

# **POBREZA, INIQUIDADE E SAÚDE PÚBLICA NA REGIÃO AFRICANA**

*Luis G. Sambo*

---

## **Resumo**

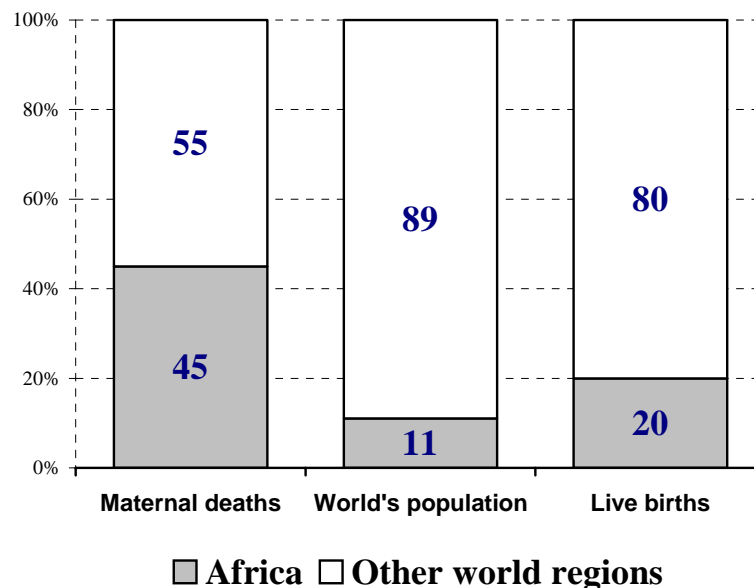
A pobreza é generalizada na Região Africana. As pessoas que vivem nessa Região também enfrentam uma pesada e ampla carga de doenças, que afeta o desenvolvimento social e econômico e diminui a esperança de vida. Além disso, a distribuição da pobreza ou doença não é aleatória. A Região apresenta determinantes de pobreza e saúde que podem não ser compartilhados com outras regiões. A pobreza, a iniquidade e a saúde pública deficiente na Região Africana podem ser resolvidas por um crescimento econômico sustentado que também seja direcionado para resolver as iniquidades. As contribuições do setor da saúde para a redução da pobreza incluem intervenções dentro e fora do setor da saúde, principalmente uma forte plataforma de defesa de causas visando a partes interessadas e parceiros. Deve também abranger orientações factíveis sobre como os outros setores devem incorporar considerações de saúde nas políticas e práticas que melhorem e protejam a saúde pública. Um esforço coordenado pelos países da Região Africana e seus parceiros está reunindo forças para a mudança e ajudando a Região a acelerar o progresso rumo às metas de saúde nacionais e internacionais, incluindo as relacionadas à Declaração do Milênio. Para serem bem-sucedidos, os países da Região precisam destinar uma maior porcentagem dos gastos nacionais para a saúde e seus parceiros precisam aumentar a assistência aos países. Contudo, o aumento da ajuda somente redundará em progresso se os países beneficiados se comprometerem a adotar políticas que visem ao crescimento econômico, a uma gestão mais eficiente dos recursos de saúde, ao equacionamento dos determinantes sociais da saúde, à redução da pobreza e à eliminação das desigualdades.

## **Introdução**

Os habitantes da Região Africana<sup>1</sup> enfrentam uma pesada e extensa carga de doença, que afeta o desenvolvimento social e econômico e diminui a esperança de vida. A epidemia de

HIV/AIDS, a malária e o ressurgimento da tuberculose continuam a reduzir a esperança de vida em alguns países (WHO, 2003a). O progresso no desenvolvimento humano feito por alguns países africanos nos anos 1970 e 1980 foi acentuadamente revertido pelo HIV/AIDS. Além disso, os países da Região continuam a sofrer de emergências produzidas pelo homem, migração em grande escala, escassez de alimentos e declínio econômico. Outras doenças infecciosas e – cada vez mais – doenças não transmissíveis e complicações da gravidez e parto também constituem um pesado ônus.

A pobreza é generalizada na Região Africana. Entre os indicadores básicos, a disparidade da mortalidade materna entre a Região Africana e outras regiões do mundo proporciona um quadro desolador do nível de pobreza nessa Região (Figura 1). A distribuição da pobreza ou doença tampouco é aleatória (Nolen, Braveman, Dachs, Delgado, Gakidou, Moser, Rolfe, Vega & Zarowsky, 2005). Há oportunidades desiguais de ser saudável associadas aos grupos sociais menos privilegiados, como as mulheres e habitantes rurais. Para reduzir a magnitude da pobreza e eliminar as disparidades de saúde sistematicamente associadas à desvantagem social subjacente, é importante identificar os determinantes e as manifestações das disparidades de saúde.



**Figura 1.** Fonte: Organização Mundial da Saúde

As análises da pobreza e saúde pública devem incluir a consideração da equidade porque esta influencia a relação entre pobreza e doença. Ademais, sua consideração é necessária para uma intervenção eficaz. Por exemplo, os investimentos para melhorar o acesso geográfico e financeiro aos serviços preventivos e curativos talvez não melhorem a iniquidade em seu uso sem um apoio ativo para as mulheres, crianças, habitantes rurais e outros que em geral não usam esses serviços (Braveman & Gruskin, 2003). Embora a bibliografia sobre pobreza, iniquidades e saúde seja bastante extensa, a parte relativa à Região Africana não o é. A Região Africana apresenta características que podem não ser compartilhadas com outras Regiões e são importantes determinantes da pobreza e saúde pública. O exame dessas características é um importante primeiro passo para entender o caminho a seguir.

Este trabalho descreve a situação da Região Africana em termos de pobreza, iniquidade e saúde pública. Além disso, apresenta a distribuição dos principais determinantes da pobreza e saúde pública. As opções potenciais para intervenção também são descritas, bem como o que os países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros parceiros precisam fazer para resolver o problema.

