os diversos grupos populacionais (Solar & Irwin, 2007). Neste processo, as abordagens de base da hierarquia social e as de topo são igualmente vitais.

CAIXA 14.12: ACTUAÇÃO SOBRE DIREITOS E COMÉRCIO: O CASO DOS MEDICAMENTOS PARA O HIV/SIDA

“O direito humano à saúde exige o fornecimento de medicamentos essenciais como dever fundamental que não pode ser trocado por interesses de propriedade privada ou crescimento económico nacional. Este direito pode representar um meio de alcançar maior formulação, implementação e interpretação de regras de funcionamento dos mercados mais orientadas para a saúde pública pelos tribunais domésticos, governos e a OMC. O crescente poder deste direito é reflectido de forma semelhante numa jurisprudência emergente que defende os medicamentos como exigência bem sucedida ao abrigo da protecção dos direitos humanos”.

Há uma década, o preço elevado dos medicamentos relacionados com o HIV/SIDA levou a OMS e UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA) a aconselhar que o tratamento não representava um uso sensato dos recursos disponíveis nos países mais pobres e que a prevenção era comparativamente preferível. Não existia financiamento internacional para a compara de medicamentos pelos os países em vias de desenvolvimento e as empresas ofereciam concessões de preços extremamente limitadas. Seguiu-se uma batalha dramática por medicamentos, que culminou em 2001 no processo da Associação de Produtores Farmacêuticos na África do Sul (Pharmaceutical Manufacturers' Association). Entre 1997 e 2001, os Estados Unidos da América e 40 empresas farmacêuticas usaram pressões comerciais e litigância para impedir o governo da África do Sul de aprovar legislação que permitisse o acesso a medicamentos baratos. A indústria alegava que a legislação (e a importação paralela que autorizava) violava o ADPIC e a Constituição da África do Sul e

ameaçava o incentivo da indústria para a criação de novos medicamentos. As empresas farmacêuticas foram a tribunal na África do Sul uma acção pública de dimensões surpreendentes acompanhou o processo, atraindo a reprovação pública global da actuação das empresas farmacêuticas. Consequentemente, em Abril de 2001, as empresas farmacêuticas desistiram do processo.

Seguiu-se um número elevado de normas e, nas Nações Unidas, o rápido surgimento de declarações internacionais sobre o tratamento como direito humano e uma série de propostas de obrigações do Estado para com os tratamentos antiretrovirais. No mesmo ano, a OMS elaborou a Declaração sobre o Acordo ADPIC e Saúde Pública. Estes compromissos foram acompanhados por mudanças consideráveis ao nível das políticas e preços. O preço do tratamento antiretroviral, em muitos países de rendimento baixo, desceu de US\$ 15.000 dólares americanos para entre US\$ 148 a 549 por ano. Foram criados mecanismos de financiamento global, tais como o Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária, o PEPFAR (Plano Presidencial de Emergência para a Luta Contra a SIDA) dos Estados Unidos da América e o Programa Multinacional VIH/SIDA para África, do Banco Mundial. Em 2002, a OMS adoptou o objectivo de proporcionar tratamento antiretroviral a 3 milhões de pessoas e, no fim de 2005, ampliou esse objectivo para o acesso universal a tratamento até 2010, objectivo também adoptado pela Assembleia Geral da ONU e pelo G8. Em 5 anos, o acesso a tratamento antiretroviral na África Subsariana aumentou de menos de 1% para os níveis actuais de 28%.

Fonte: Forman, 2007.

CAPÍTULO 15

Administração global competente

“Testemunhamos e vivemos hoje um período novo e muito importante da história universal.”

Kemal Dervis (2005)

ADMINISTRAÇÃO GLOBAL COMPETENTE E IGUALDADE NA SAÚDE

As mudanças dramáticas que hoje se registam na saúde e nas oportunidades de vida das pessoas de todo o mundo reflectem um desequilíbrio profundo, prolongado e crescente no poder e na prosperidade das nações. Em 2000, o cidadão médio pertencente ao décimo da população com melhor qualidade de saúde possuía quase três mil vezes mais riqueza que a média do décimo populacional com pior qualidade de saúde (Davies et al., 2006). Das nações mais pobres às mais ricas, a diferença na EVN é de mais de 40 anos – quatro décadas de vida subtraídas. Os custos das tecnologias de informação e comunicação, aspectos vitais para o crescimento na globalização, são 170 vezes mais elevados em alguns países de rendimento baixo do que em países de rendimento alto. Apesar de os riscos associados com a globalização – relacionados com a saúde, comércio e finanças ou a segurança humana –, adquirirão crescentemente escala internacional ou sejam sentidos de forma desproporcional em países de rendimento baixo e médio, os benefícios continuam a ter uma distribuição profundamente desigual que favorece as regiões de rendimento alto. É imperativo que a comunidade internacional se comprometa novamente com um sistema multilateral no qual todos os países, ricos e pobres, estão envolvidos com voz idêntica. Será apenas através de um sistema de administração global, que coloque a justiça na

saúde no centro dos seus objectivos de desenvolvimento e uma verdadeira igualdade de influência no centro dos processos de decisão, que a atenção concertada à igualdade na saúde global será possível, concretizando os direitos de todas as pessoas de modo a concretizar as condições que promovem a saúde.

Oportunidades e ameaças

A globalização criou novas oportunidades para a saúde equitativa, mas também trouxe consigo ameaças e riscos. “Os mercados globais cresceram rapidamente, sem o necessário desenvolvimento em paralelo de instituições económicas e sociais necessários para o seu funcionamento justo e regular. Ao mesmo tempo, existem preocupações sobre a injustiça das regras básicas de escala internacional (...) e os seus efeitos assimétricos nos países ricos e pobres” (Comissão Mundial sobre a Dimensão Social da Globalização – World Commission on the Social Dimension of Globalization, 2004). O panorama actual da globalização inclui “vencedores” e “perdedores” por entre os países do Mundo. Para abordar os riscos da desigualdade na globalização e para gerir o potencial da globalização para uma saúde melhor e mais justa, são necessárias novas formas de governação. A globalização oferece oportunidades sem precedente para a concretização da igualdade na saúde através de uma administração eficaz. Porém o que oferece como oportunidade, constitui também uma ameaça, se indevidamente gerido (Caixa 15.1).

Os aspectos da globalização, como a liberalização do comércio e integração do mercado entre países, provocaram enormes mudanças nas políticas produtivas e distribuidoras dos países.

CAIXA 15.1: GLOBALIZAÇÃO – INFLUÊNCIAS DE POLÍTICAS QUE PODEM COLOCAR A IGUALDADE NA SAÚDE EM RISCO

As influências de políticas que podem colocar a igualdade na saúde em risco são:

avanços tecnológicos, que levam a custos rapidamente decrescentes de transportes, comunicação e processamento de informação que, juntamente com mudanças institucionais como a liberalização do comércio, facilitam a reorganização global da actividade produtiva de forma a aumentar as desigualdades;

aumento no valor do investimento directo estrangeiro relativo a actividades comerciais, reflectindo a substituição crescente do investimento directo e o comércio na produção e fornecimento de bens e serviços;

aumento da importância de produção não tributável

ou subcontratada, muitas vezes realizada por trabalhadores contratados em vez de filiais da empresa mãe, originando frequentemente piores condições de trabalho;

aumento dramático em fluxos de investimento de alta mobilidade (transferências de dinheiro instantâneas), aumentando o risco de crises monetárias;

crescente competição por investimento e uma consequente alteração de poder das autoridades locais e nacionais para os agentes decisores nos mercados financeiros internacionais, criando uma influência política que potencialmente prejudicial para a igualdade na saúde.

Fonte: GKN, 2007.

A “adaptação estrutural”, influência política e programática global desde os anos 70, enquadrou o aparecimento de uma ortodoxia dominante (por vezes designada de “neoliberal”), nas instituições globais. Criadas para reduzir a inflação nos países em vias desenvolvimento grandemente endividados, reduzir os gastos públicos e promover o crescimento, as políticas de adaptação promoveram a liberalização do comércio, a privatização e um papel reduzido do sector público. Este facto teve um impacto fortemente adverso nos determinantes principais sociais da saúde – tais como os cuidados de saúde e educação – na maioria dos países participantes. Sem dúvida, muitos países beneficiaram da redução da inflação e a melhoria da gestão fiscal. Contudo, não é claro que a exigência e as limitações para as políticas, impostas pela adaptação estrutural, tenham produzido os benefícios esperados e muito menos que a protecção contra as contrapartidas para a saúde e a sociedade tenha sido garantida (Jolly, 1991).

Pobreza persistente

Apesar de o debate sobre a relação entre a liberalização do comércio e o crescimento continuar, é certo que aumentar o comércio em condições melhoradas é desejável, conquanto se respeitem os imperativos ecológicos do uso sustentável de recursos. Contudo, as relações entre globalização, crescimento e redução da pobreza são profundamente problemáticas. Ao todo, o número de pessoas a viver com menos de US\$ 1 por dia diminuiu 414 milhões entre 1981 e 2003. Contudo, grande parte desta diminuição foi provocada por grandes reduções na pobreza na China (Chen & Ravallion, 2004). A maré crescente da globalização não levou consigo muitas naves, nem as levou muito longo, nem sequer manteve o ritmo do crescimento da população. Na África Subsariana, durante este período, o número de indivíduos a viver com US\$ 1 ou menos por dia duplicou e o número dos que vivem com US\$ 2 ou menos quase duplicou.

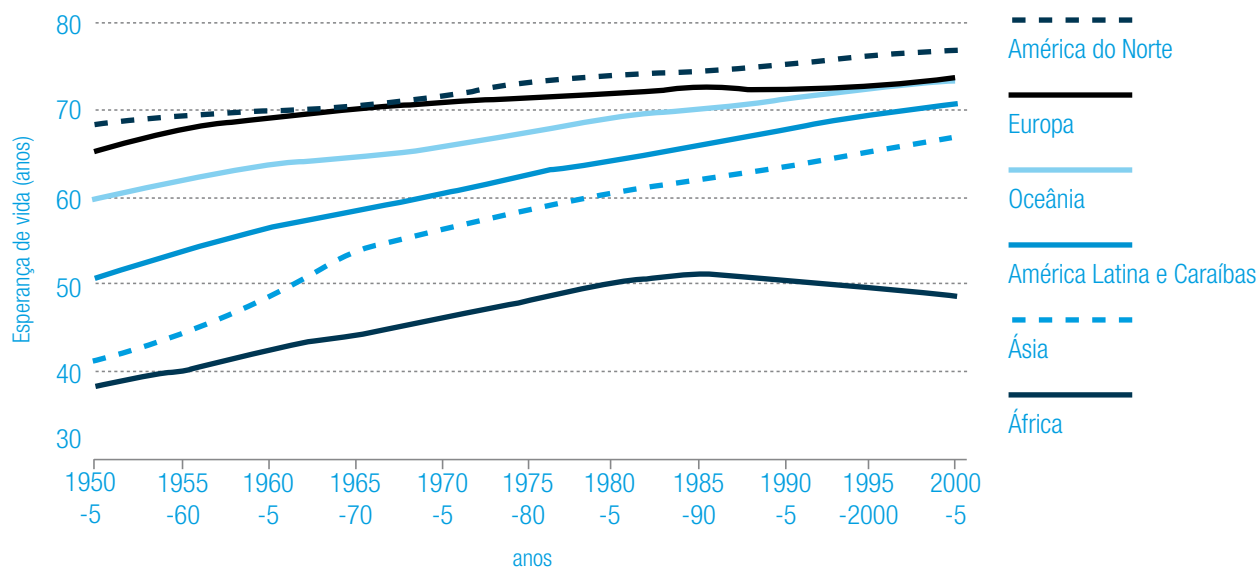
Desigualdade na saúde à escala global

O crescimento na riqueza e conhecimento globais não se traduziram numa crescente igualdade na saúde à escala mundial. Em vez de convergência, em que os países mais pobres alcançariam a OCDE, verificou-se uma dispersão dos níveis de esperança de vida nos países e regiões, alguns melhorando, outros estagnando e outros ainda piorando (Figura 15.1).

Apesar da EVN continuar a convergir em países com rendimento elevado, e de o fazer rapidamente para os níveis dos países de rendimento elevado nos países de rendimento médio, em 2006 era mais baixa do que em 1990 em muitos países da África Subsariana e em economias em transição. Muito disto se deve às inversões dramáticas nas economias de transição das antigas Repúblicas Soviéticas e à pandemia de HIV/SIDA (apesar de muito recentemente, desde 2005, a mortalidade causada por esta doença estar a diminuir na África Subsariana). Contudo, a análise do retrocesso conduzida pela GKN sugere que outros factores, como os conduzidos pelas dominantes políticas económicas orientadas para o mercado, contribuíram para a dispersão dos resultados regionais da EVN. Enquanto os países da OCDE registaram um aumento líquido de cerca de três anos na EVN, a África Subsariana registou uma perda de quase 6 anos.

Para além de aumentar a desigualdade na saúde entre países, a recente fase da globalização exacerbou as desigualdades dentro dos países. A liberalização do comércio e integração dos mercados, contribuindo para o aparecimento de um mercado de trabalho global, aumentaram a necessidade de flexibilidade laboral, resultando numa crescente precariedade de emprego (ver Capítulo 7: *Emprego justo, trabalho digno*). A crescente procura de trabalho, apesar de oferecer novas oportunidades à participação das mulheres na força laboral, também manteve as diferenças de género nas condições de emprego, contribuindo ao mesmo tempo para a exigência dupla de trabalho para as

Figura 15.1: Esperança de Vida à Nascença (em anos) por região, 1950-2005.



mulheres que continuam responsáveis pela família e lar (ver Capítulo 13: *Igualdade de género*). Os ganhos em rendimento através de mercados alargados e de maior produtividade não fluíram igualmente pelas sociedades. O Banco Mundial reconhece que “as mudanças no mercado de trabalho levaram a diferenças económicas crescentes em países que constituem 86% da população do mundo em vias de desenvolvimento no período até 2030, com os “pobres sem formação” ficando em situação ainda pior” (Banco Mundial, 2007).

Os efeitos da globalização na desigualdade na saúde entre países também podem ser detectados em acordos comerciais que restringem a aplicação de impostos sobre o comércio, reduzindo o rendimento para os cofres públicos em países pobres com capacidades débeis de obtenção de impostos directos, desta forma reduzindo os gastos do sector público

em determinantes sociais fundamentais, tais como saúde e educação (ver Capítulo 11: *Financiamento justo*). A liberalização do comércio tem sido associada à crescente comercialização dos cuidados de saúde – agravando as desigualdades no seu acesso e benefício pelos grupos mais pobres –, e com custo acrescido para o acesso a medicamentos vitais advindo do regime de direitos de propriedade intelectual (ver Capítulo 12: *Responsabilidade de mercado*) (GKN, 2007).

A necessidade renovada de uma administração global

Juntamente com a liberalização do comércio, os padrões de crescimento económico e divergência nos padrões de saúde, a globalização assistiu ao aumento de riscos agudos para a igualdade na saúde. O crescimento maciço do capital de movimentação rápida aumentou a volatilidade nos mercados

CAIXA 15.2: FINANÇAS GLOBAIS

Ao abrigo da globalização contemporânea, crescentes volumes de capital de alta mobilidade fluem para o interior e exterior dos países a um ritmo incontrolável por qualquer governo isolado. Para além deste aumento em movimento de capital multinacional, a taxa global de crises financeiras aumentou – crises como a do México em 1994, da Ásia em 1997, da

Federação Russa em 1998 e da Argentina em 2001. Essas crises têm um enorme impacto sobre os determinantes da saúde fundamentais, inclusivamente através da capacidade de investimento do governo no sector público e da estabilidade dos mercados de trabalho.

CAIXA 15.3: CONFLITO GLOBAL

Associados à pobreza global e desigualdade económica – e seus potenciadores –, os conflitos continuam a ser um mal de escala mundial e um marcador da falência da administração global e nacional. Em 1990, registaram-se 502.000 mortes em guerras, tornando os conflitos na terceira causa de morte violenta no em todo o Mundo. Desde o início dos anos 90, os conflitos mataram directamente 3,6 milhões de pessoas e deslocaram 50 milhões. O conflito contemporâneo é, frequentemente, um

fenómeno de pobreza no mundo em desenvolvimento. Mais precisamente, é predominantemente uma tragédia que afecta a África Subsariana. Dos 49 conflitos em todo o mundo desde 1990, 90% ocorreram nesta região. As mais importantes causas de conflito, sobretudo dos crescentes confrontos internos entre civis, para além do rendimento nacional baixo e a pobreza, são as questões de justiça, distribuição do acesso a recursos, identidade étnica e exclusão social.

CAIXA 15.4: MIGRAÇÃO GLOBAL

Com o despoletar dos conflitos, surgiram deslocados, tanto dentro como entre países. Desde o fim dos anos 70, o número de refugiados externos e internos aumentou constantemente. Segundo o Recenseamento Mundial de Refugiados (World Refugee Survey) (1996), em 1995 registavam-se 5,2 milhões de refugiados na África Subsariana como um todo, com o maior grupo na República Democrática do Congo (antigo Zaire) (1,3 milhões), seguido da República Unida da Tanzânia (0,7 milhões) e a Guiné (0,6 milhões). O número dos deslocados internos era ainda maior e estima-se que, apenas em África, seja de 8 milhões. A migração, tanto forçada

como voluntária, é outra área crítica, onde a acção e bem-estar humanos dependem de um nível de administração que transcende a escala nacional. Para além do deslocamento forçado e os enormes impactos humanos para a saúde, a globalização também promoveu uma aceleração da emigração dos países pobres. Assume particular relevância um importante movimento de trabalhadores da saúde – médicos, enfermeiras e outro pessoal qualificado – de países de rendimento baixo, com impacto significativo na capacidade de prestação de cuidados de saúde desses países, que sofrem do fenómeno da “fuga de cérebros”.

financeiros globais e levou a uma tendência, cada vez mais frequente, para a crise financeira (Caixa 15.2). A pobreza persistente e crescente desigualdade económica, muitas vezes associadas à exploração multinacional dos recursos naturais dos países, contribuem para aumentar os níveis de conflito interno (Caixa 15.3). O conflito, a pobreza e a motivação económica contribuíram para um aumento significativo no número total de migrantes internos e em trânsito transfronteiriço (Caixa 15.4).

A natureza dos fluxos financeiros contemporâneos, os seus potenciais benefícios e perigos evidentes, constituem um argumento forte a favor do reforço da administração financeira global. A influência da governação global sobre conflitos pode ser reforçada de vários modos: melhorando a distribuição equitativa de benefícios da produção e comércio nacionais e multinacionais, particularmente no que toca a recursos naturais; criando medidas de segurança internacionais, incluindo o controlo do comércio global de armas; e reforçando o financiamento e acção coerentes e atempados para intervenção humanitária em estados fragilizados ou afectados por conflitos (Collier, 2006). A influência da administração global sobre a migração populacional pode ser reforçada através de: mecanismos de financiamento e de políticas mais eficientes, apoiando refugiados e populações deslocadas internamente; maior cooperação global na criação de “direitos internacionais”, atribuídos a todos os migrantes que atravessam fronteiras, honrados por todos os países signatários; e acordos recíprocos sobre os trabalhadores de saúde entre países que ganham e perdem capacidade.

A globalização fornece oportunidades reais e consideráveis para a melhoria da igualdade na saúde. Contudo, enquanto o reforço da administração se desenvolveu no plano global em acções, acordos e controlos relativos às relações de economia, comércio, finanças e investimento, a administração global relacionada com a saúde e igualdade social continua fraca. A Comissão Mundial sobre a Dimensão Social da Globalização de 2004 e o Processo de Helsínquia sobre a Globalização e a Democracia são dois esforços multilaterais recentes para a promoção de uma nova forma de globalização, que reconheça as obrigações sociais e incorpore novas instituições para a governação global. O reforço da gestão, a nível global, de uma actividade económica e desenvolvimento social integrados oferece uma forma mais coerente de as nações assegurarem uma distribuição mais justa nos benefícios indiscutíveis da globalização e uma protecção mais justa contra os seus potenciais danos.

Tempos de mudança

O sistema multilateral é complexo e influencia a saúde global de várias formas. Desde a Assembleia Geral, onde os Estados-membros se juntam, pelo menos em princípio, como entidades iguais, ao Conselho de Segurança com os cinco assentos permanentes originais da OCDE; do Conselho Económico e Social, mandatado para coordenar a acção intergovernamental e o trabalho de agências especializadas, como a OMS, apoiada pela Assembleia Mundial de Saúde, até às instituições financeiras mundiais (o Banco Mundial e o FMI) e a OMC, onde as políticas económicas por vezes entram em conflito com imperativos de desenvolvimento social; de entidades regionais com grande força, como a UE, a outras que se esforçam por conseguir uma voz global apropriada – o sistema multilateral é o espaço mais poderoso onde os países, representando populações, podem envolver-se na prossecução das soluções globalmente eficientes e justas.

Porém, a infra-estrutura multilateral das Nações Unidas, criada nos anos que se seguiram à Segunda Guerra Mundial, as agências das Nações Unidas e as mais importantes instituições financeiras mundiais têm agora cerca de 60 anos. A natureza dos sistemas globais e as exigências de uma administração global competente mudaram consideravelmente. Existe a necessidade e a oportunidade de repensar as atribuições e a organização do sistema global (GKN, 2007) – e reflectir sobre o próprio processo de reforma das Nações Unidas, em curso. Apesar de a Comissão reconhecer as limitações das suas funções e competências, não pode deixar de notar a persistência de funções democráticas pobres e a influência desequilibrada que se registam. Praticamente qualquer reforma significativa para melhoria da administração e do funcionamento democrático do sistema multilateral como um todo depende muito da reforma do Conselho de Segurança (Caixa 15.5).

Uma abordagem à reforma do Conselho de Segurança – salientando-se a paralisia da reforma dos interesses nacionais, individualmente defendidos, daqueles com e sem representação – consiste na opção pelo reforço da representação regional. Segundo este cenário, cada região poderia ter o seu próprio secretariado de Conselho de Segurança em Nova Iorque, o que reforçaria o apoio aos seus membros eleitos e promoveria as políticas regionais comuns, sem necessidade de revisão da Carta. Isto ajudaria nações pequenas e pobres a aumentar a sua capacidade de participação no Conselho de Segurança, com uma posição mais forte (Paul & Nahory, 2005).

CAIXA 15.5: REFORMA DO CONSELHO DE SEGURANÇA

O Conselho de Segurança reflecte a estrutura do poder à escala global de 1945, quando a maioria das nações de hoje ainda estava sob domínio colonial. Em 1965, sob pressão dos novos membros, as Nações Unidas adicionaram quatro novos membros eleitos ao Conselho de Segurança, elevando o número total dos seus membros para 15. Porém, os cinco principais aliados durante a Segunda Guerra Mundial mantiveram-se apegados ao seu estatuto privilegiado. Continuam a ser “permanentes” e têm o poder de vetar qualquer decisão do Conselho

de Segurança. Este acordo torna o Conselho de Segurança pouco democrático e ineficiente. Os cinco membros permanentes com direito de veto impedem muitos problemas de chegar à discussão do Conselho e barram, de forma egoísta, iniciativas amplamente aceites e necessárias. Apesar da inclusão dos 10 membros eleitos, o Conselho de Segurança continua a ser geograficamente desequilibrado e tem uma representatividade fraca.

Fonte: <http://www.globalpolicy.org/security/reform/index.htm>

Poucas instituições globais têm sido tão influentes no desenvolvimento de políticas e programas internacionais e nacionais como as instituições financeiras internacionais – o Banco Mundial e a Fundo Monetário Internacional (FMI). Ao longo dos últimos 30 anos, estas duas instituições assumiram uma voz poderosa no campo da administração global, não só nas suas relações financeiras com os países, mas também indirectamente através da sua influência sobre o paradigma dominante das políticas e práticas de desenvolvimento. Apesar de não se duvidar da sua influência e capacidades, os seus processos institucionais e credenciais democráticas – para permitir a compreensão das diferentes perspectivas das prioridades dos países em vias de desenvolvimento, incluindo a prioridade da igualdade na saúde – são, no mínimo, questionáveis (Caixa 15.6).

A globalização aponta para a interdependência de estados-nação e populações e o benefício proporcional, para não dizer necessidade, de cooperação em áreas de interesse comum. Foi criado um conceito de bens públicos globais – a gestão

partilhada de condições e recursos vitais a todas as pessoas, que está fora da esfera do controlo dos países, isolados. Até agora, tem tratado problemas como a mudança climática e controlos ambientais, paz e segurança, controlo de doenças e conhecimento. Para além destes, e na base de todos, está o conceito de justiça social, equidade e também, igualdade na saúde, não apenas dentro dos países, mas também entre eles.

ACÇÕES PARA UMA ADMINISTRAÇÃO GLOBAL COMPETENTE

A Comissão recomenda que:

15.1 Até 2010, o Conselho Económico e Social, apoiado pela OMS, prepare para consideração das Nações Unidas, a adopção da igualdade na saúde como objectivo de desenvolvimento global fundamental, com indicadores apropriados para a monitorização do progresso, tanto dentro como entre países (ver Recomendações 10.1; 10.3; 16.3).

CAIXA 15.6: É CHEGADO O MOMENTO DE REPENSAR A INFLUÊNCIA DA ECONOMIA GLOBAL

A representação nos processos de decisão dos Conselhos Executivos do FMI e Banco Mundial é baseada na contribuição económica, e até grande ponto, na riqueza, dos estados-membros. Os países desenvolvidos, que compreendem 20% dos estados do FMI e 15% da população mundial, têm uma maioria substancial dos votos em ambas as instituições. Os países em vias de desenvolvimento, em contrapartida, têm pouca representação. O sistema de voto dá aos EUA isoladamente ou a quaisquer quatro países do G7 em concertação, sem os EUA, a possibilidade de bloquear decisões políticas em 18 áreas que

exigem uma maioria qualificada de 85% dos votos. Os Directores Executivos do Banco Mundial e do FMI são, na realidade, nomeados pelos Estados Unidos da América ou a UE, respectivamente, e as discussões e processos de decisão dos Conselhos de Administração continuam a ser secretos. Apesar dos esforços desenvolvidos para incluir um maior número de intervenientes, melhorar os sistemas de informação pública e fornecer relatórios mais detalhados das actividades, a transparência nos principais processos de decisão continua a ser desadequada.

Fonte: GKN, 2007.

ADMINISTRAÇÃO GLOBAL COMPETENTE : ÁREA DE ACÇÃO 15.1

Tornar a igualdade na saúde num objectivo do desenvolvimento global e adoptar um enquadramento para os determinantes da saúde para reforçar a acção multilateral sobre o desenvolvimento.

CAIXA 15.7: COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL

O Comité Económico e Social é o principal órgão de coordenação do trabalho económico, social e comum das 14 agências especializadas, comissões funcionais e cinco comissões regionais das Nações Unidas. Também recebe relatórios de 11 fundos e programas das Nações Unidas. O Conselho serve como fórum central de discussão de problemas económicos e sociais internacionais e para formulação de recomendações sobre políticas, dirigidas aos

estados-membros e o sistema das Nações Unidas. É responsável por: promover padrões mais elevados de qualidade de vida, emprego e progresso económico e social plenos; identificar soluções para problemas económicos, sociais e de saúde internacionais; facilitar a cooperação cultural e educacional internacional; e encorajar o respeito universal pelos direitos humanos e as liberdades fundamentais.

Fonte: ECOSOC, s.d..

Igualdade na saúde – um objectivo global

A redução das desigualdades na saúde entre e dentro dos países exige a concertação de políticas, tanto a nível global como nacional (ver Capítulo 10: *Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas*). Ao adoptar a igualdade na saúde entre e dentro dos países como medida fundamental para o desenvolvimento, o Comité Económico e Social pode usar a sua função coordenadora para melhorar a coerência da actuação sobre os determinantes sociais da saúde em várias agências das Nações Unidas (Caixa 15.7).

Concertação multilateral

A 61ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, sob o tema “Fortalecer o Conselho Económico e Social” (14 de Novembro de 2006), deu a oportunidade ao Conselho Económico e Social de liderar globalmente a acção concertada para o desenvolvimento e a igualdade na saúde. Em primeiro lugar, o Conselho pode orientar a sua Comissão para o Desenvolvimento Social (Commission for Social Development) para adoptar a igualdade na saúde como tema da avaliação bienal 2009–2010, concentrando-se no desenvolvimento de um enquadramento multilateral para a acção sobre os determinantes sociais da saúde. Em segundo lugar, pode instituir o relatório regular de informação estandardizada sobre o progresso na igualdade na saúde no processo de Avaliação Ministerial Anual. Em terceiro lugar, apesar de

parecer primariamente concentrado em melhorar a resposta multilateral a crises humanitárias, o Fórum de Cooperação para o Desenvolvimento, que se reúne a cada dois anos desde 2008, pode servir para promover a sensibilização sobre temas emergentes na saúde global, incluindo problemas relacionados com a igualdade na saúde.

Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

Os ODM são uma declaração profunda da vontade concertada da comunidade global para a acção firme e constituem uma plataforma sólida na qual a Comissão materializa a construção do seu conjunto de objectivos. Os ODM reflectem um consenso crescente sobre a necessidade de trabalho conjunto das entidades globais para um desenvolvimento social e económico coerente. Infelizmente, os ODM também reflectem uma falta de atenção à igualdade na saúde dentro dos países. Isto representa uma clara oportunidade, tanto para liderança da OMS, como para a colaboração concertada em prol da igualdade no sistema multilateral, para tornar a abordar os ODM e promover a igualdade como marcador fundamental do desenvolvimento (Caixa 15.8).

As agências multilaterais já desempenham papéis vitais no desenvolvimento de padrões de aplicação mundial para as políticas e a actuação sobre um leque diverso de determinantes sociais da saúde, através de acordos e mecanismos da administração global, internacional e regional. Aqui se incluem

CAIXA 15.8: IGUALDADE NA SAÚDE NO CENTRO DA ADMINISTRAÇÃO GLOBAL DA SAÚDE – OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO

Os ODM são um conjunto de oito objectivos de redução da pobreza, enunciados pelas Nações Unidas no Cimeira do Milénio de 2000. Todos os ODM estão relacionados com a acção sobre os determinantes sociais da saúde. O consenso global representado pelos ODM representa um novo ponto de partida para a comunidade dedicada ao desenvolvimento. O Projecto do Milénio das Nações Unidas e outros agentes decisores, activistas, organizações de ajuda bilateral e comunidades já se envolveram em esforços

para alcançar os ODM. Contudo, este esforço global poderia ainda beneficiar de um compromisso explícito e sistemático a favor da igualdade à escala nacional. São necessários objectivos bem definidos e sensíveis à igualdade, ligados a fontes de dados relevantes, para assegurar que os grupos pobres, marginalizados e vulneráveis usufruam das oportunidades necessárias para uma melhoria na saúde e acesso aos serviços de saúde.

Fonte: Wirth et al., 2006.

CAIXA 15.9: EXCLUSÃO SOCIAL – O ‘MÉTODO DE COORDENAÇÃO ABERTA’ DA UNIÃO EUROPEIA

Em 2000, no Conselho Europeu de Lisboa, os chefes de estado formularam uma estratégia para combater a exclusão social na UE e influenciar na erradicação da pobreza até 2010. A estratégia sublinhava a necessidade de melhorar a compreensão da exclusão social e organizar a cooperação de políticas entre Estados-membros, baseada no “Método de Coordenação Aberta”. Todos os Estados-membros foram incumbidos de adoptar objectivos comuns na luta contra a pobreza e a exclusão social e produzir Planos de Acção Nacional para a Inclusão Social,

forneendo dados sobre a pobreza e exclusão social nos seus países. Seriam empregues indicadores comuns de inclusão social – os Indicadores Laeken. Os novos Estados-membros concordaram em produzir Memorandos Conjuntos sobre a Inclusão Social obrigatórios, descrevendo a situação e prioridades políticas sobre a pobreza e exclusão social do seu país, antes de se tornarem membros plenos.

Fonte: SEKN, 2007.

os programas Campanha Global sobre Segurança Social e Cobertura para Todos (Global Campaign on Social Security and Coverage for All) e Trabalho Digno (Decent Work), da OIT, os Programas de Redução da Pobreza da PNUD, o Programa para a Coesão Social de Comissão Económica da América Latina e Caribe, a Iniciativa de Exclusão na Saúde da OPAS, o Relator Especial sobre o Direito à Saúde da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas e os Relatórios Anuais Conjuntos sobre a Protecção Social e Inclusão Social da UE (SEKN, 2007). Porém, existem maiores oportunidades a aproveitar, através de um planeamento de políticas e programas mais próximo entre agências multilaterais relevantes, reforçando a sua própria administração colectiva.

A Comissão incita as agências globais relevantes para que prossigam o seu trabalho. A melhoria da administração global, no que concerne à igualdade na saúde, depende das agências multilaterais, trabalhando de forma mais coerente num conjunto comum de objectivos abrangentes, baseados numa visão comum de problemas a solucionar, e de indicadores partilhados com os quais podem medir o impacto das suas acções. Para tal, as agências beneficiariam de um conjunto de dados mais sistematizado e partilhado (combinando conjuntos de dados que já utilizam, mas adicionando medidas específicas da igualdade na saúde) (ver Capítulo 16: *Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*).

A Comissão propõe que a comunidade multilateral reveja os enquadramentos para o desenvolvimento global de modo a incluir a igualdade na saúde e os indicadores relativos aos determinantes sociais da saúde de forma mais concertada. Esses enquadramentos revistos exigiriam credibilidade generalizada e aceitação pelos Estados-membros, à semelhança como o Índice de Desenvolvimento Humano e a Avaliação Comum Nacional (Common Country Assessment) granjearam e continuam a gozar do reconhecimento e uso comum. O enquadramento proposto pela Comissão incorporaria indicadores do progresso dos determinantes sociais da saúde e da igualdade na saúde. Desenvolvida em colaboração e rigorosamente testada, o enquadramento para o desenvolvimento social e a igualdade na saúde seria apoiado pelo observatório de saúde global proposto (OMS) e constituiria a base para recolha regular e periódica de informação para o Conselho Económico e Social. Este assunto é tratado com maior detalhe no Capítulo 16 (*Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*). Uma estrutura adoptada de forma semelhante também poderia ser empregue pelos países participantes na formulação dos seus próprios planos, indicadores e relatórios nacionais sobre os determinantes da saúde, reforçando os objectivos da saúde e da igualdade na saúde – e assim, a coerência das atribuições de financiamento –, dentro do Processo Estratégico para a Redução da Pobreza (ver Capítulo 11: *Financiamento Justo*).

CAIXA 15.10: A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E A PNUAH

O PNUAH / UN-HABITAT e OMS identificaram três intervenções relevantes para impulsionar uma resposta do sector da saúde para a urbanização saudável: uma avaliação de igualdade na saúde urbana e uma ferramenta de reacção (Urban HEART) que permite aos ministérios da saúde localizar áreas de urbanização rápida e monitorizar a desigualdade na saúde; um relatório global sobre saúde urbana; e uma reunião global conjunta entre o PNUAH e OMS sobre urbanização saudável que coincida com o

Fórum Urbano Mundial bienal da PNUAH, a realizar possivelmente em 2010. Também existem ferramentas para redução da desigualdade na saúde em contextos urbanos – uma “rede de tecnologia social” e um módulo de formação (o Circulo de Aprendizagem da Urbanização Saudável – Healthy Urbanization Learning Circle) para ligar a saúde pública e os esforços da comunidade ao nível municipal.

KNUS, 2007.

CAIXA 15.11: A ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO

A OIT e a OPAS estão a desenvolver conjuntamente uma estratégia para a “extensão da protecção social na saúde”. A estratégia para alargar a protecção social à saúde é definida pela OPAS e a OIT como “intervenções públicas orientadas para a garantia do acesso de todos os cidadãos a cuidados de saúde eficazes e redução do impacto negativo, tanto económico, como social, de (i) circunstâncias pessoais adversas, incluindo doença e desemprego, (ii) riscos colectivos, como desastres naturais e sobrepopulação, e/ou (iii) os riscos específicos sentidos por grupos sociais vulneráveis.” Ao contrário

das políticas dirigidas à gestão social do risco, a OPAS entende a protecção social na saúde como um direito humano e não apenas como um risco económico. Como proposto pela OPAS, o direito à protecção social na saúde tem três componentes: (i) acesso garantido a serviços de saúde com a eliminação de barreiras económicas, sociais, geográficas e culturais; (ii) segurança financeira garantida dos agregados familiares; e (iii) qualidade garantida de cuidados de saúde que respeitem a dignidade humana.

Fonte: SEKN, 2007.

Este processo será gradual. Ao acordar os objectivos fundamentais, incluindo a igualdade na saúde como objectivo central, as agências internacionais podem evoluir rumo à concretização dos indicadores partilhados. O exemplo regional dos indicadores de exclusão social, acordado pelos membros da UE segundo um desenvolvimento gradual e de subscrição opcional, representa um modelo possível de como uma abordagem inter-agências à igualdade na saúde se pode construir como objectivo fundamental para o desenvolvimento e como marcador comum do progresso alcançado (Caixa 15.9).

A Comissão recomenda que:

15.2 Até 2010, o Conselho Económico e Social, apoiado pela OMS, prepare, para consideração pelas Nações Unidas, a criação de grupos de trabalho sobre a temática dos determinantes sociais da saúde, – inicialmente sobre o desenvolvimento infantil, igualdade de género, emprego e condições de trabalho, sistemas de cuidados de saúde e governação participativa –, incluindo todas as agências multilaterais relevantes e intervenientes da sociedade civil e preparando relatórios regulares sobre a actividade desenvolvida (ver Recomendações 5.1; 6.2; 9.1; 13.2).

Ao adoptar os determinantes sociais da saúde como objectivos para a acção colaborativa, as agências multilaterais relevantes

podem formar grupos de trabalho, relatando regularmente o progresso do seu trabalho, sob a égide de uma estrutura comum de determinantes da saúde e indicadores da igualdade na saúde (como acima descrito). Existem exemplos deste tipo de trabalho em grupo de várias agências, como o Comité Permanente sobre Nutrição das Nações Unidas (ver Capítulos 5, 6 e 7: *Igualdade desde o início; Locais saudáveis – pessoas saudáveis; Emprego justo, trabalho decente*). Os grupos de trabalho também podem ser constituídos a partir de colaborações entre agências existentes. A OMS, por exemplo, trabalha com uma série de agências ONU (como a UNICEF, o PNUAH / UN-HABITAT, a OIT e o Banco Mundial) (Caixas 15.10 e 15.11).

Esses grupos de trabalho podem reforçar ainda mais a coerência dos programas e sua concretização ao nível dos países, complementando as estruturas internas para acção conjunta (Caixa 15.12).

Promotores da administração global na saúde

Se a justiça social, económica e política são preocupações centrais do crescente aparelho da administração global, a igualdade na saúde deve ser um marcador chave do sucesso dessa governação. O estabelecimento da igualdade na saúde como preocupação comum e indicador chave da acção numa comunidade de agentes multilaterais exige liderança de escala global – promotores que mantenham a concentração global no progresso rumo à igualdade na saúde.

CAIXA 15.12: ENQUADRAMENTO PARA A ACÇÃO CONJUNTA DAS NAÇÕES UNIDAS

Do nível global ao nacional, o Enquadramento para a Acção Conjunta das Nações Unidas procura conjugar o trabalho de diferentes agências das Nações Unidas a nível nacional, para reduzir a duplicação de funções e operações e aumentar as sinergias entre agências e doadores. O trabalho pioneiro desenvolvido em oito países testa, actualmente, um modelo no qual

as agências das Nações Unidas operam através de um único “coordenador residente”, que presta apoio ao desenvolvimento e implementação de Planos de Desenvolvimento Nacional abrangentes, concebido com vista à concretização dos ODM.

Fonte: SEKN, 2007.

CAIXA 15.13: O ENVIADO ESPECIAL PARA O VIH/SIDA EM ÁFRICA

O antigo embaixador do Canadá nas Nações Unidas, Stephen Lewis, foi nomeado Enviado Especial para o VIH/SIDA em África pelo Secretário-geral Kofi Annan em 2001. No seu papel, Lewis foi descrito como “uma das nossas mais poderosas armas na guerra contra a epidemia”. O papel do Enviado Especial tem caído no campo da advocacy, levantando questões de atenção para o género como impulsor fundamental da pandemia, a condição dos órfãos, o acesso ao tratamento e a quantidade de ajuda humanitária a ser dirigida para a acção contra o VIH/SIDA.

“O mundo tem sido terrivelmente negligente,” afirmou, ao reagir à crise da SIDA em África, tal como o foram certos líderes Africanos. Até mesmo no fim dos anos 90, “muitos deles não estavam empenhados... e os seus países estavam embrenhados numa situação

terrível. Em boa justiça, o mundo também não estava empenhado... Todos se mantinham apáticos, enquanto à nossa volta a pandemia ia provocando o caos.”

