

**POBREZA E SAÚDE:
ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA**



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
Escritório Regional Africano
Brazzaville • 2003

© Escritório Regional Africano da Organização Mundial de Saúde
(2003)

As publicações da Organização Mundial de Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo nº 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Estando reservados todos os direitos.

As designações utilizadas e a apresentação dos dados utilizados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial de Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites.

A menção de determinadas companhias e de certos produtos comerciais não implica que essas companhias e produtos sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial de Saúde preferencialmente a outros. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

Impresso na República da África do Sul

ÍNDICE

	Páginas
RESUMO	v
	Parágrafos
INTRODUÇÃO	1–7
ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	8–13
A ESTRATÉGIA REGIONAL	14–20
Objectivos	15
Princípios orientadores.....	16
Intervenções prioritárias	17–20
PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DOS DIFERENTES INTERVENIENTES ...	21–24
Papéis e responsabilidades dos países	22
Papéis e responsabilidades da OMS	23
Papéis e responsabilidades de outros parceiros	24
INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	25
CONCLUSÃO.....	26–27

ANEXO

	Páginas
1. Resolução AFR/RC52/R4 sobre Pobreza e Saúde: Estratégia para a Região Africana.....	13

RESUMO

1. O paradoxo da Região Africana é a extrema e crescente pobreza do seu povo, que enfrenta várias formas de privação (doenças, iliteracia, desemprego, habitação inadequada, fraca governação, etc.) numa Região tão fértil em todo o tipo de recursos (naturais, minerais, etc.). Este paradoxo é cada vez mais visível à luz das mudanças no perfil de pobreza mundial. Em 1985 as pessoas pobres em África representavam apenas 16% do mundo pobre. Esta proporção aumentou para 31% em 1998. Nos próximos vinte anos, estima-se que a pobreza diminua em todo o mundo excepto em África, para a qual se calcula um aumento drástico.
2. No passado recente, foram adoptadas muitas políticas e estratégias no sector da saúde a fim de melhorar o estado da saúde das populações nos países em desenvolvimento em geral e na Região Africana em particular. A mais recente, foi a Política Saúde para Todos no Século XXI, adoptada pela 49ª sessão do Comité Regional Africano. A política saúde para todos, tem como objectivo, melhorar significativamente o estado de saúde dos povos africanos através da promoção de estilos de vida mais saudáveis, evitando a ocorrência da doença, aumentando a esperança de vida à nascença e reduzindo a mortalidade, pretendendo também parar a morbilidade crescente devido ao paludismo, tuberculose e HIV/SIDA.
3. A saúde constitui um forte ponto de entrada para a redução da pobreza e o crescimento económico. Neste contexto, esta estratégia fornece um quadro de análise e de intervenções em três níveis: a) aumentar a advocacia e a mobilização de todos os intervenientes dentro e fora do sector da saúde; b) implementar reformas dos sistemas de saúde, para redireccionar as suas

intervenções no sentido dos mais desfavorecidos; c) satisfazer as necessidades dos mais pobres, através de intervenções específicas que garantam o acesso generalizado aos serviços básicos de saúde.

4. Por ocasião da Quinquagésima-segunda sessão, convidou-se o Comité Regional a examinar a estratégia proposta e fornecer orientações para a sua implementação, em consonância com as políticas nacionais de saúde.

INTRODUÇÃO

1. A pobreza é um fenómeno multidimensional e intersectorial. Para facilitar a análise comparativa dos diferentes perfis de pobreza mundiais, foi acordada uma definição de pobreza com base no consumo diário. Esta definição considera pobre qualquer pessoa que não tenha possibilidades económicas que permitam o consumo diário no valor de 1 dólar americano.
2. Tendo por base esta definição universal de 1 dólar americano como limiar da pobreza, mais de 2.000 milhões de pessoas em todo o mundo são consideradas pobres¹. Na Região Africana da OMS, mais de 45% da população está inserida nesta categoria. A pobreza é mais prevalente nas áreas rurais, onde vivem a maioria das populações africanas. Infelizmente, durante os últimos anos, o número de pobres tem aumentado continuamente, tanto nas zonas rurais como nas urbanas, como testemunha a proliferação de habitações precárias à volta dos grandes centros urbanos. Esta situação arrasta consigo o agravamento dos indicadores sociais e de saúde, nomeadamente a esperança de vida, a mortalidade infantil, a mortalidade materna e a morbilidade devido ao paludismo, tuberculose e HIV/SIDA.

