

IV Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT e Seminário de Avaliação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Nov 2019



Desigualdades Sociais em múltiplas dimensões da Saúde – PNS, 2013



Marilisa Barros
DSC/FCM/UNICAMP

CCAS
Centro Colaborador em Análise
de Situação de Saúde

Década de 90: Iniciativas de agências, fundações e países

OMS – força tarefa com iniciativa de 1996

OPAS – destaque para iniquidades em várias reuniões, financiamento de pesquisas,

ONU , UNICEF, BANCO MUNDIAL, FMI – 1997 - NHP

Fundação Rockefeller – Global health equity initiative

União europeia – prioridade para questões de pobreza e desigualdade – publicações

Estados Unidos – conferências e agenda política

Criação da International Society for Equity in Health (ISEqH) em junho de 2000.

Equity in health and health care: a WHO initiative (WHO, 1996)

**Eqüidade em saúde precisa fazer parte
das agendas políticas dos governos de
todos os países**

- **As diferenças sociais em saúde são inaceitavelmente amplas e mostram-se crescentes em vários países.**
- **Informações de rotina muitas vezes não conseguem detectar essas desigualdades.**

Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS (CSDH)

- Implantada em março de 2005, com mandato até março de 2008
- **Objetivo:** promover tomada de consciência sobre a importância dos DSS e a necessidade de combater as iniquidades por eles geradas.



No Brasil é criada a Comissão Nacional dos DSS em 2006-2008.



Conferência Mundial sobre
Determinantes Sociais em Saúde – OMS
Presidência: Michael Marmot
Rio de Janeiro – outubro de 2011

Margareth Whitehead, 1992:

**Iniquidades em saúde são diferenças
que além de evitáveis são também
injustas.**

Desigualdade social → **Eqüidade**
Justiça social

International Society for Equity in Health (ISEqH) - 2000

Eqüidade corresponde a ausência de diferenças sistemáticas, potencialmente modificáveis, em um ou mais aspectos da saúde entre grupos ou subgrupos populacionais definidos social, econômica, demográfica ou geograficamente.

(Macinko & Starfield, 2002)

Temas dos Congressos de Epidemiologia da ABRASCO

I Congresso Brasileiro de Epidemiologia – 1990 em Campinas, SP
Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século (1500 participantes).

III Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Salvador em 1995 –
A epidemiologia na busca da equidade em saúde (3500 participantes)

VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia - Porto Alegre em 2008 –
Epidemiologia na construção da saúde para todos – métodos para um mundo em transformação.

X Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Florianópolis, 2017 –
Epidemiologia em defesa do SUS: formação, pesquisa e intervenção.

O contexto atual

O cenário da concentração da renda

Contexto

**A concentração de renda no mundo
havia declinado entre 1910 e 1970**



**A tendência de declínio se inverteu
em 1980**



**Em 2010 atinge patamares
similares aos de 1910/20.**

World Wealth Report, Banco Credit Suisse, 2014



Thomas Piketty

O Capital no século XXI

Sem medidas ativas, como imposto sobre o capital a concentração tende a piorar ainda mais.

Cenário da concentração da riqueza no mundo e no Brasil

MUNDO

**1% mais rico com
riqueza = dos demais
99%**

**700 milhões de pessoas
abaixo da linha da
pobreza, vivendo com
menos de U\$ 1,90 por
dia**

BRASIL

**5% mais rico com riqueza =
dos demais 95%**

**6 pessoas com riqueza = a de
100 milhões dos brasileiros
mais pobres**

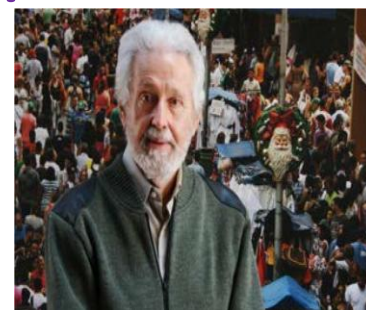
O 10º. entre 140 países.

**Apresenta a maior
concentração no 1% mais rico**

Avanços na redução das desigualdades sociais no Brasil

Nas últimas décadas:

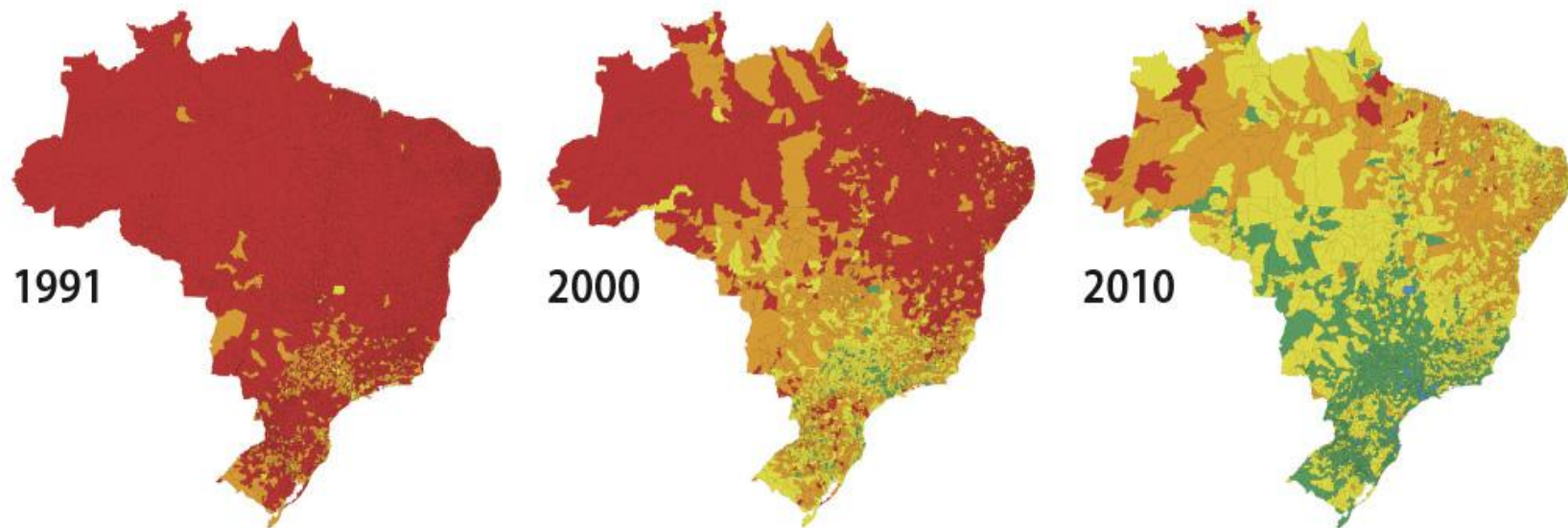
- 28 milhões de pessoas retiradas de abaixo do limiar de pobreza.
- 2015: Brasil é retirado do mapa da fome no mundo.
- Expansão de serviços essenciais (água, saneamento, esgoto, luz elétrica) e acesso universal à educação básica.
- Valorização real do salário mínimo
- Formalização do trabalho
- Políticas afirmativas contra discriminação



Presidente do Conselho Deliberativo da Oxfam

Há contrastes como municípios onde a renda per capita mensal é de R\$ 1,7 mil e outros em que é de apenas R\$ 210

ESCALA DO IDHM	muito baixo		baixo		médio		alto		muito alto	
0	0,499	0,5	0,599	0,6	0,699	0,7	0,799	0,8	1,0	



Fonte: Pnud

Índice de Desenvolvimento Humano

Criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), o IDH é um número que varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de uma localidade, avaliado a partir do progresso combinado de indicadores de expectativa de vida, acesso à educação e nível de renda.