### **Pobreza e saúde pública na Região Africana**

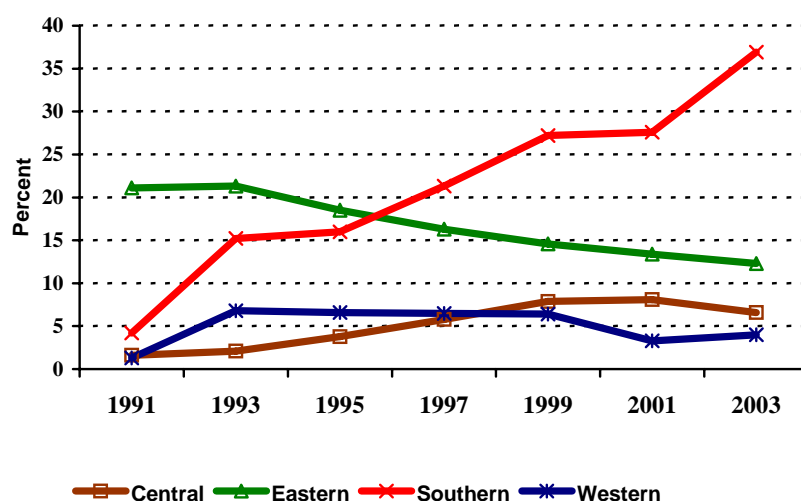
O conceito de pobreza é multidimensional e inclui privação material e as múltiplas desvantagens sociais a ela vinculadas. Assim, também denota a incapacidade de manter certos níveis econômicos e sociais (incluindo saúde) e outros padrões de bem-estar. Contudo, para facilitar a monitoração e análise estatística da situação global, utiliza-se uma definição mais restrita de pobreza (baseada no nível de renda) (OECD, 2001: 41). Com essa definição, uma grande proporção das populações da Região Africana vive na pobreza. Cerca de 76% das populações da Região Africana vivem com menos de 2 dólares por dia e 46,5% com menos de 1 dólar por dia. Enquanto a pobreza diminuiu em outras partes do mundo, como o leste e sul da Ásia, nos últimos 20 anos a tendência da Região Africana tem sido fortemente na direção oposta. Entre 1981 e 2001 o PIB dos países da Região sofreu redução de 13% resultante da duplicação do número de habitantes na Região que vivem com menos de 1 dólar por dia de 164 milhões para 314 milhões (World Bank, 2005:4).

Há também uma forte relação entre a situação de pobreza descrita acima e a doença na Região. Os problemas de saúde pública mais importantes são HIV/AIDS, TB, malária, doenças

epidêmicas e problemas de saúde materno-infantil. As doenças não transmissíveis, problemas de saúde mental e lesões também estão se tornando um ônus importante.

A África é a Região do mundo mais afetada pela pandemia de HIV/AIDS. A Região tem cerca de 10% da população mundial, mas abriga mais de 60% das pessoas infectadas pelo HIV: cerca de 25,4 milhões de pessoas. Sem acesso rápido a medicamentos anti-retrovirais, provavelmente todas essas pessoas desenvolverão AIDS nos próximos dez anos e morrerão se não receberem tratamento. Cerca de 17 milhões de africanos já morreram de AIDS e cerca de 12 milhões de crianças perderam pelo menos um dos pais devido à AIDS. Somente em 2004, cerca de 3,1 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV, enquanto 2,3 milhões morreram de AIDS (UNAIDS/WHO, 2004). Apesar dos esforços para prevenir a infecção e disseminação da doença, o êxito em grande escala só foi registrado em poucos países nos quais a taxa de infecção pelo HIV se estabilizou ou diminuiu. Mesmo nesses lugares, a incidência da infecção pelo HIV continua sendo inaceitavelmente alta. Na maioria dos países africanos, as novas infecções pelo HIV estão aumentando, o que indica que as medidas preventivas não foram bastante eficazes (Figura 2).

**Figura 2. Tendência da prevalência de HIV entre mulheres grávidas na Região Africana da OMS, por sub-região, 1991 – 2003**



Na Região Africana, a cada ano ocorrem aproximadamente 2,4 milhões de novos casos de tuberculose e 500.000 mortes relacionadas à tuberculose. Nove dos 22 países responsáveis por 80% de todos os casos de tuberculose são dessa Região e

11 dos 15 países com a maior incidência também se encontram na Região Africana. Em média, 35% dos pacientes de tuberculose notificados na Região Africana apresentam co-infecção pelo HIV e na maioria dos países do sul da África mais de dois terços das crianças e adultos com tuberculose foram co-infectados pelo HIV. A tuberculose também está ocorrendo cada vez mais entre os membros mais jovens e economicamente produtivos da sociedade, especialmente do sexo feminino, acompanhando de perto a tendência da prevalência de HIV (WHO, 2005a:10).

A Região Africana contém mais de 90% dos 300-500 milhões de casos clínicos de malária que ocorrem no mundo a cada ano. Ao mesmo tempo, a Região representa 90% do quase um milhão de mortes relacionadas à malária que ocorrem entre crianças no mundo. Além disso, a malária contribui significativamente para a anemia em mulheres grávidas e baixo peso dos recém-nascidos. As estimativas mostram que os países da África com malária endêmica têm 1,3 ponto percentual a menos de crescimento econômico por ano em comparação com países semelhantes não endêmicos e que o custo anual em termos de perda de produtividade e tratamento da malária na Região é de US\$ 12 bilhões (WHO/UNICEF, 2003:17).

Uma mulher na Região Africana tem um risco de 1 em 16 de morrer devido a gravidez e parto durante a sua vida em comparação com 1 em 2.800 nos países desenvolvidos. Para cada morte materna, outras 30 mulheres são afetadas por complicações como anemia crônica, infertilidade e fistula obstétrica (WHO, 2004a). Cerca de 4,4 milhões de crianças morrem a cada ano, 12.000 a cada dia, de doenças facilmente preveníveis ou tratáveis. As principais causas são complicações neonatais, infecção respiratória aguda, malária, diarreia, sarampo e HIV/AIDS. Cerca de 35% das mortes são devidas ao efeito da desnutrição na diarreia, pneumonia, malária e sarampo (Black, Morris & Bryce, 2003).

