




Curso de Determinantes Sociais da Saúde



UNIDADE TEMÁTICA 4: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS)			
SIGLAS E ACRÓNIMOS			
INTRODUÇÃO			
<p>Objectivos</p> 	<p>No final desta UT pretende-se que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquadrar os DSS no marco evolutivo dos modelos explicativos do processo saúde-doença. - Compreender o significado dos DSS, os fundamentos, os diferentes níveis em que actuam e as suas inter-relações. - Apresentar e reflectir sobre os diferentes modelos sobre os DSS: o modelo de Dahlgren e Whitehead (1990); o modelo de Diderichsen e Hallqvist, de 1998 e o modelo de Solar e Irwin (2005). - Aprofundar alguns dos eixos sociais dos DSS: - Os Sistemas de Saúde, o Território, a Classe Social e o Género - Descrever e analisar as características da Comissão sobre os DSS (CDSS) e os pontos fortes e limitações dos relatórios sobre os DSS elaborados. - Reflectir sobre as potencialidades do modelo de DSS para a formulação de políticas públicas - Reconhecer a necessidade de um enfoque integral, intersectorial e participativo para a compreensão e acção sobre os DSS. 		
 <p>Palavra-chave</p>	<p>Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde.</p>		
<p>Conteúdos</p>	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><i>Base conceptual dos DSS</i></p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes sobre os DSS - Definição e características dos DSS - Modelos explicativos dos DSS: O modelo de Dahlgren e Whitehead (1990); O modelo de Diderichsen e </td> </tr> </table>	<p><i>Base conceptual dos DSS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes sobre os DSS - Definição e características dos DSS - Modelos explicativos dos DSS: O modelo de Dahlgren e Whitehead (1990); O modelo de Diderichsen e
<p><i>Base conceptual dos DSS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes sobre os DSS - Definição e características dos DSS - Modelos explicativos dos DSS: O modelo de Dahlgren e Whitehead (1990); O modelo de Diderichsen e 		

		Hallqvist, de 1998 e o modelo de Solar e Irwin (2005).
	<i>Eixos sociais dos DSS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - A classe social - O Território - O Género - Os Sistemas de Saúde
	<i>A Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Origem, objectivos e membros da Comissão. - Relatórios e recomendações da Comissão sobre os DSS. “Corrigir as desigualdades numa geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS” (2008) “Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre DSS” (2011).
<p>Algumas questões para a reflexão que podem ser incorporadas no foro do curso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Podem os Determinantes Sociais da saúde explicar os factores pelos quais as pessoas adoecemos e morremos? Porquê? - Porque é que as pessoas temos diferentes problemas de saúde em função da classe social, do sexo-género e do lugar onde vivemos? - Em que medida o sistema de saúde pode ser um determinante da saúde das populações? 	
Actividades	ACTIVIDADE. - DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, BASEADOS NA HISTÓRIA DA MIRIAM.	
Metodologia de Avaliação	<p>Avaliação quantitativa: Prova/teste que pode ser de escolha múltipla ou com perguntas abertas.</p> <p>Avaliação qualitativa: Participação no fórum de debate, realização das actividades propostas, participação nas sessões de webinar.</p>	
Bibliografia/Webgrafia/Vídeos		

SIGLAS E ACRÓNIMOS

CSDS	Comissão sobre os DSS
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ESC	Classificação Socioeconómica Europeia
DSS	Determinantes sociais da saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de desenvolvimento Humano.
IDG	Índice de Desenvolvimento de Género ajustado à desigualdade
IDGI	Índice de Desigualdade de Género
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
INE	Instituto Nacional de saúde.
INSE	Inquéritos Nacionais de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
ONU MULHER	Organização das Nações Unidas para a Mulher
PF	Planeamento Familiar
PIDSEC	Pacto Internacional sobre Direitos Sociais, Económicos e Culturais
PUND	Programa das Nações Unidas para a Mulher
SS	Sistemas de Saúde
US	Unidade Sanitária

1.-INTRODUÇÃO

A presente Unidade Temática “Os Determinantes Sociais da Saúde DSS”, está organizada em três blocos de conteúdo: Base conceptual dos DSS; Os principais eixos sociais dos DSS; e, a Comissão sobre os DSS.

Através da mesma pretende-se apresentar os elementos-chave dos DSS, desde os seus antecedentes, a partir do Conceito de “Campos da Saúde” proposto por Lalonde em 1974.

O modelo dos DSS consegue melhorar as deficiências do modelo multicausal, incorporando alguns elementos-chave, e pode explicar a maior parte das iniquidades na saúde, ou seja, as diferenças injustas e evitáveis no estado da saúde das populações dentro de um país e entre os países. Portanto, a unidade trata de descrever e analisar o que são os DSS, assim como os modelos que, desde o ano 1995, foram desenvolvidos, nomeadamente o modelo de Dahlgren e Whitehead (1990) e o modelo de Solar e Irwin (2005), modelos teóricos que foram adoptados pela OMS, principalmente o segundo modelo que foi assumido pela Comissão dos DSS criada no ano 2005.

A Comissão entende que “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, o que por sua vez depende das políticas adoptadas”.

Do conjunto dos DSS, apenas serão analisados quatro eixos: a classe social, o território, o género e os sistemas de saúde.

Finalmente, serão analisados os dois principais relatórios e as recomendações da Comissão “Corrigir as desigualdades numa geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS” (2008) e “Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre DSS” (2011), as estratégias concretas e a sua aplicação nas políticas de saúde nos países, desde o reconhecimento da necessidade de um enfoque integral, intersectorial e participativo para a compreensão e acção sobre os DSS.

2.- DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS

Seguidamente são apresentados os conteúdos considerados chave de cada um dos sub-temas.

2.1.- ANTECEDENTES E BASE CONCEPTUAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS)

Na unidade temática anterior foram apresentados os diferentes modelos que tentavam explicar os processos de saúde-doença desde a Antiguidade até às décadas de 60 e 70 do século passado. Estas explicações, desde a aparição da denominada *biologista*, geralmente estavam centradas em explicações causais de tipo biológico (da unicausalidade até à história natural da doença). No entanto, com as mudanças de perfil epidemiológico de patologias infecto-contagiosas a crónico-degenerativas, estas não conseguem explicar muitas das dimensões destes processos, entre as quais o *porquê* com o mesmo nível de exposição a um factor determinado umas pessoas adoecem e outras não. Por exemplo, o bacilo de Koch causa a tuberculose, mas desde os modelos de causalidade não é possível explicar porque é que determinados grupos da população são mais susceptíveis que outros de contrair a doença.

Explicou-se também que uma das aproximações mais completas à compreensão da multiplicidade de dimensões que intervêm na saúde das pessoas e grupos, foi a do conceito de **Campo da Saúde** (health field), proposta por Lalonde no ano 1974. (1)

Neste modelo, representado na seguinte figura, a saúde está determinada por 4 factores: **A biologia humana, o meio ambiente, os estilos de vida e a organização dos cuidados de saúde.**

Figura 1. Componentes da saúde (campos) de Lalonde, 1974.



Fonte: OMS (http://www.who.int/social_determinants/es/)

Muitos autores indicam que este modelo está na base do modelo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que é apresentado em seguida.

Desde finais dos anos 80, em que os Organismos Internacionais (ONU, Banco Mundial, União Europeia, etc.), as Organizações Não Governamentais (ONG) e as instituições académicas focaram uma parte das suas acções em estudar as desigualdades sociais, entre elas as desigualdades em saúde, formulando diversos indicadores para a medição das mesmas, foram surgindo vários enfoques para tentar compreender os *porquês* das desigualdades.

Muitos deles procuram analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da rede de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Esses estudos identificam o desgaste do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente na situação de saúde.

2.1.1. Definição dos Determinantes Sociais da Saúde

A maior parte da carga de doenças - assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países – **é resultante das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem** (2). Esse conjunto de condições é chamado de “**determinantes sociais da saúde**”, termo que resume os determinantes sociais, económicos, políticos, culturais e ambientais da saúde (3), elementos identificados no Pacto sobre Direitos Sociais, Económicos e Culturais das Nações Unidas em 1996, descrito na unidade temática 1.

O modelo dos DSS consegue melhorar as deficiências do modelo multicausal, incorporando alguns elementos-chave, e pode explicar a maior parte das iniquidades na saúde, ou seja, das **diferenças injustas e evitáveis no estado da saúde das populações dentro de um país e entre os países**. Por exemplo, os DSS podem explicar porque certos grupos da população são mais susceptíveis que outros de padecer tuberculoses.

“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) (2,3)

Para a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), os DSS 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”.

A comissão homónima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adopta uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são: “as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham”.

Nancy Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como “os factores e mecanismos através dos quais as condições sociais afectam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de acções baseadas em informação”.

Tarlov (1996) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como “as características sociais dentro das quais a vida transcorre”. (4)

2.1.2. Modelos dos determinantes sociais da saúde

Entre os modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os diversos fatores estudados destacam o modelo de Dahlgren e Whitehead, o menos conhecido modelo de Didericksen, e o modelo de Solar e Irwin, mais recente e actualmente mais utilizado (4).

2.1.2.A. O modelo de Dahlgren e Whitehead (5)

O reconhecido modelo desenvolvido por Göran Dahlgren e Margaret Whitehead em 1991, também chamado modelo "arco-íris", foi 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, desde o nível individual até o das comunidades, afectadas por políticas de saúde nacionais. Tem sido o modelo dominante e mais utilizado para reflectir sobre os principais determinantes da saúde e equidade em saúde durante várias décadas.

Neste modelo, apresentado na seguinte figura, os DSS são abordados em camadas, desde aquelas que expressam as características individuais, até às que incluem os macro-determinantes do processo saúde-doença.

Figura 2. Modelo de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Dahlgren, G. y Whitehead, M., Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.

- Na base do modelo encontram-se **os indivíduos, com as suas características individuais**: biológicas de idade, sexo e factores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre o seu potencial e as suas condições de saúde.

- Na camada imediatamente externa aparecem **o comportamento e os estilos de vida individuais**. Esta camada está situada no limiar entre os factores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas "livremente" pelas pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais (informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc.).

A camada seguinte destaca a influência **das redes comunitárias e de apoio**, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo.

No próximo nível estão representados os factores relacionados **com as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação**, que tentam explicar porque as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado (condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços).

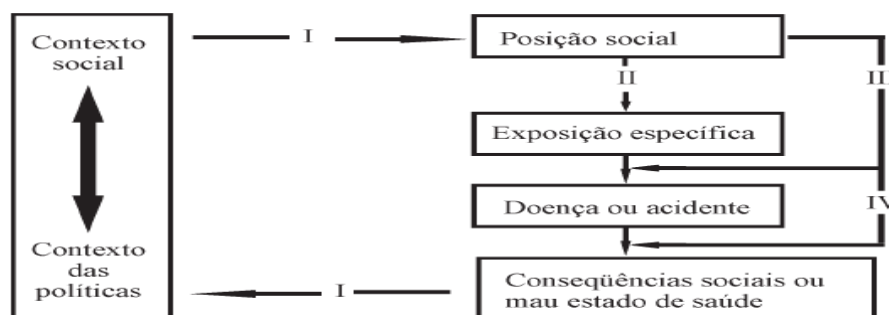
Finalmente, no último nível, estão situados os **macro-determinantes relacionados com as condições económicas, culturais e ambientais da sociedade, e que exercem grande influência sobre as demais camadas**.

