

Abordando as Intervenções nas Iniquidades das Regiões

Reduzir as iniquidades no contexto dos cuidados primários de saúde nas Regiões



Editorial

Embora as iniquidades em saúde continuem a aumentar, os governos nacionais ou regionais ainda não tomaram medidas assertivas para intervir neste grande problema social e de saúde pública. Apesar do aumento contínuo das despesas e das reformas estruturais na saúde, as iniquidades continuam presentes nos países da Europa. É urgente disponibilizar soluções e garantir o acesso à saúde e a cuidados de saúde para todos os cidadãos. É um dever dos decisores políticos, exigir que as questões da saúde sejam consideradas em todas as políticas, e implementar, com o apoio dos técnicos, soluções eficazes.

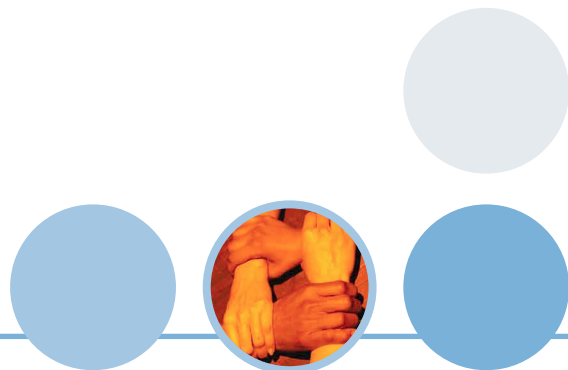
As autoridades de saúde destacam a importância dos cuidados primários na melhoria da saúde dos cidadãos, e o seu papel fulcral no combate às iniquidades na saúde. A promoção da saúde e a prevenção, assim como algumas novas organizações de saúde são fundamentais para desenvolver ações inovadoras e eficientes.

O projeto de pesquisa AIR proporciona ferramentas e informação sobre os sistemas de saúde, políticas e intervenções que contribuem eficazmente para a redução das iniquidades nas regiões Europeias. Estes resultados são parte da construção de uma base de dados europeia sobre ações e políticas que visam a redução das iniquidades no contexto dos cuidados de saúde primários. Esta base de dados poderá ajudar os actores e decisores a implementar novas intervenções ou melhorar as já existentes nos seus territórios.

*Solange Ménival,
Vice-Presidente responsável pelas Carreiras na área da Saúde, Social e Sanitária no Conselho Regional da Aquitânia
Rachid Salmi,
coordenador científico e director da Escola Pública de Saúde de Bordéus (Bordeaux School of Public Health)*

Índice

1. Abordando as Intervenções nas Iniquidades das Regiões	7
2. Revisão da literatura	8
3. Identificação das intervenções	9
4. Seleção e análise das intervenções	10
5. Cinco intervenções ilustrativas	11
6. Resumo das principais conclusões do projeto AIR	16
7. Recomendações	18
8. Conclusão final e perspectivas	19



1. Abordando as Intervenções nas Iniquidades das Regiões

O projeto AIR, Abordando as Intervenções nas Iniquidades das Regiões, destina-se a disponibilizar evidências aos decisores sobre como reduzir as iniquidades na saúde no contexto dos cuidados primários.

Atualmente, as iniquidades na saúde estão a aumentar, afetando cada vez mais as populações desfavorecidas. A redução das iniquidades em saúde é um problema complexo para todos os países europeus, sendo também uma prioridade para os programas de saúde da União Europeia. O projeto AIR (Abordando as Intervenções nas Iniquidades das Regiões) teve início em Novembro de 2009 com um Objetivo preciso: auxiliar os decisores Europeus, regionais e locais no desenvolvimento das suas políticas de saúde de modo a reduzir as iniquidades na saúde no contexto dos cuidados primários. Conduzido pelo Conselho Regional da Aquitânia, o projeto AIR foi desenvolvido em cooperação próxima com os parceiros da rede ENRICH e de outros especialistas de diversas instituições de saúde e centros de pesquisa. Trabalham em conjunto 31 parceiros que representam 15 países europeus com vista a identificar as práticas e políticas desenvolvidas de modo a reduzir as iniquidades na área dos cuidados primários de saúde nas regiões Europeias. O projeto AIR disponibiliza exemplos de intervenções destinadas a reduzir as iniquidades nos cuidados primários de saúde, considerando a sua eficácia, custo e população alvo. Disponibiliza igualmente recomendações a decisores e profissionais de saúde. Os resultados do projeto irão contribuir significativamente para a redução das iniquidades na área dos cuidados de saúde primários nas regiões da Europa.

