

Curso de Formação em Determinantes Sociais da Saúde



Entidades Organizadoras:



Entidades Financiadoras:



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS

Tema 3 - Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a colaboração multisectorial



Conteúdos



1. Antecedentes e base conceptual dos DSS:

1.1. Definição dos DSS.

1.2. Modelos dos DSS: modelo de Dahlgren e Whitehead, modelo de Didericksen, e o modelo de Solar e Irwin.

2. Determinantes estruturais intermediários da saúde: classe, território, género e sistema de saúde.

2.1. A classe social e estratificação social.

2.2. O território: análise geográfica e territorial.

2.3. Sexo- género. 2.4. Os sistemas de saúde.

3. A Comissão sobre os DSS:

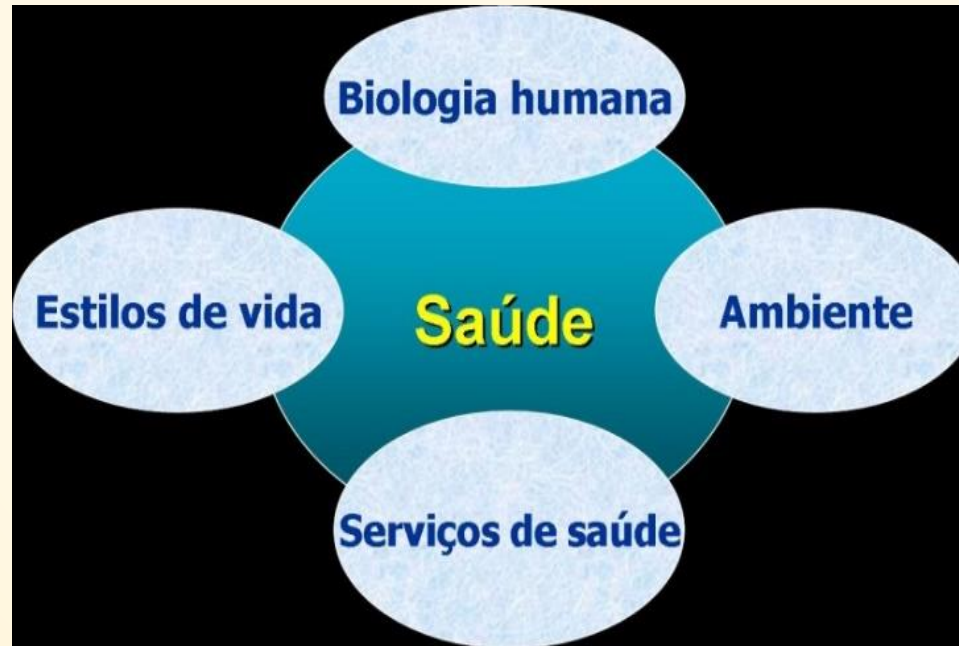
3.1. Origem, objectivo e membros.

3.2. Relatórios e recomendações da Comissão sobre os DSS: 3.2.A. *Corrigir as desigualdades em uma geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS.*

3.2. B. *Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre os DSS.*

1. Antecedentes e base conceptual dos DSS

- O moderno movimento de promoção da saúde surge no Canadá em maio de 1974, com a divulgação do conhecido *“INFORME LALONDE”*.
- Conceito de “campo da saúde” e introduze os chamados “determinantes de saúde”



1.1. Definição dos DSS

“OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Estas circunstâncias são o resultado da distribuição de dinheiro, poder e recursos a nível global, nacional e local, que por sua vez depende das políticas adoptadas”. (CDSS/OMS 2005)

- Os DSS explicam a maior parte das iniquidades na saúde.
- Para a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), são “os factores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e os seus factores de risco na população”

