

Promovendo Saúde e Equidade: um tema mais atual que nunca

Louise Potvin^{1,2}

“Promover saúde e equidade”, este é o tema da 22ª Conferência Mundial da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação (IUHPE), a ser realizada em Curitiba, Brasil, de 22 a 26 de maio de 2016 (1). Alguns dirão que se trata de um tema desgastado, mesmo antiquado, e que poderíamos ter escolhido outro tema mais contemporâneo e mais vinculado aos desafios atuais da promoção da saúde, como o impacto das mudanças climáticas ou o papel das novas tecnologias. Para todos respondo que não há questão mais atual para a promoção da saúde que a promoção da equidade. Aponto três argumentos em defesa desta tese. Em primeiro lugar, as iniquidades sociais que formam a base das iniquidades em saúde não estão diminuindo; elas estão aumentando. Em segundo lugar, embora a promoção da equidade em saúde tenha alcançado um certo nível de popularidade na saúde pública, o compromisso para atuar sobre esta questão permanece frágil. Em terceiro lugar, o engajamento da saúde pública para atuar sobre os determinantes sociais da saúde está sendo cada vez mais questionado pelos governos – re-centralizar este objetivo fundamental é, portanto, uma questão de sobrevivência.

Iniquidades sociais em saúde estão aumentando

A falta de equidade em saúde, associada a iniquidades sociais, permanece atual. Recentemente, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico publicou dados que trouxeram boas e más notícias a este respeito (2). A boa notícia é que, entre 1990 e 2012, a esperança de vida nos países-membros aumentou em cinco anos, ou seja, quase o equivalente a um trimestre por ano. No entanto, a má notícia é que, durante o mesmo período, a diferença entre os estados-membros onde se vive mais e naqueles onde as pessoas morrem mais cedo permanece a mesma, sendo de oito anos.

Na verdade, em escala global, enquanto a expectativa de vida tem aumentado nos últimos 25 anos, principalmente em países que têm experimentado desenvolvimento econômico significativo, ela também diminuiu significativamente em países que incluem as nações da ex-União Soviética e alguns países

Subsaarianos e Oriente Médio, minada pela guerra ou pelo HIV/AIDS (3). Além disso, mesmo quando a economia é avançando, iniquidades de renda entre os mais ricos e os mais pobres (especialmente dentro dos países mais ricos), tem alcançado níveis não vistos desde a Grande Crise de 1930 (4). O progressivo dismantelamento da rede de seguridade social, a marca registrada do estado de bem-estar, tem permanecido em curso desde o início dos anos 1980 com as administrações de R. Reagan e M. Thatcher (líderes nos EUA e Reino Unido, respectivamente). Este dismantelamento não apenas ampliou o abismo entre os que têm e os que não têm, ele erodiu a classe média, que tem muitas vezes servido como um amortecedor contra as iniquidades. As medidas de austeridade defendidas pela maior parte dos governos atuais para fazer frente a crise econômica e financeira desde 2008 ameaçam agravar esta situação já extremamente difícil para os mais pobres. Apesar da crise - ou talvez graças a ela, os ricos estão se tornando mais ricos e a saúde dos mais pobres se deteriora ainda mais.

O compromisso que continua frágil

Há quase 30 anos atrás, a Carta de Ottawa fez da promoção da equidade em saúde um dos compromissos dos seus signatários (5). Entretanto, foi somente em 2008, 20 anos mais tarde, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou o desenvolvimento de um plano de ação para alcançar esse objetivo (6). Apesar de um número de relatórios cada vez maior, esse compromisso nunca foi realmente materializado pelos Estados membros por meio de ações concretas em escala global. O Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS propôs três estratégias concretas de combate às iniquidades: 1) eliminar iniquidades de poder e de recursos que estratificam nossas sociedades e que causam iniquidades em saúde; 2) mitigar o impacto destas estratificações para melhorar as condições de vida diária; e 3) registrar iniquidades em saúde e estudar suas causas e o impacto de intervenções voltadas para sua redução. É verdade que estas recomendações têm sido ratificadas por alguns países como a Noruega (7) ou Escócia (8), mas eles representam uma minoria. Estes compromissos continuam frágeis porque o

1. School of Public Health, University of Montréal, Québec, Canada.

2. Global Scientific Committee for the 22nd International Union for Health Promotion and Education World Conference on Health Promotion.

retorno ao poder de governos mais conservadores geralmente significa uma diminuição de esforços para reduzir iniquidades, bem como uma reorientação de programas nacionais de saúde. Enquanto em 2011, pela primeira vez em décadas, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou uma declaração em saúde, a “Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Prevenção e o Controle das Doenças Não Transmissíveis”, a mesma assembleia não levou em conta os determinantes sociais das doenças (9).