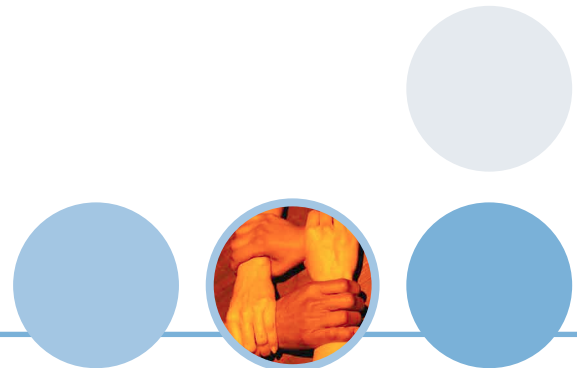
2. Revisão da literatura

A primeira etapa do projeto AIR foi a revisão sistemática da literatura das intervenções relacionadas com a área dos cuidados primários de saúde avaliadas de modo a reduzir as iniquidades na saúde.

Foram seleccionados 123 artigos publicados depois de 2000 na Medline, a base de dados da Cochrane Library, os sítios da Health Policy Monitor and Determine, as publicações Nber e o relatório Eurothine, que reportavam uma avaliação quantitativa da intervenção em cuidados primários de saúde através de indicadores de processo ou de resultado, entre vários grupos socioeconómicos. As intervenções nos cuidados primários de saúde foram estudadas tanto no contexto dos serviços (ou seja, acesso a cuidados curativos e preventivos para doenças comuns, vigilância materna...) ou da organização (ou seja, contactos iniciais, coordenação da abrangência e continuidade destes cuidados...).

Foram analisadas 107 intervenções para criar uma tipologia. Foram identificados três tipos amplos de intervenções: as intervenções de promoção de saúde em contexto comunitário; intervenções que visam melhorar o acesso financeiro aos cuidados, ou por disponibilizar cuidados gratuitos, ou seguros de saúde gratuitos ou subsidiados; e intervenções na organização dos cuidados de saúde. No geral, 74% das intervenções foram eficazes na redução de iniquidades na saúde, com resultados comparáveis para cada tipo de intervenção.

As intervenções nos cuidados primários de saúde podem reduzir com sucesso as iniquidades socioeconómicas em saúde. A melhoria do acesso financeiro aos cuidados aumenta a sua utilização e os resultados na saúde. O acesso universal aos cuidados de saúde pode ser complementado pelas intervenções dos educadores pares, culturalmente adaptados a grupos seletivos. As intervenções universais ou “em chapéu” podem disponibilizar um enquadramento para implementar diversas intervenções seletivas de promoção em saúde. Finalmente, as intervenções na organização de cuidados de saúde como a gestão do trabalho em equipas ou o controlo das doenças, podem reduzir com sucesso as iniquidades na saúde.



3. Identificação das intervenções

A segunda etapa do projeto AIR foi a execução do inquérito. A finalidade do inquérito era recolher informações acerca de todas as intervenções que contribuíram para a redução de iniquidades através de cuidados primários de saúde na Zona da UE, ou através de políticas implementadas a nível nacional, regional ou local. Foram recebidos 47 questionários provenientes de 21 países Europeus, resultando na comunicação de 90 intervenções regionais diferentes.

