

Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade



Dia Internacional do Enfermeiro

12 de Maio de 2011

DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2011

**COMBATER A DESIGUALDADE:
MELHORAR O ACESSO E A EQUIDADE**



**Edição PORTUGUESA – Ordem dos Enfermeiros
Abril de 2011**

Ficha Técnica

Título: Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade
– *Closing The Gap: Increasing Access and Equity*

Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – Abril de 2011

Tradução: Dr.^a Hermínia Castro

Revisão: Enf.^o António Manuel Silva e Dr.^a Luísa Neves

Capa: Conselho Internacional de Enfermeiros

Paginação e impressão: DPI Cromotipo

Depósito Legal: 326640/11


ISBN da versão inglesa: 978-92-95094-50-5

ISBN da versão portuguesa: 978-989-8444-07-3

Reservados todos os direitos, incluindo a tradução para outros idiomas. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida sob a forma impressa, através de imagens ou de qualquer outra forma, guardada num sistema de armazenamento, transmitida de qualquer forma sem a autorização expressa, por escrito, do Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses*, ICN) ou do Centro Internacional para os Recursos Humanos em Enfermagem (*International Centre for Human Resources in Nursing*). Excertos curtos (inferiores a 300 palavras) podem ser reproduzidos sem autorização, desde que a fonte seja indicada.

Copyright © 2011 *pelo International Council of Nurses*,

3, Place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse



COMBATER A DESIGUALDADE

Sumário

Carta da Presidente e do Director-geral Executivo do ICN	5
Introdução	7
Capítulo 1: Compreender o acesso e a equidade	9
Capítulo 2: O impacto da desigualdade	19
Capítulo 3: Medir o acesso e a equidade	39
Capítulo 4: Barreiras ao acesso e à equidade	47
Capítulo 5: Melhorar o acesso e a equidade	53
Capítulo 6: Os enfermeiros a promover o acesso e a equidade	63

Anexos

Anexo 1: Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde: vigilância da equidade – Sistema Mínimo de Vigilância da Equidade em Saúde; Quadro de referência abrangente para a vigilância nacional da equidade em Saúde	75
Anexo 2: Enunciado de posição do ICN sobre doentes informados	79
Anexo 3: Enunciado de posição do ICN sobre o acesso universal a água própria para consumo	83
Anexo 4: Enunciado de posição do ICN sobre os serviços de saúde acessíveis com financiamento público	87
Leitura adicional e recursos recomendados	91
Referências bibliográficas	93



12 de Maio de 2011

Caros colegas,

Apesar de se terem verificado sucessos da maior importância na materialização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, há ainda enormes desigualdades no estado de saúde e na esperança de vida entre os países de rendimentos elevados, intermédios e baixos; entre homens e mulheres, e entre os residentes em meio rural e urbano.

A capacidade de aceder aos serviços de saúde é fundamental para melhorar a saúde, o bem-estar e a esperança de vida de todos. No entanto, a concretização deste requisito fundamental continua a ser limitada pelos custos, idiomas, ausência de proximidade, pelas políticas e práticas, bem como por muitos outros factores.

Na sua qualidade de principal, e em alguns casos único, grupo de profissionais de saúde que presta cuidados de saúde primários em muitos dos contextos mais desafiantes, os enfermeiros são essenciais para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde, bem como para uma qualidade acrescida desses mesmos cuidados.

Este *kit* do Dia Internacional do Enfermeiro (DIE) de 2001 reforça a nossa compreensão acerca do acesso e da equidade, bem como do efeito das desigualdades em Saúde. Descreve as barreiras existentes e como podemos melhorar o acesso e a equidade. Lança também uma luz sobre a importância dos determinantes sociais da saúde, demonstrando de que forma os enfermeiros podem abordá-los e, ao fazê-lo, melhorar o acesso e assegurar a equidade nos cuidados prestados.

O Conselho Internacional de Enfermeiros acredita que os enfermeiros têm um papel importante a desempenhar para conseguir a equidade em Saúde e para desenvolver uma compreensão clara de como o sector da Saúde pode actuar para reduzir as iniquidades.

Com os melhores cumprimentos,

Rosemary Bryant
Presidente do ICN

David C. Benton
Director-geral do ICN

INTRODUÇÃO

Em 2001, a comunidade internacional aprovou os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). O compromisso para com os ODM representou uma determinação para fazer melhorias significativas no estado de saúde da população mundial e reconheceu que o impacto da doença não se fazia sentir de forma homogénea. Existiam enormes desigualdades no estado de saúde e na esperança de vida entre ricos e pobres, entre nações desenvolvidas e em desenvolvimento, entre homens e mulheres e entre residentes em meios rurais e habitantes de meios urbanos.

Passados 10 anos, obtiveram-se ganhos significativos, com o relatório de avaliação de 2009 a destacar melhorias no que respeita a intervenções de saúde fundamentais, como o controlo da malária e do VIH e a vacinação contra o sarampo (UN, 2010). No entanto, o relatório também destacou desigualdades abismais entre a saúde, o bem-estar e a esperança de vida de diferentes grupos de pessoas.

A capacidade de aceder aos serviços é fundamental. O acesso aos serviços pode ser limitado pelos custos, idiomas, ausência de proximidade, por políticas e práticas que tornam um serviço culturalmente inadequado, pela fraca qualidade, ou simplesmente pela falta de disponibilidade ou por políticas explícitas de racionalização.

Também é importante reconhecer que a saúde não é meramente uma mercadoria produzida pelos serviços de saúde. É determinada socialmente, sendo também influenciada pela genética e pelo meio ambiente. A capacidade de conseguir uma boa saúde ou, inversamente, o risco de sofrer de saúde débil são afectados pelo estatuto socioeconómico, localização geográfica, participação no mercado de

trabalho, educação, género, preferência sexual e uma série de outros elementos que têm impacto, quer directa quer indirectamente, na capacidade de cada um para atingir e manter uma boa saúde.

A ligação essencial entre a saúde e o meio ambiente em que se vive foi reconhecida em 2005, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on the Social Determinants of Health*, CSDH) para «disponibilizar a evidência daquilo que pode ser feito para promover a equidade em Saúde e para promover um movimento global para o conseguir» (CSDH, 2008).

Conforme assinalado por essa Comissão (CSDH, 2008, p. 188), os enfermeiros e outros profissionais de saúde têm um importante papel a desempenhar para atingir a equidade, e é vital o desenvolvimento de uma compreensão sólida de como o sector da Saúde pode actuar para reduzir as suas iniquidades. Os enfermeiros também precisam de compreender o seu próprio papel na prestação de cuidados de saúde equitativos e acessíveis. O presente *kit* pretende auxiliar nesse processo.

CAPÍTULO 1

Compreender o acesso e a equidade

Acesso

O que é o «acesso»?

O acesso refere-se à capacidade de obter um bem ou serviço no tempo requerido. O que constitui exactamente o bom acesso é difícil de definir e irá variar consoante o contexto. No entanto, conforme assinalado por Chapman *et al.*, «existe um bom acesso quando os doentes conseguem obter o serviço certo, na hora certa e no lugar certo» (Chapman *et al.*, 2004, p. 374).

Os elementos-chave do acesso incluem a disponibilidade, a utilização (uso dos serviços disponíveis por parte da população), a relevância (os serviços prestados reflectem as necessidades e preferências dos grupos populacionais), a efectividade (se o tratamento pretendido ou os resultados do serviço são atingidos) e a equidade, que se refere às diferenças no acesso entre grupos diferentes, conforme discutido mais adiante neste capítulo (Chapman *et al.*, 2004). As barreiras ao acesso podem incluir:

«Acesso (substantivo) 1. Meio ou oportunidade de se aproximar ou de entrar num local. Direito ou oportunidade de usar algo ou ver alguém».

(Pearsall, 2002)

- Falta de capacidade e disponibilidade (incluindo a racionalização). Os exemplos incluem longas listas de espera para tipos particulares de tratamento, carências de infra-estruturas ou de pessoal para que um serviço possa ser prestado, ou falta de serviços no local ou no tempo em que são necessários.
- Custo. O pagamento total ou parcial de muitos tipos de cuidados de saúde continua a ser a norma em muitos países, o que pode constituir uma barreira significativa para as populações pobres.

- Idioma e cultura. Tomar providências para que os membros da comunidade acedam a serviços de saúde no idioma da sua comunidade constitui uma parte importante de tornar os cuidados de saúde acessíveis e efectivos. Da mesma forma, a falha em atender as diferentes normas culturais pode ter um impacto adverso na vontade das pessoas em procurar ajuda, bem como na efectividade do tratamento.
- Falta de conhecimentos e informações. O acesso pressupõe que a pessoa aceda às informações sobre a própria saúde, estratégias e abordagens preventivas e sobre os tipos de serviços / cuidados disponíveis. Por exemplo, o facto de não se disponibilizar mensagens de saúde pública em todos os idiomas presentes na comunidade restringe o acesso à informação e pode, assim, ter um impacto directo quer na saúde do indivíduo, quer na sua capacidade para trabalhar proactivamente no sentido de melhorar a sua saúde, de identificar e aceder aos serviços de que poderá necessitar.
- Mobilidade e migração. As populações móveis poderão achar difícil identificar e aceder aos serviços, em particular se existirem barreiras administrativas (por ex., exigindo uma morada a longo prazo para o registo numa instituição de saúde). O assegurar de um bom envolvimento dos prestadores de cuidados e da continuidade dos cuidados também é uma questão a considerar.
- Emprego. Em alguns países, o acesso aos serviços de saúde está fortemente relacionado com o estatuto de emprego, como por exemplo nos Estados Unidos da América (EUA), onde muitas pessoas dependem de planos de saúde financiados pelo empregador. A falta de emprego pode, portanto, limitar o acesso. Por outro lado, depender de um emprego marginal, casual ou de «dinheiro na mão» limita a capacidade das pessoas em aceder aos serviços de saúde sem incorrer em custos significativos através da perda de rendimento.

- Sensibilidade e preparação do pessoal. Os padrões e a ética profissional exigem que os enfermeiros e outros profissionais de saúde prestem serviços de forma competente e profissional, tratando os doentes com respeito e sensibilidade. A formação e gestão efectivas devem apoiar os enfermeiros na manutenção destes padrões.
- Discriminação. Apesar do empenhamento dos serviços e profissionais de saúde em prestar cuidados de saúde efectivos, continuam a existir situações de discriminação com base no género, raça, preferência sexual ou estatuto socioeconómico. É importante notar que a discriminação nem sempre é activa – a falha em abordar as iniquidades de forma efectiva ou em prestar tratamento para determinadas doenças, ou a estigmatização destas, também pode representar uma forma de discriminação.

As restrições no acesso também podem ter um impacto directo na qualidade dos cuidados. Por exemplo, muitas pessoas que vivem em locais remotos e rurais, quer no mundo desenvolvido quer no mundo em desenvolvimento, têm menos acesso ao leque de serviços de saúde e às aptidões de profissionais de saúde qualificados, como enfermeiros, do que os seus homólogos citadinos. Isto pode ter um impacto directo na qualidade dos cuidados recebidos. Exemplificando, o acesso, em áreas rurais, a cuidados apropriados durante o parto foi identificado como sendo um factor-chave a considerar para conseguir melhorias na mortalidade materna (UN, 2010).

A melhoria do acesso aos cuidados também implica «ter em consideração os factores sociais que influenciam o acesso» (Ministério da Saúde e Política Social de Espanha 2010, p. 16). No entanto, a melhoria do acesso pode entrar em conflito com outros imperativos das políticas, como a contenção de custos (Chapman *et al.*, 2004). A importância da abordagem dos determinantes sociais da saúde é discutida em maior detalhe mais adiante neste documento.

O acesso e o direito ao acesso são princípios importantes em si mesmos. No entanto, conforme assinalado no documento recentemente

apresentado pela Presidência Espanhola da União Europeia (UE), *Moving Forward Equity in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health Inequalities* («Avançar com a Equidade em Saúde: Monitorizar os Determinantes Sociais da Saúde e a Redução das Desigualdades na Saúde»), o acesso também é uma forma importante de conseguir resultados mais equitativos. Por exemplo, «o acesso universal aos serviços de saúde e aos cuidados primários de alta qualidade para todas as crianças em todas as regiões provou ser efectivo na redução das desigualdades na saúde infantil» (Ministério da Saúde e Política Social de Espanha, 2010, p. 36).

Equidade

Enquanto a equidade e os conceitos associados de justiça e legitimidade são princípios-chave largamente aceites e reconhecidos da política social progressiva, há uma concordância menos universal relativamente à forma como a equidade é definida e como deve ser atingida. Isto é particularmente complexo ao discutir os sistemas de cuidados de saúde e os respectivos resultados, onde há opiniões diferentes relativamente aos aspectos mais importantes a uniformizar, e em que medida (Osterle, 2002).

«Equidade (substantivo)...1. A qualidade de ser justo e imparcial».

(Pearsall, 2002)

Os objectivos de equidade em geral reforçam a justiça na forma como os recursos e impactos são distribuídos pela população e na redução de iniquidades nessa distribuição. A noção de equidade muitas vezes também incorpora uma consideração de oportunidades, para que a realização de determinados resultados em particular esteja igualmente disponível para as pessoas, dependendo das escolhas feitas pelas mesmas.

«Uma abordagem de equidade contrasta com uma “abordagem de necessidades básicas” ou uma “abordagem de pobreza”, que se foca nos pobres e não capacitados sem relacionar a

condição destes com a dos ricos e poderosos. A equidade implica uma abordagem que dá mais àqueles que têm pouco e, portanto, dá menos àqueles que têm muito. Mais do que a atribuição de partes iguais, a equidade implica a atribuição de partes justas». (McCoy, 2003, p. 8).

A relação entre o acesso e a equidade

«O acesso desigual aos recursos, capacidades e direitos leva a desigualdades na saúde» (Ministério da Saúde e Política Social de Espanha, 2010) e o acesso aos sistemas de saúde constitui uma parte importante da melhoria dos resultados de saúde. Nos cuidados de saúde, há vários conceitos e pressupostos frequentemente implicados pela palavra «equidade». Pode implicar um nível básico de serviços a que todas as pessoas podem aceder e dos quais podem beneficiar. Nos países mais desenvolvidos, isto pode incluir a capacidade de consultar um profissional de saúde quando estão doentes, a capacidade de aceder a medicamentos básicos, a capacidade de obter cuidados de emergência e a capacidade de receber cuidados e apoio durante o parto.

A análise dos resultados e «a extensão a que as distribuições empíricas correspondem às interpretações específicas de equidade» constitui um campo de estudos importante nos cuidados de saúde. As considerações incluem a distribuição da própria saúde e falta de saúde, bem como considerações sistemáticas, como por exemplo a distribuição da despesa pública, a utilização dos serviços, os custos e os resultados. Isto pode incluir níveis relativos de acesso a diferentes tipos de serviços, bem como de resultados que são conseguidos por diferentes doentes. No seu artigo *Evaluating Equity in Social Policy: A framework for comparative analysis*, («Avaliar a Equidade na Política Social: Um quadro de referência para a análise comparativa»), Osterle (2002) consolida a discussão de vários autores relativamente a estas noções em três dimensões simples, conforme citado em seguida. O seu artigo apresenta uma discussão útil da aplicação

deste quadro de referência à prestação de cuidados a longo prazo.

- «O QUE deve ser partilhado (por ex., recursos, impactos);
- Entre QUEM (os destinatários); e
- COMO (os princípios)»

(Osterle, 2002, p. 59)

Atingir a equidade no que respeita ao «quê» poderá envolver a definição do conjunto mínimo de serviços ou nível de recursos que é razoável e aceitável a que as pessoas tenham acesso. Isto pode envolver também a definição dos padrões de qualidade ou expectativas em particular que se aplicarão. Em alguns casos, estes serão tangíveis e quantificáveis.

Exemplificando, se o serviço está disponível, procura-se saber quanto tempo uma pessoa tem de esperar pelo serviço e se o resultado pretendido foi atingido com sucesso. Em outros casos, pode haver factores mais intangíveis, como por exemplo o nível de satisfação com o serviço, a qualidade da interacção com o pessoal, o nível de envolvimento na tomada de decisão, a capacitação ou a capacidade de exercer a sua escolha. Estes factores menos tangíveis podem ser medidos importantes da equidade, sobretudo ao lidar com utilizadores dos serviços que possam provir de antecedentes culturais diversos (Osterle, 2002, pp. 51-52).

O «quem» no modelo de Osterle refere-se ao facto de, mesmo nos países desenvolvidos, algumas pessoas poderem ser excluídas devido a circunstâncias sociais, localização geográfica ou outros factores (Osterle, 2002, pp. 52-53). Enquanto uma abordagem igualitária poderia implicar que todas as pessoas deveriam receber uma parte igual, os esforços para atingir a equidade em termos de resultados podem

«(...) na Carta, os povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais dos seres humanos, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres e se declararam resolvidos a favorecer o progresso social e a instaurar melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla».

*Declaração Universal dos
Direitos Humanos da ONU, 1948*

envolver iniquidades significativas no nível a que os recursos de saúde são direccionados. É aqui que o «como» da aplicação dos objectivos de equidade se torna importante. Central a estas discussões é o conceito de necessidade, bem como o princípio de que a quantidade de recursos atribuídos deve, de alguma maneira, reflecti-la, de tal forma que «se as necessidades de A e B são desiguais, estes devem receber uma quantidade desigual de tratamento ou apoio. Determinar em que medida devem ser tratados desigualmente para atingir uma distribuição equitativa faz parte do princípio de atribuição» (Osterle, 2002, p. 53). No entanto, a «necessidade» pode ser em si mesma um termo relativo, podendo ser medida de diferentes maneiras, como por exemplo através da mortalidade, morbilidade ou qualidade de vida.

Ainda que o acesso aos serviços possa muitas vezes ser apresentado como um ideal, poderá não resultar em resultados iguais, pois poderão sofrer o impacto de um leque de variáveis ambientais e não ambientais, como por exemplo o clima ou a predisposição genética. Conforme assinalado por Osterle, «as políticas sociais dirigidas à igualdade do acesso são dirigidas à uniformização do uso potencial, não do uso real dos serviços» (Osterle, 2002, p. 52). Em resultado, os prestadores de serviços poderão ter como alvo determinados grupos populacionais ou problemas com vista a atingir resultados melhorados. Esta «discriminação positiva» (Ministério da Saúde e Política Social de Espanha, 2010) ou favorecimento de grupos específicos que tenham sido historicamente alvo de discriminação em programas ou políticas, é considerada como sendo um meio através do qual os sistemas de saúde podem procurar atingir melhor equidade nos resultados.