1.2. Modelos dos DSS

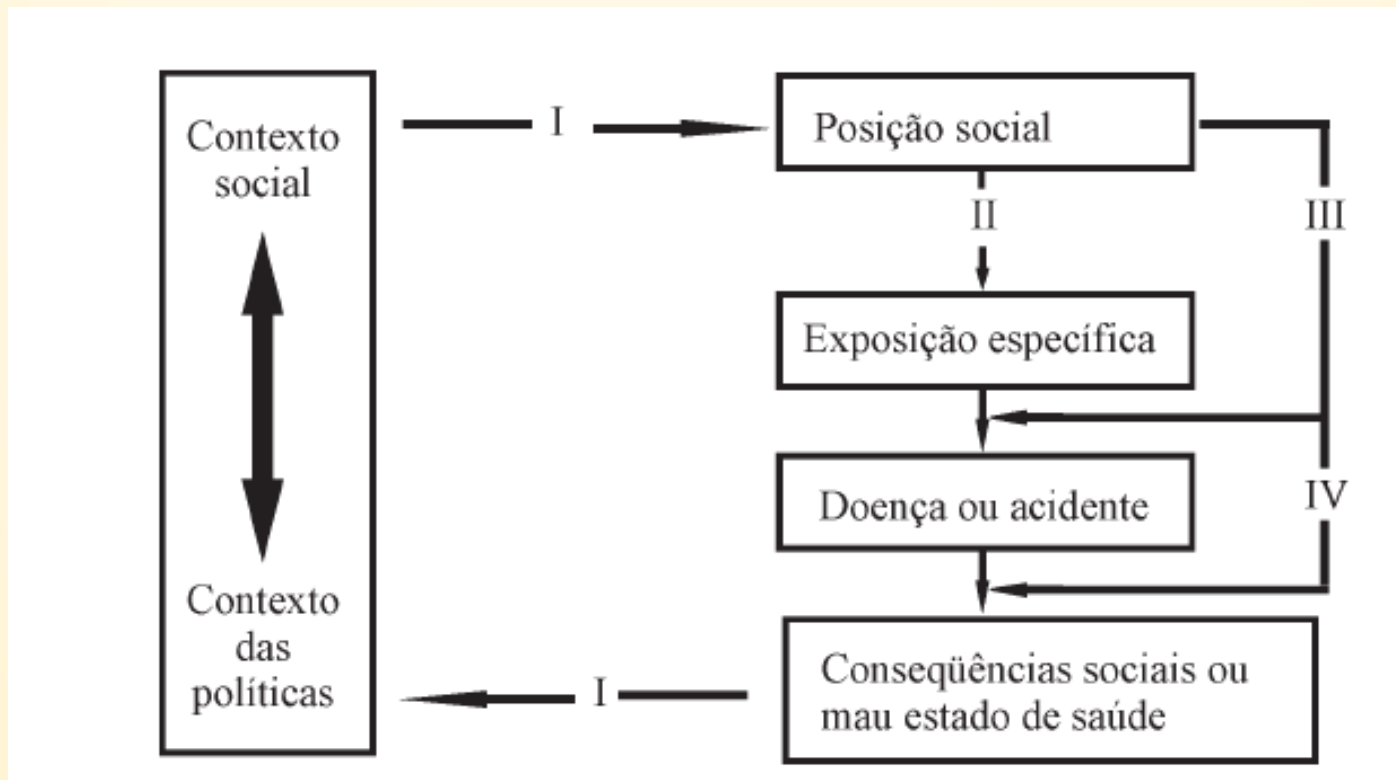
1.2.A. Modelo de Dahlgren e Whitehead - 1991

- . Uma das primeiras e mais completas tentativas de explicar como as desigualdades sociais na saúde são resultado das interações entre os diferentes níveis de condições.
- . Os DSS são abordados em camadas, desde aquelas que expressam as características individuais, até às que incluem os macrodeterminantes do processo saúde-doença.



1.2.B. Modelo de de Diderichsen e Hallqvist - 1998

Enfatiza a **estratificação social gerada pelo contexto social**, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam **diferenciais de saúde**.