Entre os questionários recebidos, um terço responderam ser parte de uma estratégia nacional dedicada a reduzir as iniquidades na saúde, e 46% das indicaram que a estratégia de saúde nacional inclui a redução de iniquidades na saúde. Um quarto das regiões declararam estar inscritas numa estratégia regional específica com vista a reduzir as iniquidades da saúde, e 67% dos inquiridos indicaram que a estratégia de saúde regional inclui reduzir as iniquidades da saúde. A educação, intervenções relacionadas com a faixa etária, e as intervenções dirigidas a grupos desfavorecidos foram consideradas pertinentes para contribuir para a redução das iniquidades na saúde (78% das respostas).

Relativamente às ações implementadas nas estratégias regionais, a prevenção e promoção da saúde foram consideradas as mais eficazes (99%), seguidas pela organização dos cuidados (82%), financiamento (71%) e acesso aos cuidados (67%).

Os resultados do primeiro questionário evidenciaram uma consciencialização a nível nacional e regional da existência de iniquidades na saúde e uma vontade crescente de tomar medidas a nível regional. Outros resultados importantes foram a existência de uma cooperação forte entre diferentes setores (serviços educativos e sociais), e um papel positivo para os cuidados de saúde primários, em especial na promoção de saúde. Reunir 90 intervenções para reduzir as iniquidades na saúde a nível regional pode representar uma boa perspectiva de iniciativas e intervenções locais e regionais, reflectindo a preocupação do governo para a tomada de medidas. O inquérito destacou, no entanto, uma fraqueza na avaliação do impacto das intervenções na redução de iniquidades, e dificuldade em ter uma visão clara e integrada entre os níveis nacionais e regionais das diferentes estratégias e resultados. Em conclusão, os decisores e executantes de um lado, e os pesquisadores do outro, devem reduzir uma primeira lacuna entre a evidência, o conhecimento e a consciencialização das iniquidades em saúde no sistema de cuidados de saúde.

4. Seleção e análise das intervenções

A terceira etapa do projeto era executar um segundo questionário. O Objetivo era ampliar as informações acerca das intervenções identificadas pelo primeiro inquérito para serem analisadas em profundidade. A tarefa nesta fase era avaliar e analisar as intervenções segundo um conjunto de critérios que medisse a sua eficácia e qualidade, entre outras características, e desenvolver um catálogo de “práticas ilustrativas” e recomendações.

O inquérito continha informações contextuais acerca das intervenções, características descritivas das mesmas, características dos seus grupos alvo, e foi necessário documentação adicional. As questões destinavam-se a avaliar as intervenções assentes nos seguintes critérios: importância, adequação, aplicabilidade, inovação, garantia de qualidade, adequação de recursos, eficácia no processo, eficácia nos resultados e mainstreaming (pensamento corrente).

Foram analisadas no total 46 intervenções a partir de 16 países Europeus e 20 regiões. As intervenções destinavam-se principalmente à população de ambos os sexos e a nenhum grupo etário específico (41%). A população das áreas urbanas e rurais foi alcançada quase em proporções idênticas, sendo as condições socioeconómicas desfavorecidas e as áreas com maior privação a característica frequentemente escolhida para definir o alvo. Poucas intervenções visaram reduzir as iniquidades através da mudança dos fatores socioeconómicos estruturais. Os serviços de cuidados de saúde primários foram não só participantes como também representam o contexto em que a maioria das intervenções está a ser desenvolvida (74%). Entre outros contextos, houve bastante envolvimento do setor educativo. Na maioria das ocasiões foi realizada uma análise antes da intervenção para identificar as necessidades da população (87%). A metodologia utilizada para criar estas ações e atividades baseou-se com maior frequência em métodos informais de revisão da literatura e consultoria, do que em métodos formais.

