



Políticas públicas para melhorar a educação e a saúde das pessoas

Como defende o Pacto de Desenvolvimento do Milénio, o primeiro cacho de políticas necessário para os países de prioridade máxima e alta poderem romper as armadilhas da pobreza envolve o investimento na saúde e na educação. Estes investimentos contribuem para o crescimento económico, o que se repercute no desenvolvimento humano (ver capítulo 3). Educação, saúde, nutrição e água e saneamento completam-se, contribuindo os investimentos num deles para melhorar os resultados dos outros. Uma grande mensagem deste capítulo é que os decisores políticos precisam reconhecer as sinergias entre os muitos aspectos do desenvolvimento humano quando investem na realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

A educação afecta todos os tipos de resultados do desenvolvimento humano. Mais do que uma simples fonte de conhecimento, a educação promove melhor higiene e aumenta a utilização de serviços de saúde. Água potável e saneamento adequado também determinam resultados na saúde. Ao reduzir as doenças infecciosas, melhoram a situação alimentar das crianças e aumentam a sua capacidade de aprender. Juntas, essas intervenções contribuem para uma transição de saúde – das doenças transmissíveis, como a maior parte do fardo de doenças do país, para as doenças crónicas, como a principal fonte.

A transição da saúde apressa a transição demográfica de altas para baixas taxas de nascimento e mortalidade. Além disso, níveis mais elevados de educação estão associados a melhor planeamento familiar. Quando sobrevivem mais crianças, as famílias reduzem o número de filhos que têm. O tamanho desejado das famílias diminui, processo ajudado pela pronta disponibilidade de contraceptivos. Portanto, com o tempo, uma menor mortalidade infantil desempenha um papel importante na queda das taxas de fertilidade.¹ Esta noção de sinergias entre investimentos sociais é central para reduzir a fome, a subalimentação, a doença e o analfabetismo – e para fazer progredir as capacidades humanas.

Para tirar o máximo proveito das sinergias entre serviços sociais básicos, é crucial um enfoque, desde

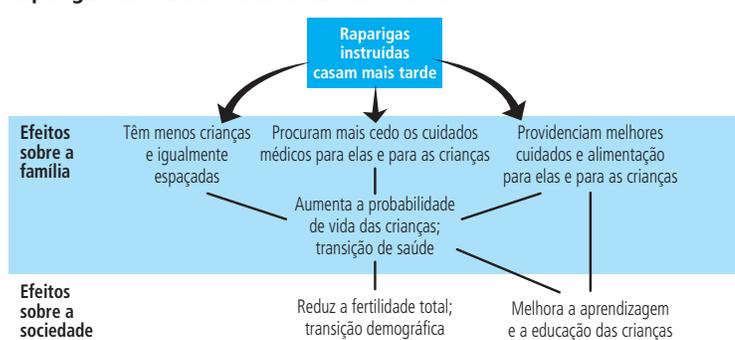
cedo, no ensino primário universal, particularmente para as raparigas. Mas para isso é necessário que esteja disponível um planeamento familiar funcional e serviços de água e saneamento. Assim, esses serviços são fundamentais para atingir todos os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Este capítulo também defende que a igualdade de género não é só uma meta por direito próprio – é central para atingir todos os outros Objectivos. Os ciclos de vida das raparigas instruídas ilustram as sinergias entre intervenções no sector social (figura 4.1). É provável que as raparigas instruídas se casem mais tarde – especialmente se a sua escolaridade se estender até ao nível secundário e elas se envolverem numa actividade económica fora de casa. As raparigas e as mulheres instruídas também têm menos filhos, procuram cuidados médicos mais cedo, para elas e para os filhos, e dão melhores cuidados e alimentação aos filhos.² Esse comportamento reduz a probabilidade de doença e aumenta a possibilidade de as crianças viverem para além dos cinco anos.

Com o tempo, a redução da mortalidade infantil leva a famílias mais pequenas e a maior utilização dos contraceptivos – reduzindo a fertilidade global. Com famílias mais pequenas, os cuidados infantis melhoram, e com mais baixa fertilidade, a população em idade escolar diminui. Assim, as vantagens

FIGURA 4.1

Raparigas instruídas levam vidas diferentes



Fonte: Mehrotra e Jolly 2000.

da educação das raparigas aumentam de geração para geração. Mas, se é importante reforçar desta forma a capacitação das mulheres em matéria de saúde e de educação, também é necessário agir para reforçar o seu papel na sociedade como agentes de mudança (caixa 4.1).

O progresso anterior mostra o que é possível. Nos últimos 50 anos, a maioria dos países em desenvolvimento alcançou progressos na saúde e na educação que levaram, aproximadamente, 200 anos nos países ricos. Mas há cerca de uma dúzia de países em desenvolvimento que fizeram progressos especialmente rápidos, alcançando indicadores sociais comparáveis aos dos países ricos. Esses países de elevado desempenho oferecem lições de política aos outros países para atingirem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (caixa 4.2).

Se houver alguma dúvida de que os Objectivos podem ser alcançados em menos de uma geração, vejam-se os ganhos seguintes. O Sri Lanka aumentou 12 anos à esperança de vida à nascença, em apenas sete anos (1945-52).³ Em nove anos (1953-62), a China acrescentou 13 anos.⁴ Entre 1960 e 1980, o Botswana mais do que duplicou a sua taxa de escolarização bruta no ensino primário, passando de 40% para 91%.⁵ E no Zimbabué, a taxa de escolarização bruta no ensino primário subiu de 75% em 1960 para 124% em 1985, cinco anos depois da independência.⁶

Alguns países com bons níveis de desempenho combinaram o rápido progresso económico e social – e têm agora economias de elevado desempenho (República da Coreia, Malásia, Maurícias). Alcançaram o progresso social no início dos seus processos de desenvolvimento, quando os rendimentos nacionais ainda eram baixos –

CAIXA 4.1

Capacidades e acção das mulheres – essenciais para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

Se as capacidades das mulheres não forem melhoradas e se a igualdade de género não aumentar, os outros Objectivos de Desenvolvimento do Milénio não serão atingidos. Reforçar a acção e a voz das mulheres é essencial para melhorar as suas capacidades – e reforçar as suas capacidades é essencial para melhorar a sua acção e a sua voz. Embora a educação seja a única meta oficial (“Eliminar a disparidade de género nos ensinos primário e secundário, de preferência até 2005, e em todos os níveis de ensino até 2015”), utilizada para avaliar o progresso em direcção ao Objectivo da igualdade de género, foram criados vários outros indicadores para monitorizar o desempenho:

- O rácio entre raparigas e rapazes nos ensinos primário, secundário e terciário.
- O rácio entre alfabetizados do sexo feminino e do masculino com idades entre os 15 e os 24 anos.
- A parcela de mulheres com emprego assalariado fora da agricultura.
- A parcela de mulheres nos parlamentos nacionais.

A igualdade de género na educação ajuda as mulheres a garantir emprego fora de casa e a adquirir poder político, contribuindo para a sua acção na esfera pública. Mas a igualdade de género também deve estender-se ao domínio privado.

Hoje, a desigualdade de género mina as capacidades das mulheres na educação e saúde. Todavia, estão a fazer-se alguns progressos. Por exemplo, entre 1990 e 2001, o rácio entre alfabetizados do sexo feminino e do masculino com idades entre os 15 e os 24 anos, em países com desenvolvimento humano baixo, aumentou de 70 para 81 mulheres em cada 100 homens, embora em países com desenvolvimento humano médio tenha aumentado apenas de 91 para 93. O rácio de género no ensino primário também fez progressos

limitados, subindo de 86 para 92 raparigas em cada 100 rapazes, nos países em desenvolvimento, entre 1990 e 1999-2000. Às taxas actuais, a igualdade de género na educação não será atingida até 2025 – 20 anos depois da meta fixada pelos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Entre as jovens (15 a 24 anos) dos países em desenvolvimento, a alfabetização é de 60%, contra 80% nos jovens. Além disso, há mais mulheres a sofrer de HIV/SIDA. A mortalidade materna é outra dimensão dos fardos adicionais das mulheres. E apesar das razões biológicas para as mulheres viverem mais do que os homens, muitas regiões e países em desenvolvimento têm milhões de mulheres “desaparecidas” mortas por infanticídio, abortos baseados no sexo, ou discriminação sistemática no ciclo de vida (resultando numa população feminina mais pequena, com 35 a 37 milhões de mulheres a menos na Ásia do Sul e 38 a 40 milhões na China).

Sem medidas para aumentar as capacidades das mulheres na saúde e educação, elas terão perspectivas limitadas de trabalhar fora de casa e ganhar rendimentos independentes. Nos anos de 1990, as mulheres que trabalhavam fora da agricultura representavam uma percentagem inalterada de 40% do emprego dos homens nos países em desenvolvimento.

Muitos desafios minam a igualdade de género no emprego e na participação na comunidade e na política. Nos países em desenvolvimento, a maioria das trabalhadoras pobres fora da agricultura está envolvida em emprego informal e recebe uma remuneração baixa e irregular. E em todo o mundo, as mulheres não representam mais de 30% dos parlamentares em apenas sete países. Uma representação política mais igualitária tem muitas vezes que ser provocada por quotas.

As relações de género são em grande medida determinadas por contextos sociais e culturais. Os valores patriarcais instilados desde a infância influenciam as atitudes e a maneira de ver ao longo da vida, tanto das mulheres, como dos homens. Esses valores são muitas vezes consagrados em leis prejudiciais para os direitos e as reivindicações das mulheres – especialmente dos que estão relacionados com o casamento, divórcio, violação, violência e sucessão. Os movimentos para os direitos das mulheres concentram-se muitas vezes na reforma dessas leis.

