

# Reduzir as desigualdades no domínio da saúde na União Europeia

A Europa Social



Comissão Europeia



A presente publicação é encomendada ao abrigo do Programa da União Europeia para o Emprego e a Solidariedade Social — PROGRESS (2007-2013). Este programa, gerido pela Direcção-Geral do Emprego, Assuntos Sociais e Igualdade de Oportunidades da Comissão Europeia, foi criado para financiar a realização dos objectivos da União Europeia no âmbito do emprego e dos assuntos sociais, como previsto na Agenda Social e, deste modo, contribuir para a concretização dos objectivos de estratégia «Europa 2020» nestes domínios.

Previsto para sete anos, o programa dirige-se a todos os intervenientes aptos a contribuir para a elaboração de legislação e a adopção de medidas políticas apropriadas e eficazes em matéria social e de emprego na UE-27, nos países EFTA-EEE e nos países candidatos e pré-candidatos à União Europeia.

A missão do programa PROGRESS é reforçar a contribuição da União Europeia para apoiar os compromissos e os esforços dos Estados-Membros na criação de mais e melhores empregos e na construção de uma sociedade mais coesa. Para este efeito, a utilidade do programa PROGRESS manifesta-se através:

- da análise e aconselhamento político sobre as áreas de actividade do programa PROGRESS;
- da supervisão e informação sobre a aplicação da legislação e das políticas comunitárias em áreas de actividade do programa PROGRESS;
- da promoção da transferência, da aprendizagem e do apoio de políticas entre os Estados-Membros como objectivos e prioridades da União Europeia;
- da divulgação das posições dos intervenientes e da sociedade em geral.

Para mais informações, consulte:

<http://ec.europa.eu/progress>

# Reduzir as desigualdades no domínio da saúde na União Europeia

## **Comissão Europeia**

Direcção-Geral do Emprego, dos Assuntos Sociais e da Igualdade de Oportunidades

Unidade E4

Direcção-Geral da Saúde e dos Consumidores

Unidade C4

Manuscrito terminado em Junho de 2010

Nem a Comissão Europeia nem qualquer pessoa que actue em seu nome são responsáveis pelo uso que possa ser feito com as informações contidas nesta publicação.

© Foto da capa: União Europeia — Michel Loriaux

Para qualquer utilização ou reprodução das fotos não abrangidas pelos direitos de autor da União Europeia, deve ser solicitada autorização directamente ao(s) detentor(es) dos direitos de autor.



Europe direct é um serviço  
que responde às suas perguntas  
sobre a União Europeia

Linha telefónica gratuita (\*):  
00 800 6 7 8 9 10 11

(\*). Alguns operadores de telefonia móvel não permitem  
o acesso aos números iniciados por 00 800 ou cobram  
estas chamadas

Encontram-se disponíveis muitas outras informações sobre a União Europeia na rede Internet, via servidor Europa (<http://europa.eu>)  
Uma ficha catalográfica e um resumo figuram no final desta publicação

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2011

ISBN 978-92-79-15046-3  
doi:10.2767/97939

© União Europeia, 2011  
Reprodução autorizada mediante indicação da fonte

*Printed in Germany*

IMPRESSO EM PAPEL BRANQUEADO SEM CLORO ELEMENTAR (ECF)

## Declarações

### John Dali, comissário responsável pela Saúde e Política dos Consumidores



Acredito numa Europa em que todos os cidadãos vivam saudavelmente e tenham acesso a bons serviços de saúde, independentemente de quem são, onde vivem e quanto ganham. É por esta Europa que temos de lutar. A redução das desigualdades na saúde constitui uma prioridade essencial.

Reduzir as desigualdades na saúde exige acções concertadas entre a saúde pública e um conjunto de outras políticas que têm impacto na saúde, nomeadamente a protecção social, a educação e o ambiente. O desafio reside no modo como utilizar os diferentes instrumentos de política para construir alianças eficazes para a acção nos governos e na sociedade.

Estou empenhado em assegurar que a comunicação sobre as desigualdades na saúde, intitulada «Solidariedade na saúde», conduza a resultados concretos e apoie os esforços dos Estados-Membros para colmatar o fosso na saúde de qualquer modo que seja possível.

A partilha de boas práticas e das lições aprendidas e a ajuda para canalizar oportunidades de financiamento da União Europeia a fim de beneficiar a saúde nas regiões mais desfavorecidas e entre as pessoas mais desprovidas são alguns dos meios que poremos em prática. A Comissão assegurará também um melhor controlo das desigualdades na saúde e das respectivas tendências na Europa e alargará as oportunidades de investigação neste domínio. Por último, trabalharemos em conjunto para assegurar que as políticas da União Europeia contribuem, sempre que possível, para atacar este problema. O trabalho em áreas a desenvolver, como a saúde em linha e a avaliação das tecnologias da saúde, constitui um factor crítico para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e pode dar um contributo fundamental para combater as desigualdades.

Nestes tempos de crise económica e de pressões orçamentais, creio que devemos juntar forças para assegurar que as disparidades na saúde que existem nas nossas sociedades

não aumentam. Tenho esperança que nos anos vindouros veremos com orgulho que os nossos esforços produziram resultados na redução das desigualdades no domínio da saúde na Europa.

### László Andor, comissário responsável pelo Emprego, Assuntos Sociais e Inclusão

Realizaram-se progressos consideráveis no domínio da saúde, mas apesar disso o nível das desigualdades entre diferentes grupos sociais e entre pessoas que vivem em diferentes regiões da União Europeia continua a ser inaceitavelmente grande. As desigualdades na saúde são não só injustas, mas têm igualmente enormes custos económicos e sociais.

O facto de se prestar mais atenção e de modo mais regular às determinantes sociais da saúde nas condições de vida e de trabalho podem ajudar-nos a reduzir os factores que diminuem a nossa esperança de vida e que têm impacto negativo na vida das pessoas, nos níveis de produtividade e nas despesas com os cuidados de saúde.

O aumento do emprego, a melhoria da qualidade do trabalho e a garantia de um ambiente de trabalho saudável e seguro para todos são elementos essenciais para melhorar os resultados da saúde. Temos igualmente de combater o desemprego de longa duração e a pobreza para minimizar os seus efeitos negativos na saúde em geral. Além disso, temos de nos esforçar por assegurar uma protecção social adequada e acessível, com redes de segurança eficazes para reduzir o impacto das condições económicas e sociais adversas na saúde.

Por último, e muito importante, a melhoria do acesso a serviços de saúde de qualidade pode contribuir substancialmente para uma saúde melhor e uma vida mais longa em muitas regiões da União Europeia, contribuindo assim para a coesão económica, social e territorial.





