

# Enfermeiros



## Trabalhando com os pobres; Contra a pobreza

Objectivo n.º 1 de Desenvolvimento para o Milénio:  
Erradicar a pobreza extrema e a fome

1.200 milhões de  
pessoas não têm  
acesso a água  
potável

50% da população  
mundial vive com  
menos de 2 dólares  
por dia

24.000 pessoas,  
maioritariamente crianças,  
morrem de fome  
todos os dias

70% dos pobres  
do Mundo  
são mulheres

54 países são  
hoje mais  
pobres que  
em 1990

**DIA INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS 2004**

# **ENFERMEIROS: TRABALHANDO COM OS POBRES; CONTRA A POBREZA**

**Instrumentos de Informação  
e Acção**



Reservados todos os direitos, incluindo a tradução para outras línguas.

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, por meios fotoestáticos ou de qualquer outra forma, ou guardada num sistema de busca de dados, ou transmitida de qualquer forma, ou vendida, sem a expressa autorização por escrito do Conselho Internacional dos Enfermeiros. Podem reproduzir-se pequenos excertos (com menos de 300 palavras) sem autorização, na condição de se referenciar a fonte.

---

Copyright © 2004 do ICN – Conselho Internacional dos Enfermeiros,

Praça Jean-Marteau 3, CH-1201 Genebra (Suíça)

ISBN: 92-95005-96-1

# TRABALHANDO COM OS POBRES

## Índice

<b>Mensagem do ICN</b>	<b>1</b>
<b>Introdução</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo Um – Compreender a pobreza</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo Dois – Escutando as vozes dos pobres: o perfil da pobreza e respectiva análise</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo Três – Pobreza e Saúde: uma ligação fatal</b>	<b>21</b>
<b>Capítulo Quatro – Chamar a atenção para as preocupações com a saúde e a pobreza: destruir a ligação</b>	<b>35</b>
<b>Capítulo Cinco – Políticas de Saúde em prol dos pobres: um quadro de actuação</b>	<b>41</b>
<b>Anexo 1 – Itens de acção: acção contra a pobreza – pela saúde</b>	<b>55</b>
<b>Anexo 2 – Objectivos de Desenvolvimento do Milénio</b>	<b>57</b>
<b>Anexo 3 – Comunicação à imprensa sobre “As pessoas pobres têm vidas mais curtas e estão doentes mais vezes do que os que têm uma boa situação financeira”; Os enfermeiros elegem a pobreza e a sua ligação à saúde precária como alvo</b>	<b>59</b>
<b>Anexo 4 – Factos e números: a verdadeira história</b>	<b>63</b>
<b>Anexo 5 – Enunciado de posição sobre “A Enfermagem e o desenvolvimento”</b>	<b>65</b>
<b>Anexo 6 – Enunciado de posição sobre “Serviços de saúde acessíveis e financiados publicamente”</b>	<b>69</b>
<b>Anexo 7 – Enunciado de posição sobre “Acesso universal a água potável”</b>	<b>73</b>





## ENFERMEIROS:

### Trabalhar com os pobres; contra a pobreza

Caros Colegas,

A pobreza é a maior desgraça que enfrentamos actualmente. Por esta razão, o ICN escolheu centrar na pobreza o tema do DIE deste ano. Cerca de 1,2 biliões de pessoas vivem em pobreza extrema; ou seja, com menos de \$1 por dia. Isto significa que lhes falta o essencial para uma vida saudável – alimentos adequados, água, vestuário, alojamento e cuidados de saúde. Além disto, 2,8 biliões de pessoas vivem com menos de \$2 por dia.

A pobreza e saúde precária caminham lado a lado, cabendo aos pobres o fardo desigual da saúde frágil. As pessoas mais pobres, que perfazem 1,2 biliões, são portadoras de dois terços das doenças contagiosas, da mortalidade materna e perinatal mundiais, e das deficiências nutricionais. A particular crueldade da pobreza é o seu ciclo vicioso: as pessoas não têm acesso à saúde, à educação e a outros meios que lhes permitam aumentar os seus rendimentos e melhorar o seu estado de saúde. Contudo, sem uma boa saúde, o potencial de uma pessoa para escapar à pobreza enfraquece severamente.

O que podemos nós fazer enquanto enfermeiros? Sabemos que investir na educação, nos cuidados de saúde e em políticas sociais eficazes pode melhorar os resultados na saúde. Sabemos também que a saúde é um bem e, portanto, promovê-la e protegê-la deverá ser uma preocupação primordial. Isto significa que devemos estar seguros da nossa educação acerca das determinantes da saúde, acerca da capacitação e acerca do trabalho com comunidades e grupos vulneráveis, tratando das suas necessidades exclusivas.

**International  
Council of Nurses**

---

3 place Jean-Marteau  
CH-1201 Geneva • Switzerland  
Telephone 41 (22) 908 0100  
Fax 41 (22) 908 0101  
e-mail [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
Website: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

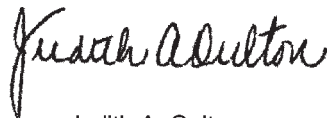
Podemos trabalhar no sentido de assegurar que os pobres sejam tratados com respeito, bem como no sentido de influenciar as políticas e os programas, assegurando que estes são concebidos tendo em mente os pobres e os mais vulneráveis. Podemos interceder a favor de normas laborais justas, de locais de trabalho seguros, da igualdade de direitos para as mulheres (que representam 70% dos mais pobres) e podemos interceder, igualmente, para assegurar equidade no acesso aos serviços de saúde.

Os enfermeiros têm a mais acreditada das profissões ligadas à saúde. Nós podemos fazer muito para trabalhar com os pobres e em nome deles. Trabalhamos com eles de modo a assegurar que sejam ouvidos, que sejam incluídos nas decisões que lhes dizem respeito e que as desigualdades de acesso, de emprego, nos serviços, de género, étnicas e raciais sejam abolidas. Trabalhando lado a lado com clientes, fornecedores, líderes, governantes e políticos, estaremos a fazer a nossa parte para acabar com a praga da pobreza.

Atenciosamente,



Christine Hancock  
Presidente



Judith A. Oulton  
Directora-Geral

# **ENFERMEIROS: Trabalhando com os pobres; contra a pobreza**

## **Introdução**

Os enfermeiros têm a consciência de que a boa saúde é uma pré-condição para o desenvolvimento sustentado económico e social. Sabem que o facto de as pessoas não irem ao encontro das suas necessidades básicas, em consequência da pobreza, as torna susceptíveis a doenças e a taxas de mortalidade elevadas.

A saúde afecta, em todos aspectos, o comportamento da pessoa. A condição da pessoa, esteja ela cheia de energia ou fraca, cansada ou com dores, determina se pode contribuir para a família e para a comunidade. Uma saúde precária numa percentagem significativa da população de uma sociedade é o maior obstáculo ao desenvolvimento social e económico. As acções levadas a cabo pelos enfermeiros para promover a saúde, prevenir doenças, aliviar o sofrimento e ajudar na cura e reabilitação podem contribuir para que as pessoas tenham uma vida saudável e produtiva.

Com o tema e os instrumentos para o Dia Internacional do Enfermeiro deste ano, o Conselho Internacional dos Enfermeiros procura tornar os enfermeiros conscientes das ligações entre a pobreza e a saúde e sugerir acções multisectoriais que reduzam a pobreza e melhorem a saúde.





# CAPÍTULO UM

## Compreender a pobreza

**«A pobreza é a pior forma de violência.» Mahatma Gandhi**

A pobreza é um problema complexo que está disseminado por todo o mundo. Mais de metade do mundo desenvolvido e em desenvolvimento vive na pobreza. Cerca de 1,2 biliões de pessoas, ou 23% da população total, vivem com menos de \$1 por dia. Outros 1,6 biliões de pessoas governam-se com entre \$1 (americano) e \$2 por dia<sup>1</sup>.

---

**“A pobreza pode ser definida como uma condição humana caracterizada por uma privação sustentada ou crónica dos recursos, das capacidades, das escolhas, da segurança e do poder necessários para que se possa desfrutar de um padrão de vida adequado, bem como de outros direitos civis, culturais, económicos, políticos e sociais.”**

Comissão das Nações Unidas  
para os Direitos Económicos,  
Sociais e Culturais (2001)

---

Todos os seres humanos têm determinadas necessidades básicas. Estas incluem requisitos físicos, tais como água potável, comida, energia para viver; relações psicossociais e espirituais; protecção ambiental, alojamento adequado e segurança; e oportunidades de desenvolvimento pessoal e cuidado, incluindo o acesso à escolaridade básica e aos serviços de saúde<sup>2</sup>.

Os indivíduos que vivem na pobreza lutam para suprir até mesmo estas necessidades

humanas mais básicas. Esta luta leva à perda de dignidade, frequentemente descrita como a característica da pobreza que mais danos e debilidade traz<sup>3</sup>.

## **A pobreza tem muitas caras**

A pobreza tem muitas caras e dimensões. Uma pessoa pode ser considerada pobre pelo rendimento baixo, pela insatisfação das necessidades básicas ou por ambos. A pobreza é uma condição que se estende além dos rendimentos baixos e que caminha lado a lado com a falta de poder, a humilhação e um sentimento de exclusão do acesso aos bens e serviços sociais. Definir a pobreza somente no plano do rendimento, ou como a incapacidade para adquirir alimentos básicos e alojamento, limita a nossa capacidade para compreender as suas verdadeiras características e para intervir eficazmente de modo a combatê-la. A pobreza é uma condição humana, um modo de vida que afecta todas as interações que a pessoa tem com o mundo que a rodeia. A pobreza extrema caracteriza-se pela carência de recursos materiais, bem como pela falta de capacidade, escolha, segurança, poder e a incapacidade para desfrutar dos direitos de ser humano<sup>4</sup>.

As directrizes elaboradas pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas com a pobreza e a saúde, definem cinco dimensões principais que reflectem a privação das capacidades humanas<sup>5</sup>:

- económica (rendimentos, sustento, trabalho honesto),
- humana (saúde, educação),
- política (capacitação, direitos, dar opiniões),
- sociocultural (estatuto social, dignidade),
- protectora (insegurança, risco, vulnerabilidade).

Para implementar intervenções que façam a diferença na vida dos pobres é importante entender as variadas dimensões da pobreza. Por exemplo, as medidas para a igualdade entre sexos são essenciais à redução da pobreza, em todos os seus aspectos.

## **L**imiaries da pobreza

Os limiaries da pobreza são um instrumento útil e prático para a medição da pobreza. Um limiar da pobreza utiliza indicadores para separar os pobres dos não-pobres, baseados na definição que cada país tem para a pobreza<sup>6</sup>. Estabelece-se um limiar da pobreza baseado nos rendimentos ou no consumo necessário para manter as exigências nutricionais mínimas e outras necessidades. Por exemplo, as pessoas que se considera viverem abaixo do limiar da pobreza podem ser, num determinado país, aquelas que ganham abaixo do ordenado médio anual. Noutro país, podem ser consideradas como estando abaixo dos limiaries da pobreza as pessoas cujo consumo diário de calorias está abaixo do recomendado.

O Banco Mundial define a pobreza mundial baseando-se nos padrões de pobreza dos países pobres, tendo por fronteira de pobreza o equivalente a um dólar americano por dia.<sup>7</sup>

A interpretação dos limiaries da pobreza deve ser efectuada com bastante precaução. Por exemplo, deve uma família com rendimentos acima do limiar de pobreza, mas sem acesso aos serviços de saúde básicos, à educação ou à água potável, ser considerada não-pobre? Uma interpretação da pobreza baseada nos rendimentos pode não classificar esta família como pobre, mas uma interpretação multidimensional classificá-la-ia como empobrecida.

## **T**ipos de pobreza

A pobreza existe em muitas formas. Os diferentes tipos partilham características comuns, mas cada um tem as suas próprias causas e os seus próprios efeitos. Por esta razão, devem ser tidos em conta individualmente no desenvolvimento de estratégias de intervenção.

- **Pobreza absoluta ou extrema** – A privação de elementos essenciais à vida e à saúde: alimentos adequados, água potável, abrigo, domicílio, emprego e segurança. As pessoas que vivem nesta categoria são mais susceptíveis de regressar recorrentemente à condição de pobreza, apesar das melhorias sociais<sup>8</sup>. Este tipo de pobreza é o principal assunto da ordem do dia, sublinhando a divisão global entre ricos e pobres<sup>9</sup>.
- **Pobreza relativa** – A privação de oportunidades, bens materiais e orgulho tidos como normais na comunidade a que pertence cada um<sup>10</sup>. Por exemplo, uma pessoa pode ter acesso a alimentação básica e alojamento, mas não ter o mesmo acesso que outras têm à educação e aos serviços de saúde. Esta desigualdade dentro de um mesmo país pode dividir a sociedade, provocar instabilidade e impedir o crescimento nacional, diminuindo a produtividade dos pobres<sup>11</sup>.
- **Pobreza herdada** – Os pais pobres passam o respectivo estatuto aos seus filhos, alimentando, assim, o ciclo de pobreza, que parece não ter fim<sup>12</sup>.
- **Pobreza momentânea** – Pobreza causada por riscos repentinos, ou circunstâncias tais como secas, tremores de terra, tufões, falências, guerra e movimentos de refugiados<sup>13</sup>.

## Populações vulneráveis

Determinados grupos de pessoas correm o grande perigo de cair na espiral descendente que é a pobreza. São, também, susceptíveis de sentir as mais severas necessidades relacionadas com a pobreza. Mulheres, populações indígenas, minorias e grupos socialmente excluídos, refugiados ou pessoas deslocadas, deficientes mentais ou motores e seropositivos pertencem aos grupos particularmente afectados pela pobreza.

## **Os enfermeiros de visita da Moldávia são uma corda de segurança para muitos**

O Programa de Visitação Domiciliária dos Enfermeiros da Cruz Vermelha da Moldávia oferece assistência abrangente e médica aos grupos mais vulneráveis do país. A Moldávia, um dos mais recentes países independentes da Europa de Leste, sofreu, desde o período pós-soviético, um tremendo aumento de pobreza e miséria. A maioria da população vive abaixo do limiar da pobreza, mas os reformados e os deficientes são os mais atingidos.