Embora o emprego e a educação sejam considerados estratégias básicas para reforçar a acção e a voz das mulheres, uma acção mais forte também precisa de:

- Reconhecer a importância da educação, mas também melhorar o seu conteúdo, provisão e retornos.
- Criar mais empregos para mulheres, mas também melhorar a sua natureza e as suas condições – incluindo meios de vida sustentáveis.
- Aumentar o número de mulheres nos parlamentos, mas também aumentar a visibilidade das mulheres em posições de autoridade e de tomada de decisão – do nível local ao nacional.

Assim, capacitar as mulheres exige políticas que tratem tanto das necessidades práticas (apoiar as capacidades básicas necessárias para funcionar, tais como a melhoria das condições de vida e o aumento da oferta de emprego, cuidados de saúde e abastecimento de água potável) como das necessidades básicas (reforçar a voz e a acção das mulheres para renegociarem os seus papéis em casa e na sociedade, tais como os direitos legais a activos e leis que assegurem salários iguais, direitos de reprodução e ausência de violência). Além disso, estas políticas devem ser apoiadas por leis que garantam direitos iguais – tanto para as mulheres como para os homens, nos sectores privado e público.

Fonte: Christiansen, Conway e Poston 2003; Drèze e Sen 2002; Landuyt 1998.

Lições de política de países com realização elevada na saúde e na educação

Não há uma receita global para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, nem um caminho definido para estar “no caminho”. Situações nacionais diferentes exigem que os países desenvolvam estratégias diferentes para atingir objectivos internacionais para a saúde e educação. Mas abundam as histórias de sucesso.

- Nos anos de 1980, o Botswana deu passos na educação e na saúde muito maiores do que se esperava com base no seu nível de rendimentos.
- O estado de Kerala, Índia, tem indicadores de saúde similares aos dos Estados Unidos – apesar de um rendimento per capita 99% inferior e de uma despesa anual com a saúde de apenas 28 dólares por pessoa.
- O rendimento per capita de Cuba é uma pequena fracção do dos Estados Unidos, mas mesmo assim Cuba tem a mesma taxa de mortalidade infantil e tem mantido o HIV/SIDA sob controlo.

Os países com desempenho elevado na saúde e na educação mostram os progressos notáveis que podem ser feitos numa geração e as semelhanças entre as histórias de sucesso dão perspectivas úteis em relação ao que funciona:

- O financiamento público foi adequado e equitativo. Nos países com realização elevada, o empenhamento político reflecte-se não só nas dotações da despesa pública para a saúde e a educação, mas também na sua equidade. A despesa tem

incidido nos serviços básicos de saúde, em vez dos serviços terciários, e no ensino primário, em vez do superior.

- As realizações na educação precederam um estágio mais avançado na saúde. Desde o princípio dos respectivos processos de desenvolvimento, todos os países com realização elevada prosseguiram o objectivo de escolarização elevada para todas as crianças, principalmente raparigas. Assim, a desigualdade de género na educação foi menor desde o princípio e as diferenças de género foram reduzidas muito mais depressa do que nos países com menor realização. À medida que apareceram os investimentos nas infra-estruturas públicas de saúde, os níveis altos de educação asseguraram uma procura elevada e uma utilização efectiva dos serviços de saúde.
- As mulheres com instrução conseguiram actuar como agentes de mudança. Os resultados na saúde e na educação das crianças não são só o resultado do consumo adequado de alimentos e dos serviços de saúde, mas também de cuidados adequados com as crianças. A este respeito, a capacidade e a posição das mulheres na família e na sociedade adquirem um importante significado. Quando as mulheres têm instrução, direitos de propriedade e são livres de trabalhar fora de casa e de ganhar rendimentos independentes, o bem-estar de toda a família aumenta (Drèze e Sen 1995). Nos países com realização elevada, as mulheres não só tiveram instrução quase paritária, mas também tiveram elevadas taxas de participação no emprego não agrícola.

Fonte: Chen e Desai 2000; Mehrotra 2000; Drèze e Sen 1995.

sugerindo uma certa sequência para os investimentos. Noutros países com elevados níveis de realização, o crescimento foi mais lento e menos consistente. Todavia, todos esses países com elevados desempenhos mostram que com prioridades e políticas governamentais correctas, é possível um elevado desenvolvimento social, mesmo sem uma economia florescente.

Este capítulo trata do estabelecimento das prioridades políticas correctas – as dos países com ele-

vados desempenhos – para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Os Objectivos relativos à fome, educação, saúde e água e saneamento são examinados sucessivamente, da dimensão dos desafios às acções necessárias para os resolver. O capítulo propõe, então, um plano de acção para melhorar o nível, equidade e eficiência da despesa pública – bem como a quantidade e qualidade da ajuda oficial ao desenvolvimento – para serviços básicos.

ATINGIR O OBJECTIVO DA FOME

Dadas as realizações do passado, o Objectivo de reduzir para metade a proporção das pessoas com fome, até 2015, devia ser prontamente realizável. Em 1996, a Cimeira Mundial da Alimentação fixou um objectivo semelhante: reduzir para metade, para 400 milhões, o número de pessoas com fome nos países em desenvolvimento.⁷

Desde o princípio dos anos 70, a produção de alimentos triplicou nos países em desenvolvimento, ultrapassando o crescimento da população.⁸ Além disso, os preços reais das principais culturas cerealíferas caíram 76%.⁹ Entre 1980 e 1995, a produção de alimentos per capita aumentou 27% na Ásia e 12% na América Latina. Mas na África Sub-sariana caiu 8%.¹¹ Embora a fome ocorra mais na Ásia do Sul, ela está a declinar nesta região – enquanto em África cerca de um terço da população está subalimentado e o número está a aumentar.¹⁰

Se todos os alimentos produzidos no mundo fossem distribuídos igualmente, todas as pessoas poderiam consumir 2.760 calorias por dia (a fome é definida como um consumo inferior a 1.960 calorias por dia).¹² Tratar da fome significa assegurar que as pessoas tenham à sua disposição os recursos (especialmente o rendimento) necessários para adquirir alimentos.

A fome é mais do que a simples falta de alimentos disponíveis. É um problema de deficiências no direito à alimentação e de privações de serviços correlativos essenciais (cuidados de saúde, educação, água potável e saneamento adequados). O direito à alimentação difere da disponibilidade de alimentos, na medida em que indica o que uma pessoa pode ter à sua disposição com o seu rendimento e, assim, consumir, em vez do que está disponível no mercado.

Objectivos e metas de Desenvolvimento do Milénio

Objectivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome

Meta 1: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a proporção de pessoas cujo rendimento é menor que 1 dólar por dia

Meta 2: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a proporção de pessoas que sofrem de fome

DIMENSÃO DO PROBLEMA

Todos os dias, 799 milhões de pessoas nos países em desenvolvimento – cerca de 18% da população mundial – ficam com fome.¹³ Na Ásia do Sul, uma em cada quatro pessoas fica com fome e na África Subsariana essa relação é de uma para três.¹⁴ Na Índia vive o maior número de pessoas com fome, 233 milhões, enquanto a África Subsariana tem 183 milhões, China 119, o resto da Ásia Oriental e Pacífico 74, América Latina 55 e os Países Árabes 32 milhões.¹⁵

Entre 1990-92 e 1998-2000, a percentagem de pessoas com fome nos países em desenvolvimento caiu de 21% para 18%.¹⁶ As maiores reduções foram de longe na China, embora também tenham ocorrido declínios substanciais na Ásia do Sudeste.¹⁷ Mas com o crescimento da população, o número de pessoas com fome não está a diminuir assim tão depressa. Em todo o mundo, o total caiu 20 milhões entre 1991 e 1999.¹⁸ Todavia, esse progresso só se deu porque 80 milhões de chineses escaparam à fome: em 25 países em desenvolvimento, o número de pessoas com fome aumentou (figura 4.2).¹⁹

O Objectivo de reduzir a fome também procura reduzir a subalimentação infantil. Nesta área, entre 33 países com dados, 10 conheceram reversões ou não conseguiram melhorar nos anos 90.²⁰ E porque os dados sobre a subalimentação infantil são mais fiáveis do que os dados sobre a fome, essas tendências são preocupantes.²¹

Mais de três quartos das pessoas com fome encontram-se em áreas rurais de países em desenvolvimento.²² Cerca de metade vive em famílias de agricultores, em terras marginais, onde a degradação ambiental ameaça a produção agrícola.²³ Aproximadamente um terço vive em famílias de não agricultores, sem terra, como as que dependem da pastorícia, pesca e da silvicultura.²⁴ Todavia, os pescadores pobres estão a ver as suas capturas reduzidas pela pesca comercial e os silvicultores estão a perder os seus direitos, à medida que vão chegando empresas exploradoras de florestas ao abrigo de concessões governamentais. Além disso, os sem terra estão a aumentar na maioria das regiões rurais, devido a densidades mais altas da agricultura e à distribuição mais desigual da terra. A quantidade média de terra per capita entre os agricultores rurais dos países em desenvolvimento diminuiu de 3,6 hectares em 1992 para 0,26 hectares em 1992 – e prepara-se para diminuir mais até 2020.²⁵

Outra tendência preocupante é o desvio da subalimentação para as cidades.²⁶ Os pobres urbanos já representam mais de um quinto das pessoas com fome nos países em desenvolvimento. Mas isso podia estar a aumentar porque as populações urbanas estão a crescer mais depressa do que as rurais.²⁷

Em qualquer ano considerado, 5% a 10% das pessoas com fome são afectadas por secas, pragas, cheias, furacões, tempestades extremas ou conflitos violentos.²⁸ Entre os 21 países com emergências alimentares extremas em 2002, 15 foram incendiados pela guerra, pela guerra civil, ou pelos efeitos prolongados de conflitos passados.²⁹

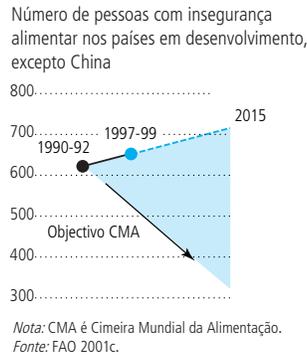
Para atingir o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio de reduzir a fome será necessário melhorar a distribuição e aumentar a produção de alimentos. Algumas das prioridades máximas para aumentar a produção:

- *Concentrar-se em tecnologias que aumentam a produtividade agrícola.* Fazê-lo também aumentará os rendimentos das pessoas com poucos activos para além da terra.
- *Dirigir mais recursos para a agricultura.* Os países pobres têm negligenciado a agricultura – uma tendência que tem que ser invertida.
- *Evitar a degradação ambiental.* As novas políticas e tecnologias para aumentar a produtividade também têm que proteger ecossistemas críticos. As pessoas pobres são as que sofrem mais com a degradação ambiental, mas a pobreza também leva à degradação ambiental. Nos países em desenvolvimento, a baixa produtividade é, mais frequentemente, a causa dessa degradação – enquanto na Europa e na América do Norte a causa é a alta produtividade.
- *Partilhar mais equitativamente os recursos.* As mulheres, que produzem a maior parte dos alimentos consumidos na África Subsariana e na Ásia, têm que ter acesso mais seguro à terra. O mesmo se aplica aos sem-abrigo.
- *Tratar do aquecimento global e reduzir as tarifas e os subsídios agrícolas nos países ricos.* A protecção cerca os mercados internacionais contra os agricultores dos países em desenvolvimento. Entretanto, o aquecimento global pode afectar desfavoravelmente os padrões climáticos para os agricultores que dependem da chuva.

STOCKS DE RESERVA ALIMENTAR PARA MELHORAR A DISTRIBUIÇÃO E SUAVIZAR OS PREÇOS

Os governos podem manter reservas de alimentos essenciais, especialmente cereais, e libertá-las nos mer-

FIGURA 4.2
Aumenta a insegurança alimentar



cados se os preços dos alimentos subirem desordenadamente – permitindo às pessoas pobres comprá-los. Esses sistemas podem ou não envolver distribuição pública de mercadorias essenciais a preços inferiores aos do mercado. A China e a Índia têm longa tradição de manter stocks de reserva alimentar, normalmente à custa do orçamento público.

A Índia mantém reservas de alimentos desde os anos de 1970, o que lhe permite evitar a fome generalizada. Esses esforços são apoiados pelo aumento da produtividade de trigo e de arroz que resultou da revolução verde, com cereais e mercadorias essenciais (açúcar e óleo alimentar) fornecidos através de um sistema público de distribuição. Além disso, durante as secas, os níveis de consumo de subsistência são garantidos através de alimentos para programas de trabalho.

É essencial que os alimentos sejam mantidos ao alcance das famílias pobres, seja através de sistemas públicos de distribuição, seja através de entregas de cereais nos mercados (uma coisa que o governo indiano não tem feito nos últimos anos). Uma razão para a segurança alimentar das famílias pobres de Kerala, estado indiano de elevado desempenho, é a distribuição de cereais, mesmo nas áreas rurais, feita por lojas de distribuição de mantimentos.³⁰ No resto da Índia, a maior parte da distribuição pública de alimentos ocorre em áreas urbanas. Na China os stocks de reserva alimentar são mantidos ao nível da comunidade.

O Sri Lanka – outro país com elevado desempenho em matéria de indicadores sociais – mantém subsídios alimentares desde a independência, em 1947. Em 1979, os subsídios universais para bens essenciais (arroz, farinha de trigo, lentilhas, peixe seco, leite em pó) foram substituídos por um esquema de selos alimentares que abrange 40% da população.

Em África, os stocks de alimentos não têm sido tão utilizados como seria de esperar, dada a baixa produtividade agrícola do continente, solos frágeis e fomes frequentes. Uma razão para a fome de 2002 na África Austral foi o esgotamento dos limitados stocks de alimentos, em parte porque limitações fiscais impediram os governos de os manter.

É especialmente importante para os países interiores manter stocks de reserva, porque os custos de construção e gestão de armazéns para os guardar valem as vidas que se salvam, o sofrimento que se evita e a produtividade que se ganha. Em países com portos, os custos de manutenção de stocks têm de ser ponderados em função dos benefícios. Mas, mesmo em países costeiros, os stocks de reserva podem miti-

gar os efeitos adversos da flutuação dos preços dos bens alimentares.

Os conselhos de política para África têm revelado uma tendência para empurrar em sentido contrário, defendendo que os mercados livres devem determinar a maneira como o continente se alimenta.

Os governos que enfrentam défices orçamentais não devem dar subsídios para fertilizantes, apoios ao preço das colheitas nem empréstimos baratos. Um relatório recente sugere que os países rurais africanos devem cultivar produtos de colheita para exportação – para gerar rendimentos para os agricultores pobres e fornecer divisas para a importação de outros bens alimentares. Embora o relatório reconheça que maiores colheitas de alimentos ajudariam alguns agricultores, também sugere que muitos deles estão tão isolados que só deviam produzir aquilo de que necessitam para si mesmos e o mais barato possível.³¹

DESIGUALDADE – E O QUE FAZER DELA

O acesso aos bens alimentares podia ser grandemente aumentado através de uma acção governamental para garantir os activos e aumentar os rendimentos dos grupos mais vulneráveis.

GRUPOS MARGINAIS

As pequenas quintas são mais produtivas por unidade de terra do que as grandes fazendas. Por isso, uma distribuição mais equitativa da terra aumenta a eficiência e a produção agrícola. No Piauí, Brasil, a produção das quintas aumentou entre 10% a 40% nos campos não irrigados e 30% a 70% nos campos irrigados, depois de ter sido distribuída terra a pequenos agricultores.³² Terra equitativamente distribuída também reduz a pobreza e promove melhorias na distribuição do rendimento. Em El Salvador, um aumento de 10% na propriedade da terra trabalhada por cultivadores aumentou em 4% o rendimento per capita. De igual modo, os estados indianos que puseram em prática a reforma agrária viram a pobreza cair mais depressa, entre 1958 e 1992.³³

Para fazer os investimentos em recursos naturais necessários para aumentar a produtividade, as pessoas pobres precisam de ter acesso seguro a esses recursos. Na Tailândia, há uma forte relação entre titularidade segura da terra e confiança para praticar agricultura sustentável.³⁴

Uma distribuição mais equitativa da terra aumenta a eficiência e a produção agrícola

*Menos de 1 em cada 10
mulheres agricultoras
da Índia, Nepal
e Tailândia é proprietária
da terra*

As pessoas pobres e famintas também beneficiam da propriedade comum dos recursos. Nos últimos anos, o Brasil, Camarões, Gâmbia, Índia, Nepal e Tanzânia puseram de parte terras públicas para uso, ou co-gestão, de comunidades indígenas. De igual modo, foi reforçada a posse comunitária da floresta na Bolívia, Colômbia, Indonésia, Moçambique, Filipinas, Uganda e Zâmbia. E na China e Vietname foi atribuída terra florestal pública a famílias. O reconhecimento dos direitos dos indígenas e da propriedade comunitária – e a maior racionalização da posse florestal pública – dão oportunidade para melhorar drasticamente a subsistência de milhões de habitantes da floresta. Os direitos das comunidades pobres à água também devem ser reconhecidos – não só para as necessidades das famílias, mas também para irrigação, agro-processamento e gado.³⁵

MULHERES

As mulheres produzem a maior parte dos alimentos consumidos na África Subsariana e (em menor extensão) na Ásia. Mas raramente detêm a posse segura da terra que trabalham. Menos de 1 em cada 10 mulheres agricultoras da Índia, Nepal e Tailândia é proprietária da terra. Sem propriedade segura, as mulheres carecem de acesso colateral ao crédito e aos meios para investir em melhorias de produtividade – prejudicando a saúde e a alimentação das respectivas famílias.³⁶ Nalgumas regiões, as mulheres têm direito limitado a alimentos dentro das famílias, um problema particular para as mulheres grávidas e lactantes, que precisam de mais calorias.

PESSOAS URBANAS POBRES

A maioria das cidades tem terra disponível para a agricultura – a rede de segurança informal para muitos habitantes urbanos pobres que produzem alimentos em jardins públicos, telhados, pântanos, átrios de igrejas, contentores, lotes vagos ou encostas, espaços abertos e caminhos públicos. A esses residentes não deve ser negado o direito de usar essas terras para se alimentarem.

PESSOAS EM EMERGÊNCIAS ALIMENTARES

Os refugiados de guerra e de desastres naturais precisam de ajuda de emergência para sobreviver. Os tempos de resposta nas emergências alimentares pre-

cisam de ser muito mais curtos, de forma que os abastecimentos possam chegar muito mais depressa às pessoas que estão a morrer de fome. Sistemas de alerta antecipado para crises políticas, como os dos desastres ambientais, ajudariam, porque as crises políticas tornaram-se a principal causa de fome.

Além disso, devia ser criado um fundo permanente, de modo que as agências internacionais pudessem responder imediatamente às crises sem terem que angariar fundos ao mesmo tempo que tentam responder. Um fundo inteiramente capitalizado permitiria que o Programa Alimentar Mundial empreendesse um planeamento muito mais estratégico de abastecimentos alimentares de emergência e a recuperação de colheitas e gado depois das fomes. A FAO calcula que custaria 5,2 mil milhões de dólares por ano alimentar os 214 milhões de pessoas com mais fome em todo o mundo.³⁷

Para aumentar ainda mais as vantagens da segurança alimentar, os alimentos para esses programas podiam ser comprados aos países em desenvolvimento. O financiamento internacional para a alimentação comunitária e iniciativas do banco alimentar comunitário podiam ser organizados ao abrigo do Programa Alimentar Mundial, como banco internacional fornecedor de alimentação para todos.³⁸

AUMENTAR A PRODUTIVIDADE

Muitas tecnologias têm sido desenvolvidas para aumentar a produtividade agrícola e reduzir a fome. Várias tecnologias a favor dos pobres incidem na produtividade sustentável e na adequabilidade para as mulheres. Abordagens da gestão promissoras incluem a agro-silvicultura, a permacultura, a agricultura de conservação, a fixação biológica do azoto, a eficiência do uso da água, a selecção de género no gado, a gestão integrada das pragas, a gestão integrada de nutrientes das plantas, sistemas integrados de cultura intensiva e gestão integrada do solo e da água.³⁹

Para muitos agricultores africanos, a necessidade mais premente é melhorar a qualidade dos solos. Em muitas quintas, os fertilizantes podem duplicar, ou até quadruplicar, as produções de culturas de alimentos básicos.⁴⁰ Mesmo os agricultores que não podem obter, ou não têm, dinheiro para esses investimentos, têm muitas opções para aumentar a fertilidade dos solos, especialmente na África (caixa 4.3).