# Índice

<b>1. Desigualdades no domínio da saúde na União Europeia.....</b>	<b>7</b>
1.1. Desigualdades na saúde entre Estados-Membros e no seu interior.....	7
1.2. Desigualdades entre grupos sociais.....	8
1.3. Saúde bastante precária nos grupos vulneráveis.....	8
<b>2. Causas das desigualdades na saúde.....</b>	<b>9</b>
2.1. Determinantes gerais da saúde.....	9
2.2. Questões de emprego.....	11
2.3. Riqueza e saúde: uma relação complexa.....	11
2.4. Protecção social e transferências: contribuem para o estado de saúde?.....	11
2.5. Questão central: despesas com cuidados de saúde e orçamentos.....	12
2.6. A actual crise económica e financeira: qual é o seu impacto?.....	13
<b>3. Acções para reduzir as desigualdades na saúde nos Estados-Membros da União Europeia .</b>	<b>13</b>
Estudo de casos n.º 1: Reino Unido — «Sure Start Local Programmes»: pôr em prática o «universalismo proporcional».....	14
Estudo de casos n.º 2: Hungria — «Opre Roma»: aumento da sensibilização para o planeamento de casas saudáveis e sustentáveis numa comunidade cigana que vive em Debrecen.....	15
Estudo de casos n.º 3: Alemanha — «Job Fit Regional»: associar a saúde à promoção do emprego.....	16
<b>4. Acções a nível da União Europeia.....</b>	<b>17</b>
4.1. Comunicação da Comissão sobre as desigualdades no domínio da saúde.....	17
4.2. Estratégia europeia de emprego.....	18
4.3. Cooperação com os Estados-Membros.....	19
4.4. Estratégia da União Europeia em matéria de saúde.....	19
4.5. Fundos da União Europeia.....	19
4.6. Legislação.....	20
4.7. Mercado interno.....	21
4.8. Educação e juventude.....	21
<b>Anexos</b>	
Ligações e referências úteis.....	22
Bibliografia resumida.....	22



©. União Europeia



# 1. Desigualdades no domínio da saúde na União Europeia

Os cidadãos da União Europeia vivem, em média, mais tempo e com mais saúde do que os cidadãos das gerações precedentes e os níveis de saúde na União têm melhorado continuamente nas últimas décadas. Ao mesmo tempo verificam-se grandes desigualdades, talvez cada vez maiores, no domínio da saúde entre Estados-Membros da União Europeia e no interior dos mesmos.

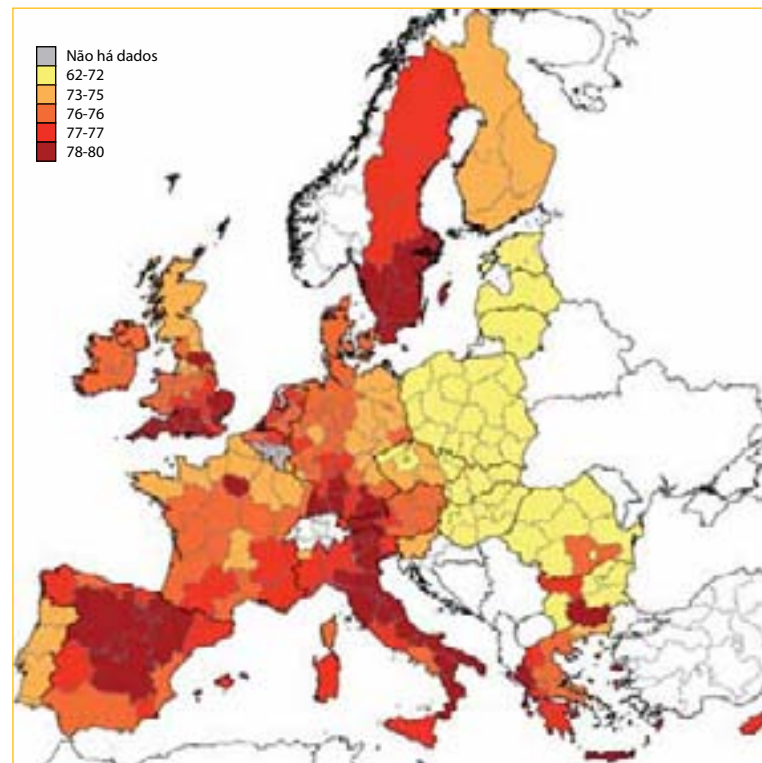
A Comissão Europeia vê estas desigualdades como um desafio aos compromissos assumidos pela União Europeia em matéria de solidariedade, de coesão económica e social, de direitos humanos e de igualdade de oportunidades. A Comissão está por isso determinada a apoiar os esforços desenvolvidos pelos Estados-Membros e outros interessados aos vários níveis da sociedade para superar essas desigualdades.

## 1.1. Desigualdades na saúde entre Estados-Membros e no seu interior

A esperança de vida à nascença pode dar uma ideia dos níveis de saúde do conjunto da população e aqui verificam-se diferenças substanciais entre as regiões da União Europeia. Em 2006, a diferença entre os Estados-Membros com maior e menor esperança de vida era de oito anos para as mulheres e de 14 anos para os homens. Em vários países, a diferença entre a esperança de vida nacional e a média da União aumentou nas duas últimas décadas.

Existem igualmente diferenças, que chegam a atingir 20 anos, quanto ao número de anos vividos com boa saúde (anos de vida saudáveis), sendo as pessoas que vivem na parte central e oriental da União Europeia, especialmente os homens, que vivem em média menos anos com boa saúde.

Esperança de vida à nascença dos homens 2002-2004, NUTS 2



Fonte: Eurostat.



Também se verificam enormes diferenças entre Estados-Membros no que se refere à mortalidade infantil, à mortalidade prematura, à mortalidade evitável e quanto a medidas de saúde mais subjectivas, como a autopercepção do estado de saúde geral e doenças de longa duração ou restrições de actividades sentidas nos últimos seis meses.

A elevada mortalidade e morbilidade resultante das doenças cardiovasculares, de lesões e violência, de cancro e doenças relacionadas com o álcool contribuem para as diferenças de esperança de vida. Os factores de risco subjacentes a estas condições, como condições de vida e de trabalho mais pobres, o tabagismo, os regimes alimentares e o consumo de álcool são mais evidentes em países com menor esperança de vida.

## 1.2. Desigualdades entre grupos sociais

Para além das diferenças entre Estados-Membros, também se verifica que o estado de saúde das pessoas varia com o seu estatuto social. As pessoas com menos habilitações, menos qualificadas ou com menores rendimentos, bem como algumas minorias étnicas em muitos Estados-Membros, tendem a morrer mais jovens e registam uma maior prevalência da maioria dos problemas de saúde.

O impacto destas variáveis na saúde começa numa idade jovem e persiste ao longo da vida. As diferenças na esperança de vida à nascença entre grupos socioeconómicos mais baixos e mais altos (por exemplo, entre profissionais manuais e liberais, entre pessoas com ensino primário e pós-secundário e pessoas com rendimentos mais elevados e mais baixos) são de 4 a 10 anos para os homens e de 2 a 7 anos para as mulheres. Nalguns Estados-Membros, a diferença ainda aumentou nas últimas décadas. Além disso, a mortalidade infantil é mais elevada nos grupos socioeconómicos mais baixos e as desigualdades relacionadas com este factor também aumentaram em vários países.

## 1.3. Saúde bastante precária nos grupos vulneráveis

Alguns grupos constituídos por pessoas que vivem em zonas deprimidas e em situação de pobreza, desempregados e pessoas que trabalham na economia paralela, sem abrigo, deficientes, doentes mentais ou doentes crónicos, idosos com baixas pensões e famílias monoparentais, estão mais sujeitos a níveis de doença elevados e a morte prematura.