O Programa de Visitação Domiciliária de Enfermeiros foi criado para providenciar assistência médica e social a estes grupos, cujos salários são tão baixos que impossibilitam até o acesso às necessidades básicas, incluindo aos medicamentos e a tratamentos. Os ordenados dos enfermeiros são, também eles, pequenos, apenas 23 dólares americanos por mês mas, apesar disto, são bastante dedicados ao seu trabalho. O programa continua a procurar financiamento para manter as actividades dos 30 principais enfermeiros de visita, mas com uma tão grande necessidade ainda evidente, espera-se que se estenda até aos 100 enfermeiros, que conseguirão assistir um total de 2000 beneficiários, alargando esta corda de segurança de apoio e carinho a mais pessoas sós e empobrecidas.

### **VERSÃO 2:**

Sendo uma enfermeira de visitação domiciliária, a Irine passa o seu tempo nas casas dos idosos e dos deficientes. O seu país, a Moldávia, é um estado independente novo da Europa de Leste que viveu um profundo declínio económico e um crescimento agudo da pobreza, desde o período pós-soviético. A maioria da população vive abaixo do limiar da pobreza, mas os reformados e os deficientes têm sido os mais atingidos. O Programa de Visitação Domiciliária de Enfermeiros foi criado pela Cruz Vermelha Moldava para providenciar assistência médica e social a estes grupos cujos salários são tão baixos, que impossibilitam o acesso mesmo às necessidades básicas, incluindo aos medicamentos e a tratamentos.

Os próprios ordenados dos enfermeiros são muito baixos. A Irine ganha apenas 23 dólares americanos por mês, mas, apesar disto, ela e os seus colegas são bastante dedicados às pessoas de quem cuidam. O programa continua a procurar financiamento para manter as actividades dos 30 principais enfermeiros de visita, mas com uma tão grande necessidade ainda evidente, espera-se que se estenda até aos 100 enfermeiros, que conseguirão assistir um total de 2000 beneficiários. A Irine e os outros enfermeiros prezam o facto de o seu apoio ser a única corda de segurança destas pessoas sós e empobrecidas.

## A feminização da pobreza

### Grupos da população vulneráveis à pobreza

- Mulheres chefes de família
- Minorias e grupos socialmente excluídos
- Pessoas com doença mental e física
- Seropositivos
- Populações indígenas marginalizadas
- Refugiados / deslocados
- Idosos
- Jovens

Fonte: OCDE, OMS (2003), p. 20.

Na maior parte dos países, a pobreza tem um rosto feminino: cerca de 70% de 1,2 bilhões das pessoas pobres são mulheres. Em muitos países, o número de mulheres pobres aumentou significativamente em relação aos homens nas últimas duas décadas. É duas vezes mais provável que as mulheres sejam iletradas do que os homens e significativamente mais provável que sofram de doenças relacionadas com a pobreza, tais como a anemia decorrente da carência de ferro, e a subnutrição proteínico-energética<sup>14</sup>.

Vários factores contribuem para desencadear a diferença. Embora as mulheres estejam cada vez mais a entrar na força de trabalho, têm, normalmente, mais dificuldade em encontrar emprego, têm transições da escola para o trabalho mais difíceis, e salários mais baixos 30 a 40% do que os homens<sup>15, 16</sup>. Apesar do enorme crescimento das famílias em que há duplo rendimento e das famílias monoparentais, as percepções sobre a sociedade pouco mudaram, e as mulheres ainda carregam a responsabilidade de manter a casa. Para equilibrar as exigências da família e do trabalho, as mulheres tendem a entrar e a sair da força de trabalho, o que reduz as oportunidades para avançar na carreira e para regalias na reforma<sup>17</sup>.

## O desemprego da juventude e a pobreza: um ciclo vicioso

Os jovens capazes de encontrar emprego produtivo, rendimentos seguros e estáveis, e de começar com sucesso uma vida familiar

são a chave para reduzir a pobreza absoluta. Cerca de 100 milhões de jovens entram na força de trabalho global por ano, uma tendência que tem necessariamente de se manter ou de aumentar, pois mais de um milhão da população mundial está, na actualidade, entre os 15 e os 25 anos. Infelizmente, sofrem com taxas de desemprego muito altas, constituindo cerca de 40% do total de 180 milhões de desempregados no mundo. Nos países mais desenvolvidos, os homens e as mulheres jovens têm de escolher entre trabalho precário ou desemprego, e podem confrontar-se com longos horários de trabalho, baixos salários e condições de trabalho perigosas<sup>18</sup>.

O desemprego na juventude não só perpetua o ciclo intergeracional da pobreza, como contribui também para níveis mais elevados de crime, abuso de estupefacientes, violência e extremismo político. Em alguns países, pertencer a um grupo militante armado é, virtualmente, a única ocupação paga disponível para o homem. A indústria do sexo é, frequentemente, o último recurso para a mulher, o que também perpetua o ciclo da pobreza<sup>19</sup>.

## **Os idosos: um grupo tradicionalmente vulnerável**

Manter um rendimento razoável nos últimos anos de vida é uma questão com que muitos se debatem. Em muitos países em desenvolvimento, a reforma é um luxo a que poucos se podem permitir. Aproximadamente 40% dos indivíduos com mais de 64 anos em África e 25% na Ásia pertence, ainda, à força de trabalho, tendo emprego principalmente na agricultura<sup>20</sup>. Os indivíduos que se sustentaram principalmente com emprego precário estão em especial risco de pobreza, porque tal emprego proporciona rendimentos inconsistentes e uma fraca cobertura por esquemas de segurança social.

Outros factores, incluindo cortes na segurança social e nos cuidados de saúde em alguns países, bem como a epidemia de VIH / Sida combinaram-se para diminuir o fornecimento de recursos e de sistemas de apoio aos indivíduos mais velhos. O VIH / Sida tem tido um impacte substancial em muitos dos países menos



desenvolvidos. Não só as pessoas mais velhas são obrigadas a assumir uma maior responsabilidade no seu próprio cuidado, como ainda são forçadas a gastar os seus próprios recursos para cuidar de crianças doentes ou órfãs e dos netos<sup>21</sup>.

# CAPÍTULO DOIS

## Escutando as vozes dos pobres: o perfil da pobreza e respectiva análise

### A preocupação crescente com a pobreza

A iliteracia, a saúde precária, a desigualdade entre os sexos e a degradação do ambiente são alguns dos principais aspectos da pobreza que têm provocado crescentes preocupações com a privação humana. Alarmada com o aumento dos níveis de pobreza, a comunidade internacional fez um acordo sem precedentes sobre os objectivos de desenvolvimento para o milénio (ODM)<sup>22</sup> para reduzir a pobreza. Cada objectivo deverá ser atingido por volta de 2015.

Objectivos e alvos de desenvolvimento para o milénio	Indicadores para monitorização dos progressos
<b>Objectivo 1: erradicar a pobreza extrema e a fome</b>	
<b>Alvo 1:</b> reduzir para metade a proporção de pessoas a viver com menos de um dólar por dia. <b>Alvo 2:</b> reduzir para metade a proporção de pessoas a sofrer de fome.	<ul style="list-style-type: none"><li>– A proporção de população a contar com menos de um dólar por dia (PPP).</li><li>– O rácio do intervalo de pobreza (incidência x alcance da pobreza).</li><li>– Margem do quintil mais pobre no consumo nacional.</li></ul>
<b>Objectivo 2: conquistar a educação primária universal</b>	
<b>Alvo 3:</b> assegurar que todos os rapazes e raparigas completam todo o ciclo primário da escola.	<ul style="list-style-type: none"><li>– Prevalência de crianças de idade inferior a cinco anos com baixo peso.</li><li>– Proporção da população abaixo do nível mínimo de consumo de energia alimentar.</li></ul>

<b>Objectivo 3: promover a igualdade entre os sexos e dar poder às mulheres</b>	
<b>Alvo 4:</b> eliminar a disparidade entre os sexos na educação primária e secundária, de preferência até cerca de 2005, e, em todos os níveis, até cerca de 2015.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Escolaridade efectiva na educação primária.</li> <li>– Proporção de alunos que começam no grau um e chegam ao grau cinco.</li> <li>– Taxa de literacia das pessoas com 15 a 24 anos.</li> </ul>
<b>Objectivo 4: reduzir a mortalidade infantil</b>	
<b>Alvo 5:</b> reduzir, em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade infantil abaixo dos cinco anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos.</li> <li>– Taxa de mortalidade infantil.</li> <li>– Proporção de crianças de um ano imunizadas contra o sarampo.</li> </ul>
<b>Objectivo 5: melhorar a saúde materna</b>	
<b>Alvo 6:</b> reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade assistidos por pessoal de saúde qualificado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Taxa de mortalidade materna.</li> <li>– Proporção de nascimentos materna.</li> </ul>
<b>Objectivo 6: combater o VIH / Sida, a malária e outras doenças</b>	
<b>Alvo 7:</b> ter parado até cerca de 2015 e começar a fazer regredir a disseminação do VIH / Sida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prevalência do VIH entre mulheres grávidas com 15 a 24 anos.</li> <li>– Coeficiente do uso de preservativos na taxa de prevalência de contraceptivos.</li> <li>– Número de crianças órfãs devido ao VIH / Sida.</li> </ul>
<b>Alvo 8:</b> ter parado até cerca de 2015 e começar a fazer regredir a incidência de malária e de outras doenças de maior expressão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prevalência e taxas de mortalidade associadas à malária.</li> <li>– Proporção da população em áreas de risco de contrair malária que usa medidas efectivas de prevenção e tratamento da malária.</li> <li>– Prevalência e taxas de mortalidade associadas à tuberculose.</li> <li>– Proporção dos casos de tuberculose detectados e curados no sistema da toma observada directamente (DOTS).</li> </ul>

## Objectivo 8: desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento

**Alvo 17:** providenciar, em cooperação com companhias farmacêuticas, acesso a medicamentos essenciais de baixo preço, nos países em desenvolvimento.

– Proporção da população com acesso a medicamentos essenciais de baixo preço, numa base sustentável.

Fonte: Objectivos de Desenvolvimento para o Milénio das Nações Unidas. Site das Nações Unidas: [www.un.org/millennium](http://www.un.org/millennium)

Compreender a dinâmica da pobreza e da saúde requer um perfil da pobreza e a respectiva análise. Ouvir as vozes dos pobres é um aspecto importante na compreensão da situação, com vista à acção. Segundo Feuerstein<sup>23</sup>, uma autora enfermeira a trabalhar em desenvolvimento, um perfil da pobreza é um instrumento de análise para identificar rápida e sistematicamente os pobres, onde vivem, e o que causa, o que caracteriza a respectiva pobreza. Trata-se de um método simples, prático e pouco dispendioso para reunir informações de base que orientem a acção contra a pobreza e apoiem a saúde. As questões-chave, num perfil da pobreza, incluem:

- **demografia, dependência e vulnerabilidade:** quem são e onde estão os pobres e quais as respectivas características?
- **economia, trabalho e emprego:** quais são as características socioeconómicas e de emprego dos pobres e dos grupos vulneráveis?
- **terra, agricultura e pecuária:** de que forma o acesso à terra fértil e à agricultura afecta os pobres?
- **forças organizacionais para a participação popular:** são os pobres capazes de mobilização contra a pobreza?
- **segurança alimentar e nutrição:** de que forma podem os pobres evitar a fome e a subnutrição, que minam os esforços para sair da pobreza?
- **educação e comunicações:** que acesso estão os pobres a ter à aprendizagem das letras e da matemática, e aos sistemas de comunicação modernos?

- **indicadores vitais de saúde e informação sobre saúde primária:** que factores caracterizam a saúde e o bem-estar dos pobres?
- **despesas de saúde, infra-estruturas e recursos humanos:** que serviços estão disponíveis para os pobres e quais as possibilidades que têm de aceder aos mesmos?
- **maternidade segura e cuidados aos recém-nascidos e crianças:** que factores minam as oportunidades das mulheres pobres e das crianças pequenas?
- **degradação ambiental e poluição:** quais os principais factores ambientais que afectam os pobres?

Com base na análise, os problemas e as necessidades prioritários são identificados. As estratégias adequadas são estabelecidas e as principais responsabilidades são acordadas com as pessoas envolvidas, bem como o cronograma das actividades. Definem-se os objectivos de curto e longo prazo, os indicadores de saúde, bem como os recursos e as necessidades de apoio.

## Fontes de informação para o perfil da pobreza

**Inquéritos:** há duas fontes principais de informação sobre a pobreza: inquéritos às famílias e inquéritos à comunidade. Os inquéritos às famílias podem proporcionar informações importantes sobre os indivíduos e as famílias, tais como a localização, a composição do agregado familiar, o rendimento, os níveis de consumo, o emprego, o estatuto ocupacional, os níveis de educação, o estado de nutrição e de saúde. Do mesmo modo, os inquéritos à comunidade proporcionam uma imagem das instalações, dos serviços e das características dos recursos da comunidade disponíveis para os pobres, mostrando também se tais recursos e serviços são utilizados. Os inquéritos à comunidade podem usar registos institucionais de instalações de saúde e de educação para analisar como são usados e para identificar barreiras e possíveis caminhos para chegar a eles.

Os inquéritos às famílias e à comunidade podem usar-se para construir um índice de privação. Um simples índice de privação

pode ser concebido em colaboração com as pessoas pobres da comunidade. Por exemplo, as comunidades podem decidir que cada família que tenha perdido o pai e a mãe devido à Sida, que as famílias monoparentais com crianças pequenas, que aqueles que enviuvaram ou ficaram órfãos e tenham crianças não inteiramente imunizadas e crianças que não vão à escola podem ser classificados num ponto alto da escala de privação. É importante notar que a principal fonte de informação sobre a pobreza deveriam ser as próprias pessoas.

**Outras fontes de informação existente:** dados de centros de emprego e da segurança social são também úteis para determinar os estatutos socioeconómicos e os níveis de pobreza. Uma série de relatórios e publicações produzidos pelos governos, pelas universidades, pelas agências das Nações Unidas e pelas organizações não governamentais (ONG), juntamente com mapas, comunicações à imprensa e outras fontes providenciarão informação sobre a pobreza a níveis nacionais ou regionais.