Apesar das limitações encontradas posteriormente a este modelo, o mesmo permitiu aos investigadores das desigualdades em saúde, pensar e propor algumas hipóteses e avaliações sobre os factores que influenciam (determinam) a saúde das pessoas e, principalmente, ajudaram a explorar diferentes influências desses determinantes sobre as desigualdades na saúde e as interações entre os diferentes determinantes.

2.1.2.B. O modelo de Diderichsen e Hallqvist (4)

Este modelo, desenvolvido por **Diderichsen e Hallqvist em 1998**, foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead em 2001.

Figura 3. - Modelo de Diderichsen e Hallqvist



Esse modelo enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. O (I) representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos

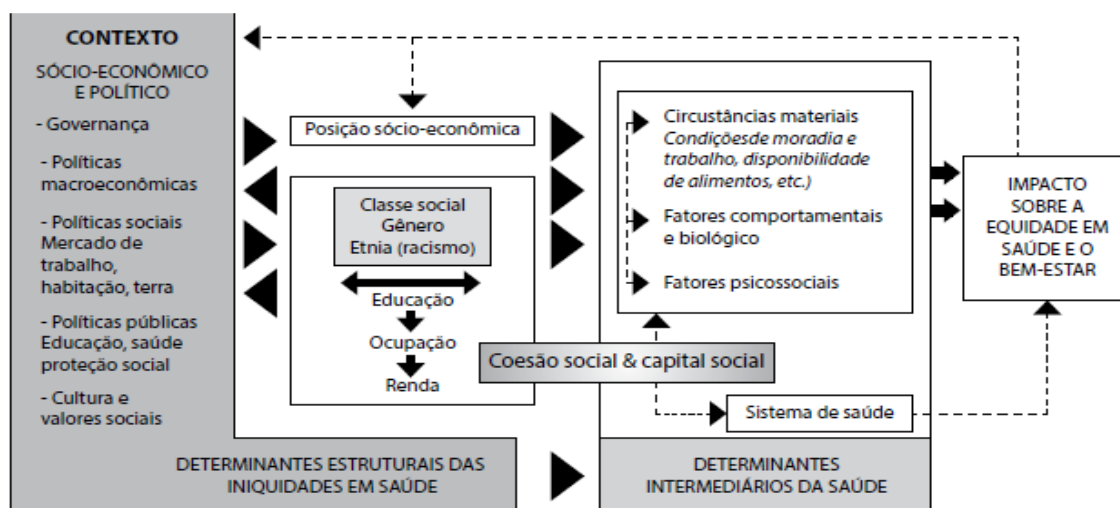
sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho. De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos, aparecem diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde (II); o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos (III); 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 a sua família.

Ambos modelos permitem identificar pontos para intervenções de políticas, no sentido de minimizar os diferenciais de DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos.

2.1.2.C. O modelo de Solar e Irwin ou modelo conceptual para a Comissão dos DSS e a OMS (6)

O modelo, proposto por Solar e Irwin em 2010, adiciona algum elemento extra ao modelo de Dahlgren e Whitehead, e procura representar em forma esquemática uma realidade social e política complexa. Este modelo foi adoptado na Conferência Mundial sobre os DSS de 2011, sendo incluído no relatório ‘Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde’ (3).

Figura 4. - Modelo de Solar e Irwin



Fonte: *A conceptual framework for action on the social determinants of health.* Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010.

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 (7)

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

a. Determinantes estruturais versus intermediários:

A ‘**estrutura**’ expressa como os mecanismos sociais, económicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconómicas, em que as populações são estratificadas de acordo com determinados factores. Os **determinantes estruturais** são considerados os determinantes mais importantes, justamente por esta capacidade estruturante, sendo os mais relevantes: a classe social e, em grande parte associada a ela a renda, a educação, a ocupação, o género, a raça/etnia e outros, assim como a existência de estruturas políticas ou de governança que reforcem ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao poder

económico. Esses determinantes geram posicionamentos sócio-económicos dentro de estruturas de poder, prestígio e acesso a recursos. Entre os mecanismos que geram e mantém essa estratificação destacam: as estruturas de governança formais e informais; sistemas de educação, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos productos; sistemas financeiros, o nível de atenção dado a considerações distributivas no processo de formulação de políticas; e a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de segurança e de proteção social (7).

Essas posições sócio-económicas, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (**determinantes intermediários**) e reflectem o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais. Entre os factores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, os autores destacam: 1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade; 2) políticas macroeconómicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral; 3) políticas sociais nas áreas de emprego, posse de terra e habitação; 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de segurança e de protecção social e 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade (7).

b. O que significa contexto sócio-político para este modelo:

Este modelo difere de outros no que toca à importância atribuída ao contexto sócio-político. Este é um termo deliberadamente amplo que se refere ao espectro de factores na sociedade que não podem ser medidos individualmente. O termo contexto, portanto, inclui um amplo grupo de aspectos estruturais, culturais e funcionais, cujo impacto sobre os indivíduos dificulta a quantificação, mas que exerce uma influência poderosa de formação de padrões de estratificação social e, portanto, sobre as oportunidades de saúde das pessoas. Dentro do contexto, portanto, são encontrados vários destes mecanismos sociais e políticos que geram, configuram e mantêm as hierarquias sociais, como o mercado de trabalho, o sistema educacional e as instituições políticas (7).

Os factores contextuais mais relevantes, ou seja, aqueles que têm um papel maior sobre a geração de desigualdades sociais, podem diferir consideravelmente de um país para o outro.

c. Níveis nos quais se pode lidar com as iniquidades na saúde

A aplicação deste modelo será crucial para a Comissão sobre DSS na tentativa de identificar o (s) nível (eis) no qual se desejam promover mudanças, para **lidar com os determinantes sociais de saúde através de políticas**. O modelo ajuda a situar esses níveis, esclarecer as suas relações e sugerir o escopo e limites das acções de políticas em cada área. A distinção básica crucial existe entre as políticas que buscam tratar os determinantes estruturais, ou seja, alterar a configuração da estratificação social existente, e as políticas e intervenções direcionadas aos determinantes intermediários de saúde.

Por exemplo, nalguns países a religião é um fator decisivo, e em outros, menos. As diferenças de contexto vão contra os enfoques de políticas sobre determinantes sociais de saúde do tipo "tamanho único". Como os mecanismos produtores de estratificação social diferem de acordo com o ambiente, certas intervenções ou políticas poderão ser efectivas num contexto específico, mas não em outros. Ao mesmo tempo, deve-se considerar o *timing* das intervenções de acordo com os processos locais, assim como, por exemplo, parcerias, disponibilidade de recursos, além da contextualização e compreensão da intervenção e/ou política pelos participantes em nível nacional e local (3).

2.2. ALGUNS DETERMINANTES ESTRUTURAIS INTERMEDIÁRIOS DA SAÚDE: Classe, Território, Género e Sistema de Saúde.

Como acima descrito, no modelo de Solar e Irwin, os DSS são diferenciados em intermediários e **estruturais**, sendo estes, pela sua capacidade estruturante, os que mais influência têm na saúde individual e colectiva. Entre eles destacam: a classe social e, em grande parte associada a ela, a renda, a educação, a ocupação, o território, o género, a raça/etnia, etc. De estes, apenas serão analisados a seguir: a classe social, o território e o género.

Quanto aos **determinantes intermediários** responsáveis dos factores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, apenas analisaremos os relativos às políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, nomeadamente os Sistemas de Saúde.

2.2.1. A Classe Social e Estratificação Social

A utilização do termo classe, ou classe social, é bastante comum tanto nos âmbitos académicos, políticos, os media, e, até, entre as populações de um certo nível educativo. Não é infrequente escutar os termos classe alta, média, baixa, classe trabalhadora, classe operária, empresarial, camponesa, mas o termo não é definido e compreendido da mesma forma por todos os que a utilizam ou os que estudam sobre as classes sócias e a sua estruturação.

Segundo Segura (8), os estudos sobre classe social, embora não fosse utilizado este termo, são antigos, remontam-se aos séculos XVIII e XIX. Por um lado, a aparição da Revolução Industrial manifestou a relação entre o aparecimento de doenças infecciosas e a concentração demográfica de grandes massas da população trabalhadora, migrantes desde o campo às cidades do campo, vivendo em condições insalubres, superlotadas e exploradas. Por outro lado, o desenvolvimento de registos de mortalidade e estatísticas de saúde possibilita "fazer as contas" e calcular algo tão simples e contundente como a diferença entre a idade média de morte de pobres e os ricos. Assim, descobriu-se que a morte era "democrática", mas nem tanto: acaba atingindo a todos, mas não da mesma forma e com a mesma idade.

Villermé, Chadwick e Virchow, foram os primeiros autores que trabalharam o controle das doenças no campo da modificação das condições de vida e do ambiente das pessoas, que contribuíram a revolucionar o pensamento médico.

Luis Villermé descobre o excesso de mortalidade nas famílias dos trabalhadores empregados nas fábricas têxteis e entre as fiandeiras do algodão de Mulhouse (França), em comparação com as famílias dos seus dirigentes.

Edward Chadwick observa como em Liverpool (Inglaterra) a média de vida era diferente para a aristocracia, os comerciantes ou os trabalhadores. Ele identificou as condições insalubres como fonte de doenças e propôs uma política de saneamento.

Rudolf Virchow, após investigar surtos de doenças infecciosas na Alta Silésia e em Berlim (Alemanha), concluiu que a pobreza e as condições de vida da classe trabalhadora, incluindo alimentação, moradia, acesso a água potável e esgoto, são responsáveis pelas diferenças na saúde.

A sociedade atual continua caracterizada pela nítida estratificação e pela existência de classes sociais, dois determinantes fundamentais para a compreensão de como as desigualdades sócio-económicas e de poder se "expressam" nos diferentes níveis de saúde. A análise da estrutura social pode ser realizada através de medidas de estratificação ou de classe social.

Os primeiros autores que incorporam o conceito de classe e de estratificação social no estudo da realidade social foram **Karl Marx e Max Weber** (9).

Para Marx, as relações de classe estão incluídas nas relações de produção e na propriedade desigual dos meios de produção. As classes sociais fundamentais do capitalismo do século XIX são: a **burguesia** (exploradora) que explora um **proletariado** que vende a sua força de trabalho para sobreviver.

Para Weber, as relações de classe refletem as diferentes oportunidades de mercado e consumo. Assim, a par da propriedade dos meios de produção, associam-se aspectos como o prestígio social relacionado com o estatuto profissional. A estratificação social tem a ver com as formas de classificar o nível social ou *status* dos indivíduos numa determinada ordem hierárquica usando medidas de ocupação, renda ou escolaridade. Estas medidas de posição social são utilizadas frequentemente nos estudos das Desigualdades Sociais em Saúde.

Para Martha Harnecker, filósofa marxista, as classes sociais “são grupos sociais antagónicos em que um se apropria do trabalho do outro pelo lugar diferente que ocupa na estrutura económica de um determinado modo de produção, lugar este fundamentalmente determinado pela forma específica de que está relacionado com os meios de produção ”

Segundo esta visão, existem duas classes sociais: burguesia e proletariado, embora entre as duas possamos considerar uma terceira: a pequena burguesia (8).