Crise Econômica e Políticas de Austeridade

Pesquisas realizadas em vários países, que sofreram, após a crise de 2008, políticas neoliberais de austeridade fiscal revelaram os efeitos negativos sobre a saúde das populações e sobre as **desigualdades sociais em saúde** (Bacigalupe et al, 2016; Pujolar et al 2016; Maynou e Saez, 2016; Barroso et al, 2016) IJEH.

Efeitos da crise econômica e das políticas de austeridade adotadas nas desigualdades sociais em saúde em países Europeus

Health inequalities after austerity in Greece

Marina Karanikolos and Alexander Kentikelenis

Health inequalities by socioeconomic characteristics in Spain: the economic crisis effect

Clara Barroso, Ignacio Abásolo and José J. Cáceres

Looking beyond the veil of the European crisis - the need to uncover the structural causes of health inequalities

Antonio Escolar Pujolar, Amaia Bacigalupe and Miguel San Sebastian

Economic crisis and health inequalities: evidence from the European Union

Laia Maynou and Marc Saez

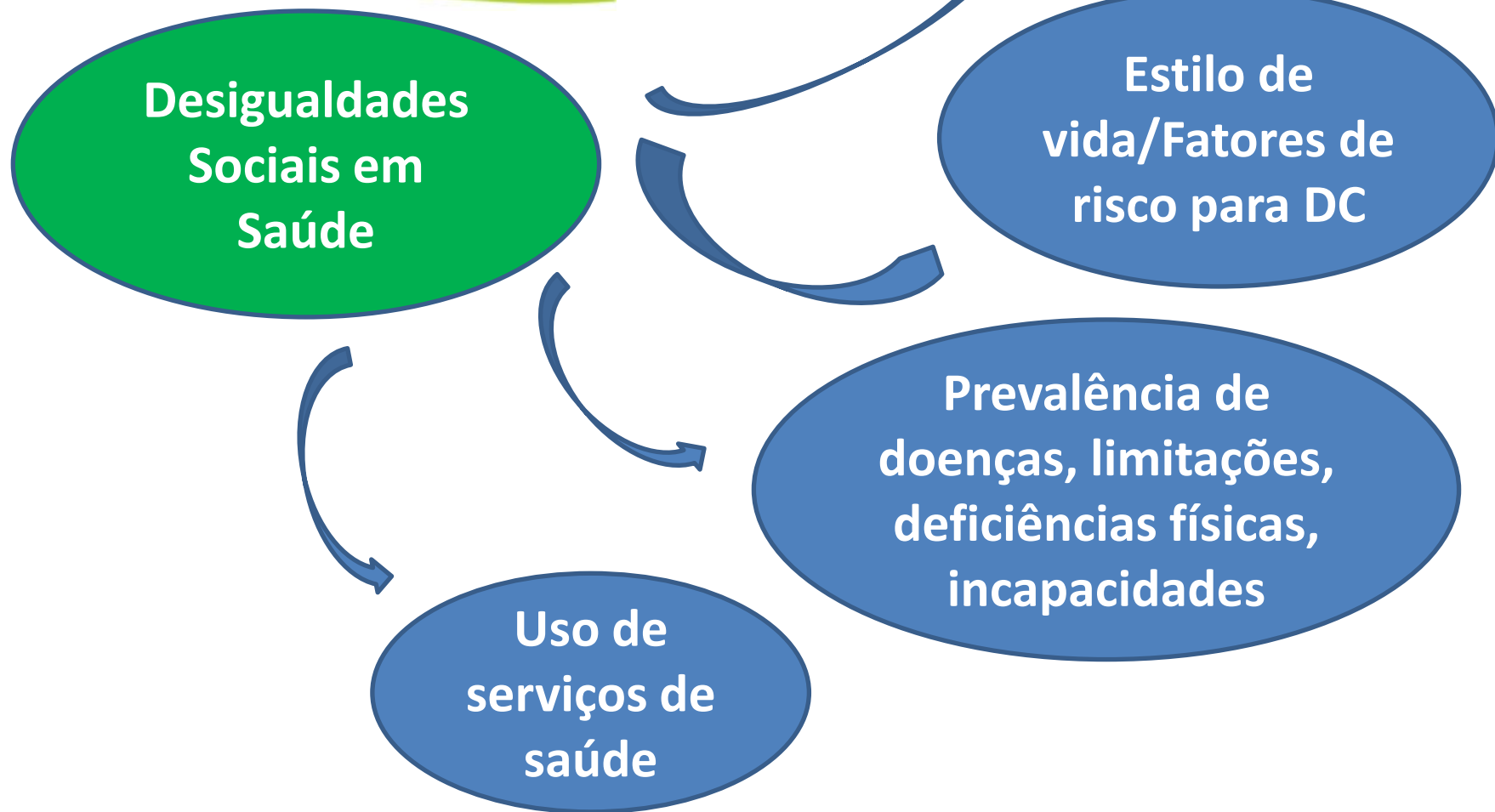
The impact of the Great Recession on mental health and its inequalities: the case of a Southern European country, 1997–2013
Ana María López-García and Unai Martín



Int. J. Equity Health, 2016



**PESQUISA NACIONAL
DE SAÚDE**





**PESQUISA NACIONAL
DE SAÚDE**

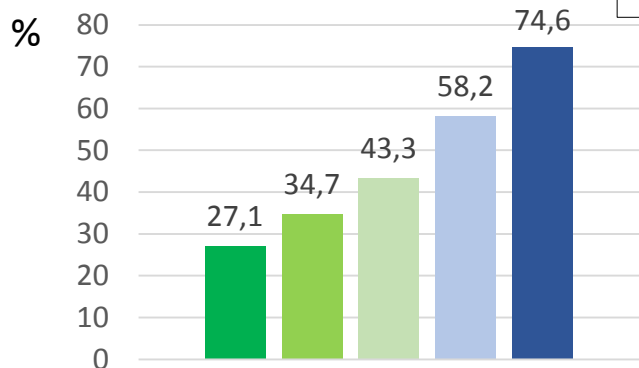
**Desigualdades
segundo renda**

**Desigualdades de condições
de vida**

Desigualdades demográficas e de condições de vida segundo estratos de decis de renda familiar per capita. PNS, 2013