Também podem utilizar-se várias formas de racionalização num esforço para equilibrar as prioridades, por vezes concorrentes, de necessidade e equidade. Por exemplo, uma lista de espera para cirurgia electiva pode basear-se num sistema simples de fila, mas ser modificada de tal forma que a fila seja dividida em diferentes categorias de «necessidade» ou urgência. Em muitos países, os tempos de espera previstos são aplicados às diferentes categorias como uma medida da qualidade.

Ética e direitos humanos

A necessidade de disponibilizar serviços, oportunidades e direitos a todas as pessoas «sem distinção de qualquer tipo» está consagrada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, também citada nestas páginas.

O direito à saúde, bem como o direito a uma oportunidade igual de saúde, está aqui incluído. Conforme assinalado por McCoy (2003, p. 8),

«a noção de oportunidades iguais para ser saudável também está assente no conceito de não discriminação nos direitos humanos e na necessidade de os governos (ou a representação organizada da sociedade) tomarem as medidas necessárias para eliminar as injustas consequências de saúde das disparidades sociais. (...) Determinar se um processo é equitativo depende da definição daquilo que a sociedade aceita como sendo um direito igual para todos. Algumas destacam as desigualdades nos resultados de saúde; outras destacam as oportunidades de bons resultados de saúde».

«Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação. Além disso, não será feita qualquer distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autónomo ou sujeito a alguma limitação de soberania».

*Declaração Universal dos
Direitos Humanos (ONU, 1948)*

A Organização Pan-americana para a Saúde (*Pan American Health Organisation*, PAHO) também reconheceu que o conceito de justiça era importante, e que «todas as iniquidades são produto de desigualdades injustas». Afirma que, enquanto «“justo” e “injusto” estão sujeitos a várias interpretações. No contexto da Saúde uma das definições mais aceites de “justo” refere-se a oportunidades iguais para indivíduos e grupos sociais na concessão do acesso e na utilização dos

serviços de saúde, em conformidade com as necessidades dos vários grupos de uma população, independentemente da sua capacidade financeira» (PAHO, 1999). Isto consagra a ideia de que cuidados de saúde universais e o acesso a esses cuidados são parte integrante de um sistema de saúde justo.

Custos e racionalização dos cuidados de saúde

Mesmo nos países em que o governo tem um compromisso político para com a prestação de cuidados de saúde universais, o funcionamento dos serviços de saúde representa uma exigência orçamental significativa e muitas vezes crescente. Os aumentos impulsionados pela população, bem como o aumento das expectativas dos doentes, o envelhecimento das populações e os custos relacionados com as tecnologias emergentes e as terapêuticas farmacêuticas fazem subir os custos. Muitos países em desenvolvimento também necessitam de aumentos significativos nos orçamentos nacionais da Saúde para satisfazer necessidades de saúde básicas da população e para combater contra outros sectores para conseguir arranjar um «espaço fiscal» para a Saúde (ICN & WHO, 2009).

Um dos mecanismos utilizados no sector da Saúde para gerir esta tensão é a racionalização. Em alguns casos, este racionamento é explícito, sendo o acesso a determinados tratamentos ou serviços com financiamento público limitado segundo determinados critérios, tais como a avaliação da necessidade clínica relativa, teste de meios para que o sector público apenas preste o serviço àqueles que não o possam pagar ou a exclusão de determinados tratamentos do sector público considerados como desnecessários ou inefectivos na melhoria da saúde (por ex., cirurgias estéticas). Ainda que se possa argumentar que não é ético negar qualquer tratamento a um indivíduo (ver, por exemplo, Wood, 2010), também pode argumentar-se que a introdução de sistemas de racionalização transparentes pode, pelo menos, proporcionar a pré-condição para a discussão e debate da comunidade sobre as prioridades quando os recursos são limitados.

A racionalização implícita é mais frequente. As estratégias de redução de custos resultaram em limiares elevados para admissões hospitalares e, paralelamente, no encurtamento dos internamentos. (Ao mesmo tempo, essas mesmas preocupações orçamentais incluem tipicamente um número limitado de recursos humanos). A racionalização dos cuidados de Enfermagem «pode ser uma consequência directamente observável dos baixos níveis de dotações», uma vez que os enfermeiros utilizam o seu discernimento clínico para «atribuir prioridades às avaliações e intervenções» (Schubert *et al.*, 2008, p. 227-228). Isto pode ter um impacto directo na qualidade dos cuidados e nos resultados dos doentes. Isto ilustra que a tomada de decisão sobre o nível de cuidados prestados e a quem são prestados está a ser efectuada a vários níveis diariamente. Por conseguinte, é importante que as questões da equidade sejam analisadas e consideradas a cada um destes níveis.

Tal como Dey e Fraser salientam na sua discussão de uma racionalização dos sistemas de saúde baseada na idade, o desejo de limitar os custos dos cuidados de saúde e de desenvolver formas de atribuir os recursos disponíveis levanta dilemas éticos importantes. Assinalando que a idade, bem como outros factores, tem sido frequentemente um «critério importante mas implícito na racionalização ao nível clínico» (Dey & Fraser, 2000, p. 530), sugerem que há uma tolerância para a «racionalização com fundamento na idade nos casos em que não haja tolerância noutros critérios, como o género, a classe ou a etnia» (Dey & Fraser, 2000, p. 517).

CAPÍTULO 2

O impacto da desigualdade

Iniquidades interpaíses

Em todo o mundo, há fortes disparidades no estado de saúde da população e no acesso aos serviços. Conforme apresentado na Figura 1, alguns países usufruem de uma esperança de vida superior a 80 anos, enquanto outros apresentam uma esperança de vida inferior a 50 anos.

Exemplos:

- Na União Europeia (UE), as taxas de mortalidade infantil diferem 10 vezes entre os países com as taxas mais elevadas e os que possuem as taxas mais baixas.
- Estima-se que tenham morrido 17,5 milhões de pessoas devido a doenças cardiovasculares em 2005, representando 30% do total de mortes a nível global. Mais de 80% das mortes por doença cardiovascular (DCV) ocorrem nos países de rendimentos baixos e intermédios (WHO, n.d. citado em CSDH, 2008, p. 30).
- O risco de morte materna durante o tempo de vida é de 1:8 no Afeganistão; é de 1:17 400 na Suécia, (WHO *et al.*, 2007, citado em CSDH, 2008, p. 30).
- Mais de metade da população mundial não tem qualquer tipo de protecção social formal, com apenas 5-10% das pessoas cober-

«A meio da contagem decrescente para 2015, a data estabelecida pela Declaração do Milénio das Nações Unidas, há vários exemplos de sucesso.

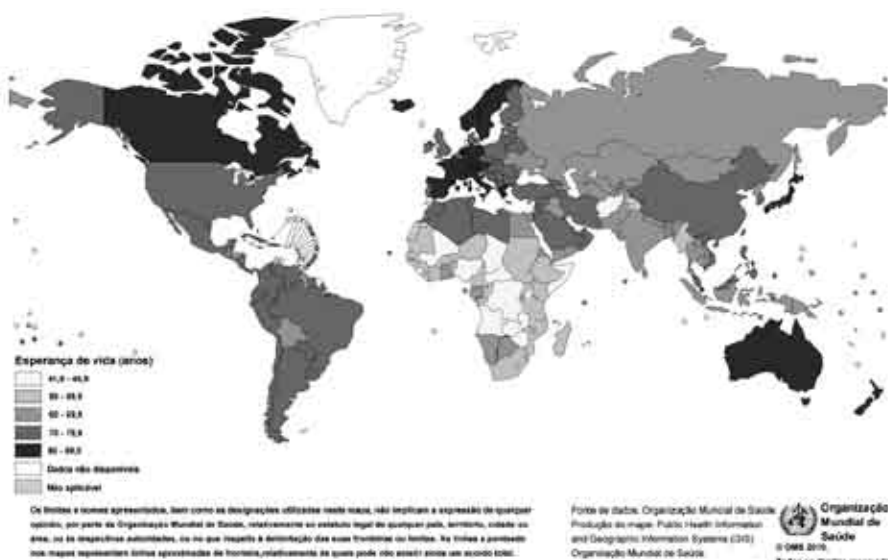
No entanto, há ainda grandes desigualdades intra e entre países e as tendências actuais sugerem que muitos países de baixos rendimentos não irão atingir as metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio».

Relatório do Secretariado da Assembleia Mundial de Saúde (WHO, 2008a)

tas na África subsariana e no sul da Ásia, em comparação com taxas de cobertura entre 20 e 60% nos países de rendimentos intermédios (WHO, 2010e, p.8).

- Enquanto um homem na Estónia passa até 71% da sua vida de boa saúde, um homem na Dinamarca pode esperar viver 90% da sua vida de boa saúde (DETERMINE, 2010, p. 9).

Figura 1: Esperança de vida à nascença, 2008 (OMS, 2010)



Cumprir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

A necessidade de melhorar o acesso e a equidade constitui o cerne dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), que foram acordados por 192 Estados-membros em 2001.

No seu prefácio ao Relatório de Progresso de 2010 (UN, 2010), o Secretário-geral das Nações Unidas, Ban Ki-Moon, descreve os ODM como representações das «necessidades humanas e direitos básicos de que todos os indivíduos do mundo devem poder usufruir – estarem livres da pobreza extrema e fome; terem uma educação de qualidade,

um emprego produtivo e decente, boa saúde e um abrigo; o direito das mulheres darem à luz sem arriscarem a vida; e um mundo no qual a sustentabilidade ambiental seja uma prioridade e onde as mulheres e os homens vivam em igualdade».

Os Objectivos são:

1. Erradicar a pobreza extrema e a fome;
2. Atingir a educação primária universal;
3. Promover a igualdade do género e capacitar as mulheres;
4. Reduzir a mortalidade infantil;
5. Melhorar a saúde materna;
6. Combater o VIH / Sida, a malária e outras doenças;
7. Assegurar a sustentabilidade ambiental;
8. Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento.

Os ODM reflectem a necessidade de abordagens multisectoriais para melhorar a saúde, a felicidade e o bem-estar da população mundial. Com base no trabalho da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, o compromisso internacional para com os ODM reconhece a inter-relação entre a saúde e outros indicadores de desfavorecimento: «as iniquidades evitáveis na saúde surgem devido às condições em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como aos sistemas implementados para lidar com a doença. As condições em que as pessoas vivem e morrem são, por sua vez, modeladas por forças políticas, sociais e económicas» (CSDH, 2008, p. I). A relação entre as iniquidades na educação, rendimento, género e saúde é debatida mais adiante neste capítulo.

ODM relacionados com a saúde

Os objectivos relacionados com a saúde incluem reduzir as taxas de mortalidade infantil em dois terços, os rácios de mortalidade materna

em três quartos, suspender e reverter a propagação do VIH, tuberculose e malária até 2015 (Stuckler *et al.*, 2010).

Uma revisão dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio conduzida em 2008 (WHO, 2008a) verificou que, ainda que estivessem a ser feitos progressos, continuava a haver iniquidades significativas. É pouco provável que se atinja a maioria dos objectivos até 2015 e os países de baixos rendimentos estão a distanciar-se cada vez mais dos seus objectivos, conforme ilustrado pelos seguintes excertos desse relatório:

ODM 4: Reduzir a mortalidade infantil

- A prevalência global de crianças com défice de peso declinou de 31% para 26% desde 1990, mas o progresso é lento e não se fizeram progressos na Ásia ocidental, permanecendo em 46% no sul da Ásia, onde mais de 25% dos bebés apresentavam défice de peso à nascença (UN, 2010, p. 13);
- A África subsariana representa agora cerca de metade dos 8,8 milhões de mortes que ocorrem nas crianças com menos de 5 anos em 2008 (UN, 2010, p. 27).

ODM 5: Melhorar a saúde materna

- Mais de metade das 500 mil mulheres que morreram de causas relacionadas com a maternidade em 2005 encontravam-se na África subsariana e um terço no sul da Ásia. Os rácios de mortalidade materna na África subsariana são de 920 / 100 mil nados-vivos, em comparação com 8 / 100 mil nados-vivos nos países industrializados (WHO, 2008a).

ODM 6: Combater o VIH / Sida, a malária e outras doenças

- Apesar do aumento significativo ao nível do tratamento anti-retroviral nos países de rendimentos baixos e intermédios, cerca de um quarto das pessoas que necessitam de tratamento na África subsariana não têm acesso ao mesmo. A cobertura para as crianças é ainda menor, situando-se nos 15% (WHO, 2008a);

- Estima-se que 243 milhões de casos de malária em 2008 tenham levado a 863 mil mortes. Destas, 89% ocorreram em África (UN, 2010, p. 46);
- Nos países de rendimentos baixos e intermédios, a proporção de mulheres grávidas VIH-positivas a receber tratamento anti-retroviral para a prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho era tão baixa quanto 11%;
- Apenas um terço das crianças africanas com febre e com idade inferior a 5 anos recebe algum tipo de tratamento anti-malária (WHO, 2008a).

«A disparidade é uma realidade chocante da qual não nos podemos esconder. É uma injustiça global. É uma paródia aos direitos humanos à escala global».

*Nelson Mandela, 2003
(citado em McCoy, 2003)*

A OMS referiu que os serviços que podem ser prestados através de medidas de longo alcance, como por exemplo a vacinação, têm resultados encorajadores, enquanto «as intervenções que exigem um sistema de saúde funcional... estão a ter menos impacto» (WHO, 2008a, p. 2).

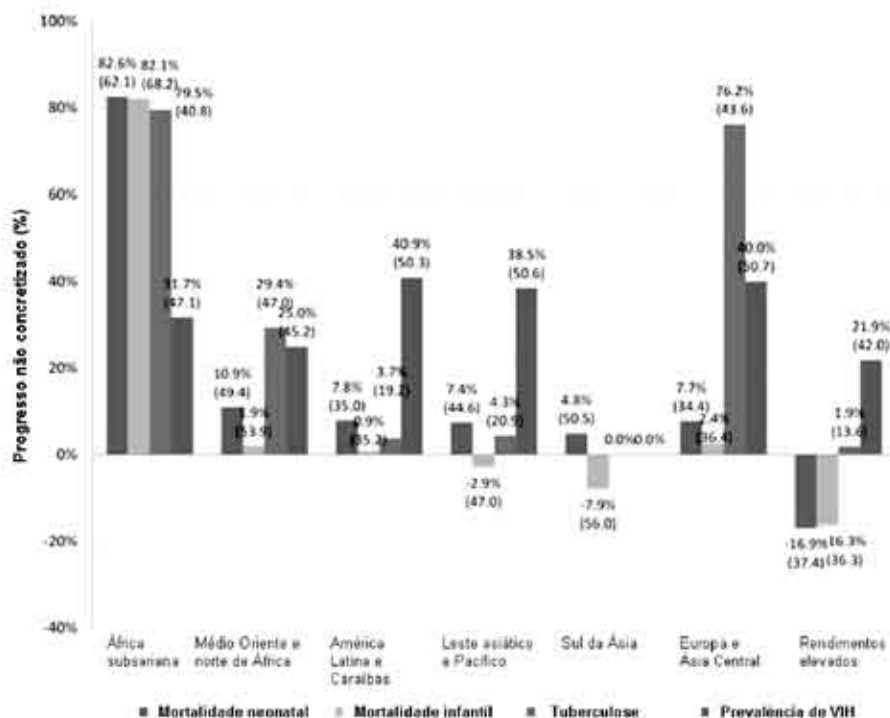
As principais restrições identificadas à concretização destes objectivos incluem:

- Falta de profissionais de saúde com boa formação;
- Respostas insuficientes por parte dos governos às necessidades de saúde das suas populações, por diversos motivos, nos «estados frágeis»; e
- A necessidade de uma maior cooperação entre os sectores: privado, público, voluntário e baseados na comunidade e na fé.

A necessidade de aumentar a existência de fundos baseados em donativos e de haver um maior gasto governamental na Saúde também foi assinalada. No entanto, a análise estatística dos dados conduzida por Stuckler *et al.* analisou variações nas taxas de mudança

relativas ao progresso dos ODM comparativamente às taxas esperadas para cada país. As variações encontram-se ilustradas no gráfico desenvolvido pelos autores, incluído na Figura 2, e mostram que:

Figura 2: Progresso não concretizado dos ODM (Stuckler *et al.*, 2010)



«...a redução do impacto do VIH / Sida e das DNI¹ esteve associada a um progresso muito maior no sentido de atingir os ODM de mortalidade infantil e tuberculose do que os ganhos no Produto Interno Bruto (PIB). Estima-se que um valor 1% mais baixo na prevalência do VIH ou uma taxa de mortalidade das DNI 10% mais baixa teriam um impacto no processo de atingir

¹ DNI – *Non Communicable Diseases* no original. Doenças Não Infecciosas de natureza crónica (como as doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, asma, etc.).

o ODM da tuberculose semelhante ao aumento em 80% ou mais do PIB, correspondendo este facto a pelo menos uma década de crescimento económico nos países de baixos rendimentos». (Stuckler *et al.*, 2010).

Este achado salienta o papel crucial a ser desempenhado pelos sistemas de saúde e prestadores de cuidados na promoção da saúde, prevenção da doença e na abordagem da morbilidade em áreas fundamentais para atingir as metas dos ODM, bem como na promoção do número de vidas salvas e das doenças prevenidas que estes objectivos representam.

Género

Todos os anos morrem mais de 350 mil mulheres devido a complicações evitáveis relacionadas com a gravidez e o parto (Ban, 2010). Conforme assinalado pelas Nações Unidas no relatório mais recente sobre os ODM, «a igualdade do género e a capacitação das mulheres encontram-se no cerne dos ODM e são pré-condições para ultrapassar a pobreza, a fome e a doença» (UN, 2010, p. 4).

A Estratégia Global para a Saúde das Mulheres e das Crianças, das Nações Unidas, foi lançada em 2010 num esforço para abordar a mortalidade e doenças preveníveis e de melhorar o acesso aos serviços para as mulheres, focando-se na «equidade do acesso e dos resultados, certificando-nos de que chegamos àquelas que são particularmente desfavorecidas e marginalizadas». Atingir os ODM constitui uma parte fundamental deste processo e seria o equivalente a salvar as vidas de 4 milhões de crianças e de cerca de 190 mil mulheres apenas no ano de 2015 (Ban, 2010).

Além disso, a criação da Agência das Nações Unidas para as Mulheres, em 2010, presidida pela ex-presidente do Chile, Michelle Bachelet, reconhece a importância do combate às iniquidades de género. A nova agência procura promover os direitos das mulheres e a participação integral nas questões globais.