Na base de tudo, disse Mr. Lewis, estava um aumento exponencial na compreensão da amplitude e natureza da crise da SIDA em África – sobretudo a sua relação com a opressão de género. “Finalmente, o mundo pareceu compreender que [em África] existe uma pandemia baseada nas discriminações de género. A menos que se reconheça de que as mulheres são as mais vulneráveis... e se faça algo pela sua igualdade social e cultural, nunca derrotaremos esta pandemia.”

Reproduzido, com autorização do editor, de Nações Unidas (2001).

Enviado Especial para a Igualdade na Saúde Global

A nomeação de Enviados Especiais pode ser interpretada como o ponto máximo no qual um problema é reconhecido como global, urgente e possível de resolver. Um objectivo central da nomeação de um Enviado Especial consiste em impulsionar todas as entidades relevantes na direcção de acção multilateral mais concertada (Caixa 15.13).

Um Relator Especial Permanente para o Direito à Saúde

Existem ligações claras entre uma abordagem à saúde com base nos direitos e uma abordagem à igualdade na saúde com base nos determinantes sociais da saúde. A Declaração Universal dos Direitos do Homem aponta para uma interdependência entre direitos civis, culturais, económicos, políticos e sociais, dimensões da exclusão social sublinhadas na estrutura dos determinantes sociais da saúde. O direito à saúde, como delineado pelo actual Relator Especial, o Professor Paul Hunt, apresenta um argumento forte a favor da acção sobre os determinantes sociais da saúde (Caixa 15.14).

A Comissão recomenda que:

15.3 A OMS institucionalize uma abordagem aos determinantes sociais da saúde em todos os sectores de trabalho, com aplicação desde a sua sede até à escala nacional (ver Recomendações 10.5; 16.8).

Existem provas de fragmentação e concorrência entre entidades globais importantes, com papéis significativos sobre os determinantes sociais da saúde (desde o Banco Mundial, OMC e principais agências das Nações Unidas, até o G8 e outras associações de países) e iniciativas de desenvolvimento social nacionais (Deacon et al., 2003). O financiamento internacional para a saúde global também se diversificou nas décadas recentes, com as respectivas mudanças nos processos e estruturas de responsabilidade institucional. O orçamento da Fundação Gates, por exemplo, excedeu, em certas alturas, o orçamento base da OMS (Kickbush & Payne, 2004). A Comissão apoia

firmemente a OMS na renovação da sua liderança na saúde global e o seu papel orientador no sistema multilateral. Fundamental para esta liderança renovada, é a necessidade da OMS de concretizar uma renovação institucional, através da criação de uma abordagem aos determinantes sociais da saúde nos seus programas e departamentos.

Este trabalho está já em curso. Uma das Redes de Conhecimento da Comissão, trabalhando nas condições de saúde pública prioritárias (PPHCKN), foi concebida no interior da OMS, alcançando todos os principais serviços e programas para as condições da saúde, envolvendo também investigadores académicos e de campo e projectos e organizações não-governamentais a trabalhar nos países. A colaboração da PPHCKN foi adoptada e utilizada num enquadramento analítico, aplicando-o a muitas das principais condições de saúde que a OMS trabalha, começando ao nível convencional dos resultados na saúde, mas trabalhando para analisar mais profundamente os factores causais mais estruturais e, assim, identificar um campo mais amplo de entradas para cada um dos cinco níveis do enquadramento (Figura 15.2). Para além disso a OMS também nomeou centros operativos regionais para acção sobre os determinantes sociais da saúde, com o objectivo de trabalhar de perto com os estados-membros, apoiando o programa de trabalho da Comissão em cada país e estimulando políticas e acção pela igualdade na saúde.

Os programas específicos para cada panorama de condições têm um vantagens significativas e a capacidade de potenciar financiamento. Cerca de dois terços do orçamento da OMS é dedicado a estes programas; numa escala global, os programas que se concentram numa só doença ou num número muito limitado de doenças estão a prosperar. A PPHCKN está a desenvolver centros de acção de programas, para elaborar uma abordagem com base nos determinantes sociais da saúde. O trabalho iniciado pela PPHCKN já mostrou potencial para promover o apoio às alterações a operar na OMS (Caixa 15.15).

CAIXA 15.14: O DIREITO À SAÚDE – O DIREITO ÀS CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA A SAÚDE

“O direito à saúde inclui o direito aos cuidados de saúde, mas ultrapassa os cuidados de saúde, abrangendo as condições sanitárias adequadas, condições saudáveis de trabalho e acesso a informação relacionada com saúde, incluindo a sexual e reprodutiva. Inclui liberdades, tais como o direito a não ser submetido a esterilização e a discriminação, e outros benefícios, tais como o direito à protecção de um sistema de saúde. O direito à saúde tem múltiplos componentes (direitos secundários), incluindo a saúde materna, infantil e reprodutiva. Como outros direitos humanos, tem uma particular preocupação com os

carenciados, vulneráveis e os desfavorecidos. Apesar de requerer concretização gradual, os direitos impõem algumas obrigações de efeito imediato, tais como as obrigações de igual tratamento e não-discriminação. Para além disso, necessitam de indicadores e referências para monitorização da concretização progressiva.”

Reimpresso, com autorização do autor, de Hunt (2003).

GOVERNAÇÃO GLOBAL COMPETENTE : ÁREA DE ACÇÃO 15.2

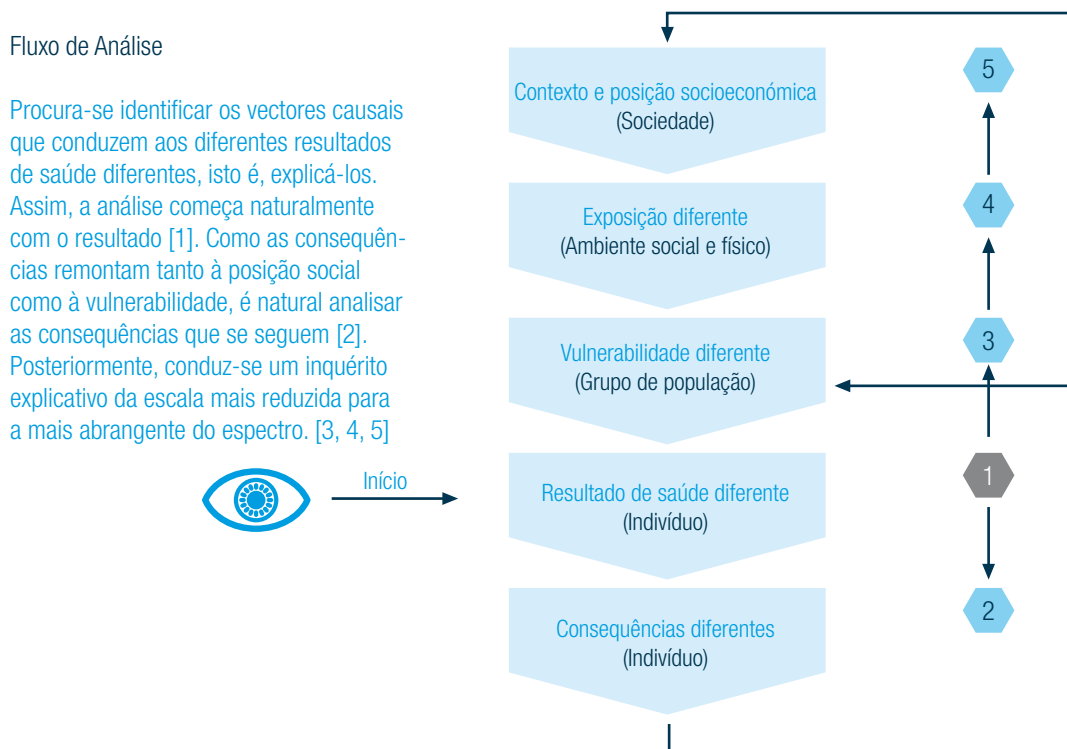
Reforçar a liderança da OMS na acção global relativa aos determinantes sociais da saúde, institucionalizando os determinantes da saúde como princípio orientador dos departamentos da OMS e programas nacionais.

A institucionalização da acção sobre os determinantes sociais da saúde na OMS exigirá investimentos significativos na criação de capacidades organizacionais (ver Capítulo 16: Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação).

A globalização é um facto. Tem potencial para gerar benefícios consideráveis, incluindo grandes avanços na saúde global. No panorama actual, contudo, esse benefício não é evidente. Em vez disso, vemos crescer a desigualdade

entre e dentro das regiões e países. A integração crescente entre povos no domínio económico, não foi equilibrada pela atenção devida aos imperativos mais amplos do desenvolvimento social justo. Para que tal aconteça, a arquitectura da administração global tem de ser reformulada e alargada, abrindo os seus fóruns de elaboração de políticas mais equitativamente a todos e colocando no centro das suas preocupações a igualdade na saúde e o bem-estar de todos.

Figura 15.2: Condições de saúde pública prioritárias – vectores causais para a acção na saúde.



CAIXA 15.15: MUDANÇAS INSTITUCIONAIS NOS DETERMINANTES SOCIAIS NA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

O progresso nos determinantes sociais da saúde, materializado na PPHCKN, já está a decorrer, incluindo:

condução da transformação conceptual da OMS, através da revisão de linhas de actuação técnicas sobre doenças e determinantes e reformulando outros aspectos dos programas de prioridade nacional, mostrando como a promoção de saúde e dos programas de prevenção, associados a programas dedicados a doenças específicas, têm lidado com sucesso com os determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde;

influência de programas dedicados a condições específicas, para melhoria do seu desempenho (prevenir, detectar, tratar, curar); defesa da mudança social como meio de melhoria sustentável da saúde da população, para figurar com mais proeminência nos programas da OMS;

encorajamento da OMS para que assuma um papel de liderança política ainda mais forte, para posicionamento da saúde e igualdade na saúde como valores globais intrínsecos e não meramente como meios para o crescimento económico;

quantificação da sustentabilidade e do compromisso institucional relativo à colaboração sobre os determinantes sociais da saúde por toda a OMS e nos seus programas, através da atribuição de recursos e segundo as qualificações do pessoal – compromisso para com a acção sobre os determinantes sociais da saúde, para um maior pragmatismo no trabalho desenvolvido relacionado com os padrões sociais de doença e para promoção da mudança à escala do trabalho nacional, incluindo a adopção de um enquadramento de actuação sobre os determinantes sociais da saúde pelos países.

Fonte: PPHCKN, 2007c.



CONHECIMENTO, MONITORIZAÇÃO E CAPACIDADES: A BASE DA ACÇÃO



O terceiro dos três princípios de acção da Comissão consiste em:

Medir o problema, avaliar a acção, expandir a base de conhecimento, desenvolver uma força laboral devidamente formada sobre os determinantes sociais da saúde e informar o público sobre estes determinantes.

Uma sociedade que se preocupa com a saúde e a igualdade na saúde reconhece a existência de todos os seus cidadãos e a importância do seu bem-estar. Mede a extensão dos problemas destas áreas e os seus determinantes e usa provas para moldar e ajustar políticas e programas de maximização dos benefícios da saúde para todos.

O mundo está a mudar depressa e, muitas vezes, o impacto que as mudanças sociais, económicas e políticas terão na saúde em geral e nas desigualdades na saúde, dentro dos países e em todo o globo, não é claro. A acção sobre os determinantes sociais da saúde será mais produtiva se os sistemas de bases de dados forem aplicados,

incluindo o registo vital e monitorização regular da desigualdade na saúde e os determinantes sociais da saúde, e existam mecanismos para assegurar que os dados são compreendidos e aplicados no desenvolvimento de intervenções mais eficazes.

A criação do espaço organizacional e operativo e a capacidade para agir com eficácia sobre a desigualdade na saúde depende de uma maior compreensão entre entidades políticas, profissionais e o público em geral sobre a forma como a saúde da população é afectada pelos determinantes sociais. A OMS deve ajudar a criar capacidades à escala internacional, nacional e local e reafirmar o seu papel de liderança, aumentando a capacidade para aconselhar políticas para a igualdade na saúde e fornecer apoio técnico sobre os determinantes sociais da saúde. Existem provas suficientes para agir imediatamente. Os esforços dedicados ao reforço e partilha da base documental global sobre a igualdade na saúde e os determinantes sociais da saúde são necessários para melhorar a capacidade de acção da OMS.



CAPÍTULO 16

Os determinantes sociais da saúde: Monitorização, investigação e formação

“Não podemos esquecer: as provas documentais têm grande poder estratégico e persuasivo ao nível das políticas.”

Margaret Chan, Directora-geral da OMS (Chan, 2007)

A IMPORTÂNCIA DA MONITORIZAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO

Na elaboração de políticas sobre os determinantes sociais da saúde, baseada em provas, reside a maior esperança para tratar as desigualdades na saúde (MEKN, 2007). Isso requer dados de boa qualidade sobre a dimensão do problema a abordar e provas actualizadas sobre os determinantes e sobre o que é eficaz na redução das desigualdades da saúde. Também exige um bom entendimento das provas, da parte de quem elabora e implementa as políticas, de forma a actuar sobre os determinantes sociais da saúde.

Monitorização

A acção sobre os determinantes sociais da saúde com vista à melhoria dos resultados gerais da saúde e a redução das desigualdades na saúde, será muito mais eficaz se as bases de dados estiverem implementadas, nacional e internacionalmente, e existam mecanismos para assegurar a compreensão dos dados e sua aplicação para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes. Estes processos são essenciais para tomar conhecimento da magnitude do problema, para compreender quem é mais afectado, se a situação melhora ou piora com o tempo e para avaliar os pontos de partida para intervenção e o impacto das políticas (MEKN, 2007). A informação devidamente apresentada pode ser um estímulo para a acção política (CW, 2007). Globalmente, os sistemas de monitorização da saúde encontram-se em diferentes fases de desenvolvimento. Alguns países têm recolhido poucos dados de qualquer espécie, enquanto outros têm sistemas de informação de saúde regular, mas não monitorizam as desigualdades na saúde. E outros ainda medem as desigualdades na saúde regularmente, mas têm falta de dados sobre os determinantes das desigualdades na saúde e, por essa razão, não permitem que se identifiquem pontos de partida para a elaboração e implementação de políticas (MEKN, 2007). Os países com piores problemas de saúde, incluindo países em situação de conflito, possuem os dados de pior qualidade.

Um elemento importante num sistema de informação de saúde básico é um sistema de registo civil de boa qualidade. Contudo, muitos nascimentos e óbitos ficam por registar, sobretudo em países de rendimento baixo e médio (UNICEF, 2005; UNICEF, 2007c) (Quadro 16.1). Dentro de cada país, a falta de registo de nascimentos é desproporcionalmente alta em agregados familiares e comunidades pobres (UNICEF, 2007c). “As dificuldades encontradas pelos pais ao registar o nascimento dos seus filhos assinala, com frequência, padrões mais amplos de

exclusão social e falta de acesso aos serviços sociais” (UNICEF, 2007c). Em muitos países, os elevados custos do registo de nascimentos são uma importante razão para a sua ausência (UNICEF, 2007c).

Quadro 16.1:

Nascimentos não registados (em milhares) em 2003, por região e nível de desenvolvimento

Região	Nascimentos	Crianças registadas (%)
Mundo	133 028	48 276 (36%)
África Subsaariana	26 879	14 751 (55%)
Médio Oriente e Norte de África	9790	1543 (16%)
Sul da Ásia	37 099	23 395 (63%)
Ásia Oriental e Pacífico	31 616	5901 (19%)
América Latina e Caraíbas	11 567	1787 (15%)
PECO/ CEI e Estados Bálticos	5250	1218 (23%)
Países industrializados	10 827	218 (2%)
Países em desenvolvimento	119 973	48 147 (40%)
Países menos desenvolvidos	27 819	19 682 (71%)

PECO = Países da Europa Central e Oriental; CEI = Comunidade dos Estados Independentes.

Fonte: UNICEF, 2005.

Os sistemas de registo de nascimento com falhas não só violam o direito de uma criança a um nome e nacionalidade (Convenção sobre os Direitos da Criança, artigo 7º), como também têm implicações importantes para os resultados da saúde e do desenvolvimento. As crianças “que não são contadas, não contam”: têm problemas no acesso a serviços essenciais de saúde e na inscrição em escolas (UNICEF, 2005). Os sistemas de registo civil têm funções legais importantes, ao estabelecer e proteger a identidade e cidadania, podem ajudar a proteger contra a exploração do trabalho infantil e a proteger direitos da propriedade. O desenvolvimento e manutenção de um sistema de registo de nascimentos, como parte de um sistema abrangente de registo civil, pode proteger as crianças carenciadas de maiores carências ao longo das suas vidas, consequência de não terem sido registadas (UNICEF, 2005). O registo vital já mostrou ser de grande importância para o desenvolvimento social e económico em países pouco industrializados (Szreter, 2007; Lundberg et al., 2007). Os últimos 50 anos registaram pouco desenvolvimento nesses sistemas nos países de rendimento baixo e médio (Mahapatra et al., 2007).

Investigação

Apesar de vitalmente importante, a informação básica, por si só, não indica o caminho a seguir para melhorar a saúde e resolver as desigualdades na saúde. As causas fundamentais da desigualdade na saúde têm de ser compreendidas e as provas sobre o tipo de intervenções mais eficazes a reduzir o problema são necessárias. A base documental existente tem de ser reforçada em vários aspectos. Primeiro, a maioria da investigação da saúde (financiamento) continua a concentrar-se em peso no campo biomédico, apesar das melhorias mais evidentes para a saúde resultarem da intervenção sobre os determinantes sociais da saúde (UIPES/ORLA, 1999; Woolf et al., 2004; Woolf et al., 2007; Szreter, 2002; Szreter, 2008). É necessária mais investigação multidisciplinar e interdisciplinar sobre os determinantes sociais da saúde. A produção de provas documentadas sobre as intervenções bem sucedidas na redução das desigualdades na saúde é um processo complexo. Frequentemente os testes controlados aleatórios não são viáveis por motivos práticos ou éticos. Para mais, as provas sobre os determinantes sociais da saúde podem estar dependentes do contexto. As reacções às desigualdades na saúde vão reflectir uma gama ampla de factores, incluindo a cultura e história de um país, o seu ambiente político e a força da sua sociedade civil. A compreensão do impacto que o contexto tem nas desigualdades na saúde e a eficácia das intervenções exige uma base de provas rica, que inclua dados qualitativos e quantitativos. As provas devem ser julgadas pela adequação ao seu propósito – ou seja, o seu grau de eficácia na resposta à pergunta feita –, em vez de pelas tradicionais hierarquias rígidas de documentação (MEKN, 2007a).

Formação

A agenda dos determinantes sociais da saúde é fundamentalmente política e exige, por isso, acção política. Porém, a existência de provas é vital. O reconhecimento e definição de problemas, tal como a formulação de soluções, é crucial, acrescentando à vontade política. Os agentes formuladores de políticas têm de reconhecer e compreender o problema da desigualdade na saúde, os seus determinantes e as soluções possíveis – e sentir que têm o espaço e a incumbência organizacionais e os recursos necessários para definir a acção apropriada. Isto exige investimento na formação de conselheiros e elaboradores de políticas, profissionais médicos e de saúde e outros (tais como os urbanistas) e uma crescente compreensão dos determinantes sociais da saúde pelo público.

ACÇÃO PARA A CAPACIDADE MELHORADA DE MONITORIZAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO

Sistemas de registo de nascimento

A Comissão recomenda que:

16.1 Os governos assegurem que todas as crianças são registadas quando à nascença, sem custo financeiro para o agregado familiar. Esta medida deve fazer parte do melhoramento do registo civil de nascimentos e óbitos (ver Recomendações 5.2; 14.1).

O melhoramento do registo de nascimentos deve ser uma das prioridades na criação de capacidades de monitorização regular da desigualdade na saúde, sobretudo em países de rendimento baixo e médio (Braveman, 1998). Isto exige que os governos dêem maior prioridade ao desenvolvimento da capacidade e infra-estrutura do registo civil nos seus planos de saúde e desenvolvimento nacional, incluindo na sua atribuição de recursos financeiros e humanos (Mahapatra et al., 2007; Setel et al., 2007). Os governos nacionais devem ser responsáveis pela criação de um sistema de registo de nascimentos como parte de um sistema de registo civil abrangente e de alta qualidade. O registo de óbitos, incluindo a causa de morte, deve ser reforçado, melhorando os registos de rotina e, a curto prazo, através da utilização de métodos alternativos mais eficazes, tais como autópsias verbais (Murray et al., 2007).

O sistema de cuidados de saúde pode desempenhar um papel importante e tem a responsabilidade de desenvolver e reforçar o sistema de registo civil. Trabalhando de perto com as autoridades de registos e serviços nacionais de estatísticas, pode informar, promover e apoiar a criação e manutenção de um sistema com essas características (Setel et al., 2007). Os prestadores de cuidados de saúde podem, por exemplo, fornecer informação às pessoas sobre como registar um nascimento. Da mesma forma, a informação sobre saúde e desenvolvimento infantil pode ser fornecida aos pais, quando registam o nascimento dos seus filhos (UNICEF, 2005). A qualidade do registo da causa de morte pode ser melhorada, aumentando a formação dos médicos no preenchimento de formulários de causa de morte (Mahapatra et al., 2007).

Os esforços para melhorar os níveis de registo de nascimentos devem ser combinados com esforços específicos para procurar reduzir as desigualdades no registo de nascimento entre grupos sociais e regiões dentro dos países (UNICEF, 2005).

MONITORIZAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO : ÁREA DE ACÇÃO 16.1

Assegurar que os sistemas de monitorização de rotina para a igualdade na saúde e os determinantes sociais da saúde estão a operar regularmente local, nacional e internacionalmente.

O mapeamento da cobertura do registo pode ser usado para identificar as regiões com menor nível de registos e planear campanhas relativas ao tema (UNICEF, 2005). Os mecanismos específicos para melhorar a cobertura e reduzir as desigualdades devem ser adaptados ao seu contexto específico. Uma primeira prioridade consiste em abolir os custos do registo e as sanções para registo tardio. Se a distância for um problema, unidades móveis ou campanhas de registo ao domicílio podem ser úteis (UNICEF, 2005). Em locais onde a falta de conhecimentos seja um problema, as campanhas de informação, abrangendo todas as regiões e grupos sociais, são uma opção viável (UNICEF, 2005). Os governos podem trabalhar com organizações da sociedade civil e outras organizações locais, como escolas e centros de saúde ou campos para refugiados, para aumentar a cobertura (UNICEF, 2005).

O melhoramento dos sistemas de registo civil exige a confiança e participação dos cidadãos (Setel et al., 2007). A sua privacidade deve ser salvaguardada através de sistemas de protecção de dados. Os indivíduos, sobretudo os pertencentes a grupos vulneráveis, devem ser protegidos de abusos sobre a informação proveniente do registo civil pelos governos e outros elementos (Setel et al., 2007).

O desenvolvimento e fortalecimento de sistemas de registo civil, que sejam sustentáveis a longo prazo, exige empenho político e financeiro sustentado, a nível nacional e internacional, de governos, doadores e organizações internacionais (Setel et al.; Mahapatra et al., 2007). Os doadores e agências internacionais devem reconhecer que o registo de nascimentos, como parte de um sistema de registo funcional e completo, é uma componente fundamental da infra-estrutura do desenvolvimento (Mahapatra et al., 2007). A OMS desempenha um papel crucial na prestação de apoio técnico aos países. Para além disso, os esforços internacionais são necessários para melhorar a qualidade e comparabilidade de estatísticas vitais, como através da Rede de Metrologia da Saúde – Health Metrics Network (Setel et al., 2007; Mahapatra et al., 2007; Rede de Metrologia da Saúde, s.d.). Também é necessário apoio ao registo civil por projectos financiados por agências internacionais (Mahapatra, et al., 2007). O Banco Mundial, por exemplo, pode enquadrar esta medida no seu financiamento do desenvolvimento e reforma de sistemas de saúde, enquanto que a UNICEF pode promover mais activamente o registo de óbitos, para além dos seus esforços para melhorar o registo de nascimentos (Mahapatra et al., 2007).

Sistemas nacionais de vigilância da igualdade na saúde

A Comissão recomenda que:

16.2 Os governos nacionais implementem um sistema de vigilância da igualdade na saúde, com recolha regular de dados sobre os determinantes sociais da saúde e a desigualdade na saúde (ver Recomendação 10.3).

Um sistema de vigilância da igualdade na saúde recolhe, colige e dissemina regularmente informação sobre saúde, desigualdades na saúde e determinantes da saúde de forma concertada. Muitos países e organizações internacionais já reúnem dados sobre os determinantes sociais da saúde de uma forma ou outra. Os sistemas nacionais e globais de vigilância da igualdade na saúde podem construir-se a partir de esforços existentes e adicionar dois elementos importantes. Em primeiro lugar, enquanto a maioria dos sistemas de dados apenas apresenta médias nacionais, um sistema de vigilância da igualdade na saúde apresentaria dados estratificados por grupos sociais dentro dos países, e incluiria a quantificação das desigualdades na saúde e determinantes nestes grupos. Em segundo lugar, enquanto os dados sobre os diferentes determinantes da saúde estão actualmente dispersos por vários sistemas de informação, um sistema de vigilância da igualdade na saúde reuniria, num só local, informação sobre um leque vasto de determinantes sociais da saúde.

Criação de um sistema mínimo para vigilância da igualdade na saúde

Recomenda-se a todos os governos nacionais a criação de um sistema abrangente de vigilância da igualdade na saúde (ver Caixa 16.1), quando necessário com a assistência da OMS. Tal sistema pode ser criado de forma gradual, dependendo do estágio de desenvolvimento do país e sistemas de informação de saúde existente. O primeiro requisito é o de que os governos assegurem a disponibilidade de dados básicos sobre mortalidade e doença, estratificados por grupo socioeconómico e regiões dentro dos países. A experiência de trabalho da UE mostra, de forma constante, que os países sem dados básicos sobre mortalidade e doença sistematizados por indicadores socioeconómicos são incapazes de progredir no conjunto de objectivos da igualdade na saúde (Mackenbach & Bakker, 2003); o mesmo se aplica a países fora da UE. Um enquadramento para um sistema mínimo de vigilância da igualdade na saúde é descrito na Caixa 16.2.

CAIXA 16.1: ESTATÍSTICAS VITAIS – CRUCIAIS PARA A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS

“No continente africano, a África do Sul é um dos casos mais bem documentados, no qual a ausência de informação de qualidade sobre a causa de morte permitiu que as políticas nacionais débeis persistissem e em que o uso melhorado de dados existentes sobre eventos vitais levou a mudanças nas políticas e nas prioridades dos programas (...). No início de 2000, os dados disponíveis sobre as ocorrências vitais deste país apontavam, sem dúvidas, para um enorme aumento de mortes de adultos. A ausência de informação sobre as causas destas

mortes, contudo, deu uma oportunidade ao governo, que mantinha uma atitude céptica relativamente ao VHI/SIDA, para continuar a lançar dúvidas sobre os verdadeiros efeitos daquela epidemia no seu país. As Autoridades na Cidade do Cabo participaram na análise da informação existente sobre causas de morte, sobretudo sobre o VHI/SIDA e homicídios, e percebeu o valor da existência de dados gerados localmente para os processos de decisão locais.

Reproduzido, com autorização do editor, de Setel et al., (2007).

De modo a criar um sistema de vigilância mínimo para a igualdade na saúde, todos os países têm de:

- criar imediatamente estatísticas regulares onde elas não existam; apesar de ser difícil, mesmo em áreas em conflito ou emergência, é possível elaborar censos sobre condições de vida e de saúde (Burnham, 2006; PNUD / UNDP & Ministério do Planeamento e Corporação para o Desenvolvimento, 2005);
- melhorar as estatísticas de saúde regulares, de forma a ser possível seguir separadamente as tendências de saúde e mortalidade para homens e mulheres e para os diferentes estratos sociais, usando dados representativos à escala nacional;
- quando haja confiança nos censos existentes, melhorar:
 - a representatividade – representativos à escala global, enquanto abordam o problema da falta de dados para grupos vulneráveis como os sem-abrigo, nómadas ou as Populações Indígenas;
 - poder estatístico – suficiente para desagregar a maioria dos resultados de saúde e os determinantes para estratos sociais relevantes e monitorizar as tendências temporais na desigualdade na saúde;
 - qualidade e metodologias dos dados – métodos de fiabilidade, validade, amostra e estimativa, técnicas estatísticas;
 - consistência / comparabilidade da recolha de dados – para permitir comparações ao longo do tempo e entre países;
 - referência geográfica – para facilitar a ligação de dados;
 - frequência de realização de censos – idealmente, pelo menos de cinco em cinco anos;
- melhorar o conhecimento sobre a saúde e mortalidade, em todas as idades e estratos sociais, nos países pobres. Os dados de censos, em particular dos Inquéritos de Demografia e Saúde (Demographic and Health Surveys – DHS), têm sido valiosos na descrição de desigualdades na mortalidade infantil e os seus determinantes em países de rendimento baixo e médio. O seu uso alargado mostra que esses censos são possíveis nestes países. É importante criar sistemas que forneçam informação também sobre a saúde dos adultos, por exemplo, por DHS alargados.

O sistema vigilância da igualdade na saúde deve ser coordenado nacionalmente, para ser útil a quem elabora políticas de escala nacional e local. Os governos, onde necessário com ajuda de doadores, devem fornecer financiamento a longo prazo a uma agência central que coordene a vigilância nacional da igualdade na saúde. A OMS deve desempenhar um papel crucial no apoio aos sistemas de vigilância da igualdade na saúde ao nível dos Estados-membros. Isto deve incluir a prestação de apoio técnico para a melhoria dos sistemas; melhoria da qualidade e comparabilidade dos dados (entre países e ao longo do tempo); e a criação de capacidades, ao nível nacional, para a utilização dos dados para a elaboração de políticas, desenvolvimento de programas de saúde pública e análise. Iniciativas como a da Rede de Metrologia da Saúde (Health Metrics Network) também podem apoiar a capacitação técnica para a vigilância da igualdade na saúde (Rede de Metrologia da Saúde, s.d.). Para além disso, pode ser retirada experiência das iniciativas existentes de monitorização da igualdade na saúde, como o Programa da UE para a Monitorização da Saúde (UE, 1997).

CAIXA 16.2: UM SISTEMA MÍNIMO DE VIGILÂNCIA DA IGUALDADE NA SAÚDE

Um sistema mínimo de vigilância da igualdade na saúde fornece dados básicos sobre mortalidade e doença, por grupo socioeconómico e regional, dentro dos países. Todos os países devem ter disponíveis, no mínimo, dados básicos sobre a igualdade na saúde, representativos à escala nacional e comparáveis ao longo do tempo. Idealmente, a mortalidade é estimada com base em registos completos e de boa qualidade de ocorrências vitais, enquanto os dados sobre a doença podem ser recolhidos, usando entrevistas de censos sobre saúde (Kunst & Mackenbach, 1994). Em muitos países de rendimento baixo e médio, os censos sobre a saúde continuam a ser uma importante fonte de informação sobre a mortalidade num futuro próximo.

Resultados para a saúde:

mortalidade, mortalidade infantil e/ou mortalidade abaixo dos cinco anos, mortalidade materna, mortalidade adulta e EVN;

morbilidade: pelo menos, três indicadores de doença nacionalmente relevantes, que variam entre contextos de países e podem incluir a prevalência da obesidade, diabetes, subnutrição e SIDA;

saúde mental e física auto-avaliada;

Quantificação da desigualdade:

para além das médias da população, os dados sobre os resultados da saúde devem ser fornecidos de forma estratificada, incluindo classificação por:

sexo;

pelo menos, dois marcadores sociais (por exemplo, educação, rendimento / riqueza, classe ocupacional, etnia / raça);

pelo menos, um marcador regional (por exemplo, rural / urbano, província);

Incluir, pelo menos, uma quantificação sumária das desigualdades absolutas na saúde entre grupos sociais e uma das desigualdades relativas na saúde entre grupos sociais (ver Caixa 13.3).

Dados de boa qualidade sobre a saúde das Populações Indígenas devem estar disponíveis, quando aplicável.

CAIXA 16.3: PARA UM ENQUADRAMENTO NACIONAL ABRANGENTE PARA A VIGILÂNCIA DA IGUALDADE NA SAÚDE

DESIGUALDADES NA SAÚDE

Incluir informação sobre:

Resultados na saúde estratificados por:

- sexo;
- pelos menos, duas classificações socioeconómicas (educação, rendimento / riqueza, classe profissional);
- grupo étnico / raça / grupo indígena;
- outras classificações sociais contextualmente relevantes;
- domicílio (rural / urbano e província ou outras unidades geográficas relevantes);

a distribuição da população em subgrupos;

uma quantificação sumária de desigualdade na saúde relativa: incluem-se a relação entre taxas, o índice relativo de desigualdade, a versão relativa do risco atribuível à população e o índice de concentração;

uma quantificação sumária da desigualdade na saúde absoluta: as medidas incluem a diferença de taxas, o índice da desigualdade e o risco atribuível à população.

RESULTADOS DA SAÚDE

mortalidade (de todas as causas, de causas específicas, de idades específicas);

DPI;

saúde mental;

doença e deficiência;

saúde física e mental auto-avaliada;

resultados de causas específicas.

DETERMINANTES, QUANDO APLICÁVEIS, INCLUINDO DADOS ESTRATIFICADOS

Condições de vida do quotidiana

Comportamentos relacionados com a saúde:

- consumo de tabaco;
- álcool;
- actividade física;
- dieta e nutrição;

Ambiente físico e social:

- água e condições sanitárias;
- condições de habitação;
- infra-estrutura, transportes e desenho urbano;
- qualidade do ar;
- capital social;

Condições de trabalho:

- exposição a riscos de trabalho materiais;
- *stress*;

cuidados de saúde:

- cobertura;
- infra-estrutura do sistema de cuidados de saúde;

protecção social:

- cobertura;
- generosidade;

Motores estruturais da desigualdade na saúde:

Género:

- normas e valores;
- participação económica;
- saúde sexual e reprodutiva;

Desigualdades sociais:

- exclusão social;
- rendimento e distribuição da riqueza;
- educação;

Contexto sociopolítico:

- direitos civis;
- condições de emprego;
- administração e prioridades de investimento público;
- condições macroeconómicas.

CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE SAÚDE

consequências económicas;

consequências sociais.

Rumo a um sistema de vigilância da igualdade na saúde abrangente

Os dados sobre os mais importantes determinantes sociais da saúde devem ser recolhidos e analisados em conjunto com dados da saúde. O sistema de vigilância deve fornecer dados num leque diverso de determinantes sociais da saúde na dimensão causal, desde as condições de vida do quotidiano até aos motores mais estruturais das desigualdades na saúde (Solar & Irwin, 2007). O sistema deve ser estruturado de forma a permitir seguir, separadamente, as tendências temporais sobre os determinantes sociais da saúde, para homens e mulheres e para os diferentes estratos sociais.

A Caixa 16.3 fornece um exemplo de como uma enquadramento para vigilância da igualdade na saúde pode ser estruturado. Deve incluir informação sobre as desigualdades e os determinantes da saúde e as consequências da falta de saúde. A informação sobre a saúde deve ser apresentada de forma estratificada, usando classificações sociais e regionais. Apesar da informação sobre a saúde de grupos sociais específicos dever ser incluída, o nível absoluto de saúde dos grupos carenciados é, em particular, um importante indicador para os elaboradores das políticas. Para mais, as quantificações que sintetizam a magnitude da desigualdade na saúde entre grupos populacionais devem ser incluídas. É aconselhável incluir uma medida absoluta e uma medida relativa de desigualdade na saúde, já que estes tipos de medidas são complementares e as descobertas podem depender do tipo que é usado. Ao interpretar os padrões e tendências da desigualdade, os decisores, planeadores e investigadores devem ser claros quanto ao tipo de quantificação sintética que estão a usar. Registos simples de desigualdade na saúde, como o rácio de taxa e diferença de taxa – podem, para fins de investigação, ser complementados com quantificações mais complexas da desigualdade na saúde (como o índice relativo de desigualdade) (Kunst & Mackenbach, 1994; Mackenbach et al., 1997; MEKN, 2007; Vägerö, 1995). A informação sobre a distribuição da população em grupos sociais e regionais tem de ser incluída no sistema de vigilância, já que o tamanho dos grupos vai determinar o impacto das desigualdades na saúde na população.

O enquadramento apresentado na Caixa 16.3 mostra categorias abrangentes de resultados e determinantes para os quais os indicadores têm de ser desenvolvidos, usando um processo participativo de âmbito internacional e nacional. As categorias mais gerais derivam do trabalho da Comissão, como exposto no presente relatório. A estrutura descreve claramente a importância de monitorização que transcenda o

sistema de cuidados de saúde (CW, 2007). Idealmente, deve ser desenvolvido um conjunto básico de indicadores comparáveis entre países, sob a orientação da OMS e em consulta com os intervenientes nas escalas nacional e internacional (ver Capítulo 15: *Administração global competente*, recomendação 15.1). Estes indicadores devem incluir os que sejam referentes à saúde baseada nos direitos humanos, para permitir a monitorização e avaliação da concretização gradual do direito às condições de saúde (ONU, 2000a). Ao nível dos países, devem ser desenvolvidos módulos e indicadores específicos para adaptação nacional e local, dentro deste enquadramento concertado.

Em alguns países, existem já iniciativas para monitorização das desigualdades na saúde e determinantes sociais da saúde de forma abrangente (CW, 2007) (Caixa 16.4).

O papel das comunidades na monitorização da igualdade na saúde

O envolvimento das comunidades locais é uma parte integrante do processo geral de monitorização da igualdade na saúde. Isto é especialmente importante porque, para que as realidades do terreno relacionadas com a igualdade sejam avaliadas cuidadosamente, serão os excluídos que melhor podem dar provas das mudanças, caso tenham ocorrido. A monitorização pela comunidade pode, por exemplo, expor condições diversas de índole social, como a falta de serviços e recursos para o tratamento do VIH/SIDA (Caixa 16.5). Outro exemplo é o problema dos testes de determinação de sexo e decrescente número de mulheres na Índia. Foram grupos femininos e de saúde comunitária que revelaram a prática de determinação do sexo, seguida de aborto, em consequência da monitorização que vinham realizando sobre as mudanças nos nascimentos, por sexo, a nível local.

Não apenas pode a monitorização pela comunidade fornecer dados verídicos e fiáveis, como também pode capacitar os habitantes locais (Caixas 16.5 e 16.6). A criação da capacidade para recolha e análise dos dados precede, frequentemente, a acção da comunidade sobre os determinantes sociais da saúde e pode permitir às comunidades escolher e decidir sobre problemas que afectam as suas vidas. Permitir o acesso e controlo de dados às comunidades pode facilitar a acção sobre os determinantes sociais da saúde. Tipicamente, os dados são recolhidos localmente, mas são encaminhados aos administradores e elaboradores de políticas, sendo raramente cedidos aos habitantes locais, que não vêem as mudanças (quando existentes), nem a forma de funcionamento das suas comunidades, quando comparadas com outras; não tem de ser sempre esta a realidade (Caixa 16.6).

CAIXA 16.4: MONITORIZAÇÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM INGLATERRA

Como parte do progresso na monitorização deste o inquérito Acheson em 1997, o Ministério da Saúde está a avaliar as tendências da desigualdade na saúde e dos determinantes sociais na saúde. A análise inclui vários resultados de saúde por classe social, juntamente com dados de um leque diverso de determinantes sociais, desde comportamentos

da saúde, sistemas de saúde e uso de cuidados de saúde, até condições materiais, acordos laborais e políticas económicas e sociais, seguindo de perto a estrutura descrita na Caixa 16.3.

Fonte: Unidade para as Desigualdades da Saúde – Health Inequalities Unit, 2008; Departamento de Saúde, 2005.

Um sistema global de monitorização da igualdade na saúde

A Comissão recomenda que:

16.3 A OMS oriente a criação de um sistema global de monitorização da igualdade na saúde, como parte de um enquadramento de administração global mais amplo (ver Recomendação 15.1).