A interdisciplinaridade não foi entendida com clareza. Apenas cinco das quarenta e seis intervenções incluíam um cientista na equipa (antropologista, sociologista, cientista político), e poucos incluíam professores, economistas, políticos, jornalistas e advogados. Os inquiridos comunicaram inovações em duas áreas: novas formas de trabalhar, e atividades desenvolvidas especificamente para a intervenção.

As intervenções reportaram serem monitorizadas em 80% dos casos. Apenas metade elaborou um relatório que incluía detalhes desta monitorização. Foram encontrados e comunicados apenas em três casos efeitos indesejados durante a implementação da intervenção. Relativamente a efeitos não esperados, o número de casos comunicados foi superior (10 intervenções), e na sua maioria positivo.

As três lições mais relevantes a reter foram a importância da cooperação entre instituições e organizações, o envolvimento e motivação dos profissionais, e a escuta ativa das diferentes necessidades das pessoas e instituições com adaptação ao contexto.



5. Cinco intervenções ilustrativas

Depois de analisadas as intervenções, cada uma foi avaliada por dois avaliadores diferentes que as classificaram mediante critérios previamente estabelecidos. Como resultado da análise e da avaliação das intervenções, foram escolhidas 5 intervenções ilustrativas a serem apresentadas na conferência final do projeto em Budapeste, a 19 de Abril de 2012.

Rede de trabalho para o Combate à Droga na Comunidade Local. Projeto-piloto Korcula. Distrito de Dubrovnik-Neretva. Croácia.

População-alvo

Crianças em contexto escolar, entre os 12 e 18 anos, na Ilha de Korcula.

Finalidade

Diminuir a prevalência do consumo de drogas entre os jovens.

Atividades

- Análise da situação e planeamento estratégico.
- Serviços de cuidados de saúde primários - educação, mesas redondas, workshops, encontros.
- Outros serviços de saúde especializados no tratamento de toxicodependentes - abertura de novos centros de consulta: tratamento médico de substituição, divulgação nos média (emissões radiotelevisivas, mesas redondas, discussões públicas, visitas de ex-toxicodependentes da COMMUNE, etc).
- Escolas: palestras, workshops, grupos focais, exposições, teatros infantis, exposições e discussões para pais.
- Comunidade local: fundação do GTD (Grupo de Trabalho da Droga), educação através de palestras e workshops, encontros periódicos, planeamento e execução de atividades em conjunto, encontros com políticos locais e nacionais, controlo da venda de álcool a menores com menos de 18 anos, controlo do tráfico, controlo das saídas noturnas de menores sem controlo parental.
- Avaliação.

Contacto

Instituto de Saúde pública (Public Health Institute) do distrito de Dubrovnik-Neretva
E-mail: pavici@net.hr; karmen.kmetovic-prkacin@zzjzdnz.hr

Intervenções para cessação tabágica em pessoas com problemas de saúde mental e pessoas na prisão. Andaluzia. Espanha.

População-alvo

Pessoas em prisões, pessoas com diversos problemas mentais graves em abrigos/lares, comunidades terapêuticas, centros ambulatoriais de média ou longa duração e unidades hospitalares.

Finalidade

Uniformizar o tratamento de grupos em posições de desigualdade e criar e implementar um modelo específico de intervenção para o abandono do tabaco para presos e pessoas com graves problemas mentais.

Atividades

1. Acordos de colaboração com responsáveis de instituições.
2. Análise da situação: inquérito ao consumo de tabaco.
3. Fomentar a consciencialização de diretores, profissionais e a população institucionalizada acerca dos problemas provocados pelo uso do tabaco e do fumo do tabaco ambiental, ajuda no abandono do tabaco.
4. Programa de formação para os profissionais envolvidos.
5. Organização de serviços de cessação tabágica a todas as pessoas envolvidas.
6. Avaliação.

Contacto

Secretaria General de Salud Publica
E-mail: mariap.mesa.sspa@juntadeandalucia.es



Prevenção e deteção precoce da infeção VIH/SIDA. Algarve. Portugal.