Abordar a iniquidade de género também significa reconhecer efectivamente as necessidades relativas à saúde e à prestação de cuidados dirigidos aos homens. Alguns países desenvolveram ou estão a desenvolver políticas de saúde para os homens (por ex., Reino Unido, Irlanda, Austrália). Além disso, a OMS reconheceu a importância de envolver os homens e os rapazes na promoção da igualdade de género e na melhoria da saúde, quer para os homens quer para as mulheres, tendo lançado recentemente as Políticas de Abordagem ao Envolvimento dos Homens e Rapazes no Atingir da Igualdade de Género e Equidade em Saúde. O resumo deste documento descreve e promove as abordagens políticas que podem «acelerar mudanças no sentido na igualdade de género em casa, reduzir os níveis de violência e de exploração sexual, apoiar práticas de sexo seguro emergentes e reduzir o consumo excessivo de álcool por parte dos homens» (WHO, 2010a).

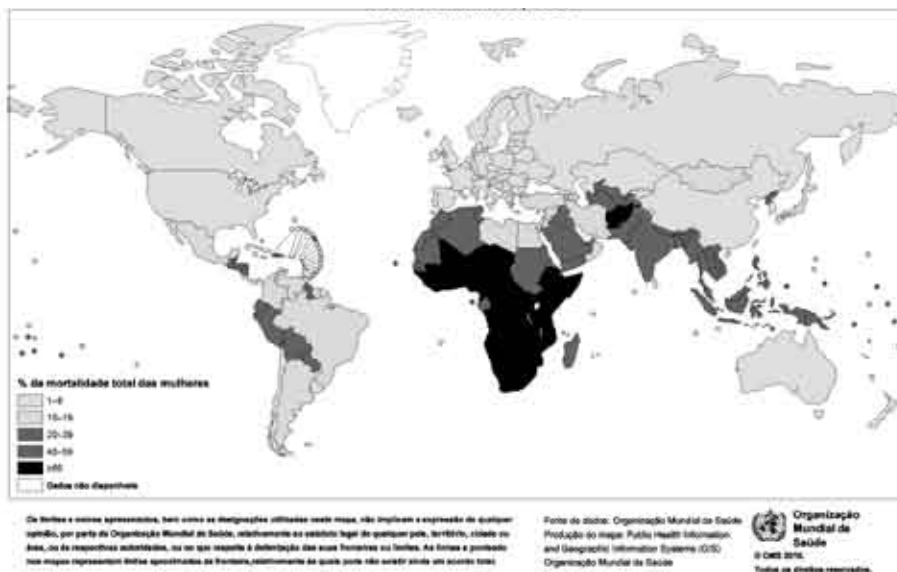
Os enfermeiros ajudam as mulheres em risco que foram mães recentemente a lidar com a sua situação

Na qualidade de enfermeira de Saúde Pública do Programa de Parceria Enfermeiro-Família (*Nurse-Family Partnership*, NFP) nos EUA, Rita visita o domicílio de mulheres que são mães pela primeira vez e têm baixos rendimentos, muitas das quais ainda são adolescentes. Trabalha intensivamente com estas mães para melhorar a saúde materna, pré-natal e da primeira infância, e também o bem-estar, na expectativa de que a sua intervenção ajude a conseguir melhorias a longo prazo nas vidas das famílias em risco.

Quando Rita visita cada uma das famílias, concentra-se na saúde pessoal da mãe, na qualidade dos cuidados que esta presta ao filho e no desenvolvimento dos próprios pais. As visitas têm início enquanto a mãe ainda está grávida (antes da 28ª semana, idealmente entre a 12ª e a 20ª semana) e continua ao longo dos primeiros dois anos de vida da criança. Rita também investiga e trabalha em conjunto com a estrutura de suporte da mãe, incluindo os membros da família, os pais, quando apropriado, e os amigos, para ajudar as famílias a aceder a outros serviços de saúde e de apoio de que possam precisar.

Um estudo recente sobre os resultados do programa mostrou que as visitas efectuadas por Rita e outros enfermeiros resultaram numa redução do número de bebés pré-termo e com baixo peso à nascença, melhoraram os ambientes doméstico e de parentalidade, reduziram as gravidezes de recorrência rápida e não planeadas, aumentaram a participação na força de trabalho e reduziram a incidência de perturbações de comportamento, envolvimento criminal e delinquência.

Figura 3: Mortalidade das mulheres devido a doenças transmissíveis, mortalidade materna e perinatal e condições nutricionais sob a forma de percentagem da mortalidade total das mulheres, 2004 (WHO, 2006)



Exemplos:

- Há uma evidência cada vez maior da relação entre a violência baseada no género e a propagação de VIH (UN, 2010, p. 44).
- As mulheres afro-americanas representaram 67% dos novos casos de Sida nos EUA em 2005, mas, apesar disso, encontravam-se sub-representadas nos ensaios clínicos (Cohn, 2007, p. 272).
- Um estudo sobre as desigualdades nos cuidados de saúde para o grupo etário com mais de 65 anos que vive nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) verificou que as mulheres enfrentam despesas não reembolsáveis mais elevadas devido ao seu rendimento mais baixo e menor taxa de participação laboral, incluindo um menor acesso a cuidados de saúde financiados pelo empregador (Corrieri *et al.*, 2010, p. 15).

- Em Inglaterra, os homens têm uma probabilidade 14% superior de desenvolver cancro relativamente às mulheres, sobretudo devido a estilos de vida pouco saudáveis: 66% dos homens ingleses têm excesso de peso, em comparação com 57% das mulheres (WCRF, 2010).

Etnia e cultura

Há uma evidência alargada, em todo o mundo, de que a etnia e a cultura podem ter uma influência significativa quer na acessibilidade aos serviços de saúde, quer na qualidade dos cuidados que são prestados por esses serviços (ver os exemplos a seguir). A capacidade de prestar serviços efectivos a pessoas de diferentes culturas é muitas vezes designada de «competência cultural». Conforme descrito por Brach e Fraser (2000), a ausência de competência cultural na prestação de cuidados pode levar a um leque de consequências, incluindo:

- Oportunidades perdidas de rastreio devido a falta de conhecimentos sobre a prevalência de diferentes doenças em diferentes grupos;
- Falta de conhecimento sobre os remédios tradicionais e possíveis interacções nocivas; e
- Erros de diagnóstico resultante de deficiências na comunicação.

A comunicação ineficaz – seja devido a dificuldades com o idioma ou devido a diferentes interpretações ou entendimentos – pode levar a uma má experiência para o doente e reduzir a capacidade da pessoa para participar efectivamente na tomada de decisões relativas aos cuidados e ao tratamento, na extensão em que não pode ser dado um consentimento com significado. Na discussão sobre a utilização dos serviços de saúde pela etnia cigana no Reino Unido, Van Cleemput assinala que «a insensibilidade cultural, quer resultante da

ignorância, quer de atitudes racistas, foi uma característica acentuada nos relatos de comunicação comprometida» (2010, p. 320).

Também é importante notar que os antecedentes culturais podem influenciar o comportamento de procura de ajuda e, como tal, terem uma influência importante no facto de uma pessoa aceder aos cuidados de saúde atempadamente. Por exemplo, Van Cleemput assinala que «uma crença cultural em como se deve combater a falta de saúde» e apresentar «uma identidade social de robustez e vigor físico» pode levar uma pessoa da comunidade Romani (referida como «cigano» ou «viajante» no artigo de Van Cleemput) «a sentir-se criticada caso se apresente deprimida ou indisposta» (Van Cleemput, 2010, p. 318). Efectivamente, a prestação de cuidados precisa de procurar formas de negociar e ultrapassar estas barreiras culturais ao acesso.

Exemplos:

- Nos EUA, as mulheres negras têm uma maior probabilidade de morrer de cancro da mama do que as mulheres brancas, apesar de uma menor incidência da doença.
- A esperança de vida à nascença entre os indígenas australianos é substancialmente inferior (59 para os homens e 65 para as mulheres no período de 1996-2001) à da população australiana total (77 para os homens e 82 para as mulheres para o período de 1998-2000) (*Australian Human Rights Commission*, 2008). Nos EUA, ter-se-iam evitado 886 202 mortes entre 1991 e 2000 se as taxas de mortalidade entre brancos e negros tivessem sido uniformizadas. Isto contrasta com as 176 633 vidas salvas pelos progressos na Medicina (CSDH, 2008).
- Uma revisão sobre a utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes nos EUA mostrou que os utentes nascidos no estrangeiro tinham uma maior probabilidade de relatar sentimentos de discriminação, sobretudo os que não eram caucasianos, não eram cidadãos norte-americanos e / ou tinham uma baixa capacidade de falar inglês (Derose et al., 2009, p. 367).

Estatuto socioeconómico

Os pobres experimentam barreiras significativas aos cuidados de saúde, incluindo um poder de compra limitado, taxas mais baixas de cobertura por um seguro de saúde, menor literacia de saúde. Muitas vezes

«A iniquidade na saúde é realmente uma questão de vida ou morte».

Dr.ª Margaret Chan, Directora-geral da OMS (WHO, 2008b)

moram em bairros de lata ou em áreas remotas ou rurais, que frequentemente estão subservidas por sistemas de saúde e têm carências de profissionais de saúde (Bhattacharyya *et al.*, 2010). As atitudes e comportamentos pouco saudáveis também estão associados à exclusão social, com taxas mais elevadas de obesidade e tabagismo, e a um risco mais elevado de desenvolver uma toxicodependência (Ministério da Saúde e Política Social de Espanha, 2010, p. 43). As condições de vida de muitos pobres a nível mundial, como a falta de água potável e de saneamento, alojamento inadequado e má nutrição, também contribuem quer para a prevalência da doença, quer para a susceptibilidade à doença. Por este motivo, a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde apelou ao reforço do «papel primário do Estado na prestação de serviços básicos essenciais à saúde» (CSDH, 2008, p. 15). Mesmo nos casos em que os cuidados de saúde são prestados gratuitamente, os pobres têm menor probabilidade de aceder aos mesmos devido ao tempo perdido no trabalho e aos custos associados, como por exemplo o transporte (Birdsall & Hecht, 1995).

Exemplos:

- Na Europa, o risco acrescido de morte nos adultos de meia-idade nos grupos socioeconómicos mais baixos varia em geral entre 25% a 50% e pode ser tão elevado quanto 150% (Mackenbach, 2005 citado em CSDH, 2008).
- Na Indonésia, a mortalidade materna é três ou quatro vezes mais elevada entre os pobres, em comparação com os ricos (Graham *et al.*, 2004, citado em CSDH, 2008).

- Na Escócia, em 2006, os homens podiam, em média, esperar ter 67,9 anos de vida saudável e as mulheres 69 anos. Nos 15% inferiores das áreas mais carenciadas da Escócia, os homens apenas podiam esperar 57,3 anos de vida saudável e as mulheres 59 anos.
- Em Porto Alegre, no Brasil, verificou-se que a mortalidade infantil nos lares pobres em 1980 era duas vezes mais elevada do que o nível das famílias mais ricas (Birdsall & Hecht, 1995, p. 2).
- As mulheres que integram o grupo dos 20% mais ricos da população têm uma probabilidade até 20 vezes superior de ter um parto assistido por um profissional de saúde apto do que uma mulher pobre (WHO, 2010e).
- Em alguns locais, a cobertura da vacinação contra a difteria-tétano-tosse convulsa (DTP3) entre os pobres pode ser tão baixa quanto 10% da cobertura verificada entre os ricos (WHO, 2010e).

Enfermeiros consultores^{NT} melhoram o acesso aos cuidados crônicos no contexto da comunidade

Conciliando dois programas diferentes de especialidade, de Enfermagem e Nefrologia, Lesley é uma enfermeira consultora especializada em Nefrologia na Austrália. Faz a gestão da doença renal pré e pós-terminal e da doença crónica nos povos aborígenes e não aborígenes, em contexto urbano e rural. Lesley e a sua equipa percorrem longas distâncias para fazerem consultas de doença crónica onde ela faz a diferença através de cuidados abrangentes. Lesley e a equipa podem deslocar-se até aos locais que sejam convenientes para os doentes e passam algum tempo adicional com eles para avaliar holisticamente o impacto físico, mental e social das doenças crónicas e do tratamento nos doentes. Lesley presta cuidados holísticos e tem a vantagem adicional de ter aptidões clínicas avançadas. Avalia os doentes para fazer um diagnóstico e implementa um plano de gestão e tratamento farmacêutico ou não farmacêutico. Lesley diagnosticou muitos novos casos de hipertensão, diabetes e potencial doença renal e alcançou resultados positivos nos cuidados crónicos prestados na sua comunidade. Devido a este sucesso, o programa irá ser alargado para incluir um enfermeiro consultor em diabetes e outro em doenças cardíacas, o que irá reforçar o modelo de cuidados crónicos.

^{NT} *Nurse Practitioner* no original – Esta designação corresponde a enfermeiros com formação pós-graduada (mestrado ou doutoramento) que, consoante os países, estão habilitados e autorizados para diagnosticar doenças, prescrever meios auxiliares de diagnóstico e tratamento, incluindo terapêutica medicamentosa. Também podem internar e dar alta a doentes.

- A investigação canadiana mostrou que as taxas de hospitalização por múltiplos indicadores de saúde eram consistentemente mais elevadas, nas zonas metropolitanas, para as pessoas que viviam em áreas de baixo estatuto socioeconómico do que para os grupos médio e alto.

Localização e ruralidade

A geografia é um factor significativo no acesso aos serviços e muitas vezes coexiste com outros factores sociais de risco que se sabe contribuir para a falta de saúde, como o baixo estatuto socioeconómico e más condições sanitárias e de vida. Nas regiões em desenvolvimento, as crianças nas áreas rurais têm maior probabilidade de ter défice de peso do que as crianças urbanas e, na América Latina, nas Caraíbas e em partes da Ásia, esta disparidade aumentou nos últimos anos (UN, 2010, p. 5).

Um projecto recente também salientou disparidades significativas em diferentes áreas urbanas, com um terço da população a nível mundial a viver em bairros de lata ou em construções improvisadas. A análise mostra que há diferenças intra e entre cidades. O relatório considera a abordagem destes problemas nas cidades como sendo uma parte importante do atingir dos ODM (WHO, *et al.*, 2010).

Exemplos:

- O rácio rural-urbano da prevalência de crianças com menos de 5 anos com défice de peso na China é de cerca de 4,5 para 1 (ainda que este seja um valor baixo pelos padrões mundiais). Nos países em desenvolvimento, as crianças das áreas rurais têm uma probabilidade duas vezes superior de ter défice de peso (UNICEF, 2010).
- Makwiza *et al.* referiram que apesar dos serviços gratuitos de terapêutica anti-retroviral (TAR) para tratamento do VIH, os doentes no Malawi, «sobretudo os doentes pobres de áreas

rurais, enfrentam barreiras significativas no acesso aos serviços e adesão aos tratamentos» (Makwiza *et al.*, 2009, p. 8).

- Na África subsariana, apenas 18% das mulheres das áreas rurais utilizam qualquer forma de contracepção, em comparação com 32% das mulheres de zonas urbanas (UNICEF, 2010).
- A cobertura de saneamento no mundo em desenvolvimento é 70% mais elevada nas áreas urbanas do que nas regiões rurais (UNICEF, 2010).

Estatuto do nível de escolaridade

Conforme ilustrado pelos exemplos a seguir, há uma correlação entre o nível de escolaridade atingido e o estado de saúde, bem como custos mais elevados para os cuidados de saúde. Os níveis de escolaridade mais elevados também foram associados a uma maior vontade e capacidade de aceder a serviços de

Abordar as necessidades de saúde rural através de um melhor uso da Enfermagem

Em 2007, estabeleceu-se a *Colville Rural Nursing Ltd.* (CRNL) para ir ao encontro das necessidades das famílias numa área rural da Nova Zelândia. A CRNL é inteiramente dirigida por enfermeiros e incorpora a Enfermagem distrital e de Saúde Pública. Cada enfermeiro da CRNL tem qualificações especializadas, como por exemplo em Obstetrícia e Acupunctura, possui um mestrado em Enfermagem que lhe permite fazer a prescrição de medicamentos e é candidato a enfermeiro consultor^{NT}. A formação contínua e o desenvolvimento profissional são fundamentais para o seu exercício.

Em Janeiro de 2010, a Comissão Nacional de Saúde da Nova Zelândia publicou um relatório fundamental com recomendações sobre a forma de abordar o desafio de «prestar serviços de saúde abrangentes e sustentáveis às comunidades rurais» (*National Health Committee New Zealand*, 2010, p. V).

O relatório faz recomendações nas áreas de prestação de serviços, desempenho do sistema e planeamento, recolha de dados e investigação.

Com base nas lições da CRNL e outros, as recomendações-chave para melhorar a prestação de serviços incluem incentivar o desenvolvimento de clínicas dirigidas por enfermeiros.

(*National Health Committee New Zealand*, 2010)

^{NT} *Nurse Practitioner* no original – Esta designação corresponde a enfermeiros com formação pós-graduada (mestrado ou doutoramento) que, consoante os países, estão habilitados e autorizados para diagnosticar doenças, prescrever meios auxiliares de diagnóstico e tratamento, incluindo terapêutica medicamentosa. Também podem internar e dar alta a doentes.

saúde por vezes complexos, bem como a participar em actividades de saúde preventivas, como por exemplo em programas de rastreio.

Exemplos:

- Na Holanda, as mulheres e os homens com um baixo nível de ensino têm menos 7 anos de esperança de vida do que os que têm um nível de ensino mais elevado, e vivem menos 18 anos de boa saúde (DETERMINE, 2010, p. 6).
- A prevalência de incapacidades a longo prazo nos homens europeus com mais de 80 anos é de 58,8% naqueles com um nível de escolaridade mais baixo em comparação com 40,2% naqueles com um nível de escolaridade mais elevado (Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003, CSDH, 2008).
- Um nível de escolaridade mais baixo está associado a pagamentos não reembolsados mais elevados para medicamentos sujeitos a receita médica e a uma probabilidade mais elevada de protecção insuficiente por seguro na faixa com mais de 65 anos na OCDE (Corrieri *et al.*, 2010, p. 6).
- Os níveis de escolaridade mais baixos estão associados a um menor recurso a acções preventivas, como por exemplo, a realização de mamografias de rastreio (Corrieri *et al.*, 2010, p. 7).
- O uso de contraceptivos é quatro vezes mais elevado nas mulheres que fizeram o ensino secundário do que nas mulheres sem escolaridade (UN, 2010, p. 5).