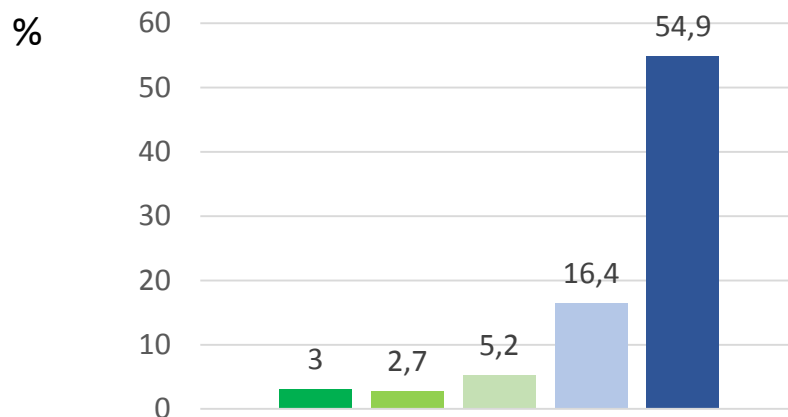
Raça-cor: % de brancos

RP= 2,7



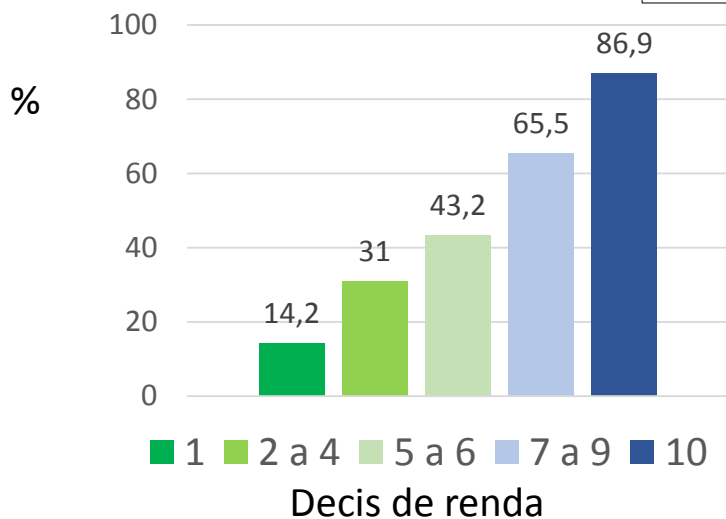
Escolaridade: % de superior completo

RP= 19,7



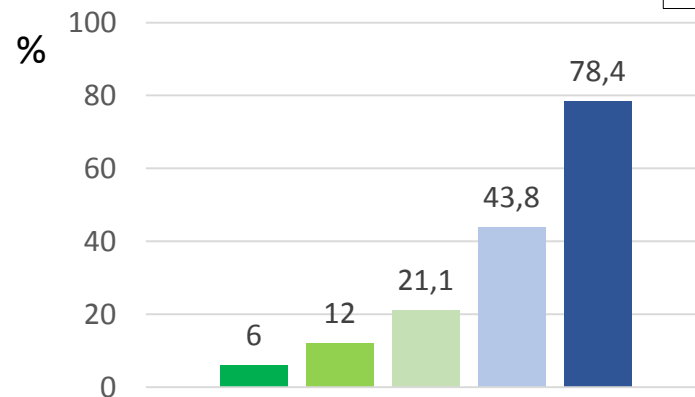
Tem acesso à internet

RP= 6,6



Tem plano de saúde

RP= 13,2

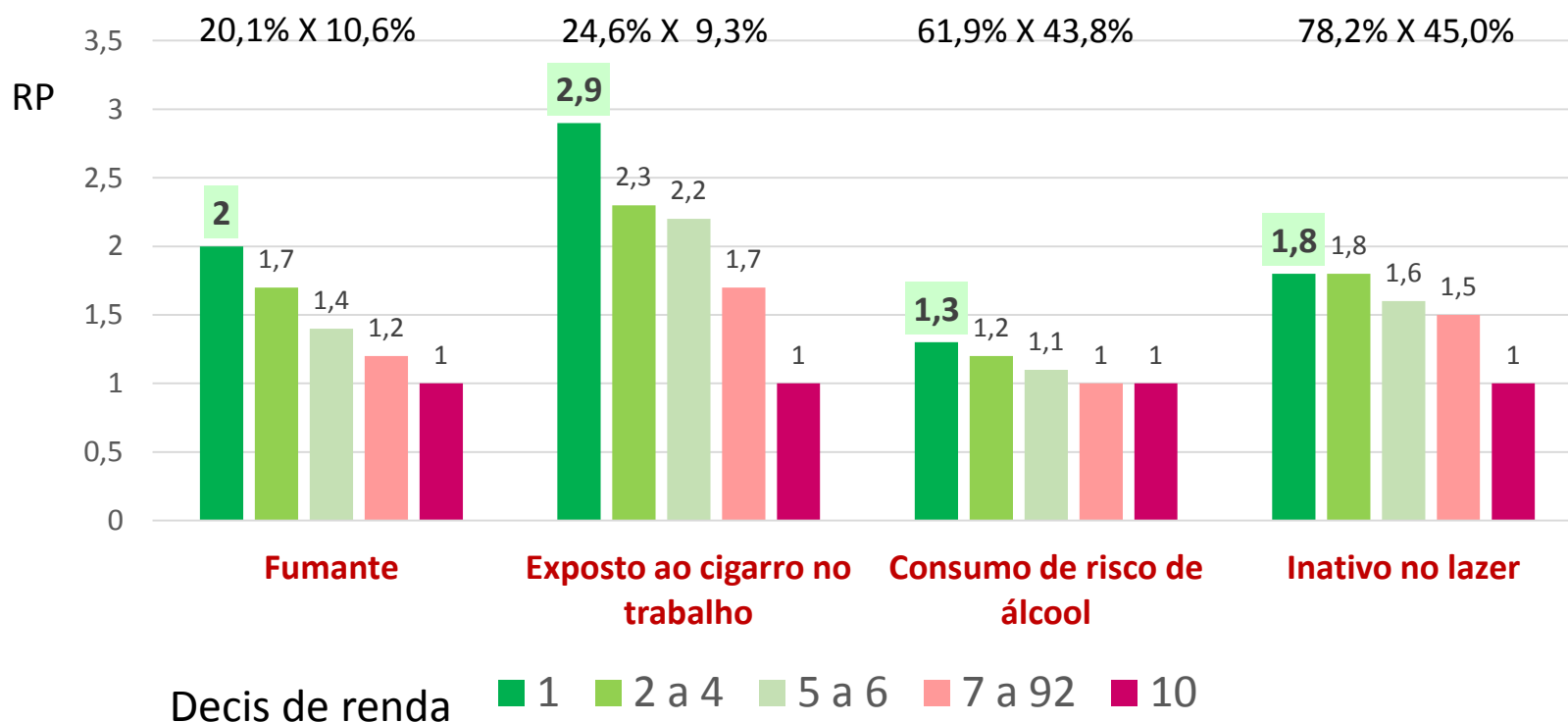




**PESQUISA NACIONAL
DE SAÚDE**

Comportamentos de Saúde

Iniquidades em **comportamentos não saudáveis** segundo decis de renda. PNS, 2013