Continuam ocorrendo grandes epidemias na Região. Assim, as epidemias de meningite, cólera, disenteria e febre hemorrágica, para citar apenas algumas, representam uma grande carga de mortalidade e incapacidade a cada ano. Em 2004, por exemplo, o número de casos de meningite em seis países afetados pela epidemia totalizou 31.520 com 4.294 mortes. Durante o mesmo ano, 27 países notificaram 81.306 casos e 2.029 mortes devidas ao cólera (WHO, 2004b). Atualmente, a Região também está ameaçada por uma pandemia potencialmente mortal de gripe aviária. Outras doenças relacionadas à pobreza como esquistossomose,

infecção por helmintos transmitidos pelo solo, doença do sono, leishmaniose visceral, filariose linfática e úlcera de Buruli também provocam perdas, mas são negligenciadas pelos governos e seus parceiros. A pesquisa e o desenvolvimento de medicamentos para tratar essas doenças não estão progredindo, mas elas ainda têm um considerável impacto negativo sobre o desenvolvimento humano da Região e até se agravaram enquanto os esforços se concentram em outras doenças (Roungou, Mubila, Dabira, Kinvi & Kabore, 2005; Meda, Rangou & Dabiré, 2004).

Os sistemas de saúde da Região estão sendo afetados por uma dupla carga: alta mortalidade e morbidade devida a doenças transmissíveis e crescentes taxas de doenças não transmissíveis, incluindo doenças mentais e lesões (WHO, 2000a). As mortes por acidente de trânsito na Região Africana são 50% superiores à média mundial. A mortalidade é apenas a ponta do iceberg, com milhões feridos ou incapacitados a cada ano devido a acidentes de trânsito (Peden, Scurfield, Sleet, Mohan, Hyder & Jarawan, 2004). Os que sofrem maior risco de lesão e morte são pedestres e usuários de veículos motorizados de duas rodas, que tendem a pertencer aos grupos de baixa renda. Conflitos armados são uma ocorrência freqüente nos países africanos e podem representar uma causa importante de doença; mesmo em países que não experimentam conflitos armados, há um grande número de vítimas de armas de fogo e outros tipos de violência interpessoal, que podem provocar incapacidade física (WHO, 2002a).

### **Iniquidades e saúde pública**

Há discrepâncias na magnitude da pobreza entre os países africanos e em cada um deles. Os resultados de estudos realizados nos países em desenvolvimento (incluindo vários da Região Africana) mostram que as pessoas na classe socioeconômica mais alta têm mais de duas vezes mais probabilidade de ter acesso a serviços de saúde do que os 40% mais baixos da população (Davidson, Abbas & Victora, 2004).

Segundo a classificação de países em grupos de renda feita pelo Banco Mundial, em termos de renda nacional bruta (RNB) *per capita* 37 dos 46 países da Região Africana eram países de renda baixa, com renda anual *per capita* de US\$ 735 ou menos em 2003. Quatro países estavam na faixa de renda média baixa: US\$ 736 – 2.935; quatro outros na faixa de renda média alta: US\$ 2.936 – 9,075. Nenhum dos países da Região Africana estava na faixa de renda alta: US\$ 9.076 ou mais (UNDP, 2003:250). Usando essas categorias, a distribuição

### ***Pobreza, iniquidade e saúde pública na região africana***

dos indicadores de saúde (expectativa de vida saudável, esperança de vida, probabilidade de morte e mortalidade materna) parece melhorar à medida que se passa dos países de renda baixa para os de renda média alta (Tabela 1). Por exemplo, a esperança de vida média ao nascer nos países de renda baixa é de 47,8 anos, em comparação com 60,8 anos nos de renda média alta, uma diferença de 13 anos. Assim, as populações que vivem em países relativamente afluentes podem esperar uma vida mais longa e saudável do que as que vivem em países de renda mais baixa. As desigualdades em saúde entre países refletem as desigualdades subjacentes na distribuição dos determinantes de saúde. O acesso a fontes de água potável e saneamento, alfabetização de adultos e taxa de matrícula combinada são menores nos países de renda baixa do que entre os países de renda média.

**TABELA 1: Distribuição dos resultados em termos de saúde (esperança de vida) e determinantes sociais por nível de renda nos países da Região Africana, 2003**

Variável Valores medianos	Países de baixa renda (n=37)	Países de renda média baixa (n=5)	Países de renda média alta (n=4)
Expectativa de vida saudável (ao nascer) homens	40.3	47.6	51.0
Expectativa de vida saudável (ao nascer) mulheres	42.0	49.8	54.4
Esperança de vida (ao nascer)	47.8	55.7	60.8
População com acesso sustentável a fonte de água melhorada (%)	55.5	77.2	85.8
População com acesso sustentável a saneamento melhorado (%)	50.9	69.2	74
Alfabetização de adultos (%)	56.3	78.2	81.2
Taxa de matrícula combinada	43.5	76	77.3
Mortalidade materna	960.6	238	181.3

Fonte: UNDP 2003

### **Determinantes da pobreza, iniquidade e saúde pública**

Os determinantes da pobreza, iniquidade e saúde pública na Região Africana podem ser reunidos em três amplas categorias: determinantes devidos a fatores imutáveis como clima, geografia e história; fatores globais potencialmente modificáveis como comércio internacional, paz e estabilidade; e fatores nacionais, incluindo sistema de saúde e pandemia de HIV/AIDS.