Incapacidade

Ainda que as pessoas com incapacidades tendam a ter um nível mais elevado de contacto com os sistemas e serviços de saúde, há evidência de que muitas pessoas incapacitadas têm dificuldade em aceder a cuidados que sejam adequados às suas necessidades.

Brown *et al.* (2010) assinalam que dois relatórios importantes publicados no Reino Unido identificaram problemas: o relatório *Health Care for All* (Cuidados de Saúde para Todos) identificou uma discriminação institucional sistemática e uma falha em cumprir e implementar a *Disability Discrimination Act* (Lei da Discriminação pela Incapacidade). Uma investigação parlamentar em 2008 descreveu em detalhe infracções aos direitos humanos no que respeita ao direito à vida, a estar livre de tratamento degradante e humilhante, e ao direito à privacidade e à vida familiar (Brown *et al.*, 2010, p. 354).

Exemplos:

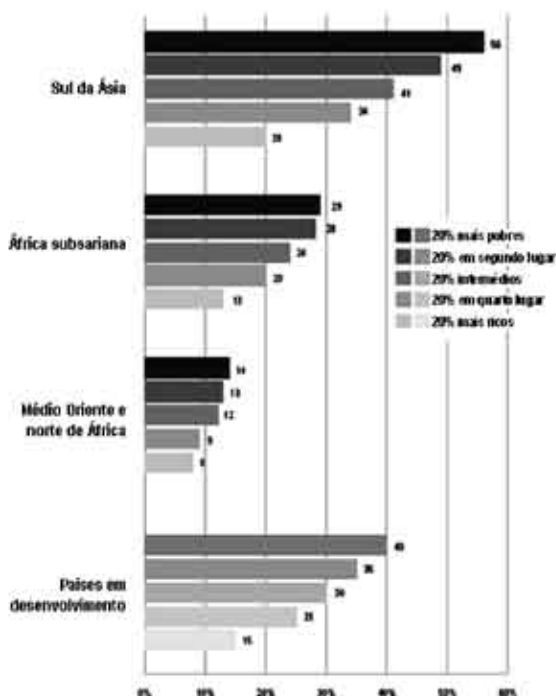
- A mortalidade é três vezes mais elevada nos adultos com incapacidades de aprendizagem do que na população em geral, o que reflecte as comorbilidades complexas experimentadas por muitas pessoas com incapacidades de aprendizagem (Brown *et al.*, 2010, p. 354).
- Mesmo nos países que estão próximos de conseguir a educação primária universal, as crianças com incapacidade têm maior probabilidade de serem excluídas do ensino (UN, 2010, p. 5).

Dieta e nutrição

A dieta e a nutrição têm um impacto significativo na saúde e têm uma relação próxima com o estatuto socioeconómico quer nos países em desenvolvimento, quer nos países desenvolvidos. Nas cidades, o consumo crescente de alimentos ricos em gordura e em energia levou àquilo que é designado como uma «epidemia global de obesidade» (CSDH, 2008, p. 62). Enquanto isso, em áreas menos desenvolvidas, e em particular nas zonas rurais, a nutrição inadequada continua a ser um enorme desafio, sobretudo nas crianças e mulheres grávidas em muitas partes do mundo, onde a falta de nutrição nos primeiros anos prejudica o desenvolvimento e pode estabelecer défices de saúde para toda a vida. A redução da prevalência global de crianças com défice de peso é uma meta fundamental no objectivo de reduzir a mortalidade infantil.

Figura 4: Percentagem de crianças entre os 0-59 meses com défice de peso

Nas nações em desenvolvimento, a prevalência de défice de peso é mais alta nos lares mais pobres



Nota: A análise baseia-se num subgrupo de 51 países com informação relativa ao quíntil de riqueza por lar, abrangendo 52% da população com menos de cinco anos no mundo em desenvolvimento. As estimativas de prevalência são calculadas de acordo com os Padrões de Crescimento Infância da OMS, 2003 – 2008. As regiões CEE/CIS, Leste Asiático e Pacífico, América Latina e Caribe não estão indicadas por falta de dados.

Fonte: Base de dados globais da UNICEF, 2011

Ambos os fenómenos estão fortemente associados à pobreza. Nos EUA, Drenowski salientou que a densidade de pontos de venda de *fast-food* é mais elevada nas áreas mais pobres e que os alimentos ricos em gordura e em açúcar são em geral mais baratos do que os alimentos de valor nutricional mais elevado. Argumenta que «o fosso crescente nos preços entre os alimentos saudáveis e não saudáveis (...) sustenta a relação de causalidade entre a pobreza e a obesidade» (Drenowski, 2009, p. 538). O sentimento é ecoado por Dowler na Europa, que sublinha que «a evidência é de que as questões estruturais e sociais, como por exemplo a quantidade de tempo e dinheiro

que as pessoas conseguem dedicar no sentido de consumir bons alimentos e ter uma vida activa, o custo e acessibilidade de cada um destes, a área física onde se localizam estas habitações e as circunstâncias sociais gerais das vidas das pessoas que pertencem às classes mais baixas (...) restringem e dirigem a escolha em medida considerável». (Dowler, 2001, p. 702).

Conforme ilustrado nos exemplos a seguir, os níveis elevados de diabetes, primariamente associados ao aumento da obesidade, também são evidentes nas comunidades indígenas em muitas partes do mundo. Nestes casos, as questões pendentes relacionadas com a deslocação social e o desalojamento combinam-se com outros factores como a ruralidade e o isolamento, o fraco acesso a serviços de saúde apropriados e o elevado desemprego na contribuição para o problema.

Exemplos:

- A prevalência global de crianças com défice de peso é de 26% e mantém-se há já algum tempo nos 46% no sul da Ásia, onde mais de 25% dos bebés tem défice de peso à nascença (UN, 2010, p. 13).
- Nas regiões em desenvolvimento, a prevalência de défice de peso nas crianças com menos de 5 anos é mais elevada nos lares mais pobres (UNICEF, 2010, p. 16).
- A prevalência de défice de peso nas crianças com menos de 5 anos é mais frequente nas áreas rurais (UNICEF, 2010, p. 16).
- Registaram-se taxas muito elevadas de diabetes *mellitus* (DM) e das complicações que lhe estão associadas nas populações indígenas das Américas e na região da Ásia-Pacífico (Hanley, 2006):
 - a prevalência de DM de tipo 2 é duas a três vezes mais elevada nos nativos americanos do que nos restantes adultos americanos.

- um programa de rastreio comunitário, nas Ilhas do Estreito de Torres, indicou uma prevalência de diabetes de 26%, seis vezes mais elevada do que na população geral da Austrália.
- As taxas mais elevadas de obesidade e de diabetes de tipo 2 nos EUA observam-se nas pessoas com um menor nível de escolaridade e menores níveis de rendimentos, bem como nas áreas mais carenciadas (Drenowski, 2009).

CAPÍTULO 3

Medir o acesso e a equidade

Utilizar as fontes de dados existentes

A Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde procurou melhorar a vigilância nacional da equidade na Saúde propondo dois conjuntos de indicadores, que se focam, em geral, no uso de dados populacionais de nível alargado – já recolhidos em muitos países – para identificar as iniquidades:

- Um sistema de vigilância mínimo da equidade em Saúde; e
- Um quadro de referência nacional para a vigilância da equidade em Saúde.

Estes indicadores são apresentados em detalhe no Anexo.

Muitas vezes há a possibilidade de recorrer a um conjunto significativo de informação não explorada que se encontra disponível nas habituais fontes de dados e que pode ser analisada utilizando uma perspectiva centrada nas questões do acesso ou da equidade. Por exemplo, o Quadro de Referência de Qualidade e Resultados (*Quality and Outcomes Framework*, QOF) do Reino Unido foi introduzido principalmente como um sistema de pagamento para os médicos de clínica geral (*general practitioners*, GP), mas forneceu aos investigadores uma «fonte nova e rica» de dados sobre os cuidados primários, sobretudo porque permitiu que as informações de saúde fossem relacionadas com outras fontes de informação, como por exemplo as informações sobre o ambiente socioeconómico. Sigfrid *et al.* examinaram os «relatórios de exceção» que são originados quando um doente é excluído do conjunto daqueles que contribuem para a ava-

liação de resultados². Os investigadores encontraram uma correlação entre a «produção de relatórios de exceção» relativos a diabéticos e existência de carências várias, com as taxas mais elevadas de relatórios a ocorrerem nas populações mais carenciadas. Os autores concluem que «a análise da ‘produção de relatórios de exceção’ e não o simples atingir de metas, ao investigar a iniquidade em Saúde» é importante (Sigfrid *et al.*, 2006, p. 224), e argumentam que estas informações podem ser valiosas para o desenvolvimento de estratégias que conduzam à melhoria dos serviços oferecidos a populações difíceis de alcançar.

Este caso ilustra um desafio-chave ao procurar medir o acesso, visto que consiste em procurar avaliar não apenas quem está a aceder ao serviço, mas também quem não está.

Indicadores-chave de iniquidades

Um artigo com o documento de trabalho (*Working Paper*) preparado pela OCDE em 2009 (De Looper & Lafortune, 2009) descreve o leque dos principais indicadores que podem ser utilizados para medir as iniquidades no estado e no acesso aos serviços de saúde. Os indicadores para a medição das iniquidades no estado de saúde incluem:

- Os que se relacionam com a esperança de vida e a mortalidade;
- Os que se relacionam com a morbilidade e a doença; e
- Indicadores compostos, que incluem estes dois tipos de informação.

² Uma vez que isto pode ocorrer por motivos válidos, como por exemplo o desacordo do doente, a falta de comparência às consultas de rotina / *check-ups* ou intolerância à medicação, os profissionais de saúde podem excluir o registo desse doente para não terem penalizações injustas.

Os indicadores do acesso e utilização incluem:

- Cobertura por seguro de saúde;
- Utilização dos cuidados de saúde relativamente a diferentes serviços;
- Medidas de necessidades de saúde não satisfeitas; e
- Despesas não reembolsadas sob a forma de percentagem do rendimento familiar.

(De Looper & Lafortune, 2009, p. 12)

Os autores assinalam que as medidas mais simples – como por exemplo medir o fosso entre os grupos socioeconómicos mais baixos e mais altos – destacam a situação difícil dos menos privilegiados e são mais frequentemente utilizadas para recolhas de dados de rotina e a longo prazo. As medidas mais complexas utilizam técnicas à base de regressão para medir as iniquidades em todos os grupos populacionais. Os exemplos incluem o «índice relativo de iniquidade» e o «índice de concentração». No entanto, os dados necessários, a complexidade dos cálculos e a interpretação mais difícil são desvantagens (De Looper & Lafortune, 2009, p. 14).

A investigação também verificou que indicadores diferentes podem, por vezes, levar a conclusões diferentes. Conforme assinalado por

Os enfermeiros «visitadores» ou «domiciliários» da Moldávia são um apoio vital para muitos

Na sua qualidade de enfermeira «visitadora» ou «domiciliária», Irine passa o seu tempo em casa dos idosos e incapacitados. O seu país, a Moldávia, é um Estado recentemente independente do Leste Europeu que sofreu um declínio económico acentuado e um forte aumento da pobreza desde o período pós-soviético. A maior parte da população vive abaixo do limiar de pobreza, mas os reformados e incapacitados sofreram o maior golpe. O Programa de Enfermeiros «Visitadores» ou «Domiciliários» foi criado pela Sociedade da Cruz Vermelha da Moldávia para prestar assistência médica e social a estes grupos, cujas reformas são demasiado baixas para cobrir sequer as necessidades básicas, incluindo os medicamentos e o tratamento.

Os salários dos próprios enfermeiros são muito baixos. Irine ganha apenas 23 dólares por mês mas, apesar disso, ela e os seus colegas enfermeiros são muito dedicados às pessoas de quem cuidam. O programa continua a procurar financiamento para manter as actividades do seu núcleo de 30 enfermeiros «visitadores», mas sendo ainda evidente uma necessidade tão grande de cuidados, espera expandir-se a 100 enfermeiros que possam dar assistência a 2 mil beneficiários. Irine e os restantes enfermeiros têm bem a noção de que o apoio que dão é um apoio vital para estas pessoas solitárias e empobrecidas.

Wagstaff *et al.* (1991), um estudo sobre a relação entre as doenças crónicas e a classe social levado a cabo na Suécia, comparado com outro estudo realizado em Inglaterra e no País de Gales, mostrou que «se chegou a conclusões opostas» quando se utilizaram indicadores diferentes (Schneider, *et al.*, 2005, p. 1). A avaliação conclui que a maioria dos instrumentos são limitados na sua capacidade para avaliar a equidade como parte da análise, ainda que de facto assinala que muitos dos instrumentos de avaliação económica ou incorporam vários pressupostos relativamente à equidade ou estes são implícita ou explicitamente incluídos na análise (*WHOCC for Health Technology Assessment*, 2008).

Isto sugere que ainda há algum caminho a percorrer para assegurar que as considerações de equidade são integradas no desenvolvimento de programas e de políticas. Conforme assinalado por De Looper e Lafortune, «uma consideração importante na escolha de uma medida apropriada da desigualdade na Saúde é a facilidade com que esta permite a actualização rotineira dos dados e a monitorização contínua» (De Looper & Lafortune, 2009, p. 14). Isto é particularmente verdadeiro nos países ou regiões que possam ter dados limitados disponíveis e / ou uma capacidade limitada para desenvolver e implementar recolhas de dados complexos.

Também deve assinalar-se que as medidas utilizadas para avaliar a equidade e o acesso podem ser, em si mesmas, discriminatórias. Conforme sublinhado por Dey and Fraser, «qualquer medida que assente nos anos de vida pode discriminar pela idade, tal como qualquer medida que inclua a qualidade de vida pode discriminar pela incapacidade» (Dey & Fraser, 2000, p. 521 / 22). Isto implica que o indicador também tenha de ser apropriado para o uso que lhe está a ser dado. Por exemplo, uma medida como os «Anos de Vida Ajustados à Incapacidade» (*Disability Adjusted Life Years*, DALY) pode proporcionar uma visão útil do estado de saúde de pessoas de diferentes grupos ocupacionais e contribuir para uma avaliação do impacto na saúde de diferentes papéis profissionais. No entanto, se utilizada (isoladamente de outras considerações) para avaliar onde é que os

recursos de saúde são atribuídos de forma mais eficiente (por ex., ao atribuir prioridades numa cirurgia de substituição da anca), pode inibir o acesso àqueles com uma incapacidade pré-existente.

Instrumentos para avaliar a equidade

A disponibilidade de novos instrumentos para medir e avaliar o acesso e a equidade é fulcral para os esforços de melhorar a prestação de serviços de saúde (Sigfrid *et al.*, 2006) e os resultados de saúde.

O Centro de Colaboração para Avaliação de Tecnologia de Saúde da OMS, com sede na Universidade de Otava, desenvolveu o Conjunto de Instrumentos Orientado para a Equidade³ com vista à «avaliação da tecnologia baseada em necessidades». Com estes instrumentos pretende-se promover a idoneidade na tomada de decisão e atribuição de recursos. Fornece exemplos de um leque de instrumentos oriundos de todo o mundo para a avaliação do impacto da doença, efectividade da comunidade, avaliação económica e tradução e implementação dos conhecimentos. Estes instrumentos podem ser métodos analíticos específicos, como os «Anos de Vida Ajustados à Incapacidade», listas de verificação como a «Lista de Verificação de Rastreio do Impacto na Saúde» (*Health Impact Screening Checklist*), programas de *software* como o *Harvard Policy Maker*, ou bases de dados como *The Cochrane Library*, etc.

Em cada conjunto de instrumentos está incluída uma comparação de cada um, incluindo a sua capacidade para determinar a equidade, avaliada em termos de:

- Medir / monitorizar;
- Participação na comunidade; e
- Defesa de causas.

³ Consulte www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/about.htm

Medir as desigualdades na força de trabalho da saúde

A comparação da densidade da força de trabalho da saúde é um instrumento simples que pode ser utilizado para ilustrar as iniquidades na distribuição da força de trabalho da saúde a nível mundial. Trata-se de um conjunto de dados particularmente poderoso, uma vez que vários estudos estabeleceram fortes correlações entre a densidade da força de trabalho da saúde e os resultados. Isto permite uma análise abrangente e não tem em consideração a distribuição dos trabalhadores em áreas particulares, nem a forma como esta distribuição se compara com as necessidades de saúde da população. No entanto, as disparidades entre países são nítidas e demonstram a iniquidade significativa no acesso aos profissionais de saúde, conforme ilustrado na Figura 6, p. 49.

Enfermeiros para os sem-abrigo: uma lição no mundo real

As alunas de Enfermagem Kate e Jennifer são conduzidas ao longo do Rio Spokane, nos EUA, numa manhã fria de Outubro. Martha, da Outreach, é a sua guia e ela chama o «Cigano», que está a descansar debaixo de uma cortina de duche presa com fita adesiva a uma lona numa mata de espinheiros. Está a combater um enfisema e tem tido falta de ar ultimamente. Deixando que as enfermeiras o examinem, o indivíduo tira o casaco e começa a desabotoar a camisa de flanela, revelando cicatrizes no peito. «Acho que é melhor medirem-me a tensão. Fiz um *bypass* triplo ao coração, em Montana», conta ele. A Kate verifica que a pressão arterial. Está elevada, 160 / 100, e diz-lhe que ele tem de ir à clínica no dia seguinte para ir buscar uma nova medicação para a pressão arterial. Dão-lhe algum sumo e barras energéticas, reparando que metade de uma embalagem de ovos parece ser a única comida que há por ali. Prometem voltar a vê-lo na semana seguinte e trazer-lhe os cobertores de que necessita.

Todos os alunos da Universidade do Estado de Washington que concluem um bacharelato de Enfermagem têm de fazer um semestre de Enfermagem de Saúde Comunitária. Para alguns em Spokane, isso significa um semestre a trabalhar com uma população necessitada na baixa da cidade – entre eles os pobres, sem-abrigo, doentes mentais, toxicodependentes e alcoólicos, e pessoas que sofreram abusos. O programa tem sucesso na sensibilização para a relação entre a saúde e a pobreza. Jennifer admite que ficou surpreendida com esta parte da sua formação: «Não sabia que havia tantos sem-abrigo em Spokane e não fazia ideia de onde estavam. Podíamos andar por um carro até ao local onde dormem e nunca dar por isso. Agora chego a reconhecer as pessoas. Em vez de “Oh, está ali um sem-abrigo”, agora é “Olha, está ali o Gary”. Agora têm nomes».