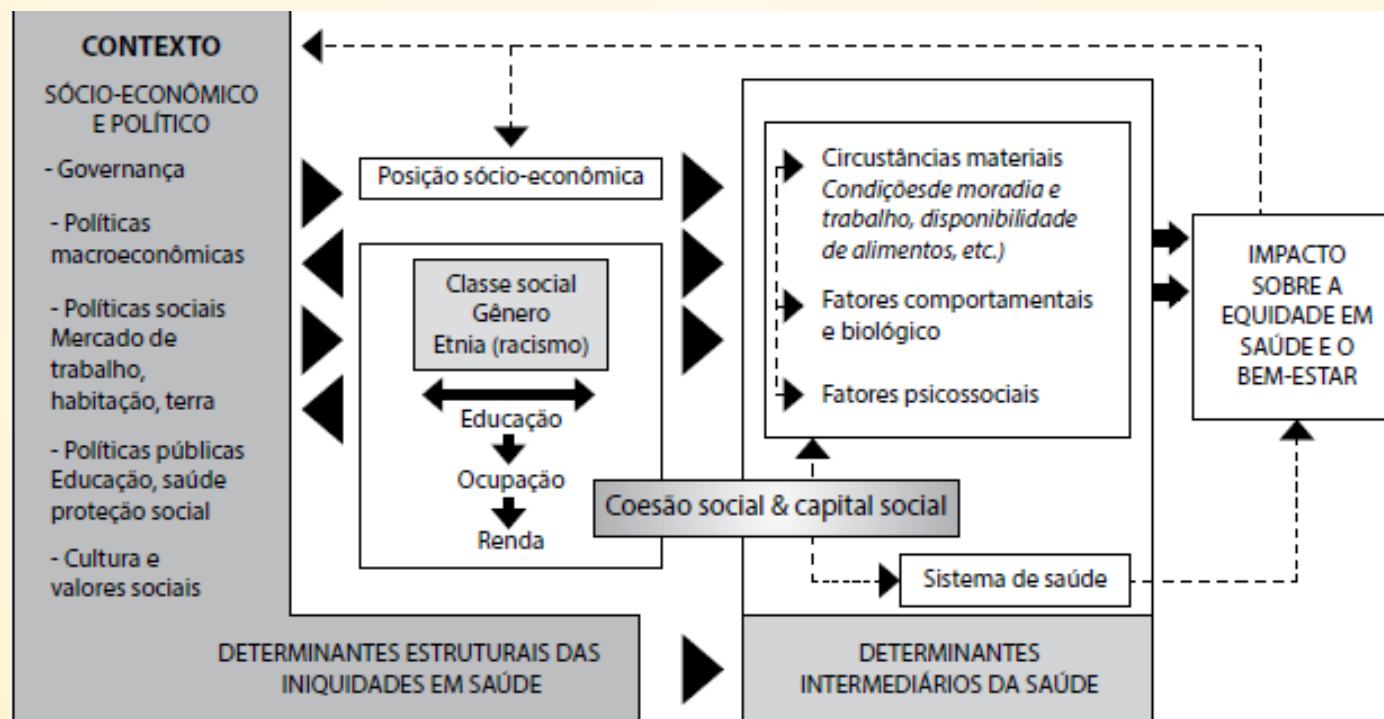
1.2.B. Modelo de de Diderichsen e Hallqvist - 1998

O (I) representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho. De acordo com a posição social, aparecem diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde (II); o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos (III); e o diferencial de consequências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença (IV). Por “consequências sociais” entende-se o impacto que a doença pode ter sobre a situação sócio-económica do indivíduo e da sua família

1.2.C. Modelo de Solar e Irwin ou modelo conceitual para a Comissão dos DSS e a OMS

Os elementos principais deste modelo são: (a) **determinantes estruturais versus intermediários**; (b) o **contexto sócio-político**; e (c) níveis nos quais se pode lidar com as iniquidades na saúde.

Neste modelo, os determinantes estruturais operam através de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde.



2. Determinantes estruturais intermediários da saúde: CLASSE, território, género e sistema de saúde.



2.1. A CLASSE SOCIAL E ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL

- Segundo a proposta do sociólogo Erik O. Wright, a classe social “refere-se ao **conflito entre "trabalhadores" e "empreendedores" que está ligado à relação desigual de propriedade e controlo** sobre os meios de produção, e os diferentes níveis de credenciais existentes entre empregadores, supervisores e trabalhadores determinam posições sociais muito diferentes que têm um impacto desigual na saúde”.
- muitos autores entendem que as classes “ *são grupos que compartilham crenças, valores e circunstâncias (“oportunidades de vida”), tais como: escolaridade, ocupação e renda. Essa orientação implica que os indivíduos possam melhorar a sua situação no mercado e as suas chances de vida por meio de estratégias como a negociação colectiva ou a obtenção de mais conhecimentos e habilidades*”.