População-alvo

Minorias sexuais, população prisional, trabalhadores do sexo.

Finalidade

Desenvolver atividades de prevenção, aconselhamento e deteção precoce da infeção VIH junto de populações mais vulneráveis e com dificuldades de acesso aos cuidados formais de saúde e da população em geral, utilizando para o efeito as instalações das instituições parceiras e/ou unidades móveis. Objetivos: promover o conhecimento do estado serológico da infeção VIH; assegurar referência atempada para a consulta hospitalar específica sempre que necessário; prevenir a transmissão da infeção pelo VIH; contribuir para a aceitação social da pessoa infetada.

Atividades

Existe um centro (CAD) que disponibiliza de forma anónima, gratuita e confidencial aconselhamento e deteção da infeção. O CAD funciona como suporte para a realização das atividades na comunidade, garantindo formação contínua, assessoria técnica aos profissionais das diferentes equipas, fornecendo testes rápidos e material. Através das unidades móveis ou nas suas instalações, são disponibilizadas de forma regular e de acordo com um calendário pré-definido: atividades de aconselhamento, deteção da infeção pelo VIH (teste rápido), distribuição de materiais informativos e preservativos, em parceria com instituições e ONG: em prisões, entre trabalhadores do sexo (em contextos de rua e apartamentos), entre migrantes (nas áreas onde habitualmente residem ou socializam), nas universidades, centros comerciais, centros de saúde. Estas atividades são reforçadas durante o Verão e no Dia Mundial de Luta Contra a SIDA, integradas em campanhas informativas. São produzidos materiais didáticos e informativos.

Contacto

Administração Regional de Saúde do Algarve
E-mail: svrcra@arsalgarve.min-saude.pt

Programa de nutrição e saúde regional para crianças e adolescentes. Aquitânia. França.

População-alvo

Crianças abaixo dos 18 anos de idade na Aquitânia, em ambiente educativo, familiar e médico.

Finalidade

Objetivo Geral: Interromper o aumento da incidência de crianças com excesso de peso, aumento do consumo de frutas e vegetais e promoção de exercício físico.

Objetivos específicos: otimizar a detecção precoce de crianças com excesso de peso, melhorar o fornecimento de alimentos, implementar ações educativas nas escolas.

Atividades

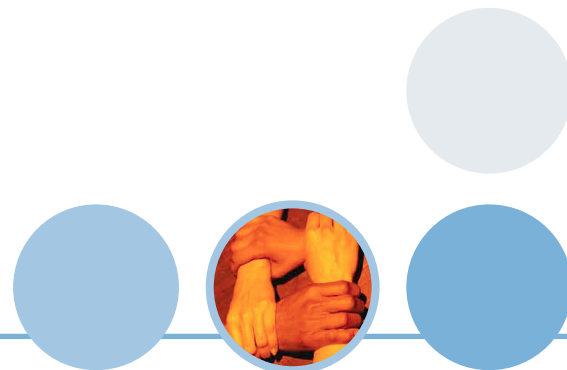
Ações educativas na saúde destinadas a crianças e adolescentes (jovens).

Formação de professores e funcionários da cantina. Ações de consciencialização/informação para equipas médicas nas Instituições de Educação nacionais (enfermeiras e médicos escolares) acerca da importância da detecção precoce de pessoas com excesso de peso ou obesas.

Iniciativas de formação acerca da utilização de ferramentas de rastreio comuns e validadas. Ações de consciencialização/formação para autoridades locais e territoriais acerca da importância em melhorar o abastecimento de alimentos em cantinas. Ações de consciencialização para o público em geral.

Contacto

Hospital Universitário e Escola de Saúde Pública em Bordéus, Répop
E-mail: helene.thibault@isped.u-bordeaux2.fr





Plano de promoção da saúde 2010-2012 da Província de Hainaut. Bélgica.

População-alvo

Toda a população na província de Hainaut.