Um sistema global de monitorização da igualdade na saúde coligiria, sistematicamente, dados sobre as desigualdades e os determinantes da saúde, tornando-os públicos a todos os países. Um tal sistema de vigilância é um importante elemento de administração global competente (ver Capítulo 15: *Administração global competente*). Um sistema

global de monitorização da igualdade na saúde seria baseado e acrescentaria mais-valias aos sistemas nacionais de monitorização da temática. Poderia ser baseado num enquadramento semelhante ao descrito na Caixa 16.3 para os sistemas de vigilância nacionais. Para além das desigualdades internas nacionais, o sistema deveria monitorizar as desigualdades dos resultados de saúde entre países (Caixa 16.7) e os seus determinantes. Estes podem ser encontrados ao nível do contexto global, como diferenças de riqueza entre países, a quantidade de financiamento global gasto em trabalho sobre os determinantes da saúde (comparada com o financiamento específico de doenças), a atribuição de fundos da OMS para o trabalho sobre a igualdade na saúde e os determinantes sociais na saúde, o grau de cumprimento de compromissos relativos à

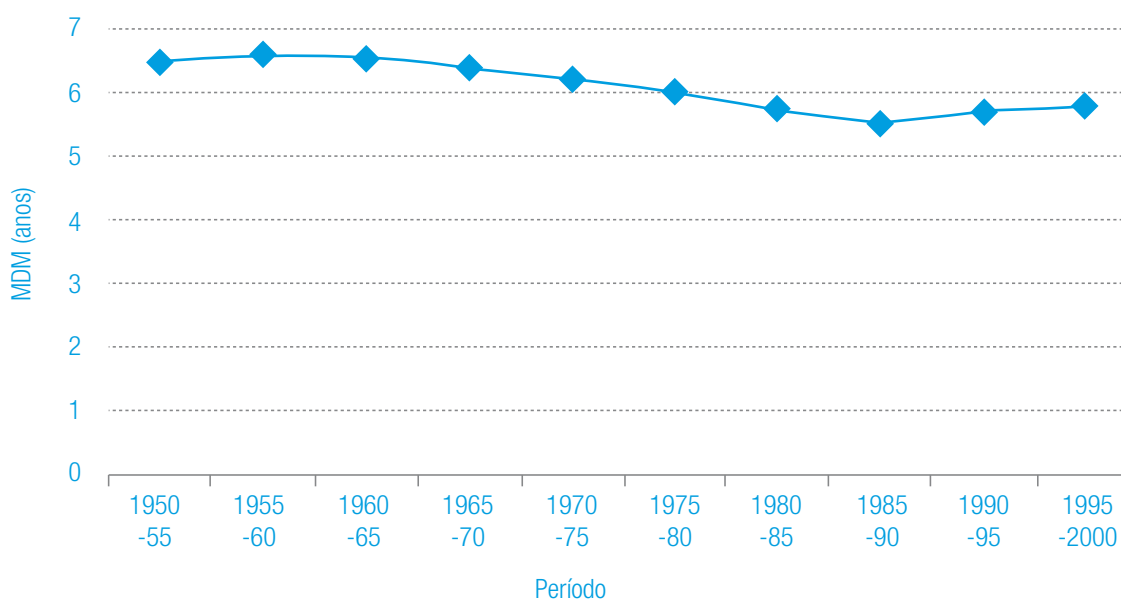
CAIXA 16.5: ABORDAGEM DE AVALIAÇÃO DA IGUALDADE PARA A MONITORIZAÇÃO

A GEGA (Aliança Global para a Monitorização da Igualdade – Global Equity Gauge Alliance) procura reduzir as desigualdades na saúde através de uma abordagem de avaliação da equidade, que inclui avaliação, monitorização, advocacy e capacitação da comunidade. Em pelo menos dez países, está implementada uma avaliação da igualdade. Um conjunto variado de entidades sociais pode estar envolvido nesta abordagem, incluindo comunidades, organizações da sociedade civil, investigadores, elaboradores de políticas, a comunicação social, profissionais da saúde e o governo local. A monitorização das desigualdades na saúde está

ligada à mobilização social e política. A avaliação do VIH/SIDA na África do Sul, por exemplo, usa a monitorização e avaliação da sociedade para averiguar se estão ou não presentes serviços e recursos fundamentais para os tratamentos relacionados com o VIH/SIDA. As descobertas advindas desta actividade de monitorização são usadas pela comunidade em actividades de advocacy e no desenvolvimento de soluções locais para os factores que impedem a prestação de serviços relacionados com o VIH/SIDA.

Fontes: GEGA, s.d; “Health Systems Trust”, s.d..

Figura 16.1: Tendência na medida de dispersão da mortalidade para a esperança de vida à nascença, 1950-2000.



MDM = medida de dispersão da mortalidade

Reimpresso, com a permissão da editora, de Moser, Shkolnikov & Leon (2005).

despesa com a ajuda internacional e a dimensão do perdão da dívida. Estes são exemplos de determinantes de desigualdades entre países. Tem de ser desenvolvida um enquadramento coeso, com indicadores de base para a vigilância da igualdade na saúde global, sob orientação da OMS e envolvendo os intervenientes à escala nacional, assim como as organizações internacionais e os institutos de investigação (ver Capítulo 15: *Administração global competente*).

O papel da OMS e o sistema das Nações Unidas

A monitorização e vigilância da saúde da população mundial é uma das principais funções da OMS. A Comissão apoia a criação de um observatório da saúde mundial que “recolheria, coligiria e disseminaria dados sobre problemas de saúde prioritários” (OMS, 2008a). É imperativo que a vigilância da igualdade na saúde mundial seja uma componente fundamental desse observatório. Envolvendo, ao mesmo tempo, intervenientes de estados-membros, organizações internacionais e entidades investigadoras, a componente específica de igualdade na saúde global de um observatório da saúde mundial poderia conduzir várias actividades fundamentais: desenvolvimento de um enquadramento de monitorização concertado com indicadores de base, comparáveis entre países; criação de padrões e regras para a vigilância da igualdade na saúde; desenvolvimento de perfis nacionais, regionais e globais interactivos e rapidamente actualizáveis sobre a saúde e seus

determinantes sociais, adaptados a diferentes públicos-alvo; e fornecimento de uma plataforma de provas documentais transparente, que pode ser usada e melhorada por todos os intervenientes, com contribuições para políticas, programas ou *advocacy*.

Como parte de um processo mais amplo da ONU para um planeamento mais concertado (ver Capítulo 15: *Administração global competente*), a OMS pode orientar melhorias na coordenação e cooperação entre países e agências internacionais para reduzir a fragmentação e duplicação de pedidos de recolha e relatório de dados a países (UNICEF, 2007c). Isto inclui a promoção de debates entre agências sobre problemas técnicos e metodológicos, tais como a estandardização de indicadores; identificação de falhas críticas na disponibilidade de dados; e desenvolvimento de estratégias para as ultrapassar. Esta função exige que a OMS crie capacidade interna para monitorizar a igualdade e os determinantes sociais da saúde.

Para que seja mais eficaz, um sistema global de vigilância da igualdade na saúde, tem de ser capaz de abarcar o espectro do sistema da ONU e convidar, para participação, os parceiros da sociedade civil, o sector privado e todos os níveis de governo (ver Capítulo 15: *Administração global competente*). Liderar a recolha e monitorização de dados estratificados sobre resultados e determinantes sociais da saúde no sistema da ONU é

CAIXA 16.6: ENVOLVIMENTO DAS COMUNIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS INQUÉRITOS A AGREGADOS FAMILIARES

As organizações não-governamentais podem desempenhar um papel importante na monitorização da comunidade. Por exemplo, a organização não-governamental holandesa, “Connect International”, financia e promove a realização de programas de desenvolvimento comunitário em vários países Africanos por organizações associadas locais. Os parceiros conduzem inquéritos aos lares, sobre saúde e determinantes sociais da saúde nas comunidades em Moçambique, na República Unida da Tanzânia e Zâmbia, onde trabalham. Os inquéritos servem para avaliar os programas de desenvolvimento da

comunidade e lançam luz sobre as forças e fraquezas da saúde e determinantes sociais da saúde em cada aldeia envolvida. Os profissionais da saúde locais nas aldeias e o pessoal das organizações associadas locais é formado sobre a condução dos inquéritos. Os resultados dos censos são apresentados e discutidos com as comunidades, que estão amplamente envolvidas na discussão do progresso obtido e na criação de prioridades para mais melhorias, com base nos resultados dos questionários.

Fonte: “Connect International”, s.d..

CAIXA 16.7: QUANTIFICAÇÃO DA DESIGUALDADE NA SAÚDE GLOBAL

Foram recentemente desenvolvidos vários métodos de quantificação da desigualdade na saúde global. Estes métodos incluem a quantificação da dispersão da mortalidade (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005), a análise de amostras (Ruger & Kiml, 2006) e a aplicação do índice de desigualdade – geralmente usado para medir desigualdades na saúde intranacionais – para medir as desigualdades entre países (Dorling, Shaw & Davey Smith, 2006). Usando a medida de dispersão da mortalidade,

por exemplo, mostrou-se que a convergência da mortalidade global (entre 1950-55 até 1985-90) foi substituída por divergência desde meados dos anos 1980 (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005) (Figura 16.1). É necessária mais investigação sobre formas de quantificação da desigualdade na saúde global e os seus determinantes, sendo importante desenvolver objectivos de escala mundial para a redução das desigualdades da saúde entre e dentro dos países, com monitorização frequente do progresso.

um papel importante da OMS. Mais relevante, dentro do sistema ONU, a Assembleia Geral e os PRSPs (Documentos de Estratégia para Redução da Pobreza) nacionais podem concentrar-se na igualdade na saúde e os ODM podem incluir uma componente de igualdade na saúde. A Avaliação Conjunta do País, instrumento comum no sistema da ONU para monitorizar e analisar o desenvolvimento dos países, pode tornar-se um importante instrumento de vigilância, através da inclusão de indicadores sobre a igualdade e os determinantes sociais da saúde. As Delegações Nacionais da ONU, constituídas por organizações especializadas, incluindo a OMS, podem fornecer um mecanismo para implementar estes elementos. Como parte do sistema global de vigilância da igualdade na saúde, é recomendada a criação, pelo sistema da ONU, de um processo que produza a um conjunto abrangente de objectivos para a igualdade na saúde, acordados globalmente e a longo prazo, com metas intermédias (ver Capítulo 17: *Manutenção da acção para além da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*).

O uso de dados de monitorização para a elaboração de políticas

Como parte dos sistemas globais e nacionais de vigilância, os dados sobre desigualdades e determinantes da saúde devem ser tornados públicos, acessíveis e amplamente disseminados para fins de *advocacy* e para apoiar a elaboração concertada de políticas. Isto exige que os resultados sejam regularmente tornados acessíveis a um público não técnico e que os dados não tratados sejam tornados públicos para fins de investigação. A informação relativa à vigilância da igualdade na saúde nacional têm de ser relatadas aos elaboradores de políticas e

à OMS, entre outros. Aquela que seja relativa à vigilância da igualdade na saúde global têm de ser relatada ao Conselho Económico e Social, outras entidades internacionais e de volta aos governos nacionais (ver Capítulo 15: *Administração global competente*).

Deverá implementar-se um processo claro, que inclua a circulação de informação, desde os dados sobre as desigualdades na saúde até à elaboração de políticas, para que aqueles sejam tomados em conta no desenvolvimento de políticas nacionais e subnacionais e na criação de programas de saúde pública (Caixa 16.8). As implicações para as políticas (Braveman, 1998) de todos os sectores – não apenas o dos cuidados de saúde –, dos padrões e tendências de saúde observados, devem ser aferidas com regularidade. Algumas entidades chave devem estar envolvidas neste processo, incluindo criadores de políticas, profissionais de diferentes sectores, investigadores de diversas disciplinas, sociedade civil e organizações comunitárias. Os seus conhecimentos e experiência podem ajudar na interpretação de dados e o seu envolvimento é crucial para a mobilização para a implementação de políticas e a criação e manutenção da vontade política (Braveman, 1998).

Expansão das bases de conhecimento

A Comissão recomenda que:

- 16.4. As entidades de financiamento de investigação criem um orçamento dedicado à produção e partilha global de provas documentais sobre os determinantes sociais e a igualdade na saúde, incluindo investigação sobre a intervenção na igualdade na saúde.**

CAIXA 16.8: MÉXICO – O USO DE PROVAS DOCUMENTAIS NA REFORMA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Aquando da reforma do sistema nacional de saúde no México, em 2000, metade das famílias mexicanas, na maioria pobres, não tinha protecção contra as consequências económicas da falta de saúde. A reforma do sistema de saúde mexicano investiu fortemente na geração e aplicação de conhecimentos. As contabilidade nacional de saúde revelaram que mais de metade de todos os gastos com a saúde no México provinha das economias pessoais. Consequentemente, muitos lares desceram abaixo da linha da pobreza ou foram forçados a um nível mais baixo de pobreza. Este facto criou a consciência no público de uma realidade que não tinha sido, até então, debatida – concretamente, que os cuidados de saúde, por si só, podem ser uma causa directa de

empobrecimento. Uma importante reforma legislativa foi conduzida com o propósito de criar um sistema de protecção na saúde e foi aprovada por todos os partidos do Congresso Mexicano. O novo sistema público voluntário, chamado Seguro Popular, entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2004. Será alargado para cobertura universal até 2010.

As análises realizadas sobre o rendimento nacional periódico e os inquéritos de gastos mostraram uma redução no número de lares afectados por pagamentos de cuidados de saúde inoportáveis e um importante aumento do uso de serviços de detecção precoce para várias doenças não transmissíveis.

Fonte: MEKN, 2007a.

MONITORIZAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO : ÁREA DE ACÇÃO 16.2

Investir na produção e partilha de novas provas sobre as formas como os determinantes sociais influenciam a saúde e a igualdade na saúde da população e sobre a eficácia de medidas tomadas com vista à diminuição das desigualdades na saúde através da acção sobre os determinantes sociais.

O alcance da investigação da saúde pública

O trabalho da Comissão demonstra claramente a importância de aumentar o alcance da investigação de saúde pública para incluir uma ênfase reforçada nos determinantes sociais da saúde. Requer que as entidades financiadoras, incluindo os conselhos nacionais de saúde, médicos e de investigação social, invistam mais na investigação dos determinantes sociais da saúde e na investigação multi e interdisciplinar que tal esforço implica, em vez do financiamento concentrado na investigação biomédica de doenças específicas, actualmente predominante (Fórum Global de Investigação em Saúde, 2006; Sanders et al., 2004; McCoy et al., 2004).

Os temas de todos os capítulos do presente relatório requerem mais investigação sobre as soluções eficazes na redução das desigualdades da saúde (ver Capítulo 17 – *Manutenção da acção para além da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*). Três áreas abrangentes necessitam de particular investimento. A primeira, investigação sobre as desigualdades dos determinantes da saúde, em vez de determinantes da saúde média da população, precisa de estudo aprofundado. Na segunda, é necessária mais investigação sobre as soluções eficazes na

redução das desigualdades na saúde e nas suas circunstâncias e sobre qual é a melhor maneira de implementar intervenções que contribuam para a redução dessas desigualdades (Caixa 16.9). Esta investigação deve considerar a complexidade destas intervenções. Existe alguma experiência na avaliação de intervenções complexas (tais como Head Start e Moving to Opportunity, nos Estados Unidos da América e Health Action Zones, no Reino Unido). Porém, quando comparado com o da ciência biomédica, o financiamento de métodos apropriados para este tipo de avaliação tem sido diminuto. O movimento global Cidades Saudáveis tem sido muito importante para uma abordagem abrangente da melhoria da saúde, mas tem recebido pouca avaliação sistemática. A terceira área para investimento é a do desenvolvimento de métodos para quantificação e monitorização das desigualdades na saúde e avaliação do impacto de intervenções ao nível da população (MEKN; 2007b). A OMS pode liderar um processo para juntar, oriundos de diversos meios disciplinares, investigadores experientes na utilização de métodos de avaliação de intervenções complexas. A OMS também poderá liderar o investimento por governos nacionais em estudos de intervenção multinacionais, que usem métodos apropriados ao contexto, mas comparáveis entre países.

CAIXA 16.9: MÉXICO – AVALIAÇÃO DO SEGURO DE SAÚDE POPULAR (SEGURO POPULAR)

A reforma do sistema de saúde Mexicano investiu fortemente na criação e aplicação de conhecimentos. A experiência da avaliação de impacto criada ao abrigo do programa de transferência financeira condicional do México, Oportunidades está a ser aplicada à reforma do sistema de saúde, que viu ser criado um seguro de saúde popular chamado Seguro Popular. Somada aos seus aspectos técnicos, a avaliação rigorosa tem valor político para assegurar a continuidade das inovações, através de mudanças

na administração. No caso do Oportunidades, as provas científicas persuadiram o governo não apenas a continuar com o programa, mas também a expandi-lo. Os resultados encorajadores mostrados pela avaliação contínua do Seguro Popular podem servir para manter a reforma em futuras mudanças de governo.

Fonte: MEKN, 2007a.

Extensão da definição de prova

A acção sobre os determinantes sociais da saúde beneficia do desenvolvimento de uma base de provas rica e diversificada. Inclui provas de disciplinas e tradições metodológicas variadas (Caixa 16.10) a recolha sistemática de conhecimento e experiência dos principais intervenientes, sobretudo de profissionais e futuros beneficiários das intervenções. Isto é particularmente relevante, já que as provas sobre os determinantes sociais da saúde dependem, frequentemente, do seu contexto. As avaliações das intervenções sobre os determinantes sociais da saúde exigem informação qualitativa rica, de forma a compreender os modos como o contexto afecta a intervenção e as razões para o seu sucesso ou fracasso. O que conta como prova legítima deve ser determinado com base na sua “adequação ao fim”, em vez de uma única hierarquia de provas (que, tradicionalmente, coloca os testes controlados aleatórios e experiências em laboratório no topo das prioridades) (MEKN, 2007a). Apesar de nenhuma abordagem isolada à produção de provas ou dados dever ser privilegiada sobre outras, todos os tipos de prova documental podem ser avaliados usando os seguintes critérios: tornar explícitas as questões de investigação específicas a que as provas pretendem responder, dentro do campo mais amplo da investigação dos determinantes sociais da saúde; transparência (especialmente tornando todas as formas de desequilíbrio ou discriminação explícitas); e relevância para diferentes grupos populacionais e contextos (MEKN, 2007a).

Tratamento das discriminações de género na investigação

A investigação médica pode nem sempre lidar objectivamente com os problemas de género (Begin, 1998). Muita da investigação realizada é discriminadora de género, tanto no assunto estudado, como na forma como a investigação é feita (Williams & Borins, 1993; Eichler, Reisman & Borins, 1992). Os problemas da saúde que afectam particularmente as mulheres, por exemplo, tendem a ser reconhecidos mais lentamente. Algumas das queixas no campo da saúde das mulheres são postas de lado como psicológicas, sem as incluir como objectos de investigação (Begin, 1998). A interacção entre o género e outros factores sociais não é, frequentemente, reconhecida e os dados desagregados pelo sexo muitas vezes não são recolhidos (Iyer, Sen & Östlin, 2007). Os métodos usados na investigação médica e estudos clínicos para novos medicamentos podem ter em falta uma perspectiva de género e excluir as mulheres das populações em estudo. As discriminações verificadas também incluem um desequilíbrio de género nas comissões éticas e nas entidades financiadoras e consultoras e diferente tratamento das mulheres cientistas (WGEKN, 2007).

É imperativo desenvolver os mecanismos e políticas necessários para assegurar que as discriminações de género, tanto no conteúdo como nos processos da investigação, são evitados e corrigidos (WGEKN, 2007). Estes mecanismos e políticas incluem:

CAIXA 16.10: A IMPORTÂNCIA DOS DADOS QUALITATIVOS NA COMPREENSÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Os dados estatísticos são essenciais para descrever a extensão de um problema de saúde pública, mas são pouco úteis para explicar a experiência do problema em particular ou o seu impacto na vida dos habitantes. Assim, a apresentação de um panorama da experiência vivida é importante para fins justificativos, bem como para a advocacy e para mostrar aos políticos e outros intervenientes a história por detrás dos dados, que pode sensibilizar e promover a mudança das opiniões. (Baum, 1995). Por exemplo, os elaboradores de políticas têm dificuldade em explicar porque fumam as pessoas, apesar de existirem provas do seu impacto negativo para a saúde. Graham (1987) usou investigação qualitativa para demonstrar que o hábito do fumo nas

mulheres pobres pode ser um mecanismo para lidar com as exigências de ser mãe em meios pobres. A documentação qualitativa complementar também ajuda a explicar conclusões contraditórias de análises estatísticas. Algumas investigações sobre o capital social e a saúde descobriram que a participação na vida comunitária pode ser um factor de previsibilidade da falta de saúde. A análise estatística que revela este padrão não fala das razões para tal fenómeno. Os dados qualitativos complementares forneceram relatos de participação e sugeriram que um factor provável para o sucedido é o conflito que ocorre frequentemente quando as pessoas se envolvem em grupos comunitários (Ziersch & Baum, 2004).

MONITORIZAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO : ÁREA DE ACÇÃO 16.3

Prestar formação sobre os determinantes sociais da saúde a entidades elaboradoras de políticas, intervenientes e profissionais e investir na sensibilização do público sobre o tema.

- garantia de recolha de dados desagregados por sexo e outros estratificadores em projectos de investigação individuais, assim como através de sistemas de dados mais amplos;
- inclusão das mulheres em quantidade apropriada em estudos clínicos e outros estudos da saúde;
- análise dos dados gerados por estudos clínicos e outros estudos da saúde, usando ferramentas e métodos sensíveis ao género;
- reforço do papel das mulheres na investigação da saúde, entre outros, resolvendo os desequilíbrios de género nas comissões de investigação e financiamento, publicação e outras entidades consultoras.

Reforço da produção, partilha e acumulação global de provas documentais

A produção e síntese de provas e a produção de orientação baseada em provas sobre os determinantes sociais da saúde dependem de esforços intensivos em recursos. Existe a necessidade de colaboração internacional para assegurar a acumulação de conhecimento e impedir a desnecessária duplicação de esforços. Os mecanismos para partilha e acumulação de conhecimento global têm de ser melhorados, por exemplo, pela criação de um organismo sistematizador para provas oriundas de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde. A sua criação poderia, por exemplo, ser uma das funções do observatório de saúde mundial. Partindo da experiência da Comissão, deveria incluir não apenas informação técnica, mas também a aprendizagem através da prática, da actividade dos elaboradores de políticas e da sociedade civil. Um organismo sistematizador também poderia ajudar a interpretar as descobertas sobre a eficácia de intervenções consoante a sua situação geográfica. Para que tal aconteça, o diálogo e a troca de experiência entre governos, doadores, parceiros de desenvolvimento e sociedade civil devem ser facilitados. A importância, para todos os países, da acumulação e troca de conhecimentos sobre igualdade na saúde justifica o investimento internacional (EUROTHINE, 2007).

Formação e educação sobre os determinantes sociais da saúde

Formação de profissionais médicos e de saúde

A Comissão recomenda que:

16.5 As instituições educativas e os ministérios relevantes tornem os determinantes sociais da saúde uma parte comum e obrigatória da formação dos profissionais médicos e de saúde (ver Recomendação 9.3).

Os profissionais médicos e da área da saúde, incluindo médicos, enfermeiras, pessoal auxiliar e trabalhadores comunitários, têm de estar conscientes das desigualdades na saúde como importante problema de saúde pública. Também têm de compreender a importância dos factores sociais na influência do nível e distribuição da saúde da população. Infelizmente, na maioria dos currículos médicos e de saúde, há pouco espaço para a formação sobre esta temática determinantes.

Os ministérios da saúde e da educação, em colaboração com escolas médicas, de enfermagem, de saúde pública e gestão de saúde têm de tornar os determinantes sociais da saúde numa parte integrante e obrigatória do currículo dos profissionais médicos e de saúde. Todos os profissionais desta área têm de receber, no mínimo, formação de nível básico. Para além disso, alguns grupos específicos de indivíduos podem ser formados a nível mais especializado, para que, como membros da comunidade de saúde pública, possam promover e estudar o problema.

O sector dos cuidados de saúde tem um papel importante na orientação da AIS para a igualdade na saúde (ver Capítulo 10: *Igualdade na Saúde em Todas as Políticas, Sistemas e Programas*), o que exige, da parte dos elaboradores de políticas e profissionais do sector, a compreensão de como os determinantes sociais influenciam a saúde. Os profissionais da saúde também têm de perceber como o sector dos cuidados de saúde, dependendo da sua estrutura, operação e financiamento, pode exacerbar ou reduzir as desigualdades na saúde. Devem compreender o

CAIXA 16.11: A INTEGRAÇÃO DO GÉNERO NO CURRÍCULO MÉDICO

Ao longo da década passada, desenvolveram-se esforços para integrar o tema do género no currículo médico das instituições de formação numa série de países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, incluindo os Países Baixos, Suécia, Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, Filipinas e Índia.

Nos Países Baixos, por exemplo, foi conduzida em 2002 uma iniciativa nacional para a integração do género no currículo de oito escolas médicas. Uma revisão da iniciativa descobriu que a integração foi amplamente bem sucedida. Os principais obstáculos incluíram a persistência da baixa prioridade dada ao género no currículo médico e os níveis mais baixos de apoio à iniciativa da parte dos formadores do sexo masculino.

Na Índia, o projecto Generalização das Questões de Género na Educação Médica (Gender Mainstreaming in Medical Education) é uma importante iniciativa que não se concentra apenas em escolas médicas, mas que tem uma visão mais alargada da avaliação do género, através da colaboração com profissionais da saúde e organizações não-governamentais. O projecto tem por objectivo tornar os estudantes de medicina sensíveis às questões de género, integrando a perspectiva do género nos manuais e formando um grupo base de formadores médicos para os problemas de género.

Fonte: Govender & Penn-Kekana, 2007.

seu papel na prestação equitativa de cuidados de qualidade. Os trabalhadores da saúde e outros profissionais, entre outras coisas, têm de ter formação sobre boas capacidades de comunicação, saber ouvir os seus interlocutores e como ajustar a sua comunicação às necessidades dos pacientes (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Deverão, igualmente, ter consciência de como o género influencia os resultados e o comportamento na procura da saúde, o que exige a integração do género no currículo dos profissionais de saúde, como parte da formação sobre os determinantes sociais da saúde (Caixa 16.11).

A reorientação recomendada do sector dos cuidados de saúde, rumo a uma maior importância para a prevenção e promoção da saúde (ver Capítulos 9 e 10: *Cuidados de saúde universais; Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas*) exige uma reorientação de capacidades, conhecimentos e experiência dos profissionais de saúde envolvidos e uma melhoria do estatuto profissional e da importância destas áreas. A prevenção e promoção da saúde devem ter um lugar mais proeminente no currículo médico.

Tornar os determinantes sociais da saúde parte generalizada e obrigatória da formação médica e de outros profissionais da saúde, exige que os manuais e materiais de estudo sejam desenvolvidos com esse propósito. Existe uma necessidade urgente de desenvolver, entre outras coisas, uma biblioteca virtual de materiais de ensino e formação sobre um leque amplo de determinantes sociais da saúde, que possam ser descarregados gratuitamente. Para além disso, são necessárias oportunidades de formação profissional interdisciplinar e investigação sobre os determinantes sociais da saúde. Em países de rendimento baixo, isto pode ser feito, por exemplo, através de centros regionais para a qualidade e/ou modelos de educação remota (Caixa 16.12).

A Comissão recomenda que:

16.6 As instituições educativas e ministérios relevantes actuem de forma a melhorar a compreensão dos determinantes sociais da saúde por entre os profissionais externos à medicina e o público em geral (ver Recomendação 10.2).

Formação de outros profissionais e entidades políticas

A formação e educação sobre os determinantes sociais da saúde têm de ser alargadas a outros profissionais, entidades políticas e intervenientes. Os profissionais, como os urbanistas, planeadores das redes de transportes, professores e arquitectos ocupam uma posição privilegiada para a acção sobre os determinantes sociais da saúde. A melhoria da compreensão dos factores que afectam a saúde da população e o gradiente social na saúde prepara o terreno para que os factos sejam entendidos e tratados, criando a base para a acção intersectorial. A formação de profissionais externos à área da medicina implica que as escolas de trabalho social e as universidades colaborem para tornar os determinantes sociais da saúde parte integrante e comum do currículo da sua formação. Existe uma necessidade premente de desenvolver recursos de formação e aprendizagem que demonstrem as mensagens centrais sobre como a saúde da população é melhorada, não pela acção sobre indivíduos de alto risco, mas sobretudo através de actuação que tenha em conta as características das sociedades como um todo (Rose, 1985) e sobre a implicação do gradiente da saúde na melhoria da saúde da população (Graham & Kelly, 2004).

CAIXA 16.12: CRIAÇÃO DE CAPACIDADES SOBRE O DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA – A UNIVERSIDADE VIRTUAL DO DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA (EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT VIRTUAL UNIVERSITY – ECDVU)

A ECDVU representa uma abordagem inovadora à criação de liderança e capacidade sobre o DPI (Desenvolvimento na Primeira Infância). A instituição reparte e interliga a sua actividade entre as regiões Norte e Sul do planeta, trabalhando de perto com instituições académicas no Gana, Malawi e República Unida da Tanzânia e com grupos académicos, governamentais e não-governamentais de outras partes da África Subsariana, Médio Oriente e Norte de África. O financiamento pelos parceiros internacionais

e locais permitiu o ensino de uma combinação de cursos de liderança através da Internet ou presenciais, concebidos para promover iniciativas de DPI, específicas do país e intersectoriais. Uma avaliação externa, realizada por altura da conclusão do programa piloto, afirmou que a ECDVU tinha sido, “particularmente bem sucedida ao alcançar e exceder todos os seus objectivos”.

Fonte: ECDKN, 2007b.

Sensibilização sobre os determinantes sociais da saúde

A compreensão dos determinantes sociais da saúde pelo público em geral tem de ser melhorada, como parte nova da literacia na saúde. A literacia na saúde consiste na “capacidade de aceder, compreender, avaliar e comunicar informação, como forma de promoção, manutenção e melhoria da saúde em diversas situações ao longo do ciclo de vida” (Rootman & Gordon-El-Bihbey, 2008). “É uma importante estratégia de capacitação, que aumenta o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades” (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). A falta de literacia na saúde é prevalente, mesmo em países de rendimento alto e pode contribuir para desigualdades na saúde entre grupos sociais (Kickbusch, Wait & Maag, 2006) (Caixa 16.13).

O âmbito da literacia na saúde deve ser alargado para incluir a capacidade para aceder, compreender, avaliar e comunicar informação sobre os determinantes sociais da saúde. O aumento da literacia na saúde é um elemento importante das estratégias para redução da desigualdade na saúde. Exige informação de qualidade, fiável e acessível, adaptada às necessidades e circunstâncias dos diferentes grupos sociais (Kickbusch, Wait & Maag, 2006).

A literacia na saúde não deve apenas ser considerada como a capacidade de um indivíduo para ler, compreender e agir sobre a informação na saúde, mas também como a capacidade das entidades dos sectores público e privado para comunicar informação relacionada com a saúde, de formas relevantes e de fácil compreensão. Isso exige a melhoria da consciência e conhecimento sobre a literacia na saúde por entre os profissionais da saúde. Paralelamente, as políticas têm de ser desenvolvidas empregando linguagem clara e iconografia visual nas comunicações da área da saúde (Rootman & Gordon-El-Bihteby, 2008).

As iniciativas de literacia na saúde são idealmente desenvolvidas, financiadas e implementadas através de estratégias coordenadas a nível nacional (Rootman & Gordon-El-Bihteby, 2008), o que exige requer a longo prazo (Rootman & Gordon-El-Bihteby, 2008). Os países podem criar um “Conselho para a Literacia na Saúde”, composto pelos diversos intervenientes, próximo do governo, para monitorizar e avaliar o progresso, promover parcerias entre organizações e fornecer orientação estratégica para a literacia na saúde (Rootman & Gordon-El-Bihteby, 2008).

Criação de capacidades para a avaliação do impacto na igualdade na saúde

A Comissão recomenda que:

16.7. Os governos criem, por entre os elaboradores de políticas e planeadores dos departamentos do governo, as capacidades necessárias para a avaliação do impacto na igualdade na saúde (ver Recomendações 10.3; 12.1).

A sensibilização sobre a importância dos determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde por entre as entidades políticas é importante, mas não suficiente por si só. As implicações para a saúde e a igualdade na saúde devem ser regularmente consideradas na elaboração de políticas e na sua aplicação. A avaliação do impacto na igualdade na saúde é uma das ferramentas recomendadas pela Comissão (ver Capítulos 10 e 12: *Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas; Responsabilidade de mercado*). É uma ferramenta relevante para auxiliar os criadores de políticas na avaliação sistemática do impacto potencial de políticas, programas, projectos ou propostas sobre igualdade na saúde numa dada população, com o objectivo de maximizar os benefícios da igualdade na saúde e minimizar os potenciais efeitos adversos sobre a igualdade na saúde (MEKN, 2007b).

A avaliação do impacto na igualdade na saúde é importante por diversas razões. Em primeiro lugar, o grau de sucesso do sector da saúde na concretização dos seus objectivos é fortemente influenciado por outros sectores. É, assim, crucial que o impacto na saúde e na igualdade na saúde de políticas e programas de todos os sectores – não apenas o da saúde –, seja avaliado. Em segundo lugar, apesar de elaborados com as melhores intenções, algumas políticas e programas podem ter efeitos indesejados que podem ser evitados, seguindo uma avaliação sistemática do impacto na igualdade na saúde. Finalmente, as soluções para melhorar a saúde e reduzir desigualdades na saúde não podem ser aplicadas universalmente a todos os contextos. As políticas e programas propostos têm de ser revistos segundo o seu contexto (MEKN, 2007a).

A avaliação do impacto na igualdade na saúde de políticas e programas tem de acontecer segundo processos lógicos – ou seja, deve ser resultado de procedimentos de rotina no desenvolvimento de políticas. A aprendizagem considerável realizada pelo sector ambiental e a revisão das políticas ambientais são a prova de que a avaliação do impacto na igualdade na saúde pode fornecer uma ferramenta concreta para permitir que todas as entidades trabalhem em conjunto no desenvolvimento de políticas e programas mais equitativos.

CAIXA 16.13: BAIXA LITERACIA NA SAÚDE – – UM PROBLEMA TAMBÉM DOS PAÍSES RICOS

Um em cada cinco adultos no Reino Unido tem problemas com as capacidades básicas necessárias para compreensão de informação simples que podem contribuir para uma saúde melhor. Os grupos mais pobres procuram, tendencialmente, menos

informação ou ajuda para problemas relacionados com a saúde.

Corrigido, com autorização do editor, de Kickbusch, Wait & Maag (2006).

Existem três importantes factores para o reforço da capacidade de avaliação do impacto sobre a igualdade na saúde:

- *Investimento na formação, em ferramentas e recursos.* A consideração regular dos impactos na saúde e igualdade na saúde para o desenvolvimento de políticas exige a criação de capacidades por entre os elementos elaboradores das políticas e os planeadores de todos os sectores – não apenas o sector da saúde –, à escala local, nacional e internacional. Actualmente, existem poucas pessoas capazes de avaliar o impacto na igualdade na saúde para permitir essa ponderação regular. A formação de profissionais de avaliação do impacto na igualdade na saúde é uma questão urgente (Wismar et al., 2007). As oportunidades para formação devem ser aumentadas e têm de ser desenvolvidas as ferramentas e os recursos necessários (Harris, 2007) (Caixa 16.15). As considerações sobre a igualdade têm de ser sistematicamente incluídas na formação para a avaliação do impacto na saúde, que também poderia ser incorporada em cursos de saúde pública (Wismar et al., 2007).
- *Criação de centros de apoio nacionais e regionais.* Podem ser criados ou reforçados centros nacionais ou regionais para apoiar a avaliação do impacto na igualdade na saúde, com liderança técnica, aconselhamento e orientação (Wismar et al., 2007). Para mais, o compromisso organizacional para a avaliação do impacto na saúde pode ser promovido através de educação geral e estratégias de comunicação que informam os utilizadores e os principais intervenientes sobre o âmbito e o propósito dessa avaliação (Wismar et al., 2007). A OMS pode ser instrumental na criação ou reforço desses centros de apoio.
- *Garantia de orçamento para a avaliação do impacto na igualdade na saúde em vários departamentos.* A consideração sistemática dos impactos na igualdade na saúde exige que essa avaliação seja adequadamente apoiada por recursos e incluída dos planos de trabalho dos departamentos (Wismar et al., 2007), com financiamento separado para os centros de apoio à avaliação do impacto na igualdade na saúde. Existem indicações de que os benefícios desta avaliação excedem em muito os custos (Wismar et al., 2007).

Reforço das capacidades da OMS

A Comissão recomenda que:

16.8. A OMS reforce a sua capacidade para a prestação de apoio técnico para a acção sobre os determinantes sociais da saúde, à escala global, nacional e local (ver Recomendações 5.1; 9.1; 10.5; 15.3).

A OMS desempenha um papel fundamental na orientação da acção sobre os determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde. Para desempenhar correctamente o seu papel, a OMS tem de reforçar a sua capacidade institucional à escala global, regional e nacional, no que respeita aos determinantes sociais da saúde. Os estados-membros podem reforçar a posição da OMS e outras agências da ONU com mandatos relacionados com os determinantes sociais da saúde através de financiamento (orçamento regular). Dentro da OMS, é importante que esta prioridade seja reflectida pela atribuição de apoio de financiamento substancial e adequado. Este compromisso deve alargar-se a um aumento na proporção do pessoal com formação em ciências sociais e outras disciplinas (PHM, Medact & GEGA, 2005). O papel orientador da OMS, relativamente à acção sobre os determinantes sociais da saúde, implica acção específica que afecta as principais funções da OMS:

- Fornecer liderança aos estados-membros e entidades globais e locais em acções que promovam políticas públicas eficazes, dedicadas aos determinantes sociais da saúde.
- Articular iniciativas baseadas em provas para tornar generalizar o tema dos os determinantes sociais da saúde nos governos e nos programas da OMS.
- Estimular o desenvolvimento, síntese, disseminação e tradução de novos conhecimentos, para apoiar a implementação por vários intersectorial de acções sobre os determinantes sociais da saúde à escala nacional.
- Desenvolver padrões e normas para implementação de políticas sobre a abordagem dos determinantes sociais da saúde na concretização da igualdade na saúde.

CAIXA 16.14: AVALIAÇÃO DO IMPACTO NA IGUALDADE NA SAÚDE

A Iniciativa Para uma Saúde Melhor (Better Health Initiative) Australiana faz parte de um Pacote de Reformas do Conselho dos Governos Australianos, que procura melhorar a saúde de todos os Australianos. Como parte do desenvolvimento do Plano de Acção para a Nova Gales do Sul (Implementation Plan for New South Wales), foi conduzida uma Avaliação Rápida de Impacto na Igualdade (Rapid Equity Focused Impact Assessment).

Oito iniciativas foram avaliadas quanto ao seu potencial impacto na equidade, analisando as desigualdades por idade, género, local de residência, etnia e estatuto socioeconómico. Foram formuladas recomendações concretas sobre como melhorar a concentração na igualdade e os potenciais impactos positivos da Iniciativa sobre a igualdade na saúde.

Fonte: Harris, Harris & Kemp, 2006.

- Prestar apoio técnico e criar capacidade institucional sustentável de entidades governamentais e não-governamentais para a implementação de um plano de trabalho sobre os determinantes sociais da saúde (ver Capítulo 10: *Igualdade na saúde em todas as políticas, sistemas e programas*).
- Monitorizar as desigualdades na saúde a nível global, regional e nacional e avaliar as suas tendências relacionadas com os determinantes sociais da saúde (ver recomendação 16.3).

Alguns mecanismos que podem facilitar a busca de reforço das capacidades da OMS incluem a criação de:

- grupos de estados-membros da OMS para aí conduzir a concertação das políticas sobre determinantes sociais da saúde, directamente relacionadas com estratégias mais alargadas, tais como cuidados de saúde primários, direitos humanos, os ODM, e a saúde e redução da pobreza;
- grupos de peritos externos que aconselhem a OMS sobre políticas devidamente documentadas;
- grupos técnicos internos de vários sectores que promovam a generalização do tema dos determinantes sociais da saúde nas instituições, como o PPHCKN (ver Capítulo 15: *Administração global competente*) (PPHCKN, 2007c).

A promoção do desenvolvimento através de uma abordagem dos determinantes sociais da saúde, que se concentre particularmente na igualdade na saúde, implica uma actuação específica de acordo com o plano de trabalho da OMS. A OMS deve:

- trabalhar com os Estados-membros com vista ao reforço dos sistemas de saúde, de modo a que estes prestem cuidados primários e terciários equitativos e de qualidade às comunidades, e ao apoio dos indivíduos e organizações que agem sobre as condições que afectam a saúde;
- concentrar a investigação, informação e provas documentais sobre os determinantes sociais da saúde para orientar políticas e decisões programáticas a nível nacional e local;
- melhorar as parcerias entre agências da ONU e outras organizações internacionais, doadores, sociedade civil, sector privado e membros da comunidade para desenvolver acção baseada em provas documentais com o objectivo de mitigar as necessidades dos determinantes sociais da saúde articuladas pelos países e comunidades;
- melhorar o desempenho da sua própria actividade relacionada com a promoção da abordagem dos determinantes sociais da saúde e o seu trabalho técnico com os países, através da monitorização abrangente de programas e avaliações de desempenho.