As desigualdades entre os nacionais e grupos de migrantes persistem, tanto em termos do estado de saúde como de acesso aos serviços de saúde. Os migrantes podem ser mais vulneráveis a doenças transmissíveis, como a tuberculose, o VIH/sida ou a hepatite, o que tem impacto nos níveis globais da saúde. Podem igualmente defrontar-se com riscos mais elevados de doenças não transmissíveis (por exemplo, doenças cardiovasculares) e com problemas de saúde mental. Esta situação pode resultar de uma combinação de condições socioeconómicas e ambientais nos países de origem ou do processo de mudança de país e de terem de se ajustar a um novo ambiente nos países de acolhimento <sup>(1)</sup>.

Além disso, parece existir uma ligação entre as desigualdades na saúde no interior de um país e a saúde global da população, verificando-se que quanto maiores são as desigualdades mais precária é a saúde da população no seu todo. Por conseguinte, a redução das desigualdades no interior dos Estados-Membros pode muito bem ajudar a reduzir as desigualdades entre Estados-Membros.

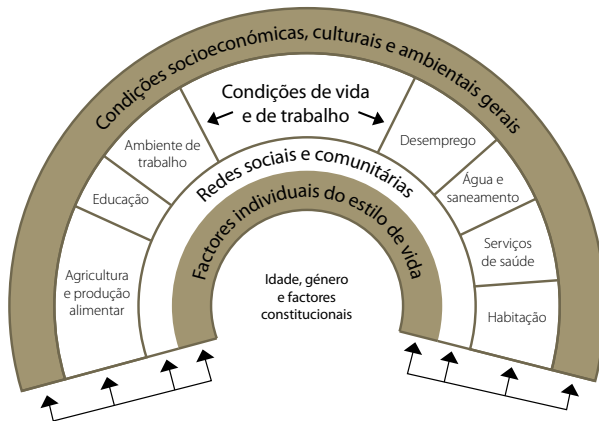
<sup>(1)</sup> Conclusões do Conselho de 2007 sobre saúde e migrações na União Europeia.

## 2. Causas das desigualdades na saúde

### 2.1. Determinantes gerais da saúde

Vários modelos tentam demonstrar a relação entre diferentes determinantes e a saúde. O modelo de Dahlgren e Whitehead, utilizado pela Organização Mundial de Saúde, ilustra as causas das desigualdades como «camadas de um arco-íris». Os níveis de saúde não variam aleatoriamente, sendo antes o resultado de diferenças sistemáticas na distribuição dos factores que os afectam.

#### Modelo de determinantes da saúde de «Dahlgren-Whitehead»



Fonte: Dahlgren-Whitehead: OMS Europa 2007, «European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2». Remete para D&G; fonte anterior 1993.

As **condições de vida e de trabalho** afectam a saúde através de mecanismos físicos e psicológicos directos e indirectos. O impacto de alguns factores é sentido durante longos períodos. Por exemplo, deficientes condições de infância podem afectar mais tarde a saúde. A exposição a factores que influenciam a saúde difere consoante o local onde a pessoa vive e trabalha.





No que diz respeito à habitação, algumas partes da população da UE não têm acesso a água corrente, a instalações de limpeza e higiene adequadas, a energia a preços acessíveis, nem tão-pouco a aquecimento e isolamento central e vivem em condições de humidade e em casas com excesso de habitantes. O trabalho físico exigente pode ter efeitos negativos na saúde, assim como baixos níveis de controlo das tarefas, o desequilíbrio na compensação dos esforços e a exposição a riscos físicos e mentais no local de trabalho. Por outro lado, uma gestão correcta, boas condições de trabalho e a existência de fortes redes sociais no trabalho podem ter efeitos positivos na saúde.

Os **comportamentos relacionados com a saúde**, como regimes alimentares, níveis de actividade física, consumo de tabaco e de álcool e o comportamento sexual são influenciados por factores socioeconómicos e culturais. Isto pode explicar em parte as diferenças na saúde entre grupos sociais e entre países e regiões. A maior parte dos estudos considera que o comportamento individual pode representar 25% a 35% das diferenças de saúde das pessoas. Existem grandes variações entre países europeus e grupos socioeconómicos em termos de nutrição saudável, prevalência do consumo de tabaco e de álcool e actividade física e as consequências destes factores, como a obesidade e a saúde precária.

**Factores psicossociais**, como ocorrências negativas na vida, sentimentos de exclusão e de marginalização, falta de domínio de acontecimentos que afectam a vida das pessoas e a execução de trabalhos exigentes por uma remuneração insuficiente podem todos contribuir para o agravamento da saúde.

**Situações sociais precedentes** também podem influenciar o estado de saúde das pessoas. Por exemplo, a situação socioeconómica da família (incluindo rendimentos e interesse na educação) pode desempenhar um papel importante na determinação dos resultados educativos da criança, nas perspectivas de emprego, no rendimento e na saúde. Alguns estudos revelam que um estatuto socioeconómico elevado dos pais reduz o risco de acidentes vasculares e de cancro do estômago na idade adulta. As privações socioeconómicas maternas estão fortemente associadas a baixo peso à nascença, o que tem efeito na saúde da pessoa ao longo da vida. Além disso, como já se referiu, condições de vida deficientes na infância podem produzir efeitos numa fase mais avançada da vida.

Diferenças de estilos de vida e de condições de vida e de trabalho por idade, género e situação socioeconómica  
 QA24 Pode dizer-me se alguma das seguintes afirmações se aplica a si? (são possíveis várias respostas)

		Fuma	É obeso	Nunca faz exercícios físicos ou muito raramente	Não come alimentos muito saudáveis	Tem tendência a beber álcool a mais	Vive em meio barulhento	Vive ou trabalha em ambiente muito poluído	Sofre de stress no trabalho	Sofre de stress nas suas relações pessoais	Nenhuma destas afirmações (espontâneo)	Não sabe
	UE-27	30%	20%	24%	14%	7%	8%	6%	17%	10%	32%	1%
	<b>Sexo</b>											
	Homem	35%	19%	22%	16%	12%	8%	7%	19%	7%	29%	1%
	Mulher	24%	22%	25%	12%	3%	7%	5%	15%	13%	34%	1%
	<b>Idade</b>											
	15-24	34%	9%	17%	22%	10%	10%	6%	11%	11%	37%	1%
	25-39	39%	15%	23%	16%	8%	9%	7%	25%	11%	26%	1%
	40-54	34%	25%	26%	14%	9%	8%	8%	26%	12%	25%	1%
	55+	17%	26%	26%	8%	4%	6%	3%	5%	7%	39%	1%
	<b>Educação (fim da)</b>											
	15	25%	23%	27%	10%	6%	6%	4%	8%	9%	36%	1%
	16-19	36%	22%	25%	16%	8%	8%	7%	18%	10%	28%	1%
	20+	28%	20%	23%	12%	8%	8%	6%	28%	10%	29%	1%
	Continua a estudar	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%
	<b>Escala profissional do respondente</b>											
	Independentes	37%	18%	22%	13%	10%	8%	8%	28%	10%	27%	1%
	Dirigentes	21%	19%	20%	12%	10%	6%	5%	39%	8%	30%	1%
	Outros empregados	33%	21%	27%	17%	8%	7%	7%	29%	9%	26%	1%
	Operários	42%	19%	23%	17%	9%	9%	10%	27%	9%	24%	1%
	Pessoal doméstico	23%	20%	28%	9%	2%	7%	3%	2%	14%	36%	2%
	Desempregados	53%	24%	26%	19%	12%	12%	6%	5%	19%	22%	1%
	Reformados	18%	27%	26%	8%	5%	5%	3%	1%	8%	41%	1%
Estudantes	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%	

Fonte: Eurobarómetro 283.