Nas últimas décadas, destaca-se a proposta do sociólogo neo-marxista Erik O. Wright. Para este autor a **classe social “refere-se ao conflito entre "trabalhadores" e "empreendedores" que está ligado à relação desigual da 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”**.

Em resumo, muitos autores, entre eles Segura (8), 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 mediante estratégias como a negociação colectiva ou a obtenção de mais conhecimentos e habilidades”**.

A ocupação, determinante profundamente associado à classe social, é uma das variáveis comumente encontradas nos censos populacionais, embora raramente nos registos de saúde.

Aproveitando a recolha desta informação, tem havido várias classificações da população em classes sociais com base na ocupação (“classes ocupacionais”). Um dos mais antigos é o do censo britânico (British Registrar General, BRG), que se desenvolveu no início do século 20 a partir de uma escala hierárquica de ocupações, de acordo com o nível de escolaridade ou aprendizagem implícita. Uma das principais vantagens é que permite comparar grupos de tamanho razoável, a associação com outras medidas de posição sócio-económica e a sua capacidade de predizer desigualdades em saúde. Entre as suas principais limitações (que experimentou mudanças ao longo do tempo), destaca o facto de mensurar a situação das mulheres e não estudar os mecanismos sociais que explicam as desigualdades em saúde (8).

Embora as classificações de estratificação social sejam «simples medidas graduais», têm demonstrado grande utilidade na saúde pública, dada a sua acessibilidade e elevada capacidade de predição das desigualdades em saúde. Porém, essas classificações não permitem explicar os recursos materiais ou os mecanismos sociais que afetam a produção de saúde ou as desigualdades. No entanto, vários estudos sugerem que a estratificação e a classe social medem diferentes aspectos da saúde colectiva (9).

Uma das classificações de classe social mais utilizada nas últimas décadas é a desenvolvida por Wright, baseada no controle de três tipos de bens: **produção, organização e qualificação** (9).

Este autor considera que devido ao surgimento e o papel de classe média devia ser realizada uma nova abordagem sobre as classes sociais. A classe média tem uma localização contraditória, sendo simultaneamente exploradora e explorada. A exploração contemporânea tem uma complexidade especial, pois gira em torno de três tipos de propriedade: a dos meios de produção, os ativos

organizacionais e os ativos de qualificação. Dependendo da posição em relação a esses três ativos, pode pertencer a 12 subcategoria de classe: 3 para proprietários e 9 para funcionários.

Em relação à produção: A posse de bens de produção gera três tipos de posições de classe: **os empresários** (autónomos que contratam trabalhadores), **a pequena burguesia** (autónomos que não contratam trabalhadores) e **trabalhadores que vendem a sua força de trabalho**.

Em relação aos bens organizacionais (poder e controle no local de trabalho), estes são determinados pelas relações no trabalho, como a influência nas políticas da empresa (tomada de decisão sobre o número de pessoas empregadas, produtos ou serviços realizados, etc.) e a autoridade.

Em relação às qualificações (especialista, semi-especialista e não qualificado) são determinados pelo nível de qualificação e as credenciais que os trabalhadores possuem.

Além desta classificação, mas intimamente relacionada às ligadas com os processos produtivos, nas ciências sociais e na linguagem comum a classificação mais utilizada é a de **classe alta, média e baixa, com subdivisões no interior destes estratos**.

Com o objectivo de facilitar e harmonizar conceitos e classificações de classe a nível europeu, no ano 1998 foi definida a Classificação Socioeconómica Europeia, (ESC) com 10 segmentos, tal como pode ser observada a seguir.

Tabela 1. As 10 classes sociais, segundo a Classificação Socioeconómica Europeia (ESC)

NIVEL	TIPOLOGÍA
1	Grandes empregadores, diretivos e profissionais de alto nível
2	Diretivos e profissionais 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 de serviços e comércio de nível inferior
8	Trabalhadores manuais qualificados
9	Trabalhadores não qualificados
10	Excluídos do mercado do trabalho, trabalho “informal” e desempregados de longa duração

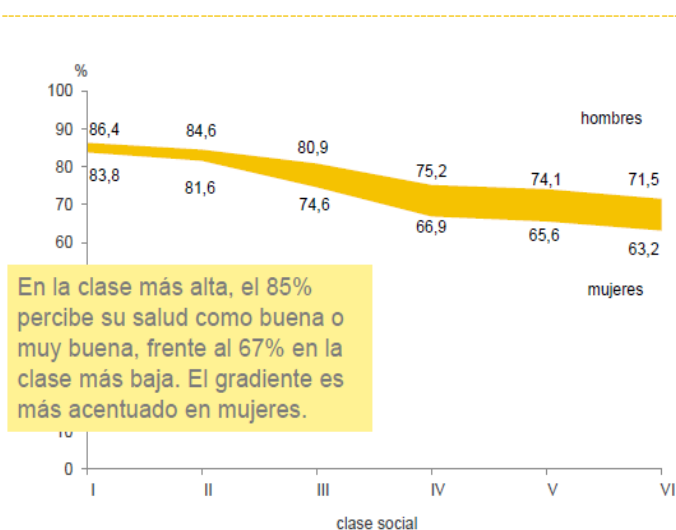
Fonte: Requena, M. “Estratificación y clases sociales”. Capítulo V. “Informe España 2011” Fundación Encuentro. Acessível em: http://www.fund-encuentro.org/informe_espana/descargar.php?id=2011-C5 (10)

Em muitos países do mundo, entre eles Espanha (desde 1987), são realizados Inquéritos Nacionais de Saúde (INSE), que analisam tanto a saúde percebida da população, como diversos os indicadores “objectivos” de saúde, sendo a informação obtida desagregada em função de distintas variáveis. Isto permite analisar a relação de diversos DSS nos níveis de saúde da população entre eles a classe social e/ou nível sócio-económico. Nestes Inquéritos as classes são estratificadas em seis grupos, desde I (mais alta) até VI (a mais baixa).

Desde 1987, todos os Inquéritos realizados refletem um claro gradiente social na percepção de saúde: As classes sociais (classes ocupacionais) mais altas têm melhor auto-percepção de saúde do que as classes mais baixas, tanto em homens quanto em mulheres.

Por exemplo, os dados da INSE do ano 2018 (11) relativos à valoração sobre a sua saúde indicam que existe uma grande heterogeneidade social na avaliação positiva da saúde. 85% das pessoas da classe social mais favorecida percebem a sua saúde como boa ou muito boa, sendo que entre as menos favorecidas essa percentagem é menor (67%), tal como se observa no seguinte gráfico.

Gráfico1. Percepção positiva do estado de saúde e classe social (População de 0 e mais anos)



Fonte: Ministerio de Salud del Gobierno de España. Encuesta Nacional de Salud 2018. Disponível em : https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf e <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.h>

Deste modo, tal como foi analisado na UT anterior, os factores de risco e as doenças (agudas e crónicas) também têm um claro gradiente social. A prevalência de factores de risco cardiovascular metabólicos e outras doenças crónicas continua a aumentar. A diferença entre a classe social mais alta e os mais desfavorecidos, e de 12 pontos percentuais. Este gradiente social também se observa no sedentarismo (ler, ver televisão, ir ao cinema, etc.). Por outro lado, factores de risco como o consumo de fruta, verdura e refrescos açucarados estão também influenciados pela classe social.

Este gradiente de classe também é evidente no risco de padecer problemas de saúde mental, especialmente para as mulheres, e no consumo de psicotrópicos e tranquilizantes, relaxantes e medicamentos para dormir, que é claramente maior nas classes sociais mais desfavorecidas.

A pesar de que a posição de classe (classe ocupacional) das pessoas é a principal forma de analisar a estratificação social e a sua relação com a saúde, muitos estudos utilizam outros indicadores (DSS), tais como: o nível educacional (um bom indicador, com grande capacidade discriminatória, pois é estável e cobre toda a população (não só quem está no mercado de trabalho, como ocorre nas medidas de classe por ocupação, o nível sócio-económico médio, o local de residência (território) e o género.

2.3.2. O território: Análise geográfica e territorial.

Tendo em conta que a situação de segmentação social e de saúde se repete, em menor ou maior grau, em todos os países, com padrões espaciais próprios, é importante analisar outro dos DSS, o Território, isto é, o lugar onde as pessoas moram e/ou trabalham.

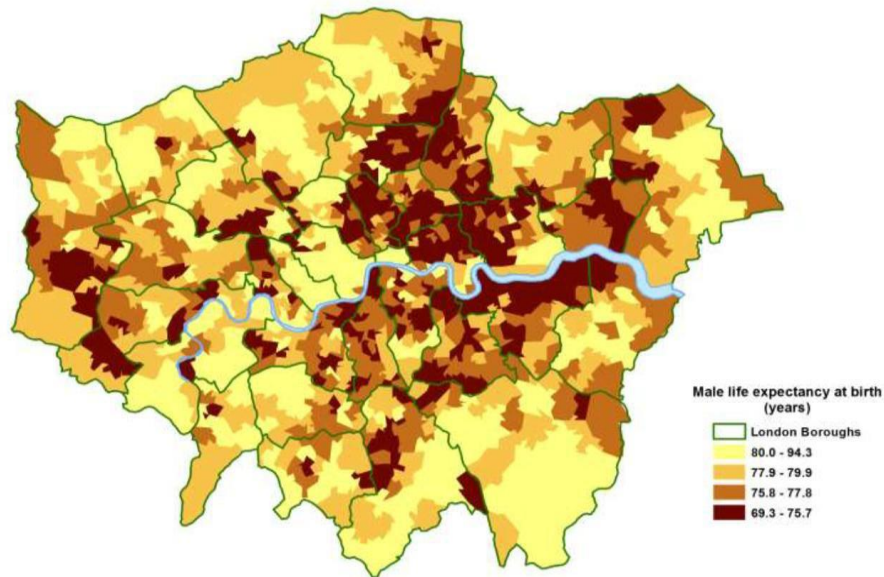
Tal como indicam Benach e outros (12), inúmeros estudos mostram claramente como o efeito dos DSS é amplo e persistente, dependendo do local ou território onde se vive. Por exemplo, as classes sociais mais exploradas e empobrecidas, muitas vezes, vivem em bairros "marginalizados" onde sofrem múltipla 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, quer sejam de natureza social, ocupacional ou ambiental. Mas, além disso, um grande número de factores geográficos acumulam-se nos territórios, com importantes influências na saúde. Alguns estudos de caso particularmente interessantes encontram-se nas cidades e nas áreas urbanas e peri-urbanas, onde hoje a maior parte da população mundial está concentrada. Os governos municipais têm um impacto significativo nas desigualdades na saúde, ao decidirem políticas relacionadas com a planificação urbana, transporte, habitação, serviços para crianças e idosos, serviços sociais e ambientais, além de políticas laborais, relativas ao emprego, economia e cultura locais, entre muitos outros. Embora a maioria dessas políticas seja geralmente da responsabilidade do Estado, os governos municipais têm uma notável capacidade de modificar a situação sócio-geográfica dos bairros e dos territórios através das suas políticas.