Finalidade

Reduzir as iniquidades sociais na saúde entre a população com uma elevada taxa de doenças crónicas, colaborando com parceiros de outros setores e estabelecendo as condições mais favoráveis para a saúde, através de ações acessíveis e adaptadas às necessidades de todos os cidadãos e, por fim, continuar a trabalhar para aumentar a consciencialização e mobilização da sociedade.

Atividades

Foram planeadas 105 atividades, como informações de saúde e monitorização, mobilização social, acompanhamento de programas locais, formação, educação para a saúde, produção de materiais (panfletos, apresentações, animação de grupos), trabalho em rede, mass media, comunicações, lobbying.

Contacto

Observatório da saúde de Hainaut

E-mail: observatoire.sante@hainaut.be

6. Resumo das principais conclusões do projeto AIR

O projeto AIR focou-se nas intervenções para reduzir as iniquidades no contexto dos cuidados de saúde primários em regiões, presumindo que muitas ações de prevenção e promoção de saúde podem ser implementadas a nível regional através de fornecedores de cuidados primários. Na verdade, os valores principais dos cuidados de saúde primários visam alcançar acesso idêntico a cuidados de saúde adaptados às necessidades e, deste modo, incluem explicitamente o objetivo de reduzir as iniquidades na saúde.

Desde a II Guerra Mundial, que os países na Europa alcançaram este objetivo por diversos meios, incluindo o acesso universal a cuidados de saúde e respostas às necessidades básicas das populações. A acompanhar o aumento de consciencialização das iniquidades em saúde, muitas políticas de saúde nacionais, regionais e locais incluem objetivos para diminuir as iniquidades na saúde.

A maior parte das regiões revelam que a promoção da saúde e as intervenções dirigidas a grupos desfavorecidos são prioridades. No entanto, é limitada a coordenação e integração das estratégias entre os níveis nacional e regional. Para além disso, as prioridades permanecem ao nível das boas intenções e nem sempre são devidamente traduzidas em projetos específicos. As políticas e as intervenções são raramente avaliadas.

A maior parte das intervenções são locais, o que levanta a questão sobre como as ampliar de modo a alcançar todas as populações atingidas pelo problema identificado.

Avaliação das intervenções e pesquisa na redução de iniquidades na saúde

A maioria das publicações científicas sobre intervenções em iniquidades nos cuidados de saúde primários é dos EUA, e poucas da Europa. Das experiências e intervenções publicadas nos inquéritos AIR, poucas estudam o papel dos fornecedores de cuidados de saúde primários, incluindo a sua distribuição geográfica e o seu impacto nas iniquidades na saúde.

Poucas intervenções identificadas nos inquéritos AIR incluem processos de monitorização e avaliação totalmente desenvolvidos e documentados cientificamente, incluindo a disseminação dos resultados. Quando já existe uma avaliação ou esta está planeada, o mais frequente é não ser assente em abordagens claras, formalizadas e metódicas, e raramente avaliam o impacto da intervenção.