### **A Saúde Pública traduzida para o bem-estar da comunidade**

Uma enfermeira com experiência na saúde pública e em visitas de saúde, Jenny, trabalhou numa área socialmente privada das West Midlands do Reino Unido durante anos. Para responder às múltiplas necessidades de saúde e aos poucos registos de mortalidade e morbidade dos pobres na sua comunidade, ela começou um projecto de desenvolvimento da comunidade. Ela sabia que muitos dos problemas de saúde não eram simplesmente devidos ao comportamento individual e “ao estilo de vida”, mas eram o resultado da pobreza e das circunstâncias de vida. Como enfermeira, descobriu que confiavam nela e que tinha acesso a vidas e casas a que nem as assistentes sociais, nem a polícia acediam.

Os consórcios locais identificaram a falta de instalações da comunidade para as famílias com crianças pequenas, incluindo uma alta proporção de famílias monoparentais, como um problema maior. Com base na sua investigação de pequena escala sobre as preocupações de pais sozinhos, Jenny demonstrou aos gestores de saúde a necessidade de desenvolver mais serviços às famílias. Seguiu-se um compromisso e alguns recursos limitados da parte de alguns empregadores. Jenny usou-os para desenvolver um leque de projectos, incluindo actividades de aprendizagem familiar, sessões informais sobre saúde e aulas de inglês para as mulheres. Outros membros da comunidade deram,

mais tarde, continuidade ao desenvolvimento diário destas actividades, denotando um sentido de pertença e assegurando sustentabilidade.

Ela deu também início a clubes de pequeno-almoço nas escolas primárias locais, o que permitiu que as crianças chegassem cedo e que tomassem o pequeno-almoço juntas. Isto não só melhorou o estado nutricional das crianças, mas também conduziu a um aumento da assiduidade. Os professores relataram que as crianças demonstravam maior concentração e conseguiam aplicar-se mais na aprendizagem. Os projectos dela foram tão bem sucedidos que Jenny foi mais tarde convidada a integrar a equipa de gestão da saúde pública regional.

## **T**rabalhar com os pobres para analisar a sua situação

As famílias e comunidades podem envolver-se cooperantemente nas avaliações da pobreza, com vista a determinar o nível de privação na sua vizinhança ou comunidades. Estas podem incluir<sup>24</sup>:

**Classificação do bem-estar e da riqueza:** membros da comunidade podem classificar os agregados familiares que se vestem pobremente, que são encabeçados por mulheres, viúvas ou divorciadas, crianças órfãs, responsáveis pelo sustento da família que estejam desempregados, presos etc.

**Levantamento sociológico:** um grupo de pessoas pode falar sobre os seus problemas e as suas necessidades tais como a falta de comida, os cuidados de netos órfãos, as dificuldades em pagar propinas ou a falta de dinheiro para comprar medicamentos.

**Exercícios de hierarquização:** um grupo de mulheres pode registar como é obtido tratamento para as doenças comuns, tais como a tuberculose, o VIH / Sida, doenças de pele etc., bem como quaisquer entraves ao tratamento e tempos de espera nas instalações de saúde.

**Cronogramas:** as pessoas identificam as situações mais prementes, como por exemplo secas, inundações, ou mudanças nas políticas agrícolas do governo, acesso ao crédito, ou preços dos bens essenciais que tenham conduzido a um aumento da pobreza e da fome.

**Mapa de recursos:** é desenhado um mapa onde se destacam os lugares dos diferentes recursos naturais, por exemplo florestas, terras de cultivo férteis e áreas onde a boa pesca ou animais em via de extinção se podem encontrar. Sítios propícios a inundações e terras demasiado pobres para o cultivo podem também ser marcados.

Resume-se abaixo um instrumento de avaliação mais abrangente da pobreza.

<b>Métodos participativos de avaliação da pobreza</b>	
<b>Questões a ter em conta</b>	<b>Métodos a usar</b>
Percepção e indicadores de riqueza, de bem-estar e de pobreza.	Classificação do bem-estar e da riqueza.
Percepção de vulnerabilidade, impotência e efeito da discriminação sexual.	Entrevistas semi-estruturadas.
Percepção das mudanças na segurança social, condições para o comércio, acesso a rendimento e emprego.	Cronogramas, análises de tendências.
Acesso / uso dos serviços (saúde, educação, crédito), percepção dos serviços e das mudanças.	Entrevistas semi-estruturadas, análise da evolução da saúde, educação etc.
Stress sazonal, segurança alimentar, saúde, rendimento, despesas, ocupação.	Calendário sazonal, necessidades familiares.
Haveres das famílias pobres, por exemplo serviços à propriedade comum, recursos naturais.	Mapa de recursos, grupos de destaque.
Estratégias de sobrevivência em tempos de crise.	Análise dos meios de subsistência, entrevistas semi-estruturadas.
Percepção dos níveis de consumo de comida, roupa e bem-estar.	Agrupamento do bem-estar, mapa social, entrevistas.



Instituições locais de auto-ajuda e apoio aos pobres (por exemplo, igrejas, associações de comerciantes).	Mapa de instituições, entrevistas.
“Redes de segurança” comunitárias para os pobres.	Mapa de instituições, entrevistas.
Papel das instituições comunitárias no	
fornecimento de serviços e infra-estruturas.	Entrevistas, mapas de instituições.
Responsabilidades e obrigações dentro das famílias (comida, propinas).	Entrevistas semi-estruturadas.
Evoluções do ambiente a longo prazo.	Mapa de recursos, análise da evolução.

Adaptado de *Research on Poverty and Health 1995/6; Participatory Poverty Assessment in Africa*, Banco Mundial.

O processo de elaboração de um perfil de pobreza é o primeiro passo para compreender os efeitos da pobreza na saúde.

# CAPÍTULO TRÊS

## Pobreza e saúde: uma ligação fatal

A pobreza e a saúde estão interligadas de quatro formas:

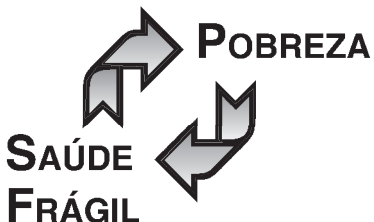
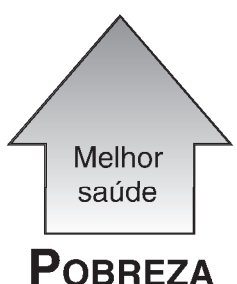
- uma saúde frágil conduz à pobreza;
- a pobreza conduz a uma saúde frágil;
- a boa saúde está ligada a um rendimento maior;
- um maior rendimento está ligado à boa saúde.

Uma saúde precária reduz a produtividade e interfere com a capacidade de sustento, enquanto a pobreza aumenta o risco de contracção de doenças que interferem com o ganho de rendimento. Quando uma pessoa pobre adoece ou é ferida, todo o agregado familiar pode sofrer com a perda de rendimento e de cuidados de saúde pagos, e ficar preso numa espiral descendente de pobreza e doença. Inversamente, uma boa saúde aumenta a produtividade da pessoa e a imunidade a doenças, criando as condições que previnem a pobreza ou ajudam a sair da pobreza.

As pessoas a viverem na pobreza ou com parcos rendimentos estão mais sujeitas a sofrer de uma saúde mais frágil ou mesmo a morrer mais jovens relativamente a outros grupos. Por exemplo, é cinco vezes mais provável que os que vivem em absoluta pobreza morram antes dos cinco anos e é duas vezes e meia mais provável que morram entre os 15 e os 59 anos do que os que têm um rendimento mais alto<sup>25</sup>. O VIH/Sida, a malária, a tuberculose, as doenças diarreicas, a subnutrição e a mortalidade materna afectam os pobres de forma completamente desproporcionada, tornando-os, frequentemente, mais pobres.

Como mostra o diagrama abaixo, a pobreza e a saúde estão interligadas.

**Figura 1: a inter-relação entre a pobreza e a saúde.**

<p>“A saúde frágil é simultaneamente causa e consequência da pobreza”</p>	<p>“Uma melhor saúde pode prevenir a pobreza ou oferecer um caminho de saída da mesma”</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● A doença reduz as poupanças do agregado familiar, a capacidade de aprendizagem, a produtividade e diminui a qualidade de vida.</li> <li>● A pobreza coloca os indivíduos em maior risco de acidentes ambientais, subnutrição e falta de acesso aos cuidados de saúde adequados.</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aumenta a produtividade, conduzindo a uma maior riqueza distribuída equitativamente.</li> <li>● Os adultos saudáveis responsáveis pela subsistência da família são mais capazes de trabalhar e sustentar as respectivas famílias.</li> <li>● As crianças saudáveis são mais capazes de aprender e de prosperar</li> </ul> 

Adaptado de: *Poverty and Health: Report by the Director-General*, 105.<sup>a</sup> Conferência da Direcção, Ordem do Dia Provisória, OMS, item 2, 14 de Dezembro, 1999, p. 2

## **Enfermeiros para os sem-abrigo: uma lição no mundo real**

As estudantes de enfermagem Kate e Jennifer são conduzidas ao longo do rio Spokane, numa manhã fria de Outubro. A Martha, de Outreach, é a guia e chama pelo Gypsy, que descansa debaixo de uma cortina de chuva armada em toldo num emaranhado de árvores espinhosas. Ele luta contra um enfisema pulmonar e ultimamente tem tido dificuldades em respirar.

Autorizando a que as enfermeiras o examinem, Gypsy tira o casaco e começa a desabotoar a sua camisa de flanela, revelando as cicatrizes que tem no peito. “Creio que é melhor que me meça a tensão. Eu recebi um triplo bypass em Montana”, relata Gypsy. Kate verifica que a tensão de Gypsy está alta, 160/100, e diz-lhe que precisa de ir à clínica no dia seguinte buscar medicamentos para a pressão arterial. Dão-lhe um pouco de sumo e barras energéticas e reparam que a única comida existente por ali era metade de uma embalagem de ovos. Elas prometem visitá-lo na semana seguinte e trazer-lhe os cobertores de que necessita.

Cada estudante da Universidade do Estado de Washington que obtém o bacharelato em Enfermagem tem de exercer enfermagem de saúde pública durante um semestre. Para alguns de Spokane, isto significa trabalhar um semestre com a população sem recursos da baixa – entre eles os pobres, os sem-abrigo, os deficientes mentais, os toxicodependentes e alcoólatras e as pessoas abusadas.

Este programa consegue aumentar a consciência da relação entre a saúde e a pobreza. Jennifer admite que estava chocada com esta parte da sua formação: “Eu não sabia que existiam tantos sem-abrigo em Spokane e não fazia ideia de onde estavam. Até se pode passar por um caminho onde eles dormem e nem se aperceber disto. Agora realmente reconheço as pessoas. Em vez de “Oh!, está ali um sem-abrigo”, agora digo “ali está o Gary”. Agora eles têm nomes.”

## Estatísticas

Os números que dizem respeito à saúde e à pobreza são dramáticos:

- mais de um bilião de entre os seis biliões de pessoas existentes no mundo não conseguem satisfazer as necessidades básicas de alimentos, água, saneamento, cuidados de saúde, alojamento e educação;
- existem 1,1 biliões de pessoas subnutridas no mundo;
- estima-se que 1,2 biliões de pessoas vivem com menos de um dólar americano por dia;
- a esperança de vida à nascença nos países menos desenvolvidos é inferior a 50 anos, contrastando com os 77 anos dos países industrializados<sup>26</sup>;
- 799 milhões de pessoas nos países em vias de desenvolvimento e 41 milhões nos países desenvolvidos e em transição estão subnutridos<sup>27</sup>.
- doenças preveníveis são a causa de morte de 30 000 crianças por dia, a nível global<sup>28</sup>;
- o risco permanente de morte durante a gravidez na África a sul do Sara, onde quase metade da população vive em pobreza absoluta, é de 1 em 12, contrastando com a relação de 1 para 4 mil na Europa<sup>29</sup>.

## Principais problemas relacionados com a pobreza

A pobreza está associada às principais condições de esvaziamento das pessoas pobres, tornando-as vulneráveis a doenças e à fraca produtividade. As principais condições de saúde incluem:

**Subnutrição:** quando as pessoas não são capazes de obter as quantidades adequadas de alimentos que forneçam o conjunto de nutrientes necessários à manutenção da saúde, tornam-se mais susceptíveis a doenças, desencadeando, assim, pobreza. Enquanto muitos países industrializados enfrentam epidemias de obesidade, a subnutrição continua a ser o principal problema dos países em

vias de desenvolvimento. Cerca de 49% das 10,7 milhões de mortes de crianças com menos de cinco anos nos países em vias de desenvolvimento estão associadas à subnutrição<sup>30</sup>.

Os efeitos da subnutrição na saúde são vastos. A tabela 2 apresenta o resumo de alguns destes efeitos durante o tempo de vida.

**Tabela 2: Distúrbios na nutrição, durante o tempo de vida**

Fase da vida	Distúrbios nutricionais comuns	Principais consequências
<b>Embrião/feto</b>	Retardamento do crescimento intra-uterino Distúrbios devidos à carência de iodo Carência de folatos	Peso baixo à nascença Danos cerebrais Defeitos nos canais neuronais Nados-mortos
<b>Recém-nascidos</b>	Peso baixo à nascença (LWB) Distúrbios devidos à carência de iodo	Crescimento retardado Desenvolvimento Danos cerebrais Anemia precoce
<b>Crianças</b>	Subnutrição proteínico-energética Distúrbios devidos à carência de iodo Carências de vitamina A Carência de ferro & anemia	Subnutrição continuada Desenvolvimento retardado Maior risco de infecções Alto risco de morte Bócio Cegueira Anemia
<b>Adolescentes</b>	Subnutrição proteínico-energética Distúrbios devidos à carência de iodo Carência de ferro & anemia Carência de folatos Carência de cálcio	Crescimento retardado Raquitismo Atraso / retardamento no desenvolvimento intelectual Bócio Maior risco de infecções Cegueira Anemia Mineralização dos ossos desadequada

<b>Grávidas e mulheres lactantes</b>	Subnutrição proteínico-energética Distúrbios devidos à carência de iodo Carência de vitamina A Carência de ferro & anemia Carência de folatos Carência de cálcio	Ganho de peso insuficiente na gravidez Anemia materna Mortalidade materna Maior risco de infecções Cegueira noturna Peso baixo à nascença e alto risco de morte do feto
<b>Adultos</b>	Subnutrição proteínico-energética Carência de ferro & anemia	Magreza Letargia Anemia
<b>Idosos</b>	Subnutrição proteínico-energética Carência de ferro & anemia Osteoporose	Fracturas na coluna vertebral / anca, acidentes

Fonte: *Nutrition for Health and Development: A Global Agenda for Combating Malnutrition*, pág. 10., OMS, NHD e SDE, 2000.