Os estudos que hoje mostram a existência de desigualdades na saúde, em territórios e cidades são inumeráveis. Por exemplo, nos Estados Unidos, a diferença na esperança de vida entre alguns Estados é de quase 20 anos. Alguns municípios no estado de Dakota do Sul têm, em média, 12 anos a menos de esperança de vida em homens e 17 em mulheres do que em Minneapolis ou Utah (12).

Outro exemplo encontra-se na cidade escocesa de Glasgow. O bairro de Calton, muito pobre, tem uma esperança de vida ao nascer de cerca de 55 anos, enquanto a poucos quilómetros de distância, em Lenzie, a esperança de vida excede os 80 anos de idade. Isso significa que em Glasgow existem bairros que têm uma esperança de vida entre as mais altas da Europa, enquanto outros têm uma esperança de vida inferior à média da Índia (11).

Outro exemplo bem conhecido é a diferença na esperança de vida ao nascer entre os bairros de Londres, que é de quase 20 anos nos homens e cerca de 15 anos nas mulheres, tal como mostra a seguinte figura (12).

Mapa 1. Desigualdades na esperança de vida ao nascer nos bairros de Londres para os homens.

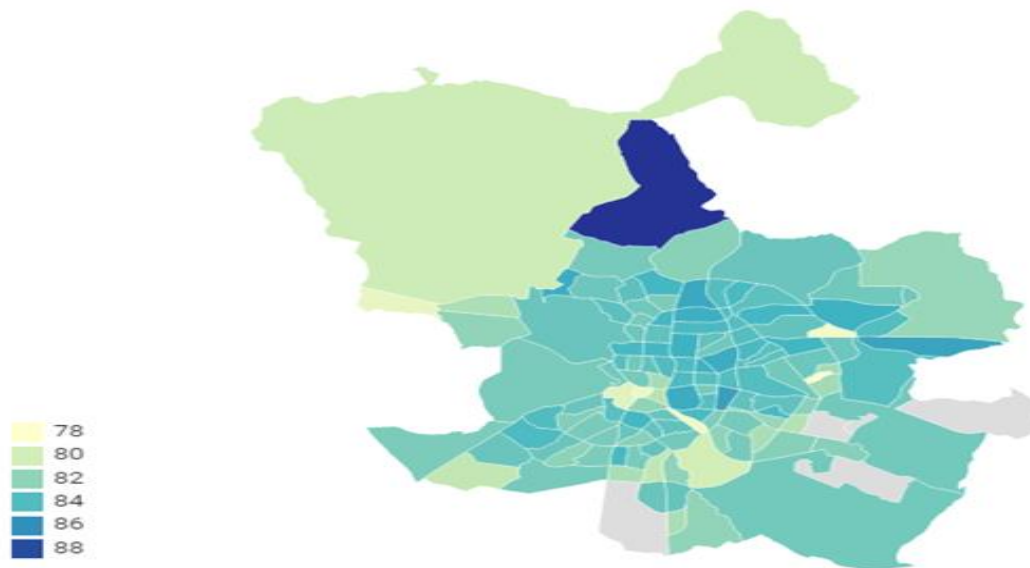


Fonte: Benach. J. Introdução aos determinantes sociais e às desigualdades na saúde. Material do curso sobre DSS. Medicus Mundi Moçambique. Maputo 2018 (12)

Actualmente, em Espanha, observam-se, numa escala bem diferente, desigualdades semelhantes às acima apresentadas.

Na cidade de Madrid (Espanha), segundo dados do ano 2018, do ranking de vulnerabilidade elaborado pela Câmara Municipal de Madrid, em colaboração com a Universidade Carlos III, o fosso entre o norte e o sul na cidade de Madrid, que marca uma linha divisória clara da pobreza, associado a vários factores (entre eles: classe, território, ocupação e género), é especialmente evidente nos indicadores de esperança de vida. As diferenças máximas ultrapassam os 10 anos, desde os 78,4 anos de expectativa de vida dos moradores do bairro de Amposta (distrito municipal de San Blas, no Sudeste da cidade) aos 88,7 anos do bairro de El Goloso (distrito de Fuencarral- El Pardo, no Norte da cidade). As diferenças económicas estão directamente associadas com a expectativa de vida. No segundo bairro referido, o rendimento médio por agregado familiar ultrapassa os 52.600 euros, enquanto no primeiro é de 20.885 euros (11).

Mapa 2. Expectativa de vida nos bairros da cidade de Madrid, por anos

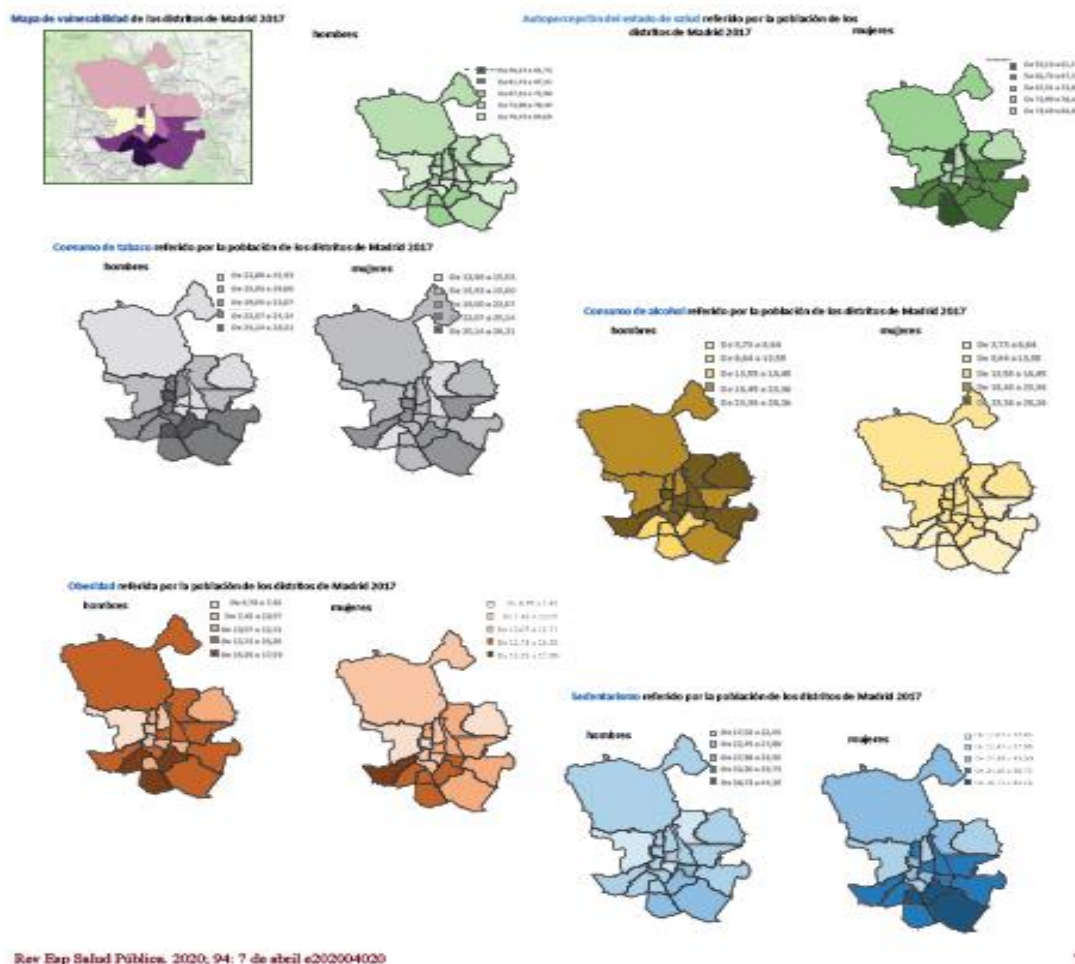


Fuente: [Datos abiertos de Madrid - Conseguir los datos - Created with Datawrapper](#)

Fonte: Diário 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. (13) e Ayuntamiento de Madrid. Estudio de salud de la Ciudad de Madrid. Madridi .2018. Disponível em: <http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2020/06/Estudio de Salud de la CiudaddeMadrid 2018ok.pdf> (14)

Esta situação de gradiente social em função do bairro onde as pessoas moram observa-se em todas as variáveis que intervêm na saúde, como se pode apreciar nos seguintes mapas.

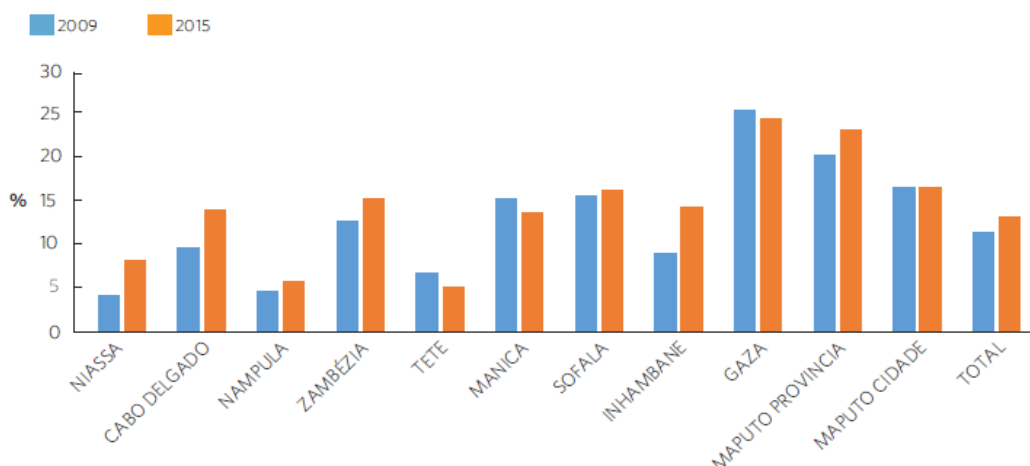
Mapas 3. Vulnerabilidade, auto-percepção do estado de saúde, qualidade de vida em relação à saúde e saúde mental, consumo de tabaco, e álcool, obesidade e sedentarismo. Distribuição territorial pelos distritos da cidade para homens e mulheres.



Fonte: Esteban, MM; Fernandez,E; Jimenez, R; Hernández, V; e outros. “Salud e incidencia y diferencias en vulnerabilidad territorial de la ciudad de Madrid”. Rev. Esp. Salud Publica vol.94. Madrid 2020. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272020000100060 (15)

Para vários autores, entre eles Benach (12), as pesquisas epidemiológicas com base no território são úteis em vários sentidos. Por um lado, no campo descritivo, pois permitem, por exemplo, identificar padrões sócio-sanitários nos territórios, localizar áreas de alto e baixo risco, ou observar a evolução dos indicadores de saúde, etc. Do ponto de vista político e comunitário, os estudos permitem estabelecer prioridades políticas a partir do estabelecimento de classificações, e também planificar políticas e intervenções sócio- sanitárias. Finalmente, do ponto de vista analítico, a pesquisa geográfica pode ajudar a estabelecer associações do tipo agregado ou ecológico entre factores sociais e de saúde, ou realizar estudos a vários níveis onde seja possível discernir o impacto relativo na saúde dos factores individuais e territoriais.

Gráfico 1.- Prevalência de HIV na população de 15-49 anos. Moçambique 2009 – 2015



Fonte: Fundo das Nações unidas para a População. Suplemento do Relatório da Situação da População Mundial – Moçambique, 2017.