### **Clima, Geografia e História**

A topografia da maior parte da África, uma série de planaltos cujas escarpas formam barreiras de cachoeiras nos cursos inferiores dos rios, não é adequada para o uso desses rios como rotas de transporte para o interior. O terreno acidentado da Região tampouco facilita o transporte terrestre de bens para o exterior. Além disso, o deserto do Saara é uma importante barreira ao comércio terrestre de grande volume entre a África Subsaariana e as áreas costeiras e os parceiros comerciais do norte, incluindo a Europa. Essa barreira geográfica ao transporte de bens e, portanto, ao comércio teve um importante impacto negativo sobre o desenvolvimento econômico da Região. A maioria dos habitantes vive em áreas com poucos rios que proporcionem irrigação e um terreno acidentado que não permite irrigação barata. A pluviosidade irregular e um declínio secular da precipitação em todo o continente nos últimos 30 anos não permitiram um extenso desenvolvimento da agricultura. O clima tropical quente e úmido também favorece a reprodução de insetos e outros vetores de doenças que afligem o continente, particularmente a malária. Essas doenças têm um impacto negativo sobre o desenvolvimento socioeconômico da Região (UN Millennium Project, 2005a:146).

O período da colonização européia da África que começou no século 15 continuou até a conclusão da II Guerra Mundial, após causar imensa miséria humana e devastação econômica e social. A era pós-independência também foi marcada por inúmeras guerras civis e entre países.

### **Influências globais**

A degradação ambiental também contribui para a pobreza e más condições de saúde na Região. As ações dos países africanos e industrializados contribuíram para agravar a situação. O grande desmatamento da Região, por exemplo, foi em parte causado pela demanda local de terra, materiais de construção e combustível associada com o crescimento



demográfico; mas também foi causado pela demanda internacional de madeira e outros produtos florestais (UN Millennium Project, 2005b:3).

Em outras partes do mundo, a globalização e a boa gestão econômica podem ter resultado em padrões de vida mais altos. Contudo, a globalização não teve um efeito positivo semelhante na economia nem reduziu a pobreza ou melhorou a saúde pública da Região Africana (UNDP, 1999). A maior liberalização dos sistemas comerciais e financeiros e a criação de mercados globais nos quais a África não consegue competir exacerbaram a situação de pobreza, incluindo a incapacidade de pagar pelos serviços de saúde. Também provocou a saída de trabalhadores qualificados (inclusive na saúde) da África para os países desenvolvidos (Joint Learning Initiative, 2004:18). A assistência externa tem sido utilizada geralmente para incentivar o cultivo de lavouras comerciais como algodão, cacau e café, em vez da agricultura de subsistência.

A Região Africana continua a lutar sob o ataque rigoroso de desastres provocados pelo homem e desastres associados aos riscos naturais. Algumas partes da Região continuam a enfrentar escassez de alimentos devido a seca, crescente prevalência de HIV/AIDS e conflitos armados, levando a complexas emergências humanitárias (Commission for Africa, 2005:34). A Região Africana é muito rica em recursos naturais, mas luta pelo controle dos diamantes, madeira, ouro, minerais e petróleo que têm sido causa de instabilidade e guerras, com um efeito negativo direto sobre o bem-estar social e a saúde.

### **Fatores nacionais**

O rápido crescimento demográfico e a migração para áreas urbanas, que tendem a ser mais rápidos nos países da Região Africana, exacerbaram os problemas associados aos determinantes globais descritos acima; prejudicam seriamente a disponibilidade de terras agrícolas e aumentam a degradação ambiental (desmatamento, degradação do solo, esgotamento da pesca, redução da água potável). Sem água limpa para beber e usar na preparação de alimentos, as populações ficam vulneráveis a uma série de doenças transmitidas pela água, incluindo cólera, tifo e outras infecções diarréicas, bem como a parasitas como verme da Guiné e esquistossoma. Em 2002, a percentagem de habitantes da Região Africana com acesso a água potável era de 84% nas áreas urbanas e 45% nas rurais. A coleta de água também é uma tarefa que consome tempo, além de ser fisicamente extenuante, sobrecarregando

desproporcionalmente as mulheres e crianças. Somente 58% da população urbana e 28% da rural tem acesso a instalações adequadas de saneamento (WHO, 2005b:42). Milhares de pessoas, particularmente crianças, morrem a cada ano de doenças causadas por microorganismos, produtos químicos na água ou doenças causadas por saneamento inadequado.

A poluição do ar é um dos mais sérios problemas ambientais da Região Africana e uma ameaça contínua à saúde, especialmente nas áreas urbanas. À medida que as cidades crescem, mais veículos, indústrias, casas e estações de energia contribuem para a carga de poluição. A poluição do ar urbano contribui para doenças, como câncer do pulmão, cardiopatias, asma e bronquite. A poluição do ar interno também influencia a saúde das pessoas. A maioria dos que vivem em áreas rurais, assentamentos informais e favelas na Região continua a usar combustíveis tradicionais como resíduos da lavoura e lenha para cozinhar e aquecer-se, e esses combustíveis de baixa qualidade, combinados com fogões ineficientes e má ventilação, criam altos níveis de poluentes nas casas (WHO, 2002b). A poluição química é outro problema. A exposição a certos produtos químicos pode causar desde intoxicação aguda até defeitos de nascença e câncer. Práticas nocivas na agricultura ou o uso pela saúde pública de certos produtos químicos têm profundas repercussões sobre a saúde. O uso de DDT é um problema específico. Banido em grande parte do mundo devido à sua solubilidade na gordura, persistência e capacidade de ser transportado, esse pesticida é usado em algumas partes da África na ausência de alternativas mais baratas e devido à sua eficácia no controle de vetores (Govere, Lyimo, Bagayoko, Faye, Ameneshewa, Guillet, Murugasampillay & Manga, 2004).

Há apenas 20 anos, a África era uma região predominantemente rural, mas agora está se urbanizando rapidamente. Atualmente, 37% da população vive em cidades, mas em 2030 essa proporção deve chegar a 53%. Cidades em rápida expansão são caracterizadas geralmente por favelização, serviços inadequados de água e saneamento e problemas de disposição de resíduos. Os micróbios florescem e as doenças infecciosas se tornam epidêmicas. O superpovoamento que sempre acompanha a rápida urbanização contribui para uma série de problemas sociais e comportamentais, incluindo desintegração da família, moradores de rua, crime, violência, consumo de drogas e abuso sexual (WHO, 2003b:4).