As políticas nacionais devem pôr ênfase na reconstrução dos activos naturais. Desde 1996, a China

Aumentar a fertilidade do solo na África Subariana

O esgotamento de nutrientes do solo é tradicionalmente tratado através do uso de fertilizantes minerais. Mas os fertilizantes custam duas a seis vezes mais à porta da quinta em África do que na Europa, América do Norte ou na Ásia. E as culturas não querem saber se o nitrato e o fosfato que absorvem vêm de um saco de fertilizante, ou de uma folha em decomposição. Assim, a principal questão é repor os nutrientes das plantas em quantidades suficientes, e se isto se faz com fertilizantes minerais, ou com contribuições orgânicas é principalmente uma questão de economia agrária.

A abordagem mais aconselhável é combinar o uso de ambas as fontes de nutrientes de formas agronomicamente sãs. A rede Sasakawa Global 2000 e outras organizações demonstraram em milhares de quintas africanas que os fertilizantes minerais podem duplicar a quadruplicar as produções de culturas alimentares básicas. Mas mesmo os agricultores que não conseguem obter produtos comprados, ou não têm dinheiro para isso, podem conseguir aumentos das produções a longo prazo através de abordagens alternativas da preparação e recuperação do solo:

- Alqueives de árvores fixadoras de azoto. Entremeiavam-se árvores leguminosas com culturas de milho jovem e deixam-se crescer como alqueives durante as estações secas, gerando 100 a 200 quilos de azoto por hectare, entre 6 a 24 meses, nas regiões tropicais sub-húmidas da África Oriental e Meridional. Estes alqueives são económica e ecologicamente sãos e adaptam-se bem aos costumes dos agricultores e aos calendários de trabalho – não surpreende, porque os agricultores ajudaram a desenvolver a tecnologia.
- Fosfato rochoso indígena. Utilizar depósitos de fosfato rochoso indígena constitui uma alternativa aos superfosfatos importados. A acidez moderada da maioria desses solos (pH 5-6) ajuda a dissolver fosfatos rochosos de alta qualidade a uma taxa que pode fornecer fósforo às culturas durante vários anos. Num período de cinco anos, a sua utilização duplica ou triplica as produções de milho, com 90% da eficiência dos superfosfatos – a um preço muito inferior.
- Transferências de biomassa de folhas de arbusto acumuladores de nutrientes. As transferências de biomassa da folha do arbusto acumulador de nutrientes *Tithonia diversifolia*, das bermas das estradas e das sebes para campos cultivados, acrescenta nutrientes e

normalmente duplica as produções de milho sem adição de fertilizantes.

Dezenas de milhares de famílias de agricultores do Quênia, Malawi, Moçambique, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e do Zimbabué estão a utilizar essas abordagens com bons resultados. Alqueives melhorados são a prática mais generalizada. Está a ser transferido conhecimento entre agricultores, aldeias e organizações comunitárias e através de institutos nacionais de investigação e extensão, de universidades, organizações não governamentais e projectos de desenvolvimento.

O desafio agora é acelerar a adopção dessas tecnologias por dezenas de milhões de famílias de agricultores. Os principais obstáculos são a oferta insuficiente de germeplasma de árvore de alta qualidade (sementes e plantas) e fosfato rochoso, e uma consciência e um conhecimento inadequados das componentes da tecnologia. Mas é essencial aumentar a adopção dessas tecnologias, na medida em que estas abordagens oferecem importantes oportunidades para aumentar substancial e sustentavelmente a produção de alimentos, reduzindo a fome de uma forma que melhora a base de recursos naturais.

Fonte: Millennium Project Task Force 2 2003a.

reabilitou 5 milhões de hectares de terra arável de baixa e média produção. Nalgumas comunidades indianas foram amplamente adoptados melhores arroteamentos e culturas de cobertura – foram identificados 145 sistemas – por agricultores de terras marginais forçados a reduzir os períodos de pousio.⁴¹ Os sistemas agrícolas também podem ser melhorados pagando aos agricultores, pescadores, pastores e silvicultores pelo seu papel na gestão do ecossistema. Esses esquemas já estão em vigor em muitas áreas: uma análise recente encontrou 75 que fazem pagamentos pela eliminação de emissões de carbono, 72 por biodiversidade e 61 por serviços na bacia hidrográfica.⁴²

Há iniciativas que também podem promover a agricultura sustentável em comunidades de agricultores. Um estudo sobre 17 países africanos concluiu que 730.000 famílias pobres em 45 projectos estavam a praticar agricultura sustentável – definida para incluir o uso intensificado da terra, culturas e gado diversificados, maior uso de recursos renováveis e outros critérios.⁴³ Em oito países asiáticos, cerca de 2,9 milhões de famílias pobres que utilizavam a agricultura sustentável aumentaram a produção de alimentos em 4,9 milhões de hectares.⁴⁴ Esses programas devem ser aumentados para envolver dezenas de milhões de famílias.

Muitas vezes, os agricultores dos países em desenvolvimento carecem de estradas, armazéns, electricidade e ligações comunitárias necessárias para os aproximar dos mercados – tornando-os mais vulneráveis aos intermediários que cobram preços altos pelos meios de produção e aos compradores monopolistas que esmagam os seus rendimentos. Todavia, em todo o mundo, a agricultura é uma prioridade baixa para os governos e para os doadores. A maioria dos governos investiu muito menos em terras marginais do que em áreas agrícolas mais favorecidas.⁴⁵ Na África, a maioria dos países investe menos de 5% dos seus orçamentos em desenvolvimento agrícola – ainda que 75% dos seus cidadãos dependam (directa ou indirectamente) da agricultura.⁴⁶

Além disso, a investigação agrícola é gravemente subfinanciada, com muitos países de rendimento baixo a gastarem nela apenas 0,5% do PIB agrícola – e quase tudo concentrado em terras de alta qualidade e culturas comerciais.⁴⁷ Para beneficiar os agricultores pobres das terras marginais, a investigação agrícola tem que apoiar iniciativas promotoras como sistemas de multicultura, eco-agricultura, variedades de sementes de maturação precoce e métodos de baixo custo para melhorar os solos.

Políticas agrícolas e segurança alimentar

Como mostram as intervenções do governo indiano nos mercados de cereais, as políticas públicas podem criar diferentes vencedores – e derrotados – entre diferentes grupos populacionais.

Os preços mínimos de apoio fixados pela organização governamental Food Corporation of India e destinados a estabilizar os preços e a apoiar os produtores de cereais, em vez disso, aumentaram muito mais depressa a inflação. Este resultado explica-se, em parte, pelos fortes *lobbies* agrícolas (especialmente para o arroz e o trigo) e pelas políticas governamentais que abrangem os custos económicos de produção dos agricultores. Os custos económicos de produção baseiam-se nos custos dos factores de produção,

nos valores imputados à terra e ao trabalho e num prémio.

Teoricamente, os preços no sistema público de distribuição de alimentos baseiam-se nos custos económicos (e, por isso, nos preços mínimos de apoio). Mas os preços de mercado são mais baixos do que os preços do sistema, aumentando os stocks de alimentos nos armazéns governamentais, embora a Índia tenha o maior número de pessoas com fome do mundo e quase metade das suas crianças sejam subalimentadas. A contrariar os lobbies agrícolas está, porém, a pressão sobre os líderes políticos para satisfazerem os eleitores e assim controlarem os preços no sistema público de distribuição de alimentos.

Fonte: Kannan, Mahendra Dev e Sharma 2000; Índia 2002a.

Os serviços agrícolas, quando existem, vêm principalmente de firmas privadas que vendem meios de produção e oferecem aconselhamento, que muitas vezes é incorrecto e quase sempre incompleto. Os serviços governamentais de extensão agrícola têm-se concentrado na distribuição de sementes e de fertilizantes, promovendo muitas vezes variedades e formulações inadequadas para as condições locais.

Ao atribuir subsídios aos meios de produção, ou comprar cereais, a maioria dos países em desenvolvimento subsidia, ou dá acesso privilegiado, a grandes produtores e processadores. As regras desses mecanismos distorcem muitas vezes os mercados, sobrecarregam indevidamente os pequenos produtores, criam compradores oficiais monopolistas e estabelecem impostos e encargos de serviço excessivos.⁴⁸ As políticas governamentais que discriminam os pequenos produtores deviam ser imediatamente reformadas e o financiamento público dos subsídios devia ser reorientado para apoiar pequenos agricultores (caixa 4.4).