Disponível em: <https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/submissions/SECTION%20VI%20-%20ANNEX%20Ia ITEM%206%20SWOP%20Supplement%20Cover.pdf> (16)

2.3.3. Sexo- Género

O sistema de sexo-género é uma categoria de análise que foi introduzida nas ciências sociais nos últimos anos e que permite questionar os nossos valores e crenças nas relações entre os sexos. Utilizar o género como categoria da análise permite compreender as relações de subordinação e dominação que existem entre mulheres e homens. A distribuição desigual de poder entre os sexos influencia o modo como as mulheres e os homens podem desenvolver as suas habilidades pessoais, profissionais e sociais. Ambas as categorias são fundamentais para o estudo das desigualdades na saúde, uma vez que estão relacionadas a riscos muito variados e a diferentes resultados da saúde.

No entanto, ambos os conceitos são frequentemente confundidos ou mal utilizados.

- **O Sexo refere-se às características biológicas (físicas, anatómicas e fisiológicas) diferenciais que existem entre mulheres e homens.**
- **O Género é um constructo social baseado num conjunto de ideias, crenças, representações e atribuições sociais construídas em cada cultura, tomando como base a diferença sexual (17).**

A OMS, que tem um departamento específico sobre género¹, define ambos termos da seguinte forma: (18):

- **Sexo:** Refere-se às características biológicas e fisiológicas que definem homens e mulheres;
- **Género:** Refere-se aos papéis socialmente construídos, comportamentos, actividades e atributos que uma sociedade considera adequado para homens e mulheres (o "masculino" e o "feminino").

¹ Disponível em : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Tabela 2. - 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 têm um desenvolvimento muscular superior ao das 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, sendo que às mulheres até 2018 não era permitido. - Exemplos em Moçambique: as mulheres não podem ser facilmente chefes tradicionais ou “sobas”, etc.

Fonte: USAID. AAM (Associação Angolana para a mulher) MSH (Management Sciences por Health). Manual sobre Saúde Sexual e Reprodutiva para Activistas, Promotores de Saúde e Professores em Angola”. Angola. Maio 2015 (19)

A ONU, nos trabalhos preparatórios para a Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, adoptou o termo "género" como uma ferramenta de análise da realidade das mulheres. Para a equipa de trabalho o género **“é a forma em que todas as sociedades do mundo determinam os papéis, as atitudes, valores e relações referentes aos homens e às mulheres. Enquanto o sexo se refere a aspectos biológicos derivados de diferenças sexuais, o género é uma definição de mulheres e homens culturalmente construída e com implicações políticas claras.”**

Este conceito foi adoptado na Conferência Mundial sobre as Mulheres em Pequim (1995), nos seguintes termos **“o género refere-se aos papéis sociais construídos para as mulheres e homens, com base no sexo, que dependem de um particular contexto sócio-económico, político e cultural, e que são afectados por outros factores como a idade, a classe, a raça e a etnia”** (20).

Assim sendo, é claro que o conceito de género é mais abrangente que o de sexo. O género está institucionalizado e faz parte da estrutura social que condiciona as relações de homens e mulheres, a vários níveis, a partir dos papéis de género. Segundo Andersen, os papéis de género **“são os padrões através dos quais se expressam as relações de género”** Estes variam no espaço e no tempo, mas **“determinam as expectativas para o comportamento e as atitudes que a cultura define como mais apropriadas para mulheres e homens. (20).** As expectativas de género associadas à masculinidade e à feminilidade, condicionam os papéis de género, tanto dos homens como das mulheres.

Os papéis de género envolvem alguns modelos de comportamento diferentes para os homens e mulheres. Prescreve-se o que devem fazer, como devem organizar a sua vida e desenvolver as suas capacidades. As características assignadas para o feminino e o masculino determinam os comportamentos que cada pessoa deve ter em função do género.

De forma simples, podemos definir os papéis de género como: **o conjunto de tarefas e funções atribuídas a mulheres e homens numa dada sociedade e num momento histórico específico** (20).

Tradicionalmente, as tarefas realizadas pelas mulheres que são esperadas estão relacionadas com o espaço privado, ou seja, com o trabalho doméstico não remunerado.

Quando é atribuído às mulheres este conjunto de tarefas, dizemos que elas desempenham um **papel reprodutivo**. Os homens, por outro lado, devem ocupar o espaço público, onde são tomadas as decisões políticas e económicas. A eles é atribuído o papel **produtivo**, do trabalho pago que dá poder e prestígio.

Apesar de que os papéis de género variam de uma sociedade, ou de uma cultura para outra, o que se observa como comum é que em todas as sociedades as tarefas que executam os homens desfrutam de maior prestígio social do que as realizadas pelas mulheres.

Os estereótipos são ideias pré-concebidas, simples, que estão profundamente enraizados e determinam as condutas, comportamentos e as atitudes que devem ter as pessoas, dependendo do grupo ao qual pertencem.

Os estereótipos de género “referem-se a atributos pessoais, ou seja, abrangem propriedades físicas, características de personalidade e padrões de comportamento, e são essencialmente estruturas cognitivas organizadas que facilitam a categorização e simplificação do ambiente social” (21).

Tabela 3. Alguns dos estereótipos associados ao homem e à mulher

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

Fonte: “Manual Digital de Género”. Coordinadora de ONG de la Comunidad de Madrid (17)

Apesar de que os **estereótipos de género 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 uma desigualdade de género.**

A igualdade de género, face à desigualdade de género, refere-se ao facto de que as mulheres e os homens, independentemente das suas diferenças biológicas, têm os mesmos direitos. Direito a beneficiar dos mesmos bens e serviços na sociedade referentes à educação, saúde, justiça, emprego, etc.; assim como também a tomada de decisões nas áreas da vida social, económica, política, cultural e familiar.

A igualdade de género constitui a aceitação das diferenças entre homens e mulheres, procurando o ideal de um equilíbrio em que nenhum dos dois sexos deve, injustamente, prejudicar o outro.

Neste sentido, nos últimos anos existe uma grande sensibilização para as questões de género. As Nações Unidas, particularmente algumas agências como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Organização das Nações Unidas para a Mulher (ONU MULHER), entre outras, cientes das

desigualdades de género, tem vindo a desenvolver instrumentos para medir o Desenvolvimento e as Desigualdade de Género (22).

- **O Índice de Desenvolvimento de Género (IDG) ajustado à desigualdade:** mede as diferenças de género no desempenho relacionadas com o desenvolvimento humano, tendo em conta as disparidades entre mulheres e homens nas três dimensões básicas do desenvolvimento humano, tais como **a saúde, o conhecimento e o padrão de vida, usando os mesmos indicadores que o Índice de Desenvolvimento Humano (pobreza, valores)**. Mede as diferenças de género em realizações em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: **saúde, medida pela esperança de vida à nascença para homens e mulheres; educação, que é medida pelo número de anos de escolaridade esperados de homens e mulheres na infância e média de anos de escolaridade de homens e mulheres adultos com 25 anos ou mais; e igual controlo sobre os recursos económicos, medido para homens e mulheres com base nos ganhos estimados de renda.**

O IDG revela o nível de atraso experimentado pelas mulheres em relação os homens e como eles avançam em todas as dimensões do desenvolvimento humano para colmatar o atraso das mulheres. 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). Esta é uma medida composta que reflete a desigualdade nas realizações entre mulheres e homens em três dimensões: **saúde reprodutiva**, medida pela taxa de mortalidade materna e pela taxa de partos na adolescência; **empoderamento**, medido pela percentagem de assentos no parlamento e a população com, pelo menos, uma parte do ensino secundário realizada; e, **mercado de trabalho**, medido pela taxa de participação na força de trabalho.

Tabela 4. Indicadores de Género em Moçambique segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano. Ano 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

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano 2019. PNUD. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf (23)

2.3.3.A.- A análise de género

Embora a análise de género, que começou a ser incorporada no estudo de diferentes dimensões da vida social, ente eles a saúde, nas últimas décadas do século XX, o que permite analisar as desigualdades na saúde, se centre apenas nas mulheres, o sexo e o género também são determinantes da saúde dos homens. Portanto, ambos os factores devem ser analisados, não apenas desagregando os resultados das pesquisas por sexo, mas estudando também o género como um conceito psicológico, cultural e social.

A análise de género é importante para a saúde por vários motivos, entre eles:

- **Ajuda a entender:** Diferentes factores de risco, a exposição às doenças, a sua manifestação, as diferenças na gravidade e frequência das doenças e a resposta da cultura, da sociedade e do sistema de saúde a estes problemas, para homens, mulheres e crianças de ambos sexos.
- **Destaca as diferenças no acesso** aos cuidados e aos recursos de saúde, assim como a informação, o transporte, a comunicação, os serviços e o processo de tomada de decisões, entre os homens, mulheres e crianças de ambos sexos.
- **Reconhece as diferentes contribuições nos cuidados de saúde:** formal, informal e não remunerada na família.

Para facilitar o processo de realização da análise de género na saúde, foi desenvolvida uma ferramenta concreta e simples, a **matriz de análise de género**, que permite analisar os efeitos de sexo e género no estado de saúde de homens e mulheres, o acesso e controlo sobre os recursos, bem como o impacto sobre a saúde. A realização desta matriz ajuda a reconhecer as semelhanças e diferenças entre homens e mulheres, em relação a vários problemas ou situações de saúde. Por exemplo, revela em que problemas de saúde há maior probabilidade de ficar doente, quando, onde (em que circunstâncias), porquê, e outros aspectos e resultados de saúde.

Na seguinte tabela é apresentada a matriz de análise de género de um problema de saúde concreto: a Malária.

Tabela 5. Matriz de análise de género de um problema de saúde. Exemplo: Malária.

Problema de saúde	Como é que as diferenças biológicas e fisiológicas influenciam as mulheres e os homens?	Como é que os papéis e as regras de género afectam a saúde das mulheres e dos homens?	Como é que o acesso e o controlo sobre os recursos afectam a saúde das mulheres e dos homens?
Risco para a saúde e vulnerabilidade	A malária é quatro vezes mais provável de afectar as mulheres grávidas do que outros adultos, porque: <ul style="list-style-type: none"> - A gravidez aumenta a "puxar" para os mosquitos. - Mudanças no sistema imunológico. - A população com HIV tem maior probabilidade de contrair a malária. - A falta de conhecimento sobre a etiologia da malária na patologia e fisiologia da gravidez. - A malária pode ser assintomática durante a gravidez, o que diminui a procura de serviços de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em certas sociedades os homens têm maior risco pelo tipo de ocupação (agricultura, minas de ouro, o trabalho à noite, comércio). • Mais rapazes nas noites que raparigas. • Papel da mãe que entrega redes mosquiteiras a outros membros da família e não para ela. • Nalgumas sociedades, os homens gastam mais tempo fora de casa, na noite, que as mulheres. • Nalgumas áreas, as raparigas não recebem os mesmos cuidados que os rapazes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Normalmente, as mulheres controlam poucos recursos financeiros para pagar pelos cuidados e a compra de redes mosquiteiras. • As mulheres são geralmente mais responsáveis pela manutenção das redes mosquiteiras, mas a falta de controlo do dinheiro poderia limitá-las na compra de insecticidas para a sua manutenção.
Capacidade de acesso e utilização de serviços de saúde	A exclusão tradicional das mulheres nos testes clínicos das vacinas, poderia resultar em vacinas com efeitos colaterais imprevistos para as mulheres.	<ul style="list-style-type: none"> • Profissões tradicionais dos homens poderiam estar distantes dos serviços de saúde. • Em certas sociedades, as mulheres têm de pedir permissão aos maridos no 	<ul style="list-style-type: none"> • Os horários de atendimento não são adaptados às necessidades dos homens.