Os comportamentos relacionados à saúde também são importantes determinantes. O comportamento sexual de risco contribui para os níveis elevados de doenças sexualmente

transmissíveis e HIV/AIDS registrados atualmente. As doenças crônicas estão vinculadas a fatores de risco modificáveis: pressão alta, níveis altos de colesterol, altos níveis de açúcar no sangue, tabagismo, consumo inadequado de frutas e legumes, excesso de peso, obesidade ou inatividade física. Esses fatores de risco estão aumentando devido à urbanização e globalização (WHO, 2002c:7). À medida que as pessoas se mudam das aldeias para as cidades, uma alimentação tradicional rica em frutas e legumes é substituída gradualmente por uma rica em calorias de gordura animal e com poucos carboidratos complexos. Essa alteração alimentar é combinada com uma redução na atividade física à medida que as pessoas deixam a agricultura tradicional e passam a ter empregos sedentários. O comércio global de tabaco, álcool e alimentos gordurosos, açucarados e salgados só não chegou ainda às áreas mais remotas da Região.

### **Sistemas de saúde**

O sistema de saúde em si pode ser encarado como um determinante da pobreza, iniquidade e saúde pública. As pessoas cuja saúde não é boa com menos frequência sobem e mais frequentemente descem na pirâmide social do que as pessoas saudáveis. O papel do sistema de saúde se torna particularmente relevante na questão do acesso a serviços preventivos e curativos (Braveman et al., 2003). O sistema de saúde pode equacionar diretamente as iniquidades, não só mediante a melhoria do acesso equitativo aos serviços, mas também com a promoção de ações intersetoriais para melhorar a situação de saúde. O sistema de saúde também é capaz de assegurar que os problemas de saúde não provoquem uma deterioração adicional da situação social e facilitar a reintegração social dos enfermos.

O acesso equitativo e sustentável a sistemas de saúde que funcionem apropriadamente, porém, ainda não existe em toda a Região. Sempre houve disparidades geográficas, que se agravaram na última década. Muitas pessoas, particularmente nas áreas rurais, geralmente têm que percorrer longas distâncias para receber serviços básicos de saúde. Quando chegam a um hospital ou clínica, talvez só sejam atendidas se pagarem. Inevitavelmente, muitas pessoas podem privar-se de tratamento porque não podem pagar, e os que pagam podem achar o custo exorbitante e a qualidade do serviço limitada. Em muitos países, a rotatividade de funcionários nos cargos importantes, falta de continuidade nas políticas, falta de recursos, má administração dos recursos disponíveis e implementação deficiente constituem grandes obstáculos ao melhoramento dos sistemas de saúde. A

maioria dos países da Região herdou um modelo de saúde colonial, europeu, orientado principalmente para os administradores coloniais e expatriados, com um serviço separado ou de segunda classe – quando muito – para os africanos (WHO, 2000b:14).

A maioria dos países da Região não tem um sistema de informação de saúde capaz de coletar, armazenar, analisar e notificar dados para informar as políticas e decisões. Embora a referência crucial para julgar a saúde de uma população se baseie no registro de nascimentos e mortes, esses eventos não são registrados para a maioria dos habitantes da África. Por exemplo, menos de 10% das mortes são registradas na Região. Mesmo quando as mortes são registradas, em geral as causas da morte não são apresentadas ou atribuídas de maneira confiável (Mathers, Ma Fat, Inoue, Rao & López, 2005).

Em algumas partes da Região, mais da metade da população não tem acesso a medicamentos essenciais e, portanto, não podem se beneficiar do tratamento comprovado de doenças comuns. Na ausência de medicamentos acessíveis e de boa qualidade, algumas pessoas da Região inadvertidamente recorrem a medicamentos de má qualidade ou falsificados. Somente 10% dos países da Região possuem ampla capacidade reguladora de medicamentos (WHO, 2005c:9).

Embora o número absoluto de profissionais da saúde tenha aumentado, a relação entre profissionais da saúde e a população diminuiu. Muitos fatores contribuíram para a crescente escassez de trabalhadores da saúde na Região, inclusive alta carga de doença, que provocou a necessidade de mais trabalhadores de saúde para cuidar dos doentes, grandes perdas de trabalhadores da saúde devido à migração e morte (particularmente AIDS), políticas e planos de recursos humanos inadequadas ou inexistentes que não atenderam a crescente demanda por serviços de saúde e uma infra-estrutura do sistema de saúde fraca ou estagnada que não acompanhou o crescimento populacional (Awases, Gbary, Nyoni & Chatora, 2004).

Nos países africanos, o total do gasto público e privado em saúde corresponde a cerca de 5% do produto interno bruto (PIB). Do gasto total em saúde, o governo contribui com 51% (dos quais 20% de fontes externas) e as empresas privadas e famílias contribuem com cerca de 49%. Quase 80% dos gastos familiares consistem de pagamentos de pequeno montante. Os chefes de Estado dos países africanos, em Abuja, assumiram o compromisso de destinar pelo menos 15% do orçamento anual ao setor da saúde. No fim de 2002, somente dois países haviam gasto pelo menos 15% do orçamento em saúde (Chatora, 2005).

### **A pandemia de HIV/AIDS**

A epidemia não só está contribuindo para a alta carga de doença, mas também constitui um grande obstáculo ao desenvolvimento. Destroi capital humano, afeta os mecanismos que geram formação de capital humano, torna os investimentos menos atraentes e drena a capacidade humana e institucional que conduz o desenvolvimento sustentável. Por exemplo, com a grande rotatividade resultante da AIDS, as firmas arcam com grandes custos para recolocar e capacitar trabalhadores (WHO, 2001:47). Trabalhadores qualificados morreram ou fugiram em grande número, deixando os países sem liderança técnica ou empresarial. Um grande número de órfãos da AIDS assoberbou as redes de apoio social. O tempo e dinheiro gastos com os freqüentes funerais podem ter um importante efeito adverso na economia local. A doença está sobrecarregando os sistemas de saúde e sua força de trabalho extenuada e decrescente (WHO, 2004c:8).