### Os enfermeiros ajudam novas mães em risco

Como enfermeira de saúde pública no programa Parceria Enfermeiros-Família (PEF), a Rita visita a casa de mães primíparas, que têm baixos rendimentos, muitas delas ainda adolescentes. Ela trabalha intensivamente com estas mães no sentido de melhorar a saúde materna, pré-natal e dos recém-nascidos, assim como o bem-estar, na expectativa de que a sua intervenção ajude a alcançar melhorias a longo prazo nas vidas das famílias em risco. Quando a Rita visita cada família, a sua atenção recai sobre a saúde da mãe, a qualidade dos cuidados que dá ao seu filho e o próprio desenvolvimento dos pais. Ela começa as visitas quando a mãe está ainda grávida (antes da 28.<sup>a</sup> semana, idealmente entre a 12.<sup>a</sup> e a 20.<sup>a</sup> semanas) e continua durante os primeiros dois anos de vida da criança. A Rita faz, também, investigação e trabalha com o sistema de apoio à mãe, incluindo membros da família, pais, quando apropriado, e amigos, para ajudar as famílias a terem acesso a outros serviços de saúde e humanos de que possam precisar.

Um estudo recente acerca dos efeitos dos programas mostra que as visitas efectuadas pela Rita e pelos outros enfermeiros resultaram na redução de nascimentos prematuros e de nascimentos de bebés com peso baixo, na melhoria das relações parentais, na redução de gravidezes repetidas e indesejadas, no aumento da participação na mão-de-obra e na redução da incidência de distúrbios comportamentais, envolvimento em crime e delinquência.

É óbvio que as consequências da subnutrição podem ser um grande obstáculo à saúde e à vida produtiva. As pessoas pobres enfrentam, com frequência, dificuldades em obter a quantidade de comida necessária a uma boa saúde. São determinantes importantes da subnutrição a produção de culturas intensivas para venda, a sazonalidade de desastres naturais, tais como secas ou inundações, o alto custo da proteína animal, os fundos limitados do agregado familiar para a comida e a distribuição desigual de comida nos agregados familiares.

**Falta de água potável e de saneamento:** as pessoas pobres vivem em ambientes nada saudáveis que afectam a qualidade das suas vidas e da sua saúde. Mais de um bilião de pessoas no mundo não têm acesso a água potável, e mais de 2,4 biliões não têm acesso a instalações sanitárias apropriadas. O saneamento

inadequado conduz a doenças que podem espoletar a espiral descendente da pobreza. Aproximadamente dois milhões de crianças morrem todos os anos – 6000 por dia –, devido a tais infecções<sup>31</sup>.

A falta de água potável é um obstáculo à educação das mulheres, já que perdem tempo e energia nas longas distâncias que têm de percorrer em busca de água. A educação das crianças é também interrompida, já que elas são muitas vezes envolvidas na procura da água. A falta de oportunidades de educação, a perda de produtividade e o custo dos cuidados de saúde sustentam, para bilhões de pessoas, o ciclo vicioso da doença e da pobreza.

**Acesso precário a cuidados de saúde:** os cuidados de saúde de qualidade dependem não só da disponibilidade dos serviços, mas também do facto de serem apropriados e aceitáveis para as necessidades das populações a que se destinam. Cuidados de saúde primários, secundários e terciários inadequados conduzem ao desenvolvimento e ao agravamento de muitas doenças tratáveis. Seguem-se exemplos das consequências para a saúde que resultaram do acesso precário aos cuidados.

- A falta de educação sobre a saúde culturalmente adequada, respeitante à sexualidade humana, contribui para gravidezes indesejadas, abortos arriscados e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH.
- A ausência de cuidados pré-natais coloca a mãe e o bebé em alto risco de complicações, incluindo subnutrição, defeitos de nascença, partos prematuros e dificuldades durante o parto, aborto, infecção e morte.
- A falta de tratamento médico a todos os níveis conduz à progressão e disseminação de doenças tratáveis, tais como o VIH/Sida, a tuberculose e a malária, e a outras condições.

**Doenças infecciosas mais graves:** O VIH/Sida, a malária e a tuberculose são as três “doenças da pobreza” infecciosas que afectam desproporcionadamente as populações mais pobres do mundo e que têm um impacte empobrecedor nas famílias.

---

***“Nenhuma outra doença [além do VIH/Sida] acentuou tão dramaticamente as disparidades e desigualdades actuais no que respeita ao acesso a cuidados de saúde, às oportunidades económicas e à protecção dos direitos humanos básicos.”***

*Global Health Sector  
Strategy for HIV/AIDS,  
pág. 3, OMS, 2003.*

**O VIH/Sida** atingiu proporções catastróficas em muitas partes do mundo, causando a devastação de indivíduos, comunidades e sociedades. A cada dia, são 14 000 novas pessoas infectadas com o vírus e cerca de três milhões morrem anualmente. Mais de metade desta população tem menos de 25 anos de idade e estão nos seus melhores anos produtivos. A pobreza é um factor importante da infecção com o VIH, já que algumas raparigas dos países mais pobres do mundo trocam sexo por dinheiro para pagar as propinas escolares ou para ajudar as respectivas famílias.

---

Em alguns países da África a Sul do Sara, até 35% da população adulta está infectada<sup>32</sup> e a maioria morre prematuramente de Sida. A esperança de vida baixou dramaticamente para os 50 anos de idade. As taxas de infecção do VIH/Sida estão, igualmente, a crescer velozmente na Ásia Central e na Europa de Leste.

À medida que a doença se vai disseminando, os indivíduos e as famílias que têm despesas significativas de cuidados e financeiras estão num maior risco de cair profundamente na espiral descendente da pobreza. Estudos no Burkina Faso, Ruanda e Uganda estimam que a Sida aumentará a percentagem de pessoas a viverem em extrema pobreza, de 45%, em 2000, para 51%, em 2015<sup>33</sup>. Os 14 milhões de órfãos da Sida que se estima existirem estão vulneráveis à pobreza e a ficarem sem abrigo. À medida que os países perdem a sua população jovem e produtiva por causa da Sida, os agregados familiares afundam-se em severa pobreza.

## **Cuidar de doentes com Sida isolados na África do Sul**

A Enfermeira Mpho Sebananyi estava tão preocupada com a praga de doentes com Sida na África do Sul que se despediu do emprego bem pago que tinha no hospital para cuidar deles. Os seus amigos chamaram-lhe “louca” por ter desistido do seu posto seguro para se tornar uma nómada que cuida de doentes com Sida. Percorrendo 25 km por dia, de aldeia para aldeia, Mpho cuida de doentes, ensinando os seus parentes e amigos e tomarem conta deles e educando-os acerca da Sida. “Eu comecei a trabalhar nisto porque estava preocupada com os jovens que saíam do hospital e não tinham ninguém para cuidar deles. Quando comecei, deparei-me com casos horrendos.”

Numa ocasião, uma família abandonou um parente com 27 anos num abrigo para bicicletas, para morrer sozinho. Mpho cuidou dele durante os últimos três meses de vida, limpando as suas feridas, vestindo-o e dando-lhe cobertores para que se mantivesse quente. Noutra família, uma avó doente, que mal se podia mexer, tinha de cuidar de sete netos, cujos pais morreram de Sida. Estão agora todos sob o cuidado de uma misericórdia do Reino Unido que fornece às comunidades recursos para as crianças órfãs. Mpho criou, igualmente, um projecto baseado em cuidados domiciliários que serve 78 aldeias próximas. Mais de 30 voluntários dão assistência a Mpho na formação dos membros das famílias, cuidando em casa doentes com Sida. Em reconhecimento do seu trabalho, Mpho foi designada a Mulher Sul-Africana do Ano.

---

**“Em África, a malária é entendida, nos dias de hoje, como sendo quer uma doença da pobreza, quer uma causa da pobreza.”**

*Malaria in Africa,  
Malaria Fact Sheet,  
pág. 1, OMS, 2003.*

**A malária** é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, e tem um grave impacte na perda de produtividade. As crianças que sobrevivem a esta doença sofrem, frequentemente, de incapacidade na aprendizagem e de danos cerebrais que os excluem da educação escolar e aumentam a sua vulnerabilidade à pobreza. À medida que a malária se vai tornando cada vez mais resistente aos medicamentos e que os mosquitos que transportam esta doença se vão tornando imunes aos insecticidas, é provável que se torne numa ainda mais grave ameaça ao desenvolvimento humano, conduzindo ao aumento da pobreza<sup>34</sup>.

**A tuberculose (TB)** é talvez a mais grave doença infecciosa mortal de todos os tempos. Todos os anos a tuberculose infecta 100 milhões de pessoas, e oito milhões destas pessoas desenvolvem tuberculose activa. Todos os anos, a tuberculose mata cerca de dois milhões de pessoas – muitas delas adultos que estão nos seus anos mais activos e produtivos<sup>35</sup>. O problema global da tuberculose é agravado pela disseminação de VIH/Sida, pelo aumento da circulação internacional de pessoas e pela implementação de programas deficientes de controlo de tuberculose. Em termos económicos, a tuberculose é uma doença da pobreza que encerrala os mais pobres do mundo num ciclo vicioso de doença e empobrecimento.

**Danos mentais e a pobreza:** um resumo dos estudos de investigação efectuados em seis países evidenciou uma relação significativa entre a alta prevalência de doenças mentais e a pobreza. Os factores associados à doença mental foram os baixos níveis educacionais, o baixo rendimento, a falta de posses materiais, a falta de emprego e as dificuldades de alojamento<sup>36</sup>. As crianças da rua, os toxicodependentes, os migradores internos, as pessoas que foram deslocadas e os indivíduos infectados com o VIH/Sida têm, particularmente, um mais alto risco de virem a sofrer com o impacte da pobreza e de danos mentais<sup>37</sup>. A doença mental é um exemplo do ciclo vicioso entre a saúde e a pobreza.

Enquanto a pobreza pode, por si só, ser um factor que contribui para o declínio da saúde mental, a doença mental resulta em numerosos custos económicos e sociais, incluindo<sup>38</sup>:

- perda de produtividade por:
  - mortes prematuras causadas por suicídios (geralmente equivalentes ao número de mortes por acidentes rodoviários, e em alguns países em maior número);
  - pessoas com doenças mentais, incapacitadas para trabalhar;
  - a necessidade de cuidar de doentes mentais;
  - encargos financeiros, directos e indirectos, para as famílias;
- desemprego, crime, estigmas e alienação nos jovens cujos problemas mentais da infância não foram adequadamente tratados, para que pudessem ter capacidades para beneficiar totalmente da educação escolar;
- custos com acidentes causados por pessoas psicologicamente perturbadas – isto é especialmente perigoso em profissões como maquinista, piloto de avião, operário fabril etc.

**Pobreza, direitos humanos e saúde:** a pobreza mantém-se como um dos mais importantes desafios dos direitos humanos. A protecção dos direitos básicos de todos os humanos tais como a

comida e nutrição, a saúde, educação e a não-discriminação conduz à diminuição da vulnerabilidade, da saúde fraca e da pobreza. Inversamente, a violação dos direitos humanos tais como a violência para com as mulheres e as crianças, a tortura, escravatura, bem como as práticas tradicionais nocivas resultam na fraca saúde e fraca produtividade, associadas à pobreza. Compreender os efeitos da pobreza na saúde providencia uma base para que se tomem medidas que chamem a atenção para as ligações existentes entre a pobreza e a saúde.

## CAPÍTULO QUATRO

### **Chamar a atenção para as preocupações com a saúde e a pobreza: destruir a ligação**

---

A saúde é fundamental para o desenvolvimento humano em geral e para a redução da pobreza. Para melhorar a saúde dos pobres, é necessário adoptar e manter uma aproximação à saúde em prol dos pobres. Aumentar os recursos financeiros para a saúde deve ser uma prioridade. Através dos perfis de pobreza e da análise à mesma é possível identificar acções contra a pobreza e para a saúde. Como a Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (CME) da OMS mostrou, a melhoria dos resultados da saúde são um pré-requisito para a destruição do ciclo vicioso da pobreza nos países pobres<sup>39</sup>.

As desigualdades na saúde estão a aumentar, o que significa que não estamos a prover os pobres com serviços essenciais. É importante chamar a atenção para as preocupações com a saúde e a pobreza porque:

- se promove a eficiência dos esforços para assegurar melhores resultados na saúde e na redução da pobreza;
- é uma questão de igualdade e de justiça social;
- é uma questão de direitos humanos;



### **Cathy: “enfermeira de rua” para os sem-abrigo**

Viajando incansavelmente pela cidade de Toronto, a activista para os sem-abrigo Cathy é conhecida como uma “enfermeira de rua”. A sua carreira começou há vinte anos atrás, quando trabalhava para dois médicos consagrados numa torre de bancos da Baixa, mas só o trabalho de rua é que a expôs profundamente ao problema dos sem-abrigo na sua cidade. “É obscuro que, como enfermeira no Canadá, a minha especialidade seja os sem-abrigo”, disse Cathy, que, junto com o Disaster Relief Committee de Toronto, desvendou o mundo dos sem-abrigo escondido debaixo da próspera fachada deste país. “Ultimamente, tenho-me perguntado se estarei a praticar enfermagem. Eu passo mais tempo em frente de grupos a fazer discursos, a organizar vigílias em homenagem às mortes dos sem-abrigo e intercedendo no governo federal... em oposição, por exemplo, (ao tratamento) da diabetes.” A Cathy observa: “as mortes dos sem-abrigo não se cingem apenas à morte por causa do frio, tal como as balas não são a única causa de morte na guerra. O alojamento é um pré-requisito para a saúde e é pura e simplesmente a falta de abrigo que cria a fraca saúde com que eu me deparo todos os dias.” O seu sucesso em aumentar a consciência para os efeitos da condição de sem-abrigo na saúde foi recentemente reconhecido com um prémio nacional para a defesa da justiça social compadecida.