		<p>acesso ao tratamento delas e dos filhos / as</p> <ul style="list-style-type: none"> •As mulheres não têm quem se possa ocupar dos filhos quando precisam de ir aos serviços de saúde •As mulheres não têm tempo devido às suas múltiplas tarefas e os horários de atenção nem sempre são os mais adequados. •Os homens poderiam ter prioridade no uso de redes mosquiteiras como fornecedores da casa, ou por terem um melhor <i>status social</i>. •Programas de prevenção baseados na comunidade têm falhado em áreas onde os padrões sociais não permitem que as mulheres participem em eventos da comunidade. • Alguns provedores de saúde poderiam descartar sintomas de malária em mulheres, como sendo uma queixa da gravidez. •As atitudes dos homens afectam a adesão ao tratamento. 	
<p>Resultados em saúde e consequências dos problemas de saúde (por ex. económicas e sociais)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A gravidez pode complicar o curso da doença. • Complicações da gravidez, anemia, parto prematuro. • Aumento da morbilidade e mortalidade materna. 	<p>As dificuldades das mulheres no acesso aos serviços, atrasa o tratamento, portanto, é provável uma recuperação mais lenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • As mulheres têm que parar as suas actividades produtivas para cuidar os doentes. • As tarefas das pessoas doentes de malária são assumidas pelas mulheres. • A Deslocação frequente dos homens não permite uma continuidade. 	<p>Os homens têm mais capacidade de poder receber tratamento e recuperar de maneira mais rápida</p>

Fonte: OMS. Género, salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2015(93:743). (20). Disponível em: <http://www.who.int/gender-equity-rights/news/gender-health-sdgs/es/>

Existem critérios para a definição de indicadores sensíveis à dimensão do género, assim como indicadores de processos recomendados para a incorporação da perspectiva de género, que, devido à sua extensão,

não serão objecto de explicação neste capítulo. A proporção de altos funcionários, por sexo e grau, cuja descrição do posto inclui o conhecimento das questões de género, ou a percentagem do orçamento atribuído a questões de género, são exemplos de indicadores sensíveis para as questões de género.

2.3.3.B.- A perspectiva de género nos programas de saúde

A perspectiva de género é extremamente útil em análises de saúde e, tal como já foi explicado anteriormente, demonstra que os indicadores de uso dos serviços, os hábitos e as taxas de morbimortalidade diferem entre as pessoas devido às suas condições específicas de vida.

Tal e como descreve Cune (24), por exemplo, os homens, geralmente, utilizam menos os serviços de Cuidados de Saúde Primários (CSP) que as mulheres. Mas, pelo contrário, utilizam mais os serviços de emergência (excluindo as complicações obstétricas), muitas vezes por causa da violência, acidentes e mesmo por doenças muito avançadas, não consultadas a tempo por parte desses mesmos homens, por considerarem que ir à US é “coisa de mulher”. As questões de género, de poder e as hierarquias sociais e familiares fazem com que os filhos sejam um meio de consolidar ou melhorar o estatuto social ou familiar, já que os filhos são percebidos como necessários e não apenas como desejados (24).

Neste contexto, os programas de planeamento familiar (PF) devem combinar as necessidades das mulheres que não queiram ter filhos, das que queiram espaçar as gravidezes, das que queiram, mas não conseguem ter filhos e daquelas que jamais poderão ter filhos, apesar de ser esse o seu desejo e necessidade. Exemplo que mostra a necessidade de desenhar programas que consideram as especificidades dos utentes, mesmo que estes sejam da mesma comunidade.

Quanto às relações de poder entre as pessoas envolvidas, estas podem ocorrer até entre pessoas do mesmo sexo e não só entre pessoas de sexos diferentes.

No relatório de Perfil de Género de Moçambique do ano 2016 (25), baseado nas entrevistas realizadas para o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS), indica-se que os papéis de género e as dinâmicas de poder e relações entre homens e mulheres influenciam quase todas as decisões relacionadas com a saúde, tal como se pode apreciar na seguinte tabela.

Tabela 6. Tomada de decisão nos cuidados de saúde

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%

Fonte: Ministério do Género, Criança e Acção Social. Perfil de Género de Moçambique do ano 2016. Disponível em: http://www.mgcas.gov.mz/st/FileControl/Site/Doc/4021perfil_de_genero_de_mocambique.pdf (25)

Conforme vem indicado na tabela acima, em 32% dos casos, é o esposo que toma a decisão sobre a saúde da mulher, e em apenas 22% dos casos, é a própria mulher que toma a decisão. É importante sublinhar que o poder de decisão das mulheres em relação à sua saúde é directamente proporcional ao nível de instrução e a independência económica.

Além disso, as barreiras resultantes das normas culturais também têm impacto na utilização do serviço por mulheres e por homens. Por outro lado, muitas vezes os homens e rapazes não procuram os serviços de saúde devido ao estigma, à pressão da comunidade, normas culturais e estrutura dos serviços. As instituições de Saúde são vistas como espaços femininos.

A questão de género é ainda notória na própria estrutura dos serviços de saúde, onde muitas mulheres prestam serviços tidos como aptos para mulheres, tais como enfermagem, pediatria e cuidados de doentes no geral, enquanto os homens fazem actividades como cirurgias, motoristas e guardas. Existem, entretanto, áreas nas quais ambos realizam as tarefas, como o caso de enfermeiros, serventes e motoristas. Algumas dessas divisões de trabalho da saúde respondem às divisões de género estabelecidas pelas próprias comunidades, e contribuem para facilitar o acesso às US.

Por exemplo, nas zonas rurais, principalmente, algumas mulheres e respectivas famílias sentem-se desconfortáveis ao saber que serão atendidas por um enfermeiro nas consultas de ginecologia e obstetrícia. Podendo acontecer o mesmo com parturientes ao ser assistidas por parteiras que considerem ter a idade das suas filhas. Em ambos os casos, chegam a recusar ir aos serviços, ou referem gastar mais recursos e ir mais longe em busca de um serviço que não apresente essas dificuldades para elas.

Alguns destes desafios são maioritariamente enfrentados a nível dos serviços de Saúde Materno Infantil (SMI), uma situação compreensível num país, como Moçambique, com escassez de recursos humanos onde estes devem ser priorizados e alocados em detrimento de outras áreas.

Entretanto, esse modelo que otimiza os recursos priorizando a atenção à mulher, pertinente para algumas questões, torna-se inadequado para outras porque mantém os homens afastados dos serviços de ambos exemplos respondem à hierarquização social por sexo e idade. Assim quando eles são solicitados a comparecer na US dificilmente aparecem, e quando aparecem fazem-no na qualidade de acompanhantes das respectivas parceiras.

Compreender as questões de género para além do sexo permite analisar melhor a utilização dos serviços de saúde, e com base nessa análise contribuir para o desenho de serviços de saúde mais ajustados aos problemas, necessidades e especificidades dos utentes, aumentando deste modo a sua satisfação e promovendo o aumento da procura dos serviços, aspecto que analisaremos brevemente no seguinte eixo de DSS: Os Sistemas de saúde.

A modo de conclusão, e tal como indica Benach (9), apesar de que uma parte importante dos estudos sobre os DSS e os eixos da desigualdade na saúde foram realizados de forma independente segundo a classe social, sexo / género, território ou outros eixos de desigualdade, o autor considera que é fundamental a abordagem sociológica chamada de "interseccionalidade". Por tal, entende-se o estudo conjunto de determinados factores, por ser muito mais completo e útil. De facto, uma visão individualizada, como a do sexo ou profissão, por exemplo, não é suficientemente rica e complexa para capturar toda a realidade inerente à saúde. Doutra lado, a visão interseccional permite entender melhor as diferentes posições e identidades sociais das pessoas e grupos sociais. Finalmente, essas identidades coexistem ao mesmo tempo e interagem simultaneamente entre si, até naturalizar na vida os comportamentos e a saúde de cada indivíduo e grupo. Quer dizer, essas identidades que compõem os diferentes grupos sociais estão ligadas entre si através de mecanismos inter-relacionados e de relações de poder, que criam uma tensão permanente, de conflito e influência entre os privilegiados / poderosos e os oprimidos,

2.3.4. Os Sistemas de Saúde.

Outro dos DSS, é o **sistema de saúde**. O papel do sistema de saúde, determinante intermediário, torna-se particularmente relevante no que diz respeito ao **acesso ao sistema, factor que engloba as diferenças de exposição e vulnerabilidade**, tal como foi descrito na UT anterior.

A maior parte das pesquisas realizadas sobre políticas de saúde tem-se centrado nas acções curativas e de melhoria da eficácia dos serviços prestados. Igualmente, uma proporção considerável das pesquisas em saúde pública centra-se na prevenção das doenças entre as pessoas em grupos de alto risco, dando

preferência às acções individuais em relação aos estilos de vida. No entanto, nos últimos anos, cada vez são mais frequentes os estudos sobre o papel que desempenha a organização dos sistemas de saúde, entendidos como DSS, na melhoria da equidade em saúde. Estes estudos afirmam que os sistemas de saúde são consequência de processos sociais e políticos. **Portanto, os sistemas de saúde são determinados socialmente e, na verdade, são um DSS de grande importância** (26).

Segundo a OMS, os Sistemas de Saúde têm 6 componentes básicas: prestação de serviços e cuidados; informação e pesquisa; produtos e tecnologias médicas; trabalhadores sociais e de cuidados de saúde; financiamento; liderança e governança.

O papel do sistema de saúde torna-se particularmente relevante no que diz respeito ao **acesso ao mesmo, factor que engloba as diferenças de exposição e vulnerabilidade**.

Isto está fundamentalmente relacionado com os modelos pessoais e não-pessoais de organização e de fornecimento de serviços de saúde. O sistema de saúde pode tratar directamente as diferenças de exposição e vulnerabilidade, não somente melhorando o acesso aos cuidados médicos, mas também **promovendo acções intersectoriais para melhorar o estado de saúde**. Um exemplo disso é a inclusão de suplementação alimentar no sistema de saúde. Outro aspecto de grande importância é o papel do sistema de saúde na mediação das diferentes consequências da doença sobre a vida das pessoas (6).

A organização e os valores incorporados a um sistema de saúde podem afectar a exposição e a vulnerabilidade das pessoas a esses mesmos problemas de saúde. Projectados de forma adequada, os sistemas de saúde podem enfrentar o problema da desigualdade na exposição e a vulnerabilidade entre os grupos de população, particularmente das mulheres, por exemplo: melhorando a equidade no acesso, mediante a promoção da acção intersectorial; estimulando as comunidades a participar de processos de tomada de decisões; ou mediante a adopção de políticas públicas inovadoras em matéria de saúde.