¹ No entanto, a redução da pobreza, é um exercício complexo, que normalmente, segue a ordem seguinte:

- i) Análise do perfil de pobreza predominante;
- ii) Avaliação das diferentes magnitudes na incidência, disparidade dos rendimentos, gravidade, etc;
- iii) Identificação dos pobres, de acordo com as conclusões de ii);
- iv) Diagnóstico dos respectivos recursos;
- v) Avaliação das intervenções actuais de redução da pobreza;
- vi) Formulação de estratégias relevantes, ou seja: a) definir objectivos; b) desenvolver a estrutura de análise e implementação, incluindo os indicadores para monitorização e avaliação, e as alterações institucionais necessárias.

3. Os impactos para a saúde ultrapassam o ambiente, os transportes, a água e energia, o emprego, etc. Consequentemente, o sector da saúde está numa posição única de criar uma abordagem de desenvolvimento abrangente, coerente com os objectivos de redução da pobreza e desenvolvimento económico.
4. No contexto de África, a grande incidência das doenças provoca perdas de produção consideráveis que, por sua vez, acentuam o fosso entre o crescimento económico real e o potencial. A redução da incidência das doenças em África (um objectivo nobre por si só), irá directamente libertar o potencial dos países para aumentar os resultados da produção e atingir as taxas de crescimento necessárias para a redução da pobreza.
5. Em muitas comunidades africanas, a ligação entre as doenças e a pobreza são bem compreendidas. Por exemplo, os resultados da pesquisa “Vozes dos Pobres”, efectuada no Gana, Malawi, Mauritânia e no Zimbabwe, no ano 2000, mostra como os indivíduos, as famílias e as comunidades efectuem a relação correcta entre a sua capacidade de gerar rendimentos e o seu estado de saúde. Algumas pessoas fizeram a ligação entre saúde e riqueza, o que sustenta a importância de uma boa saúde como factor crítico para viver uma vida decente.
6. Tendo por base a clara relação entre pobreza e doença, esta estratégia explora a potencial contribuição da saúde para a redução da pobreza, o crescimento económico e o desenvolvimento humano, assentando nos actuais indicadores de pobreza, saúde e sócioeconomia.
7. A Estratégia Regional propõe uma mudança da abordagem excessivamente biomédica, para uma abordagem mais preventiva e promocional das intervenções na área da saúde que inclua o contributo de outros sectores. Esta reorientação é necessária à luz da incapacidade das actuais intervenções da saúde para satisfazerem as necessidades dos pobres na Região Africana.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

8. No geral, cerca de 45% da população africana vive abaixo do limiar da pobreza. A incidência da pobreza em África é mais elevada nas áreas rurais, apesar de a pobreza nas áreas urbanas e periurbanas constituir um problema explosivo. A Região está a enfrentar muitos desafios na área da saúde, especialmente devido ao HIV/SIDA. Apesar de 92% das causas de morte nos países pobres estarem relacionadas com as doenças transmissíveis, 60% das mortes são devidas a doenças específicas, nomeadamente, tuberculose, paludismo, HIV/SIDA e algumas doenças infantis. Houve ainda um crescimento significativo nas doenças não-transmissíveis (cancro, doenças cardiovasculares, acidentes e doenças mentais), devido às alterações nos estilos de vida. Um problema persistente, especialmente nas crianças e mulheres é a malnutrição, sendo responsável por 45% da mortalidade infantil.
9. Mais ainda, a degradação ambiental, a má gestão das águas e dos resíduos, contribuíram para o surto de doenças. A urbanização rápida e descontrolada também teve graves consequências para a saúde. Apenas 45% da população total da Região tem acesso a água potável e menos de 40% da população tem acesso a saneamento. A Região tem uma baixa percentagem de frequência do ensino primário e uma elevada taxa de analfabetismo nos adultos (especialmente nas mulheres), o que tem repercussões directas na mortalidade materna e infantil, que permanece a mais elevada do mundo.
10. A ligação entre pobreza e saúde é muito clara. Os pobres na Região Africana são apanhados numa complexa teia, em que os baixos rendimentos levam ao baixo consumo, que como consequência resultam em baixa capacidade e baixa produtividade. Este conceito foi ilustrado de forma brilhante pelo relatório da Comissão da Macroeconomia e Saúde da OMS, que demonstra que, o fardo das doenças se deve apenas a três doenças (paludismo, tuberculose e HIV/SIDA), e anualmente reduz o PIB em 1,3%.