CAIXA 16.15: MELHORAMENTO DA CAPACIDADE PARA AVALIAÇÃO DO IMPACTO NA IGUALDADE NA SAÚDE

Um exemplo de melhoramento da capacidade para a avaliação do impacto na saúde é a abordagem de “aprender fazendo”, que fez parte do Projecto de Avaliação do Impacto na Saúde da Nova Gales do Sul. O método inclui educação formal, acesso a recursos e apoio técnico e um aumento continuado no consenso

sobre o âmbito da avaliação do impacto da saúde. A concentração na igualdade tem de ser incorporada em toda a formação sobre a avaliação do impacto na saúde.

Fonte: Harris, 2007.





CAPÍTULO 17

Manutenção da acção para além da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

A acção sobre os determinantes sociais da saúde e igualdade na saúde representa uma agenda ambiciosa que precisa de defensores globais, liderança dedicada e actuação audaz a todos os níveis. As fundações foram já lançadas. A presente Comissão foi concebida com o intuito de formar uma parceria alargada de todos aqueles que pesquisam, pensam e implementam as políticas e os que promovem os interesses da área e agem segundo eles. O efeito do compromisso político e acção nas políticas, que se propaga do topo da hierarquia social para a base, combinado com acção de massas das comunidades e grupos da sociedade civil tem sido apelidado de “efeito quebra-nozoes” (Figura 17.1) (Baum, 2007).

Princípios fundamentais para a acção permanente

Líderes globais

É vital que o ambiente de políticas nas escalas internacional e global apoie a acção sobre os determinantes sociais e a igualdade na saúde. Para este fim, os Comissários – incluindo antigos chefes de governo, ministros, elaboradores nacionais de políticas e conselheiros internacionais; líderes de organizações internacionais; académicos distintos; e representantes da sociedade civil – são um recurso vital. Juntos, constituem um grupo de pressão pequeno mas poderoso de defensores globais, promovendo a adopção de uma abordagem baseada

nos determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde. A construção de liderança dentro do sistema da ONU – na administração global, na elaboração de políticas e no financiamento de desenvolvimento – e através de movimentos sociais globais ajudará a estabelecer a igualdade na saúde como uma prioridade da agenda global para o século XXI.

OMS

A Comissão trabalhou de perto com a OMS aos níveis nacional, regional e global. Apesar de as apreciações desta Comissão serem independentes do processo de decisão da OMS e dos seus órgãos decisórios, é crucial que a OMS, a entidade das Nações Unidas mandatada para a liderança nos assuntos relacionados com a saúde global, concretize as recomendações.

Registam-se sinais positivos: a OMS está já a tomar medidas para institucionalizar a abordagem dos determinantes sociais da saúde em todos os seus sectores de trabalho. Isto foi explicado no Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS para 2008–2013 (PEMP) (OMS, 2007a) – que inclui o objectivo estratégico de “lidar com os determinantes sociais e económicos da saúde, através de políticas e programas que aumentem a igualdade na saúde e integrem abordagens a favor dos desfavorecidos, sensíveis ao género e baseadas nos direitos humanos” – e os resultados esperados da organização estão a ser usados para

Figura 17.1: Quebrando a casca da igualdade na saúde.



Na figura, de cima para baixo: *Políticos*; *Desigualdade*; *Igualdade na saúde*; *Acção da comunidade*. Ilustração por Simon Kneebone. Reimpresso, com a permissão da editora, de Baum (2007).

medir o êxito do objectivo (Caixa 17.1). Segundo o PEMP, o objectivo é suportado por um orçamento aprovado de quase 66 milhões de dólares para o biénio de 2008-2009.

Para implementar estes resultados ao nível técnico, a OMS seguiu três estratégias: integração da igualdade na saúde nos programas, reforço de funções comuns relacionadas com a igualdade na saúde e melhoria das suas capacidades de monitorização existentes. Como parte da generalização dos temas, a OMS iniciou, em 2006, uma avaliação do potencial de melhoria da eficiência e igualdade dos programas, segundo uma rede comum a todos os programas, o PPHCKN, que procura formas de integração das abordagens segundo os determinantes sociais da saúde e de uma atenção mais directa à igualdade através de programas de saúde globais e nacionais. A OMS designou centros regionais para coordenar a acção sobre os determinantes sociais da saúde e apoiou a análise e disseminação nacional e regional de dados existentes relacionados com a perspectiva da igualdade.

A Comissão apoia os objectivos destes processos e apela a todos os países que iniciem o desenvolvimento de planos de acção sobre os determinantes sociais da saúde para melhorar a igualdade na saúde.

Países parceiros

A acção de escala nacional é um dos veículos primários para utilização da base de provas documentais da Comissão, implementando as suas recomendações e suportando a compreensão e consciencialização para os determinantes sociais da saúde por entre os líderes políticos, ministros da saúde e outros intervenientes relevantes.

A Comissão trabalhou com vários países parceiros, apoiando o desenvolvimento de políticas nacionais destinadas a reduzir as desigualdades na saúde segundo uma variedade de mecanismos. Brasil, Canadá, Chile, República Islâmica do Irão, Quénia, Moçambique, Sri Lanka, Suécia e Reino Unido tornaram-se “países parceiros” da Comissão, através de um processo formal

de carta de compromisso para com a obtenção de progressos nos determinantes sociais da saúde, com vista à melhoria da igualdade na saúde. À medida que o trabalho da Comissão se desenvolveu, outros países apoiantes contribuíram para a compilação de trabalho técnico sobre os determinantes sociais para a igualdade na saúde (por exemplo, a Noruega forneceu casos de estudo na AIS) e para a partilha de experiências e conselhos para melhorar a coerência das políticas neste campo (por exemplo, a Tailândia).

Os países parceiros formais da Comissão continuam promover a mudança de várias formas, processos que têm sido documentados (para mais informação sobre os planos de trabalho dos países, ver CW, 2007). Alguns deles concentram-se na criação de interesse político pelos determinantes sociais da saúde. Outros, como o Brasil, Canadá e Chile, criaram novos mecanismos e estruturas institucionais para promover o desenvolvimento de políticas intersectoriais. O Brasil, por exemplo, lançou a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde em Março de 2006. A Agência de Saúde Pública do Canadá (Public Health Agency of Canada) criou o Grupo de Referência Canadano (Canadian Reference Group), um influente grupo conselheiro que vem fazendo verdadeiros progressos políticos na promoção da agenda dos determinantes sociais da saúde no Canadá e internacionalmente. Em Inglaterra, o Grupo de Referência Científico (Scientific Reference Group) aconselha sobre políticas e desenvolveu indicadores para quantificação das desigualdades na saúde.

Uma outra abordagem que os países têm usado consiste em explorar os processos de partilha de lições entre países e iniciativas conjuntas de investigação (por exemplo, Canadá, Chile, Suécia; no Reino Unido: Inglaterra e Escócia). Um grupo de referência nórdico, com representantes de cinco países, forneceu à Comissão provas sobre políticas nacionais daquela região. Um grupo semelhante foi criado na Ásia Oriental. Estes modelos de colaboração entre países de semelhante contexto sociopolítico podem ser aplicados noutros locais.

CAIXA 17.1: OBJECTIVO ESTRATÉGICO (OE) NÚMERO 7 DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E RESPECTIVOS RESULTADOS ESPERADOS EM TODA A ORGANIZAÇÃO

OE7: “Abordar os determinantes sociais e económicos da saúde subjacentes, através de políticas e programas que melhorem a igualdade na saúde, e integrar abordagens a favor dos desfavorecidos, sensíveis ao género e baseadas nos direitos humanos.”

Resultado Esperado 7.1: Reconhecimento, pela organização, da importância dos determinantes sociais e económicos da saúde e sua inclusão no trabalho normativo e colaboração técnica com os Estados-membros e outros parceiros.

Resultado Esperado 7.2: Iniciativa de actuação pela OMS, através da promoção de oportunidades e meios para a colaboração intersectorial ao nível nacional e internacional, de modo a lidar com os determinantes sociais e económicos da saúde e encorajar a redução da pobreza e o desenvolvimento sustentado.

Resultado Esperado 7.3: Recolha, compilação e análise de dados sociais e económicos relevantes para a saúde, numa base desagregada (por sexo, idade, etnia, rendimento e condições da saúde, tais como doença ou deficiência).

Resultado Esperado 7.4: Abordagens à saúde baseadas na ética e direitos, promovidas dentro da OMS e a nível nacional e global.

Resultado Esperado 7.5: Integração da análise de género e acções de reacção no trabalho normativo da OMS e no apoio dado aos estados-membros na formulação de políticas e programas sensíveis ao género.

Os esforços conjuntos de todos os países parceiros da Comissão amplificaram o apelo para tratar os determinantes sociais das desigualdades na saúde em diferentes fóruns de saúde pública e desenvolvimento humano regionais e globais. Mais países se seguirão – Argentina, México, Nova Zelândia, Polónia e Tailândia expressaram entusiasmo. Na Austrália, uma abordagem aos determinantes sociais da saúde foi criada como elemento central no plano do governo, anunciado em 2007, para eliminar a diferença de EVN entre as Populações Indígenas e a restante população, no período de uma geração (Conselho de Governos Australianos – COAG, 2007). O objectivo para o futuro é o de que mais países se empenhem politicamente na abordagem indicada no presente relatório e que este processo político se traduza em políticas e programas que melhorem visivelmente a saúde da população e reduzam as desigualdades na saúde.

Cidades

Para além das cidades representadas na Rede de Conhecimento da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde sobre os Contextos Urbanos (Knowledge Network on Urban Settings of the Commission on Social Determinants of Health – KNUS), as cidades de Nova Iorque, Glasgow, Londres e Nova Orleães criaram ligações com a Comissão e trabalham para a concretização da sua agenda, através da partilha de provas baseadas na prática. O movimento Cidades Saudáveis (coordenado pela Gabinete Regional da OMS para a Europa) e o programa de urbanização saudável do Centro Kobe da OMS são ambos fortes aliados.

Sociedade Civil

Os grupos da sociedade civil são protagonistas poderosos na agenda da igualdade na saúde global. Desde o seu início, a Comissão procurou conseguir activamente o envolvimento dos representantes de grupos da sociedade civil em África, na Ásia, nas Américas e Europa. Os membros de grupos da sociedade civil estiveram envolvidos nos processos de recolha de conhecimento da Comissão. Ajudaram a dar forma ao pensamento da Comissão e serão parceiros activos para a mudança no futuro (para mais informação sobre o trabalho da sociedade civil, ver CS, 2007).

Criar e partilhar conhecimento

A Comissão construiu uma base global de provas documentais para a compreensão dos determinantes sociais da saúde e a actuação eficaz para promoção da igualdade na saúde. Para apoiar esse processo, a Comissão criou nove Redes de Conhecimento – incluindo académicos e profissionais de universidades e instituições de investigação, ministérios do governo, e organizações internacionais e da sociedade civil de todo o mundo. Estas redes, numa variedade de formas, continuarão a gerar conhecimento global para acção. A Comissão criará mais parcerias para a recolha de provas, através de duas redes regionais permanentes (as Redes Nórdica e Asiática) e com investigadores em áreas temáticas adicionais chave, como o envelhecimento, Populações Indígenas, alimentação e nutrição, violência e conflito e ambiente. Os relatórios produzidos pelas Redes de Conhecimento e outros trabalhos e relatórios contextualizadores, incluindo relatórios do trabalho dos Países e Sociedade Civil, estão disponíveis no sítio da Internet da Comissão: www.who.int/social_determinants/en.

Uma agenda incompleta

A lista de desigualdades nos determinantes da saúde explorados pela Comissão não é exhaustiva. Outras áreas de importância global vital, como as alterações climáticas, não foram tratadas em pormenor. A Comissão reconhece estas áreas críticas e a quantidade de trabalho já em curso para as abordar, manifestando-se solidária com os objectivos de desenvolvimento equitativo e sustentável.

Alterações climáticas

As alterações climáticas destacam-se como uma área prioritária a que prestar atenção, relativamente às desigualdades na saúde. As alterações climáticas, urbanização, desenvolvimento rural, agricultura e segurança alimentar são determinantes interligados da saúde da população e da igualdade na saúde. É imperativo assegurar que as reacções ao nível da política económica e social à alteração climática e outras formas de degradação ambiental, considerem a igualdade na saúde. Porém, é necessária muito mais análise da relação entre determinantes sociais, alteração ambiental e desigualdades na saúde, para informar o necessário desenvolvimento de políticas e a sua implementação. O relatório Stern demonstrou de forma clara que, se não se tomar qualquer acção, os custos totais da alterações climáticas serão equivalentes a perder, pelo menos, 5% do PIB global a cada ano (Stern, 2006). Assim, o investimento que for feito nos próximos 10 a 20 anos terá um efeito profundo e duradouro não apenas sobre o clima, mas também sobre a saúde dos nossos filhos e dos seus filhos. É provável que os efeitos sejam mais sentidos por entre aqueles que estão em desvantagem socioeconómica.

Agenda da investigação

A Comissão reuniu uma base global de provas documentais sem precedentes sobre os determinantes sociais da saúde e a acção para a igualdade na saúde. Porém, persiste a necessidade de alargar o alcance das provas para diferentes áreas temáticas e contextos nacionais. Em suma, os impulsionadores sociais e económicos das desigualdades na saúde são dinâmicos, mudando ao longo do tempo. Uma revisão regular dos principais hiatos da investigação pode ajudar a identificar as suas necessidades mais urgentes. Algumas das necessidades de gerais de investigação evidenciadas pelo trabalho da Comissão são:

1. As desigualdades provocadas pelos determinantes sociais, para além dos determinantes da saúde média da população:
 - compreender as razões para a relação entre estratificação social e resultados da saúde;
 - compreender a interacção entre aspectos de estratificação (por exemplo, género, etnia e rendimento) e desigualdades na saúde;
 - quantificar o impacto dos sistemas políticos, económicos e sociais intra-nacionais na saúde e nas desigualdades da saúde dentro e entre países.
2. Intervenções, globais a locais, de abordagem aos determinantes sociais e a igualdade na saúde:
 - avaliar o impacto da acção na sociedade (políticas e programas) para as desigualdades da saúde;
 - investigar os custos e benefícios sociais, económicos e para a saúde da redução das desigualdades na saúde.

3. Análise de políticas:

- analisar os processos de políticas relativos a intervenções destinadas à igualdade na saúde;
- compreender as barreiras e potenciadores contextuais da AIS e de coerência na administração e elaboração de políticas a nível nacional e local;
- identificar boas práticas correntes e desenvolver ferramentas para a AIS.

4. Monitorização e quantificação:

- desenvolver novas metodologias para quantificar e monitorizar as desigualdades na saúde e avaliar o impacto da intervenção junto da população.

Objectivos e metas para a igualdade na saúde

A Comissão expôs as suas recomendações e identificou desafios globais. O progresso relativo à igualdade na saúde requer objectivos e metas mensuráveis ao longo do percurso, que podem redireccionar as políticas, melhorar a atribuição de recursos e os resultados do desenvolvimento. Os relatórios públicos regulares e o desenvolvimento de bases de dados, mundiais e nacionais, asseguram que o mundo pode ver que objectivos estão a ser alcançados e onde são precisos mais esforços.

Esta foi a experiência registada com os ODM, que chamaram a atenção para a importância de estatística de boa qualidade na criação e monitorização de objectivos importantes nas políticas de desenvolvimento. A concretização dos ODM e metas relacionados com a saúde a nacional implica uma redução das desigualdades absolutas entre países. Actualmente, estes objectivos não materializam uma perspectiva da igualdade na saúde dentro dos países. Na realidade, os ODM para os resultados da saúde são formulados para as médias das populações, em vez de incluir a distribuição dos resultados da saúde dentro e entre países.

Ultrapassando a ênfase actual dos ODM e o seu limite temporal de 2015, a Comissão preocupa-se com a desigualdade na saúde entre países, mas também com o gradiente social da riqueza entre países de rendimento alto, médio e baixo e com o impacto das doenças transmissíveis e não transmissíveis e a violência e os acidentes na mortalidade adulta.

O objectivo que a Comissão deseja ver adoptado em todo o Mundo – os seus líderes, organizações internacionais, governos nacionais e grupos da sociedade civil – adoptar consiste na:

Redução das desigualdades no período de uma geração

O progresso em relação a este objectivo exige a diminuição das desigualdades entre os cidadãos mais desfavorecidos e os mais abastados ao longo do tempo. Também envolve um nivelamento gradual do gradiente da saúde, melhorando a saúde de todos os grupos sociais para um nível próximo dos mais abastados.

Cabe às agências internacionais e governos nacionais desenvolver objectivos e metas detalhados para a igualdade na saúde e os determinantes sociais da saúde, através de processos consultivos, e instituir planos de acção que demonstrem

claramente como os alvos serão alcançados e que recursos serão necessários. Como ponto de partida, a Comissão propõe três alvos (abaixo descritos). Representam grandes desafios e exemplificam a dimensão do problema. Contudo, se atacados pela acção recomendada pela Comissão, muito será feito pela diminuição da diferença da saúde numa geração. A Comissão incentiva a OMS a desenvolver estes alvos de igualdade na saúde em consultas e tomar a liderança na sua prossecução.

Objectivo 1: *Reduzir em dez anos, entre 2000 e 2040, a diferença na EVN entre o terço de países com o EVN mais elevado e o terço de países com a EVN mais baixo, aumentando os índices destes últimos.*

Reduzir para metade, entre 2000, e 2040, a diferença na EVN entre grupos sociais dentro dos países, elevando a EVN dos grupos socioeconómicos mais baixos.

Objectivo 2: *Reduzir para metade, entre 2000 e 2040, as taxas de mortalidade adulta em todos os países e em todos os grupos sociais dentro dos países.*

Na verdade, a concretização deste objectivo implica reduzir para metade a diferença na mortalidade adulta entre e dentro dos países.

Objectivo 3: *Reduzir em 90%, entre 2000 e 2040, a mortalidade dos menores de cinco anos em todos os países e grupos sociais em cada país e reduzir em 95%, entre 2000 e 2040, a mortalidade materna em todos os países e grupos sociais dentro dos países.*

A concretização deste alvo implica reduzir em 90% a diferença de mortalidade dos menores de cinco anos entre e dentro dos países e reduzir em 95% a diferença de mortalidade materna entre e dentro dos países.

Como afirmado no Capítulo 1, apesar de a Comissão não antever a absoluta abolição das diferenças na saúde numa geração, considera existir o potencial para reduzir, dramaticamente, a desigualdade dentro e entre países. Para definir os objectivos aqui delineados, foram projectadas as tendências passadas de grupos de países bem sucedidos. No caso do Alvo 1 (EVN), foi considerada a tendência entre 1950 e 1980 – um período de redução da diferença na EVN global. Em alguns casos, em particular no caso de desigualdades na EVN dentro dos países, existiam pouco dados disponíveis para uso como base de definição do objectivo. O Objectivo 3 projecta aproximadamente o ODM 4A e 5A¹¹ para 2040. O Objectivo 2 e 3 basearam-se no princípio de que as reduções na mortalidade devem ser, pelo menos, proporcionais nos vários países e nos vários grupos sociais dentro dos países. Mais concretamente, os países e grupos sociais com os níveis mais elevados de mortalidade devem alcançar, pelo menos, o mesmo declínio proporcional de mortalidade que os países e grupos sociais com os níveis mais baixos de mortalidade. A concretização destes objectivos, com o princípio acima indicado, assegurará que as desigualdades na mortalidade absoluta entre países e grupos sociais irão diminuir. De forma mais ambiciosa, a Comissão gostaria de ver uma melhoria acelerada nos grupos sociais e países com piores resultados de saúde.

11 ODM 4A: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade dos menores de cinco anos. ODM 5A: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.

Alcançar estes alvos será um desafio. Em primeiro lugar, é um facto bem conhecido que o mundo tem, actualmente, sérias dificuldades em alcançar os ODM 4 e 5, sobretudo na África Subsariana, mas também em países de outras regiões. A Índia, por exemplo, não está a conseguir aproximar-se do cumprimento no ODM 4 (Countdown Group, 2008). Da mesma forma, estes países e regiões enfrentarão grandes desafios para conseguir concretizar a magnitude de reduções de mortalidade acima expostas. Contudo, alcançar estes objectivos é uma responsabilidade de escala mundial, inclusive no que respeita às desigualdades nos determinantes da saúde entre e dentro dos países registadas em todo o Mundo. As grandes diminuições na mortalidade infantil entre 1950 e 1980 sugerem que é possível concretizar o ODM 4 e a sua Meta 3 para a mortalidade dos menores de cinco anos. Na verdade, alguns países registam uma bom desempenho nos ODM 4 e

5. A Indonésia e o Peru, com as suas reduções médias anuais na mortalidade dos menores de cinco anos de 6,2% e 7,1% respectivamente, apresentam um bom prognóstico para a concretização do ODM 4 (Countdown Group, 2008), assim como a sua Meta 3, para mortalidade dos menores de cinco anos. Porém, a redução da mortalidade dos menores de cinco anos na Índia, de menos de 3% por ano, é insuficiente para alcançar o ODM 4 (Countdown Group, 2008).

O cumprimento destes Objectivos exigirá compromisso para com o financiamento sustentado para os determinantes sociais da saúde e apenas será realista, se forem envidados esforços fortes e concentrados – com particular atenção aos países e regiões em que não se espera a concretização dos ODM. Apesar de muito ambiciosa, a realização dos Alvos é possível com medidas suficientemente activas. Na Índia, a mortalidade

Quadro 17.1: Marcos notáveis rumo à igualdade na saúde

Data	Marco notável
Novembro 2008	Conferência global: “Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais”.
2008–09	Criação da aliança global pós-Comissão, para promoção da agenda dos determinantes sociais da saúde, em parceria com a OMS.
2008–09	Estimativa económica e social das recomendações da Comissão e dos riscos do seu incumprimento.
2009	Reuniões dos Comissários e dos defensores dos determinantes sociais da saúde para promoção do plano global para disseminação e implementação das recomendações da Comissão.
2009	Resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre os determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde.
2008–13	Dedicação crescente de recursos provenientes de entidades financiadoras da investigação ao trabalho sobre os determinantes sociais da saúde, especialmente sobre as áreas enfatizadas pela Comissão.
2008–13	Um número crescente de países adopta uma abordagem segundo os determinantes sociais da saúde e desenvolve e implementa políticas referentes ao tema, de forma a que em 2013 pelo menos 50% de países de rendimento baixo, médio e alto se tenham comprometido num plano de acção para a redução das desigualdades na saúde através da acção sobre os determinantes sociais da saúde, apresentando provas da implementação dos planos.
2009–10	O Conselho económico e Social, apoiado pela OMS, cria um mecanismo inter-agências da ONU para os determinantes sociais da saúde juntamente com grupos de trabalho dedicados a áreas temáticas específicas, inicialmente sobre o DPI, igualdade de género, condições de trabalho e laborais, sistemas de cuidados de saúde e governação participativa, incluindo todas as agências multilaterais e intervenientes da sociedade civil relevantes.
2010	O Conselho Económico e Social, apoiado pela OMS, prepara, para avaliação pela ONU, a adopção da igualdade na saúde como objectivo fundamental de desenvolvimento, acompanhado de indicadores adequados para a monitorização do progresso dentro e entre países.
2010	Primeiro Relatório sobre a Igualdade na Saúde (relatório sobre os indicadores e objectivos do enquadramento para a monitorização da igualdade na saúde global e mundial) apresentado no Primeiro Fórum Global de Estados Membros da ONU Sobre os Determinantes Sociais da Saúde e a Igualdade na Saúde.
2013	Avaliação do progresso alcançado sobre os objectivos da OMS para os determinantes sociais da saúde.
2015	Data de cumprimento dos ODM; avaliação do progresso alcançado, da perspectiva da igualdade na saúde: segundo relatório global e Fórum Global (a realizar a cada cinco anos).
2020–2040	Avaliações, a cada cinco anos, do progresso da redução das desigualdades na saúde dentro e entre países.

materna em 2005 era de 450 em 100.000 nados vivos; na China, a taxa é de um décimo da Índia, ou seja, de 45 em 100.000 nados vivos (Countdown Group, 2008). O Objectivo 3 implica que a mortalidade materna na Índia em 2040, dentro de mais de três décadas, deverá ser de 22,5 por 100 mil nascimentos de nados vivos, em termos absolutos, não muito menos do que a taxa de mortalidade materna actual da China.

Estes Objectivos prestam-se a consulta e maior desenvolvimento. O processo de definição dos alvos, quando feito de forma consultiva, pode, por si só, criar parcerias colaborativas que apoiam o sucesso dos resultados pretendidos (Kickbusch, 2003). Podem, de imediato, ser tomados passos rumo à concretização e, mais importante, à monitorização dos Objectivos, na forma descrita nas recomendações deste relatório. Os países e organizações internacionais são convidados a rever os Objectivos existentes e neles incorporar uma componente de igualdade. O princípio geral de declínio da mortalidade pelo menos proporcional entre países e grupos sociais pode ser aplicado a diversos Objectivos existentes.

É urgente que as organizações internacionais e países integrem medidas de igualdade na saúde e determinantes sociais da saúde nos seus programas de monitorização existentes. As metas para os determinantes sociais da saúde e igualdade na saúde devem ser definidas com base na estrutura explicada no Capítulo 16 (*Os determinantes sociais da saúde: monitorização, investigação e formação*).

Marcos notáveis rumo à igualdade na saúde – metas de curto a médio prazo

Tendo sido propostas recomendações para acção e sugeridos objectivos, também é importante criar marcos notáveis para o seu desenvolvimento. Através destes, é possível monitorizar o progresso da acção sobre os determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde nos cenários globais e nacionais e, também, ajudar a assegurar que as instituições internacionais, governos nacionais, sociedade civil e sector privado são responsáveis. Para iniciar esse processo, a Comissão apresenta uma linha temporal de marcos notáveis fundamentais, mas parciais.





RECOMENDAÇÃO GERAL N.º 1

Melhorar as Condições de Vida Quotidianas

Melhorar o bem-estar de meninas e mulheres e as circunstâncias em que os seus filhos nascem, colocar maior ênfase no desenvolvimento na primeira infância e na educação de meninas e rapazes, melhorar as condições de vida e de trabalho para todos, criar uma política de protecção social que apoie a totalidade da população e criar condições para uma vida próspera na velhice. As políticas implementadas para alcançar estes objectivos deverão envolver a sociedade civil, governos e instituições globais.

Capítulo 5: Igualdade desde o início

Área de Acção 1: Comprometer-se com e implementar uma abordagem abrangente relativa à primeira infância, partindo dos programas de sobrevivência infantil existentes e alargando as intervenções na início da vida de modo a incluir o desenvolvimento social e emocional e o linguístico e cognitivo.

A Comissão recomenda que:

5.1. A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criem um mecanismo de interacção para assegurar a coerência de políticas para o DPI, de modo a que todas as diferentes agências possam pôr em prática uma abordagem abrangente para o desenvolvimento na primeira infância (ver Recomendações 15.2; 16.8).

5.2. Os governos proporcionem cobertura universal de pacotes abrangentes de programas e serviços de qualidade respeitantes ao desenvolvimento na primeira infância, destinados a todas as crianças, mães e outros educadores, independentemente da sua capacidade financeira (ver Recomendações 9.1; 11.6; 16.1).

Área de Acção 2: Alargar a oferta e o âmbito da educação, de modo a incluir os princípios do desenvolvimento na primeira infância (desenvolvimento físico, socio-emocional e linguístico-cognitivo).

A Comissão recomenda que:

5.3. Os governos proporcionem educação de qualidade, que preste atenção ao desenvolvimento físico, socio-emocional e linguístico-cognitivo da criança, com início no ensino pré-primário.

5.4. Os governos forneçam ensino primário e secundário obrigatório e de qualidade a todos os meninos e meninas, independentemente da sua capacidade financeira, identifiquem

e solucionem os obstáculos para a inscrição e permanência das crianças na escola e eliminem as propinas no ensino primário (ver Recomendações 6.4; 13.4).

Capítulo 6: Locais saudáveis - pessoas saudáveis

Área de Acção 1: Colocar a saúde e a igualdade na saúde no centro da governação e planeamento urbano.

A Comissão recomenda que:

6.1. O governo local e a sociedade civil, apoiados pelo governo central, estabeleçam mecanismos de administração participativa local que permitam que as comunidades e o governo local se unam na construção de cidades mais saudáveis e seguras (ver Recomendação 14.3).

6.2. Os Governos nacionais e locais, em colaboração com a sociedade civil, conduzam o desenvolvimento urbano de modo a garantir maior disponibilidade de habitação de qualidade a preços acessíveis. Com o apoio da PNUAH / UN-HABITAT, quando necessário, investir na melhoria das condições nos bairros degradados, incluindo como prioridades o abastecimento de água e saneamento, electricidade e ruas pavimentadas para todos os agregados familiares, independentemente da sua capacidade financeira (ver Recomendação 15.2).

6.3. Os governos locais e a sociedade civil planeiem e desenhem as áreas urbanas de forma a promover a actividade física, através do investimento no transporte activo; fomentem uma alimentação saudável através do planeamento logístico que controle a disponibilidade e o acesso aos alimentos; e reduzam a violência e o crime através de planeamento ambiental de qualidade e controlos legislativos, incluindo o controlo do número de postos de venda de bebidas alcoólicas (ver Recomendação 12.3).

Área de Acção 2: Promover a igualdade na saúde entre áreas rurais e urbanas através do investimento contínuo no desenvolvimento rural, agindo sobre as políticas e processos excludores que conduzem à pobreza, a ausência de propriedade e deslocação das pessoas das suas casas, detectados em zonas rurais.

A Comissão recomenda que:

6.4. Os governos nacionais e locais desenvolvam e implementem políticas e programas que se concentrem em: problemas de uso do solo e direitos rurais; oportunidades de emprego permanentes; justiça e desenvolvimento agrícola nos acordos comerciais internacionais; infra-estruturas rurais, incluindo as de saúde, educação, estradas e serviços; e políticas de protecção dos migrantes de zonas rurais para urbanas (ver Recomendações 5.4; 9.3).

Área de Acção 3: Garantir que as respostas das políticas económicas e sociais às alterações climáticas e à degradação ambiental são tomadas em consideração na igualdade na saúde.

A Comissão recomenda que:

6.5. As agências internacionais e os governos nacionais, baseando-se no Painel Intergovernamental para as Alterações Climáticas, ponderem o impacto na igualdade na saúde das estratégias da agricultura, transportes, combustíveis, edificado, indústria e resíduos dedicadas com a adaptação e mitigação das alterações climáticas.

Capítulo 7: Emprego justo e trabalho digno

Área de Acção 1: Tornar o emprego pleno e justo e trabalho digno um objectivo central na elaboração de políticas sociais e económicas internacionais.

A Comissão recomenda que:

7.1. O emprego pleno e justo e o trabalho digno se tornem um objectivo partilhado das instituições internacionais e uma parte central das agendas de políticas nacionais e estratégias de desenvolvimento, com representação reforçada dos trabalhadores na criação de políticas, legislação e programas relativos ao emprego e trabalho (ver Recomendações 10.2; 14.3; 15.2).

7.2. Os governos nacionais desenvolvam e implementem políticas económicas e sociais que forneçam trabalho estável e um salário que considere o custo de vida real e actualizado para a saúde (ver Recomendações 8.1; 13.5).

Área de Acção 2: A concretização da igualdade na saúde exige trabalho seguro, estável e com remuneração justa, oportunidades de trabalho o ano todo e um equilíbrio entre a vida profissional e pessoal saudável para todos.

A Comissão recomenda que:

7.3. A capacidade pública seja reforçada para implementar mecanismos reguladores de promoção e aplicação dos padrões de emprego justo e trabalho digno a todos os trabalhadores (ver Recomendação 12.3).

7.4. Os governos reduzam a insegurança das pessoas com contratos de trabalho precários, incluindo trabalho informal, trabalho temporário e trabalho a tempo parcial, através de políticas e legislação que assegurem que os salários se baseiam no custo de vida real, segurança social e apoio para os pais (ver Recomendação 8.3).

Área de Acção 3: Melhorar as condições de trabalho de todos os trabalhadores, de modo a reduzir a exposição a materiais perigosos, stress relacionado com o trabalho e comportamentos prejudiciais para a saúde.

A Comissão recomenda que:

7.5. A política e programas da SHST (Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho) sejam aplicadas a todos os trabalhadores, formais e informais, e que a série seja alargada de modo a incluir factores e comportamentos de stress relacionados com o trabalho, bem como a exposição a perigos materiais (ver Recomendação 9.1).

Capítulo 8: Protecção social ao longo do ciclo de vida

A Comissão recomenda que:

8.1. Os governos, onde necessário com a ajuda de doadores e organizações da sociedade civil, e onde

apropriado em colaboração com os empregadores, criem sistemas de protecção social universais e aumentem a sua generosidade para um nível que seja suficiente para uma vida saudável (ver Recomendação 7.2, 11.1).

Área de Acção 1: Criar e reforçar políticas de protecção social universal, que apoiem um nível de rendimento suficiente para permitir uma vida saudável para todos.

A Comissão recomenda que:

8.2. Os governos, onde necessário com a ajuda de doadores e organizações da sociedade civil, e onde apropriado em colaboração com os empregadores, empreguem regimes excepcionais apenas como recurso acessório para os indivíduos que não se enquadrem dos sistemas universais.

8.3. Os governos, onde necessário com a ajuda de doadores e organizações da sociedade civil, e onde apropriado em colaboração com empregadores, assegurem que os sistemas de protecção social sejam alargados de forma a incluir quem tem trabalho precário, incluindo trabalho informal e prestação de cuidados de assistência ou domésticos (ver Recomendação 7.4, 11.1, 13.3).

Área de Acção 2: Alargar os sistemas de protecção social a todos os indivíduos a que deles costumam ser excluídos.

Capítulo 9: Cuidados de saúde universais

Área de Acção 1: Criar sistemas de cuidados de saúde baseados em princípios de igualdade, prevenção das doenças e promoção da saúde.

A Comissão recomenda que:

9.1. Os governos nacionais, em conjunto com a sociedade civil e os doadores, criem serviços de cuidados de saúde baseados no princípio da cobertura universal de serviços de qualidade, concentrados nos cuidados primários de saúde (ver Recomendações 5.2; 7.5; 8.1; 10.4; 13.6; 14.3; 15.2; 16.8).

Área de Acção 2: Assegurar que o financiamento do sistema de cuidados de saúde é equitativo.

A Comissão recomenda que:

9.2. Os governos nacionais assegurem a liderança do sector público no financiamento dos sistemas de cuidados de saúde, concentrando-se no financiamento de base tributária e de seguros, assegurando cobertura universal de cuidados de saúde, independentemente da capacidade financeira dos beneficiários e minimizando as suas despesas de saúde directas (ver Recomendações 10.4; 11.1; 11.2).

9.3. Os governos nacionais e doadores aumentem o investimento nos recursos humanos médicos e de saúde, equilibrando a densidade de profissionais de saúde entre as áreas rurais e urbanas (ver Recomendações 6.4; 16.5).

Área de Acção 3: Criar e reforçar a força laboral da saúde e alargar as capacidades de acção sobre os determinantes sociais da saúde.

A Comissão recomenda que:

9.4. As agências internacionais, doadores e governos nacionais lidem com o fenómeno da fuga de cérebros dos recursos humanos da saúde, concentrando-se no investimento em recursos e formação crescentes de pessoal de saúde e acordos bilaterais para controlo de ganhos e perdas.

RECOMENDAÇÃO GERAL N.º 2

Abordar a Distribuição Desigual de Poder, Dinheiro e Recursos

Para tratar as desigualdades na saúde e as condições desiguais da vida quotidiana é necessário abordar as desigualdades – tais como as registadas entre homens e mulheres – na forma como a sociedade está organizada. Isto exige um sector público forte, empenhado, capaz e financiado de forma adequada. Alcançar este objectivo exige mais do que um governo sólido – exige governação sólida: legitimidade, espaço e apoio à sociedade civil, por um sector privado responsável e pelos indivíduos na sociedade, que acordem em interesses públicos e reinvestam no valor da acção colectiva. Num mundo globalizado, a necessidade de administração dedicada à igualdade aplica-se de forma semelhante ao nível da comunidade e das instituições globais.

Capítulo 10: Igualdade na saúde: para além do sector da saúde

A Comissão recomenda que:

10.1. O parlamento ou órgão supervisor equivalente adopte o objectivo da igualdade na saúde através da acção sobre os determinantes sociais da saúde, como medida de actuação do governo (ver Recomendações 13.2; 15.1).

Área de Acção 1: Responsabilizar o mais alto nível de governo pela acção na saúde e a igualdade na saúde e assegurar a sua ponderação coerente em todas as políticas.

A Comissão recomenda que:

10.2. Os governos nacionais criem um mecanismo intersectorial governamental, que responda perante o parlamento, criado ao mais alto nível possível (ver Recomendações 11.1; 11.2; 11.5; 12.2; 13.2; 16.6).

10.3. A monitorização dos indicadores dos determinantes sociais da saúde e igualdade na saúde seja institucionalizada e a avaliação do impacto na igualdade da saúde de todas as políticas do governo, incluindo finanças, seja implementada (ver Recomendações 12.1; 15.1; 16.2; 16.7).

Área de Acção 2: Dotar o sector da saúde de bom funcionamento: adoptar um enquadramento para os determinantes sociais nas funções políticas e programáticas do ministério da saúde e reforçar o seu papel de orientação

no apoio a uma abordagem governamental intersectorial aos determinantes sociais da saúde.

A Comissão recomenda que:

10.4. O sector da saúde expanda a sua política e programas de promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde de modo a incluir uma abordagem aos determinantes sociais da saúde, com coordenação do ministro da saúde (ver Recomendação 9.1).

10.5. A OMS apoie o desenvolvimento do conhecimento e capacidades dos ministérios da saúde nacionais para o trabalho segundo um enquadramento para os determinantes sociais da saúde e para que possam desempenhar o papel de orientação na promoção de uma abordagem governamental aos determinantes sociais da saúde (ver Recomendação 15.3; 16.8).

Capítulo 11: Financiamento justo

Área de Acção 1: Reforçar o financiamento público para a acção sobre os determinantes sociais da saúde.

Área de Acção 2: Aumentar o financiamento internacional para a igualdade na saúde e coordenar o financiamento crescente através de um enquadramento de acção sobre os determinantes sociais da saúde.

A Comissão recomenda que:

11.1. Doadores, agências multilaterais e Estados Membros criem e reforcem a capacidade nacional para tributação progressiva (ver Recomendações 8.1; 8.3; 9.2; 10.2).

11.2. Sejam desenvolvidos novos mecanismos financeiros públicos nacionais e globais, incluindo impostos especiais para a saúde e opções de impostos globais (ver Recomendação 9.2; 10.2).

Área de Acção 3: Atribuir justamente recursos governamentais para a acção sobre os determinantes sociais da saúde.

A Comissão recomenda que:

11.3. Os países doadores honrem os compromissos existentes, aumentando a ajuda para 0,7% do PIB; alarguem a Iniciativa Multilateral de Perdão da Dívida; e coordenem o uso da ajuda através de um enquadramento dos determinantes sociais da saúde (ver Recomendações 13.6; 15.2).

11.4. As instituições financeiras internacionais garantam termos e condições transparentes para os empréstimos internacionais, de modo a ajudar a evitar uma dívida futura incomportável.

11.5. Os governos nacionais e locais e a sociedade civil estabeleçam um mecanismo governamental para atribuição de orçamento para a acção sobre os determinantes sociais da saúde (ver Recomendação 10.2).

11.6. Os recursos públicos sejam atribuído de forma equitativa e monitorizados entre regiões e grupos sociais, por exemplo, usando um indicador para avaliação da igualdade (ver Recomendações 5.2; 14.3; 16.2).

Capítulo 12: Responsabilidade de mercado

Área de Acção 1: Institucionalizar a ponderação da saúde e do impacto na igualdade na saúde na elaboração de políticas e acordos económicos internacionais.

A Comissão recomenda que:

12.1. A OMS, em colaboração com outras agências multilaterais relevantes, apoiando os Estados-membros, institucionalize a avaliação do impacto na igualdade na saúde, à escala global e nacional, dos principais acordos económicos globais, regionais e bilaterais (ver Recomendações 10.3; 16.7).

12.2. Os organismos governamentais responsáveis pela elaboração de políticas, com apoio da OMS, assegurem e reforcem a representação da saúde pública nas negociações políticas económicas nacionais e internacionais (ver Recomendação 10.2).