O Atlas Global da Força de Trabalho da Saúde (*Global Atlas of the Health Workforce*) fornecido pela OMS disponibiliza este nível básico de dados sobre a força de trabalho na saúde a nível alargado. Permite aos utilizadores examinar um leque de questões relacionadas com a força de trabalho – como a distribuição etária – e comparar os valores nas áreas rurais e não rurais. Foi produzido para fornecer informação às políticas, programas e à tomada de decisão e inclui dados sobre um conjunto de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. Os dados apresentados na Figura 6 (p. 49) são retirados do Atlas.

Apesar disto, em 2006 o Relatório Mundial de Saúde descrevia a disponibilidade da informação sobre a extensão e a natureza do problema da força de trabalho na saúde como sendo «na melhor das hipóteses, dispersa» (WHO, 2006, p. 126). Para muitos países, a recolha de dados numa situação de referência sobre o número de profissionais de saúde, o seu estatuto de emprego e a sua localização constitui um desafio. Este não é um problema que se restrinja aos que dispõem de menos recursos: conjuntos de dados incompletos, falta de coordenação entre diferentes organizações e jurisdições, desconexão entre conjuntos de dados (por ex., registos de emprego *versus* registos de cédulas profissionais *versus* registos de emigração e imigração) podem significar que a informação básica sobre a distribuição dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde é difícil de identificar.

CAPÍTULO 4

Barreiras ao acesso e à equidade

Despesa da Saúde

A despesa com os serviços de saúde varia largamente em todo o mundo, conforme ilustrado pelo mapa da OMS para as despesas de saúde *per capita* (consulte a Figura 5, p. 48). Isto tem um impacto directo na prestação de serviços ao longo do espectro dos cuidados de saúde, bem como na capacidade dos países para formar, recrutar e reter os profissionais. Nos países de rendimentos baixos e intermédios, os governos são os principais empregadores de profissionais de saúde com as aptidões necessárias e os respectivos níveis de despesa ajudam a determinar os níveis de dotações (ICN & WHO, 2009).

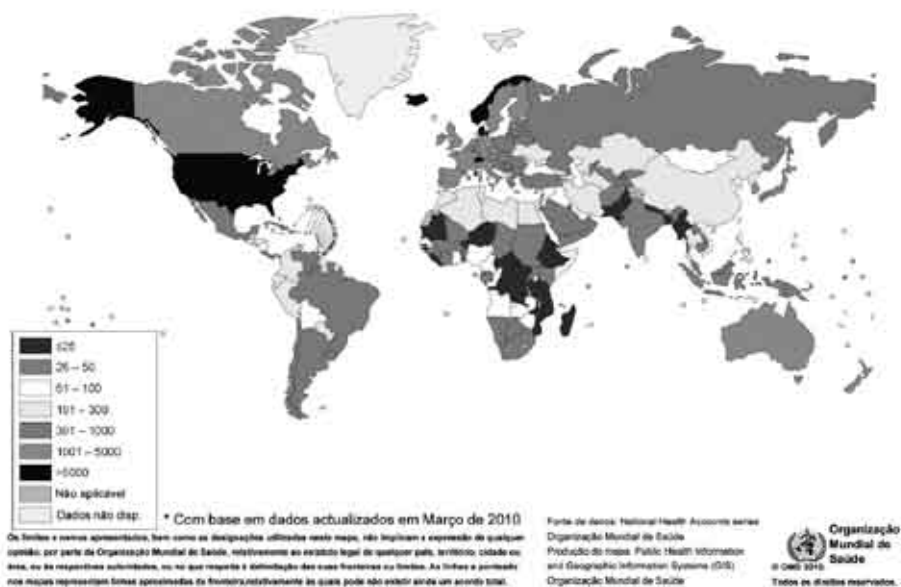
A forma como os fundos disponíveis são distribuídos também desempenha um papel crucial na extensão a que são acedidos e utilizados. O pagamento dos serviços de saúde, incluindo os custos associados – como o do transporte e perda de rendimento – também «modelam a capacidade do doente para concluir o tratamento» (*WHO Regional Office for Europe*, 2010).

A análise da despesa pública, incluindo as despesas com cuidados de saúde, utilizando uma «lente» de equidade pode lançar uma «luz» reveladora sobre a forma como os mecanismos de recursos e financiamento melhoram ou reforçam a iniquidade. Por exemplo, uma análise da despesa pública na Indonésia, em 1990, mostrou que os lares que se situavam no grupo dos 20% mais pobres recebiam apenas 2% da despesa pública para a Saúde, enquanto a faixa dos lares pertencentes ao grupo dos 20% mais ricos obtinha 30% da despesa pública (Birdsall & Hecht, 1995, p. 4). Birdsall e Hecht assinalam ainda que, nos locais onde os pobres do meio rural têm acesso limitado aos

serviços de saúde mais básicos (por ex., Quênia, Paquistão, Peru), «uma elevada proporção de recursos públicos destinada aos hospitais urbanos deveria sugerir um problema de iniquidade» (Birdsall & Hecht, 1995, p. 7).

Uma revisão dos estudos que examinam o acesso a cuidados de saúde para os imigrantes nos EUA identificou apenas quatro estudos que analisaram os custos com cuidados de saúde, mas encontrou disparidades significativas e chocantes: «A nível nacional, a despesa com cuidados de saúde foi 55% mais baixa para os adultos imigrantes e 74% mais baixa para as crianças imigrantes do que, respectivamente, para os adultos e crianças nascidos nos EUA, mesmo após o ajuste para a idade, o salário, a situação relativamente ao seguro e o estado de saúde» (Derose *et al.*, 2009, p. 368).

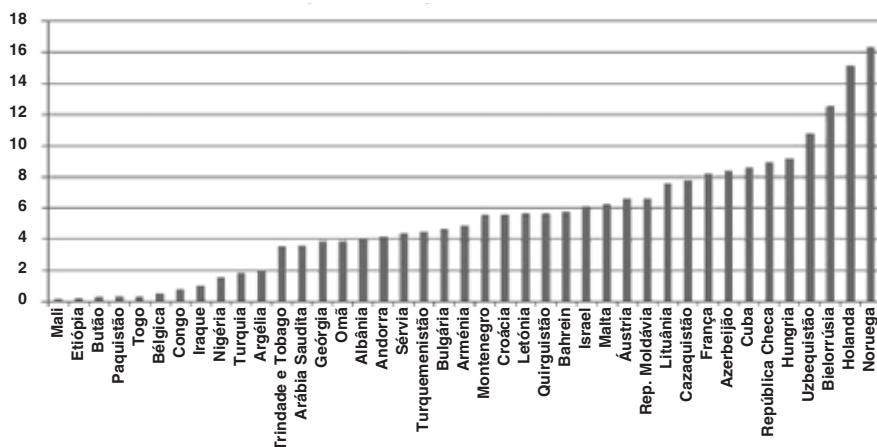
Figura 5: Despesa total na saúde *per capita*, 2007* (em US\$)



Recursos Humanos

Os profissionais de saúde estão distribuídos de forma desigual em termos globais. A densidade da força de trabalho da Saúde varia intra e entre regiões até um factor de 10 e há ainda grandes variações na combinação de aptidões dos prestadores de cuidados de saúde. Em 2007, o número de enfermeiros e enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica por 1000 habitantes era de apenas 0,2 no Mali, mas era de 16,33 na Noruega. A proporção entre enfermeiros e médicos varia largamente, desde quase 8:1 na região africana até 1,5:1 na região do Pacífico ocidental (ICN & WHO, 2009).

Figura 6: Enfermeiros e enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica por 1000 habitantes (países seleccionados), 2007



Fonte: Dados retirados do «Atlas Global da Força de Trabalho na Saúde» (WHO, 2010b)

A carência de enfermeiros e outros recursos humanos da Saúde (RHS) continua a ser uma enorme barreira ao acesso apropriado aos serviços em muitas partes do mundo. Por exemplo, um estudo que examinou o acesso a testes, aconselhamento e Terapêutica Anti-retroviral (TAR) no Malawi verificou que a carência de RHS colocava «desafios graves à distribuição equitativa e sustentável de TAR no

Malawi», citando uma taxa de vagas de cerca de 50% do total de postos de trabalho para profissionais de saúde em todo o sector (Makwiza *et al.*, 2009, p. 8).

Ainda que os profissionais de saúde existam, a sua distribuição é uma questão importante. Muitas áreas rurais, quer em países desenvolvidos, quer em países em desenvolvimento, sofrem carências de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros. Por exemplo, o Gana sofre de «acentuados diferenciais de distribuição em termos geográficos, bem como entre os locais de prestação de cuidados terciários e primários» (Dovlo, 1998). Da mesma forma, uma revisão das publicações em inglês verificou que a falta de profissionais com a formação adequada em áreas rurais inibiam o acesso aos serviços de cuidados paliativos para o VIH / Sida (Harding *et al.*, 2005, p. 252). Além disso, a limitação de oportunidades de formação e desenvolvimento profissional para o pessoal que exerce em zonas rurais também pode afectar a qualidade dos cuidados. Isto pode levar a uma resistência às mudanças que levaria a uma alteração no financiamento público para os cuidados básicos, uma vez que para tal seria necessário que os profissionais fossem recolocados, das áreas urbanas para as rurais, onde as condições de vida e de trabalho são frequentemente mais difíceis e o acesso a oportunidades de desenvolvimento profissional é limitado (Birdsall & Hecht, 1995).

A OMS publicou recentemente recomendações para políticas a nível global sobre «Aumentar o acesso aos profissionais de saúde nas áreas remotas e rurais através da melhoria da retenção» (WHO,

Melhorar o acesso através da prescrição de medicamentos por enfermeiros

Na Suécia, os enfermeiros distritais com formação adicional têm autoridade de prescrição de fármacos. A Agência Sueca de Medicamentos criou uma lista de produtos que os enfermeiros podem prescrever. Esta lista tem mais de 230 marcas de fármacos que os enfermeiros comunitários qualificados podem prescrever para 60 doenças. A avaliação da prescrição por enfermeiros mostrou resultados positivos em termos da melhoria do acesso para os doentes, os idosos e os incapacitados.

2010c). Descrevem-se uma série de recomendações nas áreas da educação, regulação, incentivos financeiros e apoio pessoal e profissional. Além disso, o documento reforça que «a adesão ao princípio da equidade em Saúde irá ajudar a atribuir os recursos disponíveis de forma a contribuir para a redução das iniquidades» (WHO, 2010c, p. 3).

CAPÍTULO 5

Melhorar o acesso e a equidade

Abordar os determinantes sociais da saúde

A ligação essencial entre a saúde e o meio ambiente em que se vive foi reconhecida em 2005, quando a OMS estabeleceu a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde para «disponibilizar a evidência daquilo que pode ser feito para promover a equidade em Saúde e promover um movimento global para o conseguir» (CSDH, 2008).

Conforme assinalado por Reutter e Duncan, os enfermeiros têm uma longa história no reconhecimento da ligação entre a saúde e o ambiente em que as pessoas vivem e trabalham, bem como um envolvimento de longa duração na defesa, activismo e desenvolvimento de políticas para melhorar os principais determinantes da Saúde, como por exemplo o alojamento, o bem-estar das crianças e o sufrágio das mulheres. Já em 1861, Florence Nightingale citava «a ligação entre a saúde e as habitações da população» como sendo «uma das mais importantes que existem» (Reutter & Duncan, 2002, p. 294).

«As pessoas que estão a viver na pobreza, que são socialmente excluídas, têm maior probabilidade de não ter acesso a informações exactas e a cuidados de saúde de boa qualidade, bem como a outros recursos políticos e de poder social básicos. A doença e a fraca protecção social podem exacerbar ainda mais o risco de pobreza e exclusão social. As minorias étnicas e os migrantes, os desempregados ou sub-empregados, os pobres, as mulheres, as crianças, os doentes e os idosos estão particularmente susceptíveis a cair nesta armadilha de pobreza e ciclo vicioso de impotência».

*Ministério da Saúde e Política Social
de Espanha (2010, p. 41)*

A Comissão argumenta que, ainda que a sociedade tradicionalmente se tenha virado para o sector da Saúde para lidar com as preocupações com a doença, o facto de a mortalidade e a morbilidade advirem

das condições de vida e de trabalho das pessoas significa que «a acção relativa aos determinantes sociais da saúde terá de envolver o governo, sociedade civil e as comunidades locais, empresas, fóruns globais e agências internacionais» (CSDH, 2008, p. 1).

Em conformidade, as recomendações gerais da Comissão vão no sentido de:

- Melhorar as condições de vida quotidianas;
- Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e
- Quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto da acção.

O relatório final da Comissão, intitulado «Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais» (2008)⁴ define áreas-chave nas quais a acção é necessária, apresenta uma análise dos determinantes sociais da saúde e exemplos concretos de tipos de acção que provaram ser efectivos na melhoria do estado de saúde das populações e da equidade em Saúde em países de todos os níveis de desenvolvimento socioeconómico.

A PAHO e a OMS desenvolveram um curso de auto-aprendizagem sobre os determinantes sociais da saúde e a formulação de políticas. Ainda que o módulo seja dirigido sobretudo ao pessoal da OMS / PAHO, é também um recurso útil para os enfermeiros e outros profissionais de saúde envolvidos na concepção de programas e políticas, bem como para todos aqueles que pretendam melhorar os seus conhecimentos e desenvolver aptidões para «aplicar a abordagem dos determinantes sociais da saúde às políticas públicas e a outras

⁴ http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf (documento em inglês)

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html (documento em português)

estratégias através do reforço das capacidades pessoais e institucionais» (PAHO / WHO, 2009).

Para o módulo introdutório, encontram-se enunciados os seguintes objectivos gerais:

- Compreender a equidade em Saúde como um valor que reflecte a teoria de justiça social e constitui um factor básico para o direito à saúde;
- Reconhecer o potencial de identificação de iniquidades em Saúde como um elemento estratégico na concepção de políticas públicas mais equitativas;
- Reconhecer as políticas intersectoriais e estratégias de acção concertadas na perspectiva dos determinantes sociais da saúde;
- Analisar as recomendações retiradas dos relatórios esboçados pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde e as suas nove Redes de Conhecimento, bem como promover a respectiva discussão e adopção, tendo em consideração quer as condições, quer as prioridades de cada país.

Para mais informações, consulte <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/>.

O papel dos sistemas de saúde

Ainda que a abordagem das iniquidades não seja um papel apenas dos serviços de saúde, estes podem ter um impacto sobre as injustiças existentes neste sector. A OMS definiu um sistema de «melhoria da equidade em Saúde» como sendo um sistema que «a) minore as iniquidades através da prestação de serviços que promovam a equidade; e b) faça a gestão de uma acção alargada relativamente aos determinantes sociais da saúde» (*WHO Regional Office for Europe*, 2010, p. V).

Os enfermeiros consultores^{NT} em Pediatria melhoram o acesso a cuidados de saúde no Estado de Nova Iorque

No Estado de Nova Iorque (EUA), os enfermeiros consultores em Pediatria prestam cuidados de saúde primários. Promovem e mantêm o bem-estar através de exames físicos regulares, disponibilizam a monitorização do crescimento e do desenvolvimento, administram as vacinas e gerem as doenças infantis, como as infeções do tracto respiratório superior e dos ouvidos e a diarreia. Os enfermeiros consultores em Pediatria seguem os doentes quer em ambulatório, quer no internamento e gerem os cuidados a prestar à criança e à família no hospital. Os serviços dos enfermeiros consultores em Pediatria melhoraram o acesso, a qualidade e o custo-efectividade dos cuidados.

A Comissão da OMS para os Determinantes Sociais da Saúde identificou, no seu relatório «Desafiar a Iniquidade Através dos Sistemas de Saúde» (*Challenging Inequity Through Health Systems*, 2007), as seguintes características fundamentais de um sistema de saúde que aborde a iniquidade:

- «A existência de lideranças, processos e mecanismos que tirem partido da acção intersectorial entre departamentos governamentais para promover a saúde da população;
- Disposições e práticas organizacionais que envolvam a organização das populações, grupos e da sociedade civil, em particular aquelas que trabalham com grupos socialmente desfavorecidos e marginalizados, em decisões e acções que identifiquem, abordem e atribuam recursos às necessidades de saúde;
- Disposições para o financiamento e prestação de cuidados de saúde que pretendam obter uma cobertura universal e ofereçam benefícios particulares para os grupos socialmente desfavorecidos e marginalizados (especificamente, o acesso melhorado aos

^{NT} *Nurse Practitioner* no original – Esta designação corresponde a enfermeiros com formação pós-graduada (mestrado ou doutoramento) que, consoante os países, estão habilitados e autorizados para diagnosticar doenças, prescrever meios auxiliares de diagnóstico e tratamento, incluindo terapêutica medicamentosa. Também podem internar e dar alta a doentes.

cuidados de saúde; melhor protecção contra os custos empobrecedores da doença; e a redistribuição dos recursos no sentido dos grupos mais pobres e com maiores necessidades); e

- Revitalização da abordagem abrangente dos cuidados de saúde primários como uma estratégia que reforce e integre as restantes características promotoras da equidade em Saúde identificadas acima».

(Gilson *et al.*, 2007, p. V)

O relatório salienta que a disponibilização de um sistema que tenha estas características e possa abordar a iniquidade exige «ao mesmo tempo, uma análise técnica e um compromisso político» (Gilson *et al.*, 2007, p. XVII).

Desenvolvimento e prestação de serviços

Ao nível da prestação local de serviços, o acesso pode ser melhorado aumentando a capacidade global de prestação de serviços, onde for possível, assegurando que se consegue o máximo de resultados com o nível existente de recursos, apontando meios para áreas deficitárias e melhorando aspectos específicos dos cuidados, como a continuidade dos cuidados (Chapman *et al.*, 2004). Nos casos em que a procura de serviços ultrapasse a oferta, podem utilizar-se listas de espera e outros mecanismos de racionalização. No entanto, quando isto ocorre, é importante que os critérios para a atribuição de recursos sejam ao mesmo tempo transparentes e abertos ao escrutínio e debate públicos (Dey & Fraser, 2000). Isto irá ajudar a assegurar que as políticas de racionalização não sejam discriminatórias nem injustas. Depois de rever abordagens inovadoras para melhorar o acesso aos cuidados primários, uma prancha importante de esforços para melhorar a saúde e prevenir a doença, Chapman *et al.* concluem:

«o acesso aos cuidados primários pode ser melhorado diversificando os modos de prestação de cuidados, promovendo os

papéis desempenhados pelos profissionais e implementando os serviços de forma mais flexível. Para reduzir as desigualdades de acesso, a chave poderá consistir em dar prioridade à atribuição de recursos limitados em serviços com alvos bem definidos, servindo lacunas anteriormente identificadas nos cuidados e / ou nas comunidades» (Chapman *et al.*, 2004, p. 380).