11. Colmatar as necessidades de saúde dos pobres, tem sido uma preocupação constante e de há muito tempo no sector da saúde. A Conferência de Alma-Ata, que endossou o princípio dos cuidados primários de saúde e levou à política Saúde para Todos no Ano 2000, foi grandemente influenciada pela necessidade de garantir que os cuidados de saúde estivessem acessíveis à maioria da população. Na Região Africana, a adopção do Cenário para o Desenvolvimento da Saúde em Três Fases, (1985), reafirmou a validade da abordagem dos cuidados primários de saúde a nível distrital, e a Iniciativa de Bamaco (1987), reforçou a necessidade de participação da comunidade no desenvolvimento da saúde e também realçou a necessidade de combater a vulnerabilidade das mulheres e crianças.
12. No entanto, o sector da saúde, apesar de ter formulado diversas estratégias (por exemplo, Alma-Ata, Iniciativa de Bamaco), ainda não implementou intervenções concretas contra a pobreza. É chegada a altura de criar essa estratégia. É reconhecido o papel central da saúde no processo de desenvolvimento, e a boa vontade nacional e internacional para melhorar a saúde, especialmente a dos pobres nunca foi tão evidente.
13. Assim, mitigar o fardo da doença dos países pobres irá contribuir para a melhoria da sua situação social. Combater as doenças que afligem os pobres irá reduzir a sua vulnerabilidade aos problemas de saúde induzidos pela pobreza, aumentando assim a sua produtividade. Isto irá ajudar a aumentar o crescimento económico, bem como reduzir a pobreza.

ESTRATÉGIA REGIONAL

14. Considerando a natureza multidimensional da saúde, a contribuição do sector da saúde para a redução da pobreza incluirá intervenções provenientes deste como de outros sectores. Isto endossa o papel de liderança do sector da saúde como ponto de partida válido para redução da pobreza, e da necessidade de abordagens intersectoriais.

Objectivos

15. O objectivo geral da estratégia é fazer com que o sector da saúde, contribua para a redução da pobreza através da melhoria da saúde, devido à sua vantagem comparativa. A estratégia irá especialmente:
 - a) **Fora do sector da saúde:** desenvolver e manter uma forte plataforma de advocacia, tendo como objectivos os intervenientes e parceiros não pertencentes ao sector da saúde, de forma a sensibilizá-los para a saúde como elemento redutor da pobreza e a fornecer orientações sobre como os outros sectores (educação, agricultura, transporte, energia, água e ambiente, finanças e planeamento, alojamento e saneamento), devem incorporar as considerações da saúde em políticas e práticas para melhorar os resultados da saúde;
 - b) **A nível das políticas do sistema de saúde:** efectuar as reformas, com o objectivo de alterar a focalização dos sistemas de saúde, fazendo-se a transição de uma abordagem excessivamente curativa para padrões mais interventivos a nível da prevenção e da promoção, com o objectivo de acelerar a melhoria do estado de saúde dos pobres;
 - c) **A nível da implementação:** ter como alvo os grupos populacionais mais vulneráveis (pessoas com incapacidades, as mulheres e as crianças), e dirigir as intervenções específicas para as preocupações destas populações, reforçando e promovendo as suas capacidades ao invés de tentar limitar a sua vulnerabilidade.