## **O que pode ser feito?**

No Enunciado de Posição sobre “A Enfermagem e o desenvolvimento”, o ICN recomenda a realização de acções que possam responder à questão da saúde e da pobreza<sup>40</sup>:

- defender políticas que dêem prioridade às necessidades de saúde dos pobres e de outros grupos em risco;
- promover a preparação educacional e as práticas de enfermagem que vão ao encontro das necessidades dos pobres e das populações em risco;
- acentuar nas declarações políticas que a melhoria da saúde dos pobres contribui também para o crescimento económico e para o desenvolvimento;
- apoiar o desenvolvimento de modelos para sistemas de saúde locais que cheguem àqueles que mais precisam dos cuidados de saúde.

Porque a saúde e a pobreza estão interligadas, os enfermeiros e as associações nacionais de enfermeiros (ANE) devem trabalhar com os políticos e grupos de desenvolvimento para colocar a saúde na ordem do dia da pobreza, e a pobreza na ordem do dia da saúde. Isto envolverá uma abordagem multisectorial que vê os investimentos na saúde como benéficos para a redução da pobreza e vice-versa. Esta abordagem inclui e responde às múltiplas determinantes da saúde, tais como o emprego e o rendimento, o alojamento, a segurança alimentar, o acesso à educação, água, o saneamento e os factores relacionados com o estilo de vida. Apesar de os enfermeiros trabalharem no sector da saúde, podem tornar-se parceiros na colocação da saúde na ordem do dia dos outros sectores. Os enfermeiros podem colocar a saúde na ordem do dia da pobreza das várias formas que a seguir se enumeram.

- Intercedendo para aumentar os fluxos de recursos para o sector da saúde, que cubram especialmente as pessoas pobres.
- Informando-se acerca dos PRSP (Poverty Reduction Strategy Papers – Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza) para formularem abordagens a favor da saúde dos pobres e programas de saúde detalhados para o sector.
- Acompanhando os três objectivos de desenvolvimento do milénio (ODM) relacionados com a saúde, que devem ser atingidos em 2015: reduzir as mortes de crianças, a mortalidade materna, e a expansão do VIH/Sida, da tuberculose e da malária. Os enfermeiros e as ANE devem também estar envolvidos em abordagens multisectoriais para responder aos outros objectivos dos ODM, listados na Tabela 2.
- Envolvendo-se nas comissões nacionais de coordenação do Fundo Global de Luta contra o VIH/Sida, a Tuberculose e a Malária (GFATM) que distribui fundos aos países mais atingidos pelo VIH/Sida, pela malária e pela tuberculose, para combater estas doenças.
- Apelando ao Ministério da Saúde e aos outros sectores para implementarem as recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMS): para aumentar o investimento na saúde e para expandir os serviços de saúde próximos do utente.

- Promovendo o entendimento de que a saúde é essencial para o desenvolvimento.
- Ligando-se a outros sectores para se dirigirem às múltiplas determinantes da saúde e redução da pobreza, tais como a educação, a água e saneamento, a agricultura, o trabalho e a protecção social etc.

Para coordenarem acções contra a pobreza e a favor da saúde, os enfermeiros e as ANE devem estabelecer parcerias com outros sectores para colocarem a pobreza na ordem do dia da saúde. Isto requer integrar as preocupações com a pobreza no trabalho dos profissionais da saúde e dos políticos da saúde, de modo a que o impacto das intervenções de saúde na pobreza seja compreendido e apreciado. As iniciativas que podem ser tomadas incluem<sup>41</sup>:

- o empenhamento em aumentar o acesso aos cuidados de saúde e identificar investimentos para:
  - as condições de saúde que afectam desproporcionalmente os pobres (tuberculose, malária, VIH, mortalidade perinatal e das crianças, saúde materna, subnutrição);
  - as regiões ou áreas onde os pobres estão concentrados;
  - os tipos de serviços que existem, provavelmente, para beneficiar desproporcionalmente os pobres (cuidados de saúde primários; intervenções na saúde pública; cuidados de saúde promotores e preventivos, em lugar de cuidados curativos);
  - níveis de serviço que existem, provavelmente, para beneficiar desproporcionalmente os pobres (primários, em vez de secundários ou terciários);
  - dentro dos programas, tendo como alvo os pobres;

- a defesa da remoção das barreiras financeiras ao acesso aos cuidados, através:
  - do reforço das redes de segurança social, através de um seguro de saúde social e programas de assistência social;
  - da mobilização de recursos para financiar os serviços de saúde, de acordo com os meios e a capacidade para pagar;
  - da introdução de subsídios dirigidos e isenções de taxas;
  - da aplicação de princípios de partilha de riscos e de partilha de fundos, quando apropriado;
  - da substituição de pagamentos directos individuais por várias formas de pré-pagamento;
  
- a análise do problema da baixa procura e utilização dos serviços entre os pobres, através:
  - da identificação e da resposta às barreiras sociais, linguísticas e outras não financeiras;
  - da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde;
  - do aumento da consciência, sensibilidade e das capacidades dos prestadores de serviços;
  - do ênfase na consciencialização e na informação entre os pobres;
  
- a monitorização e avaliação do acesso aos cuidados de saúde através:
  - da desagregação de informação e análise do estatuto socioeconómico, rendimento, sexo, etnicidade, residência rural / urbana, estatuto de emprego (formal / informal) etc.;
  - da identificação da incidência dos benefícios: os pobres estão a beneficiar dos serviços? Porquê ou por que não?

## **Os enfermeiros respondem aos efeitos da pobreza rural nas crianças em idade escolar**

Minutos após as portas terem aberto na escola secundária onde trabalha, as crianças organizam-se na pequeníssima sala de espera da Enfermeira Gwen. Existem crianças com os queixos inchados por infecções derivadas de dentes podres, crianças diabéticas que necessitam de verificar o nível de açúcar no sangue e estudantes asmáticos que esperam por uma bombada de medicamento dos inaladores. As realidades deprimentes da vida também visitam o consultório de Gwen. Existem grávidas de 13 e 14 anos de idade que precisam de cuidados pré-natais e outros que sofrem de doenças sexualmente transmissíveis.

As enfermeiras, tal como Gwen, compreendem que a pobreza restringe as oportunidades educacionais das crianças que observam. Impossibilitadas de irem ao encontro das necessidades básicas, as famílias encontram tremendas dificuldades na promoção do desenvolvimento das crianças. As suas lutas diárias incluem a incapacidade para pagarem cuidados seguros e de qualidade às crianças; falta de acesso a seguros de saúde que possam pagar, alojamento inadequado, e falta de transporte de confiança.

Por isso, Gwen e outras enfermeiras da escola estão lá fora, nas linhas da frente, todos os dias, reforçando as hipóteses das crianças de terem uma boa educação através da melhoria do estado de saúde delas. Para muitas crianças em idade escolar e sem seguro, ela tem sido, frequentemente, a primeira e a única fonte consistente de serviços de saúde.

Conscientes de que as famílias que mais precisam de assistência são aquelas que menos conscientes estão dos benefícios disponíveis, os enfermeiros fazem grandes esforços em conduzir uma busca efectiva e referências aos programas do estado e a coberturas de cuidados de saúde que possam pagar. Em troca, a legislatura do estado, consciente das contribuições dos enfermeiros, está a trabalhar para aumentar o número de programas para o sistema escolar.

De maneira a colocar a saúde na ordem do dia da pobreza e a pobreza na ordem do dia da saúde, os enfermeiros e as ANE precisam de se tornar activistas da saúde. Os seus conhecimentos de saúde e de doença e a partilha de experiências em cuidar de pessoas pobres dão aos enfermeiros uma boa credibilidade para contribuírem para o debate nacional sobre as acções contra a pobreza e a favor da saúde.

# CAPÍTULO CINCO

## Políticas de saúde em prol dos pobres: Um quadro de actuação

---

Enquanto as necessidades de cuidados de saúde dos pobres são maiores do que as dos não-pobres, o respectivo acesso aos serviços de saúde é menor, devido a uma série de barreiras financeiras e não financeiras. Uma destas barreiras é a percepção da baixa qualidade de cuidados que os pobres podem receber. Existem provas de que os prestadores de cuidados de saúde não estão suficientemente atentos ou sensíveis às necessidades e preferências dos pobres nos cuidados de saúde; o tratamento rude por parte dos prestadores de cuidados de saúde está disseminado<sup>42</sup>. Os pobres enfrentam barreiras no comportamento de procura dos serviços de saúde e no acesso aos cuidados, nomeadamente<sup>43</sup>:

- físicas, tal como a distância das instalações de saúde;
- a pobre qualidade dos serviços, real ou percebida;
- financeiras, relacionadas com os seguintes custos:
  - custos directos (taxas dos serviços, custo dos exames e medicamentos etc.);
  - custos indirectos (transporte e alimentação);
  - custos de oportunidade (ordenados perdidos, tempo dispendido, outras despesas domésticas reduzidas);
- barreiras relacionadas com o conhecimento e com a tomada de consciência;
- barreiras sociais e culturais (distância social, cultural ou linguística dos prestadores de cuidados de saúde).

O Banco Mundial identificou quatro razões para os serviços estarem a negligenciar os pobres. Em primeiro lugar, apesar de os governos destinarem cerca de um terço dos orçamentos à saúde e à educação, não atingem necessariamente as pessoas pobres. Os gastos públicos em saúde e educação beneficiam geralmente as pessoas mais ricas. Por exemplo, na Índia o quinto da população mais rica recebe um subsídio curativo de cuidados de saúde três vezes mais alto que o dos pobres<sup>44</sup>.

Em segundo lugar, mesmo quando os gastos públicos podem ser realocados a favor dos pobres, o dinheiro nem sempre chega à linha da frente dos prestadores de cuidados de saúde, como as pequenas escolas e as clínicas das áreas remotas do país. Em terceiro lugar, mesmo que a quota alocada às áreas remotas seja aumentada, os professores, os médicos e os enfermeiros trabalham, frequentemente, num sistema onde a corrupção é predominante, os incentivos para prestar os serviços são fracos e onde o absentismo não é monitorizado. Por exemplo, uma inspecção às instalações de cuidados de saúde primários no Bangladesh descobriu que a taxa de absentismo entre os médicos era de 74%<sup>45</sup>. Mesmo quando estão presentes, alguns prestadores de serviços tratam mal as pessoas pobres.

A ausência de dedicação às causas da falta de exigência de cuidados de saúde é a quarta razão pela qual os serviços negligenciam as pessoas pobres. As pessoas pobres nem sempre mandam os filhos para a escola, nem os levam a uma clínica. Este facto pode dever-se a instalações de saúde deficientes, factores culturais ou a distâncias sociais entre as pessoas pobres e os prestadores de serviços. Na Bolívia, 60% das crianças que morrem antes dos cinco anos de idade não viram um prestador de serviços de saúde formal durante o tempo que estiveram doentes. Mesmo quando os serviços são gratuitos, as famílias pobres não se podem dar ao luxo de despender do tempo que se leva a viajar, sejam os 7,99 km até à escola mais próxima, no Mali, ou os 22,9 km até ao posto médico mais próximo, nos Camarões<sup>46</sup>.

## **Enfermeiros culturalmente sensíveis nos dois lados da fronteira**

Todo o tipo de recordes de saúde indesejáveis estão a ser batidos na fronteira entre os EUA e o México, o lar de nove milhões de pessoas. Estes recordes incluem a maior taxa de gravidez adolescente, a maior taxa de obesidade, a maior taxa de diabetes e a maior taxa de ferimentos em acidentes de viação causados por não se usar o cinto de segurança.

Aqui, cerca de 3,4 milhões de pessoas estão 200% abaixo do nível de pobreza. Mais de um terço estão enredadas em condições abaixo do nível de vida padrão, requerendo assistência especial. A grande maioria não tem recursos para ter um seguro de saúde, por isso não procuram cuidados de saúde preventivos e têm dificuldade em perceber porque é que precisam de medir a tensão arterial ou os níveis de colesterol quando não se sentem doentes. Para complicar ainda mais, a disparidade económica entre o México e os EUA leva a que mais do que 800 000 pessoas atravessem a fronteira de cerca de 3220 km todos os dias.

Rudy é um dos enfermeiros, cultural e linguisticamente competente, que tem um papel importante na redução das graves injustiças na saúde que as populações da fronteira entre os EUA e o México enfrentam. Especializado em enfermagem de família, com um consultório na fronteira entre o Arizona e o México, Rudy é também o presidente da divisão local da associação de enfermeiros hispânicos. “Como enfermeiros”, explica, “assistimos aos seus problemas de saúde todos os dias: esgotamento pelo calor, hipotermia e envenenamento. As pessoas ficam com tanta sede, ao atravessar o deserto, que bebem tudo, incluindo anticongelante. Se eles chegarem vivos ao Serviço de Urgência, mandamo-los para a diálise.”

“A pior doença na fronteira é a pobreza”, destaca Rudy, “dá origem a desemprego, gravidez adolescente, habitações com baixa qualidade, violência doméstica, diabetes, cancro e mais.”

Robert, um enfermeiro hispânico que trabalha numa clínica de uma cidade da fronteira perto do Texas, adora o seu trabalho: “Aqui, toma-se conhecimento de como as pessoas vivem e que tipo de recursos têm. Conhecem-se as suas famílias e entendem-se os pacientes como pessoas.”



## Sistemas de saúde em prol dos pobres

Uma abordagem da saúde em prol dos pobres dá prioridade à promoção, protecção e melhoria da saúde das pessoas pobres. Tal como se afirma no Manifesto do ICN [ICN Policy Statement]:

*“O Conselho Internacional de Enfermagem [ICN – International Council of Nurses] e os respectivos membros, as associações nacionais de enfermeiros, advogam o desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde que providenciem uma gama de serviços de saúde essenciais, acessíveis a toda a população, tal como determinado no país, quer de cuidados curativos, quer de cuidados preventivos.*

*Onde tais serviços não forem subsidiados pelo estado, o ICN considera que os governos têm a responsabilidade de assegurar serviços de saúde acessíveis aos grupos vulneráveis<sup>47</sup>.”*

Os sistemas de saúde têm de se focar em serviços que se dirijam às principais necessidades de saúde das pessoas carenciadas, que alcancem os grupos vulneráveis mais equitativamente e que melhorem a saúde destes grupos. Ao terem uma abordagem em prol dos pobres, os sistemas de saúde podem tomar as medidas que a seguir se enumeram<sup>48</sup>.