### **Próximos passos**

#### **Intervenções multissetoriais**

Os objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) reconhecem a interdependência entre pobreza, iniquidade e saúde pública. O esquema dos ODM mostra que, sem um avanço significativo na redução da pobreza, segurança alimentar, educação, empoderamento da mulher e melhores condições de vida nas favelas ou meio ambiente sustentável muitos países não atingirão as metas de saúde. E sem progresso em saúde, as outras metas dos ODM tampouco serão alcançadas. À taxa atual, nem todos os países da Região estão crescendo a um ritmo suficiente para atingir os ODM, particularmente a meta 1: reduzir a pobreza pela metade até 2015 (UNDP 2005:18).

Os problemas da pobreza, iniquidade e saúde pública deficiente na Região Africana podem ser resolvidos por um crescimento econômico sustentado, gerado por mais investimentos em infra-estrutura (eletricidade, estradas, portos e comunicações), sustentabilidade ambiental e melhor gestão urbana. Os governos da Região Africana são os que mais devem contribuir para assegurar que o crescimento econômico não amplie as iniquidades e que os pobres se beneficiem do crescimento geral, focando na expansão de seu acesso seguro à posse da terra, o que facilitará o início de pequenos negócios, e maior acesso ao microfinanciamento. O aumento do investimento público em educação e saúde pública também é importante. As autoridades do Estado devem assumir a liderança na ênfase aos direitos humanos e equidade social para promover o bem-estar

de todos e assegurar que os pobres e marginalizados participem plenamente das decisões que afetam sua vida (UNDP, 2004:15). Mas a defesa da estabilidade macroeconômica não deve produzir marginalização e corte das despesas no setor social. O desafio é assegurar um nível de gasto coerente com a estabilidade macroeconômica e que melhor promova o desenvolvimento da saúde e a equidade em saúde (World Bank, 2006:198).

### **Intervenções no setor da saúde**

Considerando a natureza multidimensional da pobreza, a contribuição do setor da saúde para a redução da pobreza deve incluir intervenções dentro e fora do setor da saúde. O setor da saúde deve colaborar com outros setores para influenciar a maior parte das condições subjacentes necessárias para a saúde pública, incluindo água potável e saneamento, segurança dos alimentos e medicamentos, controle do tabaco, acesso a educação e informação sobre saúde, padrões de segurança no trabalho, casa, transporte e condições ambientais. No mínimo, pode contribuir estabelecendo e aplicando normas sobre essas condições subjacentes.

O setor da saúde deve criar e manter uma forte plataforma de defesa de causas visando a interessados e parceiros que atuam fora do setor de modo a sensibilizá-los sobre a contribuição da saúde para a redução da pobreza e proporcionar orientações sobre como os outros setores (educação, agricultura, transporte, energia, água e meio ambiente, financiamento e planejamento, habitação, saneamento, indústria) devem incorporar as considerações sanitárias nas políticas e práticas para melhorar os resultados de saúde. Um primeiro passo para isso consiste em gerar dados sobre os vínculos entre saúde pública e os determinantes ambientais e socioeconômicos. O setor da saúde também deve realizar uma avaliação rotineira das implicações sanitárias das políticas de desenvolvimento para os diversos grupos sociais. Para tanto, os dados rotineiramente coletados sobre saúde, atendimento e outros determinantes devem ser desagregados em grupos por fatores como riqueza, gênero e raça/etnia que refletem a pobreza e desvantagem social (Nolen et al., 2005).

Os países precisam implantar reformas nos sistemas de saúde de modo a deslocar o foco de uma abordagem excessivamente curativa para a prevenção de doenças e promoção da saúde, visando a acelerar o melhoramento da situação de saúde dos pobres. Também será preciso estender a cobertura de saúde a áreas subatendidas em benefício de

populações vulneráveis, reforçar os programas de imunização contra doenças infantis mediante monitoração regular e mobilização de financiamento adequado e melhorar a produção local de vacinas, medicamentos e diagnósticos (OECD/WHO, 2003: 53).

É importante criar um sistema nacional de financiamento da saúde que contribua para melhorar os resultados de maneira equitativa e eficiente e proteja a população contra os efeitos da doença sobre a pobreza. O financiamento equitativo aumentaria o acesso dos pobres aos serviços de saúde, melhoraria a saúde das pessoas e, portanto, sua capacidade de ganhar o sustento, reduzindo indiretamente a pobreza. Também reduziria a prevalência e nível da pobreza protegendo os pobres e vulneráveis do empobrecimento resultante das despesas com atendimento médico (WHO, 2005d). Para tanto, seria necessário assegurar um financiamento mais sustentável dos sistemas de saúde, escolher e adquirir intervenções eficazes em função do custo, estabelecer incentivos financeiros apropriados para os provedores e assegurar acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade.

Outra intervenção importante é o fortalecimento das iniciativas de promoção da saúde, incluindo comportamentos saudáveis para melhorar a saúde e prevenir doenças prioritárias, particularmente as que afligem os pobres. É importante focar na promoção de nutrição adequada, inocuidade dos alimentos, redução dos fatores de risco ambientais e comportamentais, especialmente os que provocam HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, doenças cardiovasculares, diabetes e câncer. Também será necessária a promoção de intervenções multissetoriais destinadas a mobilizar indivíduos, famílias e comunidades para que participem mais das atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (WHO, 2002c:101).

O setor da saúde também deve ampliar as intervenções contra os principais problemas de saúde pública da Região. No caso do HIV/AIDS, deve-se enfatizar a prevenção e controle da infecção, bem como o tratamento e apoio às pessoas que vivem com AIDS. É preciso promover o acesso a medicamentos anti-retrovirais e a produção local de genéricos. No controle da tuberculose, deve-se aumentar a cobertura de acesso a um tratamento breve sob observação direta. A malária precisa ser combatida mediante a introdução da terapia à base de artemisinina nos países com evidência de resistência a cloroquina. Também é preciso promover o tratamento preventivo para mulheres grávidas, o controle de vetores mediante o uso de materiais tratados com inseticida e a aspersão de inseticidas. Para melhorar a saúde materna deve-se

umentar o acesso a atendimento pré-natal e pós-natal de qualidade, incluindo emergência obstétrica destinada a reduzir a mortalidade materno-infantil. Os serviços de saúde infantil, especialmente imunização e atenção integrada às doenças prevalentes da infância, precisam ser apoiados mediante o fortalecimento dos serviços primários nas instalações de saúde e no nível comunitário. Deve-se buscar também a implementação de esquemas melhorados e ampliados de nutrição e alimentação de bebês e crianças, bem como a vigilância das doenças e estratégias de resposta a epidemias (WHO, 2003c:8).