RESPONSABILIDADES INTERNACIONAIS

A ajuda pública ao desenvolvimento bilateral para a agricultura, silvicultura e pescas aumentou entre 1971 e 1990, mas diminuiu depois, juntamente com

ATINGIR O OBJECTIVO DA EDUCAÇÃO

Durante os anos 90, a escolarização primária aumentou em todas as regiões e, em muitas, uma grande percentagem das crianças está matriculada. Na Ásia Oriental e Pacífico, Europa Central e do Leste e a Comunidade de Estados Independentes (CEI) e na América Latina e Caraíbas mais de 90% das cri-

a ajuda pública ao desenvolvimento mundial. A ajuda pública ao desenvolvimento multilateral aumentou de 1,2 mil milhões de dólares por ano em 1973-74 para 3,6 mil milhões de dólares por ano em 1981-83, mas depois caiu nas duas décadas seguintes, para 1,4 mil milhões de dólares por ano em 1999-2000 (em dólares de 2000). Como parcela dos empréstimos totais de instituições multinacionais, a ajuda à agricultura, silvicultura e pescas caiu de 15% do total dos empréstimos em 1997 para 10% em 1999.⁴⁹

Mas reduzir a fome nos países em desenvolvimento exige a acção internacional, não só na ajuda, mas também em duas outras questões cruciais para aumentar a produção alimentar e a produtividade agrícola. Primeiro, os subsídios à agricultura dos países ricos – totalizando 311 mil milhões de dólares em 2002 – inibe o crescimento agrícola dos países em desenvolvimento (ver capítulo 8).

Segundo, o aquecimento global causado por emissões de gases de estufa, está a levar a condições climáticas extremas mais frequentes – cheias, secas, deslizamentos de lamas, tufões e ciclones – aumentando o número de pessoas que enfrentam emergências alimentares. Nas próximas décadas, é provável que a alteração climática aumente a precipitação entre as latitudes 30 graus Norte e 30 graus Sul – áreas que incluem muitos dos países mais ricos do mundo. Mas, provavelmente, a precipitação diminuirá e tornar-se-á mais errática em muitas regiões tropicais e subtropicais, fazendo com que a produção das culturas caia em países que já sofrem de insegurança alimentar.

A precipitação em África tem vindo a diminuir desde 1968. Além disso, as flutuações da precipitação alargaram-se em todo o continente, resultando em cheias desastrosas como a que devastou Moçambique em Março de 2000. A África Subsariana é especialmente sensível à mudança climática porque a sua agricultura é essencialmente alimentada pela chuva – e representa 70% do emprego da região e 35% do seu PNB. Por causa do aquecimento global, a África tornar-se-á ainda mais dependente das importações de alimentos.

anças estão matriculadas no ensino primário. Na Ásia do Sul, 79% estão matriculadas e nos Estados Árabes, 77%. Na África Subsariana, a escolarização primária líquida aumentou 3 pontos percentuais nos anos 90,⁵⁰ mas mesmo assim estão matriculadas menos de 60% das crianças.⁵¹

Objectivos e metas de Desenvolvimento do Milénio

Objectivo 2: Alcançar o ensino primário universal

Meta 3: Assegurar, até 2015, que as crianças em toda a parte, tanto rapazes como raparigas, conseguirão concluir um curso completo de ensino primário

Objectivo 3: Promover a igualdade de género e capacitar as mulheres

Meta 4: Eliminar a disparidade de género nos ensinamentos primário e secundário, de preferência até 2005, e em todos os níveis de ensino até 2015

DIMENSÃO DO PROBLEMA

Dos 680 milhões de crianças dos países em desenvolvimento em idade de frequentar o ensino primário, 115 milhões não frequentam a escola – três quintos das quais, raparigas.⁵² Na Índia, 40 milhões de crianças não estão na escola primária, mais de um terço do total mundial.⁵³

Além disso, a escolarização não implica conclusão. Mal chega a metade a percentagem de crianças que iniciam a escola primária e a acabam – e na África Subsariana, essa relação é de apenas uma para três.⁵⁴ Reflectindo estas insuficiências, um quarto dos adultos do mundo em desenvolvimento não sabe ler nem escrever.⁵⁵ E dos 879 milhões de adultos analfabetos do mundo, dois terços são mulheres.⁵⁶

Os países em desenvolvimento enfrentam três desafios principais na expansão do ensino primário:

- *Recursos limitados.* Em relação aos países ricos e em proporção do PIB, os países em desenvolvimento gastam muito menos por estudante em todos os níveis de ensino.
- *Desigualdade.* Quando o investimento é baixo, as pessoas ricas apanham muitas vezes uma parte muito maior – pelo que as pessoas pobres não beneficiam tanto.
- *Ineficiência.* Investimento ineficiente significa que uma elevada percentagem da despesa recorrente vai para salários de professores, deixando pouco para materiais de aprendizagem. Além disso, ensino de baixa qualidade significa que os estudantes não aprendem tanto como podiam.

RECURSOS LIMITADOS – E O QUE FAZER DELES

Os governos desempenham um papel muito mais importante nas economias dos países onde o desenvolvimento humano é elevado do que em países onde é médio, ou baixo. Em 1999, a despesa pública média foi de 35% do PIB em países com desenvolvimento humano elevado – enquanto em países com desenvolvimento humano médio foi de 25% e em países com desenvolvimento humano baixo, foi de 21%.

PEQUENOS ORÇAMENTOS DE EDUCAÇÃO

Os países ricos raramente gastam menos de 4,0% do PIB em educação pública. Em países com desenvolvimento humano elevado, a despesa média com a educação pública é de 4,8% do PIB, contra 4,2% nos

CAIXA 4.5

Despesa militar ou educação? As inconsistências da acção governativa

Que podem os países em desenvolvimento fazer para aumentar a despesa com a educação, especialmente com o ensino básico? Reduzir a despesa com outras prioridades (como o exército) é uma forma. A despesa militar mundial caiu nos anos de 1990 – excepto na América Latina e na Ásia do Sul. No período entre 1991 e 2000, a despesa militar aumentou 59% na Ásia do Sul.

A despesa militar na África Subsariana caiu durante a década, de 9,3 mil milhões de dólares no princípio dos anos de 1990 para 7,1 mil milhões em 1996. Mas subiu acentuadamente em 1999 e 2000, para uma média de 9,8 mil milhões de dólares. Este aumento súbito não capta a despesa militar global da região; estes dados apenas reflectem números oficiais. Em 2001, Angola, um dos principais receptores de transferências de importantes armas convencionais, gastou 3,1% do PIB com o exército – contra 2,7% com a educação.

Fonte: SIPRI 2002b.

A Serra Leoa gasta 3,6% do PIB com o exército e 1,0% com a educação.

Os principais governos exportadores de armas prometeram o seu empenho nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Por isso, os governos dos países ricos poderiam ajudar a mudar essa despesa revendo as suas exportações de armas. Os membros do G-8 estão entre os 10 principais fornecedores mundiais de armas convencionais importantes: os Estados Unidos (49,2 mil milhões de dólares), a Federação Russa (15,6 mil milhões), a França (10,8 mil milhões), o Reino Unido (7,0 mil milhões), a Alemanha (5,6 mil milhões), a Itália (1,7 milhões) e o Canadá (0,7 mil milhões) representam 85% das exportações mundiais de armas. Sem reformas, tanto dos exportadores como dos receptores, os compromissos para com os Objectivos parecem questionáveis de ambos os lados.

países com desenvolvimento humano médio e 2,8% nos países com desenvolvimento humano baixo. Além disso, rendimentos mais baixos significa que a despesa per capita é muito menor nos países pobres do que nos ricos.

Quando a despesa pública coloca prioridades altas em áreas que não as da educação e da saúde, a despesa social sofre. O serviço da dívida é uma componente não discricionária importante da despesa pública em muitos países de desenvolvimento humano baixo (ver capítulo 8). Mas a despesa militar – uma despesa discricionária – também pode comprimir a despesa com a educação (caixa 4.5).

Durante o período de 1975-97, as regiões em desenvolvimento exibiram diferentes padrões de escolarização e despesa pública recorrente no ensino primário.⁵⁷ Na Ásia do Sul, Ásia Ocidental e África Subsariana, o número de estudantes matriculados quase duplicou, enquanto a despesa recorrente (em dólares EUA de 1995) aumentou modestamente.⁵⁸ Mas na Ásia Oriental e na América Latina e Caraíbas a escolarização manteve-se estável, enquanto a despesa recorrente aumentou rapidamente. Assim, algumas regiões investiram em quantidade (escolarização) e algumas em qualidade (maior despesa por aluno). Para que a qualidade melhore no primeiro grupo de regiões são necessários mais recursos.

Alguns estudos defendem que os níveis de despesa pública não são importantes para os resultados da edu-

Em África, o crescimento económico teria que exceder 8% ao ano para prover os recursos necessários – um resultado improvável

cação.⁵⁹ Estão enganados. A despesa verdadeira e eficiente é crítica para atingir os resultados desejados. Mas a quantidade de despesa também é importante.⁶⁰ Uma utilização básica de quaisquer recursos adicionais seria contratar mais professores. Com 26 milhões de professores do ensino primário nos países em desenvolvimento, em 2000, o número estimado de professores adicionais necessários até 2015 situa-se entre 15 e 35 milhões – incluindo mais de 3 milhões na África Subsariana, com mais de 1 milhão só na Nigéria.

O HIATO DE FINANCIAMENTO

Segundo a UNICEF, atingir a escolarização primária universal (e não a conclusão, meta do segundo Objectivo de Desenvolvimento do Milénio) nos países em desenvolvimento e nos países em transição até 2015, custaria mais 9 mil milhões de dólares por ano.⁶¹ Esta estimativa inclui as necessidades adicionais de custos de capital, bem como a necessidade de melhorar a qualidade da escola – e é mais de quatro vezes o que os doadores gastam actualmente e, de longe, muito mais do que a despesa governamental corrente. A despesa com a educação é particularmente baixa nos países pobres altamente endividados. Outra estimativa, tomando em conta uma variedade de cenários, é ainda mais elevada.⁶²

QUEM PAGARÁ A CONTA?