**Centrar-se em estratégias de recursos humanos:** na globalidade, os sistemas de saúde enfrentam falta de profissionais de saúde, pessoal sem supervisão, altas taxas de desgaste, baixos salários e condições de trabalho deficientes. Em muitos países, o facto de os trabalhadores da área da saúde serem pobres leva ao absentismo, à falta de motivação e à deficiente qualidade dos serviços. Os enfermeiros e as associações nacionais de enfermeiros podem fazer parte das iniciativas do governo para:

- analisar a redistribuição de competências dos trabalhadores da área da saúde; rever o propósito dos enfermeiros, parteiras, assistentes médicos e outros em chegar às pessoas vulneráveis e pobres;

- reorientar a formação para se centrar na promoção da saúde e dos serviços preventivos e extensivos;
- providenciar incentivos financeiros e não financeiros, incluindo o pagamento adequado, a acomodação, a protecção da violência no local de trabalho e a educação contínua;
- criar oportunidades de trabalho e incentivos ao trabalho em áreas remotas e mal servidas;
- aumentar o acesso à informação e à tecnologia de comunicação para o pessoal de saúde, para melhorar os padrões de formação e a educação contínua.

**Reforçar os serviços de saúde:** o tratamento das doenças particularmente associadas à pobreza e das necessidades prioritárias de saúde dos pobres reduzirá o peso das doenças crónicas e contagiosas. Os sistemas de saúde fracos e em colapso estão inadequadamente preparados para responder às necessidades de saúde da sociedade, em geral, e dos pobres, em particular. Os enfermeiros e as associações nacionais de enfermeiros podem ser parceiros activos dos governos, das agências de desenvolvimento, das ONG e de outros para:

- aumentar o acesso a serviços de saúde materna e infantil, que incluem cuidados pré-natais, cuidados especializados durante o trabalho de parto e parto, e cuidados de emergência;
- promover estilos de vida saudáveis e prevenir estados crónicos tais como a diabetes, os problemas respiratórios, os problemas psicológicos e de saúde mental, lesões e doenças relacionadas com o tabaco e com o álcool;
- prevenir doenças contagiosas tais como infecções respiratórias superiores, VIH/Sida, tuberculose, malária, diarreia e subnutrição que afectam desproporcionalmente as pessoas pobres;
- definir prioridades que reflectam as necessidades das pessoas pobres e que as envolvam na identificação das respectivas necessidades;
- analisar a informação acerca dos cuidados de saúde para determinar o estado da saúde, as necessidades dos serviços de saúde e a utilização dos serviços de saúde pelos pobres e pelas pessoas vulneráveis;

- identificar populações vulneráveis e mal servidas tais como as populações rurais do interior, os refugiados e as pessoas deslocadas;
- assegurar a disponibilidade de medicamentos e equipamento nos serviços de saúde;
- melhorar a motivação e capacidade da equipa para providenciar cuidados de qualidade;
- melhorar a atitude e o comportamento dos profissionais de saúde, especialmente perante pessoas pobres.

### **O ensino e o cuidado dos enfermeiros levam a uma melhoria na saúde de uma pobre comunidade peruana**

Uma equipa de nove estudantes de Enfermagem de uma universidade da Filadélfia, conduzida por dois professores, fez uma viagem até uma remota aldeia peruana. O objectivo era instruir as famílias sobre questões de saúde para melhorar os padrões de saúde e de vida das mesmas. Os alunos descobriram que, enquanto os tratamentos de muitas doenças agudas eram impossíveis, as medidas mais simples eram muito eficazes. Estas incluíam o ensino sobre nutrição, prevenção da doença, imunização, medidas sanitárias, higiene e preparação da comida. As turmas foram ensinadas sobre a Manobra de Heimlich e sobre questões da saúde da mulher, nomeadamente a auto-examinação do peito.

Os enfermeiros dividiam o dia entre visitar as casas, de manhã, e ensinar as turmas, de tarde. Nas casas, verificavam a tensão arterial, tratavam das feridas e davam assistência a vítimas de trombozes, diabetes, malformações do coração e cancro, explicando como tomar a respectiva medicação e quando consultar os médicos. Os enfermeiros descobriram que a pobreza impedia muitas famílias de consultarem os médicos e de aviarem as receitas. Uma jovem enfermeira compreendeu que o que a comunidade realmente precisava deles era de “encorajamento e carinho”. Ela observou que as turmas “colaboravam para ajudar os membros da comunidade a cuidarem melhor deles próprios, através da melhoria das rotinas diárias de vida.”

Karen, uma das estudantes da equipa, reflectiu, aquando do seu regresso, que tinha testemunhado “uma sabedoria própria noutra cultura, um poder humano de recuperação e uma desenvoltura tremendos. Aqueles que ensinámos e tratámos ensinaram-nos muito mais em troca, lições que não podem ser aprendidas na sala de aula ou em livros.” A equipa sentiu que a sua intervenção deixou os fundamentos para uma melhor saúde e ajudou a comunidade a avançar.

**Apoiar mecanismos de financiamento da saúde equitativos:** a reforma dos cuidados de saúde em curso e as medidas de contenção de custos tais como as taxas moderadoras, a repartição de custos e a privatização de serviços de saúde levanta preocupações acerca da igualdade de acesso aos cuidados de saúde por parte de todas as pessoas, especialmente dos pobres. Os mecanismos de financiamento da saúde não devem ser uma barreira no acesso aos cuidados de saúde para os pobres ou acrescentar às respectivas finanças mais um peso e empobrecimento. Serviços de saúde subsidiados ou financiados publicamente, sistemas de pré-pagamento e contribuições para o seguro de saúde diminuem o pagamento individual directo no momento da doença e asseguram um acesso equitativo aos serviços de saúde a todas as pessoas. Os enfermeiros e as associações nacionais de enfermeiros necessitam de desenvolver esforços com os governos, as agências de desenvolvimento, as ONG e outros para:

- interceder por estratégias financeiras equitativas que protejam todos, especialmente as pessoas pobres, de serem excluídos dos serviços de saúde e que previnam um pesado fardo financeiro;
- aumentar o acesso aos cuidados de saúde de grupos com possibilidades limitadas de pagar as taxas moderadoras ou prestações para o seguro, tais como as mulheres com menor acesso a um salário;
- desenvolver mecanismos diferentes que restrinjam pagamentos individuais directos no momento da doença;
- apoiar esquemas de financiamento da comunidade e seguros voluntários com a participação activa das pessoas pobres;
- monitorizar o impacte das abordagens de repartição de custos, tais como as taxas moderadoras e outros esquemas geradores de rendimentos, na utilização dos serviços de saúde pelos pobres;
- interceder por cuidados de saúde primários gratuitos para as pessoas pobres;
- identificar os grupos ou comunidades altamente vulneráveis que devem ter acesso aos serviços de saúde;

- identificar as doenças e as condições prioritárias que causam um fardo pesado de saúde precária, perda de produtividade e morte;
- desenvolver políticas e procedimentos que levem à isenção das pessoas pobres de pagar pela hospitalização.

**Tabela 3: Exemplos das principais políticas e leis, relacionadas com a saúde, durante o ciclo de vida dos pobres.**

<b>Políticas e leis relacionadas com a pobreza que afectam a saúde durante o ciclo de vida</b>	
<b>Objectivo da política</b>	<b>Exemplo da lei</b>
<b>Etapa 1: pré-concepção e contracepção</b>	
1. Disponibilizar métodos contraceptivos apropriados para as mulheres pobres / vulneráveis.	Os contraceptivos devem ser disponibilizados gratuitamente / a baixo custo aos pobres.
<b>Etapa 2: gravidez e crescimento inicial do feto</b>	
1. Estabelecer uma idade mínima para o casamento.	A idade legal para casar é: 18 anos para as raparigas e 20 para os rapazes.
2. Definir o cuidado pré-natal mínimo para as mulheres pobres.	As mulheres nestas condições têm direito a três consultas pré-natais gratuitas.
3. Regular trabalhadores de saúde voluntários, por exemplo, parteiras tradicionais.	As parteiras tradicionais podem assistir a partos em casa, após formação.
<b>Etapa 3: parto e bem-estar da mãe e do recém-nascido</b>	
1. Aumentar o acesso das mulheres pobres a parteiras especializadas.	Formar um número mínimo de parteiras especializadas para os partos em casa.
2. Reduzir a taxa de mortalidade materna e dos recém-nascidos.	Investigações obrigatórias para as mortes maternas / em recém-nascidos.

<p>3. Proibir a mutilação genital feminina (MGF).</p> <p>4. Promover a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses.</p>	<p>A MGF é um crime punível.</p> <p>Dificultar o acesso ao leite artificial.</p>
<p><b>Etapa 4: os primeiros anos</b></p>	
<p>1. Aumentar o acesso a serviços de saúde pediátricos, por exemplo, monitorização do crescimento, imunização.</p> <p>2. Prevenir a subnutrição de crianças que vivem em áreas afectadas pela aridez.</p> <p>3. Eliminar a discriminação contra as crianças do sexo feminino.</p>	<p>Serviços gratuitos para crianças durante os primeiros anos.</p> <p>Providenciar alimentação suplementar gratuita.</p> <p>Monitorizar os abortos de fetos femininos e as mortes dos recém-nascidos.</p>
<p><b>Etapa 5: infância</b></p>	
<p>1. Prevenir as cáries dentárias.</p> <p>2. Prevenir as doenças diarreicas.</p> <p>3. Erradicar a prostituição e o tráfico de crianças.</p> <p>4. Erradicar o trabalho infantil.</p>	<p>Fluoretação do abastecimento público de água.</p> <p>Implementar a higiene na comida, de água potável. Melhorar o acesso ao abastecimento</p> <p>Instaurar processos aos criminosos e traficantes adultos.</p> <p>Implementar leis laborais contra o trabalho infantil.</p>
<p><b>Etapa 6: adolescência</b></p>	
<p>1. Aumentar o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, por exemplo, contracepção, educação sexual, prevenção do VIH/Sida e outras DST.</p> <p>2. Prevenir o abuso de tabaco, álcool, drogas e outras substâncias dependentes.</p>	<p>Providenciar serviços atractivos para os jovens, saúde escolar, centros de atendimento, educação pelos pares etc.</p> <p>Proibir a publicidade, venda de tabaco, álcool etc.</p>

3. Prevenir lesões e mortes relacionadas com acidentes rodoviários.	Implementar uma idade mínima para tirar a carta de condução
<b>Etapa 7: adultos</b>	
<p>1. Prevenir doenças relacionadas com condições sanitárias deficientes e falta de água potável.</p> <p>2. Segurança alimentar para os pobres.</p> <p>3. Aumentar o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar para os grupos de baixos rendimentos.</p> <p>4. Prevenir a violência doméstica contra as mulheres.</p> <p>5. Lutar contra o estigma das pessoas que vivem com VIH/Sida.</p>	<p>Melhorar o saneamento e o acesso ao abastecimento de água potável.</p> <p>Subsidiar a alimentação de base, comida por trabalho, direitos fundiários para a mulher.</p> <p>Regular serviços baseados na comunidade.</p> <p>Prover ajuda legal e abrigo.</p> <p>Medidas legais e educacionais.</p>
<b>Etapa 8: idosos</b>	
<p>1. Aumentar o acesso a opções de habitação protegida para os idosos.</p> <p>2. Aumentar a segurança alimentar dos idosos refugiados.</p> <p>3. Apoiar os idosos que tratam as crianças órfãs devido à Sida.</p>	<p>Provisão de abrigos, subsídio de rendimento para os idosos.</p> <p>Subsídio alimentar e comida por trabalho.</p> <p>Cuidados ao domicílio e da comunidade, apoio subsidiado etc.</p>

Fonte: adaptado de Feuerstein, M-T, *Poverty and Health: Reaping a Richer Harvest*, págs. 89-92, Londres: Macmillan, 1997.

## Conclusão

A pobreza e a saúde estão interligadas. Ao compreender os efeitos da pobreza na saúde e de uma saúde precária na pobreza, os enfermeiros e as associações nacionais de enfermeiros podem trabalhar com múltiplos sectores para quebrar este elo. As acções tomadas pelos enfermeiros e outros para melhorar a saúde contribuem para a redução da pobreza. Analogamente, as acções tomadas para reduzir a pobreza têm impactes positivos nos resultados da saúde. Uma correcta compreensão da pobreza requer a análise das determinantes e que se lhes trace o perfil. É importante perceber, também, os efeitos da pobreza na saúde. Enquanto a pobreza está a crescer globalmente, parece existir um interesse renovado em tratá-la, bem como os respectivos efeitos. Os acordos dos objectivos de desenvolvimento do milénio (ODM) na Comissão de Macroeconomia e Saúde da OMS e na Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentado são sinais de que a vontade para reduzir a pobreza está a crescer.

Ao desenvolver sistemas e políticas de saúde a favor dos pobres, é importante identificar e dar prioridade aos sectores que têm um maior impacte na saúde e na redução da pobreza. A educação e a saúde são fundamentais para a redução da pobreza e são proeminentes nos objectivos de desenvolvimento do milénio. A educação primária, especialmente das mulheres, está fortemente relacionada com a melhoria dos cuidados de saúde das crianças, das famílias e das comunidades. A segurança alimentar está relacionada com a nutrição e com a saúde. O acesso à água e a boas condições sanitárias é essencial para a redução de doenças infecciosas. A prevenção da violência e de lesões é uma medida de saúde pública efectiva para reduzir o peso da morte. As acções nestes e noutros sectores são a essência para a melhoria da saúde e para a redução da espiral de pobreza.