Essas intervenções criarão novas oportunidades para que os pobres ingressem no mercado de trabalho com maior capacidade e, portanto, produtividade mais alta. Isso, por sua vez, ajudará a reduzir a pobreza na medida em que afeta o indivíduo, a família, a comunidade e a nação. Para executar essas intervenções, os países precisam implantar reformas apropriadas; atualizar as políticas nacionais de saúde e aumentar o orçamento dedicado ao setor da saúde, de acordo com a Declaração de Abuja de chefes de Estado da Região (OAU, 2000), segundo a qual os países devem destinar 15% do orçamento total para o setor da saúde; promover, no âmbito nacional e internacional, o aumento dos recursos destinados ao setor da saúde; e criar um mecanismo transparente para manejar, monitorar e avaliar a eficiência no uso desses recursos.

### **A função da OMS e outros parceiros**

Os objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM), a estratégia de saúde da Nova Parceria para o Desenvolvimento da África (NEPAD), a Assembléia Mundial da Saúde, a resolução dos chefes de Estado da União Africana sobre saúde e as prioridades dos países devem formar a base das atuais prioridades de saúde da OMS e seus parceiros na Região Africana. A parceria é um elemento essencial para a consecução dos ODM. Será preciso criar uma colaboração mais estreita entre a OMS e a União Africana, Comissão Econômica das Nações Unidas para a África e comunidades econômicas regionais; bem como outras agências da ONU, Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional, doadores bilaterais, governos e setor não governamental. É preciso envidar esforços para promover a participação das organizações da sociedade civil, mulheres, setor privado e instituições acadêmicas e de pesquisa no apoio à reforma do setor da saúde. As opiniões comunitárias devem ser consideradas para que os



sistemas nacionais de saúde sejam mais sensíveis às expectativas e necessidades das pessoas e as comunidades aumentem sua participação na promoção da saúde e prevenção de doenças.

O atual consenso internacional sobre a importância da saúde para o desenvolvimento econômico e a redução da pobreza, conforme refletido no relatório da Comissão do Reino Unido para a África e na resolução do G8, bem como o Fundo Global de combate à AIDS, Tuberculose e Malária (GFATM), o Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da AIDS (PEPFAR), a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI) e a iniciativa para uma gravidez mais segura (MPS) proporcionam novos caminhos para uma melhor cooperação técnica da OMS e outros parceiros com os países da Região.

### **Conclusão**

Um esforço conjunto dos países da Região Africana e seus parceiros está ganhando impulso para a mudança e ajudando a Região a atingir os ODM. A fim de serem bem-sucedidos os países precisam destinar uma parcela maior dos gastos nacionais para a saúde e seus parceiros precisam aumentar a ajuda à Região Africana de modo a resolver a falta de recursos financeiros. Os governos e seus parceiros também precisam fazer com que as boas políticas se traduzam em ação.

O progresso na consecução dos ODM depende do esforço dos países, mas também de alterações nas políticas dos países ricos, como perdão da dívida, compromisso com aumento da ajuda e sua eficácia e afrouxamento das restrições de mercado. Registrou-se certo progresso nessas áreas. Os países doadores também decidiram harmonizar a ajuda e respeitar as prioridades de desenvolvimento dos países beneficiários. Contudo, várias nações ricas ainda não cumpriram seu compromisso de destinar 0,7% da renda anual para a ajuda externa (UN, 2002). Por outro lado, o aumento da ajuda só redundará em progresso se os países beneficiários adotarem políticas destinadas a reduzir a pobreza e iniquidades, bem como promover e proteger a saúde pública.

### **NOTA**

---

<sup>i</sup> Este trabalho focaliza os 46 Estados Membros da Região Africana da Organização Mundial da Saúde (OMS). A Região Africana da OMS não inclui todos os 54 países do continente africano. Embora a Região consista principalmente de países da África Subsaariana, não se limita à África Subsaariana.