Área de Acção 2: Reforçar o papel primário do Estado da prestação de serviços básicos essenciais à saúde (tais como água e condições sanitárias) e a regulamentação de bens e serviços com grande impacto sobre a saúde (como o tabaco, álcool e alimentos).

A Comissão recomenda que:

12.3. Os governos nacionais, em colaboração com agências multilaterais relevantes, fortaleçam a liderança do sector público na prestação de bens e serviços essenciais relacionados com a saúde e o controlo de bens ou serviços que prejudicam a saúde (ver Recomendações 6.3; 7.3).

Capítulo 13: Igualdade de género

A Comissão recomenda que:

13.1. Os governos criem e apliquem legislação que promova a igualdade de género e torne a discriminação com base no sexo ilegal (ver Recomendação 14.1).

Área de Acção 1: Abordar as discriminações de género nas estruturas da sociedade – na legislação e sua aplicação, na forma como as organizações são geridas e as intervenções concebidas e como o desempenho económico de um país é medido.

A Comissão recomenda que:

13.2. Os governos e instituições internacionais criem uma unidade para a igualdade de género no interior da administração central, financiando-a adequadamente e a longo prazo e munindo-a de poderes para analisar e agir sobre as implicações para a igualdade de género de políticas, programas e acordos institucionais (ver Recomendação 10.2; 15.2).

13.3. Os governos incluam nas contas nacionais a contribuição económica do trabalho doméstico, prestação de cuidados a outros indivíduos e trabalho voluntário e fortaleçam a inclusão do trabalho informal (ver Recomendação 8.3).

13.4. Os governos e doadores invistam na melhoria das capacidades de meninas e mulheres, através do investimento em educação e formação formal e vocacional (ver Recomendação 5.4).

Área de Acção 2: Desenvolver e financiar políticas e programas que promovam a eliminação das diferenças na educação e capacidades e que apoiem a participação económica feminina.

A Comissão recomenda que:

13.5. Os governos e empregadores apoiem as mulheres nas suas funções económicas, garantindo legalmente salários iguais, iguais oportunidades de emprego a todos os níveis e criando políticas benéficas para a família que assegurem que mulheres e homens assumam responsabilidades de forma igual (ver Recomendação 7.2).

Área de Acção 3: Reafirmar o compromisso para com o tratamento universal da saúde e os direitos sexuais e reprodutivos.

A Comissão recomenda que:

13.6. Os governos, doadores, organizações internacionais e sociedade civil aumentem o seu empenho no investimento em serviços e programas de saúde sexual e reprodutiva, visando a sua cobertura universal (Recomendações 9.1; 11.3).

Capítulo 14: Capacitação política - inclusão e expressão

Área de Acção 1: Emancipar todos os grupos na sociedade através da representação justa nos processos de decisão sobre a forma como a sociedade opera, nomeadamente em relação aos seus efeitos sobre a igualdade na saúde, e criar e manter um enquadramento de inclusão social para a elaboração de políticas.

A Comissão recomenda que:

14.1. Os governos nacionais reforcem os sistemas políticos e legais para assegurar a promoção da igual inclusão de todos os indivíduos (ver Recomendação 13.1; 16.1).

14.2. Os governos nacionais reconheçam, legitimem e apoiem grupos marginalizados, sobretudo as Populações Indígenas, em políticas, legislação e programas que capacitem os indivíduos a fazer-se representar nas suas necessidades, reivindicações e direitos.

14.3. Os governos a nível nacional e local assegurem a justa representação de todos os grupos e comunidades nos processos de decisão que afectam a saúde, assim como no subsequente fornecimento e avaliação de programas e serviços (ver Recomendações 6.1; 7.1; 9.1; 11.6).

Área de Acção 2: Permitir que a sociedade civil se organize e actue de forma a promover e concretizar os direitos políticos e sociais que afectam a igualdade na saúde.

A Comissão recomenda que:

14.4. A capacitação para a acção sobre igualdade da saúde, através de uma abordagem de sentido ascendente na hierarquia social, com o contributo de massas, exige apoio para que a sociedade civil desenvolva, reforce e implemente iniciativas orientadas para a igualdade na saúde.

Capítulo 15: Administração global competente

A Comissão recomenda que:

15.1. Até 2010, o Conselho Económico e Social, apoiado pela OMS, prepare para consideração das Nações Unidas, a adopção da igualdade na saúde como objectivo de desenvolvimento global fundamental, com indicadores apropriados para a monitorização do progresso, tanto dentro como entre países (ver Recomendações 10.1; 10.3; 16.3).

Área de Acção 1: Tornar a igualdade na saúde num objectivo do desenvolvimento global e adoptar um enquadramento para os determinantes da saúde para reforçar a acção multilateral sobre o desenvolvimento.

A Comissão recomenda que:

15.2. Até 2010, o Conselho Económico e Social, apoiado pela OMS, prepare, para consideração pelas Nações Unidas, a criação de grupos de trabalho sobre a temática dos determinantes sociais da saúde, – inicialmente sobre o desenvolvimento infantil, igualdade de género, emprego e condições de trabalho, sistemas de cuidados de saúde e governação participativa –, incluindo todas as agências multilaterais relevantes e intervenientes da sociedade civil e preparando relatórios regulares sobre a actividade desenvolvida (ver Recomendações 5.1; 6.2; 9.1; 13.2).

15.3. A OMS institucionalize uma abordagem aos determinantes sociais da saúde em todos os sectores de trabalho, com aplicação desde a sua sede até à escala nacional (ver Recomendações 10.5; 16.8).

Área de Acção 2: Reforçar a liderança da OMS na acção global relativa aos determinantes sociais da saúde, institucionalizando os determinantes da saúde como princípio orientador dos departamentos da OMS e programas nacionais.

RECOMENDAÇÃO GERAL N.º 3

Quantificar e Compreender o Problema e Avaliar o Impacto da Acção

O reconhecimento de que existe um problema e a garantia de que a desigualdade na saúde é quantificada – dentro dos países e globalmente –, é uma plataforma vital para a acção. Os governos nacionais e as organizações internacionais, apoiados pela OMS, devem criar sistemas de vigilância da igualdade na saúde para monitorização regular das desigualdades na saúde e dos determinantes sociais da saúde e devem avaliar o impacto das políticas e acções nesta área. A criação do espaço e das capacidades organizacionais necessárias para agir eficazmente sobre as desigualdades na saúde exige investimento na formação dos elaboradores de políticas e profissionais de saúde e a compreensão dos determinantes sociais da saúde pelo público em geral. Para além disso, também requer uma concentração forte na pesquisa da saúde pública.

Capítulo 16: Os determinantes sociais da saúde: Monitorização, Investigação e Formação

A Comissão recomenda que:

16.1. Os governos assegurem que todas as crianças são registadas quando à nascença, sem custo financeiro para o agregado familiar. Esta medida deve fazer parte do melhoramento do registo civil de nascimentos e óbitos (ver Recomendações 5.2; 14.1).

Área de Acção 1: Assegurar que os sistemas de monitorização de rotina para a igualdade na saúde e os determinantes sociais da saúde estão a operar regularmente local, nacional e internacionalmente.

A Comissão recomenda que:

16.2. Os governos nacionais implementem um sistema de vigilância da igualdade na saúde, com recolha regular de dados sobre os determinantes sociais da saúde e a desigualdade na saúde (ver Recomendação 10.3).

16.3. A OMS oriente a criação de um sistema global de monitorização da igualdade na saúde, como parte de um enquadramento de administração global mais amplo (ver Recomendação 15.1).

16.4. As entidades de financiamento de investigação criem um orçamento dedicado à produção e partilha global de provas documentais sobre os determinantes sociais e a igualdade na saúde, incluindo investigação sobre a intervenção na igualdade na saúde.

Área de Acção 2: Investir na produção e partilha de novas provas sobre as formas como os determinantes sociais influenciam a saúde e a igualdade na saúde da população e sobre a eficácia de medidas tomadas com vista à diminuição das desigualdades na saúde através da acção sobre os determinantes sociais.

Área de Acção 3: Prestar formação sobre os determinantes sociais da saúde a entidades elaboradoras de políticas, intervenientes e profissionais e investir na sensibilização do público sobre o tema.

A Comissão recomenda que:

16.5. As instituições educativas e os ministérios relevantes tornem os determinantes sociais da saúde uma parte comum e obrigatória da formação dos profissionais médicos e de saúde (ver Recomendação 9.3).

16.6. As instituições educativas e ministérios relevantes actuem de forma a melhorar a compreensão dos determinantes sociais da saúde por entre os profissionais externos à medicina e o público em geral (ver Recomendação 10.2).

16.7. Os governos criem, por entre os elaboradores de políticas e planeadores dos departamentos do governo, as capacidades necessárias para a avaliação do impacto na igualdade na saúde (ver Recomendações 10.3; 12.1).

16.8. A OMS reforce a sua capacidade para a prestação de apoio técnico para a acção sobre os determinantes sociais da saúde, à escala global, nacional e local (ver Recomendações 5.1; 9.1; 10.5; 15.3).

Biografias dos Comissários

Michael Marmot é o Presidente da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. É Director do Instituto Internacional para a Sociedade e Saúde (International Institute for Society and Health) e Chefe do Departamento de Epidemiologia da University College de Londres. Em 2000, foi investido Cavaleiro pelos serviços prestados na epidemiologia e na compreensão das desigualdades na saúde.

Frances Baum é Chefe do Departamento e Professora de Saúde Pública na Universidade de Flinders e Directora Fundadora da Unidade de Pesquisa de Saúde da Comunidade da Austrália do Sul (South Australian Community Health Research Unit). É Co-Presidente do Conselho Coordenador Global do Movimento da Saúde das Populações (People's Health Movement).

Monique Bégin é Professora na Faculdade de Gestão da Universidade de Otava, no Canadá, e foi nomeada duas vezes Ministra da Saúde e Segurança Social Nacional. É a primeira mulher do Quebec eleita para a Câmara dos Comuns.

Giovanni Berlinguer é Membro do Parlamento Europeu. Foi recentemente membro do Comité Internacional de Bioética da UNESCO (2001-2007) e relator do projecto Declaração Universal de Bioética.

Mirai Chatterjee é a Coordenadora de Segurança Social da Associação de Mulheres Trabalhadoras por Conta Própria (Self-Employed Women's Association), sindicato de mais de 900 mil mulheres trabalhadoras por conta própria. Foi recentemente nomeada para o Conselho Nacional de Consultoria e a Comissão Nacional para o Sector Informal (National Commission for the Unorganised Sector).

William H. Foege é Professor Emérito de Saúde Internacional Distinguido pelo Presidente, da Universidade de Emory. Foi Director dos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (United States Centers for Disease Control and Prevention – CDC), Chefe do Programa de Erradicação da Varíola do CDC e Director Executivo do Centro Carter. Também prestou funções de Conselheiro Médico Sénior para a Fundação Bill e Melinda Gates.

Yan Guo é Professora de Saúde Pública e Vice-Presidente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Pequim. É Vice-Presidente da Associação de Saúde Rural Chinesa e Vice-directora da Academia Chinesa de Políticas da Saúde.

Kiyoshi Kurokawa é Professor do Instituto Superior Nacional para Estudos de Políticas, em Tóquio. Também é Membro da Comissão Governamental de Políticas para a Ciência e Tecnologia. Anteriormente, foi Presidente do Conselho Japonês para a Ciência e da Associação do Pacífico para a Ciência.

Ricardo Lagos Escobar foi Presidente do Chile e Ministro da Educação e Ministro das Obras Públicas. Economista e advogado de formação, também trabalhou como economista para as Nações Unidas.

Alireza Marandi é Professor de Pediatria na Universidade Shaheed Baheshti, na República Islâmica do Irão. Foi duas vezes Ministro da Saúde (e Educação Médica). Também exerceu funções como Ministro-adjunto e Conselheiro do Ministro. Foi recentemente eleito membro do Parlamento Iraniano.

Pascoal Mocumbi é o Alto Representante da Parceria Europa - Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaio Clínicos e antigo Primeiro-ministro da República de Moçambique. Antes disso, chefiou o Ministério dos Negócios Estrangeiros e o Ministério da Saúde.

Ndiuro Ndiaye é Directora-geral Adjunta da Organização Internacional para as Migrações e foi anteriormente Ministra para o Desenvolvimento Social e Ministra para os Assuntos Femininos, Infantis e Familiares no Senegal.

Charity Kaluki Ngilu é Ministra da Saúde no Quénia. Antes de iniciar funções, era membro da Assembleia Nacional do Quénia, representando o Partido Democrata. Desde 1989, dirige a Organização Maenbeleo ya Wanawake, o movimento nacional feminino.

Hoda Rashad é a Directora e Professora Investigadora do Centro de Investigação Social (Social Research Center) da Universidade Americana do Cairo. É membro do Senado, um dos dois órgãos parlamentares no Egipto. Exerce funções no Conselho Nacional Feminino, que reporta ao Presidente do país.

Amartya Sen é Professor na Universidade de Lamont e Professor de Economia e Filosofia na Universidade de Harvard. Em 1998, foi-lhe atribuído o Prémio Nobel de Economia.

David Satcher é Director do Centro da Excelência para as Desigualdades na Saúde e da Iniciativa Instituto Satcher para a Liderança na Saúde. Exerceu funções como Cirurgião Geral e Conselheiro do Secretário da Saúde nos Estados Unidos da América. Também exerceu funções como Director dos Centros para Controlo e Prevenção de Doenças.

Anna Tibajuka é a Directora Executiva da PNUAH / UN-HABITAT. Também é a Presidente fundadora do Conselho Nacional Tanzaniano das Mulheres (independente).

Denny Vågerö é Professor de Sociologia Médica e Director do CHESS (Centro de Estudos para a Igualdade na Saúde – Centre for Health Equity Studies), na Suécia. É membro da Academia Real Sueca de Ciências e da sua Comissão Permanente para a Saúde.

Gail Wilensky é membro sénior do Projecto HOPE, uma fundação internacional para a educação na saúde. Anteriormente, dirigiu os programas Medicare e Medicaid nos Estados Unidos e presidiu a duas comissões que aconselham o Congresso dos Estados Unidos da América sobre a Medicare.

Referências

- A Aboriginal and Torres Islander Social Justice Commissioner (2005). *Social justice report*. Sydney, Human Rights & Equal Opportunity Commission. (http://www.hreoc.gov.au/social_justice/sj_report/sjreport05/pdf/SocialJustice2005.pdf, consultado em 20 Fevereiro 2008).
- Abramson JH (1988). Community-oriented primary care – strategy, approaches and practice: a review. *Public Health Review*, 16:35-98.
- Acosta M (2006). *Identity rights, civil registration and asset accumulation*. Brookings/Ford Workshop Asset-based Approaches. Washington, DC, Brookings Institution (<http://www.brookings.edu/>, consultado em Março 2008).
- Action for Healthy Kids (2007). Action for Healthy Kids 2005-2006 Annual Report. Skokie, IL, Action for Healthy Kids. (http://www.actionforhealthykids.org/pdf/AFHK_report_FINAL_5_7_07.pdf, consultado em 13 Maio 2008)
- Adlung R. (2006). Public Services and the GATS. *Journal of International Economic Law*, 9:455-485.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2003). *National Healthcare Disparities Report: inequality in quality exists*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. (<http://www.ahrq.gov/QUAL/nhdr03/nhdrsum03.htm#Inequality>, consultado em 7 Março 2008).
- Aiyer A (2007). The allure of the transnational: notes on some aspects of the political economy of water in India. *Cultural Anthropology*, 22:640-658.
- Akin JS et al. (2005). Changes in access to health care in China, 1989-1997. *Health Policy and Planning*, 20:80-89.
- Akin JS, Dow WH & Lance PM (2004). Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties? Results from a longitudinal survey. *Social Science and Medicine*, 58:293-304.
- Alam KR (2006). Ganokendras: an innovative model for poverty reduction in Bangladesh. *International Review of Education*, 52:343-352.
- Alliance for Healthy Cities (nd). *Alliance for Healthy Cities website*. Tokyo: Alliance for Healthy Cities (<http://www.alliance-healthycities.com>, consultado em 10 Abril 2008).
- Ambrose S (2006). Preserving disorder: IMF policies and Kenya's health care crisis. *Pambazuka News*. (<http://www.pambazuka.org/en/category/features/34800>, consultado em 27 Maio 2008).
- Arslanalp S & Henry PB (2006). Policy watch: debt relief. *Journal of Economic Perspectives*, 20:207-220.
- Artazcoz L et al. (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:761-767.
- Baez C & Barron P (2006). *Community voice and role in district health care systems in east and southern Africa: a literature review*. Harare, EQUINET. (<http://www.equinet.org/bibl/docs/DIS39GOVbaez.pdf>, consultado em 27 Maio 2008) (Discussion paper 39).
- Bajpai N, Sachs JD & Volavka N (2005). *India's challenge to meet the Millennium Development Goals*. Nova Iorque, The Earth Institute at Columbia University. (http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/documents/bajpai_indiamdchallenge.pdf, consultado em 13 Maio 2008) (CGSD Working Paper No. 24).
- Balabanova D (2007). *Health sector reform and equity in transition*. Elaborado para a Rede de Conhecimentos para os Sistemas de Saúde da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde. Genebra, World Health Organization.
- Barriento S, Kabeer N & Hossain N (2004). *The gender dimensions of the globalization of production*. Genebra, Policy Integration Department, World Commission on the Social Dimension of Globalization, International Labour Office.
- Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2000). Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy and Planning*, 15:417-423.
- Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2003). Health insurance reforms in Latin America – cream skinning, equity and cost containment. In: Haagh L & Helgo CT, eds. *Social policy reform and market governance in Latin America*. Londres, MacMillan, pp. 183-199
- Barrientos S & Smith S (2007). Do workers benefit from ethical trade? Assessing codes of labour practice in global production systems. *Third World Quarterly*, 28:713-729.
- Barrios S, Bertinelli L & Strobl E (2006). Climatic change and rural-urban migration: the case of sub-Saharan Africa. *Journal of Urban Economics*, 60:357-371.
- Bartley M (2005). Job insecurity and its effect on health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:718-719.
- Barton A et al. (2007). The Watcombe Housing Study: the short term health of residents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:771-777.
- Bates I et al. (2004). Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: Determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infectious Diseases*, 4:368-375.
- Bauer PT (1981). *Equality, the third world, and economic delusion*. Cambridge, Harvard University Press.
- Baum F (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*, 40:459-468.

- Baum F, ed. (1995). *Health for all: the South Australian experience*. Adelaide, Wakefield Press.
- Baum F (2007). Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health, *Promotion and Education*, 14:90-95.
- Baum F (2008). *The new public health*. Nova Iorque, Oxford University Press.
- Baum F, Fry D & Lennie I, eds. (1992). *Community health in Australia: practice and policy*. Sydney, Pluto Press.
- Baunsgaard T & Keen M (2005). *Tax revenue and (or?) trade liberalization*. Report No. WP/05/112. Washington, DC, International Monetary Fund.
- Bégin M (1998). Gender issues in health care. Presentation at the Symposium on Women Health in Women's Hands, Brandon, Manitoba, Canadá, 2 May 1998.
- Benach J & Muntaner C (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:276-277.
- Bennett S & Gilson L (2001). *Health financing: designing and implementing pro-poor policy*. Londres, Health Systems Resource Centre.
- Bettcher D, Yach D & Emmanuel Guindon G (2000). Global trade and health: key linkages and future challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:521-534.
- Bhorat H (2003). A universal income grant scheme for South Africa: an empirical assessment. In: Standing G & Samson M, eds. *A basic income grant for South Africa*. Cidade do Cabo, UCT Press, pp. 77-101.
- Bidani B & Ravallion M (1997). Decomposing social indicators using distributional data. *Journal of Econometrics*, 77:125-139.
- Bird G & Milne A (2003). Debt relief for low income countries: is it effective and efficient? *The World Economy*, 26:43-59.
- Birdsall N (2006). *The world is not flat: inequality and injustice in our global economy*. WIDER Annual Lecture 2005. Helsinquia, World Institute for Development Economics Research.
- Black RE, Morris SS & Bryce J (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 361:2226-2234.
- Black RE et al. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 371:243-260.
- Bloom DE (2007). *Education, health, and development*. Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (http://www.amacad.org/publications/ubase_edu_health_dev.pdf, consultado em 4 Setembro 2007).
- Blouin C (2007). Trade policy and health: from conflicting interests to policy coherence. *Bulletin of the World Health Organization* 85:169-172.
- Blouin C et al. (2007). *Trade liberalisation*. Globalisation Knowledge Network synthesis paper 4. Documento de enquadramento para a Rede de Conhecimentos para a Globalização da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde. Genebra, World Health Organization.
- Blumenthal D & Hsiao W (2005). Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 353:1165-1170.
- Bokhari F, Gottret P & Gai Y (2005). *Government health expenditures, donor funding and health outcomes*. Washington, DC, World Bank.
- Bond P & Dor G (2003). *A critique of uneven health outcomes and neoliberalism in Africa*. Joanesburgo, EQUINET. (<http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS2trade.pdf>, consultado em 26 Março 2007) (Discussion Paper 2).
- Boone P (1996). Politics and the effectiveness of foreign aid. *European Economic Review*, 40:289-328.
- Bourguignon F (2006). *The case for equity*. Francois Bourguignon was Senior Vice-President and Chief Economist of the World Bank between 2003 and 2007. Washington, DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/XY6WQUQOZ0>, consultado em 9 Maio 2008).
- Braveman P (1998). *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Genebra: World Health Organization (WHO/CHS/HSS/98.1).
- Budds J & McGranahan G (2003). Are the debates on water privatization missing the point? Experiences from Africa, Asia and Latin America. *Environment and Urbanization*, 15:87-114.
- Burnham G et al. (2006). Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *Lancet*, 368:1421-1428.
- Buss P & Carvalho A (2007). Health promotion in Brazil. *Promotion and Education*, 14:209-213.
- Caffery M & Frelick G (2006). *Attracting and retaining nurse tutors in Malawi. Health workforce "Innovative Approaches and Promising Practices" study: the Capacity Project*. (http://www.interchurch.org/resources/uploads/files/242Malawi_Prompractices_Report_First_Official_Draft.doc, consultado em 8 Fevereiro 2007).
- Caldwell JC (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 12:171-220.
- Campbell T & Campbell A (2007). Emerging disease burdens and the poor in cities of the developing world. *Journal of Urban Health*, 84:i54-i64.
- Campbell-Lendrum D & Corvalan C (2007). Climate change and developing-country cities: implications for environmental health and equity. *Journal of Urban Health*, 84:i109-i117.
- Canadian Health Services Research Foundation (2007). *Incorporate lay health workers to promote health and prevent disease*. Otava, Canadian Health Services Research Foundation. (http://www.chsrf.ca/mythbusters/html/boost11_e.php, consultado em 24 Janeiro 2008).
- Carrin G, Waelkens MP & Criel B (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 10:799-811.
- CASEL (nd). *How evidence-based SEL programs work to produce greater student success in school and life*. Chicago, Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning. (<http://www.casel.org/downloads/academicbrief.pdf>, consultado em 1 Fevereiro 2008).

- Catford J (2005). The Bangkok Conference: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International*, 20:1-6.
- Chan M (2007). Speech to the Eleventh Global Forum for Health Research, Pequim, China, 29 October 2007. Geneva, World Health Organization. (http://www.who.int/dg/speeches/2007/20071029_beijing/en/index.html, consultado em 10 Abril 2008).
- Chan (2008). Speech to the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Global Health and Care Forum 2008: primary health care starts with people, Geneva, 14 Maio 2008. (<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20080514/en/index.html>, consultado em 29 Maio 2008).
- Chandler MJ & Lalonde CE (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Horizons*, 10:68-72.
- Chen S & Ravallion M (2004). How have the world's poorest fared since the early 1980s? *The World Bank Research Observer*, 19:141-169.
- Chinyama V (2006). *Kenya's abolition of school fees offers lessons for the whole of Africa*. Nova Iorque, UNICEF. (http://www.unicef.org/infobycountry/kenya_33391.html, consultado em 5 Fevereiro 2008).
- Choi S-H (2002). *Integrating early childhood into education: the case of Sweden*. UNESCO Policy Brief on Early Childhood. Paris, UNESCO. (http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=43971&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, consultado em 3 Abril 2008).
- Chu KY, Davoodi H & Gupta S (2004). Income distribution and tax and government spending policies in developing countries. In: Cornia GA, ed. *Inequality, growth and poverty in an era of liberalisation and structural adjustment*. Oxford, Oxford University Press.
- Cleland JG & Van Ginneken JK (1988). Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, 27:1357-1368.
- Clemens M, Radelet S & Bhavnani R (2004). *Counting chickens when they hatch: the short-term effect of aid on growth*. Washington DC, Center for Global Development (Working Paper 44).
- CMH (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, World Health Organization.
- COAG (2007). *Communique of the Working Group on Indigenous reform*. Canberra, Council of Australian Governments (<http://www.coag.gov.au/meetings/201207/index.htm#ind>, consultado em 2 Maio 2008).
- Cobham A (2005). *Taxation policy and development*. Oxford, The Oxford Council on Good Governance (OCGG Economy Analysis no. 2).
- Cohen PN (2007). *Closing the gap: equal pay for women workers*. Statement prepared for the Health, Education, Labor, and Pensions Committee of the US Senate, 12 Abril 2007. (http://help.senate.gov/Hearings/2007_04_12/Cohen.pdf, consultado em 5 Maio 2008).
- Collier P & Dollar D (2000). *Aid allocation and poverty reduction*. Washington, DC, World Bank (Policy Research Working Paper 2041).
- Collier P (2006). *Rethinking assistance for Africa*. Oxford, Institute of Economic Affairs.
- Connect International (nd). Connect International website. Leiden, Connect International (<http://www.connectinternational.nl>, consultado em 9 Maio 2008).
- Côté R (2002/3). Pay equity at last in Quebec? *Labour Education*, 128:57-60 (<http://www.oit.org/public/english/dialogue/actrav/publ/ledpubl.htm>, consultado em 5 Maio 2008).
- Countdown Group (2008). Countdown to 2015 for maternal, newborn, and survival: the 2008 report on tracking coverage and interventions. *Lancet*, 371:1247-1258.
- Cruz-Saco MA (2002). *Global insurance companies and the privatisation of pensions and health care in Latin America – the case of Peru*. Presented at the Globalism and Social Policy Programme (GASPP) Seminar, Dubrovnik, Croácia.
- CS (2007). *Civil society report*. Final report of the Civil Society work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Curriculum Corporation (nd). Mind Matters website. Melbourne, MindMatters (<http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters>, consultado em 13 Maio 2008).
- Cutler D & Lleras-Muney A (2006). *Education and health: evaluating theories and evidence*. Ann Arbor, National Poverty Center (National Poverty Center Working Paper Series: # 06-19) (<http://www.npc.umich.edu/publications/workingpaper06/paper19/working-paper06-19.pdf>, consultado em 25 Setembro 2007).
- CW (2007). *Translating the social determinants evidence into a health equity agenda at the country level*. Report of the Country work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Dambisya Y, Modipa S & Legodi M (2005). *The distribution of pharmacists trained at the University of the North, Africa do Sul*. Harare: EQUINET (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/Dis31HRdambisya.pdf>, consultado em 27 Junho 2007) (Discussion Paper 31).
- Das Gupta M et al. (2005). *Improving child nutrition outcomes in India: can the Integrated Child Development Services programme be more effective?* Washington, DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper 3647).
- DAC (2005). Creditor Reporting System, Aid database. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development (http://www.oecd.org/department/0,2688,en_2649_34447_1_1_1_1_1_1,00.html, consultado em 16 Maio 2008).
- Davies JB et al. (2006). *The world distribution of household wealth*. Research of the United Nations University (UNU-WIDER). Helsinki, World Institute for Development Economics.
- Davis KK, Scott Collins K & Hall AG (1999). *Community health centres in a changing US health care system*. Nova Iorque, The Commonwealth Fund.

- de Ferranti D et al. (2004). *Inequality in Latin America & the Caribbean: breaking with history?* Washington, DC, World Bank.
- De Maeseeneer J et al. (2007). *Primary health care as a strategy for achieving equitable care*. Artigo preparado para a Rede de Conhecimentos para os Sistemas de Saúde da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde. Genebra, World Health Organization.
- Deacon B et al. (2003). *Global social governance: themes and prospects*. Helsínquia, Ministry of Foreign Affairs for Finland.
- Deaton A (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*, 41:113-158.
- Deaton A (2004). Health in an age of globalization. *Brookings Trade Forum*, 83-130.
- Deaton A (2006a). Global patterns of income and health. WIDER Annual Lecture. WIDER Angle Newsletter, 2:1-3. (http://www.wider.unu.edu/publications/newsletter/en_GB/angle-introduction/_files/78200687251423272/default/angle2006-2.pdf, consultado em 20 Março 2008).
- Deaton A (2006b). *Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies*. Helsínquia, WIDER Annual Lecture.
- Debbane AM (2007). The dry plight of freedom: commodifying water in the Western Cape, África do Sul. *Antipode*, 39:222-226.
- Deere CD & Leon M (2003). The gender asset gap: land in Latin America. *World Development*, 31:925-947.
- Delhi Group on Informal Sector Statistics (nd). Delhi Group on Informal Sector Statistics website. Nova Iorque, UN. (<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/delhi.htm>, consultado em 28 Maio 2008).
- Department for Communities and Local Government (2006). *Government action plan: implementing the Women and Work Commission recommendations*. Londres, Government Equalities Office (http://www.womenandequalityunit.gov.uk/publications/wwc_govtactionplan_sept06.pdf, consultado em 5 Maio 2008).
- Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the Programme for Action*. Londres, Department of Health.
- Department of Health (2007). *Review of the health inequalities infant mortality PSA target*. Londres, Department of Health.
- Dervis K (2005). *The challenge of globalization: reinventing good global governance*. Keynote address. Washington, DC, George Washington Center for the Study of Globalization.
- Dervis K & Birdsall N (2006). A stability and social investment facility for high-debt countries. Washington, DC, Center for Global Development (CGD Working Paper No. 27).
- Devernam R (2007). On solid ground: preserving the quality of place. *Environmental Practice*, 9:3-5.
- DFID (2008). *Helping Bolivia's poor to access their rights*. Londres, Department for International Development (<http://www.dfid.gov.uk/news/files/south-america/bolivia-identity.asp>, consultado em 6 Março 2008).
- DHS (nd). *Demographic and Health Surveys*. Calverton, MD, MEASURE DHS. (<http://www.measuredhs.com>, consultado em 15 Fevereiro 2008).
- Dixon J et al. (2007). The health equity dimension of urban food systems. *Journal of Urban Health*, 84:i118-i129.
- Doherty J & Govender R (2004). *The cost-effectiveness of primary care services in developing countries: a review of the international literature*. A background paper commissioned by the Disease Control Priorities Project. Washington, DC, World Bank.
- Dorling D, Shaw M & Davey Smith G (2006). Global inequality of life expectancy due to AIDS. *BMJ*, 332:662-664.
- Douglas M & Scott-Samuel A (2001). Addressing health inequalities in health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:450-451.
- Dreze J (2003). Food security and the right to food. In: Mahendra Dev S, Kannan K, Ramachandran N, eds. *Towards a food secure India: issues and policies*. Nova Deli and Hyderabad, Institute for Human Development and Centre for Economic and Social Studies.
- Dummer TJB & Cook IG (2007). Exploring China's rural health crisis: processes and policy implications. *Health Policy*, 83:1-16.
- Easterly W (2006). *Planners vs. searchers in foreign aid*. ADB Distinguished Speakers Program, Asian Development Bank, 18 January 2006.
- Eastwood R & Lipton M (2000). *Rural-urban dimensions of inequality change*. Helsínquia, World Institute for Development.
- ECDKN (2007a). *Early child development: a powerful equalizer*. Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Genebra, World Health Organization.
- ECDKN (2007b). *Total environment assessment model for early child development*. Evidence report. Documento de enquadramento da Rede de Conhecimentos para o Desenvolvimento na Primeira Infância da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde. Genebra, World Health Organization.
- ECOSOC (1997). *Agreed Conclusions 1997/2*, 18 Julho 1997.
- ECOSOC (nd). *Background information on the United Nations Economic and Social Council*. Nova Iorque, United Nations (<http://www.un.org/ecosoc/about>, consultado em 28 Maio 2008).
- Edward P (2006). The ethical poverty line: a moral quantification of absolute poverty. *Third World Quarterly*, 27:377-393.
- EFILWC (2007). *Industrial relations developments in Europe in 2006*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Eichler M, Reisman AL & Borins EM (1992). Gender bias in medical research. *Women and Therapy: a Feminist Quarterly*, 12:61-70.
- Elinder LS (2005). Obesity, hunger, and agriculture: the damaging role of subsidies. *BMJ*, 331:1333-1336.
- EMCONET (2007). *Employment conditions and health inequalities*. Final report of the Employment Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Genebra, World Health Organization.

- Engle PL et al. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 369:229-242.
- Epping-Jordan JE et al. (2005). Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*, 366:1667-1671.
- EU (1997). Decision No. 1400/97/EC of the European Parliament and of the Council of 30 June 1997 adopting a programme of Community action on health monitoring within the framework for action in the field of public health (1997 to 2001). *Official Journal of the European Communities*, 40:1-10.
- European Commission (1996). *A code of practice on the implementation of equal pay for work of equal value for women and men*. Bruxelas, European Commission (<http://aei.pitt.edu/3963/>, consultado em 5 Maio 2008) (COM (96) 336 final, 17.07.1996).
- EUROTHINE (2007). *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. EUROTHINE final report. Roterdão, Department of Public Health, ErasmusMC University Medical Centre Rotterdam.
- Farley M (2006). 14 nations will adopt airline tax to pay for AIDS drugs. *Los Angeles Times*, 3 Junho.
- Farmer P (1999). Pathologies of power: rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*, 89:486-496.
- Fathalla MF et al. (2006). Sexual and reproductive health for all: a call for action. *Lancet*, 368:2095-100.
- Felstead A et al. (2002). Opportunities to work at home in the context of work-life balance. *Human Resource Management Journal*, 12:54-76.
- Fernald LC, Gertler PJ & Neufeld LM (2008). Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 371:828-37.
- Ferrie JE et al. (2002). Effects of chronic job insecurity and change of job security on self-reported health, minor psychiatry morbidity, psychological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:450-454.
- Forman L (2007). Right and wrong: what utility for the right to health in reforming trade rules on medicines. Briefings volume four: comparative program on health and society and Lupina Foundation Working Paper Series. Toronto, Munk Centre for International Studies.
- French HW (2006). Wealth grows, but health care withers in China. *New York Times*, January 14.
- Friedman M (1958). Foreign economic aid: means and objectives. *The Yale Review*, 47.
- Friel S, Chopra M & Satcher D (2007). Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 335:1241-1243.
- Fröbel F, Heinrichs J & Kreye O (1980). *The new international division of labour*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Frumkin H, Frank L & Jackson R, eds. (2004). *Urban sprawl and public health: designing, planning and building for healthy communities*. Washington, DC, Island Press.
- Galea S & Vlahov D (2005). *Handbook of urban health*. Nova Iorque, Springer.
- Galiani S, Gertler P & Schargrodsky E (2005). Water for life: the impact of the privatization of water services on child mortality. *Journal of Political Economy*, 113:83-120.
- Ganesh-Kumar A, Mishra S & Panda M (2004). Employment guarantee for rural India. *Economic and Political Weekly*, 39:5359-5361.
- Garau P, Sclar ED & Carolini GY (2005). *A home in the city*. UN Millennium Project: Taskforce on Improving the Lives of Slum Dwellers. Londres, Earthscan.
- GEGA (nd). The equity gauge: concepts, principles, and guidelines. Durban, Global Equity Gauge Alliance & Health Systems Trust (http://www.gega.org.za/download/gega_gauge.pdf, consultado em 5 Maio 2008).
- Geiger H (1984). Community health centres. In: Sidel V, Sidel R, eds. *Reforming medicine: lessons of the last quarter century*. Nova Iorque: Pantheon Books, pp. 11-31.
- Geiger H (2002). Community-oriented primary care: a path to community development. *American Journal of Public Health*, 92:1713-1716.
- Gender Promotion Programme ILO (2001). Promoting gender equality – a resource kit for trade unions. Genebra, International Labour Organization. (http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/eeo/tu/tu_toc.htm, consultado em 5 Maio 2008).
- GKN (2007). *Towards health-equitable globalisation: rights, regulation and redistribution*. Final report of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Genebra, World Health Organization.
- Glazier A et al. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368:1595-607.
- Glenday G (2006). *Toward fiscally feasible and efficient trade liberalization*. Durham, NC, Duke Center for Internal Development, Duke University.
- Glewwe P, Zhao M & Binder M (2006). *Achieving universal basic and secondary education: how much will it cost?* Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (<http://www.amacad.org/publications/Glewwe.pdf>, consultado em 4 Setembro 2007).
- Global Forum for Health Research (2006). *Monitoring financial flows for health research: the changing landscape of health research for development*. Genebra, Global Forum for Health Research. (http://www.globalforumhealth.org/filesupld/monitoring_financial_flows_06/Financial%20Flows%202006.pdf, consultado em 9 Maio 2008).
- Goetz A & Gaventa J (2001). *Bringing citizen voice and client focus into service delivery*. Brighton, Reino Unido, Institute of Development Studies. (<http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp138.pdf>, consultado em 27 Junho 2007) (Institute of Development Studies Working Papers – 138).
- Gordon R & Lei W (2005). *Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation, 2005*. University of California San Diego and University of Virginia (<http://econ.ucsd.edu/~rogordon/puzzles16.pdf>, consultado em Fevereiro 2008).

- Gostin L (2007). The 'Tobacco Wars' – global litigation strategies. *JAMA*, 298:2537–2539.
- Gostin LO, Boufford JI & Martinez RM (2004). The future of the public's health: vision, values, and strategies. *Health Affairs*, 23:96–107.
- Gottret P & Schieber G (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. Washington, DC, World Bank.
- Govender V & Penn-Kekana L (2007). *Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Government of Canada (2007). *Tripartite First Nations Health Plan*. Vancouver, The First Nations Leadership Council, Government of Canada and Government of British Columbia.
- Graham H (1987). Women's smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25:47–56.
- Graham H & Kelly MP (2004). *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. Londres, Health Development Agency. (<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=502453>, consultado em 5 Maio 2008).
- Graham WJ et al. (2004). The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet*, 363:23–27.
- Grantham-McGregor SM et al. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican Study. *Lancet*, 338:1–5.
- Grantham-McGregor SM et al. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369:60–70.
- Grimsrud B (2002). *The next steps. Experiences and analysis of how to eradicate child labour*. Oslo, Fafo.
- Grown C, Gupta GR & Pande R. (2005). Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet*, 365:541–543.
- Gupta S, Verhoeven M & Tiongson ER (2003). Public spending on health care and the poor. *Health Economics*, 12:685–696.
- Gwatkin D & Deveshwar-Bahl (2001). *Immunization coverage inequalities: an overview of socio-economic and gender differentials in developing countries*. Nova Iorque, World Bank.
- Gwatkin D, Bhuiya A & Victoria C (2004). Making health care systems more equitable. *Lancet*, 364:1272–1280.
- Gwatkin D, Wagstaff A & Yazbeck A, eds. (2005). *Reaching the poor with health, nutrition, and population services: what works, what doesn't, and why*. Washington DC, World Bank.
- Gwatkin DR et al. (2007). *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, World Bank.
- Halstead S, Walsh J & Warren K (1985). *Good health at low cost*. Nova Iorque, Rockefeller Foundation.
- Hamdad M (2003). *Valuing households' unpaid work in Canada, 1992 and 1998: trends and sources of change*. Otava: Statistics Canada.
- Hanlon P, Walsh D & Whyte B (2006). *Let Glasgow flourish*. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health.
- Hargreaves S (2000). Call for increased commitment to promote reproductive health of refugees. *Lancet*, 356:1910.
- Harris E (2007). *NSW Health HIA Capacity Building Program: mid-term review*. Sydney, Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales.
- Harris E, Harris P & Kemp L (2006). *Rapid equity focused health impact assessment of the Australia Better Health Initiative: assessing the NSW components of priorities 1 and 3*. Sydney, UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity.
- Hartmann H, Allen K & Owens C (1999). *Equal pay for working families; national and state data on the pay gap and its costs*. Washington, Institute for Women's Policy Research. (<http://www.aflcio.org/issues/jobseconomy/women/equalpay/EqualPayForWorkingFamilies.cfm>, consultado em 28 Maio 2008).
- Hawkes C (2002). Marketing activities of global soft drink and fast food companies in emerging markets: a review. In: *Globalization, diets and non-communicable diseases*. Geneva, World Health Organization.
- Hawkes C et al. (2007). Globalisation, food and nutrition transitions. Background paper of the Globalisation Knowledge Network, Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Hayward D (2007). Tackling health inequalities in England – policy development and progress. Caso de estudo preparado pelo Department of Health UK para a Commission on Social Determinants of Health. Londres, Department of Health.
- Health Disparities Task Group (2004). Reducing health disparities – role of the health sector. Discussion paper. Otava, Public Health Agency Canada. (http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_e.pdf, consultado em 11 Abril 2008).
- Health Inequalities Unit (2008). *Tackling health inequalities: 2007 status report on the Programme for Action*. Londres: Department of Health.
- Health Metrics Network (nd). *Assessing the National Health Information System: an assessment tool*. Geneva, Health Metrics Network (<http://www.who.int/healthmetrics/tools/hisassessment/en/index.html>, consultado em 5 Maio 2008).
- Health Systems Trust (nd). *The South African equity gauge*. Durban, Health Systems Trust (<http://www.hst.org.za/generic/28>, consultado em 9 Maio 2008).
- Healy J (2004). *Housing, fuel poverty and health. a pan-European analysis*. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd.
- HelpAge International (2006a). *Why social pensions are needed now*. Londres, HelpAge International (www.helpage.org/Resources/Briefings/main_content/LVqT/Pensionbriefing_web.pdf, consultado em 5 Maio 2008).
- HelpAge International (2006b). *Social pensions in Bolivia*. Londres, HelpAge International (<http://www.helpage.org/Researchandpolicy/Socialprotection/PensionWatch/Bolivia>, consultado em 5 Maio 2008).
- HelpAge International (2007). *Jakarta forum highlights importance of social protection*. Londres, HelpAge International (<http://www.helpage.org/News/Latestnews/KQKY>, consultado em 5 Maio 2008).