É improvável que o crescimento económico forneça recursos suficientes para os países em desenvolvimento alcançarem a conclusão primária universal até 2015. Em África, o crescimento económico teria que exceder 8% ao ano para prover os recursos necessários – um resultado improvável.⁶³ Assim, é necessário um apoio muito maior dos doadores.⁶⁴

Mas a ajuda dos doadores para a educação é insuficiente: em 2000, totalizou 4,1 mil milhões de dólares, com apenas 1,5 mil milhões para o ensino primário. Nos anos 90, a ajuda bilateral para a educação caiu de 5 mil milhões de dólares para 3,5 mil milhões, caindo para apenas 7,0% da ajuda pública ao desenvolvimento – um mínimo absoluto.⁶⁵ Só a França, Alemanha, Japão, Reino Unido e Estados Unidos dedicam partes significativas da sua ajuda à educação. Tem que ser vencido o hiato entre a retórica e a realidade do doador.

Em 1996-98, as instituições multilaterais deram uma média de 954 milhões de dólares por ano em

ajuda pública ao desenvolvimento relacionada com a educação.⁶⁶ Essa quantia caiu para 799 milhões de dólares em 1999-2001. Os compromissos para o ensino básico foram de 402 milhões de dólares por ano em 1996-98 e caíram rapidamente para 222 milhões de dólares por ano em 1999-2001. A Iniciativa Via Rápida da Educação para Todos, um bom exemplo de trabalho entre agências, podia aumentar o financiamento para alguns países.

DESIGUALDADE – E O QUE FAZER DELA

Quem beneficia da despesa pública com o ensino primário, secundário e superior: as pessoas pobres ou as que não são pobres? Na maioria dos países, os 20% mais pobres da população recebem menos de 20% dos benefícios da despesa pública com a educação – e nalguns, muito menos.⁶⁷ Entretanto, os 20% mais ricos apanham em geral consideravelmente mais de 20%. Mas há excepções – incluindo a Colômbia, Costa Rica e em especial o Chile – onde uma parte maior da despesa pública com a educação vai para os 20% mais pobres. Não é por coincidência que os três países fizeram progressos impressionantes em direcção à escolarização primária universal.

Os países com bom desempenho na educação dedicam mais recursos ao ensino primário (em média, 1,7% do PIB) do que os países com desempenho médio (1,4%). Os países com desempenho elevado também gastam mais no ensino primário em relação aos respectivos rendimentos per capita. E atribuem ao ensino superior uma parte menor dos seus orçamentos.

Apesar das melhorias nos anos de 1990, os países com escolarização primária mais baixa gastam mais por aluno no ensino superior do que no ensino primário.⁶⁸ Na verdade, quanto menor é a escolarização primária, maior é a diferença da despesa.⁶⁹ Esses países precisam de se concentrar no ensino primário e de não gastar mais no ensino superior. Todavia, são necessários mais recursos para o ensino superior, bem como para os países criarem capacidade de concorrer na economia mundial – mas não à custa do ensino primário. Todos os orçamentos da educação precisam de aumentar.

MELHORAR O ACESSO DAS PESSOAS POBRES À ESCOLA PRIMÁRIA

Os custos associados à educação discriminam as pessoas mais pobres, absorvendo uma parte maior dos

limitados orçamentos das famílias.⁷⁰ Um número considerável de autores defende que o abandono escolar e o trabalho infantil podem ser reduzidos baixando os custos directos e indirectos da escolarização.⁷¹ No Butão, Burkina Faso e Uganda, os custos familiares elevados por aluno – que vão de 10 a 20% do rendimento per capita – desencorajam a frequência da escola primária, enquanto em Mianmar e no Vietname, os custos mais baixos contribuem para escolarização mais elevada (figura 4.3).⁷²

Os uniformes são, muitas vezes, o maior custo para os pais. Em oito estados da Índia – que contêm, em conjunto, dois terços das crianças indianas que não vão à escola – os uniformes são uma das maiores despesas de educação.⁷³ Uma opção política é tornar os uniformes opcionais, deixando as administrações escolares e as associações de pais e professores decidir se os exigem.

Desde há muito que as propinas para educação são acaloradamente discutidas, e nos anos de 1980 e princípio dos anos de 1990 instituições financeiras internacionais enviaram sinais mistos acerca delas. Mas no princípio e em meados dos anos de 1990, depois de agudas críticas às consequências para a escolarização primária, o Banco Mundial veio (embora tarde) pronunciar-se contra as propinas para o ensino primário.⁷⁴ Mais uma vez, os países com desempenhos elevados apontam o caminho. Para garantir a escolarização primária universal e a conclusão do ensino primário no início do seu desenvolvimento, evitaram em grande medida propinas directas e também mantiveram baixos os custos directos.

Assim, há fortes razões para reduzir os custos de mandar os filhos à escola. O Sri Lanka eliminou as propinas em 1945 e começou a fornecer manuais gratuitos e almoços escolares gratuitos nos anos de 1950 e uniformes escolares gratuitos em 1991. O Botswana deu um grande impulso à escolarização reduzindo as propinas para metade em 1973 e eliminando-as em 1980.⁷⁵ O Malawi também viu aumentar rapidamente a escolarização, depois de eliminar as propinas e os uniformes escolares em 1994.

POR TERMO À DISCRIMINAÇÃO DAS RAPARIGAS

As diferenças de género na escolarização e no abandono são mais graves na Ásia do Sul e na África Subsariana. Então, como podem as disparidades de género na escolarização ser eliminadas até 2005 – daqui a dois anos – como exigem os Objectivos de

Desenvolvimento do Milénio? Os países que eliminaram essas diferenças oferecem várias lições:⁷⁶

- Levar e manter as raparigas na escola exige que as escolas sejam perto das suas casas. O levantamento da rede escolar pode identificar locais menos servidos, ajudando ao estabelecimento de escolas de vários graus em áreas remotas.
- A redução dos custos evita que os pais façam discriminação entre rapazes e raparigas ao decidirem se mandam os filhos à escola – e, em tempos de declínio dos rendimentos familiares, impedir que as crianças abandonem a escola.
- Programar as aulas com flexibilidade permite às raparigas ajudar nas tarefas domésticas e tomar conta dos irmãos.⁷⁷
- Ter professoras dá às raparigas modelos de ocupação – e dá aos pais uma sensação de segurança em relação às filhas.⁷⁸

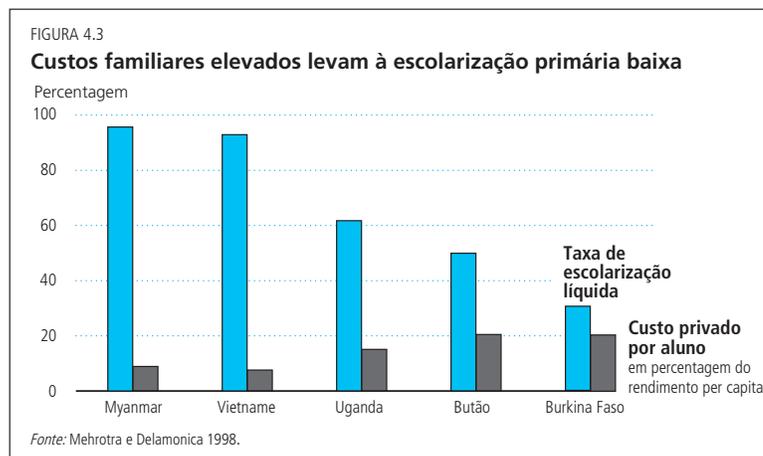
INEFICIÊNCIA – E O QUE FAZER DELA

Eficiência significa obter melhores resultados com a mesma quantidade de recursos – e prosseguir políticas que ajudem a aprendizagem em vez de a atrasar.

INEFICIÊNCIAS OPERACIONAIS

Um grande problema em quase todos os países em desenvolvimento é fazer com que as crianças repitam anos escolares, um factor das elevadas taxas de abandono e um significativo desperdício de recursos. Os países que tiveram bom desempenho no ensino primário resolveram essa ineficiência. A Costa Rica reduziu para metade a repetência introduzindo passagens automáticas para as classes seguintes nos anos de 1960.

O Malawi também viu aumentar rapidamente a escolarização, depois de eliminar as propinas e os uniformes escolares em 1994



Nos países da OCDE, o salário máximo de um professor é, em média, 1,4 vezes o salário mínimo, enquanto nos países em desenvolvimento a ordem é de 1,0 a 2,5 vezes o salário mínimo

A Malásia e o Zimbabué também adoptaram as passagens automáticas.⁷⁹ Para manter padrões, as passagens automáticas deviam ser acompanhadas por um pacote mínimo de investimentos, especialmente em material para as aulas e em formação de professores.

Ensinar crianças na língua apropriada também melhora os resultados da educação, como mostram os países com elevado desempenho. Em todos esses países, foi utilizada a língua materna para a instrução no nível primário. Os estudantes aprendem a ler mais depressa quando são ensinadas na língua que lhes é mais familiar e podem aprender mais depressa uma segunda língua.

Esta é uma conclusão importante para, digamos, a África francófona, onde na maioria dos países o francês é a língua de instrução em todos os níveis.⁸⁰ Esta experiência de escolarização alienante dificilmente conduziu à aprendizagem.

Os programas de alimentação escolar também são eficazes para trazer e manter as crianças na escola. Um dos factores que estão por trás do aumento das matrículas na Índia, na segunda metade dos anos de 1990, foi um programa de refeições a meio do dia abrangendo todos os estados.

INEFICIÊNCIAS FINANCEIRAS

Cerca de 55 países em desenvolvimento têm uma baixa escolarização primária e precisam de novos edifícios e instalações para atingir o ensino primário universal.⁸¹ Mas esses investimentos de capital são muitas vezes ineficientes e a utilização de empresas de construção estatais e de grandes empreiteiros privados leva, muitas vezes, a custos inflacionados.⁸²

Como é que se podem manter baixos os custos das construções escolares? Uma forma é utilizar materiais de construção locais, em vez de importados – uma abordagem que os Camarões e o Níger estão a encorajar para aumentar a eficiência.⁸³ E, desde 1994, a Índia tem estado a usar não só materiais locais, mas também empreiteiros e técnicas de construção locais para conter os custos no seu Programa Distrital de Ensino Primário.