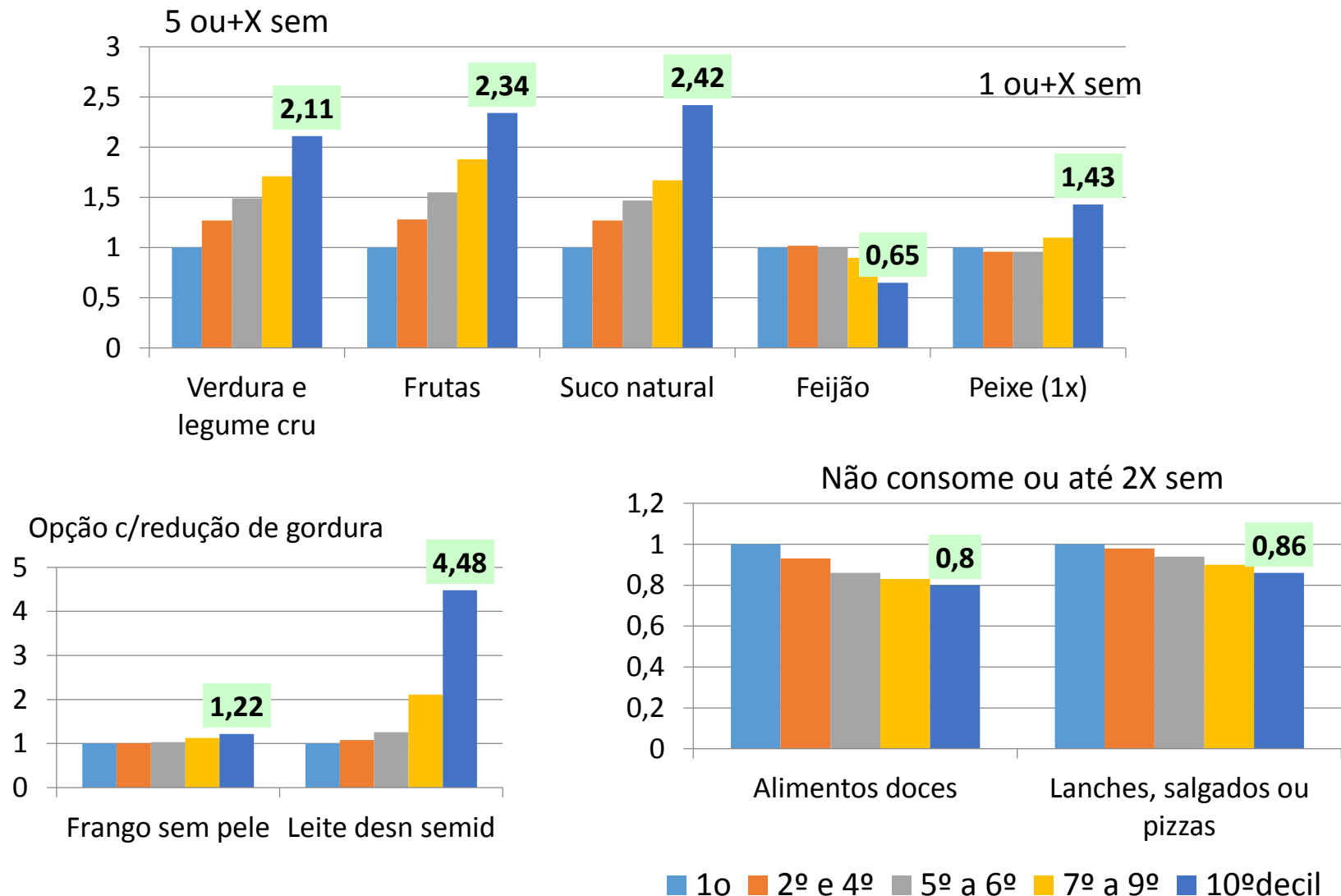


(RPs ajustadas por sexo e idade)

Consumo de risco de álcool entre os que bebem; na pop: 15 a 16%

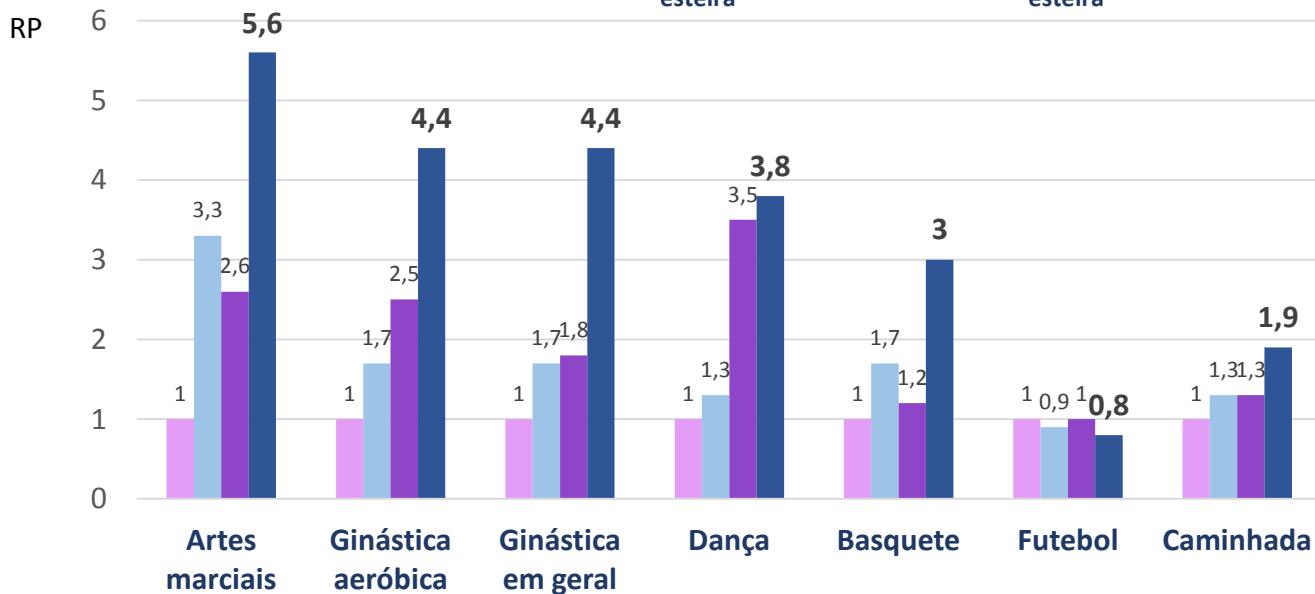
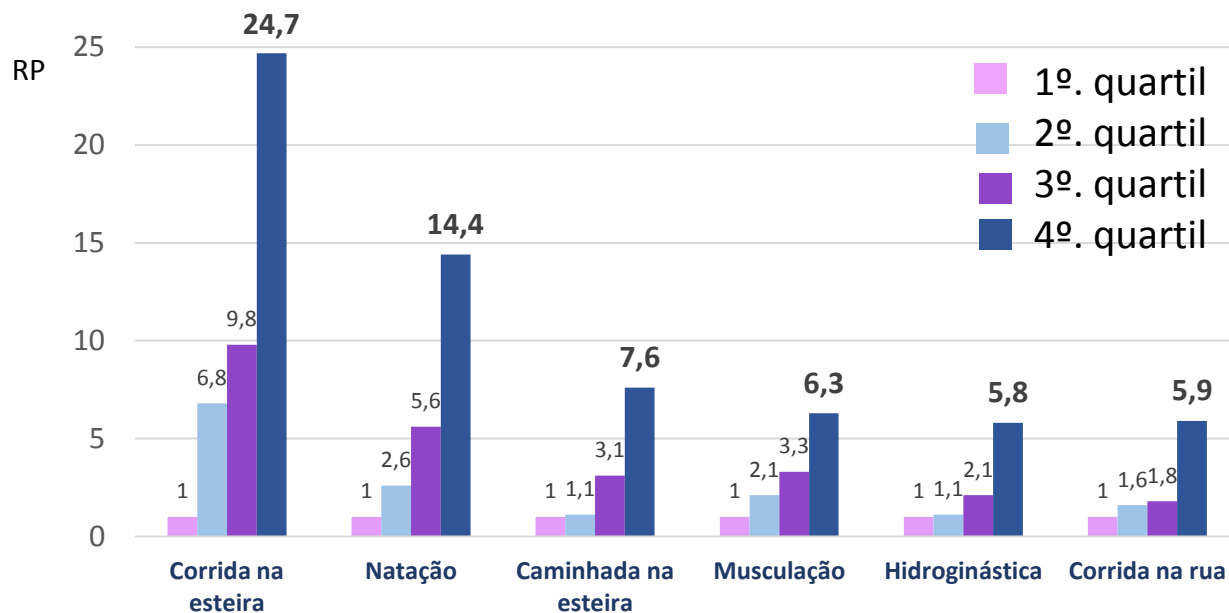
Qualidade da alimentação e renda da população brasileira.

PNS 2013. (RPs ajustadas por sexo, idade e região).