- HelpAge International (nd). *Social pensions in low and middle income countries*. Londres, HelpAge International. (<http://www.helpage.org/Researchandpolicy/PensionWatch/Feasibility>, consultado em 5 Maio 2008).
- Heymann J (2006). *Forgotten families: ending the growing crisis confronting children and working parents in the global economy*. Oxford, Oxford University Press.
- HIFX (2007). Global foreign exchange turnover. Windsor: HIFX Foreign Exchange. (http://www.hifx.co.uk/marketwatch/market_news/headlines/uk_Daily_Global_Foreign_Exchange_turnover_rises_to_USD_3,-d-,2%20trillion.aspx, consultado em 20 Março 2008).
- Hillman D, Kapoor S & Spratt S (2006). *Taking the next step: implementing a currency transaction development levy*. Oslo, Norwegian Ministry of Foreign Affairs.
- Homedes N & Ugalde A (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71:83-96.
- Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85:745-754.
- Houweling TAJ (2007). *Socio-economic inequalities in childhood mortality in low and middle income countries* [thesis]. Rotterdam, Erasmus MC University Medical Center Rotterdam (<http://hdl.handle.net/1765/11023>, consultado em 5 Maio 2008).
- Houweling TAJ et al. (2005). Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich. A cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 43:1257-1265.
- Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an HSKN (2007). *Final report of the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
- Huisman M, Kunst AE & Mackenbach JP (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science and Medicine*, 57:861-873.
- Hunt P (2003). *Panel discussion on the rights to sexual and reproductive health*. Ottawa: Action Canada pour la Population et le Développement. (<http://www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section/csih/articleid/223>, consultado em 17 Abril 2008).
- Hunt P (2006). *Economic, social and cultural rights: report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. Addendum: mission to Uganda*. UN Economic and Social Council, Nova Iorque, United Nations (http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/Uganda.pdf, consultado em Março 2008).
- Hunt P (2007). Right to the highest attainable standard of health. *Lancet*, 370:369-371.
- Hutchison B, Abelson J & Lavis JN (2001). Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20:116-131.
- Hutton G (2004). *Charting the path to the World Bank's "No blanket policy on user fees": A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future*. Londres, DFID Health Systems Resource Centre.
- Huxley VH (2007). Sex and the cardiovascular system: the intriguing tale of how women and men regulate cardiovascular function differently. *Advances in Physiology Education*, 31:17-22.
- IDMC (2007). *Internal displacement: global overview of trends and developments in 2006*. Geneva, Internal Displacement Monitoring Centre.
- ILO (2002). *Women and men in the informal economy: a statistical picture*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2003). *ILO launches global campaign on social security for all*. Geneva, International Labour Organization (http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--en/WCMS_005285/index.htm, consultado em 8 Maio 2008).
- ILO (2004a). Resolution concerning the promotion of gender equality, pay equity and maternity protection. 92nd Session of the International Labour Conference. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2004b). *Breaking through the glass ceiling: women in management. Update 2004*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2005). *Decent work – safe work*. Introductory report to the XVIIth World Congress on Safety and Health at Work, 2005. Geneva, International Labour Organization (www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf, consultado em 3 Março 2008).
- ILO (2006a). *The end of child labour: within reach*. Global report under the follow-up to the ILO declaration on fundamental principles and rights at work 2006. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2006b). Facts on labour migration. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2007a). *The end of child labour: millions of voices, one common hope*. *World of work*, No. 61. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2007b). *The decent work agenda in africa: 2007-2015*. Report of the Director-General to the Eleventh African Regional Meeting, Addis Ababa, Abril 2007. Geneva: International Labour Organization (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/--webdev/documents/publication/wcms_082282.pdf, consultado em 5 Maio 2008).
- ILO (2008). *Global employment trends*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (nd). *In Africa*. Web page of the Social Security Department. Geneva, International Labour Organization. (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/projects/africa.htm>, consultado em 21 Fevereiro 2008).
- ILOLEX (2007). International Labour Standards [online database]. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/ilolex/english/>, consultado em Dezembro 2007).
- Indian Government (1992). The Constitution (Seventy-Second Amendment) Act, 1992. (<http://indiacode.nic.in/coiweb/fullact1.asp?tfnm=73>, consultado em Março 2008).
- Indigenous Health Group (2007). Social determinants and indigenous health: the international experience and its policy implications. Presented at the Adelaide Symposium of the Commission on Social Determinants of Health.

- Ingleby D et al. (2005). The role of health in integration. In: Fonseca L & Malheiros J, eds. *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 state of the art report. Lisboa, Centro de Estudos Geográficos.
- IOM (2006). *Migration health annual report 2006*. Genebra, International Office of Migration.
- IPCC (2007). *Climate change 2007: the physical science basis*. Nova Iorque, Cambridge University Press.
- Irwin A & Scali E (2005). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*. Background document for the Commission on Social Determinants of Health. Genebra, World Health Organization.
- IUHPE (2007). Shaping the future for health promotion: priority actions. *Promotion and Education*, 14:199-202.
- IUHPE/CEU (1999). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part 2 Evidence book*. Vanves: International Union for Health Promotion and Education.
- Iyer A, Sen G & Östlin P (2007). *The intersections of gender and class in health status and health care*. Documento de enquadramento da Rede de Conhecimentos para a Igualdade de Género e das Mulheres da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde. Genebra, World Health Organization.
- Jacobs G, Aeron-Thomas A & Astrop A (2000). *Estimating global road fatalities*. Wokingham: Transport Research Laboratory (TRL Report 445).
- Jaglin S (2002). The right to water versus cost recovery: participation, urban water supply and the poor in sub-Saharan Africa. *Environment and Urbanization*, 14:231-245.
- Jolly R (1991). Adjustment with a human face: a UNICEF record and perspective on the 1980s. *World Development*, 19:1807-1821.
- Jubilee Debt Campaign (2007). *Debt and education*. Londres, Jubilee Debt Campaign (<http://www.jubileedebtcampaign.org.uk/Debt%20and%20Education+3198.twl>), consultado em 29 Maio 2008).
- JUNJI (nd). JUNJI website [in Spanish]. Santiago, Junta Nacional de Jardines Infantiles (<http://www.junji.cl>), consultado em 14 Maio 2008).
- Kark SL & Kark E (1983). An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Israel Journal of Medical Science*, 19:707-713.
- Kelly MP et al. (2006). *Guide for the Knowledge Networks for the presentation of reports and evidence about the social determinants of health*. Documento de enquadramento da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra, World Health Organization.
- Kemp M (2001). *Corporate social responsibility in Indonesia: quixotic dream or confident expectation?* Genebra, UNRISD (Technology, Business and Society Programme Paper Number 6).
- Kickbusch I (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93:383-388.
- Kickbusch I (2007). Health promotion: not a tree but a rhizome. In: O'Neill M et al., eds. *Health promotion in Canada: critical perspectives*, 2nd ed. Toronto, Canadian Scholars Press Inc.
- Kickbusch I & Payne L (2004). *Constructing global public health in the 21st century*. Presented to the Meeting on Global Health Governance and Accountability, 2-3 June 2004, Harvard University, Cambridge, MA. (<http://www.ilonakickbusch.com/en/global-health-governance/GlobalHealth.pdf>), consultado em 28 Maio 2008).
- Kickbusch I, Wait S & Maag D (2006). *Navigating health: the role of health literacy*. Londres, Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK. (http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_3.pdf), consultado em 5 Maio 2008).
- Kida T & Mackintosh M (2005). Public expenditure allocation and incidence under health care market liberalization: a Tanzanian case study. In: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialisation of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, Chapter 17.
- Kim IH et al. (2006). The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science and Medicine*, 63:566-74.
- Kivimäki M et al. (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology*, 158:663-668.
- Kivimäki M et al. (2006). Work stress in the aetiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:431-442.
- KNUS (2007). *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Final Report of the Urban Settings Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Genebra, World Health Organization.
- Koçak AA (2004). *Evaluation report of the Father Support Program*. Istanbul: Mother Child Education Foundation.
- Koivusalo M & Mackintosh M (2005). Health systems and commercialisation: in search of good sense. In: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke, Reino Unido: Palgrave Macmillan, pp. 3-21.
- Korpi W (2001). Contentious institutions: an augmented rational-action analysis of the origins and path dependency of welfare state institutions in Western countries. *Rationality and Society*, 13:235-283.
- Korpi W & Palme J (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in Western countries. *American Sociological Review*, 63:661-687.
- Kunst AE & Mackenbach JP (1994). *Measuring socio-economic inequalities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Kurowski C, Wyss K & Abdulla S (2007). Scaling up priority health interventions in Tanzania – the human resources challenge. *Health Policy and Planning*, 22:113-127.
- Lagarde M & Palmer P (2006). *Health financing. Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access for poor people*. Apresentado na reunião da Alliance for Health Policy and Systems Research, Khon Kaen, Thailand. (<http://www.who.int/rpc/meetings/HealthFinancingBrief.pdf>), consultado em 4 Maio 2007).
- Landers C (2003). *Early learning and the transition to school: implications for girls' education*. Nova Iorque, UNICEF.

- Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights (2007). *Shaking the movers: speaking truth to power: civil and political rights of children*. Otava, Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights.
- Lang T, Rayner G & Kaelin E (2006). *The food industry, diet, physical activity and health: a review of reported commitments and practice of 25 of the world's largest food companies*. Londres, Centre for Food Policy, City University.
- Langer A (2006). Cairo after 12 years: successes, setbacks, and challenges. *Lancet*, 368:1552-1554.
- Leon DA et al. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*, 350:383-388.
- Levine R (2004). *What's worked? Accounting for success in global health*. Washington, DC, Centre for Global Development.
- Levine R et al. (2008). *Girls count: a global investment and action agenda*. Washington, DC, Center for Global Development.
- LHC (2000). *The London Health Strategy 2000*. Londres: London Health Commission.
- Lister J (2007). *Globalisation and health care systems change*. Documento de enquadramento da Rede de Conhecimentos para os Sistemas de Saúde da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde.
- Locke K (2004). Opportunities for inter-sector health improvement in new Member States. In: McKee M et al., eds. *Health policy and European Union enlargement*. Maidenhead, Open University Press.
- Locke K (2006). *Health impact assessment of foreign and security policy*. Background paper: the role of health impact assessment. Londres, Nuffield Foundation.
- Loewenson R (2003). *Civil society – state interactions in national health care systems*. Annotated bibliography on civil society and health. Harare: WHO/Training and Research Support Center (TARSC). (<http://www.tarsc.org/WHOCESI/>, consultado em 26 Junho 2007).
- Loftus AJ & McDonald DA (2001). Of liquid dreams: a political ecology of water privatization in Buenos Aires. *Environment and Urbanization*, 13:179-200.
- Logie DE (2006). An affordable and sustainable health service for Africa in the 21st century. Otava, International Development Research Center (http://www.crdi.ca/es/ev-99716-201-1-DO_TOPIC.html, consultado em 28 Maio 2008).
- Lokshin M et al. (2005). Improving child nutrition? The Integrated Child Development Services in India. *Development and Change*, 36:613-640.
- Lopez A et al., eds. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. Oxford: Oxford University Press and World Bank.
- Luciano D, Esim S & Duvvury N (2005). How to make the law work? Budgetary implications of domestic violence Laws in Latin America, Central America and the Caribbean. *Journal of Women, Politics & Policy*, 27:123-133.
- Lundberg O et al. (2007). *The Nordic experience: welfare states and public health (NEWS)*. Report for the Commission on Social Determinants of Health. Estocolmo, Centre for Health Equity Studies (CHESS).
- Lynch RG (2004). *Exceptional returns: economic, fiscal, and social benefits of investment in early childhood development*. Washington, DC, Economic Policy Institute.
- McCoy D et al. (2004). Pushing the international health research agenda towards equity and effectiveness. *Lancet*, 364:1630-1631.
- McDonald D & Smith L (2004). Privatising Cape Town: from apartheid to neo-liberalism in the mother city. *Urban Studies*, 41:1461-1484.
- McGillivray M et al. (2005). *It works; it doesn't; it can, but that depends...: 50 years of controversy over the macroeconomic impact of development aid*. Helsinki, World Institute for Development Economics Research (Research Paper No. 2005/54).
- Macinko J et al. (2006). Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:13-19.
- Mackenbach JP (2005). *Health inequalities: Europe in profile*. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Roterdão: ErasmusMC University Medical Center Rotterdam.
- Mackenbach JP & Bakker MJ (2003); for the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: an analysis of recent European experiences. *Lancet*, 362:1409-1414.
- Mackenbach JP & Kunst AE (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*, 44:757-771.
- Mackenbach JP, Meerding WJ & Kunst AE (2007). *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Luxemburgo: European Commission.
- McKinnon R (2007). Tax-financed old-age pensions in lower-income countries. In: *International Social Security Association. Developments and trends: supporting dynamic social security*. World Social Security Forum, 29th ISSA General Assembly. Geneva, International Social Security Association, pp. 31-37 (<http://www.issa.int/pdf/publ/2DT07.pdf>, consultado em 5 Maio 2008).
- McMichael AJ et al. (2007). Food, livestock production, energy, climate change and health. *Lancet*, 370:55-65.
- McMichael AJ et al. (2008). Global environmental change and health: impacts, inequalities, and the health sector. *BMJ*, 336:191-194.
- Macpherson AK et al. (2002). Impact of mandatory helmet legislation on bicycle-related head injuries in children: a population-based study. *Pediatrics*, 110:e60-e65.
- Madsen PR (2006). Contribution to the EEO Autumn Review 2006 'Flexicurity'. Dinamarca: European Employment Observatory.
- Magnussen L, Ehiri J & Jolly P (2004). Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs*, 23:167-176.
- Mahapatra P et al. (2007). Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 370:1653-1663.
- Mandel S (2006). *Debt relief as if people mattered: a rights-based approach to debt sustainability*. Londres, New Economics Foundation.
- Marmot M (2004). *The status syndrome: how your social standing affects your health and life expectancy*. Londres, Bloomsbury.
- Marmot M (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370:1153-1163.

- Marmot M & Wilkinson R.G, eds. (2006). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.
- Marshall TH (1950). *Citizenship and social class and other essays*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Martens J (2007). Strengthening domestic public finance for poverty eradication. *Development*, 50:56-62.
- Mathers CD & Loncar D (2005). *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results*. Evidence and information for Policy Working Paper. Geneva, World Health Organization.
- MDG Report (2007). The Millennium Development Goals report 2007. Nova Iorque, United Nations (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>, consultado em 13 Maio 2008).
- Mehta L & Madsen BL (2005). Is the WTO after your water? The General Agreement on Trade in Services (GATS) and poor people's right to water. *Natural Resources Forum*, 29:154-164.
- MEKN (2007a). *The social determinants of health: developing an evidence base for political action*. Final report of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- MEKN (2007b). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide*. Documento de enquadramento da Rede de Conhecimentos para a Quantificação e Provas da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde.
- Meng Q (2007). *Developing and implementing equity-promoting health care policies in China*. Documento de enquadramento da Rede de Conhecimentos para Sistemas de Saúde da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde. Geneva, World Health Organization.
- Mercado S et al. (2007). Urban poverty: an urgent public health issue. *Journal of Urban Health*, 84:i7-i15.
- Micheletti M & Stolle D (2007). Mobilizing consumers to take responsibility for global social justice. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 611:157-175.
- Millennium Villages Project (nd). Millennium Promise website. New York, Millennium Promise (<http://www.millenniumpromise.org>, consultado em 8 Fevereiro 2008)
- Mills A (2007). *Strategies to achieve universal coverage*. Artigo preparado para a Rede de Conhecimentos para os Sistemas de Saúde da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde. Geneva, World Health Organization.
- Ministries of the Economy (2006). *Solidarity and globalisation*. Paris Conference on Innovative Development Financing Mechanisms, 28 February-1 March 2006. Paris, Governo de França.
- Mishra P & Newhouse D (2007). *Health aid and infant mortality*. Washington, DC, IMF (Working Paper 07/100).
- Mitlin D (2007). Finance for low-income housing and community development. *Environment and Urbanization*, 19:331.
- Mizunoya S et al. (2006). *Costing of basic social protection benefits for selected Asian countries: first results of a modelling exercise*. Issues in Social Protection, Geneva, Social Security Department, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1527sp1.pdf>, consultado em 5 Maio 2008) (Discussion paper 17).
- Mongella G (1995). Address by the Secretary-General of the 4th World Conference on Women at the formal opening of the Plenary Session 4th September 1995 (<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/conf/una/950904201423.txt>, consultado em 5 Maio 2008).
- Montgomery MR et al., eds. (2004). *Cities transformed: demographic change and its implications in the developing world*. London, Earthscan.
- Morris JN & Deeming C (2004). Minimum incomes for healthy living (MIHL): next thrust in UK social policy? *Policy & Politics*, 32:441-454.
- Morris JN et al. (2000). A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54:885-889.
- Morris JN et al. (2007). Defining a minimum income for healthy living (MIHL): older age, England. *International Journal of Epidemiology*, 36:1300-7.
- Moser K, Shkolnikov V & Leon DA (2005). World mortality 1950-2000: divergence replaces convergence from the late 1980s. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:202-209.
- Muntaner C et al. (1995). Psychosocial dimensions of work and the risk of drug dependence among adults. *American Journal of Epidemiology*, 142:183-190.
- Murphy M et al. (2006). The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001. *American Journal of Public Health*, 96:1293-1299.
- Murray CJL et al. (2006). Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in the United States. *PLoS Medicine*, 3:1513-1525.
- Murray CJ et al. (2007). Validation of the symptom pattern method for analyzing verbal autopsy data. *PLoS Medicine*, 4:e327.
- Murthy R (2007). *Accountability to citizens on gender and health*. Artigo comissariado pela Rede de Conhecimentos para a Igualdade das Mulheres e de Género da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Geneva, World Health Organization.
- Musgrove P (2006). *Disability in late middle age and after in low and middle-income countries: a summary of some findings from the Disease Control Priorities Project (DCPP)*. Artigo preparado para o Behavioral and Social Research Program. Washington, DC, National Institute on Aging.
- Mustard JF (2007). Experience-based brain development: scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. In: Young ME, Richardson LM, eds. *Early child development: from measurement to action*. Washington, DC, World Bank, pp. 43-71.
- Musuka G & Chingombe I (2007). *Building equitable, people-centred national health systems: the role of Parliament and parliamentary committees on health in East and Southern Africa*. Revisão bibliográfica comissionada pela Rede de Conhecimentos para os Sistemas de Saúde da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde. Geneva: World Health Organization.

- NAS Panel on Aging (2006). Conferência sobre o Aging of the National Academies Committee on Population, reunido para a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, Agosto 2006. Washington, DC, National Institute on Aging.
- National Coalition on Health Care (2008). *Health insurance cost*. Washington, DC, National Coalition on Health Care (<http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>), consultado em 7 Março 2008).
- Newman L et al. (2007). *A rapid appraisal case study of South Australia's Social Inclusion Initiative*. Artigo para a Rede de Conhecimentos para a Exclusão Social da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde. Genebra, World Health Organization.
- NHF (2007). *Building health. Creating and enhancing places for healthy, active lives: blueprint for action*. Londres, UK National Heart Forum.
- NHS (2000). *The London Health Strategy*. Londres, NHS Executive London Regional Office.
- Nicholson A et al. (2005). Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women—a life course approach. *Social Science and Medicine*, 61:2345-54.
- Nissanke M (2003). Revenue potential of the Tobin Tax for Development Finance: a critical appraisal. In: Atkinson A, ed. *New sources of development finance*. Oxford, Oxford University Press for UNU-WIDER.
- NNC (2001). *Smart growth for neighborhoods: affordable housing and regional vision*. USA, National Neighborhood Coalition.
- O'Donnell O et al. (2005). *Who benefits from public spending on health care in Asia?* Rotterdam and Colombo: Erasmus University and IPS. (<http://www.equitap.org/publications/wps/EquitapWP3.pdf>), consultado em 12 Outubro 2006 (EQUITAP Project Working Paper #3).
- O'Donnell O et al. (2007). The incidence of public spending on healthcare: comparative evidence from Asia. *World Bank Economic Review*, 21:93-123.
- ODI (1999). *Global governance – an agenda for the renewal of the United Nations*. Londres, Overseas Development Institute.
- OECD (2001). *Starting strong: early childhood education and care*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OECD (2005). *From employment to work*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Office of the Mayor (2007). Mayor Bloomberg and major philanthropic foundations unveil size, scope, and schedule of Opportunity NYC, the nation's first-ever conditional cash transfer program. Press release, 29 March. New York: Office of the Mayor. (<http://www.nyc.gov>), consultado em 5 Maio 2008).
- Ogawa S, Hasegawa T & Carrin G (2003). Scaling up community health insurance: Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme. *Health Policy and Planning*, 18:270-278.
- Oldfield S & Stokke K (2004). *Building unity in diversity: social movement activism in the Western Cape Anti-Eviction Campaign*. A case study for Globalisation, Marginalisation and New Social Movements in post-Apartheid South Africa. Durban, University of KwaZulu-Natal. (<http://www.ukzn.ac.za/ccs/files/Oldfield%20&%20Stokke%20WCAEC%20Research%20Report.pdf>), consultado em Março 2008).
- Ooi GL & Phua KH (2007). Urbanization and slum formation. *Journal of Urban Health*, 84:i27-i34.
- Ooms G & Schrecker T (2005). Viewpoint: expenditure ceilings, multilateral financial institutions, and the health of poor populations. *Lancet*, 365:1821-1823.
- Oxfam (2002). *Milking the CAP: how Europe's dairy regime is devastating livelihoods in the developing world*. Londres, Oxfam. (Briefing Paper 34).
- Oxfam Great Britain (2000). *Tax havens: releasing the hidden billions for poverty eradication*. Oxford, Oxfam.
- Paes de Barros R et al. (2002). *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean*. Santiago: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- PAHO (2001). *Investment in health*. Washington, DC, Pan-American Health Organization (Social and Economic Returns Scientific and Technical Publication No.582).
- PAHO (2005). PAHO Healthy Municipalities, Cities and Communities. *Bulletin of the Healthy Settings Units*, 1 (<http://www.paho.org/English/ad/sde/municipios.htm>), consultado em 10 Maio 2008).
- PAHO (2006). *Mission Barrio Adentro: the right to health and social inclusion in Venezuela*. Caracas, Pan-American Health Organization.
- PAHO (2007). *Renewing primary health care in the Americas*. A position paper of the Pan American Health Organization. Washington, DC, Pan-American Health Organization (<http://www.paho.org/English/AD/THS/primaryHealthCare.pdf>), consultado em 27 Junho 2007).
- Pal K et al. (2005). *Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/1023sp1.pdf>), consultado em 5 Maio 2008) (Issues in Social Protection, discussion paper 13).
- Palmer N et al. (2004). Health financing to promote access in low income settings – how much do we know? *Lancet*, 364:1365-1370.
- Parent-Thirion A et al. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Partnership for Child Development (nd). A FRESH start to improving the quality and equity of education. London, Partnership for Child Development. (www.freshschools.org), consultado em 13 Maio 2008).
- Pasha O et al. (2003). The effect of providing fansidar (sulfadoxine-pyrimethane) in schools on mortality on school-age children in Malawi. *Lancet*, 361:577-578.
- Patel V et al. (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ*, 328:820-823.
- Paul J & Nahory C (2005). *Theses towards a democratic reform of the UN Security Council*. Nova Iorque, Global Policy Forum.

- Paxson C & Schady N (2007). *Does money matter? The effects of cash transfers on child health and development in rural Ecuador*. Washington, DC, World Bank (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/05/03/000016406_20070503092958/Rendered/PDF/wps4226.pdf, consultado em 5 Maio 2008) (Impact Evaluation Series No. 15. World Bank Policy Research Working Paper 4226).
- Petchesky RP & Laurie M (2007). *Gender, health and human rights in sites of political exclusion*. Documento de enquadramento da Rede de Conhecimentos para a Igualdade das Mulheres e de Género da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra, World Health Organization.
- PHAC (2007). *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. Otava, Public Health Agency of Canada.
- PHAC & WHO (2008). *Enhancing health and improving health equity through cross-sectoral action: an analysis of national case studies*. Otava, Public Health Agency of Canada.
- PHM (2000). *People's charter for health*. Cairo: People's Health Movement.
- PHM, Medact & GEGA (2005). *Global Health Watch, 2005-2006: an alternative world health report*. Londres, Zed Books.
- Picciotto R (2004). *Institutional approaches to policy coherence for development*. OECD Policy Workshop May 2004. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Pierson P (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94:251-267.
- Pierson P (2001). Investigating the welfare state at century's end. In: Pierson P, ed. *The new politics of the welfare state*. Oxford, Oxford University Press, pp. 1-14.
- Pogge T (2008). Growth and inequality: understanding recent trends and political choices. *Dissent Magazine* [online], (<http://dissentmagazine.org/article/?article=990>, consultado em 10 Abril 2008).
- PPHCKN (2007a). *Inequities in the health and nutrition of children*. Report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Genebra, World Health Organization.
- PPHCKN (2007b). *Alcohol and social determinants of health*. Report from the alcohol node to the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Genebra, World Health Organization.
- PPHCKN (2007c). *Interim report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
- PPHCKN (2007d). *Social determinants of mental disorders*. Report from the mental health node to the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Genebra, World Health Organization.
- Prince M et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370:859-877.
- Prüss-Üstün A & Corvalán C (2006). *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Genebra, World Health Organization.
- Public Health Agency of Canada (nd). *Canada's response to WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/crg-grc-eng.php>, consultado em 14 Maio 2008).
- Quan J (1997). *The important of land tenure to poverty eradication and sustainable development in Africa. Summary of findings*. Chatham, UK, National Resources Institute (<http://www.oxfam.org.uk/resources/learning/landrights/downloads/quanpov.rtf>, consultado em 30Abril 2008).
- Quartey P (2005). *Innovative ways of making aid effective in Ghana: tied aid versus direct budgetary support*. Helsínquia, UNU-WIDER (WIDER Research Paper No. 2005/58).
- Rajan R & Subramanian A (2005). *Aid and growth: what does the cross-country evidence really show?* Washington, DC, IMF (IMF Working Paper 05/127).
- Randel J, German A & Ewing D, eds. (2004). *The reality of aid 2004: an independent review of poverty reduction and development assistance, the Reality of Aid Project*. Londres, IBON Books Manila/Zed Books.
- Ranson M, Hanson K & Oliveira Cruz V (2003). Constraints to expanding access to health interventions: an empirical analysis and country typology. *Journal of International Development*, 15:15-39.
- Ravindran T & de Pinho H, eds. (2005). *The right reforms? Health sector reforms and sexual and reproductive health*. Johannesburg: The Initiative for Sexual and Reproductive Rights and Health Reforms (www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/globalvolume.htm, consultado em 27 Março 2007).
- Ravindran TKS & Kelkar-Khambete A (2007). *Women's health policies and programmes and gender-mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions*. Documento de enquadramento da Rede de Conhecimentos para a Igualdade das Mulheres e de Género da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Geneva, World Health Organization.
- Rifkin S & Walt G (1986). Why health improves: defining the issues concerning “comprehensive primary health care” and “selective primary health care. *Social Science and Medicine*, 23:559-566.
- Rihani MA (2006). *Keeping the promise: 5 benefits of girls' secondary education*. Washington, DC, AED Global Learning Group (http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Summary_Book_Girls_Education_MayRIHANI.pdf, consultado em 24 Setembro 2007).
- Ritakallio V-M & Fritzell J (2004). *Societal shifts and changed patterns of poverty*. Nova Iorque: Luxembourg & Syracuse (LIS Working Paper Series, no. 393).
- Roberts H & Meddings DR (2007). *What can be done about the social determinants of violence and unintentional injury*. Documento de enquadramento da Rede de Conhecimentos para a Condições Prioritárias de Saúde Pública da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra, World Health Organization.
- Rodrik D (2001). *The global governance of trade as if development really mattered*. Nova Iorque, United Nations Development Programme.

- Romeri E, Baker A & Griffiths C (2006). Mortality by deprivation and cause of death in England and Wales, 1999–2003. *Health Statistics Quarterly*, 32:19–34.
- Rootman I & Gordon-El-Bihbety D (2008). *A vision for a health literate Canada: report of the expert panel on health literacy*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Rose G (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14:32–38.
- Ross CE & Wu C-L (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60:719–745.
- Ruger JP & Kim HJ (2006). Global health inequalities: an international comparison. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:928–936.
- RWJF Commission (2008). *Perceived health challenges in the United States*. National survey results of a public opinion poll commissioned by the Robert Wood Johnson Foundation. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- Sachs J (2004). Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals (MDGs). *Bulletin of the World Health Organization*, 82:947–952.
- Sachs J (2007). Beware false tradeoffs. *Foreign Affairs* [online], (http://www.foreignaffairs.org/special/global_health/sachs), consultado em 14 Março 2008).
- Sachs J (2005). *The end of poverty: how we can make it happen in our lifetime?* Londres, Penguin Books.
- Saltman R, Busse R & Figueras J, eds. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, UK, Open University Press.
- Sanders D (1985). *The struggle for health: medicine and the politics of underdevelopment*. Londres, Macmillan.
- Sanders D et al. (2004). Making research matter: a civil society perspective on health research. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:757–763.
- Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies (2005). *Making cash count: lessons from cash transfer schemes in east and southern Africa for supporting the most vulnerable children and households*. Londres: Save the Children UK, HelpAge International and Institute of Development Studies.
- Schirnding YE (2002). Health and sustainable development: can we rise to the challenge? *Lancet*, 360:632–637.
- Schneider A (2005). Aid and governance: doing good and doing better. *IDS Bulletin*, 36(3).
- Schubert B (2005). *The pilot social cash transfer scheme, Kalomo District – Zambia*. Manchester, Insitute for Development Policy and Management/Chronic Poverty Research Centre (Chronic Poverty Research Centre Working Paper 52).
- Schurmann A (2007). *Microcredit, inclusion and exclusion in Bangladesh*. Documento de Enquadramento para a Rede de Conhecimentos para a Exclusão Social da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde. Genebra, World Health Organization.
- Schweinhart L (2004). *The High/Scope Perry preschool study through age 40: summary, conclusions, and frequently asked questions*. Ypsilanti, High/Scope Educational Research Foundation.
- Schweinhart LJ, Barnes HV & Weikart DP (1993). *Significant benefits: the High/Scope Perry preschool study through age 27*. Ypsilanti, High/Scope Press.
- Scott-McDonald K (2002). Elements of quality in home visiting programmes: three Jamaican models. In: Young ME, ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, World Bank, pp. 233–253.
- SEKN (2007). *Understanding and tackling social exclusion*. Final Report of the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Genebra, World Health Organization.
- Sen A (1999). *Development as freedom*. New York, Alfred A Knopf Inc.
- Setel PW et al. (2007). A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 370:1569–77.
- SEWA Bank (nd). SEWA Bank web page. Ahmedabad, Self-employed Women's Association (<http://www.sewa.org/services/bank.asp>), consultado em 7 Abril 2008).
- SEWA Social Security (nd). Childcare section of the SEWA Social Security web page. Ahmedabad, Self Employed Women's Association (<http://www.sewainsurance.org/childcare.htm#Childcare>), consultado em 5 Maio 2008).
- Shaw M (2004). Housing and public health. *Annual Review of Public Health*, 25:397–418.
- Sheuya S, Howden-Chapman P & Patel S (2007). The design of housing and shelter programs: the social and environmental determinants of inequalities. *Journal of Urban Health*, 84:i98–i108.
- Sibal B (2006). People's power in people's hands: the lesson we need to learn. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:521.
- Siegel P, Alwang J & Canagarajah S (2001). *Viewing microinsurance as a social risk management instrument*. Washington, DC, World Bank (Social Protection Discussion Paper Series, no. 0116).
- SIGN (2006). Newsletter of the Schoolfeeding Initiative Ghana–Netherlands, issue 1. Amsterdam, Schoolfeeding Initiative Ghana–Netherlands (http://www.sign-schoolfeeding.org/_dynamic/downloads/Augustus_2006.doc), consultado em 30 Abril 2008).
- Simmons R & Shiffman J (2006). Scaling up health service innovations: a framework for action. Chapter 2. In: Simmons R, Fajans P & Ghiron L, eds. *Scaling up health services delivery: from pilot innovations to policies and programmes*. Geneva, World Health Organization (<http://www.expandnet.net/volume.htm>), consultado em 26 Junho 2007).
- Smith L & Haddad L (2000). *Explaining child malnutrition in developing countries: a cross-country analysis*. Washington, DC, International Food Policy Research Institute (Research Report No.111).
- Solar O & Irwin A (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Genebra, World Health Organization.
- Son M et al. (2002). Relation of occupational class and education with mortality in Korea. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:798–799.

- Ståhl T et al., eds. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health and the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Standing Committee on Nutrition (nd,a). United Nations System Standing Committee on Nutrition website. Geneva, Standing Committee on Nutrition (<http://www.unsystem.org/SCN/Default>, consultado em 4 Maio 2008).
- Standing Committee on Nutrition (nd,b). *Strategic framework*. Geneva: Standing Committee on Nutrition Secretariat (<http://www.unsystem.org/SCN/Publications/SCN%20Strategic%20Framework%20130407.pdf>, consultado em 8 Maio 2008)
- Stansfeld S & Candy B (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:443-462.
- Starfield B (2006). State of the art research on equity in health. *Journal of Health Politics Policy Law*, 31:11-32.
- Starfield B, Shi L & Macinko J (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83:457-502.
- Stern N (2006). *Stern review: the economics of climate change*. London, HM Treasury.
- Stern N, Dethier J-J & Rogers H (2004). *Growth and empowerment: making development happen*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Stiglitz JE (2002). *Globalization and its discontents*. Londres, Penguin Books.
- Stiglitz JE (2006). *Making globalization work*. Nova Iorque, WW Norton.
- Strazdins L, Shipley M & Broom DH (2007). What does family-friendly really mean? Well-being, time, and the quality of parents' jobs. *Australian Bulletin of Labour*, 33:202-225.
- Svensson J (2000). Foreign aid and rent-seeking. *Journal of International Economics*, 51:437-461.
- Swaminathan M (2006). *2006-7 Year of Agricultural Renewal*. 93rd Indian Science Congress, Hyderabad.
- Szreter S (1988). The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850-1914: a re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1:1-37.
- Szreter S (2002). Rethinking McKeown: the relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, 92:722-725.
- Szreter S (2004). Health, economy, state and society in modern Britain: the long-run perspective. *Hygiea Internationalis*, 4:205-228 (special issue).
- Szreter S (2007). The right of registration: development, identity registration, and social security—a historical perspective. *World Development*, 35:67-86.
- Tajer D (2003). Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*, 93:2023-2027.
- Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56:295-303.
- Tanzi V (2001). Globalization and the work of fiscal termites. *Finance and Development*, 38.
- Tanzi V (2002). Globalization and the future of social protection. *Scottish Journal of Political Economy*, 49:116-127.
- Tanzi V (2004). Globalization and the need for fiscal reform in developing countries. *Journal of Policy Modeling*, 26:525-542.
- Tanzi V (2005). Social protection in a globalizing world. *Rivista di Politica Economica*, 25-45.
- Tax Justice Network (2005). *Briefing paper – the price of offshore*. Tax Justice Network, UK [online] (http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/Price_of_Offshore.pdf, consultado em 27 Fevereiro 2008).
- The Age (2008). *Text of PM Rudd's 'sorry' address*. Melbourne, The Age (<http://www.theage.com.au/news/national/bfull-textb-pms-sorry-address/2008/02/12/1202760291188.html>, consultado em 28 Maio 2008).
- The Hindu (2008). *Lifeline for the rural poor*. Chennai, The Hindu (<http://www.hindu.com/2008/01/25/stories/2008012555601000.htm>, consultado em 30 Janeiro 2008).
- Thorson A, Long NH & Larsson LO (2007). Chest X-ray findings in relation to gender and symptoms: a study of patients with smear positive tuberculosis in Vietnam. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 39:33-37.
- Tolstoy L (1877). *Anna Karenina*. London, Allen Lane/Penguin, 2000.
- Townsend P (2007). *The right to social security and national development: lessons from OECD experience for low-income countries*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.int/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1595sp1.pdf>, consultado em 5 Maio 2008) (Issues in Social Protection, Discussion Paper 18).
- Tudor Hart J (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1:405-12.
- UIS (2008). *75 million children out of school, according to new UIS data*. Paris, United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (http://www.uis.unesco.org/ev_en.php?ID=7194_201&ID2=DO_TOPIC, consultado em 20 Maio 2008).
- UN (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948 (<http://www.un.org/Overview/rights.html>, consultado em 28 Maio 2008).
- UN (2000a). *General Comment No. 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. Geneva, United Nations Economic and Social Council ([http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En), consultado em 1 Março 2008).
- UN (2000b). *Millennium Development Goals*. Nova Iorque, United Nations.
- UN (2001). Africa's capacity to deliver is huge. *Africa Recovery* 15:12 (<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no1/151aids3.htm>, consultado em 16 Maio 2008).
- UN (2005). Resolution 60/1 adopted at the World Summit 2005 (60th Session of the General Assembly of the UN). Nova Iorque, United Nations.