INSTRUMENTOS  
PARA  
TRABALHAR COM OS POBRES



## **Ação contra a pobreza – pela saúde**

- Pressionar os governos locais, regionais e nacionais para o investimento na educação e em modelos de sistemas locais de cuidados de saúde que atinjam os mais necessitados de cuidados de saúde.
- Despertar a consciência dos enfermeiros para a importância de defender o lado dos pobres, para que os tratem com respeito e para o desenvolvimento e para a divulgação de uma declaração política.
- Promover uma formação educacional e uma prática da enfermagem que vá ao encontro das necessidades dos pobres e das populações em risco.
- Trabalhar para se certificar de que o ensino da Enfermagem, incluindo a formação continuada, inclui informação sobre as determinantes da saúde, sobre capacitação, e sobre o trabalho com as comunidades e os grupos vulneráveis para responder às suas necessidades especiais.
- Divulgar. Publicar um comunicado à imprensa sobre pobreza (ver exemplo) com estatísticas (ver exemplo), no Dia Internacional do Enfermeiro.
- Publicitar amplamente os objectivos de desenvolvimento do milénio (ODM) entre os membros da associação.
- Lançar uma campanha de saúde em prol dos pobres que dê prioridade à promoção, protecção e melhoria da saúde das pessoas pobres.

- Acção de seguimento, em apoio aos ODM, dos três objectivos de saúde que devem ser atingidos em 2015: reduzir a mortalidade infantil e materna, bem como a disseminação do VIH/Sida, da tuberculose e da malária.
- Estabelecer parcerias com outros sectores para colocar a pobreza na agenda da saúde e, especificamente, para responder aos outros objectivos dos ODM, listados na Tabela 2.
- Estar envolvido nas comissões coordenadoras nacionais do Fundo Global da Luta contra a Sida, Tuberculose e Malária (GFATM) que distribui fundos aos países mais atingidos pelo VIH/Sida, malária e tuberculose para combaterem essas doenças.
- Apresentar propostas ao Ministro da Saúde e a outros sectores para implementarem as recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMS): para aumentar o investimento na saúde e para expandir os serviços de saúde próximos do utente.
- Advogar a promoção do entendimento da saúde como essencial para o desenvolvimento.

<b>Objectivos de desenvolvimento do milénio relacionados com a saúde</b>	
<b>Objectivos e alvos da Declaração do Milénio</b>	<b>Indicadores para a monitorização do progresso</b>
<b>Objectivo 4: reduzir a mortalidade infantil</b>	
<b>Alvo 5:</b> reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos.</li> <li>– Taxa de mortalidade infantil.</li> <li>– Proporção de crianças com um ano de idade imunizadas contra o sarampo.</li> </ul>
<b>Objectivo 5: melhorar a saúde materna</b>	
<b>Alvo 6:</b> reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Taxa de mortalidade materna.</li> <li>– Proporção de nascimentos assistidos por pessoal especializado.</li> </ul>
<b>Objectivo 6: combater o VIH/Sida, a malária e outras doenças</b>	
<b>Alvo 7:</b> Até 2015 ter parado e começado a reverter a epidemia de VIH/Sida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalência de VIH entre mulheres grávidas com 15/24 anos.</li> <li>– Prevalência do uso do preservativo na taxa de uso de contraceptivos.</li> <li>– Número de crianças órfãs por VIH/Sida.</li> </ul>

### **Objectivo 8: desenvolver uma parceria global de desenvolvimento**

**Alvo 17:** em cooperação com companhias farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais de baixo custo em países em vias de desenvolvimento.

– Proporção da população com acesso a medicamentos essenciais de baixo custo numa base sustentável.

Fonte: Objectivos de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas. Site das Nações Unidas: [www.un.org/millenniumgoals.com](http://www.un.org/millenniumgoals.com)



## ***EXEMPLO DE UMA COMUNICAÇÃO À IMPRENSA***

**As pessoas pobres têm vidas mais curtas  
e estão doentes mais vezes  
do que os que têm uma boa situação financeira**  
***Os enfermeiros visam a pobreza e a ligação a uma saúde precária***

**Genebra, 12 de Maio de 2004** – Por ocasião do Dia Internacional do Enfermeiro, os enfermeiros estão, pelo mundo fora, a chamar a atenção para as ligações entre a pobreza e a saúde e apelam para uma acção multisectorial para reduzir a pobreza e melhorar a saúde. A pobreza é um problema complexo e disseminado pelo mundo. Mais de metade do mundo desenvolvido e em transição vive na pobreza, com cerca de 1,2 biliões de pessoas ou 23% da população mundial a viver com um dólar ou menos por dia. Outros 1,6 biliões de pessoas governam-se com entre um e dois dólares por dia<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> *Working Out of Poverty*, Relatório do Director-Geral, International Labour Conference, 91.<sup>a</sup> sessão, International Labour Office: Genebra, 2003.



Na maioria dos países, a pobreza tem um rosto feminino, pois cerca de 70 por cento dos 1,2 biliões de pessoas que vivem na pobreza são do sexo feminino. Em muitos países, a pobreza das mulheres subiu significativamente, quando comparada com a dos homens, nas últimas duas décadas. As mulheres são duas vezes mais propensas do que os homens a serem iletradas, e significativamente mais propensas a sofrer de condições de saúde relacionadas com a pobreza, tais como a anemia por falta de ferro, e subnutrição proteínico-energética<sup>2</sup>.

«A pobreza é a maior miséria com que lidamos hoje. Como enfermeiros, encontramos pessoas, todos os dias, que são incapazes de satisfazer as suas necessidades mais básicas devido à pobreza, e observamos como isto as torna mais susceptíveis à doença e a uma morte precoce», declarou Christine Hancock, Presidente do Conselho Internacional de Enfermeiros. «A particular crueldade da pobreza é o seu círculo vicioso, onde as pessoas não têm acesso à saúde, educação e outros meios para aumentar os rendimentos e para melhorar o seu estado de saúde. No entanto, sem uma boa saúde, o potencial de uma pessoa para escapar à pobreza é seriamente enfraquecido.»

Os enfermeiros exigem investimento na educação, nos cuidados de saúde e numa política social correcta para melhorar os resultados da saúde. Na sua campanha para reduzir a pobreza e o respectivo impacte negativo na saúde, irão defender a igualdade de acesso aos serviços de saúde, padrões justos de trabalho, locais seguros de trabalho e direitos iguais para as mulheres.

---

<sup>2</sup> Gender, Health, and Poverty Fact Sheet, Organização Mundial de Saúde (OMS): 2000, retirado de <http://www.who.int/inf-fs/en/fact251.html>, 2003.

Exercendo a profissão da saúde em que o público deposita maior confiança, os enfermeiros podem trabalhar eficazmente na defesa dos pobres, e com eles, para assegurar que as suas vozes são ouvidas, que são incluídos nas decisões que lhes dizem respeito e que as desigualdades de acesso, emprego, serviços, sexo, etnia e raça são tratadas.

## **Nota do editor**

O Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN) é uma federação com 125 associações nacionais de enfermeiros, que representam milhões de enfermeiros de todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros, desde 1899, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para garantir a qualidade dos cuidados para todos e políticas de saúde correctas globalmente.

**Para mais informações contacte Linda Carrier-Walker  
Tel.: (+41 22) 908 01 00 – Fax: (+41 22) 908 01 01  
E-mail: [carrwalk@icn.ch](mailto:carrwalk@icn.ch) – Site: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)**



**Factos e números: a verdadeira história da pobreza e da saúde**

<b>1 bilião</b>	Mais de um bilião dos seis biliões da população mundial não consegue satisfazer as necessidades básicas de comida, água, saneamento, cuidados de saúde, habitação e educação.
<b>1,2 biliões</b>	O número de pessoas no mundo em desenvolvimento e em transição, que vivem com um dólar ou menos por dia.
<b>1,1 biliões</b>	O número de pessoas subnutridas em todo o mundo.
<b>70%</b>	Dos 1,2 biliões de pessoas que vivem na pobreza, 70% são do sexo feminino.
<b>41%</b>	Do total de 180 milhões de desempregados no mundo, 41% têm idades entre os 15 e os 25 anos.
<b>5x</b>	As crianças que vivem na pobreza têm cinco vezes mais possibilidades de morrer antes de chegarem aos cinco anos.
<b>2,5</b>	Aqueles que vivem na pobreza têm 2,5 vezes mais possibilidades de morrer com idades entre os 15 e os 59 anos do que os grupos de maiores rendimentos.
<b>1 em 12</b>	O risco permanente de morrer durante uma gravidez em África, a sul do Sara, comparado com 1 em 4000 na Europa.
<b>Abaixo dos 50</b>	A esperança de vida ao nascimento nos países menos desenvolvidos, comparada com os 77 anos de esperança de vida nos países industrializados.

- 49%** Das 10,7 milhões de mortes que ocorrem anualmente entre as crianças com menos de cinco anos em todos os países em desenvolvimento, 49% estão associadas à subnutrição.
- 2 milhões** Aproximadamente dois milhões de crianças morrem anualmente – 6000 crianças por dia – devido a infecções causadas por más condições de saneamento.
- 115 milhões** O número de crianças que não vai à escola; destas, três quintos são raparigas.
- 42 milhões** Em todo o mundo, 42 milhões de pessoas estão a viver com o VIH/Sida, 39 milhões nos países em desenvolvimento.
- 10%** Apenas 10% do gasto total na pesquisa e no desenvolvimento médico é direccionado às doenças dos mais pobres, que constituem 90% da população mundial.
- 54** O número de países que estavam mais pobres em 2003 do que em 1990.



## A enfermagem e o desenvolvimento

# Enunciado de posição

### A posição do ICN

Como defensor de comunidades saudáveis e do desenvolvimento sustentável, o ICN colabora com a enfermagem, com os cuidados de saúde e outras organizações para identificar as necessidades de saúde das populações em risco. O ICN trabalha estrategicamente para permitir aos enfermeiros, e aos outros, desenvolverem e alcançarem objectivos para a enfermagem e para os cuidados de saúde, que tenham em consideração as necessidades locais, as condições e os constrangimentos sociopolíticos, demográficos e económicos locais, e o contexto cultural local.

O ICN investe os seus recursos para produzir o efeito benéfico máximo para os resultados da saúde, e no desenvolvimento da enfermagem e dos cuidados de saúde. Apoia abordagens locais e rentáveis ao desenvolvimento de sistemas de saúde, incluindo o tratamento justo e a segurança dos enfermeiros e dos profissionais de saúde. Dentro da enfermagem, a ênfase do ICN está em reforçar as associações nacionais de enfermeiros, de modo a aumentar a autoconfiança e a promover a respectiva capacidade para ajudar os outros.

---

#### International Council of Nurses

3 place Jean-Marteau  
CH-1201 Geneva • Switzerland  
Telephone 41 (22) 908 0100  
Fax 41 (22) 908 0101  
e-mail [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
Website: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

O ICN valoriza uma abordagem “em cascata” do desenvolvimento, onde a expectativa é a de que os parceiros ajudarão os outros de igual modo, em troca de assistência. Isto também envolve a tomada de responsabilidade e a criação de condições para o desenvolvimento local dentro de um quadro que enfatize os princípios da justiça, da igualdade, da não discriminação, da transparência e da flexibilidade.

### **O ICN apoia o desenvolvimento de estratégias e políticas que:**

- aumentem os recursos e, ao mesmo tempo, providenciem uma prosperidade adequada para melhorar a saúde e o bem-estar e reduzir as desigualdades na saúde; e providenciem o acesso justo, rentável aos cuidados de saúde;
- reforcem a capacidade das mulheres e das crianças para exercerem maior controlo sobre as respectivas vidas e condições de vida;
- encorajem uma colaboração intersectorial e interdisciplinar;
- protejam o ambiente natural;
- apoiem o desenvolvimento de infra-estruturas na enfermagem e na saúde;
- ajudem os grupos a ajudarem-se a si próprios e aos outros.

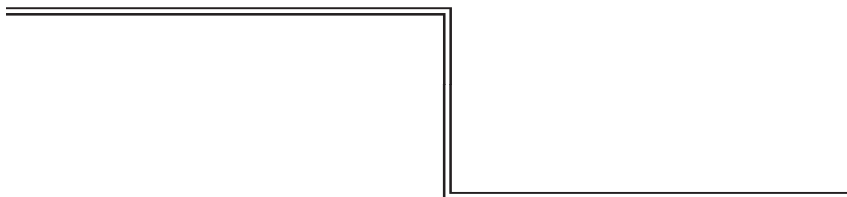
### **Historial:**

A visão do ICN é um mundo saudável onde o acesso à saúde é um direito humano básico. O ICN trabalha com os governos, com as organizações nacionais e internacionais na ajuda às populações para a obtenção de um nível de saúde que as permitirá levar uma vida social e economicamente produtiva.

O ICN vê o desenvolvimento como a criação de condições que permitam às populações irem ao encontro das necessidades do presente, sem comprometerem a possibilidade das futuras gerações irem ao encontro das respectivas necessidades<sup>1</sup>. Para nós, o desenvolvimento sustentado está relacionado com a disponibilização de uma estrutura na qual os grupos, as comunidades e os indivíduos têm acesso a recursos e oportunidades e exercem os seus direitos, usando-os para criar infra-estruturas que promovam comunidades saudáveis.

Reforçar a profissão de enfermagem é a chave para melhorar a saúde mundial. No cumprimento do mandato de representar os enfermeiros em todo o mundo, de avançar na profissão e de moldar a política da saúde, o ICN esforça-se por basear os seus programas e as suas iniciativas nos valores de liderança visionária, abrangência, flexibilidade, parceria e realização.

## Adoptado em 2000



O Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN) é uma federação com 125 associações nacionais de enfermeiros que representam milhões de enfermeiros de todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para garantir a qualidade dos cuidados para todos e as políticas de saúde correctas, globalmente.

---

<sup>1</sup> Our Common Future. The Report of the Independent Commission on International Development Issues, North and South, Cambridge, Massachusetts, 1987.







## Serviços de saúde acessíveis e financiados publicamente

# Enunciado de posição

### Posição do ICN:

O Conselho Internacional de Enfermeiros e as respectivas associações nacionais de enfermeiros membros defendem o desenvolvimento de sistemas nacionais de cuidados de saúde que providenciem uma variedade de serviços de saúde essenciais, acessíveis a toda a população, tal como determinado em cada país, quer de cuidados preventivos, quer de cuidados curativos.

Onde tais serviços não forem financiados publicamente, o ICN acredita que os governos têm a responsabilidade de assegurar serviços de saúde acessíveis a grupos vulneráveis.