Tabela 1. As 10 classes sociais, segundo a Classificação Sócio-económica Europeia (ESC)



NIVEL	TIPOLOGÍA
1	Grandes empregadores, diretivos e profesionais de alto nível
2	Diretivos e profesionais de nível baixo
3	Trabalhadores de colarinho-branco / colarinhos brancos
4	Pequenos empregadores e trabalhadores autónomos não agrícolas
5	Trabalhadores autónomos agrícolas
6	Superintendentes e técnicos de nível inferior
7	Trabalhadores do serviços e comercio de nível inferior
8	Trabalhadores manuais qualificados
9	Trabalhadores não qualificados
10	Excluídos do mercado do trabalho, trabalho “informal” e desempregados de longa duração

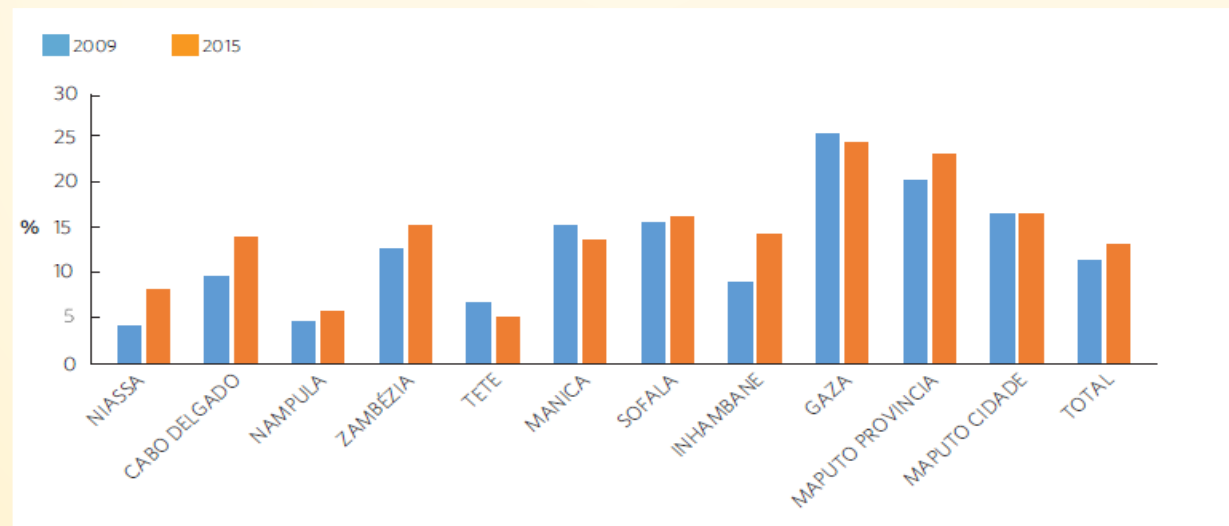
Fonte: Requena, M. “Estratificación y clases sociales”. Capitulo V. “Informe España 2011” Fundación Encuentro.

2. Determinantes estruturais intermediários da saúde: classe, TERRITÓRIO, género e sistema de saúde.

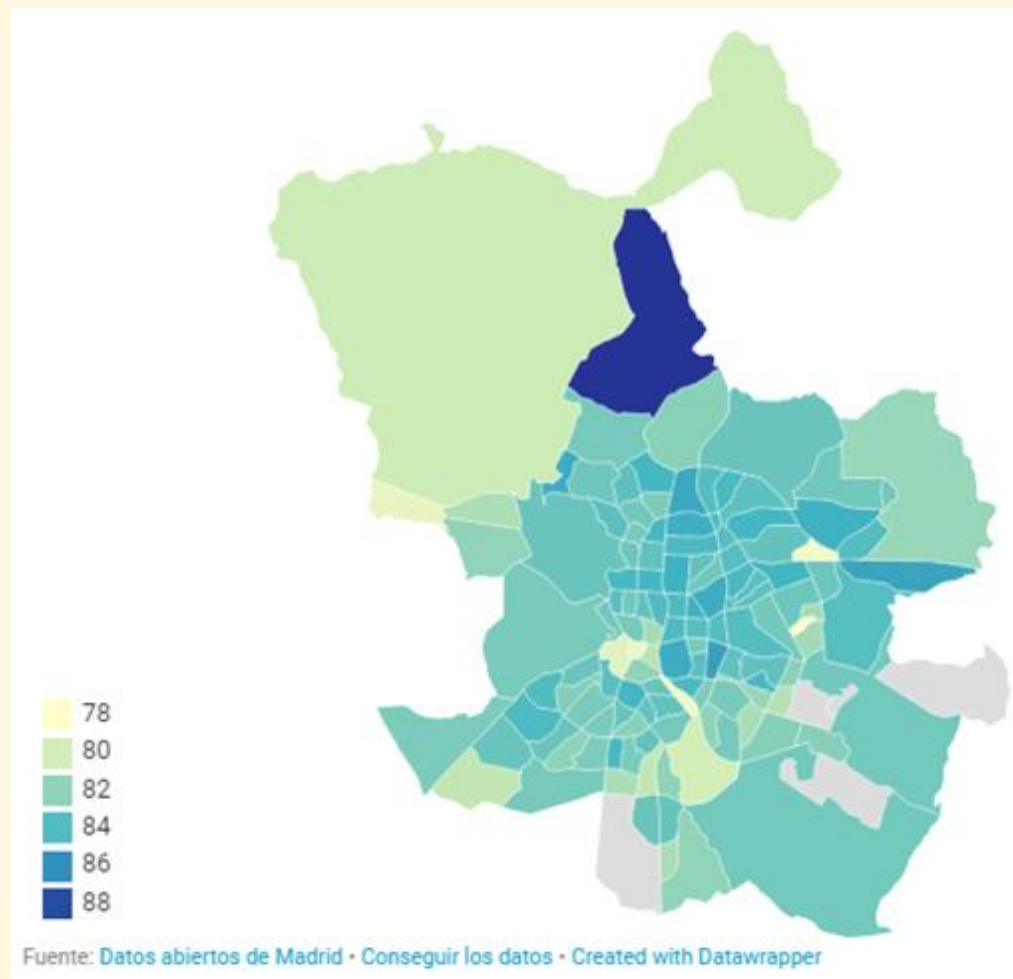
2.2. O TERRITÓRIO: ANÁLISE GEOGRÁFICA E TERRITORIAL.