## 2.2. Questões de emprego

As questões relacionadas com o emprego têm um papel importante na determinação do estado de saúde das pessoas e o desemprego está associado a um aumento do risco de saúde mental deficiente, à exclusão social e ao suicídio. Como se disse acima, a qualidade do emprego e as condições de trabalho também têm um efeito importante na saúde.

Um bom ambiente de trabalho, que limite a exposição a riscos físicos ou a agentes químicos e biológicos, beneficia a saúde. Alguns estudos sugerem que a qualidade do emprego e as condições de trabalho afectam consideravelmente a saúde. Por exemplo, baixa pressão física e stress reduzido, um elevado grau de domínio da vida profissional, oportunidades de desenvolver novas competências, um salário elevado e perspectivas de promoção são tudo factores que contribuem para uma boa saúde. Em contrapartida, a falta de apoio no trabalho e um sentimento de insegurança quanto ao emprego aumentam o risco de saúde precária, incluindo de depressão.

Os riscos de saúde profissionais variam significativamente de sector para sector. Os trabalhadores jovens estão normalmente menos informados dos riscos profissionais e por isso estão mais expostos a esses riscos. Os trabalhadores com contratos de trabalho a prazo ou temporários têm maior risco de acidentes de trabalho e de doenças profissionais.

## 2.3. Riqueza e saúde: uma relação complexa

O rendimento económico medido em termos de produto interno bruto (PIB) *per capita* e as taxas de pobreza variam bastante na UE e persistem importantes desigualdades em matéria de rendimentos. Em 2006, o rendimento total

dos 20% mais ricos da população era 4,8 vezes superior ao dos 20% mais pobres. Diversos estudos sugerem que a desigualdade de rendimentos constitui um dos vários factores que conduzem às diferenças na saúde entre os países e as pessoas. Essa desigualdade deve-se em grande parte ao grau de estratificação social provocado por factores estruturais, como o contexto político, as normas e os valores da sociedade e as políticas económica, social, educativa, ambiental e de saúde.

No entanto, a relação global entre o crescimento económico e a saúde é complexa. A evidência sugere que o crescimento económico só por si pode não conduzir a uma redução das desigualdades na saúde. Para limitar essas desigualdades, o crescimento económico tem de ser acompanhado de medidas de política complementares e de uma maior atenção quanto à distribuição dos benefícios. Além disso, a conversão do PIB *per capita* em cidadãos saudáveis e em equidade na saúde depende, em grande medida, de uma combinação adequada de políticas destinadas a reduzir as disparidades e a melhorar a saúde em geral, graças a uma optimização da relação entre benefícios da saúde e recursos disponíveis. Deve também referir-se que, devido a factores como o regime alimentar, certos Estados-Membros e regiões da União Europeia tendem a revelar indicadores de saúde mais favoráveis do que outros com melhor situação económica.

## 2.4. Protecção social e transferências: contribuem para o estado de saúde?

Podem observar-se variações na dimensão e na extensão dos sistemas de segurança social na UE, nomeadamente no que se refere aos orçamentos para a saúde e protecção das pessoas que se encontram fora do mercado de trabalho. Atendendo a que a pobreza é considerada como um importante factor determinante da saúde, a dimensão da redistribuição e da protecção social pode estar ligada às desigualdades na saúde, uma vez que se calculou que as políticas de redistribuição dos rendimentos reduzem o risco de pobreza em 38%.

## 2.5. Questão central: despesas com cuidados de saúde e orçamentos

A dimensão dos orçamentos da saúde pode determinar a capacidade dos sistemas de saúde para atenderem às necessidades da população. Os Estados-Membros têm tendência para indicar menos esperança de vida e níveis mais elevados de necessidades de cuidados médicos não atendidos para indicar igualmente baixas despesas de saúde *per capita* e em percentagem do PIB.

A disponibilidade (incluindo infra-estruturas, equipamentos e número de profissionais de saúde), o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde são factores essenciais na determinação das desigualdades, uma vez que influenciam a probabilidade de superar a morbilidade e de evitar a mortalidade prematura. Os sistemas de saúde deparam-se com falta de recursos (tanto financeiros como humanos) e com a sua distribuição desigual em termos geográficos e sociais. Estas

questões afectam o modo e a rapidez com que as doenças são diagnosticadas e tratadas e por isso produzem efeitos na saúde da população em geral.

A qualidade dos cuidados de saúde desempenha um papel fundamental na garantia de níveis elevados de saúde pública. Por exemplo, 3 milhões de doentes da União Europeia sofrem todos os anos de infecções associadas aos cuidados de saúde e 50 000 morrem dessas infecções. As diferenças de acesso a cuidados de qualidade traduzem-se em grandes diferenças de mortalidade tratável.

Também se podem observar diferenças no acesso aos cuidados. Existe uma clara diferença de rendimentos em termos de necessidade de cuidados médicos não satisfeitos. As pessoas com rendimentos mais baixos indicam mais frequentemente necessidades não atendidas devido à espera, a custos financeiros directos ou à distância dos serviços de prestação de cuidados. A evidência sugere que, em média, famílias com rendimentos mais baixos têm de



se deslocar mais ao hospital ou ao seu médico de família. Além disso, as pessoas com baixos rendimentos têm menos possibilidades de serem admitidas no hospital ou de serem observadas por um especialista. Diversos relatórios conjuntos sobre protecção social e inclusão social identificaram barreiras ao acesso, nomeadamente a falta de cobertura de seguro de doença, custos financeiros directos dos cuidados, disparidades geográficas na disponibilidade dos serviços, tempo de espera e obstáculos culturais.

Ao mesmo tempo, elevados níveis de despesa com cuidados de saúde privados em percentagem do rendimento familiar podem impedir os grupos socioeconómicos mais baixos de acederem aos cuidados de saúde quando têm necessidade, contribuindo assim para o aumento das desigualdades no domínio da saúde nalguns países.

## 2.6. A actual crise económica e financeira: qual é o seu impacto?

Condições macroeconómicas difíceis podem ter um efeito fortemente negativo na saúde. Levam muitas vezes a um aumento dos níveis de stresse e de comportamentos de risco, como beber e fumar. Isto pode ter em si mesmo um efeito negativo na saúde e conduzir igualmente a factores como a depressão, perturbações do sistema imunitário e acidentes. Estes efeitos podem ter outras consequências em termos de saúde e de educação nas famílias, especialmente nas crianças. Uma crise económica longa pode dar origem a impactos negativos duradouros na saúde. Podem surgir sintomas de esgotamento anos depois de um despedimento e não semanas ou meses depois.