- UN (2006a). *General comment no. 7: implementing child rights in early childhood*. Genebra, United Nations Committee on the Rights of the Child (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf>, consultado em 8 Maio 2008).
- UN (2006b). *The Status of Women in the United Nations System*. United Nations Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women (<http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/Fact%20sheet%2028%20september.pdf>, consultado em 21 Fevereiro 2008).
- UN Millennium Project (2005). *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. Londres, Earthscan.
- UNCTAD (2004). *Economic development in Africa – debt sustainability: oasis or mirage*. Nova Iorque and Genebra, United Nations.
- UNCTAD (2006). *Trade and Development Report 2006: global partnership and national policies for development*. Genebra, United Nations Conference on Trade and Development.
- UNDESA (2006). *World economic situation and prospects, 2006*. Nova Iorque, United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- UNDESA, *Population Division (2006)*. *Population ageing 2006*. Nova Iorque, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>, consultado em 5 Maio 2008).
- UNDP (1998). *Human development report. Consumption for human development*. Nova Iorque, United Nations Development Programme.
- UNDP (1999). *Human development report. Globalization with a human face*. Nova Iorque, United Nations Development Programme.
- UNDP (2007). *Fighting climate change: human solidarity in a divided world*. Nova Iorque, United Nations Development Programme.
- UNDP & Ministry of Planning and Development Cooperation (2005). *Iraq Living Conditions Survey 2004*. Volume I: tabulation report. Bagdade, Central Organisation for Statistics and Information Technology, Ministry of Planning and Development Cooperation.
- UNESCO (2001). *Handbook on effective implementation of continuing education at the grassroots*. Bangucoque United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Principal Regional Office for Asia and the Pacific.
- UNESCO (2006a). *Water: a shared responsibility*. The United Nations World Water Development Report 2. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- UNESCO (2006b). *Strong foundations: early childhood care and education*. EFA Global Monitoring Report 2007. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794E.pdf>, consultado em 5 Maio 2008).
- UNESCO (2007a). *Education for All by 2015: will we make it?* EFA Global Monitoring Report 2008. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- UNESCO (2007b). *Literacy Initiative for Empowerment LIFE 2006–2015*. Vision and strategy paper. Hamburgo, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Institute for Lifelong Learning.
- UN-HABITAT (2006). *State of the worlds' cities 2006/7. The millennium development goals and urban sustainability*. Nairobi, UN-HABITAT.
- UN-HABITAT (2007a). UN-HABITAT website. Nairobi, UN-HABITAT (<http://www.unhabitat.org/>, consultado em 10 Dezembro 2007).
- UN-HABITAT (2007b). *The emerging global order: the city as a catalyst for stability and sustainability*. Address by Executive Director Anna Tibaijuka. Nairobi, UN-HABITAT (<http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=5389&catid=14&typeid=8&subMenuId=0>, consultado em Abril 30, 2008).
- UNHCR (2005). *Measuring protection by numbers*. Genebra, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR (2007). The United Nations Refugee Agency website. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (<http://www.unhcr.org>, consultado em Dezembro 2007).
- UNICEF (1997). *The role of men in the lives of children*. Nova Iorque, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2000). *The state of the world's children 2001*. Nova Iorque, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2001). *We the children: meeting the promises of the World Summit for Children*. Nova Iorque, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2004). *The state of the world's children 2005: childhood under threat*. Nova Iorque, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2005). *The 'rights' start to life 2005: a statistical analysis of birth registration*. Nova Iorque, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2006). *The state of the world's children 2007. Women and children: the double dividend of gender equality*. Nova Iorque, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2007a). *Progress for children: a world fit for children*. Nova Iorque, United Nations Children's Fund (Statistical Review, Number 7).
- UNICEF (2007b). *Can the Kenyan State put the 300,000 most vulnerable children in the country on a cash transfer programme by the end of 2010?* Nova Iorque, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2007c). *The state of the world's children 2008: child survival*. Nova Iorque, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (nd,a). *Child protection information sheets*. Nova Iorque, UNICEF.
- UNICEF (nd,b). *Life skills website*. Nova Iorque, UNICEF (<http://www.unicef.org/lifeskills>, consultado em 1 Maio 2008).
- UNICEF (nd,c) *Life skills: a special case for HIV/AIDS preventions*. Nova Iorque, UNICEF (http://www.unicef.org/lifeskills/index_7323.html, consultado em 1 Maio 2008).

- UNICEF (nd,d). *Child friendly schools*. Nova Iorque, UNICEF (http://www.unicef.org/lifeskills/index_7260.html, consultado 20 Março 2008) and *Fact Sheet: The CRC@ 18: its impact on a generation of children*. Nova Iorque, UNICEF (http://www.unicef.org/media/files/Fact_Sheet.doc, accessed 20 Março 2008).
- US Social Security Administration (2004). Social security is important to women. Fact Sheet. Baltimore, MD, Press Office of the Social Security Administration (<http://ssa.gov/pressoffice/factsheets/women.htm>, consultado em 5 Maio 2008).
- Vägerö D (1995). Health inequalities as policy issues – reflections on ethics, policy and public health. *Sociology of Health & Illness*, 17:1-19.
- Van Ginneken W (2003). *Extending social security: Policies for developing countries*. Genebra, International Labour Organization (ESS Paper No. 13).
- Vega J & Irwin A (2004). Tackling health inequalities: new approaches in public policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:482-483.
- Vega-Romero R & Torres-Tovar M (2007). *The role of civil society in building an equitable health system*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Genebra, World Health Organization.
- Victora CG et al. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, 356:1093-1098.
- Victora CG et al. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*, 371:340-357.
- Villaveces A et al. (2000). Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in 2 Colombian cities. *JAMA*, 283:1205-1209.
- Vincent I (1999). Collaboration and integrated services in the NSW public sector. *Australian Journal of Public Administration*, 58:50-54.
- Vlahov D et al. (2007). Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 84:i16-i26.
- Voas RB et al. (2006). A partial ban on sales to reduce high-risk drinking south of the border: seven years later. *Journal of Studies of Alcohol*, 67:746-753.
- Wagstaff A (2003). Child health on a dollar a day: some tentative cross-country comparisons. *Social Science and Medicine*, 57:1529-1538.
- Wagstaff A (2007). Social health insurance reexamined. Washington, DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper 4111).
- Wagstaff A et al., (1999). Redistributive effect, progressivity and differential tax treatment: personal income taxes in twelve OECD countries. *Journal of Public Economics* 72:25.
- Waring M (1988). *If women counted: a new feminist economics*. San Francisco, HarperCollins.
- Waring M (1999). *Counting for nothing: what men value and what women are worth*. Toronto: University of Toronto Press.
- Waring M (2003). Counting for something! Recognizing women's contribution to the global economy through alternative accounting systems. *Gender and Development*, 11:35-43.
- Watts S et al. (2007). *Social determinants of health in countries in conflict and crises: the eastern Mediterranean perspective*. Documento de enquadramento para a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra, World Health Organization.
- WGEKN (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient – gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Genebra, World Health Organization.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Genebra, World Health Organization.
- WHO (2002a). *World report on violence and health*. Genebra, World Health Organization.
- WHO (2002b). *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Genebra, World Health Organization.
- WHO (2005a). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence – initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Genebra, World Health Organization.
- WHO (2005b). *World health report 2005: make every mother and child count*. Genebra, World Health Organization.
- WHO (2005c). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Genebra, World Health Organization.
- WHO (2005d). *Bangkok Charter for Health Promotion*. Genebra, World Health Organization.
- WHO (2005e). *The Health and Environment Linkages Initiative*. Genebra, World Health Organization (<http://www.who.int/heli/risks/riskmaps/en/index5.html>, consultado em Maio 2008).
- WHO (2006). *The world health report 2006: working together for health*. Genebra, World Health Organization.
- WHO (2007a). *Medium-term Strategic Plan 2008-2013*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/gb/e/e_amtsp.html, consultado em 14 Fevereiro 2008).
- WHO (2007b). *Women's health and human rights: monitoring the implementation of CEDAW*. Genebra: World Health Organization.
- WHO (2007c). *World health statistics*. Genebra, World Health Organization. (<http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>, consultado em 28 Março 2008).
- WHO (2007d). *Global age-friendly cities: a guide*. Genebra, World Health Organization.
- WHO (2007e). *Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health*. Genebra, World Health Organization.
- WHO (2008a). *Monitoring of health-related Millennium Development Goals*. EB 122/33. Executive Board, 122nd session, 22 Janeiro 2008. Agenda Item 4.14,.
- WHO (2008b). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Genebra, World Health Organization.
- WHO (2008c). *Preventing violence and reducing its impact: how development agencies and governments can help*. Genebra, World Health Organization.

- WHO (nd,a). *Cardiovascular diseases: what are cardiovascular diseases?* Genebra, World Health Organization. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>, consultado em 17 Março 2008) (Factsheet No 317).
- WHO (nd,b). *Management of substance abuse: alcohol*. Genebra, World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/index.html, consultado em 15 Março 2008).
- WHO (nd,c). *Quick diabetes facts*. Genebra, World Health Organization (<http://www.who.int/diabetes/en/>, consultado em 17 Março 2008).
- WHO (nd,d). *Child and adolescent health and development*. Genebra, World Health Organization (<http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>, consultado 4 Maio 2008).
- WHO & PHAC (2007). *Improving health equity through intersectoral action*. Genebra, World Health Organization and Public Health Agency of Canada Collaborative Project.
- WHO & UNICEF (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Genebra, World Health Organization. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, consultado em 28 Maio 2008).
- WHO et al. (2007). *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Genebra, World Health Organization. (http://www.who/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf, consultado em 16 Julho 2008).
- WHO Healthy Cities (nd). *Healthy Cities website*. Copenhagen, World Health Organization (<http://www.euro.who.int/healthycities>, consultado em April 10, 2008).
- Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. Londres, Routledge.
- Williams K & Borins EF (1993). Gender bias in a peer-reviewed medical journal. *Journal of the American Medical Women's Association*, 48:160-162.
- Wilthagen T, Tros F & van Lieshot H (2003). *Towards 'flexicurity': balancing flexicurity and security in EU member states*. Artigo concidado para o 113° World Congress of the International Industrial Relations Association, Berlim.
- Wirth M et al. (2006). *Monitoring health equity in the MDGs: a practical guide*. Nova Iorque; CIESIN and UNICEF.
- Wismar M et al. (2007). *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Women and Work Commission (2006). *Shaping a fairer future*. London, Government Equalities Office (http://www.equalities.gov.uk/publications/wwc_shaping_fairer_future06.pdf, consultado em 30 Abril 2008).
- Wood A (2006). *IMF macroeconomic policies and health sector budgets*. Amsterdão: Wemos Foundation.
- Woodward D (2005). The GATS and trade in health services: implications for health care in developing countries. *Review of International Political Economy*, 12:511-534.
- Woodward D & Simms A (2006a). *Growth isn't working: the unbalanced distribution of benefits and costs from economic growth*. Londres, New Economics Foundation (http://www.neweconomics.org/NEF070625/NEF_Registration070625add.aspx?returnurl=/gen/uploads/hrfu5w555mzd3f55m2vqwty502022006112929.pdf, consultado em 5 Maio 2008).
- Woodward D & Simms A (2006b). *Growth is failing the poor: the unbalanced distribution of the benefits and costs of global economic growth*. Nova Iorque, United Nations (ST/ESA/2006/DWP/20), based on Woodward D & Simms A (2006a).
- Woolf SH et al. (2004). The health impact of resolving racial disparities: an analysis of US mortality data. *American Journal of Public Health*, 94:2078-2081.
- Woolf SH et al. (2007). Giving everyone the health of the educated: an examination of whether social change would save more lives than medical advances. *American Journal of Public Health*, 97:679-683.
- World Bank (1997). *Designing effective safety net programmes. Poverty Lines*, 7:1-2. (http://www.worldbank.org/html/prdph/lsm/research/povline/pl_n07.pdf, consultado em 5 Maio 2008).
- World Bank (1999). *Global development finance*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2006a). *Global monitoring report 2006*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2006b). *World development indicators, 2006*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2007). *Global economic prospects 2007: managing the next wave of globalization*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2008). *The world development report 2008 – agriculture for development*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank Independent Evaluation Group (2006). *Debt relief for the poorest: an evaluation update of the HIPC Initiative*. Washington, DC, World Bank.
- World Commission on the Social Dimension of Globalization (2004). *A fair globalization: creating opportunities for all*. Geneva, International Labour Organization.
- WorldWatch Institute (2007). *State of the world 2007: our urban future*. Washington DC, The WorldWatch Institute.
- Xu K et al. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26:972-983.
- YouGov Poll (2007). Commissioned by the Fabian Society. Londres, YOUGOV (<http://www.yougov.com/uk/archives/pdf/fabian%20toplines.pdf>, consultado em 20 Março 2008).
- Young ME (2002). Ensuring a fair start for all children: the case of Brazil. In: Young ME ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, World Bank, pp. 123-142.
- Yusuf S et al. (2001). Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*, 104:2746-2753.
- Zedillo E et al. (2001). *Recommendations of the High-level Panel on Financing for Development*. Nova Iorque, United Nations (A/55/1000).
- Ziersch A & Baum F (2004). Involvement in civil society groups: is it good for your health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58:493-500.

Siglas

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados	EMCONET	Rede de Conhecimentos para as Condições Laborais da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
ADB	Banco Asiático de Desenvolvimento (Asian Development Bank)	EMRO	Gabinete Regional da Organização Mundial da Saúde para o Mediterrâneo Oeste (WHO)
ADPIC	Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio	ESCAP	Comissão Económica e Social para a Ásia-Pacífico
ADS	Assistência para o Desenvolvimento da Saúde	UE	União Europeia
AFRO	Gabinete Regional da Organização Mundial da Saúde para África	EURO	Gabinete Regional da Organização Mundial da Saúde para a Europa
AGCS	Acordo Geral sobre Comércio de Serviços	EVAS	Produto Nacional Bruto
AGTC	Acordo Geral de Tarifas e Comércio	EVN	Esperança de Vida à Nascimento
AIS	Ação Intersectorial	FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação
AISIS	Avaliação de Impacto Sobre a Igualdade na Saúde	FCTC	Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco da Organização Mundial da Saúde
AOD	Assistência Oficial ao Desenvolvimento	FDI	Investimento Estrangeiro Directo
AOG	Apoio Orçamental Geral	FGM	Mutilação Genital Feminina
AVAI	Ano de vida ajustado às incapacidades	G7/8	Grupo dos Sete / Oito
AVIS	Avaliação de Impacto na Saúde	GEGA	Aliança Global para a Monitorização da Igualdade
CAD	Comité de Assistência ao Desenvolvimento	GHI	Global Health Initiative
CEDAW	Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres	GIDI	Gestão Integrada da Doença Infantil
CIDA	Agência Canadiana de Desenvolvimento Internacional (Canadian International Development Agency)	GKN	Rede de Conhecimentos para a Globalização da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
CMS	Comissão sobre Macroeconomia e Saúde	HALE	Esperança de Vida Ajustada à Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários	HSKN	Rede de Conhecimentos para os Sistemas de Saúde da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
DFID	Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional	IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
DHS	Inquéritos de Demografia e Saúde	IMF	Fundo Monetário Internacional
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância	IPCC	Painel Intergovernamental para as Alterações Climáticas
DSS	Determinantes Sociais da Saúde	KN	Rede de Conhecimentos (Knowledge Network)
DST	Doença Sexualmente Transmitida	KNUS	Rede de Conhecimentos para os Contextos Urbanos da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
ECDKN	Rede de Conhecimentos para o Desenvolvimento na Primeira Infância da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde		
ECOSOC	Conselho Económico e Social		

MEKN	Rede de Conhecimentos para a Quantificação e Provas da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde	SEARO	Gabinete Regional da Organização Mundial da Saúde para o Sudeste Asiático
MTEF	Enquadramento de Despesa a Médio Prazo	SEKN	Rede de Conhecimentos para a Exclusão Social da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico	SEWA	Associação das Mulheres Trabalhadoras por Conta Própria (Self-Employed Women's Association)
ODMs	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio	UNCTAD	Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento
OHS	Saúde e Segurança no Trabalho	UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
OIM	Organização Internacional para as Migrações	UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
OMC	Organização Mundial do Comércio	UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
OMS	Organização Mundial da Saúde	UNRISD	Instituto das Nações Unidas para a Investigação sobre o Desenvolvimento Social
OMT	Organização Mundial do Trabalho	UNSNA	Sistema de Contas Nacionais das Nações Unidas
ONG	Organização Não Governamental	VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana / síndrome da imunodeficiência adquirida
ONU	Organização das Nações Unidas	WGEKN	Rede de Conhecimentos para a Igualdade das Mulheres e de Género da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH / SIDA	WPRO	Gabinete Regional da Organização Mundial da Saúde para o Pacífico Ocidental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde		
PAE	Programa de Adaptação Estrutural		
PAM	Programa Alimentar Mundial		
PEPFAR	Plano Presidencial de Emergência para a Luta Contra a SIDA		
PIB	Produto Interno Bruto		
PNUAH / / UN-HABITAT	Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos		
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento		
PPAE	País Pobre Altamente Endividado		
PPHCKN	Rede de Conhecimentos para as Condições Prioritárias de Saúde Pública da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde		
PRSP	Documentos Estratégicos para a Redução de Pobreza		
RNB	Rendimento Nacional Bruto		
SCN	UN Comité Permanente das Nações Unidas sobre Nutrição		

LISTA DE CAIXAS, FIGURAS E QUADROS

Caixas

Caixa 3.1:	Desigualdades e populações indígenas – os efeitos de uma combinação tóxica de políticas	Caixa 6.5:	Melhoramento geral das cidades na República Unida da Tanzânia
Caixa 3.2:	Investimento na Saúde e ganhos económicos, Canadá	Caixa 6.6:	O sistema da portagem para controlo de tráfego da cidade de Londres (PCTL)
Caixa 5.1:	Exemplo de um mecanismo inter-agências – o Comité permanente das Nações Unidas sobre Nutrição	Caixa 6.7:	<i>Design</i> saudável, Melbourne, Austrália: uma ferramenta de planeamento inovadora para o desenvolvimento de ambientes seguros, acessíveis e atraentes
Caixa 5.2:	Promover a leitura em voz alta – Estados Unidos da América	Caixa 6.8:	O fórum de segurança alimentar, agricultura e pecuária da área metropolitana de Nairóbi (Nairobi and environs food security, agriculture and livestock keeping forum – NEFSALF)
Caixa 5.3:	Uma abordagem abrangente para tratamento dos obstáculos ao desenvolvimento na primeira infância na Jamaica	Caixa 6.9:	Mobilização da comunidade contra a violência no Brasil
Caixa 5.4:	Início das intervenções antes da concepção – os serviços integrados de desenvolvimento infantil (SIDI), Índia	Caixa 6.10:	Índia – agricultura sustentável
Caixa 5.5:	Chegar às comunidades marginalizadas nas Filipinas	Caixa 6.11:	Comité do Bangladesh para o Desenvolvimento Rural (CBDR) e micro-crédito
Caixa 5.6:	Serviços de desenvolvimento infantil universais em Cuba	Caixa 6.12:	Serviços de saúde rurais na Tailândia
Caixa 5.7:	Promoção do desenvolvimento na primeira infância em programas e serviços de saúde existentes	Caixa 7.1:	Trabalho e saúde por entre os “Sem Terra” e a população agrícola de pequenas propriedades no Brasil
Caixa 5.8:	Curriculum de desenvolvimento na primeira infância com base nas aldeias – desenvolvimento na República Popular Democrática do Laos	Caixa 7.2:	Nepal – Trabalho infantil
Caixa 5.9:	Objectivos da “Educação para todos” da UNESCO	Caixa 7.3:	Programa Nacional de Garantia de Emprego Rural Indiano
Caixa 5.10:	Abordagens por país ao ensino pré-primário	Caixa 7.4:	Rendimento essencial para uma vida saudável
Caixa 5.11:	Escolas com ambiente mais acolhedor para as crianças	Caixa 7.5:	Flexi-segurança e aprendizagem ao longo de todo o ciclo de vida na Dinamarca
Caixa 5.12:	Quénia – eliminação das propinas escolares	Caixa 7.6:	Reforço do controlo pelos governos da subcontratação
Caixa 5.13:	Procura de educação de qualidade na África Subsariana	Caixa 7.7:	Vestuário com justiça – acção conjunta de trabalhadores e sociedade civil
Caixa 6.1:	Melhoria das condições de vida e garantia da habitação na Tailândia	Caixa 7.8:	Acção à escala nacional para abordagem do stress no espaço de trabalho
Caixa 6.2:	Programa de crédito dos impostos da Califórnia	Caixa 8.1:	Reforço da protecção social em caso de crise económica – caso da República da Coreia do Sul
Caixa 6.3:	Costa sul da Inglaterra: experiência por sorteio no campo da habitação e saúde	Caixa 8.2:	Estratégia nacional para erradicação da pobreza infantil no Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte
Caixa 6.4:	Reabilitação de bairros degradados na Índia	Caixa 8.3:	Pensão social universal – Bolívia
		Caixa 8.4:	Promoção da responsabilização para com os idosos e aplicação dos sistemas de pensões – Bangladesh

Caixa 8.5:	Rendimento mínimo para um vida saudável	Caixa 10.7:	Monitorização das desigualdades na saúde na Nova Zelândia
Caixa 8.6:	Oportunidades – Transferência de dinheiro selectiva	Caixa 10.8:	Avaliação de impacto na saúde da estratégia para a saúde de Londres
Caixa 8.7:	Sistema universal de pensões sociais no Lesoto	Caixa 10.9:	Cuba – ferramentas para a monitorização e avaliação da eficácia da acção intersectorial
Caixa 8.8:	Criação de um sistema de segurança social contributivo na Índia	Caixa 10.10:	Envolvimento activo da comunidade afectada – trabalhadores do sexo em Calcutá
Caixa 9.1:	Tailândia – rumo aos cuidados de saúde universais	Caixa 10.11:	O movimento GERBANGMAS no distrito Indonésio de Lumajang – o rejuvenescimento dos cuidados de saúde primários no novo contexto económico da Indonésia
Caixa 9.2:	Cuidados de saúde primários, cuidados de nível primário e saúde da população	Caixa 11.1:	Crescimento económico global e distribuição de recursos para favorecimento da população pobre
Caixa 9.3:	Exemplos de estratégias de capacitação social	Caixa 11.2:	Ajuda global e necessidades globais
Caixa 9.4:	Cuidados de saúde primários urbanos – Bangladesh	Caixa 11.3:	Fragilidade da ajuda
Caixa 9.5:	Acção do Governo para a responsabilização pública nos cuidados de saúde	Caixa 11.4:	Ajuda e VIH / SIDA
Caixa 9.6:	Brasil – O Programa de Saúde Familiar (PSF)	Caixa 11.5:	Perdão da dívida e despesa social
Caixa 9.7:	Igualdade e protecção	Caixa 11.6:	Reforço da tributação nacional e internacional
Caixa 9.8:	Financiamento gradual de cuidados de saúde – provas de regiões de rendimento médio	Caixa 11.7:	Competição tributária e ‘térmitas fiscais’
Caixa 9.9:	Seguro de saúde compulsivo no Gana	Caixa 11.8:	Programa de Financiamento Internacional para a Imunização
Caixa 9.10:	Tailândia – cuidados de saúde universais financiados por impostos	Caixa 11.9:	Melhoria da concertação da ajuda – mudança para o apoio ao orçamento geral
Caixa 9.11:	Seguro social de saúde	Caixa 11.10:	Reforço do Papel da Estratégia da Redução da Pobreza
Caixa 9.12:	Uganda – imposição e abolição de taxas de utilização	Caixa 11.11:	Financiamento da acção sobre os determinantes sociais da saúde
Caixa 9.13:	Gastos directos com a utilização e igualdade na saúde	Caixa 11.12:	Financiamento de forma justa – a abordagem do indicador de qualidade
Caixa 9.14:	Reverter o fenómeno de fuga de cérebros, na Tailândia	Caixa 12.1:	Representação na Comissão do Codex Alimentarius
Caixa 9.15:	Perdão da dívida, redução da pobreza e pagamento a trabalhadores da saúde	Caixa 12.2:	Privatização do abastecimento de água na Argentina e Bolívia
Caixa 9.16:	Iniciativas globais de saúde	Caixa 12.3:	Os custos do consumo de tabaco
Caixa 9.17:	Opções de políticas para combate do fenómeno da fuga de cérebros nos recursos humanos de saúde	Caixa 12.4:	Organização Mundial de Saúde: ferramenta de diagnóstico e manual de apoio para o comércio e saúde – uma prioridade para 2008/2009
Caixa 10.1:	Acção intersectorial sobre a obesidade	Caixa 12.5:	Avaliação de impacto na saúde na Tailândia
Caixa 10.2:	Comissão Parlamentar para a Saúde, Desenvolvimento da Comunidade e Bem-estar Social na Zâmbia	Caixa 12.6:	Eslovénia – avaliação de impacto na saúde das políticas agrícolas, alimentares e de nutrição
Caixa 10.3:	Acção governamental intersectorial sobre as desigualdades na saúde – Reino Unido	Caixa 12.7:	Acordo geral sobre comércio de serviços (AGCS)
Caixa 10.4:	Sri Lanka – uma abordagem sectorial coerente à saúde	Caixa 12.8:	Acordo da Organização Mundial do Comércio sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (ADPIC)
Caixa 10.5:	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) do Brasil		
Caixa 10.6:	Enquadramento stepwise para prevenção da doença crónica		

Caixa 12.9:	Inclusão da saúde e igualdade na saúde nos acordos	Caixa 13.14:	Prestação de serviços de cuidados a crianças na Índia
Caixa 12.10:	Participação da saúde nas negociações comerciais – governo, sociedade civil e regiões	Caixa 14.1:	Identidade e direitos na Bolívia
Caixa 12.11:	Concepção de tarifas de água pela igualdade	Caixa 14.2:	Apoio legislativo indiano às mulheres
Caixa 12.12:	Regulação dos seguros de saúde em prol da igualdade	Caixa 14.3:	Canadá: o Plano de Saúde Tripartido da Colúmbia Britânica – Primeiras Nações
Caixa 12.13:	Transformação da exploração laboral na indústria do vestuário no Bangladesh	Caixa 14.4:	A Constituição do Uganda e participação dos cidadãos
Caixa 12.14:	Protecção dos estilos de vida agrícolas	Caixa 14.5:	Iniciativa de Inclusão Social do Estado da Austrália do Sul
Caixa 12.15:	Regulação do mercado e nutrição – refrigerantes	Caixa 14.6:	Planeamento da participação estatutária no Reino Unido
Caixa 12.16:	Convenção Quadro para o Controle do Tabaco	Caixa 14.7:	Orçamentação pública participativa em Porto Alegre, Brasil
Caixa 12.17:	Estratégias para controlo do tabaco – Tailândia	Caixa 14.8:	‘Barrio Adentro’ – direito à saúde e inclusão social na República Bolivariana da Venezuela
Caixa 12.18:	Dados para o controlo do álcool	Caixa 14.9:	Apoio legal para capacitação da comunidade – SEWA, Índia
Caixa 12.19:	Estratégias para controlo do álcool	Caixa 14.10:	Japão – o poder da comunidade
Caixa 12.20:	Criação de responsabilidade social empresarial – movimento de geração na base da estrutura social	Caixa 14.11:	Participação da comunidade no Bangladesh
Caixa 12.21:	Sociedade civil – influenciar os accionistas	Caixa 14.12:	Actuação sobre direitos e comércio: o caso dos medicamentos para o HIV/SIDA
Caixa 13.1:	Correcção da discriminação de género no direito da família no Quénia	Caixa 15.1:	Globalização – influências de políticas que podem colocar a igualdade na saúde em risco
Caixa 13.2:	Orçamentação para a implementação de leis sobre a violência doméstica na América Latina	Caixa 15.2:	Finanças globais
Caixa 13.3:	Sensibilização pela sociedade civil sobre os direitos da propriedade na República Unida da Tanzânia	Caixa 15.3:	Conflito global
Caixa 13.4:	Mudança de jurisdição nos processos de violação no Paquistão	Caixa 15.4:	Migração global
Caixa 13.5:	Alteração de normas relativas à mutilação genital feminina	Caixa 15.5:	Reforma do conselho de segurança
Caixa 13.6:	‘Stepping Stones’, África do Sul	Caixa 15.6:	É chegado o momento de repensar a influência da economia global
Caixa 13.7:	Generalização das questões de género – a estratégia para a igualdade de género na Suécia	Caixa 15.7:	Comité Económico e Social
Caixa 13.8:	Generalização das questões de género no governo Chileno – Programa de Melhoramento Administrativo	Caixa 15.8:	Igualdade na saúde no centro da administração global da saúde – os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
Caixa 13.9:	Advocacy para a igualdade de género	Caixa 15.9:	Exclusão social – o ‘Método de Coordenação Aberta’ da União Europeia
Caixa 13.10:	Quantificação da contribuição do trabalho não remunerado – Statistics Canadá	Caixa 15.10:	A Organização Mundial de Saúde e a PNUAH
Caixa 13.11:	Ganokendras – centros públicos de aprendizagem no Bangladesh	Caixa 15.11:	A Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Internacional do Trabalho
Caixa 13.12:	Apoio às mulheres no desenvolvimento de capacidades e carreiras – Reino Unido	Caixa 15.12:	Enquadramento para a Acção Conjunta das Nações Unidas
Caixa 13.13:	O direito a salário igual no Québec, Canadá	Caixa 15.13:	O Enviado Especial para o VIH/SIDA em África
		Caixa 15.14:	O direito à saúde – o direito às condições necessárias para a saúde
		Caixa 15.15:	Mudanças institucionais nos determinantes sociais na Organização Mundial de Saúde

Caixa 16.1:	Estatísticas vitais – cruciais para a elaboração de políticas
Caixa 16.2:	Um sistema mínimo de vigilância da igualdade na saúde
Caixa 16.3:	Para um enquadramento nacional abrangente para a vigilância da igualdade na saúde
Caixa 16.4:	Monitorização dos determinantes sociais da saúde em Inglaterra
Caixa 16.5:	Abordagem de avaliação da igualdade para a monitorização
Caixa 16.6:	Envolvimento das comunidades na implementação, interpretação e acompanhamento dos inquéritos a agregados familiares
Caixa 16.7:	Quantificação da desigualdade na saúde global
Caixa 16.8:	México – o uso de provas documentais na reforma do sistema nacional de saúde
Caixa 16.9:	México – avaliação do seguro de saúde popular (Seguro Popular)
Caixa 16.10:	A importância dos dados qualitativos na compreensão dos determinantes sociais da saúde
Caixa 16.11:	A integração do género no currículo médico
Caixa 16.12:	Criação de capacidades sobre o desenvolvimento na primeira infância – a Universidade Virtual do Desenvolvimento na Primeira Infância (Early Childhood Development Virtual University – ECDVU)
Caixa 16.13:	Baixa literacia na saúde – um problema também dos países ricos
Caixa 16.14:	Avaliação do impacto na igualdade na saúde
Caixa 16.15:	Melhoramento da capacidade para avaliação do impacto na igualdade na saúde
Caixa 17.1:	Objectivo Estratégico (OE) número 7 da Organização Mundial da Saúde e respectivos resultados esperados em toda a organização

Figuras

Figura 2.1:	Diferença das taxas de mortalidade infantil entre países e nos países, pela educação da mãe.
Figura 2.2:	Taxa de mortalidade em crianças com idade inferior a 5 anos, por 1000 nados-vivos, por nível de riqueza do agregado familiar.
Figura 2.3:	Taxas de mortalidade, ajustadas à idade, para todas as causas de morte por vigésimo de pobreza, idades entre 15 – 64 anos, 1999 – 2003, Reino Unido (Inglaterra e País de Gales).
Figura 2.4:	Taxas de mortalidade de crianças com idade inferior a 5 anos, por 1000 nados vivos, países seleccionados, 1970 e 2006.
Figura 2.5:	Tendência da esperança de vida em homens e mulheres de 20 anos de idade, por educação obtida, Federação da Rússia.
Figura 3.1:	A Curva de Preston em 2000.
Figura 3.2:	Proporção relativamente à pobreza antes e após redistribuição de riqueza pelo Estado, vários países.
Figura 4.1:	Enquadramento conceptual da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.
Figura 5.1:	Efeitos da combinação de suplemento alimentar e estímulo psico-social em crianças portadoras de deficiências num estudo de intervenção de 2 anos na Jamaica.
Figura 6.1:	Mortes derivadas das alterações climáticas.
Figura 6.2:	Percentagem de alterações nas mortes em acidentes rodoviários desde 1987.
Figura 7.1:	Número de mortes causadas por exposição substâncias perigosas no local de trabalho em diferentes países e regiões.
Figura 7.2:	Variação regional na percentagem de pessoas activas, que vivem com US\$ 2 por dia ou menos.
Figura 7.3:	Estado laboral como percentagem do emprego total em todas as regiões em 2007.
Figura 7.4:	Emprego não convencional na União Europeia (percentagens).
Figura 7.5:	Desigualdades de género nas condições de trabalho.
Figura 8.1:	Saúde deficiente auto-avaliada em idades superiores a 50 anos e acumulação de factores socioeconómicos de risco ao longo da vida em homens e mulheres Russos, em 2002.
Figura 8.2:	Taxas de pobreza relativa para três “categorias de risco social” em 11 países, por volta de 2000.
Figura 8.3:	Generosidade total das políticas para a família e mortalidade infantil em 18 países, por volta de 2000.

- Figura 9.1: Esperança de vida saudável e respectiva despesa privada como percentagem dos gastos totais com saúde em 2000.
- Figura 9.2: Serviços eficazes para a cobertura universal.
- Figura 9.3: Alargamento da assistência aos pobres através do esquema cobertura universal.
- Figura 11.1: Proporção de tarifários relativa ao rendimento total por região, 1980 - 1998.
- Figura 11.2: Despesas com apoios ao desenvolvimento oficiais (ADO) para a saúde em países seleccionados.
- Figura 11.3: Alterações na atribuição de despesa através do Plano de Emergência para Assistência ao HIV/SIDA da Presidência Presidente (President's Emergency Plan for AIDS Relief), 2004 - 2006.
- Figura 11.4: Tributação na Ásia Oriental (esquerda) e África Subsaariana (direita). 1970 - 79, 1980 - 89 e 1990 - 99.
- Figura 11.5: Apoio ao desenvolvimento para a saúde 1973 - 2004: média de evolução a 5 anos, acordos.
- Figura 11.6: Total da dívida externa de Países Pobres Muito Endividados, 1970 - 2004 (biliões de dólares).
- Figura 12.1: Consumo de refeições pronto a comer (1995 e 1999) em países seleccionados.
- Figura 12.2: Água em Joanesburgo - curva de tarifas convexa e curva ideal côncava.
- Figura 13.1: Nível de salários para mulheres comparado com o de homens, em regiões seleccionadas.
- Figura 13.2: Percentagem de mulheres que têm expressão na decisão relativamente ao seu próprio seguro de saúde, 2001-2005.
- Figura 14.1: Rácio final da frequência do ensino secundário por homens e mulheres.
- Figura 14.2: Mortalidade ajustada à idade em homens e mulheres da República da Coreia, por nível de educação atingido, 1993-1997.
- Figura 14.3: Taxa de vacinação total no quintil de população mais pobre e no da mais rica (médias regionais).
- Figura 14.4: Taxa de suicídio de jovens nas Populações Indígenas, por factores de continuidade cultural.
- Figura 15.1: Esperança de Vida à Nascimento (em anos) por região, 1950-2005.
- Figura 15.2: Condições de saúde pública prioritárias - vectores causais para a acção na saúde.
- Figura 16.1: Tendência na medida de dispersão da mortalidade para a esperança de vida à nascença, 1950-2000.
- Figura 17.1: Quebrando a casca da igualdade na saúde

Quadros

- Quadro 2.1: Esperança de vida masculina, diferenças entre e nos países, países seleccionados.
- Quadro 3.1: Desigualdade crescente de rendimentos entre países.
- Quadro 6.1: Agregados familiares urbanos e habitantes de bairros degradados, por volta de 2003.
- Quadro 8.1: Pensões sociais em países de rendimentos baixos e médios.
- Quadro 9.1: Saúde Mental - determinantes e intervenções.
- Quadro 16.1: Nascimentos não registados (em milhares) em 2003, por região e nível de desenvolvimento.
- Quadro 17.1: Marcos notáveis rumo à igualdade na saúde.

Índice Remissivo

A

- abordagem do indicador da igualdade 137, 138, 194
- abordagens trans-setoriais governamentais 119-121, 168
 - ver também: ação intersectorial
- abrigo 67-70
- ação (sobre os determinantes sociais da saúde)
 - agentes 28-29, 46-48
 - apoio financeiro 122
 - áreas fundamentais 2, 28-29, 43-44
 - avaliação do impacto 20-21, 45-46, 209
 - intersectorial ver: ação intersectorial
 - sustentada 206-211
- ação intersectorial (AIS) 10, 116, 177
 - adaptação aos contextos 118-120
 - envolvimento da comunidade 124, 125, 126
 - financiamento 120, 136, 137
 - necessidades de formação 123, 200
 - no sector da saúde 123
 - obesidade 116, 117
 - reforço institucional 123-125
- accionistas, influência dos 151
- Acherson, Relatório (1998) 118, 119, 193
- acidentes 65, 71
- acidentes viários 65
- Acordo Geral de Tarifas e Comércio (AGTC) 150
- Acordo Geral sobre Comércio de Serviços (AGCS) 144-145, 146
- Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (ADPIC) 144, 145, 173, 174
- acordos comerciais 12
 - avaliação de impacto sobre a igualdade na saúde 142-143
 - desenvolvimento de acordos proteccionistas 131
 - desigualdades na saúde e 176-177
 - flexibilidade 145-146
 - negociações desiguais globais 139
 - práticas de emprego justo e 82
 - representação da saúde pública 144-145
- acordos económicos 12
 - avaliação do impacto sobre a igualdade na saúde 145
 - negociações globais desiguais 139
 - recomendações 214
 - representação da saúde pública 149
 - ver também: acordos comerciais
- actividade física 65, 71, 72-73
- adaptação estrutural 175-176
- administração financeira global 175-179
- administração global 19, 175-183
 - ação para uma administração global competente 179-183
 - defensores 182
 - necessidade de mudança 178-179
 - necessidade renovada 177-178
 - recomendações 19, 217
- advocacy* 104, 157
- Afeganistão 162
- África do Sul
 - abastecimento de água 14, 146, 147
 - igualdade de género 156
 - medicamentos para o HIV/SIDA 173, 174
 - monitorização 191, 193
 - tributação 132
- Agência para o Desenvolvimento de Londres 72
- agências multilaterais
 - apoio da tributação gradual 129
 - avaliação do impacto sobre a igualdade na saúde 143-144
 - enquadramento para os determinantes sociais da saúde 132-135
 - implicações das recomendações 22, 46, 216, 217
 - necessidade de mudança 178-179
 - propostas para governação global de qualidade 180-183
- agricultores, pequenos 82
- agricultura
 - alterações climáticas e 63
 - desenvolvimento e apoio 69-71
 - pequenos agricultores 82
 - protecção dos modos de vida 148
 - sustentável 74
- água
 - acesso equitativo 14, 140, 141
 - desigualdades no acesso 37, 140
 - privatização 140

- ajuda
- crescimento económico e 134
 - enquadramento para os determinantes sociais da saúde 134-137
 - melhoria da concertação 136
 - movimentos internacionais 40
 - prestação de compromissos de 127-128, 132
 - protecção social 97-98
 - recomendações 214
 - recursos humanos de saúde 112
 - relativa à saúde ver: assistência ao desenvolvimento para a saúde
 - volatilidade / fragilidade 128
 - ver também: doadores
- álcool 33, 65-67
- aspectos do planeamento urbano 71, 73
 - controlo 149, 150
 - mercados 139-140
- aleatórios, testes controlados 44, 189
- Aliança Global para a Monitorização da Igualdade (GEGA) 139, 194
- alimentação
- acesso a alimentação saudável 72
 - concertação de políticas 116
 - mercados 141-142
 - pronto a comer 141-142
 - regulação do mercado 148
 - segurança alimentar 72, 75
- Alma-Ata, Declaração de (1978) 30, 36
- alterações climáticas 65, 208, 214
- mitigação das 76
 - urbanização e 4, 63-65
- amamentação 53
- ambiente
- alterações 29
 - degradação 70, 74
 - desenvolvimento na primeira infância e 54
 - ver também: ambiente vivo
- ambiente de vida 4, 63-74
- desigualdades na saúde 63-66
 - intervenções para melhoria do 66-75
 - ver também: zonas rurais; zonas urbanas
- Arábia Saudita 149
- áreas geográficas
- atribuição de recursos 136, 137
 - ver também: zonas rurais; zonas urbanas
- Argentina 140, 208
- assistência oficial ao desenvolvimento (AOD) 126, 127-128, 132
- Associação das Mulheres Trabalhadoras por Conta Própria (SEWA), Índia 98, 161, 171-172
- Austrália 208
- concertação de políticas 118-119
 - impacto sobre a igualdade na saúde 201
 - Iniciativa de Inclusão Social 168-170
 - intervenções de base escolar 60
 - planeamento e desenho urbano 71
 - Populações Indígenas 169
- autonomia 167-168
- Avaliação Comum Nacional 196
- ## B
- bairros degradados 37, 63
- definição 63
 - proporção da população que vive em 63, 64
 - reabilitação 67-70
- baixo rendimento, países de
- acção intersectorial (AIS) 116
 - capacidade de negociação comercial 139
 - com saúde de qualidade 35
 - cuidados de saúde 105, 106
 - desigualdade nas condições sanitárias 32
 - emprego justo e trabalho digno 83, 84, 85
 - financiamento dos serviços públicos 12, 126, 127, 132
 - gradiente social na saúde 33
 - idosos 92, 94, 95
 - motores estruturais 38
 - obstáculos à educação 61-62
 - protecção social 93, 94, 95, 96, 97-98, 99
- Banco Mundial
- emprego justo 81
 - necessidade de mudança 178, 179
 - perdão da dívida 134
 - sistemas de registo civil 190
- Bangladesh
- indústria do vestuário 147
 - literacia feminina 158
 - participação comunitária 173
 - pensões sociais 95
 - Projecto de Cuidados de Saúde Primários Urbanos 102
- Barrio Adentro, Venezuela 105, 171
- Baum, Frances 220
- Bégin, Monique 220
- Benim 88