Princípios orientadores

16. Para atingir estes objectivos, a implementação da estratégia será guiada pelos seguintes princípios:
- a) **Equidade e justiça dos serviços de saúde.** Se não forem garantidas a equidade e a igualdade de oportunidades, quaisquer investimentos adicionais apenas contribuirão para o aumento das desigualdades existentes.
 - b) **Qualidade, acessibilidade e sustentabilidade.** Porque as pessoas pobres normalmente apenas têm acesso aos serviços públicos de saúde, é importante que a acessibilidade financeira e geográfica, bem como a qualidade, sejam asseguradas de forma sustentável e universal.
 - c) **Participação da comunidade e sensibilidade às diferenças dos sexos.** Em África, muitas intervenções da saúde falham os seus objectivos devido ao constante desequilíbrio dos sexos e à falta de envolvimento da comunidade. Estes dois aspectos são de importância crítica para as intervenções que tenham como alvo os mais desfavorecidos.
 - d) **Intersectorialidade e parceria.** Os temas da saúde são os temas do desenvolvimento. Assim, alcançar os resultados na saúde, é uma tarefa que solicita a contribuição de outros sectores especialmente no que respeita a saúde materna e infantil. É assim que as parcerias, tendo por base uma definição clara dos papéis e das responsabilidades são de importância crítica para colmatar as necessidades dos mais desfavorecidos.
 - e) **Forte mecanismo de monitorização e avaliação.** Para garantir que os objectivos determinados nas intervenções complexas sejam cumpridos, é necessário avaliar a melhoria, eficácia e eficiência, bem como os aspectos qualitativos, tais como equidade e justiça, sensibilidade às diferenças dos sexos e envolvimento da comunidade.

Intervenções prioritárias

17. À luz da crescente e reconhecida importância do papel da saúde no processo de desenvolvimento, e tendo em consideração o aumento substancial dos recursos disponíveis para o sector da saúde, provenientes especialmente do mecanismo HIPC/PRSP, do Fundo Mundial de Luta contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo, e de outros instrumentos financeiros, as despesas per capita com a saúde estão progressivamente a aumentar para atingir os níveis necessários que garantam um pacote mínimo de serviços de saúde para todos.
18. A nível comunitário, a opção estratégica deve ser o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde, a informação sanitária, etc. A nível nacional, os serviços de promoção da saúde (higiene, educação, nutrição, vacinação, segurança dos alimentos, água e saneamento), devem ser reforçados.
19. As intervenções prioritárias incluem:
 - a) Criar evidências sobre as ligações entre a saúde e outros sectores socioeconómicos, (educação, transporte, agricultura, energia, químico, habitação, turismo), que permitam a sua advocacia fora do sector da saúde.
 - b) Estabelecimento de um mecanismo transparente de dotação e utilização de recursos, com o objectivo de registar a resposta das intervenções da saúde aos objectivos para a redução da pobreza.
 - c) Alargamento da cobertura da saúde (infraestruturas, unidades móveis, incluindo atendimento de cuidados pré-natal e parto), às áreas com cobertura insuficiente, beneficiando as populações vulneráveis e melhorando a produção local de medicamentos tradicionais.
 - d) Reforço dos programas de vacinação contra as doenças infantis, através da monitorização regular e da mobilização de fundos adequados.
 - e) Reforço dos serviços de saúde ambiental, incluindo segurança da água, nutrição, alimentos seguros, tratamento de lixos e educação sobre a higiene.
 - f) Reforço das iniciativas de promoção da saúde, incluindo comportamentos saudáveis de forma a melhorar a saúde e prevenir doenças prioritárias, particularmente, aquelas que afectam os mais desfavorecidos;

- g) Aumento das intervenções de luta contra o paludismo, tuberculose, HIV/SIDA, outras doenças prioritárias e doenças infantis.
 - h) Reforço das intervenções que permitam um desenvolvimento saudável dos adolescentes, por forma a evitar futuras despesas com a saúde e assim, apoiar o desenvolvimento económico.
20. Estas intervenções na área da saúde irão criar novas oportunidades para os mais desfavorecidos, permitindo-lhes a entrada no mercado do trabalho, com capacidades melhoradas, o que resultará numa maior produtividade, e que terá como consequência a diminuição da pobreza, que tem até aqui afectado o indivíduo, a família, a comunidade e a Nação.

FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS DIFERENTES INTERVENIENTES

21. Para alcançar os objectivos gerais da redução da pobreza, é necessária a contribuição de todos os intervenientes do sector da saúde. Por exemplo, a nutrição da criança e a sua saúde, são fundamentais para o sucesso na educação primária. Os papéis e responsabilidades específicos de cada interveniente devem por isso, ser claramente definidos.

Funções e responsabilidades dos países

22. Os governos, particularmente os ministérios da saúde, devem:
- a) efectuar avaliações regulares de pobreza e dos perfis epidemiológicos, centrando-se nos determinantes relacionados com a saúde;
 - b) implementar as alterações institucionais necessárias para orientar a prestação de cuidados de saúde, afastando-se da abordagem excessivamente biomédica para uma abordagem mais promocional e preventiva (por exemplo, alargando a cobertura da saúde, a nível do pessoal, das infraestruturas, às áreas com fraca cobertura); expansão das actividades da promoção da saúde, de forma a cobrir todos os níveis do sistema de saúde; e desenvolvimento de quadros orçamentais que dêem respostas à intervenções que tenham como objectivo os pobres;
 - c) encorajar mais microintervenções (por exemplo, através da abordagem baseada em ambientes saudáveis) especialmente a nível comunitário, com um maior envolvimento dos beneficiários.
 - d) reforçar as competências técnicas dos praticantes a nível da comunidade, por exemplo, parteiras tradicionais, prestadores de cuidados à comunidade;
 - e) documentar as melhores práticas locais;
 - f) conceber indicadores com base nos desempenhos para atrair contributos da comunidade.

Papéis e responsabilidades da OMS

23. Para além da identificação e disseminação das boas práticas entre os países da Região, a OMS deve:
- a) Fornecer apoio técnico sustentado para a análise, formulação e implementação de políticas;
 - b) Mobilizar parceiros para a dotação de recursos adicionais nas intervenções de redução da pobreza relacionada com a saúde;
 - c) Apoiar os países na formulação e implementação da componente saúde no seu programa nacional de redução da pobreza;

Papéis e responsabilidades dos parceiros

24. Devem ser encorajados novos mecanismos de cooperação para promover o desenvolvimento, e que sejam mais benéficos para os países mais desfavorecidos (por exemplo, o Fundo Mundial de Luta contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo). Devem também ser consolidadas as parcerias mundiais de todos os parceiros para o desenvolvimento, incluindo as agências bilaterais e multilaterais, envolvidas nos processos PRSP.

INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

25. Os indicadores de monitorização e avaliação baseiam-se nos alvos sectoriais da Política de Saúde para Todos no Século XXI. Estes reflectem as contribuições para a redução da pobreza na Região. O quadro dos objectivos, das intervenções estratégicas e o papel e responsabilidade dos intervenientes, constituem as formas para os atingir. Assim, até ao ano 2020:
- a) cem por cento dos países da Região terão desenvolvido a componente saúde dos Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza;
 - b) setenta e cinco por cento da população na Região terá acesso a água potável e saneamento adequados;
 - c) setenta e cinco por cento dos sistemas de saúde a nível distrital terão desenvolvido acções para a redução da pobreza, através das abordagens de intervenção sanitária;
 - d) setenta por cento da população nos países, terão mecanismos seguros para o manuseamento dos desperdícios químicos e industriais que representem riscos para a saúde pública;
 - e) o sector da saúde ajudará a reduzir para metade, a incidência da pobreza na Região;
 - f) os sistemas de saúde prestarão serviços de saúde de qualidade a 80% da população;
 - g) a mortalidade infantil será reduzida em 50%;
 - h) o actual fardo do paludismo será reduzido em 75%.