Gerir os custos recorrentes – para obter um maior equilíbrio entre despesas salariais e não salariais – é, de longe, o mais desencorajador desafio financeiro para países com baixo nível de escolarização. As despesas com remunerações dos professores e do pessoal administrativo representam, muitas vezes, 90% ou mais da despesa recorrente a nível primário, afastando

as despesas não salariais e deixando pouco dinheiro para outros investimentos, como materiais de ensino.⁸⁴ Os países com elevado desempenho – Botswana, Cuba, Sri Lanka – reconheceram esse problema e gastaram quantias razoáveis em materiais de ensino.⁸⁵

Orçamentos limitados também dificultam aos países o aumento do número de professores, o que é fundamental para o ensino primário universal. Aumentar os salários pode ajudar, mas a alteração da estrutura salarial também pode – talvez até reduzindo os custos. Uma opção é gerir o hiato entre salários mínimos e máximos dos professores. Nos países da OCDE, o salário máximo de um professor é, em média, 1,4 vezes o salário mínimo, enquanto nos países em desenvolvimento a ordem é de 1,0 a 2,5 vezes o salário mínimo.⁸⁶ A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura e a Organização Internacional do Trabalho recomendaram que se levasse 10 a 15 anos a atingir a remuneração máxima.⁸⁷ Outra opção é desligar os salários dos professores das qualificações avançadas, abordagem que está a ser experimentada na África do Sul.⁸⁸

Melhor utilização do tempo e melhor distribuição dos professores também podiam fazer muito para ajudar a gerir os custos com professores. O Botswana experimentou pagar mais aos professores para darem aulas duplas – duplicando o número de alunos ensinados com um pequeno aumento do custo salarial. Investir nas tecnologias de informação para actuar contra professores «fantasmas» e pagamentos incorrectos de salários também gera retornos bastante rápidos, como é demonstrado pelos Sistemas de Informação Estatística da Educação Nacional de vários países da África Subsariana.

Os salários desgastados pela inflação também podem desgastar a moral dos professores, obrigando-os a arranjar segundos empregos. O absentismo dos professores, um grande problema na Ásia do Sul e na África, pode ser parcialmente resolvido contratando professores da vizinhança de onde são necessários. Na Indonésia e na Tailândia, que cedo alcançaram o ensino primário universal, os professores têm sido recrutados localmente. Mas os salários dos professores são, muitas vezes, uma razão para o absentismo.

Os professores têm bom desempenho em muitos países de rendimento médio – em especial na China, Maurícias, Tailândia e Uruguai, onde os governos realmente conseguiram gerir o aumento dos salários dos professores. Mas, em muitos países de rendimento

baixo, os salários desgastaram-se progressivamente, incluindo o Camboja, República Centro-Africana, Quirguistão, Madagascar, Moldávia, Mianmar, Serra Leoa e Zâmbia. Estes países vão ter dificuldade em manter o moral dos professores sem salários mais elevados. Alguns destes países também aumentaram rapidamente o número de professores para atingir o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio do ensino primário universal. Para esses países, a ajuda dos doadores é crucial para satisfazer os custos recorrentes, pelo menos durante um período limitado.

Uma questão final em relação ao aumento da eficiência financeira envolve a ajuda pública ao desenvolvimento para a educação. Essa ajuda tende a

enfatizar o equipamento, a formação no estrangeiro e a assistência técnica. Cerca de 60% a 80% da ajuda à educação são gastos nos países receptores, e o resto nos países doadores – em educação e formação para nacionais de países em desenvolvimento e em consultores e instrutores de países ricos.⁸⁹ Esta não é a utilização mais eficiente dos fundos. A assistência técnica pode minar as instituições locais, em particular se as autoridades educativas acabarem por ser esmagadas por um influxo de consultores com sistemas excessivamente complicados. Entre 1994 e 1997, a Etiópia realizou 66 estudos sobre o seu sistema educativo, metade dos quais patrocinados por agências de ajuda bilateral – com pouco proveito.⁹⁰

ATINGIR OS OBJECTIVOS DA SAÚDE

Uma grave escassez de dados de tendências para muitos países em desenvolvimento torna difícil avaliar a probabilidade de atingir o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio de reduzir em três quartos a mortalidade materna, até 2015. Todavia, muitos especialistas acreditam que a já elevada mortalidade materna – um vergonhoso fracasso do desenvolvimento – está a aumentar em muitos países. A situação é especialmente urgente na África Subsariana, que representa metade dos óbitos maternos do mundo em desenvolvimento – com 1 em cada 100 nados-vivos a resultar na morte da mãe.

A falta de dados também impede a avaliação do progresso em direcção ao Objectivo de inverter, até 2015, a propagação do HIV/SIDA. Mas é possível o progresso – como no Brasil, Senegal, Tailândia (caixa 4.6), Uganda e Zâmbia.

Dos Objectivos da saúde mensuráveis, o mundo está mais longe de atingir o da mortalidade de crianças – uma redução de dois terços até 2015 – do que de qualquer outra. Aqui, os países de prioridade máxima encontram-se na África Subsariana e na Ásia do Sul. Esta última está a progredir, com a mortalidade de crianças a cair de 12,6% para cerca de 10,0% durante os anos de 1990. Mas a África Subsariana está muito atrasada: 17% das crianças não chegam aos cinco anos. Às taxas actuais, a região não atingirá o Objectivo da mortalidade de crianças nos próximos 150 anos.⁹¹

DIMENSÃO DO PROBLEMA

Todos os dias, mais de 30.000 das crianças em todo o mundo morrem de causas evitáveis – desidratação,

fome, doença.⁹² Na Serra Leoa, um país de prioridade urgente, 18% das crianças não verão o seu primeiro aniversário.

Todos os anos, mais de 500.000 mulheres morrem na gravidez e no parto – uma por minuto. Uma mulher grávida tem 100 vezes mais probabilidades de morrer na gravidez e no parto na África Subsariana do que num país da OCDE de rendimento elevado.⁹³

Em todo o mundo, vivem 42 milhões de pessoas com HIV/SIDA. Além disso, a doença matou a mãe ou os dois progenitores de 13 milhões de crianças.⁹⁴ A tuberculose é a outra principal causa infecciosa de mortalidade de adultos, chegando a matar 2 milhões de pessoas por ano.⁹⁵ A malária mata 12 milhões de pessoas por ano, e sem intervenção eficaz o número de casos poderia duplicar nos próximos 20 anos.⁹⁶

Muitas doenças atingem mais as pessoas rurais pobres do que os habitantes das cidades. Em relação às infecções respiratórias agudas, uma das grandes assassinas de crianças, menos de metade das crianças rurais recebe cuidados na maioria das regiões em desenvolvimento.⁹⁷

Muitas dessas mortes são prontamente evitáveis (caixa 4.7). Redes mosquiteiras, antibióticos acessíveis, parteiras treinadas e higiene básica e educação sanitária não são soluções de alta tecnologia. Todavia, tal como no caso da educação, por razões totalmente sistémicas essas soluções continuam tragicamente fora do alcance de milhões de pessoas pobres:

- *Recursos limitados.* Os governos não gastam o suficiente na saúde em geral e gastam ainda menos na saúde básica.

Objectivos e metas de Desenvolvimento do Milénio

Objectivo 4: Reduzir a mortalidade de crianças

Meta 5: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos

Objectivo 5: Melhorar a saúde materna

Meta 6: Reduzir em três quartos, entre 1999 e 2015, a taxa de mortalidade materna

Objectivo 6: Combater o HIV/SIDA, malária e outras doenças

Meta 7: Parar e começar a inverter, até 2015, a propagação do HIV/SIDA

Meta 8: Parar e começar a inverter, até 2015, a incidência da malária e outras doenças principais

O êxito da Tailândia na prevenção do HIV/SIDA

A resposta da Tailândia ao HIV/SIDA é um dos poucos programas de prevenção bem sucedidos no mundo em desenvolvimento. Desde que atingiram o auge no princípio dos anos de 1990, as novas infecções com HIV caíram mais de 80%. Como?

Vontade política

A SIDA foi identificada pela primeira vez na Tailândia em 1984, e em 1987 o governo criou o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da SIDA (PNPCS), presidido pelo Primeiro-Ministro. A vontade política foi completada por compromissos financeiros: entre 1987 e 1991, a despesa do governo e dos doadores saltou de 684.000 dólares para 10 milhões de dólares. Até 1997, a despesa do governo com os programas de controlo da SIDA foi de 82 milhões de dólares por ano.

Colaboração de múltiplos actores

Dos pacientes aos profissionais privados e aos monges budistas, muitos participantes trabalharam com o governo nacional no planeamento e execução dos programas da SIDA. Por exemplo, 150 grupos de pessoas com HIV/SIDA dão apoio e protecção a outros pacientes. A ONG tailandesa Coligação para a SIDA coordena as actividades de organizações não governamentais relacionadas com a SIDA. Numa iniciativa inovadora, o governo criou um programa

chamado Reduzir a Vulnerabilidade das Raparigas, que dá bolsas a mulheres jovens para prosseguirem o ensino – visando desencorajá-las de se tornarem prostitutas.

Visar grupos de alto risco

Em 1989, verificou-se que 44% das trabalhadoras do sexo de Chiang Mai eram seropositivas. Em vez de negar que a prostituição existia, o governo tailandês concentrou-se na redução das visitas de homens aos bordéis e na promoção do uso de preservativos pelas trabalhadoras do sexo. Em 1991, foi lançado o Programa 100% de Uso do Preservativo, distribuindo-se 31 milhões de preservativos por ano a grupos de alto risco. As clínicas contribuíram, distribuindo 600 milhões de preservativos por ano.