- bens públicos 126
 - globais 132, 179
- bens públicos globais 129, 179
- Berlinguer, Giovanni 220
- Bolívia 95, 132, 140, 167
- Bourguignon, F 126
- Brasil 207
 - governança participativa 172
 - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) 82
 - prevenção da violência e do crime 72, 73
 - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) 119-120
 - programas de planeamento familiar 104, 105
 - regulação do mercado alimentar 149
- C**
- Califórnia, Programa de crédito dos impostos da 68
- Canadá 41, 207
 - condições laborais 87-88
 - financiamento da acção intersectorial 121
 - pobreza 91
 - Primeiras Nações 165, 167-168
 - quantificação do trabalho não remunerado 158-159
 - remuneração igual para as mulheres 160
 - segurança cicloviária 10
- capacidades, criação de
 - avaliação de impacto sobre a igualdade na saúde 201-202
 - desenvolvimento na primeira infância 200
 - Ministérios da Saúde 123-124
 - ver também: formação
- capacitação
 - cuidados de saúde primários (CSP) 100-101
 - feminina 156, 162, 172-173
- capacitação política 18, 163-165
 - abordagens de massas 162-174
 - dados para a acção 18
 - legislação 166-168
 - participação na elaboração de políticas 168-170
 - recomendações 18, 217
- cardíacas, doenças 37
- Castells, M 163
- centros financeiros offshore 130
- Chade 130
- Chan, Margaret 29, 100, 188
- Chatterjee, Mirai 220
- Chile 60, 147, 157, 207
- China 37, 139, 141, 211
- Chumthonthai, Fundação 67
- ciclo de vida, abordagem ao
 - desenvolvimento na primeira infância 56
 - protecção social 90-98
- ciclovitário, transporte 11, 70-72
- idades 208
 - ver também: áreas urbanas
- Codex Alimentarius, Comissão do 139, 140
- Colômbia 76
- Comentário Geral sobre o Direito à Saúde 36
- comércio
 - administração global 177-178
 - concertação de políticas 116
 - desigualdades 38
 - direitos humanos e 173, 1674
 - ferramenta de diagnóstico e manual de apoio, OMS 142
 - liberalização 127, 141-142, 175-177
 - tarifas 81, 127, 132
- Comissão Mundial sobre a Dimensão Social da Globalização 178
- Comissão para os Determinantes da Saúde 1
 - enquadramento conceptual 44-46
 - recomendações ver: recomendações da Comissão
 - três princípios de acção 2, 28-29, 46
- Comité do Bangladesh para o Desenvolvimento Rural (CBDR) 74
- Comité para o Desenvolvimento Comunitário (CDCs), Arusha, República Unida da Tanzânia 69
- Comité Permanente das Nações Unidas sobre Nutrição (SCN) 54
- comportamentos, promoção de comportamentos saudáveis 71-72
- comunidades
 - acção integrada para a saúde 116
 - capacitação 163-164;
 - monitorização da igualdade na saúde 188
 - sistemas de seguros sociais 107
- Comunidades Seguras, Programas 72
- concertação multilateral 179-180
- condições de vida quotidianas 3-9
 - como objectivo de actuação 44
 - desigualdade nas 28, 37
 - recomendações 46, 214-215
- Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD) 137, 143
- conflitos armados 38, 75, 177
- conhecimento
 - expansão 196-197

- produção e partilha 208
 ver também: provas documentais
- Connect International 195
 Conselho de Segurança 178
 Conselho Económico e Social 170, 178, 179-180, 181-182, 210, 217
 contas nacionais, igualdade de género 158
 contribuição económica, quantificação da contribuição económica das mulheres 158
 Convenção dos Direitos da Criança 55, 188
 Convenção Quadro para Controle do Tabaco (FCTC) 149
 Coreia do Sul, República da 18, 93
 corporações multinacionais
 condições de trabalho e laborais 78, 84
 influências do mercado 140, 141-142
 tributação 131, 133
 corrupção 131
 Costa Rica 103
 crescimento económico 1, 29, 39-41
 ajuda e 128
 benefícios do investimento na saúde 41
 distribuição 39-40, 126-127
 crianças
 desenvolvimento na primeira infância ver desenvolvimento infantil
 direitos 52, 188
 nutrição 3, 52-55
 pobreza 7, 94
 protecção social, 90-96
 trabalho 48, 77, 82
 crime 65, 71-73
 crises económicas, protecção social durante as 93
 crises financeiras 177
 crónicas, prevenção de doenças crónicas 116
 Cuba 36, 58, 120
 Cuidados de Saúde Primários orientados para a Comunidade 36
 cuidados infantis 161, 171
- D**
- Deaton, Angus 39
 Declaração dos Direitos das Populações Indígenas 167-168
 Declaração Universal dos Direitos do Homem 90, 183
 depressão 66
 Dervis, K 175
 desemprego 94
 desenvolvimento de capacidades 122-123, 159-160
 desenvolvimento na primeira infância 3-4, 51-59
 abordagem abrangente 52-56
 abordagem aos ciclo de vida 57
 aproveitamento dos sistemas / programas de saúde existentes 58
 benefícios do investimento em 51
 cobertura universal 55
 criação de capacidades 189
 dados para a acção 3
 enquadramento para a integração de políticas 52-53
 envolvimento comunitário 57-59
 mudança de mentalidades 52-53
 promoção da igualdade de género 58
 recomendações 4, 210
 vantagem dos socialmente desfavorecidos 57-58
 ver também: educação
 desenvolvimento, assistência ao desenvolvimento para a saúde (ADS) 120, 129, 135
 desenvolvimento, assistência oficial ao (AOD) 129, 135-138, 146
 ver também: ajuda
 desigualdade na saúde à escala global 176-177
 deslocados ver refugiados e deslocados
 despesa militar 38
 desvantagens sociais
 educação pré-primária 58, 59
 em países abastados 33-34
 intervenções de desenvolvimento na primeira infância 56-58
 transmissão intergeracional 52
 determinantes sociais da saúde 1, 28
 diabetes 32
 dieta
 aspectos do planeamento urbano 71-72
 ver também: alimentação
 Dinamarca 84
 dinheiro
 distribuição desigual 10-19, 46, 115, 216-217
 fluxos entre países 38, 40
 ver também: financiamento
 dinheiro, programas de transferência de 94, 96-97
 direito de propriedade do solo 73
 direitos 166-167
 à identidade legal e civil 166, 167
 à saúde 166, 174, 182, 183
 da criança 55, 187
 da mulher 161-162
 Populações Indígenas 168-169
 direitos de propriedade intelectual 144

- direitos humanos ver direitos
- dispersão, quantificação da dispersão da mortalidade 19, 194
- dívida 126, 128-130
- abordagem segundo a receita líquida 136
- perdão da 111, 128-137
- re-pagamentos 38, 40
- responsabilidade 137
- tendências 137
- doadores 12
- apoio da tributação progressiva 131
 - cuidados de saúde 107
 - cuidados de saúde universais 100
 - enquadramento para os determinantes sociais da saúde 134-138
 - implicações das recomendações 215, 216
 - prestação de compromissos de ajuda 128-129
 - sistemas de protecção social 93-98
- Documentos de Estratégia para a Redução da Pobreza (PRSP) 55, 73, 111, 135-136, 196
- doenças cardiovasculares 32
- doenças de veiculação hídrica 37
- doenças não transmissíveis 65-66
- dumping de produtos 81
- ## E
- economia, necessidade de uma economia mais justa 37
- educação 52, 60-62
- âmbito 60-62
 - determinantes sociais da saúde 199-202
 - dos idosos 31
 - efeito do acesso equitativo à 18, 158-160
 - em áreas rurais 74
 - esperança média de vida e 35
 - materna 31
 - meninas e mulheres 62, 152, 214
 - obstáculos à 61
 - pré-primária 60
 - primária 60, 61
 - recomendações 4, 214
 - secundária 60, 61
 - ver também: desenvolvimento na primeira infância; escolas
- educação de recursos para a vida 61
- Educação Para Todos, estratégia 60, 61, 159
- efeito “quebra nozes” 206
- Eficiência energética 69
- Egipto 34
- Emirados Árabes Unidos 149
- emissões de gases de efeito de estufa 63-65, 66, 70, 74
- emprego 5-6, 72-83
- acordos 73-74, 75
 - ambiente internacional favorável 81
 - condições 84
 - dados para a acção 5
 - justo 81-89
 - oportunidade iguais 160-161
 - pleno 81
 - políticas de apoio à família 159
 - recomendações 6, 225
 - ver também: laborais; trabalho
- enfermeiros ver: profissionais de saúde
- enquadramento conceptual da Comissão 44-45
- Enquadramento de Despesa a Médio Prazo (MTEF) 111-112
- Enquadramento Stepwise, OMS 120
- envelhecimento saudável 98
- Enviado Especial
- HIV/SIDA em África 182
 - para a Igualdade na Saúde Global 182
- Equador 97
- equilíbrio entre vida profissional e privada 85
- escolas 53
- adequadas para as crianças 61
 - promoção da frequência 61-62
 - ver também: educação
- escravatura 79
- Eslovénia 143
- Espanha 5
- esperança de vida
- despesa pelo sector privado e 100, 101
 - gradiente social 34
 - nível de educação e 35
- esperança de vida à nascença (EVN) 28, 176
- diferenças dentro dos países 32
 - mudanças ao longo do tempo 34-35
 - objectivo proposto 209
 - quantificação da dispersão da mortalidade 19, 194
 - rendimento nacional e 39
 - sistemas de protecção social e 91
- Estados Unidos da América
- cuidados de saúde 100
 - habitação 67-70
 - intervenções de desenvolvimento na primeira infância 57, 62
 - movimento anti-exploração laboral 87

regulação de refrigerantes 149
 taxas de pobreza 40, 91
 estatísticas vitais 187, 190-191
 estímulo psicossocial infantil 55-56
 estímulo psicossocial, crianças 55-56
 Estratégia da OMS para a Nutrição, Actividade Física e Saúde 124
 exclusão social 180-181, 182
 exercício ver actividade física

F

factores políticos, saúde de boa qualidade e equitativa 35
 igualdade de género 152
 necessidade de melhoramentos 37
 Filipinas 57
 finanças 12-13, 126-136
 acção intersectorial 121, 136, 137
 acção sobre os determinantes sociais da saúde 116
 ajuda e perdão da dívida 128-130
 crescimento económico e 127, 128
 cuidados de saúde 8, 100-103, 104
 dados para a acção 12
 justas 129-133, 134
 participação na elaboração de políticas 168
 públicas, importância das 126-127
 recomendações 13, 216
 rendimentos nacionais 127
 ver também: orçamentação; dinheiro
 flexi-segurança, sistema de (Dinamarca) 85
 Foege, William H. 220
 formação 20-21, 189, 199-202
 avaliação de impacto sobre a igualdade na saúde 202
 laboral 84
 mulheres 158-159, 217
 outros profissionais e agentes elaboradores de políticas 123, 200
 profissionais médicos e de saúde 199
 recomendações 21, 219
 ver também: educação
 formação médica 199
 formação vocacional 84
 fortalecimento institucional 123-125
 Fórum de Segurança Alimentar, Agricultura e Pecuária da Área Metropolitana de Nairóbi (NEFSALF) 72
 FRESH Start, Iniciativa 61
 fuga ao fisco 132, 133
 fuga de capital 129, 131

fuga de cérebros, recursos humanos de saúde 39, 111, 113
 fumo 33, 142
 ver também: tabaco
 Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) 54, 55, 61
 recomendações 214
 sistemas de registo civil 189
 Fundo Monetário Internacional (FMI)
 emprego justo e o 81
 financiamento dos cuidados de saúde 111, 134, 135
 necessidade de mudança 178, 179

G

Gana 75, 88, 108, 132
 Ganokendras, Bangladesh 159
 Gates, Fundação 183
 género, generalização das questões de 156-157, 158
 Gerbangmas, Movimento (Indonésia) 125
 globalização 14-15, 19, 29
 efeitos desiguais 139
 oportunidades e ameaças 175-176
 pobreza e 176
 protecção social e 92-93
 tributação e 132-134
 governação
 participação justa 168-171
 governo local
 acção intersectorial envolvendo o 124
 atribuição justa de orçamentos 136
 desenvolvimento rural 73-75
 governação participativa local 66
 implicações das recomendações 22, 47, 214, 216, 217
 melhoria da habitação 68-69
 participação justa 168
 planeamento e desenho urbano 69-71
 políticas de transportes 69
 governos (nacionais)
 atribuição justa de orçamento 136
 avaliação de impacto na igualdade na saúde 202-203
 capacitação política 167, 168
 contribuição das mulheres para as contas nacionais 158
 controlos do mercado 145-149
 cuidados de saúde 103, 110, 111
 desenvolvimento na primeira infância e 52-53, 214
 desenvolvimento rural 73-76
 emprego e práticas laborais 83, 86
 generalização das questões de género 155-156

- governação participativa urbana 71
 implicações das recomendações 22, 48, 214-219
 legislação para a igualdade de género 154-155
 melhoria da habitação 68-69
 melhoria da igualdade na saúde 117
 políticas sobre os transportes 70
 responsabilização pública nos cuidados de saúde 103
 serviços de saúde sexual e reprodutiva 161-162
 sistemas de monitorização da igualdade na saúde 190-191
 sistemas de protecção social 93, 96, 97
 sistemas de registo civil 189-190
 governos nacionais ver: nacionais
 gradiente social ver gradiente social na saúde
 Grécia 35
 grupos de trabalho, propostos 181-182
 Grupos Étnicos Minoritários 32
 Guo, Yan 220
- H**
- habitação 68-69, 70, 214
 Helsínquia, Processo de Helsínquia sobre a Globalização e Democracia 178
 HIV/SIDA
 atribuição de ajuda 128, 129, 130
 coerência de políticas 118
 enviado especial para África 182
 envolvimento comunitário 123
 fornecimento de medicamentos 172, 173
 prevenção 60
 questões da igualdade de género 154, 155
 homens, mudança de atitude 156, 157
 HSE, Organismo para a Saúde e Segurança do Reino Unido, Reino Unido 88
 Hunt, Paul 183, 184
- I**
- identidade, civil legal 166, 167
 idosos
 cuidados de saúde 103
 desigualdades na saúde 91
 pensões sociais 94, 95, 97-98, 99
 vulnerabilidade económica 37, 92
 zonas urbanas 63
 idosos, os mais velhos de entre os 32
 igualdade de género 16, 152-162
 acção para a melhoria da 154-162
advocacy 157
 capacitação política 167
 contas nacionais 158
 cuidados de saúde 103, 152, 153
 currículo de ensino médico 199
 dados para a acção 16
 direito de propriedade do solo 74
 educação e formação 60, 62, 158-159
 investigação 198
 legislação 154-155
 participação económica 159-160
 primeira infância 52, 53, 58
 protecção social 97, 159
 recomendações 16, 217
 saúde sexual e reprodutiva 161-162
 trabalho 77, 78, 148, 153, 159-160
 ver também: mulheres
 imposto sobre transacções em divisas estrangeiras 132-134
 imunização 128, 156, 165
 incapacidade, pessoas portadoras de 104
 áreas urbanas 63
 protecção social 90, 91
 Índia 210
 acção intersectorial 124
 cuidados infantis 161
 custos do consumo de tabaco 141
 emancipação feminina 167
 intervenções de desenvolvimento na primeira infância 56
 monitorização da igualdade na saúde 193
 programa rural de garantia de emprego 83
 programas de desenvolvimento rural 79-80
 reabilitação de bairros degradados 73
 sistema de segurança social 98
 indicadores 180-181
 desenvolvimento 191
 Indonésia 87, 125, 162, 210
 infantil, taxas de mortalidade 31, 88, 89
 infantil, taxas de mortalidade de menores de 5 anos
 desigualdades 33-35, 52
 objectivo proposto 209
 informação, sistemas de informação de saúde 187
 informal, economia 86, 87
 infraestruturas, rurais 74-75
 Inglaterra ver Reino Unido
 iniciativa Cidades Amigas do Idoso 66
 Iniciativa de Comércio Ético 151
 iniciativas de saúde globais (ISG) 111

- inquéritos ao agrgado familiar 193
- Inquéritos de Demografia e Saúde (DHS) 165, 191
- Instituto para o Desenvolvimento de Organização Comunitária (CODI) 67
- Integrated Child Development Services (ICDS), Índia 57
- Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) 55, 58
- inter-agências, abordagens ao desenvolvimento na primeira infância 54
- intergeracionais, efeitos 52, 90
- internacionais, agências e instituições 78
- emprego justo e trabalho digno 81
 - fuga de cérebros nos recursos humanos de saúde 111
 - generalização das questões de género 155-156
 - implicações das recomendações 214-215, 217
 - serviços de saúde sexual e reprodutiva 158-159
- investigação 20-21, 187-189, 196-197
- âmbito 196
 - desequilíbrios de género 197
 - instituições 23, 47-48
 - necessidades 208
 - recomendações 21, 219
 - ver também: provas documentais
- investimento, negociações desiguais 139
- Irão, República Islâmica do 207
- Irlanda, República da 68-69, 162
- ## J
- Jamaica 3, 56
- Japão 172-173
- justiça social 28
- ## K
- Kerala, Índia 34
- Kickbush, I 116
- Kurokawa, Kiyoshi 220
- ## L
- Lagos Escobar, Ricardo 220
- Laos, República Democrática Popular do 59, 60
- Lee, Jong Wook 29
- legislação
- capacitação política 166-168
 - igualdade de género 154-155
- lei da inversão dos cuidados 101
- Lesoto, pensões sociais 95, 98
- Lewis, Stephen 182
- líderes globais 206
- líderes globais 206
- literacia
- estímulo precoce da 55
 - feminina 152, 158
 - saúde 200
- Londres
- estratégia para a saúde (LHC) 122
 - planeamento participativo estatutário 169
 - portagem para controlo de tráfego 70
- ## M
- Machel, G 52
- Mahler, Halfdan 36
- Malásia 145
- Malawi 130
- Mali 130
- Mandela, Nelson 52
- Marandi, Alireza 220
- marcos notáveis, igualdade na saúde 210
- Marmot, Michael 220
- massas, abordagens de 172-174
- materna, mortalidade 30, 162, 209
- maternos, cuidados 100
- médicos ver profissionais de saúde
- médio rendimento, países de
- acção intersectorial (AIS) 116
 - desigualdades nas condições de saúde 32
 - financiamento dos serviços de saúde 107
 - financiamento dos serviços públicos 127
 - idosos 92, 94, 95
 - motores estruturais 38
 - perdão da dívida 136
 - protecção social 94, 95, 96, 97-98, 99
- mega-cidades 63
- Mencken, HL 77
- meninas 16, 17
- educação 62, 158-159, 217
 - que cuidam de irmãos mais novos 58, 161
 - ver também: mulheres
- mental, saúde 32, 65-66, 106
- Mercado Comum do Médio Oriente e África Subsaariana 145
- mercados 14-15, 139-151
- controlos do sector público 138-145
 - dados para a acção 14
 - influência corporativa multinacional 140
 - integração global 139
 - práticas laborais e 87
 - recomendações 15, 217

- regulações do sector privado 140-142
 - ver também: acordos económicos; comércio
 - México 148, 208
 - Oportunidades 95, 96-97, 186
 - reforma do sistema de saúde 196
 - micro-crédito, sistema de 74
 - micro-seguros de saúde, sistemas de 108
 - migração
 - global 177
 - governança global 178
 - profissionais de saúde 37, 111, 112
 - migrantes
 - internacionais 84, 92-93
 - internos 75
 - ver também: refugiados e deslocados
 - ministérios da educação 188, 219
 - ministérios da saúde 122-124, 199, 216
 - ministro da saúde 122
 - Moçambique 120, 195, 207
 - Mocumbi, Pascoal 220
 - modos de vida rurais 73-74
 - Mongella, G 152
 - monitorização 20-21, 187
 - aumento da capacidade para a 189-195
 - avaliação do impacto sobre a igualdade na saúde 121-122
 - recomendações 21, 216, 219
 - monitorização, sistemas de ver: sistemas de monitorização da igualdade
 - mortalidade de menores de 5 anos
 - motores estruturais 28, 38-39, 115
 - como objecto de acção 44
 - movimento de saúde comunitária 36
 - Movimento de Saúde Popular 36, 173
 - movimento global para a mudança 29
 - movimentos feministas 156, 157
 - mudança
 - exequibilidade da 30
 - movimento global para a 29
 - mulheres 16-17
 - capacitação 158, 162, 170-171
 - capacitação política 166
 - direitos 161-162
 - direitos legais 154, 155
 - educação e formação 158-159, 217
 - envolvimento na investigação 196-197
 - idosas 92
 - igualdade de salários obrigatória 155, 217
 - movimentos 156, 157
 - oportunidades de emprego igual 159-160
 - profissionais da saúde 110
 - protecção social 97, 159
 - quantificação da contribuição económica 158
 - serviços de saúde sexual e reprodutiva 161-162
 - trabalhadoras 148
 - violência contra 152, 154, 161
 - viuvez 92
 - ver também: igualdade de género; meninas
 - mutilação genital feminina 155, 156
 - mutilação genital feminina 155, 156
- ## N
- “não agir”, para além de 29-30
 - nascimento, sistemas de registo de 20, 187, 188-190, 219
 - Ndiaye, Ndioro 220
 - Nepal 82, 130, 209
 - Ngilu, Charity kaluki 220
 - Níger 62
 - Nórdicos, países 35, 41, 91, 207
 - normas sociais, mudança das 155-157
 - Noruega 160, 207
 - Nova Zelândia 121, 207
 - nutrição
 - pré-concepção 56, 57
 - primeira infância 3, 52, 54, 55-56, 57
 - transição 65
- ## O
- obesidade 37, 65, 116, 117
 - Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) 30, 36, 180-181
 - cuidados de saúde universais e 8
 - emprego e objectivos para o trabalho 83
 - igualdade de género 158
 - objectivo para a saúde reprodutiva 162
 - objectivos para a igualdade na saúde 208-209
 - objectivos, igualdade na saúde 208-210
 - objectivos, igualdade na saúde 209-211
 - Oman 148
 - Oportunidades, México 95, 96-97
 - orçamentação
 - avaliação de impacto da igualdade na saúde 201-202
 - iniciativas de igualdade de género 154
 - participativa 170
 - ver também: financiamento

- Organização das Nações Unidas (ONU)
- Comité Permanente sobre Nutrição (SCN) 54
 - Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais 143
 - desenvolvimento na primeira infância e 53-54
 - enquadramento para a acção concertada 182
 - monitorização da igualdade na saúde 194
 - reforma 178
- Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO) 54, 140, 143, 148
- Organização Internacional dos Impostos (proposta) 131-132
- Organização Mundial da Saúde (OMS) 1, 29, 30
- administração global competente 175, 176-178, 181-182, 183
 - apoio aos ministérios da saúde 123-124
 - avaliação do impacto sobre a igualdade na saúde 143
 - capacidade de reforço 202-203
 - Convenção Quadro para Controle do Tabaco (FCTC) 149
 - Declaração de Alma Ata (1978) 30, 35-36
 - definição de saúde 36
 - enquadramento Stepwise 120
 - Estratégia da OMS para a Nutrição e Actividade Física 124
 - ferramenta de diagnóstico e manual para o comércio e a saúde 142
 - implementação da acção 206-220
 - implicações das recomendações 22, 46-48, 214, 216, 217, 219
 - intervenções de investigação 196
 - intervenções urbanísticas saudáveis 181
 - mudanças institucionais 183, 184
 - objectivos para a igualdade na saúde 209-210
 - papel de orientação 191-193, 194, 202
 - papel no desenvolvimento na primeira infância 52-55
 - Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS para 2008-2013 206, 207
 - Programas Comunidades Seguras 72
 - sistemas de monitorização da igualdade na saúde 190-194, 195-196
- Organização Mundial do Comércio (OMC) 81, 140, 144, 145, 148, 174
- Organização Mundial do Trabalho (OMT)
- igualdade de género 159, 160
 - padrões laborais 88
 - protecção social 95, 181
 - responsabilidade do mercado 143, 148
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) 181
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), países da 83, 176, 178
- organizações não governamentais
- formação profissional 84
 - monitorização comunitária 196
- orientação, papel de
- mistérios da saúde 123-124
 - OMS 193, 194, 203
 - sector da saúde 117-118
- Otava, Carta de Otava sobre Promoção da Saúde (1968) 36
- ## P
- pagamentos directos pelo utilizador, cuidados de saúde 110, 111
- País de Gales ver: Reino Unido
- país, envolvimento dos 58
- Países Baixos 193
- países parceiros 30, 207
- Países Pobres Altamente Endividados (PPAE) 111, 129, 136, 137
- Paquistão 145, 155
- participação comunitária
- apoio financeiro 170
 - efeito capacitador 170-172
 - elaboração de políticas 168
 - melhoria das condições de vida urbanas 67
 - modelo de Cuidados de Saúde Primários (CSP) 100-104
- participação da comunidade
- acção intersectorial 120-122
 - desenvolvimento na primeira infância 59, 60
 - prevenção da violência 72
- participação económica, igualdade de género 152-154
- partilha de custos 137
- passagens de avião, imposto sobre 132
- pensões
- disponibilidade 92
 - igualdade de género 159
 - sociais 94, 95, 97-98, 93
- peças sem-terra 82
- planeamento familiar 161
- Plano de Emergência da Presidência para a Redução do HIV/SIDA (PEPFAR) 129, 130, 131
- PNUAH 63, 68-69, 181, 214
- pobres, os mais pobres por entre os 33-34
- pobreza 37
- distribuição dos rendimentos e 40
 - efeitos ao longo da vida 90
 - em países de rendimento elevado 40, 97
 - gastos inoportunos que provocam 101
 - globalização e 176
 - infantil 7, 94

nacional 165
 trabalhadores 78
 transferências financeira para redução da 126, 127

pobreza energética 69

poder 163-174
 desequilíbrios, manifestações 163-165
 desigualdades na saúde e 163-165
 distribuição desigual 10-19, 46, 115, 216-217
 ver também: capacitação

política

políticas
 concertação 10-11, 116, 118-120
 identificação de soluções de ganho total 118
 impacto sobre a igualdade na saúde 121-122
 recomendações 11, 216
 representação dos trabalhadores 82

políticas, elaboração de
 avaliação de impacto sobre a igualdade na saúde e 201-202
 participação justa 168-170
 utilização de informação de monitorização 195

políticas sociais e 37

Polónia 208

poluição atmosférica 70, 76

Populações Indígenas 4, 38, 165
 capacitação política 166-167
 identidade e direitos 166
 recomendações 216

populações vulneráveis
 emprego 79
 protecção social 92

portagens para controlo de tráfego 70

Portugal 34

pré concepção, intervenções 56, 57

pré pagamento, métodos de pré pagamento para financiamento dos serviços de saúde 105-106

Preston, curva de 39

prevenção de doenças 103, 123

prevenção de doenças 102, 122

primários, cuidados 102

primários, cuidados de saúde (CSP) 102-103
 dinamização, na Indonésia 125
 envolvimento e capacitação da comunidade 102-103
 modelo 8, 35, 100, 102
 movimento 36
 universais 102

privação material 33, 38

profusão de normas 173, 174

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) 41

Programa de Financiamento Internacional para a Imunização 134, 135

Projecto Aldeias do Milénio 75

protecção social

provas documentais
 avaliação 45
 colaboração internacional 199
 definição abrangente 198-199
 fontes 44
 necessidade de 188-189
 qualitativas 198
 recolha 44
 ver também: investigação

Q

qualitativos, dados 298

quantificação e compreensão das desigualdades na saúde 20-21, 46, 219

Quênia 61, 130, 154, 207

R

Rashad, Hoda 220

Reach Out and Read 55

recomendações da Comissão 2, 45-46, 214-219
 contextualização 48
 implicações para os diferentes agentes 23-24 46-48
 ver também: acção

recursos
 atribuição justa 136, 137
 avaliação de impacto sobre a igualdade na saúde 201-203
 distribuição desigual 10-19, 46, 115, 216-217
 partilha de 137
 ver também: financiamento; profissionais de saúde

recursos humanos ver profissionais de saúde

Rede de Conhecimentos para a Exclusão Social (SEKN) 45

Rede de Conhecimentos para a Globalização (GKN) 45, 144

Rede de Conhecimentos para a Quantificação e Provas (MEKN) 45

Rede de Conhecimentos para as Condições de Trabalho (EMCONET) 44

Rede de Conhecimentos para as Condições Prioritárias de Saúde Pública (PPHCKN) 45, 105, 106, 107, 125, 183, 184, 207

Rede de Conhecimentos para as Mulheres e a Igualdade de Género (WGKKN) 44

Rede de Conhecimentos para o Desenvolvimento na Primeira Infância (ECDKN) 44

- Rede de Conhecimentos para os Contextos Urbanos (KNUS) 45, 221
- Redes de Conhecimentos 44-45, 208
- redução das desigualdades no período de uma geração 1, 28, 208-209
- exequibilidade 24, 28, 35-36
- refrigerantes 148
- refugiados 92
- refugiados e deslocados 74, 92-93, 177
- ver também: migrantes
- registo civil, sistemas de 21, 187, 189-190, 219
- Reino Unido (UK) 207
- acção intersectorial 119
 - estratégia para a eliminação da pobreza infantil 94
 - gradiente social na saúde 33, 34
 - habitação 67
 - melhoria da igualdade na saúde 117, 119
 - monitorização da igualdade na saúde 193
 - planeamento participativo estatutário 169
 - programa de formação feminina 154
 - salário para uma vida saudável 83
 - stress laboral 88
 - taxas de pobreza 40, 91
 - ver também: Londres
- Relator Especial sobre o Direito à Saúde 182, 183
- rendimento
- distribuição desigual 33, 39-40
 - esperança de vida à nascença e 39
 - mínimo para uma vida saudável 83, 84, 85
 - protecção ver protecção social
 - redistribuição 91, 93
 - segurança 90
- rendimento elevado, países de
- assistência ao desenvolvimento 126
 - desigualdade nas condições de saúde 32
 - gradiente social na saúde 33-34
 - literacia de saúde débil 200
 - motores estruturais das desigualdades na saúde 38
 - rendimentos nacionais 127
 - sistemas de protecção social 91
 - taxas de pobreza 40, 91
- reprodutiva, serviços de saúde 160-162, 216
- responsabilidade social corporativa 151
- Rodrik, D 139
- rurais, zonas 4, 66
- ambiente natural 75-76
 - condições de vida quotidianas 37
 - cuidados de saúde 109-110
 - direito à propriedade de solo 71
 - emprego 75, 83
 - infra estrutura e serviços 75-76
 - investimento no desenvolvimento 72-75
 - migração para longe de 76
 - modos de vida 72-73
 - negligência das 63
 - peças sem-terra e pequenos agricultores 82
 - recomendações 4, 214
- Rússia 33-34, 142
- ## S
- salário de subsistência 83, 84
- Satcher, David 220
- Saudáveis, abordagem dos Locais 66
- Saudáveis, Movimento das Cidades 66, 117, 197, 208
- saudável, promoção de alimentação 69, 70-71
- saúde
- benefícios do investimento na 41
 - definição pela OMS 35
 - direito à 166, 174, 182, 183
 - populações urbanas 65-66
- Saúde dos Trabalhadores Rurais, Movimento 36
- saúde e segurança ocupacional
- ver ocupacional, saúde e segurança
- saúde rural, serviços de 75-76
- saúde sexual e reprodutiva 161-162, 217
- saúde, avaliação do impacto na 121, 144
- saúde, avaliação do impacto sobre a igualdade na 120-121
- acordos económicos 143-144
 - criação de capacidades 201-202
 - recomendações 219
- saúde, cuidados de 100-113
- abordagem segundo os determinantes sociais da saúde 123
 - distribuição desigual 100
 - financiamento 8, 105-107, 110
 - igualdade de género 104, 152, 153
 - limitados a grupos-alvo específicos 105
 - modelo Tanahashi 104
 - regulação do sector privado 140-141
 - regulação para garantia da igualdade 146
 - responsabilização pública 103
 - universais ver universais, cuidados de saúde
- saúde, desigualdades 1, 28, 31-36
- causas e soluções 37-41
 - dentro e entre países 31, 176-177

- exequibilidade da mudança 34-35
 global 176-177
 gradiente social 32
 motores estruturais ver motores estruturais
 nas condições de saúde 32
 os mais desfavorecidos 33-34
 quantificação e análise 20-21, 46, 219
 saúde, despesa no sector da 38
 saúde, eliminação das desigualdades na ver: *eliminação das desigualdades no período de uma geração*
 saúde, igualdade na 123-126
 abordagem concertada 10-11, 117-124
 como indicador do progresso social 117-118
 como objectivo global 179, 180
 generalização das questões de 207
 marcos notáveis 210-211
 objectivos e metas 208-210
 sectores e actores envolvidos 116-117
 saúde, literacia de 200
 “Saúde Para Todos”, abordagem 35,36
 saúde, promoção da 104, 123
 Saúde, Rede de Conhecimentos sobre os Sistemas de (HSKN) 45
 Saúde, Rede de Metrologia da 190, 191
 saúde, sistemas de cuidados de 101
 função 29, 37
 função nos cuidados de saúde na primeira infância 52, 58
 registo civil e 189
 saúde, sistemas de monitorização da igualdade na 190-196
 abrangente 193-196
 global 194-195
 mínimo 190-191
 nacional 190-193
 papel das comunidades 193
 recomendações 219
 utilização da informação para a elaboração de políticas 196
 saúde, trabalhadores da 110-112
 ajuda 111
 distribuição urbana-rural 109-110
 formação 199
 fuga de cérebros 37, 111, 112
 sector da saúde 124
 acção no 123
 papel de orientação 117-118
 recomendações 216
 reforma do 101, 195
 representação nos acordos comerciais 144-145
 sector privado
 acção para a igualdade na saúde 124
 despesa com os serviços de saúde 100, 101
 implicações das recomendações 23, 47
 regulamentação 140-142
 responsabilidade corporativa e social 149-151
 segurança social ver: protecção social
 segurança, higiene e saúde no trabalho (SHST) 84, 85, 86-87, 215
 seguros de saúde 105-109, 123
 avaliação 196
 privados, regulamentação 146
 sociais 108, 109
 Sen, Amartya 220
 Senegal 87, 156
 sensibilização pública, promoção da 200
 sexo, discriminação
 legislação 154-155
 ver também: igualdade de género
 sexo, testes para determinação do 193
 sexual, assédio sexual no local de trabalho 161
 SIDA ver HIV/SIDA
 siglas 238-239
 sindicatos 82, 86-88, 118, 151, 160
 Singapura 35
 Sistema de Contas Nacionais das Nações Unidas (UNSN) 158
 sistemas de registo de óbitos 188, 189-190
 sociais, movimentos 174
 sociais, políticas
 crescimento económico e 39
 necessidade de melhoria de 37
 sociais, seguros de saúde 108-109, 110
 social, gradiente social na saúde 32, 33-35
 alterações ao longo do tempo 34-35
 em países abastados 33-34
 social, inclusão 18, 166-174, 217
 social, protecção 7, 90-98
 acção para uma protecção social universal 93-98
 ao longo do ciclo de vida 90-92
 aspectos da globalização 92-893
 dados para a acção 7
 generosidade 96-97
 grupos excluídos 97-98
 igualdade de género 97, 160
 projectos piloto 94
 recomendações 7, 227

- saúde e 90-98, 181
- sistemas contributivos 98
- sistemas de base tributária ou de ajuda 97-98
- universal 93-95, 96-97, 98
- universal ou dependente dos rendimentos 96-97
- sociedade civil 206
- atribuição justa de orçamentos 138
- capacitação política 163, 166
- condições de emprego 84-85
- cuidados de saúde universais 101
- definição 28
- governança participativa local 66
- implicações das recomendações 22-23, 45-46, 214-219
- intervenções de desenvolvimento na primeira infância 52-55
- melhoria da habitação 67-69
- planeamento e desenho urbano 71-72
- problemas derivados da igualdade de género 152, 153
- responsabilização do sector privado e 151
- serviços de saúde sexual e reprodutiva 161-162
- sistemas de protecção social 89, 90-98
- socioeconómico, estatuto 32
- Sri Lanka 36, 119, 145, 207
- Stepping Stones, África do Sul 156
- Stern Relatório 208
- stress laboral 5, 88
- sub-contratação 81, 88, 89
- subnutrição 72
- subnutrição infantil 3, 55-56
- subornos 131
- subsídios 38-39
- subsídios de doença 94
- Suécia 156, 207
- suicídio 165
- sweatshops 87
- T**
- tabaco
- como fonte financeira 122
- controlo 149
- custos relacionados com a saúde 141
- mercados 141-142
- mortalidade relacionada 33
- Tailândia 207
- avaliação do impacto na saúde 142
- controlo do tabaco 150
- cuidados de saúde universais 101, 102, 109
- distribuição dos profissionais de saúde 111
- impostos de saúde 132
- promoção de alimentação saudável 72
- reabilitação de bairros degradados 67
- serviços de saúde rural 75
- Tanahashi, modelo de sistema de saúde 105
- Tanzânia, República Unida da 10, 69, 130, 195
- Taxa sobre a Transacção de Divisas para o Desenvolvimento 133-134
- taxas de homicídio 73
- taxas de mortalidade
- desigualdades 31, 32, 33, 34
- objectivos propostos 209-210
- ver também: taxas de mortalidade adulta; taxas de mortalidade de menores de 5 anos; taxas de mortalidade infantil; mortalidade materna
- taxas de mortalidade na idade adulta 33, 209
- taxas de utilização, cuidados de saúde 109-110
- térmitas fiscais 133
- Tibajuka, Anna 63, 220
- Tobin, imposto 132-133
- Tolstoi, Léon 31
- trabalhadores
- organizações 82, 88-89
- papel dos 147, 148
- protecção social 91-92, 94
- representação justa 82
- salário de subsistência justo 82-84
- trabalhadores de saúde comunitária 111
- trabalhadores do sexo 124
- trabalho 4-5, 77-88
- aspectos da globalização 176
- condições de 77-78, 87-89, 142-43
- dados para a acção 5
- desigualdades na saúde 77-79
- digno 81-89
- forçado 79
- formação 84
- igualdade de género 79, 80, 152, 153, 159-161
- infantil 37, 79, 82
- informal 37, 83, 89, 159-169
- não remunerado 157, 158, 159
- padrões 84-85
- padrões de regulação 86, 141, 146
- perigoso 77
- precário 77, 78, 79, 84-89, 95-96
- recomendações 6, 214-215

regulação do mercado 146-147
 salário igual para as mulheres 160, 217
 temporário e a tempo parcial 77, 79
 zonas rurais 75, 83
 ver também: emprego

tributação 12
 directa e indirecta 132, 133
 financiamento da protecção social 97-98
 financiamento dos sistemas de saúde 107-110
 globalização e 132-133
 impostos especiais para a saúde 132
 progressiva 131-132
 recomendações 13, 216
 reforço dos sistemas 131-132, 131, 133
 tabaco e álcool 149-150

U

Uganda 62, 110, 130, 168
 UNESCO 143
 Estratégia Educação para Todos 60, 158-159
 Iniciativa de Literacia para a Capacitação 159

União Europeia (UE)
 acordos laborais 74, 75
 combate à exclusão social 171, 172
 medidas de protecção social 88
 sistemas de monitorização da igualdade na saúde 180, 181

unidade para a igualdade de género, proposta 156-157
 universais, cuidados de saúde 8-9, 101, 103-113
 dados para a acção 9
 recomendações 9, 215

universais, serviços de saúde sexual e reprodutiva 161-162
 universais, sistemas de protecção social 93-95, 96-97, 98
 Universidade Virtual do Desenvolvimento na Primeira Infância (ECDVU) 200

urbanização 63, 66

V

Vägerö, Denny 220
 veículos motorizados, poluição atmosférica 65, 71
 Venezuela 105, 170, 171
 vestuário, indústria do 87, 147
 violação 155
 violência 65
 pelo parceiro (doméstica) 152, 154, 155
 problemas de planeamento e desenho urbano 69, 70, 71
 violência pelo parceiro 152, 154, 161
 viúvas(os) 92

W

Wilensky, Gail 220

Z

Zâmbia 118, 195
 Zimbabué 132
 Zonas de Processamento de Exportações (ZPEs) 131
 zonas urbanas 5, 208
 condições de vida quotidianas 37
 crescimento nas 63, 64
 dados para a acção 5
 governação participativa 66, 214
 melhoria das condições de vida 66-71
 migração para as 75
 planeamento e desenho urbano 71-74, 116
 preocupações com a saúde 65-66
 profissionais de saúde 109-110
 recomendações 4-5, 214
 vulnerabilidade 63-65

ZPE ver: *Zonas de Processamento de Exportações*

A redução das desigualdades na saúde é, para a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, um imperativo ético. A injustiça social é uma causa de morte de grandes proporções.