O sistema de saúde tem, ou deve ter, a capacidade de assegurar que os problemas de saúde das pessoas não impliquem uma deterioração “extra” no seu *status* social. Deve facilitar a reintegração social das pessoas doentes. Programas para doentes crónicos que apoiam a sua reinserção no mercado de trabalho, e modelos de financiamento de saúde apropriados que evitam que as pessoas sejam forçadas à pobreza pelos altos custos de cuidados de saúde, são alguns exemplos de intervenção (6).

No contexto de interseccionalidade entre DSS, os sistemas de saúde que têm em conta as questões relacionadas com o género e incorporam a perspectiva de género na análise dos problemas de saúde e as estratégias nas seis componentes do sistema, evitarão as iniquidades relacionadas com o género e poderão reduzir as iniquidades em 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 (promoção de hábitos saudáveis, prevenção e tratamento em todos os níveis do sistema, desde os CSP à atenção de nível terciário).

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

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

Nos profissionais de serviços sociais e de saúde: 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 de serviços sociais e de saúde e integrar a igualdade de género na formação, capacitação, emprego e progressão na carreira.

No financiamento dos cuidados de saúde: alcançar o acesso universal aos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, garantir a igualdade de género no acesso às estratégias de protecção 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 saúde pública e estruturas de governança, promoção de estratégias com perspectiva de género e legislação favorável ao género no que diga respeito à capacidade de resposta, à equidade, à justiça e à eficiência. Promover a paridade de género em posições de liderança e garantir que os sistemas de saúde prestem contas a todos e todas.

Garcia y Gonzalez-Vigil (26) consideram que a abordagem de saúde a partir dos DSS e a defesa dos CSP têm muito em comum. Ambos conceitos priorizam a importância da equidade em saúde e da justiça social.

No sentido em que os DSS permitem analisar as causas das iniquidades em saúde, a estratégia dos CSP permite organizar os sistemas de saúde, de maneira 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 peremptório para os CSP e as acções sobre os DSS.

Os CSP e os DSS também compartilham uma **visão ampla da saúde entendida como direito humano**. Os dois conceitos frisam a promoção da saúde, a prevenção das doenças e o aumento das capacidades das pessoas de modo a terem acesso aos recursos necessários para se manterem saudáveis e se protegerem das doenças.

Os CSP e os DSS também abordam o **papel desempenhado pelas comunidades para cuidar e garantir a sua saúde**. A estratégia de CSP destaca a importância de que os serviços de saúde respondam às necessidades da comunidade e facilitem a participação comunitária em termos de prestação de serviços e formulação de políticas de saúde. A análise dos DSS considera o impacto sobre a saúde dos factores comunitários, como a inclusão e exclusão social, o *status* social relativo e a ajuda e flexibilidade comunitárias. As acções sobre os DSS também exigem o **empoderamento das comunidades marginalizadas** e as estruturas de governo que genuinamente expressam a voz de todos.

Portanto, a implementação dos CSP e das acções sobre os DSS, exige um forte interesse pelas acções intersectoriais em saúde, isto é, políticas e iniciativas necessárias para proteger e promover a saúde, que impliquem outros sectores, além do sector da saúde.

As acções intersectoriais representaram um princípio fundamental da declaração de Alma-Ata, que foram reconfiguradas recentemente como **“saúde em todas as políticas**. O discurso sobre os DSS demonstra claramente que as iniquidades em saúde não dependem exclusivamente da falta de acesso aos serviços de saúde, mas também da influência das iniquidades noutros sectores, como, por exemplo, na moradia, trabalho, educação ou renda. Ou seja, **as acções sobre os DSS envolvem o conjunto social**.

Em conclusão, **com o fim de atingir o objectivo da equidade em saúde, os CSP precisam da informação que as análises dos DSS podem oferecer e da orientação das suas acções**. Isto requer políticas públicas que abranjam todos os sectores que actuam sobre os DSS, com o objectivo específico de promover e proteger a saúde.

2.3. A COMISSÃO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. ²

2.3.1. Origem, objectivo e membros da Comissão

Como foi anteriormente explicado, desde as décadas de 80 e 90 do século passado foi crescendo a preocupação pelas desigualdades persistentes e crescentes a nível mundial, entre elas as de saúde.

Também, desde os finais dos anos 90, a comunidade científica e política a nível internacional, considerou que os modelos de DSS poderiam explicar a maior parte das iniquidades na saúde, ou seja, as diferenças injustas e evitáveis dentro e entre os países no estado de saúde das populações.

Em resposta à esta crescente preocupação, no ano 2005, a OMS criou a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (doravante a Comissão ou CDSS), uma rede global de decisores políticos, investigadores e organizações da sociedade civil, que a OMS reuniu com o objectivo de recolher informações e dados que permitam melhorar a saúde e garantir que esta seja distribuída de forma mais equitativa em todo o mundo, assim como promover um movimento global no sentido de alcançar estes mesmos objectivos.

O princípio orientador básico da Comissão é o de considerar que as desigualdades na saúde são o resultado de um complexo sistema que opera ao nível global, nacional e local.

O contexto global afecta a forma como as sociedades prosperam, afecta as relações internacionais e as normas nacionais e políticas. Por sua vez, estas moldam a organização do funcionamento interno das sociedades a nível nacional e local, promovendo o surgimento de várias formas de posição social e hierarquia. O lugar que cada um ocupa na hierarquia social afecta as suas condições de crescimento, a aprendizagem, a vida, como trabalham e envelhecem, a sua vulnerabilidade face aos problemas de saúde e às consequências da doença.

Para reduzir as desigualdades na saúde entre os países e dentro dos países é necessário ir além das causas imediatas da doença. A Comissão está interessada nas "causas das causas", os factores sociais que determinam o crescimento, a vida, o trabalho e o envelhecimento da população. Os factores determinantes das desigualdades na saúde estão interligados e, portanto, é necessário que sejam tratados através de políticas abrangentes e integradas, que respondam aos contextos específicos de cada país e região.

A CDSS recebeu um mandato de três anos para recolher e analisar os dados de intervenções para reduzir as desigualdades na saúde dentro dos países e entre eles e comunicar as suas recomendações ao Director Geral da OMS. Parte integrante desse mandato foi o de estabelecer parcerias com países comprometidos em adoptar medidas abrangentes que afectam várias áreas de acção do governo para lidar com as iniquidades na saúde. Vários especialistas reuniram-se para recolher dados e durante o processo também foram envolvidas organizações da sociedade civil.

O trabalho da Comissão é um processo verdadeiramente global, reunindo centenas de investigadores e médicos de universidades e instituições de pesquisa, ministérios e organizações internacionais e da sociedade civil.

As "redes de especialistas", incluindo pessoal docente e clínico em todo o mundo, recolheram dados sobre as políticas e intervenções que podem melhorar a saúde e reduzir as desigualdades na saúde em vários campos, como o desenvolvimento da primeira infância, condições de trabalho, a globalização, o estatuto

². Informação baseada em: Informação da CDSS/OMS, disponível em: http://www.who.int/social_determinants/es e o no Relatório "Corrigir as desigualdades numa geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS" (2008), disponível em : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1 (Referência bibliográfica 2)

das mulheres e a igualdade de género, ambientes urbanos, exclusão social, sistemas de saúde, as medidas e as condições prioritárias de saúde pública.

A Comissão estabeleceu outras parcerias para a recolha de dados através de duas redes regionais (as redes nórdica e asiática) e investigadores de áreas nevrálgicas como o envelhecimento, os povos indígenas, alimentação e nutrição, violência e conflito, e a temperatura média da atmosfera, por exemplo.

Neste sentido, foram estabelecidas parcerias com países comprometidos com a solução das desigualdades de saúde, tais como: Brasil, Canadá, Chile, Irão, Quénia, **Moçambique**, Reino Unido, Suécia e Sri-Lanka. Estes países comprometeram-se em avançar no que diz respeito aos determinantes sociais da saúde para melhorar equidade em saúde.

Representantes de grupos da sociedade civil em África, na Ásia, nas Américas e na Europa também têm vindo a contribuir para o trabalho da Comissão. E os membros desses grupos participam no processo de obtenção de conhecimento para a Comissão e ajudam a moldar as teorias da Comissão, de maneira que, no futuro, possam ser parceiros activos para a mudança.

2.3.2. Relatórios e recomendações da Comissão sobre os DSS.

Desde que a Comissão foi criada no ano 2005, realizaram-se várias reuniões de carácter internacional, em que foram apresentados relatórios, sendo os mais relevantes os relatórios intitulados *“Corrigir as desigualdades numa geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS” (2008)* e *“Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre DSS” (2011)*.

2.3.2. A. Corrigir as desigualdades numa geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS (2).

Corrigir as desigualdades numa geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS, foi o primeiro relatório elaborado pela CDSS e contém informação relevante com dados e análises, baseadas em evidências científicas, que suportam e nutrem as subseqüentes estimativas e podem orientar algumas soluções que permitam enfrentar as grandes desigualdades dentro e entre os países.

Juntamente com os dados, o relatório apresenta valorações e conclusões. Uma importante contribuição foi tornar mais explícitas as questões relativas à justiça social, à política e às políticas em relação aos DSS que visam reduzir as desigualdades na saúde a nível mundial e dentro dos países.

Algumas valorações e conclusões do relatório foram as seguintes:

- **“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.** Quase todos os países de alta renda têm vindo a organizar os seus sistemas de saúde à volta do princípio da cobertura universal; esta abordagem requer que toda a população dentro do país possa aceder aos mesmos serviços (...), os sistemas de saúde conseguem melhores resultados quando estão baseados na atenção primária”.
- **“As desigualdades de género estão presentes em todas as sociedades.** Condicionais no poder, recursos, direitos, normas e valores, e como as organizações são estruturadas e as intervenções são feitas, prejudicam a saúde de milhões de raparigas e mulheres. A posição das mulheres na sociedade também está associada com a saúde da criança e a sobrevivência. **As desigualdades de género influenciam a saúde, (...)**”.

- **“As grandes diferenças existentes no mundo na saúde e vida das pessoas reflecte um desequilíbrio no poder e prosperidade das nações.** Os benefícios da globalização continuam muito desigualmente distribuídos. O progresso no crescimento económico global e equidade na saúde conseguidos entre 1960 e 1980 foram perdidos”.

- **“O crescimento económico é certamente importante, particularmente nos países pobres, oferecendo a oportunidade de dispor de recursos que podem ser investidos na melhoria da vida da população. No entanto, o crescimento em si, se não houver políticas sociais adequadas para garantir uma razoável justiça na forma como os benefícios são distribuídos, traz pouca melhoria na equidade na saúde”.**

“As alterações climáticas têm implicações profundas para o sistema global e afecta o modo de vida da população e a saúde de muitas pessoas, assim como a vida do planeta. Temos de reunir intervenções sobre a igualdade na saúde com medidas para combater as alterações climáticas”.