---

**REFERÊNCIAS**

- Awases, M., Gbary, A., Nyoni, J. and Chatora, R. 2004. Migration of Health Professionals in Six Countries: a Synthesis Report. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- Black, R.E., Morris, S.S. and Bryce, J. 2003. "Where and Why are 10 Million Children Dying Every Year?" *Lancet*, 361:2226-34.
- Braveman, P. and Gruskin, S. 2003. "Poverty, Equity, Human Rights and Health". *Bulletin of the World Health Organization*. 81:539-545.
- Chatora, R. 2005. Health Financing in the WHO African Region. *African Health Monitor*. 5(2):13-6.
- Commission for Africa. 2005. Our Common Interest: Report of the Commission for Africa. London; Commission for Africa.
- Gwatkin, Davidson R., Bhuiya, Abbas and Victora, Cesar G. 2004. "Making Health Systems More Equitable". *Lancet* 364: 1273–80.
- Govere, J., Gebremariam, F., Lyimo, E., Bagayoko, Faye O., Amenshewa, B., Guillet, P., Murugasampillay, S. and Manga, L. 2004. "The Use of DDT for Malaria Vector Control: Past, Present and Future". *Communicable Diseases Bulletin for the African Region*. 2(4):11-13.
- Joint Learning Initiative. 2004. *Human Resources for Health-Overcoming the Crisis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Mathers, C.D., Ma Fat, D., Inoue, M., Rao, C., López, A.D. 2005. "Counting the Dead and What they Died from; an Assessment of the Global Status of Cause of Death Data". *Bulletin of the World Health Organization* 83:171-7.
- Meda, H.A., ROUNGOU, J.B., and DABIRÉ, A. 2004. "Update on Progress Made in the Implementation of the Regional Programme for the Control of Human African Trypanosomiasis, 2003". *Communicable Diseases Bulletin for the African Region*. 2(3): 10-11.
- Nolen, L.B., Braveman, P., Norberto, J., Dachs, W., Delgado, I., Gakidou, E., Moser, K., Rolfe, L., Vega, J., and Zarowsky, C. 2005. "Strengthening Health Information Systems to Address Health Equity Challenges". *Bulletin of the World Health Organization*. 83:597-603.
- EAU. 2000. Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases. Addis Ababa: Organization of African Unity.
- OECD. 2001. The DAC Guidelines. Poverty Reduction. Paris: OECD Publications Service.
- OECD/WHO. 2003. DAC Guidelines and Reference Series Poverty and Health. Paris. OECD.
- Peden, M., Scurfield, R., Sleet, D., Mohan, D., Hyder, A.A., Jarawan, E., et al. 2004. World Report on Road Traffic Injury Prevention. Geneva: World Health Organization.
- Renner, Michael. 2002. The Anatomy of Resource Wars. Worldwatch Institute (October).
- ROUNGOU, J.B., MUBILA, L., DABIRA, A., KINVI, E.B. and KABORE, A. 2005. "Progress in Lymphatic Filariasis Elimination in the African Region". *Communicable Diseases Bulletin for the African Region*. 3(1):10-11.
- UNAIDS/WHO. 2004. UNAIDS Epidemic Update 2004. Geneva: UNAIDS/WHO.
- UN. 2002. Report on the International Conference on Financing for Development, Monterrey, Mexico, 18–22 March 2002. New York: United Nations.
- UNDP. 1999. Human Development Report 1999: Globalization with a Human Face. New York: United Nations Development Programme.

## ***Pobreza, iniquidade e saúde pública na região africana***

---

- UNDP. 2003. Human Development Report 2003. Millennium Development Goals: A Compact Among Nations to End Human Poverty. United Nations Development Programme. New York Oxford: Oxford University Press.
- UNDP. 2004. Human Development report 2004: Cultural Liberty in Today's Diverse World. New York: United Nations Development Programme.
- UNDP. 2005. Human Development Report 2005: International Cooperation at a Crossroads: Aid, Trade and Security in an Unequal World. New York: United Nations Development Programme.
- UN Millennium Project. 2005a. Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. United Nations Development Programme. London and Sterling, VA: Earthscan.
- UN Millennium Project. 2005b. Environment and Human Well-Being: A Practical Strategy. Report of the Task Force on Environmental Sustainability. London: Earthscan.
- WHO. 2000a. Noncommunicable Diseases: A Strategy for the African Region, Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- WHO. 2000b. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2001. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2002a. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2002b. Health and Environment: A Strategy for the African Region (AFR/RC52/10). Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- WHO. 2002c. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2003a. Communicable Diseases in the WHO African Region 2003. Harare: Division of Prevention and Control of Communicable Diseases, WHO Regional Office for Africa.
- WHO. 2003b. Reducing Poverty through Healthy Cities Programme. Brazzaville: World Health Organization, Regional Office for Africa.
- WHO. 2003c. Poverty and Health: a Strategy for the African Region (AFR/RC52/11). Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- WHO. 2004a. Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research.
- WHO. 2004b. Communicable Diseases in the WHO African Region 2003. Division of Prevention and Control of Communicable Diseases. WHO Regional Office for Africa; 2004.
- WHO. 2004c. The World Health Report 2004: Changing History. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2005a. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2005b. World Health Statistics 2005. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2005c. The Work of WHO in the African Region – 2004. Annual Report of the Regional Director. Brazzaville: World Health Organization, Regional Office for Africa.
- WHO. 2005d. Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure. Technical Briefs for Policy-Makers. Number 2. Geneva: World Health Organization.

- WHO/UNICEF. 2003. Africa Malaria report 2003. Harare: World Health Organization, Regional Office for Africa.
- World Bank. 2005. Improving Health, Nutrition and Population Outcomes in Sub-Saharan Africa. The Role of the World Bank. Washington D.C.: The World Bank.
- World Bank. 2006. World Development Report 2006: Equity and Development. Washington D.C.: The World Bank/Oxford University Press.

#### **SOBRE O AUTOR**

*Luis G. Sambo* obteve a sua licenciatura em medicina em 1977 na Faculdade de Medicina da Universidade de Angola, e na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Começou sua carreira em 1977 como Diretor Distrital dos Serviços Médicos do Município de Cacucaco, na Província de Luanda, e serviu como Diretor dos Serviços de Saúde na província de Cabinda, de 1978 a 1980, e Diretor de Cooperação Internacional no Ministério da Saúde em Luanda de 1981 a 1983. O Dr. Sambo ocupou vários cargos antes de assumir o de Vice-Ministro da Saúde em 1983, no qual ficou durante cinco anos. Como Vice-Ministro da Saúde de Angola, presidiu a Comissão Nacional de Saúde; foi Coordenador dos Hospitais Públicos em Luanda; e Supervisor do Programa Nacional de Controle de Doenças, Saúde Materno-Infantil e Vigilância Epidemiológica. Entrou na OMS em 1989 como Chefe da Equipe Interpaíses de Apoio Estratégico em Harare, Zimbábue. Em 1990, foi nomeado Representante da OMS na Guiné-Bissau. Em 1994 foi transferido para o Escritório Regional da OMS em Brazzaville, para desempenhar as funções de Conselheiro Regional responsável pela coordenação da estratégia de Saúde para Todos. Em 1996 foi nomeado Diretor da Divisão de Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde no Escritório Regional. De 1998 a 2004, foi Diretor da Gestão dos Programas no Escritório Regional, coordenando o programa de cooperação técnica da OMS com 46 Estados Membros da Região Africana. Publicou vários artigos em jornais internacionais e é membro de várias associações. Atualmente, é Diretor Regional da OMS para a África.