Os serviços essenciais e acessíveis a todos devem ser determinados pelas necessidades de saúde de cada país. Devem equilibrar a eficiência e a rentabilidade com a qualidade, procurando alcançar um equilíbrio dentro dos recursos disponíveis.

---

#### International Council of Nurses

3 place Jean-Marteau  
CH-1201 Geneva • Switzerland  
Telephone 41 (22) 908 0100  
Fax 41 (22) 908 0101  
e-mail [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
Website: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

O ICN apoia os esforços das associações nacionais de enfermeiros para influenciar uma política pública de saúde que se baseie nas prioridades de saúde para a nação, na igualdade, na acessibilidade aos serviços essenciais, na eficiência (incluindo a produtividade), na rendibilidade, e na qualidade dos cuidados.

O ICN promove formação educacional em desenvolvimento da gestão e da liderança que prepara os enfermeiros para uma vasta série de papéis e de responsabilidades. O ICN apoia os esforços das associações nacionais de enfermeiros para assegurar que a política do governo para os serviços de saúde por ele financiados não baixem o nível da formação em Enfermagem, requerido pelas complexas exigências destes serviços.

O ICN e as suas associações-membros apoiam e promovem os princípios dos cuidados primários de saúde, como meios que ajudam a promover a disponibilidade e a acessibilidade aos serviços essenciais de saúde, a um custo que as comunidades e as nações podem suportar.

Para assegurar serviços que sejam acessíveis, rentáveis e de qualidade têm de se estabelecer princípios, padrões e mecanismos reguladores, que se apliquem igualmente aos serviços de saúde privados e públicos.

Os sistemas de formação em Enfermagem devem assegurar que os currícula são actualizados regularmente para ir ao encontro das necessidades do ambiente em mudança, que os currícula são implementados apropriadamente, e que as necessidades da educação em progresso são respondidas.

Uma nação saudável é um recurso nacional vital. O objectivo principal de cada nação tem de ser a obtenção do melhor estado de saúde possível para a população, dentro dos recursos disponíveis.

O ICN e as associações-membros necessitam de manter redes de ligação eficazes com os consórcios relevantes para ajudar a assegurar que a alocação de recursos e a disponibilidade dos serviços são baseadas nas necessidades e prioridades, promovem

os cuidados primários de saúde e consideram tanto os aspectos da qualidade como os custos.

Este objectivo é dificultado devido:

- ao aumento da procura de serviços de saúde (devido a factores tais como a mudança da natureza e a quantidade dos problemas de saúde, as populações envelhecidas e o aumento das expectativas públicas);
- ao aumento dos custos dos cuidados de saúde, frequentemente associados com recursos insuficientes e com a crescente ênfase nas caras aplicações de tecnologia avançada;
- ao uso inadequado dos recursos disponíveis devido às ineficiências no planeamento e na definição de prioridades, utilização e gestão dos sistemas de cuidados de saúde.

A reforma do sistema de saúde em muitos países está a tentar responder a estes problemas. Isto tem implicações para as partes públicas e privadas dos sistemas de saúde.

**Adoptado em 1995**  
**Última revisão em 2001**

**Posição do ICN relacionada:**

- Promover o valor e a rendibilidade da enfermagem.

**Publicações do ICN:**

- Cost Effectiveness in Health Care Services – Guidelines for National Nurses Associations and Others, ICN: Genebra, 1993;
- Costing Nursing Services, ICN: Genebra, 1993.

O Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN) é uma federação com 125 associações nacionais de enfermeiros que representam milhões de enfermeiros de todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para garantir a qualidade dos cuidados para todos e as políticas de saúde correctas, globalmente.



## Acesso universal à água potável

# Enunciado de posição

### Posição do ICN:

O ICN acredita que o direito à água não é negociável. Um acesso seguro a água potável é uma necessidade universal e um direito humano fundamental; um recurso essencial para ir ao encontro das necessidades humanas básicas e para manter meios de subsistência e o desenvolvimento. A água é um bem público e o ICN opõe-se à privatização dos serviços de prestação de água e dos recursos de água.

O ICN acredita também que, com o compromisso e a vontade dos governos e de outros, a água limpa e potável pode ser acessível a todas as populações, a baixo custo, usando a tecnologia apropriada.

O ICN apoia o alvo definido nos objectivos de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas que procura baixar para metade, em 2015, a proporção de pessoas sem acesso a água potável segura<sup>1</sup>. O acesso é um aspecto-chave das estratégias efectivas de mitigação da pobreza.

---

<sup>1</sup> Cimeira do Milénio das Nações Unidas, Nações Unidas, Setembro de 2000.

O ICN apela aos enfermeiros e às associações nacionais de enfermeiros (ANE) para:

- trabalharem com representantes de outros sectores, tais como os do governo local e os dos recursos de água para intercederem pelo fornecimento de água limpa e potável;
- persuadirem os respectivos governos a providenciar água potável e acessível a toda a população;
- Intercederem para uma abordagem a favor dos pobres e sensível ao género, baseada na compreensão dos papéis das mulheres e dos homens na gestão da água, de modo que as mulheres e os homens possam participar equitativamente para aumentar o acesso a água limpa.

O ICN apela igualmente aos enfermeiros e às ANE para trabalharem com os corpos nacionais e internacionais, relacionados com o abastecimento de água, para:

- aumentar a vigilância e assegurar a segurança dos abastecimentos de água, protegendo-os de ataques intencionais, que usem agentes biológicos, químicos ou outros agentes nocivos;
- intercederem por políticas reguladoras correctas que assegurem acesso universal a água limpa; e
- monitorizarem o impacto na saúde pública da desregulação e privatização do abastecimento de água, particularmente nas populações vulneráveis.

## Historial:

Os enfermeiros trabalham com indivíduos, famílias e comunidades para a promoção da saúde, na prevenção da doença, na restauração da saúde e no alívio do sofrimento<sup>2</sup>. A missão da enfermagem para atingir estes objectivos seria frustrada sem o acesso da população ao abastecimento de água limpa e potável.

O rápido crescimento da população, a industrialização, a urbanização, a intensificação da agricultura e os estilos de vida com uso intensivo da água estão a provocar uma crise global de água. Cerca de 20 por cento da população carece de acesso a água potável e segura, enquanto 50 por cento carece de acesso a um sistema sanitário seguro<sup>3</sup>.

Mais de 3 milhões de pessoas morrem todos os anos com doenças relacionadas com a água, como a diarreia<sup>4</sup>; e milhões sofrem de doenças como a disenteria e o tracoma. As doenças com origem em instalações sanitárias e numa higiene deficientes são responsáveis pela morte de 2 milhões de crianças todos os anos<sup>5</sup>.

Devido à degradação ambiental e à poluição, as fontes de abastecimento de água estão ameaçadas pela contaminação através dos esgotos, de bactérias nocivas e de químicos como os nitratos; de metais pesados como o chumbo, o mercúrio e o arsénico; e de compostos orgânicos persistentes.

A falta de abastecimento de água limpa cria sérias ameaças à saúde pública. Este facto também constitui mais um pesado fardo para as mulheres em alguns países, que frequentemente percorrem grandes distâncias para trazerem água às costas, com sérias consequências para a saúde. Além da tarefa árdua de ir buscar água, tal água está muitas vezes contaminada pelos desperdícios animais, humanos e industriais que trazem graves consequências para a saúde.

---

<sup>2</sup> Code of Ethics for Nurses, ICN: Genebra, 2000.

<sup>3</sup> [www.unep.org](http://www.unep.org)

<sup>4</sup> "Water and Health", Bulletin of the World Health Organization, 79 (5), 486, OMS.

<sup>5</sup> Global Assessment Report, WSSCC/OMS/UNICEF, 2000.



Há uma preocupação crescente com o facto de as fontes de abastecimento de água serem alvos de ataques bacteriológicos, químicos, ou de outros agentes com a intenção de causar mal a grandes populações.

As tendências globais para a desregulação e privatização do abastecimento de água representam sérias barreiras ao acesso universal a água limpa e potável.

**Adoptado em 1995**  
**Revisto em 2002**

**Posições do ICN relacionadas:**

- Reduzir os riscos para a saúde relacionados com o ambiente e com o estilo de vida.
- Para uma eliminação das armas de guerra e de conflito.
- Os enfermeiros e os cuidados de saúde primários.
- Os enfermeiros e os direitos humanos.

**Publicações do ICN:**

- Ficha descritiva sobre: “Safe Household Water: Preventing Disease, Saving Lives”.

O Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN) é uma federação com 125 associações nacionais de enfermeiros que representam milhões de enfermeiros de todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para garantir a qualidade dos cuidados para todos e as políticas de saúde correctas, globalmente.

## Referências bibliográficas

---

- <sup>1</sup> Working Out of Poverty, Relatório do Director-geral, International Labour Conference, 91.<sup>a</sup> sessão, International Labour Office: Genebra, 2003.
- <sup>2</sup> Feuerstein, M-T, Poverty and Health: Reaping a Richer Harvest, Londres: Macmillan Education LTD, 1997.
- <sup>3</sup> Op cit, nota 2.
- <sup>4</sup> Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights:Poverty and the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights, Declaração adoptada pelo Comité dos Direitos Económicos Sociais e Culturais a 4 de Maio de 2001.
- <sup>5</sup> Poverty and Health; DAC Guidelines Series and References, pág. 20., OCDE / OMS, 2003.
- <sup>6</sup> Feuerstein, M-T, Poverty and Health: Reaping a Richer Harvest, pág. 12, Londres: Macmillan Education LTD, 1997.
- <sup>7</sup> Ravallion, M, The Debate on Globalisation, Poverty and Inequality: Why Measurement Matters, Development Research Group, Banco Mundial, 2003.
- <sup>8</sup> Op cit., nota 3.
- <sup>9</sup> Op cit., nota 2.
- <sup>10</sup> Op cit., nota 3.
- <sup>11</sup> Op cit., nota 2.
- <sup>12</sup> Op cit., note 3.
- <sup>13</sup> Ibidem.
- <sup>14</sup> Gender, Health, and Poverty Fact Sheet, Organização Mundial de Saúde (OMS): 2000, retirado de <http://www.who.int/inf-fs/en/fact251.html>, 2003
- <sup>15</sup> Ibidem.
- <sup>16</sup> Op cit., nota 2.
- <sup>17</sup> Ibidem.
- <sup>18</sup> Ibidem.
- <sup>19</sup> Ibidem.
- <sup>20</sup> Ibidem.
- <sup>21</sup> Ibidem.
- <sup>22</sup> Declaração do Milénio das Nações Unidas, Resolução 55/2, adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 8 de Setembro de 2000.
- <sup>23</sup> Feuerstein, M-T, Poverty and Health: Reaping a Richer Harvest, págs. 19-24, Londres: Macmillan Education LTD, 1997.
- <sup>24</sup> Feuerstein, M-T., op cit., págs. 24-27.
- <sup>25</sup> Poverty, Gender and Health Tool Kit., WPRO (Western Pacific Regional Office), OMS.
- <sup>26</sup> Supra, nota 2.
- <sup>27</sup> Ibidem.
- <sup>28</sup> Ibidem.

<sup>29</sup> Ibidem.

<sup>30</sup> Nutrition for Health and Development (NHD), & Sustainable Development and Healthy

Environments (SDE); Nutrition for Health and Development: A Global Agenda for Combating Malnutrition, OMS, 2000.

<sup>31</sup> Fact Sheet: Clean Water and Sanitation for the Poor, United Nations Development Programme (UNDP), 2003, retirado de <http://www.undp.org/dpa/publications/FSwater120303E.pdf>.

<sup>32</sup> Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, UNAIDS, 2002.

<sup>33</sup> Fact Sheet, UNAIDS, 2002, [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

<sup>34</sup> Malaria Fact Sheet, OMS, 2003, retirado de <http://www.who.int/inffs/en/fact094.html>.

<sup>35</sup> Towards A TB Free Future, WHO/CDS/STB/2001.13, WHO, 2001.

<sup>36</sup> Patel V., Kleinman A., "Poverty and common mental disorders in developing countries", Bulletin of the World Health Organization, 81(8), págs. 609-613, 2003.

<sup>37</sup> Op cit., nota 3.

<sup>38</sup> Fact Sheet: The Undefined and Hidden Burden of Mental Health Problems, OMS, 2003, retirado de <http://www.who.int/inf-fs/en/fact218.html>.

<sup>39</sup> Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, OMS, Genebra, 2001.

<sup>40</sup> ICN on Nursing and Development: Policy Background Paper, ICN, Genebra, 2000.

<sup>41</sup> Framework and Analysis Tool for Action, Western Pacific Regional Office, OMS, 2003.

<sup>42</sup> Poverty and Health; DAC Guidelines and Reference Series, pág. 40, OECD / WHO, OECD: Paris, 2003.

<sup>43</sup> Framework and Analysis Tool for Action, Western Pacific Regional Office, OMS, 2003.

<sup>44</sup> Peters D.H., et al., Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis and Options, Banco Mundial: Washington, 2002.

<sup>45</sup> Jaffrè, Y.; J.-P. Olivier, and Olivier de Sardan, eds., Les Dysfonctionnements des Systèmes de Soins; Rapport du Volet Socio-anthropologique; Enquêtes sur l'Accès aux Soins dans 5 Capitales d'Afrique de l'Ouest, UNICE-Cooperation Francaise: Marselha, 2002.

<sup>46</sup> World Development Report 2004; Making Services Work for Poor People, Banco Mundial, 2004.

<sup>47</sup> Policy Statement on Publicly Funded Accessible HealthCare, International Council of Nurses (ICN), revisto em 2001.

<sup>48</sup> Poverty and Health; DAC Guidelines and Reference Series. págs. 29-49, OCDE / OMS OCDE: Paris, 2003.

*Edição Portuguesa*

*Tradução do original: Letrário*

*Pré-impressão: DPI*

*Impressão: Grafinter*

*Revisão: Ordem dos Enfermeiros*



Maio de 2004



3, place Jean-Marteau  
1201 Geneva, Switzerland  
Telephone 41 (22) 908 0100  
Fax 41 (22) 908 0101  
e-mail [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
Website: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

Avenida Almirante Gago Coutinho, 75  
1700-028 LISBOA  
Tel. + 351 218 455 230  
Fax + 351 218 455 259  
[mail@ordemenfermeiros.pt](mailto:mail@ordemenfermeiros.pt)  
[www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)