CONCLUSÃO

26. A estratégia sublinha a vantagem comparativa do sector da saúde na redução da pobreza e fornece orientações para as políticas de redução da pobreza relacionada com a saúde. Especificamente, argumenta que para alcançar os objectivos da redução da pobreza relacionada com a saúde, é importante e necessário alterar o paradigma, reorientando o padrão de despesas com a saúde pública, passando dos cuidados de saúde curativos para a promoção e a prevenção dos cuidados de saúde.
27. Os países da Região terão de confiar nas suas capacidades para melhorar a qualidade de vida das suas populações. A recente criação da Unidade Africana, em 2002, e a adopção da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD), em 2001, reflectem já o forte compromisso político para a redução da pobreza e o desenvolvimento da Região.

ANEXO 1

AFR/RC52/R4: POBREZA E SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA

Consciente das ligações intrincadas e complexas existentes entre pobreza e saúde, especialmente nos países Africanos;

Preocupado com a deterioração do estado de saúde da maioria da população africana durante a última década, para além do pesado fardo das doenças nos adultos e crianças;

Relembrando a Resolução AFR/RC50/R1 referente à estratégia regional “Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020”, e as recomendações da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (CMH), para que sejam aumentados os investimentos no sector da saúde, por forma a reduzir a pobreza e fomentar o crescimento económico nos países africanos;

Apreciando os esforços realizados nos últimos anos pelos países e pela comunidade internacional, no âmbito do quadro de referência relativo aos Países Pobres Fortemente Endividados e dos Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza, para melhorar a implementação das políticas no sentido de alcançar os objectivos de redução da pobreza;

Reconhecendo a necessidade de que a OMS desempenhe plenamente o seu papel essencial nos esforços de redução da pobreza e funcione como catalizador do crescimento económico e do bem-estar social, em consonância com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio que foram internacionalmente adoptados;

Tendo cuidadosamente analisado o relatório do Director Regional constante do documento AFR/RC52/11, que define a Estratégia Regional sobre Pobreza e Saúde e que tem como objectivo apoiar o sector da saúde para um contributo significativo no sentido de atingir os objectivos nacionais de redução da pobreza;

O Comité Regional

1. APROVA a estratégia proposta;
2. SOLICITA aos Estados-Membros que:
 - i) no contexto de uma reforma mais alargada do sector público, empreendam reformas apropriadas no sector da saúde, que melhorem efectivamente e a curto prazo o estado de saúde dos pobres;
 - ii) actualizem as políticas nacionais de saúde, com base numa abordagem de planeamento estratégico de longo prazo;
 - iii) aumentem a dotação orçamental consagrada ao sector da saúde, em consonância com a Declaração de Abuja, pela qual os países se comprometeram a afectar 15% do seu orçamento total ao sector da saúde;
 - iv) apoiem os esforços realizados pela sociedade civil e outros intervenientes para a melhoria da saúde dos pobres, a nível local, a fim de aumentar a capacidade de absorção do sector da saúde e melhorar a capacidade de resposta da administração do sector público para atingir as metas de redução da pobreza;
 - v) advoguem a nível nacional e internacional pela afectação de mais recursos para o sector da saúde, garantindo um mecanismo transparente de gestão, monitorização e avaliação desses recursos;
3. INSTA o Director Regional a:
 - i) fornecer apoio técnico aos Estados-Membros para a elaboração de políticas e programas nacionais de saúde vocacionados para a redução da pobreza;
 - ii) através das instituições de formação, aumentar o apoio aos profissionais nacionais na área da saúde e do desenvolvimento, a fim de reforçar as suas capacidades para a análise, monitorização e avaliação das políticas;
 - iii) apoiar a mobilização de recursos adicionais para a implementação desta estratégia;
 - iv) apresentar um relatório durante a 55ª sessão do Comité Regional, em 2005, sobre os progressos realizados na implementação desta estratégia regional.

Sexta sessão, 10 de Outubro de 2002