Principal exercício físico ou esporte praticado segundo quartis de renda (RPs ajustadas por sexo e idade). PNS, 2013

Não praticam: 69,5%
 Praticam:
 caminhada na rua 9,8%,
 futebol 6,8%,
 musculação 4,5%,
 ginástica aeróbica 1,7%,
 corrida na rua 1,4%
 Demais menos de 1%



Caminhada na rua:
menor desigualdade

Futebol: Única prática
menos prevalente no
quartil de maior renda

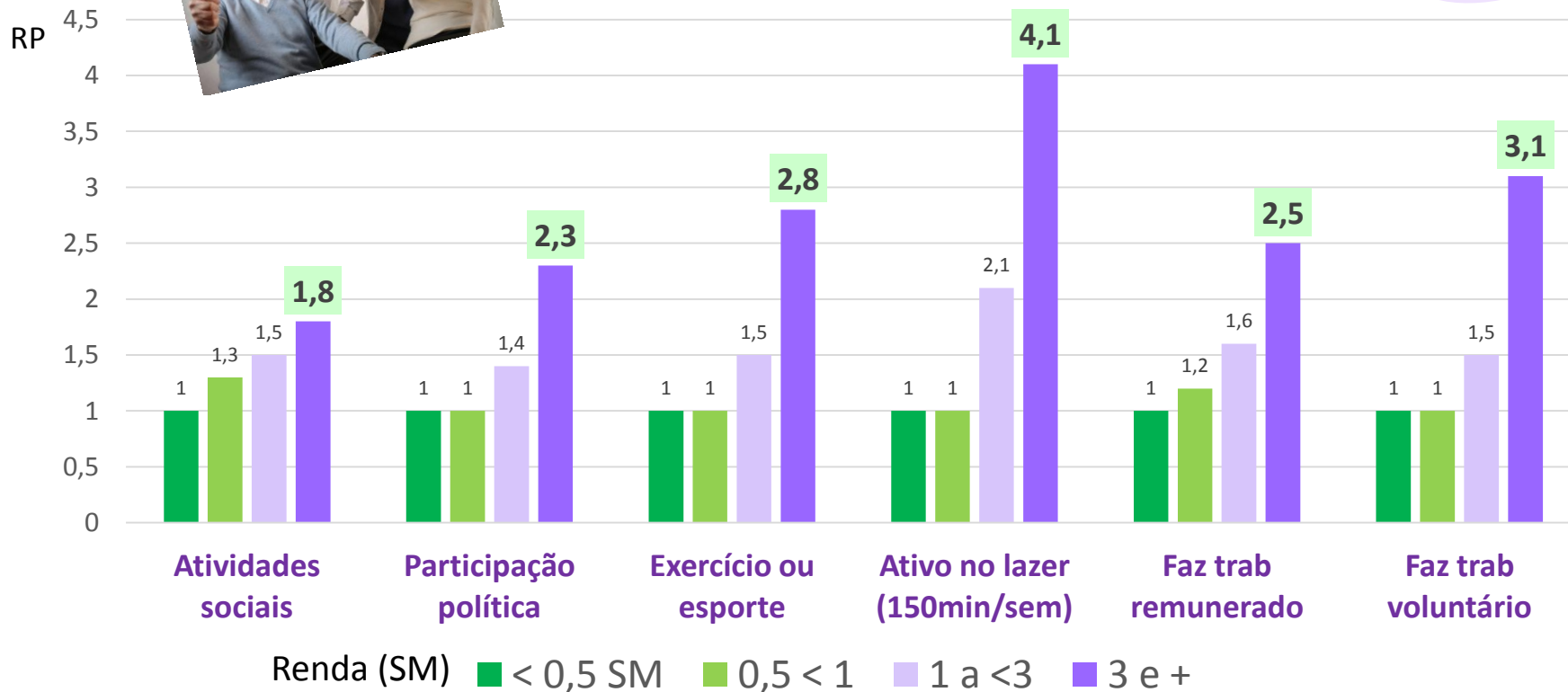
Lima et al, 2019

Envelhecimento ativo segundo estratos de renda em SM

(RPs ajustadas por sexo, idade e região). PNS, 2013



Só idosos



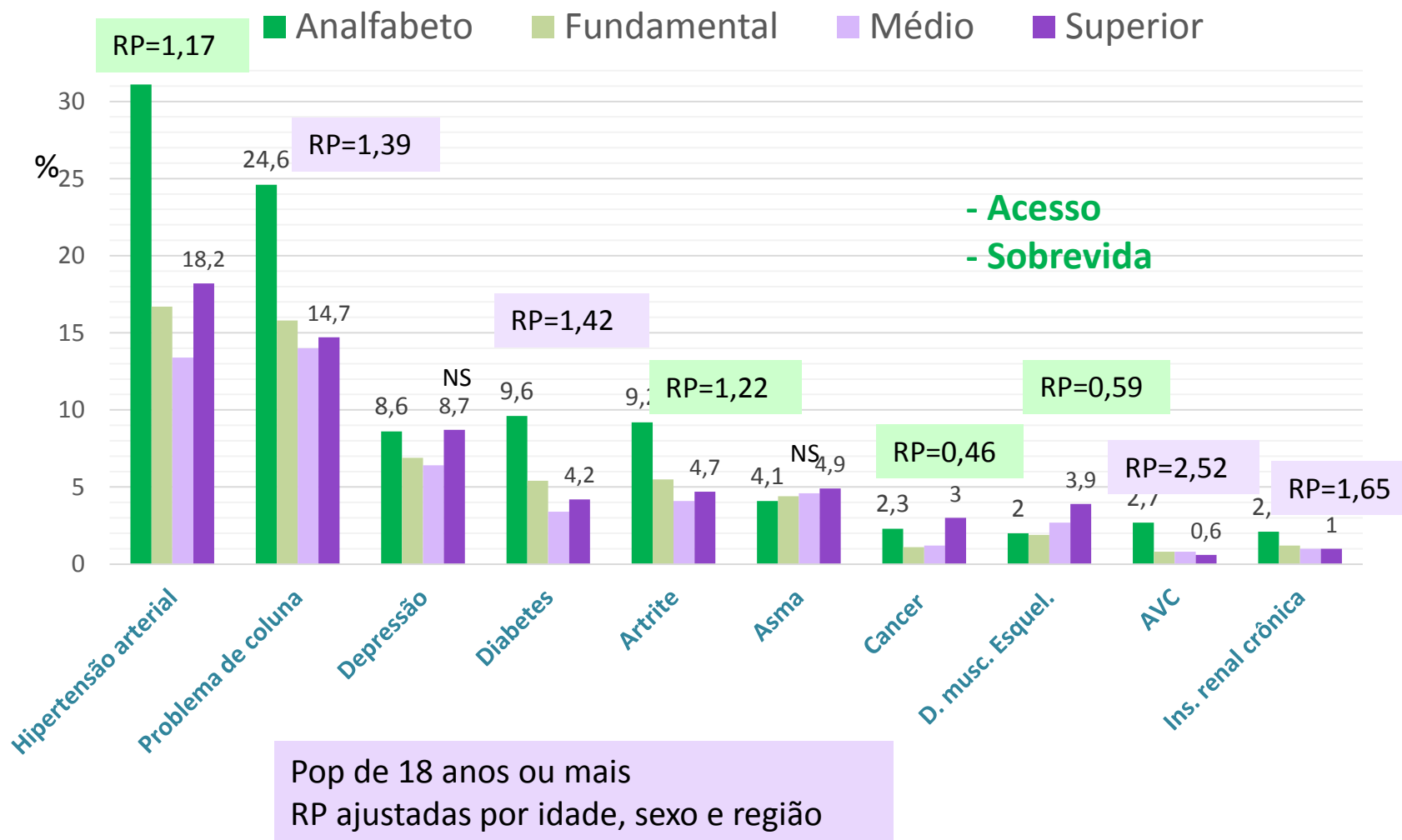
**Desigualdades sociais na
prevalência de doenças
crônicas**



**PESQUISA NACIONAL
DE SAÚDE**

Doenças crônicas e escolaridade. PNS 2013.