Numerosos estudos mostram claramente como o efeito dos DSS é amplo e persistente, **dependendo do local ou território onde se vive**. Por exemplo, as classes sociais mais exploradas e empobrecidas muitas vezes vivem em **bairros "marginalizados" onde sofrem múltipla exclusão social e opressão** com menos recursos económicos e poder político, **têm pior assistência médica e serviços sociais**, e estão **mais expostos aos factores de risco prejudiciais à saúde**, seja de natureza social, ocupacional ou ambiental.

Prevalência de HIV na população de 15-49 anos. Moçambique 2009 – 2015



Mapa: Expectativa de vida nos bairros da cidade de Madrid, por anos



Fonte: Jornal El Confidencial. “ Dime en qué barrio de Madrid resides y te diré si vivirás 10 años más o menos”. Artigo do Jornal 05/03/2019

2. Determinantes estruturais intermediários da saúde: classe, território, GÊNERO e sistema de saúde.



2.3. SEXO- GÊNERO

- A distribuição desigual de poder entre os sexos influencia o modo como as mulheres e os homens podem desenvolver suas habilidades pessoais, profissionais e sociais.
- A OMS, define ambos termos da seguinte forma:

Sexo: Refere-se às características biológicas e fisiológicas que definem homens e mulheres.

Gênero: Refere-se aos papéis socialmente construídos, comportamentos, actividades e atributos que uma sociedade considera adequado para homens e mulheres (o "masculino" e o "feminino").

Tabela: Algumas diferenças entre sexo e género



SEXO: Homem / Mulher	GÉNERO: Masculino / Feminino
<p>O sexo é HERDADO.</p> <p>Características biológicas das pessoas</p>	<p>O género é ADQUIRIDO através da aprendizagem e a socialização.</p> <p>Características sociais que cada cultura ou sociedade dá sobre a diferença sexual.</p>
<ul style="list-style-type: none">- As Mulheres menstruam, enquanto os homens não.- Os homens têm testículos enquanto as mulheres não.- As Mulheres desenvolveram seios que são geralmente capazes de lactação, enquanto os homens não.- As Mulheres podem estar grávidas, os homens não.- Os Homens tem um desenvolvimento muscular superior às mulheres.	<ul style="list-style-type: none">- As mulheres fazem mais tarefas domésticas que os homens.- As mulheres continuam a receber salários inferiores aos dos homens.- As mulheres estão sub-representadas na política, e em posições de poder.- Na Arábia Saudita os homens têm permissão para dirigir carros, enquanto as mulheres não e permitido.- Exemplos em Moçambique: as mulheres não podem ser facilmente chefes tradicionais ou “sobas”, etc.