Conhecimento sobre as intervenções eficazes, fatores facilitadores e barreiras

- Apesar do género ser um dos mais importantes eixos de iniquidade na maioria das sociedades, estas iniquidades foram pouco consideradas nas intervenções identificadas.
- As intervenções em promoção da saúde que se focam nas iniquidades podem ser eficazes, desde que hajam membros da comunidade realmente envolvidos e empenhados para garantir que estas intervenções sejam culturalmente adaptadas e mediadas por pessoas da própria comunidade.
- A gestão de doenças e dos cuidados de saúde não parecem, por si só, ter impacto nas iniquidades da saúde.
- As intervenções financeiras para facilitar o acesso aos cuidados de saúde podem reduzir as iniquidades de acesso, porém não demonstraram efeitos nos fatores de risco. Para além disso, a qualidade dos cuidados poderá não ser a mesma para as pessoas a quem estas intervenções se dirigem.
- Muito poucas políticas ligam as intervenções especificamente destinadas a reduzir as iniquidades na saúde a ações gerais destinadas a fatores socioeconómicos estruturais como habitação, emprego e rendimentos.
- As intervenções mais exemplares e inovadoras são aquelas em que os atores das organizações, setores e disciplinas diversas, embora não habituados a trabalhar em conjunto, iniciam a sua colaboração desde o princípio. A colaboração multidisciplinar e de múltiplos setores são fatores facilitadores importantes, embora seja raro o envolvimento dos setores alheios à saúde. Os médicos de cuidados saúde primários estão raramente envolvidos nas intervenções identificadas.
- A maioria das intervenções indica um envolvimento das populações-alvo na fase da avaliação das necessidades, de modo a facilitar o desenho e avaliação da intervenção, porém muitos não envolvem os beneficiários finais. Muitas intervenções não utilizam métodos formais para conduzir esta avaliação de necessidades.
- As principais barreiras identificadas são a falta de recursos humanos, técnicos e económicos, a relutância institucional e profissional e a impossibilidade de considerar as características culturais e socioeconómicas da população-alvo.
- Os fatores facilitadores chave são o envolvimento de mediadores culturais e linguísticos, e dos setores da educação, socioeconómicos e de investigação; os apoios políticos e institucionais são também fatores facilitadores principais.

7. Recomendações

- Atendendo que muitos determinantes das iniquidades em saúde não residem na saúde mas sim na esfera social e económica, a abordagem «Health In All Policies» (HIAP) (saúde em todas as políticas) é fundamental para lidar com as iniquidades.
- As políticas e intervenções, incluindo as financeiras, devem considerar as necessidades económicas e sociais da população desfavorecida e não devem focar-se apenas no acesso a cuidados de saúde ou à promoção da saúde.
- As políticas nacionais, regionais e locais das iniquidades na saúde devem incluir abordagens específicas, como visitas de aproximação, mediadores adaptados culturalmente e o aumento da consciencialização por parte dos intervenientes, para melhor identificar as populações através dos cuidados primários.
- As intervenções com vista à redução das iniquidades na saúde devem assentar numa avaliação exaustiva de necessidades. Esta avaliação deve envolver representantes da população-alvo, com vista a ajudar a adaptar o conteúdo e meios de intervenção a características culturais e sociais específicas. Todos os intervenientes principais, organizações, setores e disciplinas, incluindo os técnicos de avaliação, devem ser envolvidos desde o início.
- O planeamento de uma intervenção deve assentar numa estimativa exaustiva e realista dos recursos necessários para cumprir objetivos. Os recursos devem também cobrir os custos de uma monitorização adequada e um plano de avaliação.
- Reduzir o âmbito de uma intervenção em ajuste à limitação de recursos disponíveis, pode exacerbar iniquidades e desperdício de recursos, se os objetivos não puderem ser cumpridos.
- Como normalmente os recursos são limitados, é aconselhável focar-se em intervenções cientificamente eficazes, ou desenvolver a experimentação de novas intervenções.
- Acreditamos que a falta de evidências não deve ameaçar a ideia da eficácia das ações locais nos cuidados primários para reduzir as iniquidades, e pelo contrário, deverá levar a que este assunto seja mais investigado.
- A tradução da vontade política, expressa em políticas nacionais ou regionais, em recursos adequados com vista a cumprir objetivos, é responsabilidade dos decisores políticos e do setor público. Os recursos adicionais devem provir de outros setores, porém a liderança deve manter-se no setor público.
- Os políticos e decisores a nível nacional, regional e local devem estar cientes dos efeitos lentos e modestos das intervenções e do tempo necessário para proporcionar uma avaliação sólida. Normalmente, as intervenções evoluem etapa por etapa e devem estar protegidas de expectativas rápidas e agendas políticas de curto prazo.
- Atendendo ao aumento do peso das doenças crónicas e dos riscos relacionados com o comportamento, existe, de facto, uma necessidade urgente para pesquisar mais o papel e eficácia dos cuidados primários de saúde nas iniquidades da saúde na Europa. Porém, para tal será necessário na Europa dedicar recursos específicos para criar capacidades, de modo a que os Estados Membros, regiões e intervenientes locais possam desenvolver, implementar e avaliar melhor as intervenções. Os intervenientes devem igualmente ser incentivados a divulgar melhor as suas intervenções e os resultados das respetivas avaliações.