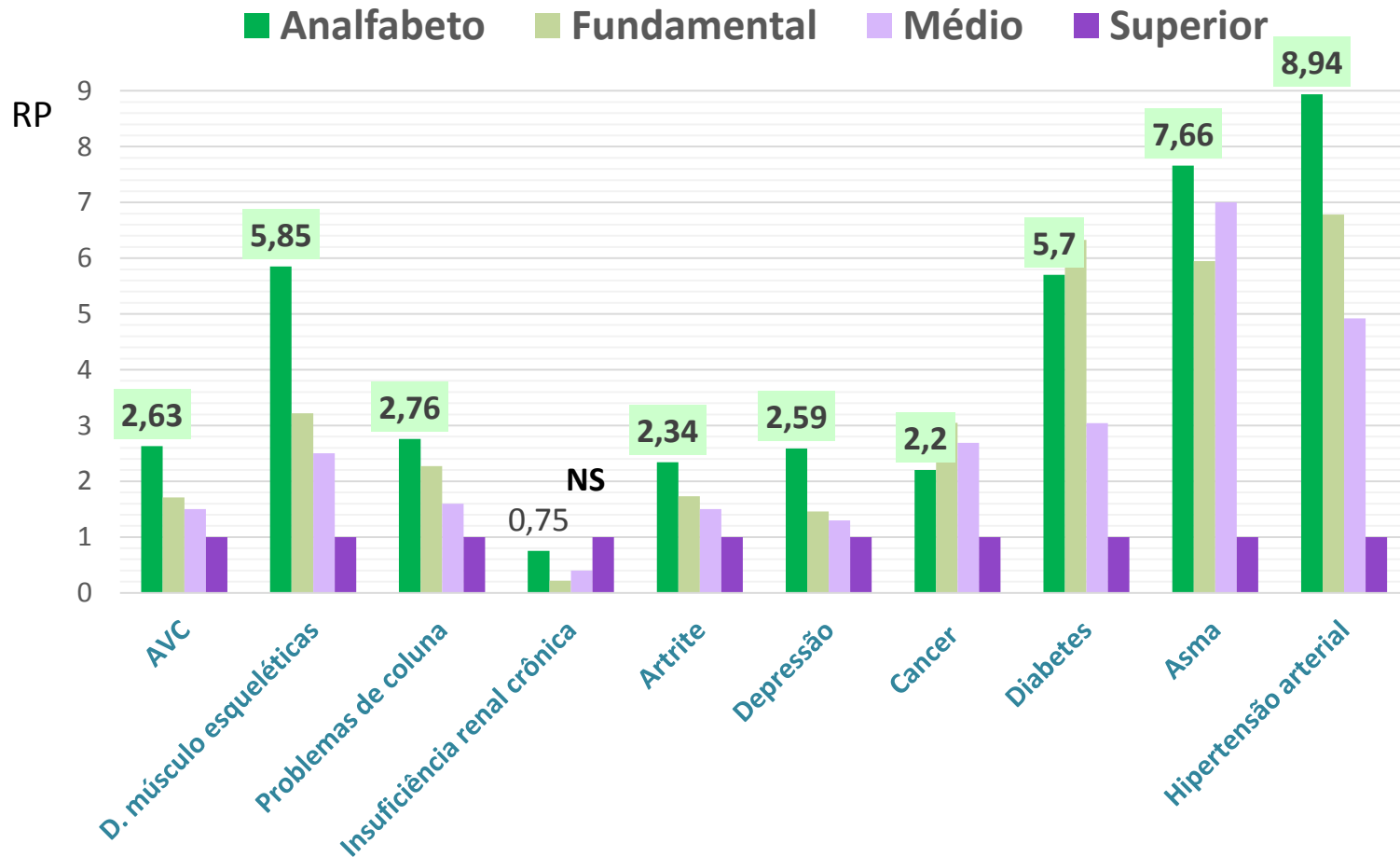
(Prevalências em %).



Malta DC, et al. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. Int J Equity Health 2016; 15(1): 153.

Limitações provocadas por doenças crônicas segundo estratos de escolaridade da população brasileira. PNS 2013.

(RPs ajustadas por idade, sexo e região)

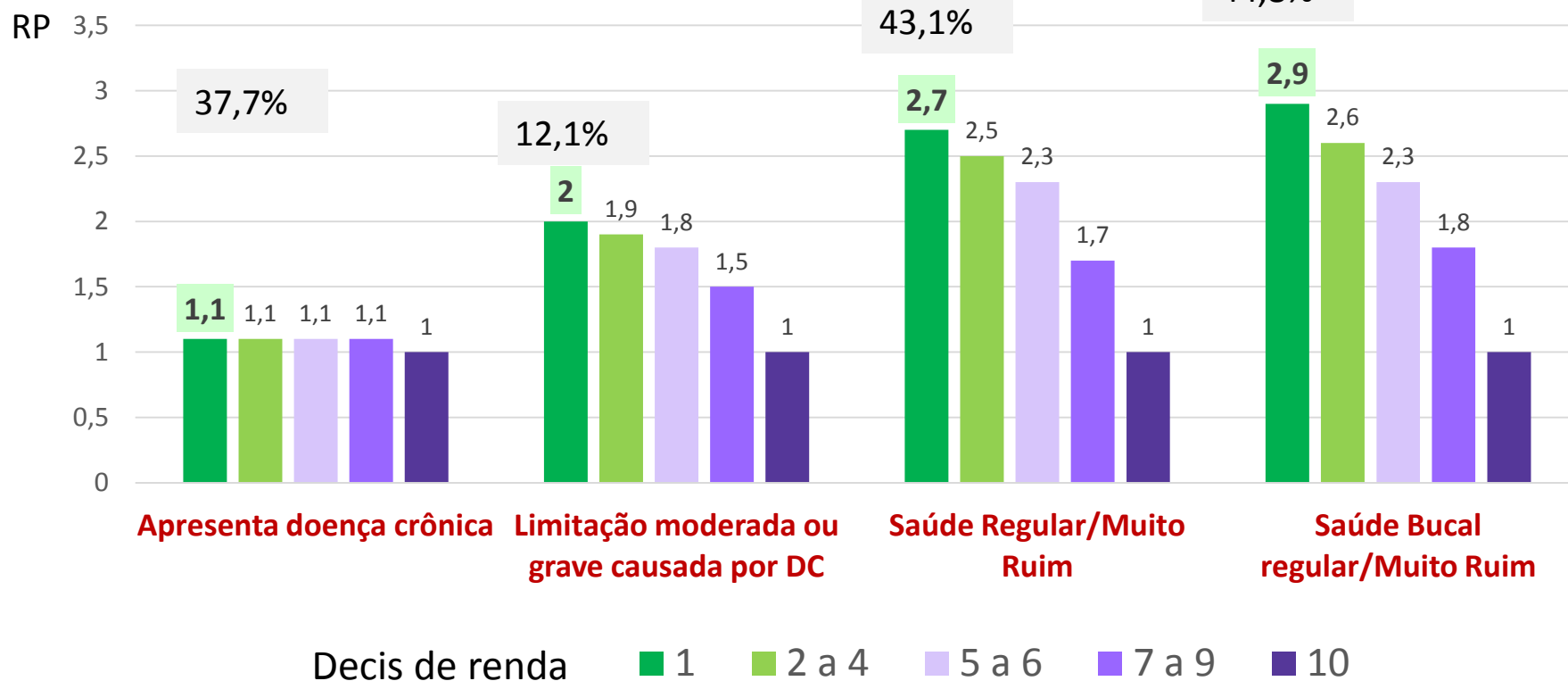


Limita intensa ou muito intensamente

Malta et al. IJEH, 2016; 15:153

Desigualdades de condições de saúde segundo decis de renda (RPs ajustadas por sexo idade e região). PNS, 2013