É difícil ver onde a liderança global está na questão da equidade em saúde e como isto é traduzido em ações concretas para as populações. Precisamos de menos conversa, menos relatórios e mais ação.

Uma questão de sobrevivência para a promoção da saúde

Finalmente, como aqueles que estão engajados em ações de combate às iniquidades em saúde sabem muito bem, estas ações perturbam o *status quo*. Em primeiro lugar, eles perturbam grandes corporações privadas e o *establishment* biomédico. A luta pela ideia de que saúde é produzida na vida cotidiana e que o acesso a recursos de qualidade, como alimentação, habitação, um ambiente saudável e sustentável, além de serviços públicos universais qualificados, é muitas vezes percebido pelas autoridades econômicas e políticas como uma ameaça e como um desvio de recursos. Comprometida com a ação sobre determinantes sociais da saúde, a saúde pública é vista pelos críticos como apoiando um Estado babá, que nega a responsabilidade individual e se afasta de suas funções primárias de prevenção e proteção. Tais críticas tornam-se mais vocalizadas em tempos de restrições econômicas. Programas desenhados para o suporte comunitário, para ampliação de acesso a serviços universais e para melhorar os determinantes sociais da saúde, são muitas vezes os primeiros e os mais afetados pelas políticas de austeridade. O impacto dessas políticas sobre a saúde da população é devastador (10).

A questão do aumento das iniquidades sociais e da incapacidade da maioria dos líderes se comprometerem efetivamente com sua redução ameaça décadas de progresso em saúde. A atual crise econômica é uma ameaça muito real para a continuidade e expansão das funções de promoção da saúde dos Estados.

Aprendendo com nossas experiências e redobrando nossos esforços

São principalmente nossos colegas brasileiros, nossos anfitriões para a 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde da UIPES, que propuseram e defenderam o tema "Promovendo Saúde e Equidade". O Brasil, como muitos de seus vizinhos, encontra-se numa encruzilhada. Por meio de um crescimento econômico excepcional e um inabalável compromisso

governamental para distribuir de forma mais justa sua riqueza ao longo dos últimos 15 anos, 30 milhões de brasileiros saíram da condição de pobreza. Apesar destes esforços, o Brasil continua sendo um dos países mais desiguais do mundo (11).

A história recente do Brasil e da América Latina eloquentemente atesta o fato de que o desenvolvimento econômico por si só não constitui 'a' solução para promover a equidade em saúde. Isso só pode ser alcançado por meio de esforços deliberados, por uma liderança determinada. Precisamos compartilhar o que aprendemos sobre a natureza de tais esforços e ampliar aqueles com resultados positivos. O que precisamos é renovar e reavivar essa liderança determinada. Por isso a promoção da saúde e da equidade é mais relevante do que nunca!

Conflito de interesses

Nenhum declarado.

Referências

1. International Union for Health Promotion and education (IUHPE). 22nd World Conference on Health Promotion – First announcement. Available from: <http://www.iuhpe.org/images/FirstAnnouncementFlyer.pdf> (accessed January 12, 2015).
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)/European Union. Health at a glance: Europe 2014. OECD Publishing. http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf (accessed January 12, 2015).
3. World Health Organization (WHO). Life expectancy at birth. http://gamapservr.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html (accessed December 18, 2014).
4. Piketty T. Capital in the 21st Century. Cambridge, MA, USA: Belknap Press; 2014.
5. WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Canada: WHO; 1986. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf (accessed January 12, 2015).
6. WHO. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: WHO; 2008.
7. The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs. The challenge of the gradient. Oslo: Norwegian Directorate for Health and Social Affairs; 2005. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd01_en.pdf (accessed January 12, 2015).
8. Scottish Government. Equally well. Edinburgh: The Scottish Government; 2008. <http://www.scotland.gov.uk/resource/doc/229649/0062206.pdf> (accessed January 12, 2015).
9. United Nations. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. New York, USA: UN; 2011. http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1 (accessed January 12, 2015).
10. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013; 381: 1323–1331.
11. UN Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Social Panorama of Latin America. UNECLAC; 2012. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/48454/SocialPanorama2012DocL.pdf> (accessed January 12, 2015).