O aumento das restrições de acesso a cuidados de saúde e sociais de qualidade, especialmente para as pessoas dos grupos socioeconómicos mais baixos, é outro efeito de uma contracção económica. Se o acesso aos cuidados de saúde passar a estar dependente da posse de meios financeiros ou se os Estados-Membros cortarem os recursos atribuídos aos cuidados de saúde e às prestações sociais em resposta à crise, o resultado traduzir-se-á numa menor cobertura ou na qualidade dos cuidados.

A pressão financeira sobre os sistemas de saúde pode levar os países a reverem a combinação das suas políticas sobre os factores determinantes da saúde na busca de maior eficácia e eficiência, o que pode aumentar de novo a desigualdade do acesso aos cuidados.

## 3. Acções para reduzir as desigualdades na saúde nos Estados-Membros da União Europeia

Todos os Estados-Membros da União Europeia se comprometeram a reduzir as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde e a obter resultados no domínio da saúde como um objectivo do Método Aberto de Coordenação. Os relatórios dos Estados-Membros que são analisados no quadro dos relatórios anuais conjuntos sobre protecção social e inclusão social documentam as acções que estão a ser adoptadas. Além disso, existem fontes de informação sobre iniciativas políticas a nível dos Estados-Membros que demonstraram ser eficazes para combater as desigualdades na saúde. Entre estas incluem-se o relatório elaborado para a presidência do Reino Unido em 2005 e intitulado «Desigualdades em matéria de saúde: um desafio para a Europa», o projecto coordenado pela Eurohealthnet «Reduzir as disparidades: estratégias de acção para combater as desigualdades na saúde» e o projecto em curso coordenado também pela Eurohealthnet «Determine» e respectivo sítio web ([www.health-inequalities.eu](http://www.health-inequalities.eu)).

Este sítio recolhe informações dos Estados-Membros sobre estratégias para combater as desigualdades na saúde. A maior parte dos testemunhos provêm do Reino Unido, onde desde há mais de uma década são desenvolvidas estratégias globais para combater as desigualdades na saúde e onde se realizaram várias avaliações.

Os dados disponíveis indicam que muitos Estados-Membros partilham as conclusões acima referidas. Em relação a alguns deles foi seleccionado um estudo de casos para ilustração.

**1. Universalismo proporcional:** «Para reduzir a inclinação do gradiente social na saúde, as acções devem ser universais, mas com uma dimensão e uma intensidade proporcionais ao nível da desvantagem» («Fair Society, Healthy Lives — Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010», publicado por The Marmot Review, Fevereiro de 2010) <sup>(?)</sup>. É o que acontece em especial com os programas de promoção da saúde e de prevenção das doenças destinados a zonas desfavorecidas, famílias vulneráveis e grupos de baixo nível socioeconómico (por exemplo, mães, crianças, pais jovens e pessoas com mais de 50 anos).

### **Estudo de casos n.º 1: Reino Unido — «Sure Start Local Programmes: pôr em prática o universalismo proporcional» <sup>(\*)</sup>**

Com base numa abordagem abrangente das desigualdades na saúde, os programas locais Sure Start reúnem a assistência à criança, a educação infantil e serviços de saúde e de apoio familiar destinados a famílias com filhos de idade inferior a cinco anos. É uma das contribuições do governo britânico para a redução das desigualdades na saúde, de uma perspectiva da pobreza e da exclusão social das crianças. Estes programas são implementados numa base local, nos centros locais Sure Start, localizados em zonas desfavorecidas.

A abordagem Sure Start reúne prestadores de serviços do sector público, como serviços de saúde, sociais e de educação infantil, bem como organizações de voluntariado, privadas e comunitárias e os próprios pais, a fim de prestarem serviços integrados às crianças e respectivas famílias com base nas necessidades das crianças e nos desejos dos seus pais a nível local.

Principais resultados: o estudo de impacto da avaliação nacional do Sure Start centrou-se em mais de 9000 crianças com três anos de idade e nas suas famílias. Foram identificados benefícios nos seguintes domínios: imunização, lesões acidentais e desenvolvimento social. No que diz respeito aos pais, o estudo revelou efeitos benéficos e um aumento da utilização dos serviços destinados a apoiar o desenvolvimento das crianças e das suas famílias.

<sup>(\*)</sup> <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/earlyyears/surestart/whatsurestartdoes/>

<sup>(?)</sup> <http://www.marmot-review.org.uk/>



© Getty Images



**2. Os Estados-Membros consideram que as acções a nível regional e local, apoiadas por acções nacionais e da União Europeia, são muito importantes para conseguir resultados. As autoridades locais devem identificar as pessoas que correm risco de saúde mais precária nas suas comunidades. Para chegarem a estas pessoas, os agentes a nível regional podem desenvolver infra-estruturas de vizinhança e comunitárias.**



### **Estudo de casos n.º 2: Hungria — «Opre Roma»: aumento da sensibilização para o planeamento de casas saudáveis e sustentáveis numa comunidade cigana que vive em Debrecen (\*).**

Os principais objectivos desta iniciativa eram aumentar a sensibilização nesta comunidade para as questões dos comportamentos relacionados com o ambiente, a energia e a saúde, a fim de realizar planos comunitários de habitações sociais sustentáveis, economizadoras de energia e benéficas para a saúde, mas igualmente planos de habitações sociais que possam ser realizados imediatamente.

Os membros da comunidade foram plenamente envolvidos na elaboração destes planos e receberam formação adequada nos domínios da gestão familiar e da poupança de energia. Uma competência essencial adquirida pelas pessoas implicadas no projecto foi uma ligação mais geral entre a saúde, o alojamento e o ambiente.

Principais resultados: foram identificadas as condições de alojamento como determinante essencial do estado de saúde, desempenhando portanto um papel nas desigualdades na saúde. A melhoria das condições de alojamento e a construção de novas casas que tenham plenamente em conta o contexto cultural dos ciganos foi uma das principais realizações deste projecto.

(\*) <http://www.health-inequalities.eu/?uid=e52af77626a071aba322dfded1c78d99&id=Seite3486>



**3. Realizar parcerias com o sector sem fins lucrativos, as empresas e o mercado do trabalho** também pode ser um meio eficaz para aumentar a sensibilização e incitar acções para ajudar as pessoas com maior risco de problemas de saúde.

### **Estudo de casos n.º 3: Alemanha — «Job Fit Regional»: associar a saúde à promoção do emprego (\*)**

O principal objectivo deste projecto foi utilizar as empresas que oferecem emprego como enquadramento institucional para a realização da promoção da saúde. Foram realizadas sessões de formação específicas por instituições de formação que normalmente se ocupam do apoio às pessoas que procuram emprego. As instituições de seguro de saúde obrigatório também são parceiras deste projecto, realizando igualmente acções focadas em grupos.