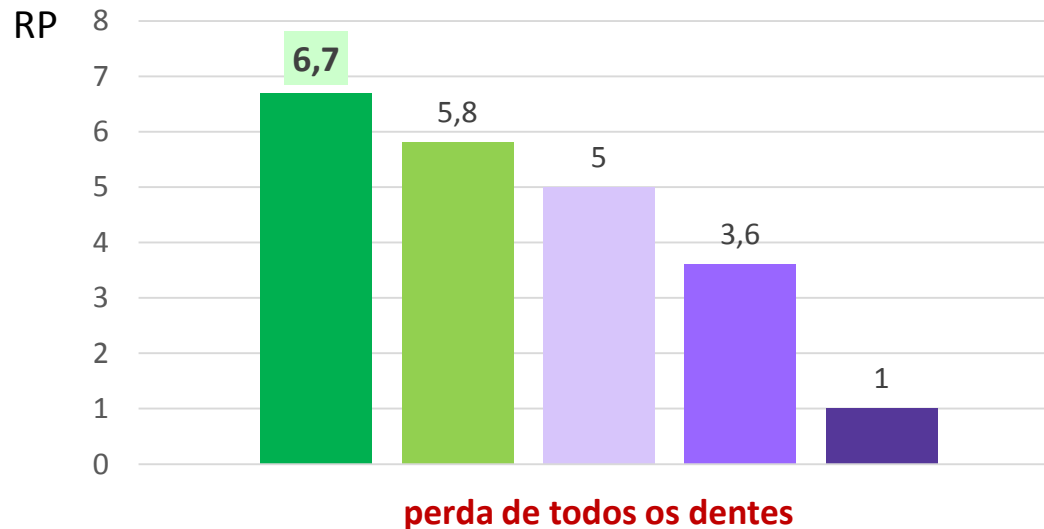
Prevalências no decil 1



Pop de 18 anos ou mais

Edentulismo em adultos (18-59 anos) segundo estratos de renda (RPs ajustadas por sexo e idade). PNS, 2013

5,6% X 1,4%



Renda (SM) ■ <0,25 ■ 0,25 a <0,5 ■ 0,5 a <1 ■ 1 a <3 ■ 3 ou +

Nos idosos:

43,1% de perda de todos os dentes no segmento de renda inferior

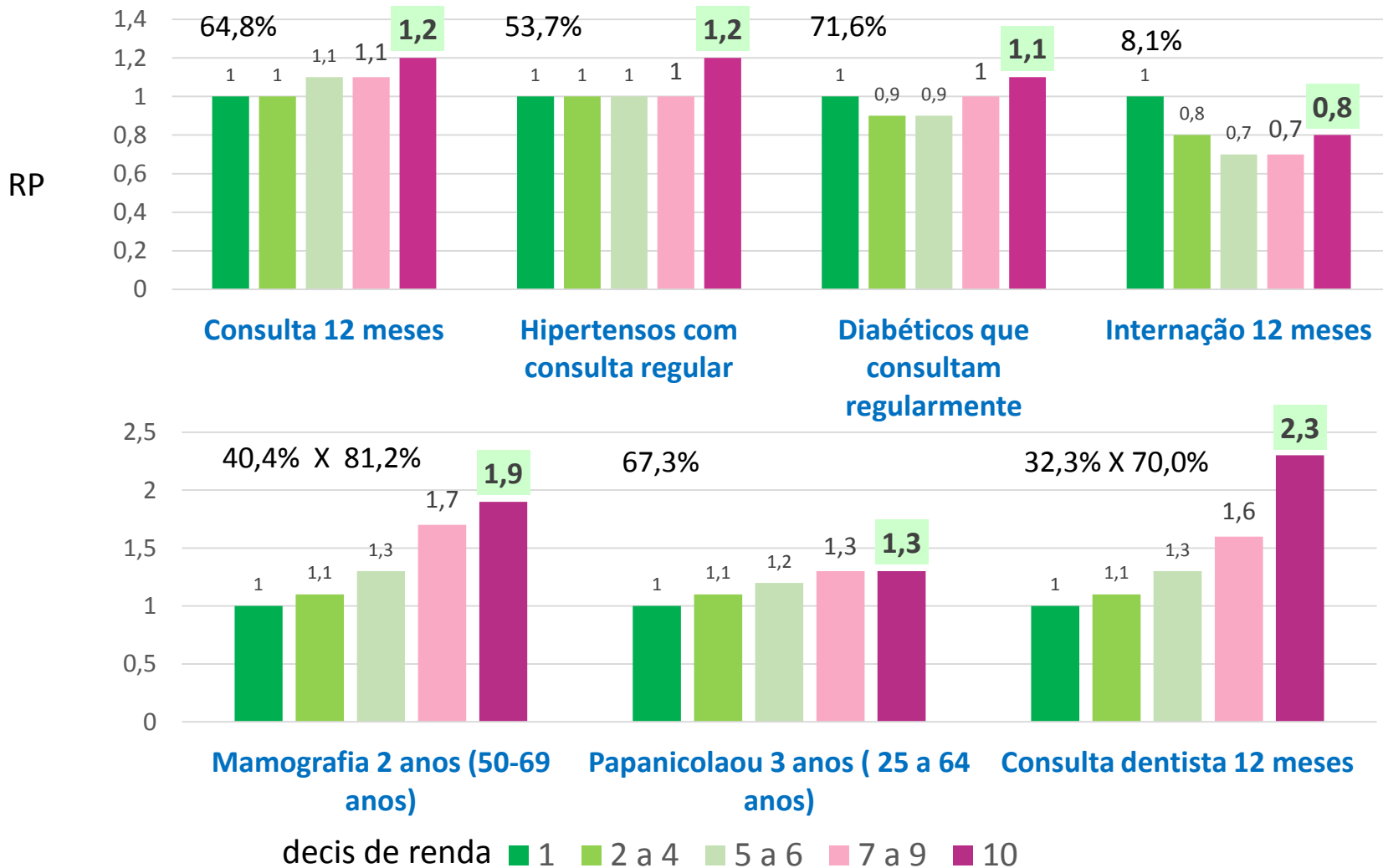
19,5% no segmento de renda superior.