Uma revisão conduzida por Bhattacharyya identificou inovações na prestação de cuidados de saúde que tinham o potencial de melhorar os serviços para os pobres. A revisão conclui que as práticas exemplares na prestação de serviços incluem «estratégias focadas na experiência do doente, como por exemplo, adaptar o desenho e os serviços para satisfazer as necessidades dos pobres», cruzamento da concessão de subsídios, estratégias de eficiência (por ex., especialização) e abordagens de alto volume que reduzem o custo unitário, bem como abordagens operacionais para aumentar a disponibilidade de serviços, como os serviços de longo alcance e a telemedicina (Bhattacharyya *et al.*, 2010, p. 8). Outros exemplos de estratégias bem sucedidas para melhorar o acesso a grupos marginalizados

Enfermeiros prestam serviços abrangentes e ganham prêmios

Em 1988, o Centro para o Controlo de Doenças de BC (*BC Centre for Disease Control*, BCCDC), no Canadá, deu início ao Programa Os Enfermeiros de Rua (*Outreach Street Nurse Program*) para chegar às pessoas em maior risco de infecção pelo VIH. O programa presta serviços de prevenção focados no VIH e nas doenças sexualmente transmissíveis (DST) a pessoas que não têm acesso aos cuidados de saúde convencionais. Os serviços incluem os cuidados clínicos, ensino e formação, desenvolvimento e implementação de projectos e investigação.

Os enfermeiros estão «empenhados em chegar às populações que tipicamente enfrentam barreiras aos serviços de saúde e que se deparam com o estigma e a discriminação em face de questões sociais e de saúde complexas». «Têm por base valores de respeito, equidade social e justiça social».

O programa também co-produziu um documentário e instrumento de ensino que ganhou o prémio. Esse documentário denomina-se «De Seringa em Punho: Drogas, Toxicodependentes e Enfermagem de Rua» (*Bevel Up: Drugs, Users & Outreach Nursing*) e é largamente utilizado na educação, no exercício e na definição de políticas de saúde a nível nacional e internacional.

O programa recebeu um Prémio de Direitos Humanos do Centro Internacional de Ética para a Enfermagem (*International Centre of Nursing Ethics*), em 2010.

(*BC Centre for Disease Control*, 2010)

incluem o desenvolvimento de serviços móveis, como unidades móveis que prestam serviços básicos de rastreio em centros comerciais ou outros locais públicos, serviços de longo alcance concebidos especificamente para ter como alvo grupos populacionais difíceis de alcançar, e introduzir mecanismos para reduzir os tempos de espera.

A revisão identifica 10 estudos de casos exemplares, incluindo o do *Bhagwan Mahaveer Viklan Sahayata Samiti* (BMVSS), uma organização indiana que desenvolveu uma prótese dos membros inferiores para satisfazer as necessidades dos amputados nas nações em desenvolvimento. Para além de desenvolver uma prótese inovadora, a BMVSS implementou várias medidas para tornar o serviço mais acessível e atraente para os pobres.

As recomendações vão no sentido de:

- Permitir que os doentes dêem entrada a qualquer hora do dia ou da noite;
- Proporcionar alojamento e alimentação gratuitos aos doentes se estes tiverem de lá passar a noite e disponibilizar refeições gratuitas na clínica às famílias;
- Assegurar que as adaptações são concluídas numa sessão, minimizando o número de deslocações e o tempo de ausência ao trabalho (Bhattacharyya *et al.*, 2010, pp. 4-5).

Podem encontrar-se outros exemplos de abordagens inovadoras à prestação de cuidados no Portal Europeu para a Acção na Equidade em Saúde, um recurso *online* criado pelo consórcio da UE para os Determinantes Socioeconómicos da Saúde. Inclui um directório de boas práticas que apresenta detalhes sobre um leque de projectos que foram desenvolvidos com sucesso para abordar a iniquidade através de abordagens inovadoras e dirigidas para a prestação e desenvolvimento de serviços (DETERMINE, 2009).

Mecanismos de recursos e financiamento através de uma abordagem orientada para a equidade

Desenvolver mecanismos de recursos e financiamento que procurem abordar iniquidades em Saúde e promover o acesso aos pobres ou desfavorecidos pode desempenhar um papel importante na abordagem à iniquidade e promoção da saúde. As estratégias identificadas incluem:

- «Reduzir os pagamentos não reembolsados através da remoção de despesas por utilização do sector público, desenvolvendo formas inovadoras de limitar outros custos com os cuidados de saúde (como por exemplo, os custos dos medicamentos e dos transportes)».
- «Alargar o acesso geográfico a serviços abrangentes através do investimento em serviços públicos primários e secundários em áreas presentemente subservidas e reforçando os sistemas de referenciação».
- «Reatribuir recursos governamentais entre áreas geográficas, tendo em consideração as necessidades de saúde da população e todas as fontes de financiamento disponíveis».
- «Financiar adequadamente o nível local e os cuidados de saúde primários, no quadro de referência da cobertura universal».

(Gilson *et al.*, 2007, pp. XII-XVI)

Melhorar o acesso municipal na África do Sul

Na África do Sul, os enfermeiros trabalham como gestores de unidades de saúde e como profissionais de saúde em clínicas municipais que são visitadas por 200 a 300 doentes por dia. Supervisionam o pessoal, incluindo os enfermeiros com menos experiência, promotores de saúde e voluntários. Os enfermeiros registam a história clínica e fazem exames físicos e, se não houver nenhum médico, prestam cuidados abrangentes, incluindo a prescrição de medicamentos. Nos dias marcados, o enfermeiro desloca-se numa carrinha equipada especialmente para o efeito, para levar os cuidados de saúde às pessoas, aumentando assim o acesso às populações.

Os autores assinalam ainda que também pode ser útil «testar» outras estratégias, como um «seguro de saúde baseado na comunidade (ou esquemas de seguros dedicados a determinados grupos populacionais em particular) como mecanismos para proteger os grupos mais pobres dos níveis de pagamento catastróficos, aprender com a experiência nacional e internacional já existente sobre como evitar as muitas armadilhas destes esquemas e alargar a cobertura, sobretudo aos mais desfavorecidos» (Gilson *et al.*, 2007, p. XIII)

Uso dos dados para monitorizar o acesso e a equidade

Monitorização e vigilância de rotina

A Comissão da OMS para os Determinantes Sociais da Saúde identificou que o estabelecimento de «sistemas de rotina para a equidade na saúde e os determinantes sociais da saúde estão implementados a nível local, nacional e internacional» como uma área-chave para a acção (CSDH, 2008, p. 206). Especificamente, a Comissão recomenda que:

- «Os governos assegurem que todas as crianças sejam registadas à nascença sem custos financeiros para a família. Isto deve fazer parte da melhoria do registo civil de nascimentos e óbitos».
- «Os governos nacionais estabeleçam um sistema nacional de vigilância da equidade na saúde,

Identidade: um direito de todas as crianças

Todos os anos, há entre 48 e 50 milhões de bebés que se juntam àqueles que irão passar a vida sem uma identidade ou cidadania oficial. A uma criança não registada podem ser negados os direitos básicos, como o acesso ao ensino e à saúde, incluindo, por exemplo, a vacinação essencial. As crianças não registadas e não documentadas são extremamente vulneráveis à exploração.

Em resposta, o ICN e a Confederação Internacional de Enfermeiros Obstétricos juntaram forças em 2007 e lançaram um Conjunto de Instrumentos para o Registo de Nascimento. Esta iniciativa foi concebida para sensibilizar os enfermeiros e os enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica para a importância do registo e orientação dos grupos e associações profissionais na análise e abordagem da questão no seu país.

Estão disponíveis cópias em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/birth_registration_toolkit.pdf

(ICN & ICM 2007)

com a recolha rotineira de dados sobre os determinantes sociais da saúde e a iniquidade na saúde».

- «A OMS gira a criação de um sistema global de vigilância da equidade na saúde como parte de uma estrutura de governação global mais alargada».

(CSDH, 2008, p. 206)

O estabelecimento de mecanismos de monitorização e vigilância da saúde é um importante primeiro passo na avaliação do estado de saúde da população, bem como da forma como a saúde e o acesso aos serviços se distribuem numa comunidade. Idealmente, a Comissão afirma que «todos os países devem, no mínimo, dispor de dados básicos sobre a equidade em Saúde, que sejam representativos a nível nacional e comparáveis ao longo do tempo» (CSDH, 2008, p. 181).

O relatório final da Comissão, denominado «Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais» (2008), descreve os requisitos mínimos para um sistema de vigilância da equidade, bem como um quadro de referência abrangente. Os detalhes são apresentados no Anexo.

CAPÍTULO 6

Os enfermeiros a promover o acesso e a equidade

Profissionalismo e ética

O Conselho Internacional de Enfermeiros inclui os princípios dos direitos humanos e da equidade como parte integrante da ética de Enfermagem. Isto é afirmado no preâmbulo do Código de Ética do ICN para os Enfermeiros (2006), que afirma:

«É inerente à Enfermagem o respeito pelos direitos humanos, incluindo os direitos culturais, o direito à vida e à livre escolha, o direito à dignidade e a ser tratado com respeito. Os cuidados de Enfermagem são prestados com respeito e sem restrições devido à idade, cor da pele, credo, cultura, incapacidade ou doença, sexo, orientação sexual, nacionalidade, política, raça ou estatuto social» (ICN, 2006, p. 1).

Muitos elementos do Código abordam directamente as questões da equidade e do acesso, incluindo:

- «O enfermeiro promove um ambiente no qual os direitos humanos, valores, costumes e crenças espirituais do indivíduo, da família e da comunidade sejam respeitados» (ICN, 2006, p. 2).
- «O enfermeiro partilha com a sociedade a responsabilidade pela iniciativa e apoio de acções que vão ao encontro das necessidades sociais e de saúde dos cidadãos, em particular as das populações mais vulneráveis», (ICN, 2006, p. 2).
- «O enfermeiro, ao actuar através de uma organização profissional, participa na criação e manutenção de condições de trabalho seguras e social e economicamente equitativas na Enfermagem».

O Código apresenta ainda orientações relativamente à forma como pode ser aplicado por enfermeiros em diferentes contextos. Em seguida são apresentados alguns exemplos. Estão disponíveis cópias do Código do ICN em www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Quadro 1: Excerto do Código de Ética do ICN para os Enfermeiros (ICN, 2006, p. 5)

Elementos do Código, n.º 1: OS ENFERMEIROS E AS PESSOAS		
Enfermeiros e gestores	Formadores e investigadores	Associações Nacionais de Enfermagem
«Prestar cuidados que respeitem os direitos humanos e sejam sensíveis aos valores, costumes e crenças de todos».	«Incluir no currículo referências aos direitos humanos e à igualdade, justiça, e solidariedade como base para o acesso aos cuidados».	«Desenvolver declarações de posição e linhas de orientação que apoiem os direitos humanos e as normas de ética».
«Desenvolver e monitorizar a segurança ambiental no local de trabalho».	«Sensibilizar os estudantes para a importância da acção social nas preocupações actuais».	«Advogar por um ambiente seguro e saudável».

No seu artigo sobre a ética na Enfermagem, Nancy Crigger discute o desenvolvimento de uma ética de Enfermagem num quadro de globalização. Identifica cinco elementos que podem «facilitar uma ética mais adequada e mais equitativa» (Crigger, 2008, p. 21):

- Inclusão e equilíbrio: incluir os pontos de vista dos marginalizados, bem como considerar as perspectivas apresentadas pela ciência, a religião, a Antropologia, etc.;
- Equilíbrio da comunidade e do indivíduo: para considerar o bem comum e o benefício individual;
- Uso da reflexividade ou capacidade de reflectir de forma crítica e realista sobre a própria prática, bem como de ver as questões de um ponto de vista alternativo;

- Abertura a novas abordagens aos direitos humanos, em particular com foco nas «liberdades» mais do que nos direitos, o que, por sua vez, permite que se desenvolvam oportunidades e capacidades;
- Encarar os negócios e a tecnologia de tal forma que se reconheça a sua capacidade para entrincheirar, bem como de abordar as iniquidades.

Estas linhas de orientação éticas auxiliam os enfermeiros no sentido de assegurar que a sua prestação de cuidados é justa e equitativa. Melhoram a experiência do doente e a qualidade dos cuidados e asseguram que o estigma e a discriminação sejam eliminados da Enfermagem como um todo.

Formação e desenvolvimento de aptidões

A formação efectiva, bem como o real desenvolvimento de aptidões, incluindo o compromisso de uma aprendizagem contínua, também são necessários para que os enfermeiros prestem cuidados acessíveis, que promovam a equidade e estejam isentos de discriminação.

Brown *et al.* identificam imperfeições nos cuidados de Enfermagem prestados aos incapacitados, incluindo percepções negativas, falta de aptidões e de conhecimentos sobre as necessidades deste grupo de clientes. Assinalam ainda que muitos enfermeiros não receberam formação suficiente que lhes permita prestar cuidados de qualidade, citando um estudo enfermeiros que verificou que apenas 8% dos enfermeiros inquiridos tinha recebido formação sobre as questões relacionadas com incapacidades de aprendizagem.

Também é importante que os empregadores e os administradores, incluindo os enfermeiros gestores, assegurem que dotam os seus funcionários com as informações e a formação apropriadas às necessidades e preferências da comunidade local. Procurar recrutar activamente funcionários que sejam membros de grupos minoritários

locais e apoiar esses funcionários no local de trabalho também é um passo importante quer para fazer com que os serviços sejam mais acessíveis aos clientes, quer para assegurar que esses clientes recebem a mesma qualidade de cuidados que é usufruída pela maioria.

Competência cultural

Assegurar que a força de trabalho é culturalmente competente é uma parte importante do aumento da utilização dos serviços de saúde por todos os membros da comunidade, mas também ajuda a melhorar a qualidade dos serviços ao melhorar a experiência do doente e a comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde e os utilizadores desses serviços.

As técnicas-chave para melhorar a competência cultural foram identificadas por Brach e Fraser (2000) da seguinte forma:

- Recurso aos serviços de tradutores / intérpretes;
- Recrutamento e retenção de funcionários que sejam membros de grupos minoritários;
- Formação para aumentar a sensibilização, conhecimentos e aptidões culturais;
- Coordenação com curandeiros tradicionais;
- Recurso a trabalhadores de saúde existentes na comunidade;
- Promoção da saúde de forma culturalmente competente;
- Inclusão de membros da família e / ou da comunidade;
- Contacto profundo com outras culturas;
- Disposições administrativas e organizacionais, incluindo a localização dos serviços, alterações aos ambientes físicos e às horas de expediente.

Enfermeiros culturalmente sensíveis com um pé de cada lado da fronteira

Na fronteira entre os EUA e o México, onde habitam 9 milhões de pessoas, estão a ser batidos todos os tipos de recordes de saúde indesejáveis. Estes incluem a taxa mais elevada de gravidez na adolescência, a taxa mais elevada de obesidade, a taxa mais elevada de diabetes e a taxa mais elevada de lesões em acidentes rodoviários causadas pela não utilização do cinto de segurança.

Aqui, cerca de 3,4 milhões de pessoas situam-se 200% abaixo do limiar de pobreza. Mais de um terço está encurralado em condições de vida abaixo do aceitável e necessitam de assistência especial. A vasta maioria não tem meios para conseguir ter um seguro de saúde, pelo que não procura cuidados médicos preventivos e tem dificuldade em compreender por que motivo precisa de verificar a pressão arterial ou os níveis de colesterol quando não se sente doente. Para complicar ainda mais as coisas, a disparidade económica entre o México e os EUA compele todos os dias mais de 800 mil pessoas a atravessar a fronteira de mais de 3 mil quilómetros.

Rudy é um dos enfermeiros cultural e linguisticamente competentes que desempenham um papel fundamental na redução das graves iniquidades de saúde enfrentadas pelas populações da fronteira EUA-México. Para além de ser um enfermeiro e consultor^{NT} em Saúde Familiar num centro médico na fronteira Arizona / México, também é presidente da delegação local da associação de enfermeiros hispânicos. «Enquanto enfermeiros», explica, «vemos os problemas de saúde destas pessoas todos os dias: golpes de calor, hipotermia e envenenamento. Ficam com tanta sede ao atravessar o deserto que bebem seja o que for, até anticongelante. Se conseguem chegar às Urgências, mandamo-los para diálise».

«A pior doença na fronteira é a pobreza», sublinha o Rudy. «Resulta em desemprego, gravidez na adolescência, falta de alojamento de qualidade, violência doméstica, diabetes, cancro e outros problemas».

Desenvolvimento de papéis e da flexibilidade

O desenvolvimento de novos papéis para os enfermeiros também foi investigado como uma estratégia importante para melhorar o acesso a muitos serviços.

Melhorar o papel e a distribuição no «terreno» dos enfermeiros especialistas clínicos (*clinical nurse specialist*) e dos enfermeiros consul-

^{NT} *Nurse Practitioner* no original – Esta designação corresponde a enfermeiros com formação pós-graduada (mestrado ou doutoramento) que, consoante os países, estão habilitados e autorizados para diagnosticar doenças, prescrever meios auxiliares de diagnóstico e tratamento, incluindo terapêutica medicamentosa. Também podem internar e dar alta a doentes.

tores (*nurse practitioner*) demonstrou melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os custos organizacionais. Chapman *et al.* conduziram uma revisão das estratégias empregadas para melhorar o acesso aos cuidados primários no Reino Unido e verificaram que os cuidados primários dirigidos por enfermeiros tinham sido utilizados para «combater o fraco acesso aos serviços em áreas com dificuldades no recrutamento e retenção de médicos de clínica geral», e que a triagem e as consultas telefónicas conduzidas por enfermeiros podiam poupar tempo e melhorar o acesso sem afectar a qualidade dos cuidados (ainda que assinalem também que o acesso telefónico pode prejudicar o acesso às pessoas com pouco domínio da língua inglesa, com dificuldades de audição ou da fala ou sem acesso a um telefone), (Chapman *et al.*, 2004).

A introdução de novas categorias de trabalhadores em algumas áreas também foi uma forma efectiva de reduzir os custos sem afectar adversamente a satisfação dos doentes (ICN, 2010), e tem sido uma medida aplicada com sucesso em áreas de acentuadas carências na força de trabalho.