Face às anteriores evidências, foram propostas três recomendações gerais e princípios de acção:

- **I: Melhorar as condições de vida.**
- **II: Lutar contra a distribuição desigual do poder, dinheiro e dos recursos.**
- **III: Medir a dimensão do problema, analisar e avaliar os efeitos das intervenções.**

Recomendações	Princípios de acção
<p>I. Melhorar as condições de vida:</p> <p>Melhorar o bem-estar das raparigas e mulheres, e as condições em que as crianças nascem; promover o desenvolvimento da primeira infância e a educação para as crianças, melhoria das condições de vida e trabalho e desenvolver políticas de protecção social destinadas a toda a população, criar condições para envelhecer bem.</p>	<p>Relativamente às recomendações do sector da saúde, a CDSS propõe adoptar as seguintes medidas:</p> <p>1.-Estabelecer sistemas de saúde com os princípios de equidade, prevenção de doenças e promoção da saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criar sistemas de saúde de qualidade, com cobertura universal, 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. <p>2.- Reforçar e fortalecer a força de trabalho de saúde e desenvolver a sua capacidade de agir sobre os DSS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investir na força de trabalho de saúde nacional e tentar equilibrar a densidade dos profissionais de saúde entre as áreas rurais e urbanas. - Combater a fuga de cérebros de saúde, investir na contratação de mais recursos humanos para a saúde e formação, através de acordos bilaterais para regular os ganhos e perdas. <p>As políticas destinadas a alcançar estes objectivos devem envolver: a sociedade civil, os governos e as instituições internacionais.</p>
<p>II. Lutar contra a distribuição desigual do poder, dinheiro e dos recursos:</p>	<p>Para combater as desigualdades na saúde e disparidades nas condições de vida, devem ser abordadas as desigualdades, por exemplo, entre homens e mulheres. Isso requer um sólido sector público comprometido, capaz e adequadamente financiado, que não só precisam fortalecer as agências governamentais, mas também a governação: dar legitimidade, espaço e apoio à sociedade civil, a um sector privado responsável, e a todos os membros da sociedade, a fim de definir o interesse comum e reinvestir em acção colectiva.</p> <p>Num mundo globalizado, é imperativo aplicar um estilo de governação que promova a equidade desde o nível da comunidade até as instituições internacionais.</p>
<p>III. Medir a dimensão do problema, analisar e avaliar os efeitos das intervenções.</p>	<p>Os governos nacionais e as organizações internacionais deveriam implementar, com o apoio da OMS, sistemas de vigilância de equidade em saúde nacionais e internacionais, o que permitirá um acompanhamento</p>

sistemático das desigualdades na saúde e os determinantes sociais da saúde, e para avaliar os efeitos das políticas e intervenções em equidade em saúde. Para criar espaço e capacidade institucional para permitir efectivamente combater as desigualdades na saúde, **é preciso investir na formação dos responsáveis políticos e profissionais de saúde, e explicar a população quais são os DSS. Também se precisa dar maior importância aos DSS na investigação em saúde pública.**³

Fonte. Elaboração própria, baseada no Relatório "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. OMS, 2008. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

Especialistas em Saúde Pública analisaram o relatório da Comissão (IC) sobre os DSS e recolheram valorações e críticas de diferentes sectores e agrupando-as em três visões (27):

. **A visão neoliberal catastrófica e desqualificante** que, entre outras coisas, diz que o relatório final não valoriza que o crescimento económico e a globalização também tiveram efeitos positivos significativos sobre a saúde e o bem-estar da população; ou que também não considera a importância da responsabilidade pessoal para a saúde, assim como não apresenta como e onde assignar recursos médicos escassos.

. **A visão complacente da epidemiologia social** que faz uma valoração mais positiva, como que é uma novidade que uma agência global como a OMS aborde a questão das desigualdades em saúde; bem como que tem as características de ser um documento histórico, como foi há três décadas o relatório de Alma-Ata; apresenta uma extensa riqueza de informações, sendo por a primeira vez um relatório "global" sobre o assunto; ou que levanta a questão da política e relações políticas na saúde, incluindo no processo o papel da sociedade civil. Finalmente, menciona o "empowerment" e a "participação", como factores políticos de grande importância.

. **A visão radical da Saúde Pública**, é muito mais crítica, avalia favoravelmente muitos aspectos positivos como o trabalho exaustivo para reunir provas sobre os determinantes e as desigualdades, mas entre outras coisas diz que há falta de profundidade em relação aos mecanismos sociais específicos de produção da desigualdade de saúde que têm que ver com questões como a exploração, discriminação, ou coerção, entre outras; mas que não analisa em profundidade os processos políticos, nem de participação social.

Apesar das suas limitações, em geral as visões críticas com este relatório da CDSS assumem que é um documento importante que coloca as desigualdades sociais em saúde no mapa político mundial e aponta soluções políticas que podem ajudar a reduzir essas mesmas desigualdades.

2.3.2. B. Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre os DSS (3)

Durante a Assembleia Mundial da Saúde da OMS no ano 2009, os Estados-membro decidiram pôr em práticas as recomendações do relatório *Corrigir as desigualdades numa geração: conseguir a equidade na saúde através da acção sobre os DSS*, adoptando a **Resolução WHA62.14: "Reduzindo iniquidades em saúde através de acções sobre os DSS"**.

Neste contexto, em Outubro de 2011, foi realizada em Rio de Janeiro, Brasil, a **Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, para a qual foi elaborado** outro dos documentos relevantes da CDSS intitulado **"Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre DSS"**.

³ Este será um dos grandes pilares da Aliança para a Saúde em Moçambique, será explicada em outra das UT deste curso. Disponível em : <https://aliancaparasaude.org/pt>

O objectivo deste documento de discussão era o de informar os participantes da Conferência sobre as diferentes estratégias que os países podem implementar acções sobre os DSS e sobre as recomendações da Comissão. Entre as **intervenções e estratégias destacam-se cinco dimensões principais** (3).

- 1. Governança para o enfrentamento das causas** mais profundas das iniquidades em saúde: implementando acções sobre os DSS;
- 2. Promoção da participação:** lideranças comunitárias para a acção sobre os DSS;
- 3. O papel do sector,** incluindo os programas de saúde pública, na redução das iniquidades em saúde;
- 4. Acções globais sobre os DSS:** alinhando prioridades e grupos de interesse;
- 5. Monitoramento do progresso:** medir e analisar para informar as políticas sobre os DSS.

Figura 5. A relação entre as cinco prioridades globais da Conferência Mundial dos DSS



Fonte: Relatório da Conferência Mundial DSS (3)

BIBLIOGRAFIA

1. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare; 1974.
2. Organização Mundial da Saúde. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, OMS, 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
3. Organização Mundial da Saúde. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. OMS, 2011. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf
4. Marchiori, P; Pellegrini, A. A Saúde e os seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
5. Dahlgren, G. y Whitehead, M., Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.
6. Solar, O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Genebra, OMS, 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf.
7. Solar, O; irwin, A. Rumo a um modelo conceitual para análise e acção sobre os determinantes sociais de saúde: ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (Rascunho). Genebra: OMS, 2005. Disponível em: [www.scielo.br > pdf > physis:](http://www.scielo.br/pdf/physis/)
8. Segura, J. Salubrisimo o Barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales. *Atrapasueños* Editoria. Abril 2017. Disponível em: <http://saludysociedad.pbworks.com/w/file/attach/119959428/Clases%20sociales%20en%20Salubrisimo%20o%20barbarie.pdf>
9. Benach, J, Amable, M. Las clases sociales y la pobreza. Unidad de Investigación en Salud Laboral. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.2004. Disponível em: <https://www.gacetasanitaria.org/es-las-clases-sociales-pobreza-articulo-130622469>.
10. Requena, M. Estratificación y clases sociales. Capítulo V. "Informe España 2011" Fundación Encuentro. Disponível em: http://www.fund-encuentro.org/informe_espana/descargar.php?id=2011-C5
11. Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Encuesta Nacional de Salud. España. 2017. Disponível em: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf
Y <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017>.
12. Benach, J. Introdução aos determinantes sociais e às desigualdades na saúde. Conselho Municipal de Maputo, Direção Municipal de Saúde e Acção Social. Medicus Mundi Catalunha. 2018 (não existe versão online)

13. Diario el Confidencial. Dime en qué barrio de Madrid resides y te diré si vivirás 10 años más o menos. Artigo de Jornal. 05/03/2019 - 20:50 Actualizado: 06/03/2019 - 14:32. Disponível em: https://www.elconfidencial.com/espana/madrid/2019-03-05/barrios-madrid-esperanza-vida-renta-brecha-norte-sur_1852006/
14. Ayuntamiento de Madrid. Estudio de salud de la Ciudad de Madrid. Madrid .2018. Disponível em: http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2020/06/Estudio_de_Salud_de_la_CiudaddeMadrid_2018ok.pdf
15. María Mercedes Esteban, MM; Fernandez, E; Jimenez, R; Hernández, V; e outros. Salud e incidencia y diferencias en vulnerabilidad territorial de la ciudad de Madrid. Rev. Esp. Salud Publica vol.94. Madrid 2020. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272020000100060
16. Fundo das Nações Unidas para a População. Suplemento do Relatório da Situação da População Mundial – Moçambique, 2017. Disponível em: https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/submissions/SECTION%20VI%20-%20ANNEX%20Ia_ITEM%206%20SWOP%20Supplement%20Cover.pdf
17. Coordinadora de ONG de la Comunidad de Madrid. Manual Digital de Género. Madrid. 2010. Disponível em: http://www.fongdcam.org/manuales/genero/datos/index_2.html
18. Organização Panamericana de Saúde (OPS)/ Organização Mundial da Saúde (OMS). Género y salud. Una guía Práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud. 2011. Adaptado de “Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach” de OMS. 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1>
19. USAID. AAM (Associação Angolana para a mulher) MSH (Management Sciences por Health). Manual sobre Saúde Sexual e Reprodutiva para Activistas, Promotores de Saúde e Professores em Angola”. Angola. Maio 2015 (não existe versão online)
20. OMS. Género, salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2015(93:743). Disponível em: <http://www.who.int/gender-equity-rights/news/gender-health-sdgs/es/>
21. Silva, G. Educação e Género em Moçambique. Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto. 2007. Port. Disponível em: <http://www.africanos.eu>
22. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Índice de Desenvolvimento Humano: Índice de desenvolvimento de género. Disponível em: <http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-de-g%C3%A9nero>.
23. Relatório do Desenvolvimento Humano 2019. PNUD. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf
24. Gune, E. “Manual de Formação. Contribuição da Antropologia para a Saúde Pública: um enfoque nos programas de maternidade Segura HIV/SIDA”. MISAU/MedicusMundi. Edt MM. Espanha. 2010. Disponível em: https://www.medicusmundi.es/.../MMC_Manual%20antropologia
25. Ministério do Género, Criança e Acção Social. Perfil de Género de Moçambique do ano 2016. Disponível em: http://www.mgcas.gov.mz/st/FileControl/Site/Doc/4021perfil_de_genero_de_mocambique.pdf

26. Garcia, J. Gonzalez- Vigil, A. Curso de formação em cuidados de saúde primários: Dossiê técnico pedagógico”. MISAU. Medicus Mundi Moçambique. 2017. Disponível em:https://www.medicusmundimozambique.org/files/2018/02/Dossier_Tecnico_Pedag_Curso_APS.pdf
27. Benach J, Muntaner C, Vergara M, Sridharan S. Informe de la Comisión de DSS de la OMS: Una valoración crítica. Ponencia presentada en las Primeras Jornadas sobre “Desigualdades Sociales en la Salud en la Comunidad de Madrid”. Cátedra UAH. Fundación ICO de Análisis de Políticas Sanitarias. Madrid, 12-13 de noviembre de 2009. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500