Estereótipos associados ao homem e a mulher



Estereotipos Femeninos	Estereotipos Masculinos
Espontaneidade	Razão
Ternura	Violência
Fraqueza	Força
Intuição	Inteligência
Subserviência	Autoridade
Superficialidade	Profundidade
Submissão	Domínio
Passividade	Atividade
Abnegação	Inconformismo
Volubilidade	Tenacidade
Suavidade	Grosseria
Dependência	Independência

“referem-se a **atributos pessoais**, ou seja, abarcam propriedades físicas, características de personalidade e padrões de comportamento, e são essencialmente estruturas cognitivas organizadas que facilitam a categorização e simplificação do ambiente social ”

Ainda que os **estereótipos de gênero são negativos tanto para as mulheres como para os homens**, porque dificultam ou impedem que ambos possam desenvolver determinadas capacidades, em geral, **os estereótipos femininos têm menos prestígio social que os masculinos, o que provoca desigualdade de gênero.**

Fonte: “ Manual Digital de Género”.
Coordinadora de ONG de la Comunidad de Madrid.

Instrumentos para medir o Desenvolvimento e as Desigualdade de Género (Nações Unidas)



- **Índice de Desenvolvimento de Género (IDG) ajustado à desigualdade.** Mede diferenças de género em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: **saúde** (esperança de vida), **educação** (anos de escolaridade) , e **igual controle sobre os recursos económicos**.

Este índice ajuda a entender melhor as diferenças de género em realizações reais de desenvolvimento humano, sendo de grande utilidade para projectar instrumentos regulamentares que permitam reduzir essas diferenças.

- **Índice de Desigualdade de Género (IDGI)** Medida composta que reflete a desigualdade nas realizações entre mulheres e homens em três dimensões: **saúde reprodutiva** (taxa de mortalidade materna e taxa de partos na adolescência) e **empoderamento** (percentagem de assentos no parlamento e a população com pelo menos uma parte do ensino secundário) e **mercado de trabalho** (taxa de participação na força de trabalho).

Indicadores de Género em Moçambique segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano. 2019

Tipo de Indicador	Países de desenvolvimento humano muito elevado	Países de Desenvolvimento humano baixo	África Subsaariana	Moçambique Posição entre 189 países (180)
IDH	0,892	0,5007	0,541	0,569
IDH	0,175	0,590	0,573	0,569
IDGI	0,979	0,858	0,891	0,901

Os papéis de género e as dinâmicas de poder e relações entre homens e mulheres influenciam quase todas as decisões relacionadas com a saúde



Tomada de decisão nos cuidados de saúde. Perfil de género Moçambique 2016

Decisão	Principalmente a esposa	Esposa e esposo juntos	Principalmente o esposo
Nos cuidados de saúde da mulher	22%	46%	32%
Nos cuidados de saúde do homem	7%	38%	54%

2. Determinantes estruturais intermediários da saúde: classe, território, género e SISTEMA DE SAÚDE.



2.2. O SISTEMA DE SAÚDE

Determinante intermediário. O papel do Sistema de Saúde (SS) torna-se particularmente relevante no que toca ao acesso ao sistema, factor que engloba as diferenças de exposição e vulnerabilidade

Segundo a OMS, os SS têm 6 componentes básicos:

- ✓ prestação de serviços e cuidados
- ✓ informação e pesquisa
- ✓ produtos e tecnologias médicas
- ✓ trabalhadores sócio-sanitários
- ✓ financiamento e
- ✓ liderança e governança

Componentes básicas dos Sistemas de Saúde



Na prestação de serviços: realizar intervenções de qualidade integradas, seguras, eficazes, aceitáveis e baseadas em evidências, garantindo a equidade de género no acesso a todos os serviços (desde os CSP à atenção ao nível terciário).

Na informação e pesquisa: garantir a coleta, comparação, análise e uso de dados desagregados por sexo, de modo que as respostas dos SS sejam baseadas em dados comprovados sobre determinantes e saúde das pessoas, e alocar recursos de acordo aos mesmos.

Nos produtos e tecnologias médicas: garantir acesso equitativo para homens e mulheres a medicamentos, vacinas e tecnologias essenciais.

Nos profissionais sócio-sanitários: promover políticas e estratégias que transformem as relações de género, a fim de evitar preconceitos e iniquidades de género no pessoal de saúde e garantir trabalho digno para todos os profissionais sócio-sanitários e integrar a igualdade de género na formação, capacitação, emprego e progressão na carreira.