Foram contactadas pessoas desempregadas e dirigidas com uma metodologia específica (\*\*) para avaliar com grande precisão as competências individuais em termos de saúde (especialmente uma conversa de motivação sobre a saúde em geral) e para elaborar um plano de promoção da saúde. Vários programas, especialmente cursos de prevenção, gestão do stress e sessões de formação centradas em grupos, são apoiadas financeiramente por instituições de seguro de saúde obrigatório. As sessões de formação também se destinaram especificamente ao pessoal das empresas que oferecem emprego.

Graças a este programa, as instituições profissionais e de formação de trabalhadores desempregados e as instituições de seguro obrigatório de doença trabalham em estreita ligação, a fim de melhorar a saúde das pessoas sem emprego no seu próprio ambiente.

Principais resultados: o projecto foi muito bem aceite pelas instituições. Foi identificada uma melhoria em termos de comportamento de saúde (especialmente actividade física e nutrição) e a redução do stress psicossocial e a exequibilidade melhorada graças a este programa.

(\*) <http://www.gib.nrw.de>

(\*\*) [http://www.gib.nrw.de/service/downloads/BKK\\_JobFit\\_guidelines\\_RZweb\\_Einzelseiten.pdf](http://www.gib.nrw.de/service/downloads/BKK_JobFit_guidelines_RZweb_Einzelseiten.pdf)

**4. A aferição e comunicação periódica dos indicadores das desigualdades na saúde** é um primeiro passo essencial para uma acção eficaz, especialmente em zonas deprimidas. A recolha de informações através do controlo regular dos indicadores de saúde pode contribuir para o aumento da sensibilização e permitir que os responsáveis políticos identifiquem a extensão das desigualdades e onde se encontram (tipos de doenças e causas da mortalidade).

**5. A aplicação de avaliações de impacto da saúde e de testes e auditorias às políticas a todos os níveis** constitui uma forma eficaz de criar uma sensibilização intersectorial para as desigualdades na saúde e para as suas determinantes sociais.

Os Estados-Membros ou alguns estudos sobre investigação consideraram várias intervenções específicas eficazes para combater as desigualdades na saúde.

Nos Países Baixos e no Reino Unido foram envidados esforços para melhorar o acesso à informação sobre os riscos de fumar, bem como a serviços para pôr termo ao fumo, destinados a pessoas em zonas deprimidas ou pertencentes a grupos socioeconómicos mais baixos.

Estas zonas apresentam sistematicamente taxas mais elevadas de tabagismo do que os grupos mais abastados.

A melhoria dos cuidados pré-natais (rastreamento e imunização) e pós-natais, incluindo os rastreios neonatais e o apoio aos pais, como a prestação de informações sobre nutrição, consumo de tabaco pelos pais e posições de dormir, é um elemento essencial para aumentar os níveis gerais de saúde. Tanto o Reino Unido como a Polónia lançaram programas para permitir que as pessoas e os grupos socioeconómicos de zonas menos favorecidas possam receber cuidados pré-natais e pós-natais adequados, para se poderem reduzir as disparidades em termos de mortalidade neonatal e infantil. Nos Países Baixos está em curso um programa semelhante destinado aos imigrantes. Estes programas funcionam com médicos de família e hospitais e incluem visitas ao domicílio destinadas a mães vulneráveis desde o início da gravidez e até os filhos atingirem dois anos de idade

## 4. Acções a nível da União Europeia

### 4.1. Comunicação da Comissão sobre as desigualdades no domínio da saúde

Em 20 de Outubro de 2009 a Comissão adoptou a comunicação «Solidariedade na saúde: reduzir as desigualdades no domínio da saúde na União Europeia» <sup>(3)</sup>. O trabalho para esta comunicação foi dirigido conjuntamente pelos comissários responsáveis pelas áreas da saúde e da política social. A comunicação assenta em trabalhos existentes que são descritos a seguir e identifica as áreas em que são necessárias mais acções.

#### As acções essenciais identificadas na comunicação incluem:

- integrar a distribuição equitativa da saúde no desenvolvimento económico e social geral. Será importante analisar em que medida um controlo rigoroso dos indicadores das desigualdades na saúde poderá servir para avaliar a dimensão social da futura Estratégia de Lisboa («Europa 2020»);
- melhorar as formas de trabalhar com os Estados-Membros, com os diversos interessados e com as regiões;
- aumentar o apoio da União Europeia à investigação sobre as desigualdades na saúde;
- fazer auditorias das políticas para verificar o seu impacto na redução das desigualdades na saúde;
- incentivar os Estados-Membros a utilizarem melhor as possibilidades existentes no âmbito da política de coesão, dos fundos estruturais e da política de desenvolvimento rural da política agrícola comum para fazer face às determinantes das desigualdades na saúde;

<sup>(3)</sup> COM(2009) 567. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=619&furtherNews=yes>  
[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/commission\\_communication/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm)

- dirigir actividades a certos grupos vulneráveis, como minorias étnicas, migrantes e ciganos;
- explorar possibilidades de sinergias entre a ajuda ao desenvolvimento da Comissão e o trabalho sobre as desigualdades na saúde;
- melhorar a aferição e o controlo das desigualdades na saúde, prevenindo-se que o primeiro relatório seja publicado em 2012.

## 4.2. Estratégia europeia de emprego

A importância do emprego para a saúde é salientada numa série de orientações da União Europeia:

A **orientação para o emprego n.º 17** visa a melhoria da qualidade e da produtividade do trabalho e a modernização dos sistemas de protecção social. A saúde e segurança no trabalho é um dos principais factores para garantir boas condições de trabalho. É também um elemento fundamental para atrair mais pessoas para o mercado de trabalho, tendo em conta em especial o envelhecimento da população europeia. Pode assim dar um contributo concreto para reduzir as desigualdades na saúde.

A **orientação para o emprego n.º 18** promove uma abordagem baseada no ciclo da vida e apela ao apoio ao envelhecimento activo, incluindo condições de trabalho apropriadas e melhores condições de saúde ocupacional, a fim de prolongar a vida activa dos cidadãos. Apela igualmente à promoção de modernos sistemas de protecção social, nomeadamente no domínio dos cuidados de saúde. Esta orientação salienta igualmente que a melhoria da situação da saúde ocupacional reduzirá os encargos com doenças, aumentando assim a produtividade do trabalho.



©: União Europeia

A **orientação para o emprego n.º 21** promove e divulga formas inovadoras e adaptáveis de organização do trabalho, tendo em vista melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho, bem como a saúde e a segurança no trabalho. Incentiva a aplicação de abordagens integradas de flexigurança com o objectivo de ajudar os trabalhadores, nomeadamente os menos qualificados e os que estão fora do mercado de trabalho, a enfrentar uma vida activa mais complexa, diversificada e irregular e portanto mais exigente.

A **orientação para o emprego n.º 23** salienta a necessidade de se focar em novas competências para novos empregos, a fim de promover o acesso de todos ao mercado de trabalho e assegurar inovação e qualidade no trabalho.