Investigação

A evidência mostrou que surgem disparidades na área da investigação, tal como em outras áreas da prestação de cuidados de saúde. Um artigo recente, que analisou os enfermeiros investigadores na área do VIH, verificou que a investigação clínica nem sempre representava adequadamente a população em questão. Por exemplo, nos EUA verificou-se que, ainda que as mulheres negras representassem 67% dos novos casos de Sida em 2005, estas estavam sub-representadas em todos os ensaios clínicos. O autor assinala que não só isto constitui uma má prática em termos de investigação clínica como também «impede a aprendizagem sobre os factores políticos, sociais e individuais que influenciam a propagação da doença» (Cohn, 2007).

Cohn argumenta que os enfermeiros, com a sua experiência na prestação de cuidados aos doentes e respectivas capacidades de comunicação – e com o elevado grau de confiança que partilham com o público em geral em muitos países – estão «numa posição única» para assegurar que os doentes são bem informados e que os protocolos de investigação são desenvolvidos de forma a assegurar a participação e representação adequadas de todos os grupos populacionais. «Especificamente, os enfermeiros reconhecem a importância da colaboração com a população marginalizada na gestão e tratamento da doença» (Cohn, 2007, p. 274).

O Grupo de Métodos de Equidade Campbell e Cochrane (*The Campbell and Cochrane Equity Methods Group*) desenvolveu um instrumento para auxiliar os enfermeiros a realizar investigação na abordagem de questões de equidade no seu trabalho. A Lista de Verificação da Equidade para Autores de Revisões Sistemáticas descreve uma série de questões de investigação dirigidas a orientar os investigadores na incorporação de uma perspectiva de equidade

Os enfermeiros como «conectores de cuidados»

Em Ontário, no Canadá, cerca de 780 mil pessoas não têm acesso a um prestador de cuidados de Saúde Familiar. Uma das províncias canadianas está a tentar ultrapassar esta falta de acesso nomeando dois enfermeiros a tempo inteiro em cada uma das 14 Redes Integradas de Saúde Local da província para fazer a ligação entre os doentes e os prestadores de cuidados de saúde. Os enfermeiros, chamados «conectores de cuidados», identificam os enfermeiros consultores^{NT} e os médicos que estão a aceitar doentes e referenciam aqueles utentes para esses profissionais. São atribuídas prioridades às referenciações de acordo com as respostas dos doentes a um questionário de necessidades de saúde.

Em Setembro de 2010, tinham-se registado no serviço 76 mil doentes. Destes, 5 600 foram considerados como tendo necessidades importantes e 75% foram referenciados. Além disso, 75% do total de doentes referenciados, incluindo os das comunidades do Norte e comunidades rurais, tinham sido referenciados para um prestador de cuidados num raio de 10 km das suas casas.

(Canadian Health Services Research Foundation, 2010)

^{NT} *Nurse Practitioner* no original – Esta designação corresponde a enfermeiros com formação pós-graduada (mestrado ou doutoramento) que, consoante os países, estão habilitados e autorizados para diagnosticar doenças, prescrever meios auxiliares de diagnóstico e tratamento, incluindo terapêutica medicamentosa. Também podem internar e dar alta a doentes.

em todos os aspectos de uma revisão, incluindo estratégias e métodos de pesquisa, a descrição e metodologia dos estudos considerados, bem como a análise dos resultados (Ueffing *et al.*, 2009). Os autores incentivam o uso e disseminação da lista de verificação, que se encontra disponível em <http://equity.cochrane.org/our-publications>.

Lóbis, advocacia e desenvolvimento de políticas

Os enfermeiros desempenham um papel importante no desenvolvimento de políticas através de uma voz na análise, advocacia e investigação, sobretudo nos domínios de prestação de cuidados e reestruturação de serviços de saúde. No entanto, conforme argumentam Reutter e Duncan, a necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde significa que há também a necessidade de uma forte advocacia no domínio de políticas públicas mais alargadas, que «se estendem para além das agências de saúde tradicionais e os departamentos de saúde governamentais para unir sectores como as finanças, a agricultura, a educação, os transportes, a energia e o alojamento» (Reutter & Duncan, 2002, p. 295).

As associações nacionais de enfermeiros proporcionam um meio através do qual os interesses dos enfermeiros podem ser expressos

Os enfermeiros no Parlamento

No Palácio de Westminster, em Londres, uma enfermeira faz parte de um serviço moderno de saúde ocupacional. A maior parte do seu tempo é ocupada a prestar um serviço de atendimento permanente para os deputados, os pares do Reino e os restantes milhares de funcionários e visitantes do palácio. A enfermeira lida com «praticamente tudo o que se veria numa combinação de consultório de clínica geral e serviço de urgências». O seu trabalho varia entre administrar analgésicos para as dores de cabeça a responder ao *pager* para emergências como paragens cardíacas ou lesões desportivas.

A enfermeira também é responsável pelos rastreios efectuados aos colaboradores e aos candidatos a funcionários e por actividades de promoção da saúde, como o *fitness*. Também faz a consultas de saúde do viajante aos deputados que vão para o estrangeiro em trabalho. A enfermeira coordena ainda a organização de cuidados médicos e de Enfermagem durante eventos, como por exemplo a abertura do Parlamento, o que envolve um médico, uma ambulância e muitos profissionais de primeiros socorros. Os políticos trabalham em horários estranhos, muitas vezes em debates até à madrugada, o que significa que podem negligenciar a sua saúde, pois podem não ter tempo para cuidar de si próprios. A enfermeira vê muitas caras famosas mas, fiel ao seu profissionalismo, trata todos por igual.

e fornecem um primeiro ponto de contacto com as principais partes interessadas no governo e na sociedade civil. São a chave para uma contribuição efectiva para os debates políticos sobre a forma como o sistema de saúde é orientado, estruturado e gerido, mas também sobre as questões de políticas mais alargadas que abordam os determinantes sociais da saúde. Uma publicação conjunta sobre macroeconomia, entre o ICN e a OMS, sugere áreas para a comunidade de Enfermagem prosseguir, procurando apoiar o desenvolvimento da força de trabalho e uma saúde melhor, incluindo o envolvimento em debates nacionais e locais sobre os sistemas de financiamento dos sistemas de saúde e a importância de profissionais de saúde com as aptidões necessárias para alcançar os objectivos (ICN & WHO, 2009, p. 34).

Os lóbis e a advocacia são, portanto, uma componente fundamental da Enfermagem ao abordar questões como a equidade e o acesso: implicam o desenvolvimento de um conjunto de aptidões e de uma base de conhecimentos diferentes. O ensino de Enfermagem está a começar a reflectir esta necessidade, com a introdução de licenciaturas que procuram reforçar as aptidões necessárias para os enfermeiros se envolverem de forma efectiva no desenvolvimento de políticas públicas (Reutter & Duncan, 2002).

ANEXOS



Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde: vigilância da equidade

Sistema Mínimo de Vigilância da Equidade em Saúde (CSDH, 2008, p. 181)

Resultados de saúde:

- Mortalidade: mortalidade infantil e / ou mortalidade até aos 5 anos, mortalidade materna, mortalidade na idade adulta e esperança de vida à nascença;
- Morbilidade: pelo menos três indicadores de morbilidade relevantes a nível nacional que irão variar consoante o contexto do país e poderão incluir a prevalência de obesidade, diabetes, subnutrição e VIH;
- Saúde mental auto-avaliada.

Medidas da iniquidade:

- Para além das médias populacionais, os dados sobre os resultados de saúde devem ser apresentados de forma estratificada, incluindo a estratificação por:
 - Sexo;
 - Pelo menos dois marcadores sociais (por ex., escolaridade, rendimentos / riqueza, classe ocupacional, etnia / raça);
 - Pelo menos um marcador regional (por ex., rural / urbano, província).
- Incluir pelo menos uma medida relativa a iniquidades absolutas de saúde entre grupos sociais e uma medida relativa a iniquidades em Saúde entre grupos sociais;

- Onde aplicável, devem estar disponíveis dados de boa qualidade sobre a saúde dos povos indígenas.

Quadro de referência abrangente para a vigilância nacional da equidade em Saúde (CSDH, 2008, p. 182)

Iniquidades em Saúde:

Incluir informações sobre:

- Resultados de saúde estratificados por:
 - Sexo;
 - Pelo menos duas estratificações socioeconômicas (escolaridade, rendimentos / saúde, classe ocupacional);
 - Grupo étnico / raça / indígena;
 - Outras estratificações sociais contextualmente relevantes;
 - Local de residência (rural / urbano e província ou outra unidade geograficamente relevante).
- Distribuição da população pelos subgrupos;
- Uma quantificação sumária da iniquidade relativa em Saúde, uma quantificação que inclua a relação entre taxas, o índice relativo de iniquidade, a versão relativa do risco atribuível à população e o índice de concentração;
- Uma quantificação sumária da iniquidade absoluta em Saúde. As medidas incluem a diferença de taxas, o índice de desigualdade e o risco atribuível à população.

Resultados de saúde:

- Mortalidade (devido a todas as causas, por causas específicas, por grupos etários específicos);
- Desenvolvimento na primeira infância (DPI);
- Saúde mental;

- Morbilidade e incapacidade;
- Auto-avaliação da saúde física e mental;
- Resultados por causas específicas.

Determinantes, onde aplicáveis, incluindo dados estratificados:

Condições de vida quotidiana

- Comportamentos de saúde
 - Tabagismo;
 - Consumo de álcool;
 - Actividade física;
 - Dieta e nutrição.
- Ambiente físico e social;
 - Água e saneamento;
 - Condições de alojamento;
 - Infra-estruturas, transportes e desenho urbano;
 - Qualidade do ar;
 - Capital social.
- Condições de trabalho
 - Riscos de trabalho materiais;
 - *Stress*.

Cuidados de saúde

- Cobertura;
- Infra-estruturas do sistema de cuidados de saúde.

Protecção social

- Cobertura;
- Generosidade.

Impulsionadores estruturais da iniquidade em Saúde

- Género
 - Normas e valores;
 - Participação económica;
 - Saúde sexual e reprodutiva.
- Iniquidades sociais
 - Exclusão social;
 - Distribuição dos rendimentos e da riqueza;
 - Escolaridade.
- Contexto sociopolítico
 - Direitos civis;
 - Condições de emprego;
 - Prioridades de governação e de despesa;
 - Condições macroeconómicas.

Consequências da falta de saúde

- Consequências económicas;
- Consequências sociais.



Doentes informados

Posição do ICN:

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) acredita firmemente que todas as pessoas têm o direito a ter informações actualizadas, relativas à promoção da saúde, à manutenção da saúde e à prevenção e tratamento da doença. Estas informações de saúde deverão ser de acesso fácil, disponibilizadas atempadamente, exactas, claras, relevantes, fiáveis e baseadas na evidência ou nas melhores práticas. Adicionalmente, todas as pessoas devem ter acesso a informações exactas, fiáveis e transparentes acerca da investigação científica, cuidados farmacêuticos e inovações tecnológicas na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença.

As pessoas têm o direito à privacidade e à confidencialidade das informações relativas à sua saúde. A partilha apropriada de informações constitui um pré-requisito para que os enfermeiros e outros profissionais de saúde estabeleçam relações sinceras e de colaboração com os doentes e com as respectivas famílias ou prestadores de cuidados.

As pessoas têm direito a aceder à informação, num formato apropriado e ao nível da sua compreensão, que lhes permita fazer escolhas informadas e tomar decisões relativas à sua saúde. As informações para os doentes e prestadores de cuidados devem ser adequadas às suas necessidades e circunstâncias, incluindo as suas necessidades espirituais, religiosas, étnicas e culturais, bem como as suas aptidões linguísticas e níveis de literacia relacionada com a saúde. Devem explicar-se os riscos e benefícios das intervenções e opções dos cuidados de saúde ao

doente e, quando apropriado, às respectivas famílias e prestadores de cuidados.

Os enfermeiros e outros profissionais de saúde devem trabalhar em parceria com as organizações de doentes, grupos de auto-ajuda e outras partes interessadas no sentido de assegurar que os doentes e o público têm acesso às informações apropriadas relativamente à saúde e aos serviços de saúde. Inerente a isto está a expectativa de que os enfermeiros se envolvam na investigação acerca da natureza, qualidade e impacto das informações fornecidas aos doentes acerca dos resultados de saúde e da prática de Enfermagem.

Enquadramento

As pessoas que desempenham um papel activo relativamente à sua saúde tomam decisões mais informadas sobre o auto-cuidado, envolvem-se em estilos de vida mais saudáveis e têm maior probabilidade de estar satisfeitas com os seus cuidados e resultados de saúde.⁵ Os enfermeiros e outros profissionais de saúde devem reconhecer os direitos dos indivíduos a tomar decisões informadas e a fazer escolhas sobre a forma de gerir a sua própria saúde e a aceitar ou a rejeitar os cuidados de saúde ou o tratamento.

Os enfermeiros e outros profissionais de saúde precisam de ter os conhecimentos e aptidões para: gerirem a informação; para auxiliarem os doentes no acesso, gestão e utilização da informação; e para contribuírem para, e avaliarem, a base de evidência no que respeita ao impacto dos doentes informados sobre os resultados de saúde.

Devem responder às necessidades de informação auto-identificadas pelo doente e à avaliação das necessidades do doente, em vez de

⁵ Department of Health. *Chronic Disease Management and Self-Care. National Service Frameworks. (2002). A practical aid to implementation in primary care. Expert Patient Programme. Progress Report. 6 de Fevereiro de 2003. www.doh.gov.uk/cmo/progress/expertpatient/index.htm*

se basearem unicamente nos conhecimentos profissionais ou em ideias pré-concebidas.

A informação deve ser disponibilizada aos doentes / consumidores utilizando uma diversidade de tecnologias de informação e de comunicação e deve ser apresentada de acordo com normas de qualidade reconhecidas ou acordadas.

A educação e formação iniciais e contínuas dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde devem proporcionar-lhes as competências necessárias para garantir que os doentes e o público estão bem informados e para trabalhar em parceria com eles para melhor satisfazer as suas necessidades de saúde.

O ICN reconhece que os doentes informados são cruciais para assegurar a segurança dos doentes e que devem fazer parte do esforço no sentido de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde.

Adoptado em 2003

Analisado e revisto em 2008

Tomadas de Posição do ICN:

- *Patient Safety* (Segurança dos doentes), (2002)
- *Health Information: Protecting Patient Rights* (Informação na Saúde: protecção dos direitos dos doentes), (2000)

Publicações do ICN:

- *Patient Talk! The ICN Informed Patient Project* (2003)

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, que representa milhões de enfermeiros em todo o mundo. Gerido por enfermeiros e liderando a Enfermagem a nível internacional, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem para todos, bem como para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global.



Acesso universal a água própria para consumo

Posição do ICN:

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) acredita que o direito à água própria para consumo não é negociável. O acesso seguro a água própria para consumo é uma necessidade universal e um direito humano fundamental; um recurso essencial para satisfazer as necessidades humanas básicas e para sustentar a subsistência e o desenvolvimento. A água é um bem público e o ICN opõe-se à privatização dos serviços e recursos relacionados com a água. O ICN acredita ainda que, com o empenho e vontade política dos governos e outros, a água limpa e própria para consumo poderá ser tornada acessível para todos a baixo custo, utilizando a tecnologia apropriada.

O ICN apoia o objectivo definido nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, da ONU, que pretende reduzir para metade até 2015 o número de pessoas sem acesso sustentável a água própria para beber⁶. O acesso à água segura para o consumo é um aspecto fundamental das estratégias de alívio efectivo da pobreza.

O ICN apela aos enfermeiros e às associações nacionais de enfermeiros (ANE) para que:

- Trabalhem com os representantes de outros sectores, tais como o governo local e os responsáveis pelos recursos aquíferos para exercerem pressão no sentido de um fornecimento de água limpa e própria para consumo.

⁶ Nações Unidas, Cimeira do Milénio da ONU, Setembro de 2000.

- Apelem aos respectivos governos para que forneçam água própria para consumo e acessível a toda a população.
- Exerçam pressão no sentido de uma abordagem que seja a favor das camadas mais pobres da população e também sensível ao género sexual, baseada na compreensão dos papéis das mulheres e dos homens na gestão da água, de forma a que mulheres e homens possam participar de igual forma no aumento do acesso a água própria para consumo.

Além disso, o ICN apela aos enfermeiros e ANE para que trabalhem com os organismos nacionais e internacionais relacionados com o fornecimento de água para:

- Aumentar a vigilância e garantir a segurança do abastecimento de água relativamente a ataques intencionais, através do uso de agentes biológicos, químicos ou outros agentes nocivos.
- Exercer pressão no sentido de políticas idóneas de regulamentação, que assegurem o acesso universal à água própria para consumo.
- Monitorizar o impacto sobre a saúde pública da desregulamentação e privatização do abastecimento de água, sobretudo às populações vulneráveis.

O ICN está preocupado com a possibilidade de que as alterações climáticas e o aquecimento global, frequentemente associados a secas, cheias e perturbações no abastecimento de água, venham a ameaçar a saúde pública.

Enquadramento

Os enfermeiros trabalham com os indivíduos, famílias e comunidades para promover a saúde, prevenir a doença, restituir a saúde e aliviar o sofrimento⁷. A missão da Enfermagem em atingir estes objectivos

⁷ *International Council of Nurses (2000), Code of Ethics for Nurses. Geneva: ICN.*

seria frustrada sem o acesso da população a um abastecimento de água limpa e própria para consumo.

O rápido crescimento da população, a industrialização, urbanização, intensificação da agricultura, alterações climáticas e estilos de vida que impliquem o uso intensivo da água estão a resultar numa crise global de água. Cerca de 20% da população não tem acesso a água própria para beber, enquanto 50% não tem acesso a um sistema de saneamento seguro⁸.

Mais de 3 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a doenças relacionadas com a água, tais como a diarreia⁹; e milhões sofrem de doenças tais como a disenteria e o tracoma. As doenças devidas a mau saneamento e má higiene provocam a morte de 2 milhões de crianças a cada ano¹⁰.

Devido à degradação ambiental e à poluição, as fontes de abastecimento de água encontram-se ameaçadas por: contaminação com esgotos e bactérias nocivas; produtos químicos, tais como os nitratos; metais pesados, tais como o chumbo, mercúrio e arsénico; e compostos orgânicos persistentes.

A falta de água própria para consumo coloca uma grave ameaça à saúde pública. Contribui também para o pesado fardo das mulheres nalguns países, que frequentemente se deslocam longas distâncias para irem buscar água que depois transportam às costas, o que lhes traz graves consequências para a saúde. Apesar da tarefa esgotante da recolha de água, esta água está frequentemente contaminada por resíduos animais, humanos ou industriais, bem como por outros contaminantes com consequências nocivas para a saúde.

Há uma preocupação crescente em como as fontes de abastecimento de água possam servir de alvo para ataques por agentes bacterioló-

⁸ www.unep.org

⁹ *World Health Organization. Water and Health. Bulletin of the World Health Organisation*, 79 (5), 486.