No financiamento da atenção à saúde: alcançar o acesso universal aos serviços de saúde e ao mesmo tempo garantir a igualdade de género no acesso às estratégias de proteção financeira. Promover a inclusão de uma perspectiva de género nas avaliações de risco financeiro e na elaboração de orçamentos da saúde.

Na liderança e governança: promoção da boa governança em saúde e integração de género nas políticas de SP e estruturas de governança, promoção de estratégias com perspectiva de género e legislação favorável ao género no relativo à capacidade de resposta, a equidade, a justiça e a eficiência.

Sistemas de Saúde e Cuidados de Saúde Primários



- A abordagem de saúde sob a perspectiva dos DSS e a defesa dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm muito em comum. **Priorizam a importância da equidade em saúde e da justiça social.**
- Enquanto os DSS permitem analisar as causas das iniquidades em saúde, a estratégia dos CSP permite organizar os SS de forma a que os serviços e cuidados sejam mais acessíveis às populações e assim favorecer a equidade em saúde (como se reflecte na meta “Saúde para Todos” da declaração de Alma-Ata).
- A **redução das iniquidades em saúde** constitui o argumento mais imperioso para os CSP e as acções sobre os DSS.

3. A COMISSÃO sobre os *DSS*



3.1. Origem, objectivo e membros da Comissão

Em resposta à crescente preocupação pelas desigualdades persistentes e crescentes, a OMS criou em 2005 a Comissão sobre DSS.

- **Rede global** de decisores políticos, investigadores e organizações da sociedade civil, que a OMS reuniu para ajudar a lidar com as causas sociais dos problemas de saúde e das desigualdades na saúde evitáveis.
- A Comissão está interessada nas "**causas das causas**", os factores sociais que determinam o crescimento, vida, trabalho e envelhecimento da população
- Para **recolher e analisar os dados** de políticas e intervenções para reduzir as desigualdades na saúde dentro dos países, e entre eles, e comunicar suas recomendações
- Foram estabelecidas **parcerias com países comprometidos** com a solução das desigualdades de saúde, tais como: Brasil, Canadá, Irão, Quênia, **Moçambique, etc.**

3.2. Relatórios e recomendações

3.2.A_ “Corrigir as desigualdades em uma geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS” (2008)



VALORAÇÕES E CONCLUSÕES do relatório:

“A injustiça social está a matar a vida de muitas pessoas. Reduzir as desigualdades na saúde é um imperativo ético”.

“A saúde é um bem público, e não uma mercadoria (...), os SS conseguem melhores resultados quando estão baseados nos Cuidados de Saúde Primários”.

“As desigualdades de género estão presentes em todas as sociedades. (...) prejudica a saúde de milhões de meninas e mulheres.(...) e está associada com a saúde da criança e a sobrevivência. As desigualdades de género influenciam a saúde, (...)”.

“Os benefícios da globalização continuam muito desigualmente distribuídos”

O crescimento económico é certamente importante, mas tem que haver políticas sociais adequadas para garantir uma razoável justiça na forma como os benefícios são distribuídos”

“As alterações climáticas têm implicações profundas ...”

3.2.A_“Corrigir as desigualdades em uma geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS” (2008)



RECOMENDAÇÕES GERAIS, E PRINCÍPIOS DE ACÇÃO:

I. MELHORAR AS CONDIÇÕES DE VIDA. As recomendações para sector saúde, são:

- Estabelecer SS nos princípios de equidade, cobertura universal, prevenção de doenças e promoção da saúde, com foco nos CSP.
- Reforçar o papel de liderança do sector público no financiamento justo dos sistemas de cuidados de saúde que garantam o acesso universal aos cuidados de saúde, independentemente da capacidade de pagamento.
- Reforçar e fortalecer a força de trabalho de saúde e desenvolver a sua capacidade de agir sobre os DSS.

II. LUTAR CONTRA A DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL do poder, dinheiro e dos recursos.

III. MEDIR A MAGNITUDE DO PROBLEMA, ANALISAR E AVALIAR os efeitos das intervenções.

3.2. B. CDSS - “Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre DSS” (2011)



Conferência Mundial sobre DSS - informar sobre **os modos através dos quais os países podem implementar acções sobre os DSS** (baseado em evidências).



Sobre cinco dimensões principais:

1. Governança para o enfrentamento das causas
2. Promoção da participação
3. O papel do sector da saúde
4. Acções globais sobre os DSS
5. Monitoramento e análises do progresso

Muito Obrigada!