### 4.3. Cooperação com os Estados-Membros

A UE apoia as acções dos Estados-Membros para fazer face aos desafios comuns, facilitando o diálogo, o intercâmbio de boas práticas e a coordenação de políticas com os Estados-Membros e entre eles e com organizações das partes interessadas. Entre os mecanismos para essa cooperação incluem-se o Método Aberto de Coordenação, o Comité de Protecção Social e o Grupo de Peritos da União Europeia sobre determinantes sociais e desigualdades na saúde. Em 2010, o Conselho adoptou conclusões sobre equidade e saúde <sup>(4)</sup> que incentivam os Estados-Membros a aprofundarem as suas políticas e acções destinadas a reduzir as desigualdades na saúde e a participarem activamente na partilha de boas práticas.

### 4.4. Estratégia da União Europeia em matéria de saúde

Maior equidade na saúde é um elemento essencial da Estratégia da União Europeia em matéria de saúde e constitui uma vertente importante das políticas e iniciativas em áreas como o tabagismo, a obesidade, o álcool, os jovens e a saúde mental. É mantida uma cooperação estreita com os trabalhos conexos da Organização Mundial da Saúde, da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos, do Conselho da Europa e com a evolução da investigação nesta área.

<sup>(4)</sup> Conclusões do Conselho sobre equidade e saúde em todas as políticas: solidariedade na saúde. 3019.ª reunião do Conselho Emprego, Política Social, Saúde e Assuntos dos Consumidores, Bruxelas, 8 de Junho de 2010.  
[http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_Data/docs/pressdata/en/Isa/114994.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/Isa/114994.pdf)

### 4.5. Fundos da União Europeia

O apoio financeiro para as acções sobre as desigualdades na saúde provém actualmente de uma série de programas e instrumentos da União Europeia.

A **política de coesão** proporciona apoio financeiro aos Estados-Membros para combaterem os desequilíbrios regionais. A saúde foi integrada recentemente nas áreas a apoiar através do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) e do Fundo Social Europeu (FSE), de acordo com as orientações estratégicas comunitárias em matéria de coesão 2007-2013 <sup>(5)</sup>. A promoção da saúde, a prevenção das doenças, a transferência de conhecimentos, a formação e a disponibilidade de pessoal altamente qualificado e de infra-estruturas nas regiões de convergência são algumas das áreas temáticas elegíveis para apoio. As orientações salientam que existem «grandes disparidades em matéria de saúde e de acesso aos cuidados de saúde entre as regiões europeias», por isso «é importante que a [...] coesão contribua para as infra-estruturas de cuidados de saúde [...]». As acções comunitárias em matéria de prevenção e de melhoria da saúde desempenham um papel importante na redução das disparidades neste sector».

A **política agrícola comum (PAC)** não é em si mesma uma política social, mas contém elementos que podem contribuir para a redução das desigualdades na saúde, como a garantia de um nível de vida equitativo para os agricultores, a existência de recursos alimentares e preços razoáveis no consumidor. A PAC apoia o regime de leite escolar e a distribuição de produtos agrícolas aos grupos mais desfavorecidos. Mais recentemente foram exploradas possíveis contribuições por parte da PAC para a promoção de um regime alimentar mais saudável, dando maior ênfase ao consumo de fruta e de legumes. Além disso, a política de desenvolvimento rural da UE apoia o investimento e desenvolvimento de serviços sociais e de cuidados de saúde, tecnologias e infra-estruturas em zonas rurais, bem como acções de formação e de informação sobre temas sociais e da saúde.

<sup>5</sup> [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docoffic/2007/osc/l\\_29120061021en00110032.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/osc/l_29120061021en00110032.pdf)

O **programa de saúde da União Europeia** financia acções de redes, iniciativas locais, análises de peritos, conferências e inovações de políticas no domínio da saúde pública.

No quadro do **Programa da União Europeia para o Emprego e a Solidariedade Social (PROGRESS)** 2007-2013, foi lançado em Março de 2010 um convite específico à apresentação de propostas para promover as acções indicadas na comunicação da Comissão, dando especificamente apoio a autoridades nacionais ou regionais nos países que participam no PROGRESS, a fim de reforçar as políticas destinadas a combater as desigualdades na saúde.



O **Fundo Europeu para a Integração de Nacionais de Países Terceiros** apoia os esforços dos Estados-Membros para facilitar a integração dos migrantes nas sociedades europeias. Do orçamento total de 825 milhões de euros, 7% destinam-se a apoiar projectos que abordam aspectos da integração, incluindo o acesso aos cuidados de saúde. Os restantes 93% são para os Estados-Membros executarem os programas anuais acordados com a Comissão.

Os **programas-quadro de investigação da União Europeia** também oferecem possibilidades de combater as desigualdades na saúde, em especial no âmbito do terceiro pilar do tema saúde do programa de cooperação do sétimo programa-quadro da União Europeia. O objectivo é desenvolver métodos de investigação e criar a base científica para sustentar as decisões políticas e estratégias mais eficazes baseadas na evidência em áreas como a promoção da saúde e determinantes mais vastas da saúde, incluindo o estilo de vida e factores socioeconómicos e ambientais <sup>(6)</sup>.

#### 4.6. Legislação

A União Europeia adoptou legislação no domínio da saúde e da segurança no trabalho para melhorar as condições de trabalho. Por outro lado, controla a aplicação dessa legislação e financia a investigação nesta área.

A população activa representa actualmente 48,3% da população total da União Europeia. Por conseguinte, a protecção da saúde e segurança dos trabalhadores contribui significativamente para a saúde pública em geral e para a redução de alguns dos principais elementos que causam as desigualdades no domínio da saúde entre os Estados-Membros da União Europeia e entre os cidadãos. A Directiva 91/383/CE visa assegurar que os trabalhadores a prazo e os trabalhadores temporários gozam do mesmo nível de protecção que os outros trabalhado-

<sup>(6)</sup> Decisão do Conselho (2006/971/CE) de 19 de Dezembro de 2006, relativa ao programa específico «Cooperação» de execução do sétimo programa-quadro da Comunidade Europeia de actividades em matéria de investigação, desenvolvimento tecnológico e demonstração (2007-2013), JO L 400, p. 127)

res no que diz respeito à saúde e segurança no trabalho. Em 2009 foi elaborado um relatório sobre a aplicação da directiva até 2007. Este relatório tenta apontar eventuais lacunas da directiva a fim de orientar a acção futura da Comissão.

A avaliação de impacto da estratégia comunitária para a saúde e a segurança no trabalho 2007-2012 revelou que as estratégias de saúde ocupacional reduzem os acidentes de trabalho e ajudam as vítimas de acidentes e os doentes crónicos a manter os seus postos de trabalho ou a regressar ao trabalho. Proporcionam igualmente uma plataforma para integrar os trabalhadores migrantes e podem reduzir as condições de trabalho desgastantes e de rotina, que causam um agravamento precoce da saúde e, portanto, um abandono prematuro da vida activa.

Desde 2000, para além da legislação sobre a igualdade de tratamento entre homens e mulheres, a União Europeia adoptou legislação antidiscriminação para assegurar níveis mínimos de igualdade de tratamento e de protecção para todas as pessoas que vivem e trabalham na União Europeia, independentemente da sua origem racial ou étnica, religião e crença, deficiência, orientação sexual e idade. Esta legislação abrange muitos aspectos da vida diária — desde o local de trabalho até à educação, aos cuidados de saúde e acesso a bens e serviços. Em 2008, a Comissão criou um grupo de peritos governamentais para questões antidiscriminação e promoção da igualdade, que examina o impacto das medidas contra a discriminação a nível da União Europeia e valida as boas práticas através da aprendizagem entre pares.