8. Conclusão

Os valores principais dos cuidados de saúde primários, tal como estão definidos na declaração de Alma Ata (1978) e no relatório WHO (2008), incluem explicitamente o objetivo de reduzir as iniquidades na saúde. No atual contexto de crise económica e reduções nos orçamentos da saúde, a abrangência universal e o acesso aos cuidados de saúde primários serão, agora mais que nunca, importantes para reduzir as iniquidades na saúde. A discriminação positiva dos serviços pelo prestador, a gratuidade dos cuidados ou os copagamentos reduzidos e a melhor acessibilidade geográfica aos serviços, devem ser impulsionados pela vontade política, tanto a nível regional quanto nacional.

Os decisores políticos têm a obrigação moral de considerar as questões da saúde (independentemente da área política: económica, ambiental, educacional, social, etc.), e mais importante, tomarem medidas para evitar o aumento das iniquidades em saúde.

Parceiros associados

- CRA: Câmara Municipal da Aquitânia, França.
- IRDES: Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, França.
- MeS: Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Italy.
- EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública, Escola Andaluza de Saúde Pública
- Health.
- HS: Hainaut Santé, Bélgica.
- DEKUT: Dekut Debreceni Kutatasfejlesztési Debrecen, Hungria.
- UVSB2: Université Bordeaux Segalen / ISPED: Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, França.
- DPHEM: Departamento da Saúde de Nottingham/NHS East Midlands, Reino Unido.
- UCY: Universidade de Chipre, Chipre.
- ResearchLink: ResearchLink sprl, Bélgica.
- DUNEА: Agência de Desenvolvimento Regional do Distrito de Dubrovnik Neretva, Croácia.
- PEHRG: Grupo de investigação de Pobreza, Igualdade e Saúde - Universidade de Perugia - Terni, Itália.
- URIT: Umbria Region Perugia, Itália.
- RT: Tuscany Region Florence, Itália.
- GEORAMA: Georama NGO, Grécia.

Parceiros cooperantes

- Câmara Municipal de Gävleborg, Suécia.
- EUPHA: Associação de Saúde Pública Europeia, Holanda.
- ARS Aquitaine: Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, França.
- Lincolnshire Primary Care Trust, Inglaterra.
- SAS: Servicio Andaluz de Salud, Espanha.
- URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé d'Aquitaine, França.
- Leicestershire County and Rutland PCT, Inglaterra.
- Câmara Municipal de Leicester, Inglaterra.
- Universidade de Debrecen, Hungria.
- MS-LSA: Ministério da Saúde e Assuntos Sociais de Saxony-Anhalt, Alemanha
- UOMS: Universidade de Ciências Aplicadas Magdebourg-Stendal, Alemanha.
- CSJA: Consejería de Salud - Junta de Andalucía, Espanha.
- RUBSI: Centro de pesquisa em comportamento e questões sociais, Chipre.
- JPII: John Paul II Hospital in Krakow, Polónia.
- MSP: Ministério de Políticas Sociais - Cuidados de Saúde, Geriatria e Comunitário, Malta.
- ARS Algarve: Administração Regional de Saúde do Algarve- IP, Portugal.

Mais informações:

<http://www.air.healthinequalities.eu/>



Solange MENIVAL,
Vice-Presidente responsável pelas Carreiras na área da Saúde, Social e Sanitária
no Conselho Regional da Aquitânia
solange.menival@aquitaine.fr
Ewelina PIZNAL: ewelina.piznal@aquitaine.fr