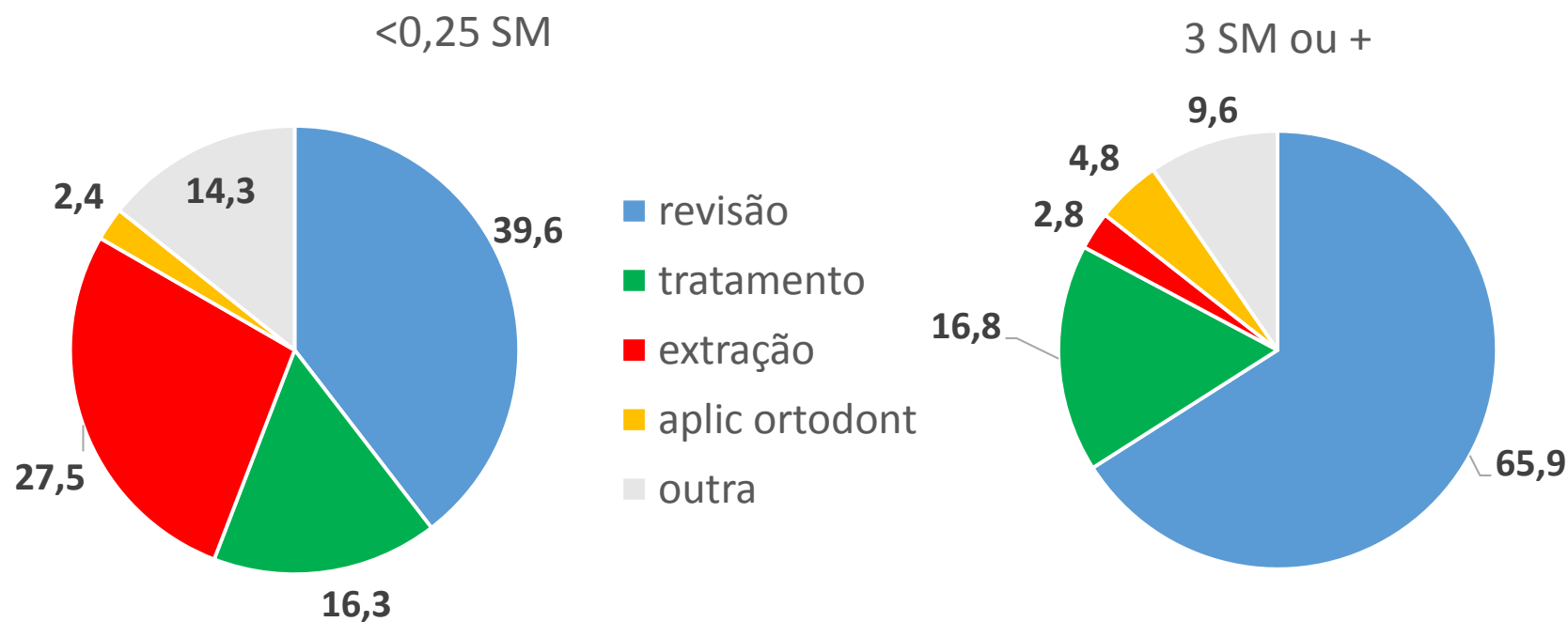
**PESQUISA NACIONAL
DE SAÚDE**

**Desigualdades no
Uso de Serviços
de Saúde**

Desigualdades no uso de serviços de saúde segundo decis de renda (RPs ajustadas por sexo e idade). PNS, 2013

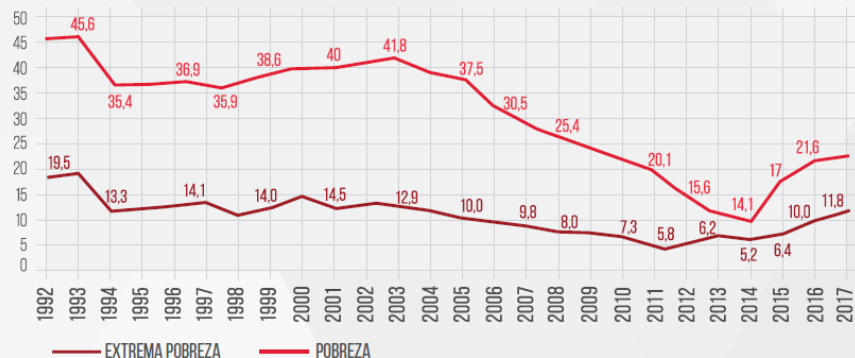


Motivos da consulta odontológica de adultos nos segmentos com renda <0,25 SM e 3 SM ou mais. PNS, 2013.



A reversão do quadro

Gráfico 2. BRASIL - POBREZA E EXTREMA POBREZA (MILHÕES) - 1992/2017

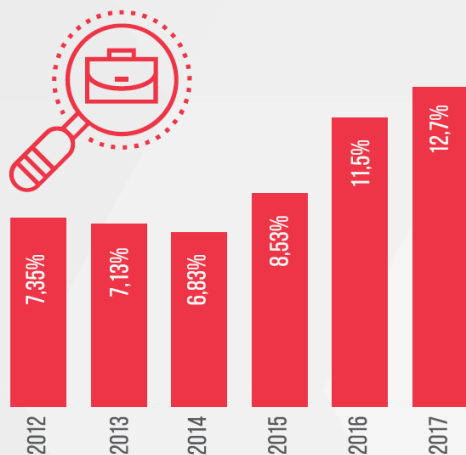


Fonte: IBGE-PNAD Contínua (a partir de 2012); IBGE/PNAD (de 1992 a 2012)

Em **2017** a extrema pobreza cresceu 11% e atingiu **14,8 milhões de brasileiros.**

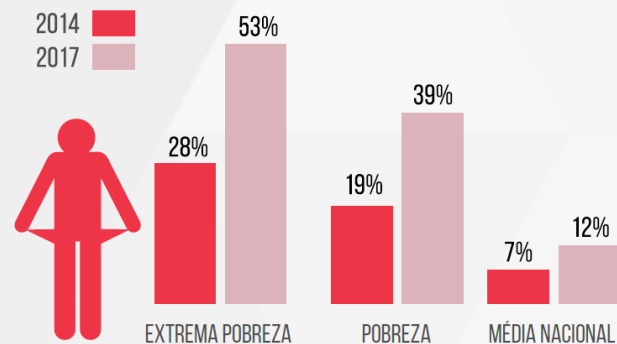
Relatório Luz da SC da Agenda 2030, julho de 2018

Tabela 1. BRASIL - TAXA DE DESOCUPAÇÃO - 2012/17



Fonte: IBGE - Pnad Contínua

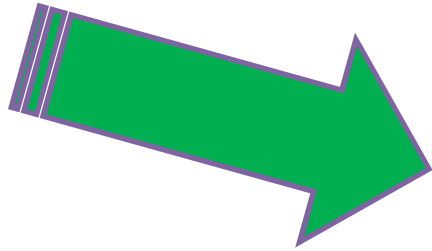
Gráfico 1. TAXA DE DESOCUPAÇÃO PARA EXTREMA POBREZA, POBREZA E MÉDIA NACIONAL - 2014/17



Fonte: IBGE - PNAD Contínua, 2014 e 2017

Em síntese:

- ❑ **O contexto atual** de aumento de desemprego, perda de direitos sociais e restrição dos gastos com políticas sociais **tende a ampliar as iniquidades em saúde.**
- ❑ Importância crescente neste contexto de **manutenção e aprimoramento dos inquéritos de saúde e sistemas de informação em saúde** em geral para monitorar níveis e desigualdades nos indicadores de saúde.
- ❑ Importantes iniquidades em saúde são detectadas no Brasil, mas o **tamanho da iniquidade difere entre os indicadores.**
- ❑ Importante avaliar a disparidade social em contextos específicos de **regiões, estados e municípios.**
- ❑ Os **serviços de saúde prestados pelo SUS** são capazes de **reduzir o impacto da desigualdade socioeconômica na saúde** à medida em que presta serviços de boa **cobertura e qualidade** atendendo os segmentos mais vulneráveis.



marilisa@unicamp.br

<http://www.fcm.unicamp.br/centros-e-nucleos/ccas/>

Institucional

Departamentos

Ensino, Pesquisa e Extensão

Centros e Núcleos

Centros e Núcleos

Início

CCAS - Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde



**Centro Colaborador em Análise
de Situação de Saúde**

O Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde é um centro de pesquisas que atua no monitoramento das condições de saúde da população e analisa dados de mortalidade para o Município de Campinas. Está situado no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, nº 126. Cidade Universitária "Zeferino Vaz" Campinas - SP - Brasil - CEP: 13083-887
Telefone: (19) 3521.9249

E-mail: ccas@fcm.unicamp.br

CCAS - Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde

BOLETINS DE MORTALIDADE

ISACAMP

ISACAMP NUTRI

ISACAMP SONO

Notícias do CCAS

VIVA

Contato

Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde - CCAS

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP 13083-887 – Campinas, SP, Brasil