#### 4.7. Mercado interno

Accionar os procedimentos de infracção relacionados com a saúde pode ajudar a reduzir os obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde e a preços mais baixos, beneficiando assim enormemente os cidadãos dos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos. Exemplos disto são a legislação que aborda a liberdade de estabelecimento e de prestação de serviços e as restrições à propriedade e ao arrendamento de farmácias e à propriedade de laboratórios e respectivas horas de abertura.

Em termos mais gerais, todas as iniciativas da Comissão são agora submetidas a uma avaliação dos seus impactos prováveis em termos económicos, sociais e ambientais, em especial no que se refere a diferentes grupos sociais e económicos e às desigualdades existentes.



#### 4.8. Educação e juventude

A **saúde física e mental e um estilo de vida saudável** são promovidos como competências sociais e cívicas na recomendação sobre as competências essenciais <sup>(7)</sup>, que convida os Estados-Membros a desenvolverem essas competências para todos no contexto das respectivas estratégias de aprendizagem ao longo da vida. A Comissão propôs igualmente uma nova estratégia da União Europeia para a juventude <sup>(8)</sup>, que salienta a vulnerabilidade da juventude e identifica acções para melhorar a saúde dos jovens, especialmente dos que se encontram em risco de exclusão social.

**Esta brochura pretende dar uma panorâmica global das desigualdades no domínio da saúde na UE e de algumas políticas da União Europeia que contribuem para a sua redução.**

Para mais informações, veja as ligações e referências indicadas a seguir ou contacte a Comissão Europeia  
(linha telefónica gratuita de «Europe Direct»: **00 800 6 7 8 9 10 11**).

<sup>(7)</sup> Recomendação do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de Dezembro de 2006, sobre as competências essenciais para a aprendizagem ao longo da vida (2006/962/CE).

<sup>(8)</sup> COM(2009) 200, de 27 de Abril de 2009 — «Uma estratégia da União Europeia para a juventude: investir e mobilizar».

## Ligações e referências úteis

Comissão Europeia:

Comunicação sobre as desigualdades no domínio da saúde

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=pt&newsId=619&furtHerNews=yes>

[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/commission\\_communication/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm)

DG Saúde e Consumidores / Determinantes sociais da saúde

[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_en.htm)

DG Emprego, Assuntos Sociais e Igualdade de Oportunidades

<http://ec.europa.eu/social/home.jsp?langId=pt>

DG Política Regional

[http://ec.europa.eu/dgs/regional\\_policy/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/dgs/regional_policy/index_pt.htm)

Conselho da União Europeia

<http://www.consilium.europa.eu/showPage.aspx?id=&lang=pt>

Conclusões do Conselho sobre equidade e saúde em todas as políticas: solidariedade na saúde

[http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf)

Eurostat

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

WHO-OMS

<http://www.who.int/en/>

Comissão da OMS sobre determinantes sociais da saúde

[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/about\\_csdh/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/en/index.html)

Outros sítios web mencionados neste documento (informação / lista não exaustiva)

<http://www.health-inequalities.eu>

<http://www.marmot-review.org.uk/>

<http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/earlyyears/surestart/whatsurestartdoes/>

<http://www.gib.nrw.de>

## Bibliografia resumida

Eurohealthnet, 2007, «Closing the Gap - Strategies for Action to tackle Health Inequalities. Taking Action on Health Equity».

Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., Kunst, A. E., 2006, «Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union», Departamento de Saúde Pública, Países Baixos, para a Comissão Europeia.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/socioeco\\_inequalities\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf).

Mackenbach, J. P., 2006, «Health Inequalities: Europe in Profile», 2006, Relatório especializado independente encomendado pela presidência britânica da União Europeia.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf).

SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Börsch-Supan, A., A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, and G. Weber (eds.), 2005, «Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe». Mannheim: Instituto de Investigação de Mannheim para a Economia do Envelhecimento (MEA).

[http://www.share-project.org/t3/share/index.php?id=books&no\\_cache=1](http://www.share-project.org/t3/share/index.php?id=books&no_cache=1)

Whitehead M, 1990, «The concepts and principles of equity and health». Copenhaga. Serviço Europeu da OMS, 1990.

Comissão da OMS sobre determinantes sociais da saúde, 2008, «Closing the gap in a generation».

[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html).



Para mais informações e referências, veja o documento de base do pacote para a imprensa associado à comunicação da UE 2009-567 sobre as desigualdades no domínio da saúde:

[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/com2009\\_background\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_background_en.pdf).

Comissão Europeia

## Reduzir as desigualdades no domínio da saúde na União Europeia

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia

2011 — 23 p. — 25 x 17,6 cm

ISBN 978-92-79-15046-3

doi:10.2767/97939

Esta brochura intitulada «Reduzir as desigualdades no domínio da saúde na União Europeia» contém informação actualizada sobre as desigualdades na saúde entre e no interior dos Estados-Membros da União Europeia.

Revê vários temas da desigualdade na saúde (especialmente a esperança de vida) e explora o papel das determinantes da saúde com especial ênfase sobre o «Gradiente Social», ou seja, a dimensão social existente em praticamente todos os factores que afectam o estatuto sanitário.

São fornecidas explicações específicas sobre o papel das políticas europeias e nacionais nesta área específica (inclusive oportunidades de financiamento) e sobre a sua contribuição potencial para a redução das desigualdades no domínio da saúde.

São focados, por último, três estudos de casos que descrevem os benefícios realizados em domínios tais como a saúde infantil, a saúde das pessoas à procura de emprego e o estatuto sanitário das minorias étnicas.

Esta publicação está disponível em versão impressa em todas as línguas oficiais da União Europeia.

## COMO OBTER PUBLICAÇÕES DA UNIÃO EUROPEIA

### **Publicações gratuitas:**

- via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- nas representações ou delegações da União Europeia. Pode obter os respectivos contactos em: <http://ec.europa.eu> (<http://ec.europa.eu>)ou enviando um fax para: +352 2929-42758.

### **Publicações pagas:**

- via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

### **Assinaturas pagas (por exemplo, as séries anuais do *Jornal Oficial da União Europeia*, as colectâneas da jurisprudência do Tribunal de Justiça):**

- através de um dos agentes de vendas do Serviço das Publicações da União Europeia ([http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_pt.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_pt.htm)).

As publicações da Direcção-Geral do Emprego, dos Assuntos Sociais e da Igualdade de Oportunidades interessam-lhe?

Pode descarregá-las ou assiná-las gratuitamente em linha no endereço  
*<http://ec.europa.eu/social/publications>*

Pode subscrever gratuitamente o boletim informativo electrónico da Europa Social da Comissão Europeia no endereço  
*<http://ec.europa.eu/social/e-newsletter>*

<http://ec.europa.eu/social>



[www.facebook.com/socialeurope](http://www.facebook.com/socialeurope)



■ Serviço das Publicações

ISBN 978-92-79-15046-3



9 789279 150463