¹⁰ *WSSCC / WHO / UNICEF, Global Assessment Report, 2000*

gicos, químicos ou outros, com a intenção de causar dano a populações de grandes dimensões.

A tendência global para a desregulamentação e privatização do abastecimento de água representa uma barreira grave ao acesso universal a água limpa e própria para consumo.

O impacto das alterações climáticas e do aquecimento global representa uma ameaça à disponibilidade da água própria para o consumo.

Adoptado em 1995

Analisado e revisto em 2008

Enunciados de posição relacionados do ICN:

- *Reducing environmental and lifestyle-related health hazards* (Redução dos riscos ambientais e riscos de saúde relacionados com o estilo de vida)
- *Towards elimination of weapons of war and conflict* (No sentido da eliminação das armas de guerra e do conflito)
- *Nurses and primary health care* (Os enfermeiros e os cuidados de saúde primários)
- *Nurses and human rights* (Os enfermeiros e os direitos humanos)

Publicações do ICN

- *Fact Sheet on Safe Household Water: Preventing Disease, Saving Lives*

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, que representa milhões de enfermeiros em todo o mundo. Gerido por enfermeiros e liderando a Enfermagem a nível internacional, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem para todos, bem como para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global.



Serviços de saúde acessíveis com financiamento público

Posição do ICN:

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e as suas associações nacionais de enfermeiros defendem o desenvolvimento de sistemas nacionais de cuidados de saúde que prestem uma gama de serviços essenciais de saúde acessíveis a toda a população, tal como determinado no país, tanto nos cuidados preventivos como curativos.

Nos casos em que estes serviços não tenham financiamento público, o ICN acredita que os governos têm a responsabilidade de garantir serviços de saúde acessíveis aos grupos vulneráveis.

Os serviços essenciais e acessíveis devem ser determinados pelas necessidades de saúde de cada país. Devem equilibrar a eficiência e a eficácia em termos de custo – benefício, qualidade, procurando conseguir este equilíbrio com os recursos disponíveis.

O ICN apoia os esforços efectuados pelas associações nacionais de enfermeiros no sentido de influenciar a política pública e de saúde baseada nas prioridades de saúde para o país, equidade, acessibilidade dos serviços essenciais, eficiência (incluindo a produtividade), eficácia em termos de custos e qualidade dos cuidados.

O ICN promove a formação em gestão e desenvolvimento da liderança que prepare os enfermeiros para uma gama alargada de papéis e responsabilidades. O ICN apoia os esforços das associações nacionais de enfermeiros para garantir que a política do governo para os serviços de saúde

com financiamento público não baixe o nível da formação requerido pelas exigências complexas destes serviços.

O ICN e as suas associações membro apoiam e promovem os princípios dos cuidados de saúde primários como forma de ajudar a promover a disponibilidade e a acessibilidade aos serviços de saúde essenciais a um custo que as comunidades e as nações consigam suportar.

Para garantir serviços de qualidade, acessíveis e eficazes em termos de custos, precisam estabelecer-se e aplicar-se os princípios, padrões e mecanismos de regulamentação apropriados, tanto nos serviços públicos como privados de saúde pública.

Os sistemas de formação em Enfermagem devem garantir que os currículos são regularmente actualizados para satisfazer as necessidades de um contexto em mudança, que estes são implementados de forma adequada e que são satisfeitas as necessidades da formação contínua.

Uma nação saudável constitui um recurso nacional vital. Um dos objectivos fundamentais de cada nação deverá ser conseguir atingir o melhor *status* possível de saúde para a população, dentro dos recursos disponíveis.

O ICN e as suas associações membro precisam de manter redes efectivas com os intervenientes relevantes, para ajudar a garantir que a atribuição de recursos e a disponibilidade de serviços se baseiam nas necessidades e prioridades, promovem os cuidados de saúde primários e têm em conta as considerações relativas à qualidade, bem como aos custos.

Este objectivo é dificultado devido a:

- aumento da procura dos serviços de saúde (devido a factores tais como a alteração na natureza e na quantidade de problemas de saúde, populações envelhecidas e aumento das expectativas por parte do público);

- subida dos custos com os cuidados de saúde, frequentemente associada a recursos insuficientes e com uma ênfase aumentada nas aplicações dispendiosas de tecnologia avançada;
- uso inadequado dos recursos disponíveis devido a ineficiências no planeamento e no estabelecimento de prioridades, utilização e gestão dos sistemas de cuidados de saúde.

A reforma no sistema de saúde em muitos países está a procurar resolver estes problemas. Isto tem implicações tanto para as componentes privadas como públicas dos sistemas de saúde.

Adoptado em 1995

Analizado e reafirmado em 2001

Posições relacionadas do ICN:

- *Promoting the Value and Cost Effectiveness of Nursing* (Promoção do valor e da efectividade em termos de custo da Enfermagem)

Publicações do ICN:

- ***Cost Effectiveness in Health Care Services – Guidelines for National Nurses' Associations and Others***, Geneva, ICN, 1993
- ***Costing Nursing Services***, Geneva ICN, 1993

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, que representa milhões de enfermeiros em todo o mundo. Gerido por enfermeiros e liderando a Enfermagem a nível internacional, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem para todos, bem como para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global.

Leitura adicional e recursos recomendados

Challenging Inequity through Health Systems (Gilson et al. 2007) *Final Report of the Knowledge Network on Health Systems, WHO Commission on the Social Determinants of Health*

www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf

Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health (CSDH, 2008)

whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

Equity-Oriented Toolkit (WHOC for Knowledge Translation and Health Technology Assessment in Health Equity, 2004)

www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm

The European Portal for Action on Health Equity

www.health-inequalities.eu

Global Learning Device on Social Determinants of Health (PAHO / WHO, 2009)

http://www.who.int/pmnch/topics/conferences/200902_paho/en/index.html

The ICN Code of Ethics for Nurses (ICN, 2006)

www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alleyne, G., Stuckler, D. & Alwan, A. (2010). The hope and promise of the UN Resolution on non-communicable diseases. *Globalisation and Health*, 6(15).
- Australian Human Rights Commission (2008). Face the Facts: Questions and Answers about Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. Disponível em: www.hreoc.gov.au/racial_discrimination/face_facts/chap1.html#1-4 (Acedido a 7 de Dezembro de 2010).
- Ban, K-M. (2010). *Global Strategy for Women's and Children's Health*. New York: United Nations.
- BC Centre for Disease Control (2010). *Outreach/Street Nurse Program Receives Human Rights Award*. Disponível em: www.bccdc.ca/resources/newsandalerts/news/Sept16_ICNEaward.htm (Acedido a 18 de Novembro de 2010).
- Bhattacharyya, O., Khor, S., McGahan, A., Dunne, D., Daar, A. S. & Singer, P. A. (2010). Innovative health service delivery models in low and middle income countries – what can we learn from the private sector? *Health Research Policy and Systems*, 8(24).
- Birdsall, N. & Hecht, R. (1995). *Swimming Against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health*. Human Capital Working Paper. Report 14567. Vol. 1. World Bank. Disponível em: www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265_3961019111234 (Acedido a 12 de Outubro de 2010).
- Brach, C. & Fraser, I. (2000). *Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model*. Medical Care Research & Review November 1, 2000, 57: pp. 181-217. Disponível em: http://mcr.sagepub.com/content/57/suppl_1/181. (Acedido a 3 de Setembro de 2010).

- Brown, M., MacArthur, J., McKechnie, A., Hayes, M. & Fletcher, J. (2010). Equality and access to general health care for people with learning disabilities: reality or rhetoric? *Journal of Research in Nursing*. 15(4): pp. 351-361.
- Bryant, R. (2009). ICN 24th Quadrennial Conference Closing Address July 3, 2009. Durban, South Africa: International Council of Nurses.
- Canadian Health Services Research Foundation (2010). *Casebook of Primary Healthcare Innovations*. Ottawa: CHSRF.
- Canadian Institute for Health Information (2010). Hospitalisation disparities by socio-economic status for males and females. Disponível em http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/disparities_in_hospitalisation_by_sex2010_e.pdf (Acedido a 7 de Dezembro de 2010).
- Chapman, J. L., Zechel, A., Carter, Y. H. & Abbott, S. (2004). Systematic review of recent innovation in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*. 1 May 2004. 54(502): pp. 374-381.
- Cohn, E. G. (2007). Including marginalised Populations in HIV Clinical Trials: A New Role For Nurse-Researchers. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 8(4): pp. 271-275.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO.
- Corrieri, S., Heider, D., Matschinger, H., Lehnert, T., Raum, E. & König, H. H. (2010). Income, education and gender-related inequalities in out-of-pocket healthcare payment for 65+ patients a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 9(20).
- Crigger, N. J. (2008). Towards a Viable and Just Global Nursing Ethics. *Nursing Ethics*, 15(1): pp. 17-26.
- De Looper, M. & Lafortune, G. (2009). *OECD Health Working Papers No. 43: Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries*. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee.
- Derosé, K. P., Bahney, B. W., Lurie, N. & Escarce, J. J. (2009). Review: Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost. *Medical Care Research and Review*, 66(4): pp. 355-408.

- DETERMINE: EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health. (2010). *The story of DETERMINE: Mobilising Action for Health equity in the EU*. The DETERMINE Consortium.
- DETERMINE: EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health (2009). *European Directory of Good Practices to reduce health inequalities*. Disponível em: www.health-inequalities.eu/?uid=5e0f4e1c50c6c3de1dbfda30bd297c4f&id=main2 (Acedido a 12 de Outubro de 2010).
- Dey, I. & Fraser, N. (2000). Age-Based Rationing in the Allocation of Health Care. *Journal of Aging and Health*, 12(4): pp. 511-537.
- Dovlo, D. (1998). *Health Sector Reform and Deployment, Training and Motivation of Human Resources towards Equity in Health Care: Issues and Concerns in Ghana*. Ministry of Health, Ghana. Disponível em: www.hrresourcecenter.org/node/181. (Acedido a 11 de Outubro de 2010).
- Dowler, E. (2001). Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 4: pp. 701-709.
- Drenowski, A. (2009). Obesity, diets and social inequalities. *Nutritional Reviews*, Vol 67 (Suppl 1): pp. 536-539.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R. & Francis, V. (2007). *Challenging Inequity Through Health Systems*. WHO Commission on the Social Determinants of Health.
- Hailu, D. & Soares, S. S. (2009). *What Explains the Decline in Brazil's Inequality?* Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth.
- Hanley, A. (2006). *Diabetes in Indigenous Peoples*. Medscape Diabetes and Endocrinology. Disponível em: <http://cme.medscape.com/viewarticle/540921> (Acedido a 18 de Novembro de 2010).
- Harding, R., Easterbrook, P., Higginson, I. J., Karus, D., Raveis, V. H. & Marconi, K. (2005). Access and equity in HIV/AIDS palliative care: a review of the evidence and responses. *Palliative Care*, 19: pp. 251-258.
- Harper, S. & Lynch, J. (2005). *Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives*. National Cancer Institute. Bethesda, MD: U.S. National Institutes of Health.

- International Council of Nurses (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses & World Health Organisation (2009). *The nursing community macroeconomic and public finance policies: towards a better understanding*. Geneva: ICN & WHO. Disponível em: www.ichrn.com/publications/policyresearch/DP_2-09_nursing-macroeco.pdf
- International Council of Nurses (2010). *Fact Sheet: Skill Mix*. International Centre for Human Resources in Nursing. Disponível em: www.ichrn.com/publications/factsheets/SkillMix_ICHRN_Factsheet-EN.pdf (Acedido a 13 de Outubro de 2010).
- International Council of Nurses and International Confederation of Midwives (2007). *Birth Registration Toolkit – Identity: Every Child’s Right*. Geneva: International Council of Nurses.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A-J., R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A. E. (2008). Socio-Economic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*, June 5 2008, 558(23): pp. 2468-2481.
- Makwiza, I., Nyirenda, L., Bongololo, G., Banda, T., Chimizizi, R. & Theobald, S. (2009, May 5). Who has access to counseling and testing and anti-retroviral therapy in Malawi – an equity analysis. *International Journal for Equity in Health*, 8:13.
- McCoy, D. (2003). *Health Sector Responses to HIV/AIDS and treatment access in southern Africa: Addressing equity*. Health Systems Trust. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET) in co-operation with Oxfam GB.
- McKee, M. (2002). What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scandinavian Journal of Public Health*, 30: pp. 54-58.
- Ministry of Health and Social Policy of Spain (2010). *Moving Forward in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the re-education of Health Inequalities: An Independent Report Commissioned through the Spanish Presidency of the EU*. Ministry of Health and Social Policy in Spain.
- National Health Committee (New Zealand) (2010). *Rural Health: Challenges of Distance Opportunities for Innovation*. Wellington: National Health Committee.

- Osterle, A. (2002). Evaluating Equity in Social Policy: A Framework for Comparative Analysis. *Evaluation*, 8:46: pp. 46-59.
- Pan American Health Organisation (1999, March). *Methodological Summaries: Measuring Inequity in Health*. Disponível em: www.paho.org/english/sha/be991ineq.htm (Acedido a 1 de Outubro de 2010).
- Pan American Health Organisation / World Health Organisation (2009). Global Learning Device on Social Determinants of Health and Public Policy Formulation. Disponível em: <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoeng/contexto.html> (Acedido a 10 de Outubro de 2010).
- Pearsall, J. (Ed.) (2002). *The Concise Oxford English Dictionary* (Tenth Revised ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Reutter, L., & Duncan, S. (2002,). Preparing Nurses to Promote Health-Enhancing Public Policies. *Policy, Politics & Nursing Practice*, November Vol.3 No.4, pp. 294-305.
- Schneider, M. C., Castillio-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2005). *Methods for measuring health inequalities (Part III)*. Pan American Health Organisation. Disponível em: http://www.paho.org/english/dd/ais/be_v26n2-en-desigualdades_3.htm (Acedido em Outubro de 2010).
- Schubert, M., Glass, T. A., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffer-Witvliet, B., Slaone D., M. & de Geest, S. (2008) Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), pp. 227-237.
- Sigfrid, L. A., Turner, C. & Ray, S. (2006, June 29). Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management. *Journal of Public Health*, Vol. 28, No. 3, pp. 221-225.
- Stuckler, D., Basu, S. & McKee, M. (2010, March). *Drivers of Inequality in Millennium Development Goal Progress: A Statistical Analysis*. PLoS Medicine. Disponível em: www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000241#pmed.1000241-WHO1 (Acedido a 13 de Outubro de 2010).
- Theodorakis, P. N., Mantzavinis, G. D., Rumbullaku, L., Lionis, C., & Trell, E. (2006). *Measuring health inequalities in Albania: a focus on the distribution of general practitioners*. Human Resources for Health. Disponível em: www.human-resources-health.com/content/4/1/5 (Acedido a 1 de Outubro de 2010).

- Ueffing, E., Tugwell, P., Petticrew, M. & Kristjansson, E. (2009). *C1, C2 Equity Checklist for Systematic Review Authors*. May 28. Cochrane Health Equity Field 2009. Disponível em: <http://equity.cochrane.org/sites/equity.cochrane.org/files/uploads/equitychecklist.pdf> (Acedido a 18 de Novembro de 2010).
- United Nations (1948, December 10). *The Universal Declaration of Human Rights*. Disponível em: www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml (Acedido a 27 de Setembro de 2010).
- United Nations (2010). *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2010). *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. New York: UNICEF.
- Van Cleemput, P. (2010). Social exclusion of Gypsies and Travellers: health impact. *Journal of Research in Nursing*, 15(4): pp. 315-327.
- Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci med*, 33: pp. 545-557.
- Wood, T. (2010). *German doctors fear health care rationing*. 19 January, 2010. DW-World.de. Disponível em: www.dw-world.de/dw/article/0,,5139759,00.html (Acedido a 17 de Novembro de 2010).
- World Cancer Research Fund (2010). *Press Releases: Higher rates of cancer in men "not inevitable"*. Disponível em: www.wcrf-uk.org/audience/media/press_release.php?recid=133 (Acedido a 17 de Novembro de 2010).
- World Health Organisation (2006). *Global Health Atlas*. Disponível em: <http://gamapserver.who.int/maplibrary/default.aspx> (Acedido a 6 de Dezembro de 2010).
- World Health Organisation (2006). *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (2008a). *Monitoring achievement of the health-related Millennium Development Goals*. April 10. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_15-en.pdf (Acedido a 13 de Outubro de 2010).
- World Health Organisation (2008b). *Inequities are killing people on a grand scale, reports WHO's Commission (Press Release)*. August 28. Disponível em: www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/index.html (Acedido a 27 de Setembro de 2010).

- World Health Organisation (2010a). *Policy approaches to engaging men and boys in addressing gender equality and health equity*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (2010b). *Global Atlas of the Health Workforce*. Disponível em: <http://apps.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp> (Acedido a 18 de Novembro de 2010).
- World Health Organisation (2010c). *Global policy recommendations: Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Executive Summary*. Disponível em: www.who.int/hrh/retention/Executive_Summary_Recommendations_EN.pdf (Acedido a 14 de Outubro de 2010).
- World Health Organisation (2010d). *Measuring health workforce inequalities: methods and application to China and India*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (2010e). *Social Determinants of Health: Tools and resources*. Disponível em: www.who.int/social_determinants/tools/en/ (Acedido a 10 de Outubro de 2010).
- World Health Organisation (2010f) World Health Report: Health Systems Financing: The path to universal coverage. WHO: Geneva.
- World Health Organisation Collaborating Centre for Health Technology Assessment (2004). *Economic Evaluation Tools*. Disponível em: www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/download/economic_evaluation_TOOLS.pdf (Acedido a 10 de Outubro de 2010).
- World Health Organisation Collaborating Centre for Health Technology Assessment (2008). *Equity-Oriented Toolkit*. Disponível em: www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm (Acedido a 10 de Outubro de 2010).
- World Health Organisation Regional Office for Europe. (2010). *How health systems can address inequities in priority public health conditions: the example of tuberculosis*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation, WHO Centre for Health Development, Kobe & the United Nations Settlements Program (UN-Habitat) (2010). *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*.



3, Place Jean-Marteau
1201 Genève, Suisse
Téléphone 41 (22) 908 0100
Fax 41 (22) 908 0101
E-mail: icn@icn.ch
Website: www.icn.ch

Avenida Almirante Gago Coutinho, 75
1700-028 LISBOA
Tel. + 351 218 455 230
Fax + 351 218 455 259
mail@ordemenfermeiros.pt
www.ordemenfermeiros.pt