Estes esforços tiveram resultados extraordinários: entre 1988 e 1992, o uso do preservativo em bordéis aumentou de 14% para 90%. Além disso, o número médio de homens que visitam esses estabelecimentos caiu de 4,0 para 1,5 por dia. Como resultado, a ocorrência de HIV entre as trabalhadoras do sexo caiu de 50% em 1991 para menos de 10% em 2001.

Campanhas de educação

Uma campanha nacional de informação pública acompanhou o Programa 100% de Uso do Preservativo.

A informação sobre a SIDA era disponibilizada em toda a parte – desde os painéis para afixação de cartazes até às caixas de cereais e às televisões, com pequenas peças de educação para a SIDA, de um minuto, transmitidos de hora a hora na televisão e na rádio. Assim, as mensagens ajudavam a afastar o estigma associado a ter SIDA.

Monitorização e avaliação

Três sistemas de vigilância recolhem informação sobre o HIV e as infecções sexualmente transmitidas. Esta informação é usada para despistar mudanças na distribuição das novas infecções de HIV e tem sido utilizada pelos políticos para orientar os esforços de controlo.

Apoio internacional

A Tailândia recebeu abundante apoio financeiro e técnico internacional para os seus programas da SIDA. O Programa Conjunto das Nações Unidas para a SIDA (ONUSIDA), por exemplo, esteve activo na angariação de fundos, na avaliação de programas e na ajuda aos pacientes de HIV/SIDA. A cooperação bilateral inclui parcerias com a Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID), a União Europeia e a Agência Australiana para o Desenvolvimento Internacional (AusAID).

Fonte: Avert.org 2003; Kongsin e outros 1998; Forster-Rothbart e outros 2002.

- *Desigualdade.* Os sistemas de saúde rural não têm pessoal suficiente, nem recursos suficientes dedicados às mulheres e às crianças.
- *Ineficiência.* Os programas verticais para doenças específicas não estão integrados nos sistemas gerais de saúde.

É aqui que as ligações entre saúde, educação e rendimento desempenham um papel mais claro, porque são as pessoas pobres que carecem de acesso a água e saneamento, que não têm dinheiro para medicamentos e que não recebem educação acerca da prevenção do HIV e do planeamento familiar.

As mulheres estão em maior risco do que os homens. Globalmente, as mulheres representam cerca de metade dos casos de HIV/SIDA em adultos. Mas entre as jovens a percentagem é de longe mais elevada e é provável que piore. Em muitos países das Caraíbas, as mulheres representam a maioria das novas infecções com HIV. E em muitos países africanos a ocorrência do HIV entre os 15 e os 24 anos chega a ser seis vezes mais alta nas mulheres do que nos homens.⁹⁸

As mulheres pobres são especialmente vulneráveis ao HIV por causa do seu baixo estado nutricional, da sua limitada educação e das suas limitadas oportunidades de emprego, e do seu baixo estatuto social e consequente incapacidade de negociar o sexo seguro. E uma vez infectadas, é mais provável que as mulheres evitem, ou adiem, a procura de cuidados por causa dos constrangimentos de género, como as responsabilidades domésticas e os custos de viagem e de tratamento. A autonomia também é um problema: na Ásia do Sul, os homens decidem frequentemente se as mulheres devem procurar tratamento médico.⁹⁹

RECURSOS LIMITADOS – E O QUE FAZER DELES

Todos os países da OCDE de rendimento elevado gastam pelo menos 5% do seu PIB em cuidados de saúde pública. Mas poucos países em desenvolvimento atingem essa percentagem – e na maioria é menos de metade disso. (A Costa Rica – um país sem exército, que tem um desempenho elevado em matéria de

Prioridades políticas e intervenções técnicas

Objectivo 4: reduzir em dois terços a mortalidade de menores de cinco anos

Atingir o Objectivo 4 de Desenvolvimento do Milénio – reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de menores de cinco anos – exigirá que se tratem as principais causas da mortalidade de crianças. As intervenções técnicas devem incidir na subalimentação, nas doenças parasitárias e infecciosas e nas vacinações, feitas através de um sistema reforçado de cuidados básicos de saúde.

Subalimentação. O peso insuficiente à nascença leva muitas vezes à subnutrição infantil e está directamente relacionada com a saúde da mãe antes e durante a gravidez. A expansão do acesso aos cuidados de saúde reprodutiva e a garantia de alimentação adequada melhoram muito a saúde das mães e dos filhos.

Apenas amamentar os bebés nos primeiros quatro a seis meses de vida beneficia muito a saúde deles. Mas quando a mãe é seropositiva, devem ser explorados substitutos do leite materno. Como primeiro passo, os países devem adoptar imediatamente, como lei, o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (promulgado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância).

A saúde das crianças pode sofrer enormemente por causa da deficiência de micronutrientes (vitamina A, ferro, zinco e iodo) e isso pode ser tratado através de suplementos (como iodização de sal). A deficiência de vitamina A pode ser reduzida com a simples administração de duas cápsulas de dose elevada de vitamina por ano. Em países com sistemas de saúde a funcionar, os suplementos vitamínicos devem ser administrados através de campanhas parecidas com as campanhas de vacinação maciça. Em 1999, esses métodos permitiram que os países menos desenvolvidos atingissem uma cobertura de suplementos de 80%.

Doenças infecciosas e parasitárias. Nas áreas mais afectadas, espera-se que a mortalidade de menores de cinco anos provocada pelo HIV/SIDA mais do que duplique até 2010. Em muitos países, combater o HIV/SIDA – e tratar explicitamente questões específicas das mulheres e crianças – é uma prioridade máxima de desenvolvimento (ver caixa 4.1). Entretanto, todos os anos a malária mata mais de 400.000 crianças – tornando-se outra prioridade em muitos países.

Embora as mortes de menores de cinco anos por causa da diarreia tenham caído nos anos de 1990, a doença continua a matar um grande número de crianças. A continuação das reduções depende da capacidade das famílias tratarem a diarreia em casa (mais fluidos e alimentação contínua) e utilizarem serviços de saúde quando for preciso. Maior acesso a água limpa e saneamento, como se discute neste capítulo, também reduzirá a incidência da doença.

Finalmente, as infecções respiratórias agudas representam aproximadamente 20% das mortes de crianças nos países em desenvolvimento, mas a maio-

ria é facilmente evitável. Dados de 42 países mostram que apenas metade das crianças com essas infecções são levadas a prestadores de cuidados de saúde. Na África Ocidental, essa proporção cai para um quinto. Como se diz neste capítulo, um sistema de saúde a funcionar que aumente o número de prestadores de cuidados de saúde em áreas mal servidas é crucial para atacar este assassino.

Vacinações. Depois de aumentarem durante muitos anos, as vacinações na Ásia do Sul estagnaram no nível de 1990 – e na África Subsariana diminuíram. Mas é possível atingir níveis mais altos, como é demonstrado pelas campanhas periódicas da poliomielite feitas pelos governos nacionais. Entre 1998 e 2000, a campanha reduziu em 99% os novos casos de poliomielite através de campanhas maciças de educação pública e de melhores vacinações e vigilância de rotina.

Objectivo 5: reduzir a mortalidade materna em três quartos

Todos os anos morrem cerca de 500.000 mulheres em todo o mundo com complicações resultantes da gravidez e do parto. Trinta vezes mais mulheres sofrem ferimentos, infecções e outras complicações relacionadas com a gravidez. Para atingir o Objectivo 5 de Desenvolvimento do Milénio – reduzir em três quartos, entre 1999 e 2015, a taxa de mortalidade materna – os países em desenvolvimento têm que expandir o acesso a parteiras qualificadas, serviços obstétricos de emergência e a cuidados de saúde reprodutiva, reunindo esses serviços num sistema de saúde e encaminhamento que funcione. Os países também têm que tratar das questões mais amplas que inibem as mulheres de procurar cuidados de saúde.

Parteiras qualificadas. As parteiras qualificadas assistem menos de metade dos partos nos países em desenvolvimento. Reduzir a mortalidade materna exigirá o aumento substancial do número de parteiras qualificadas, especialmente em áreas mal servidas pelo sistema de saúde. As parteiras qualificadas ajudam a reduzir a mortalidade materna de duas formas. Primeiro, utilizando técnicas seguras e higiénicas durante os partos de rotina e encaminhando os partos complicados para clínicas e hospitais. Segundo, gerindo activamente o trabalho da terceira fase – reduzindo potencialmente as hemorragias pós-parto. Isto exige formação específica para além da distribuição de kits seguros de parto. As parteiras qualificadas devem ser capazes de reconhecer o início das complicações, de realizar as intervenções essenciais, de iniciar o tratamento e de supervisionar o encaminhamento da mãe e do bebé para cuidados de emergência quando necessário.

Serviços obstétricos de emergência. Mesmo nas melhores circunstâncias, mais de 10% das mulheres grávidas conhecem complicações potencialmente fatais. Para reduzir a mortalidade materna, as parteiras qualificadas devem ser capazes de encami-

nhar os partos complicados para serviços obstétricos de emergência. Os países em desenvolvimento têm fortes carências de serviços obstétricos de emergência, ocorrendo mais de 80% dos partos em áreas sem essas instalações. Assim, os países têm que se comprometer com o primeiro indicador da ONU nesta área: ter uma unidade dessas por cada 500.000 habitantes.

Cuidados de saúde reprodutiva. Aumentar o acesso à contracepção pode reduzir significativamente as mortes maternas diminuindo simplesmente o número de vezes que uma mulher fica grávida – e assim os riscos de complicações correlativas. Se as necessidades não satisfeitas de contracepção fossem satisfeitas e as mulheres tivessem apenas o número de gravidezes que quisessem, a mortalidade materna cairia entre 20% a 35%. Além disso, os abortos inseguros – os que são realizados por pessoas sem formação, sob condições não higiénicas, ou ambas – matam anualmente um número de mulheres calculado em 78.000, ou cerca de 13% da totalidade das mortes maternas. Assim, atingir o Objectivo 5 exigirá uma expansão rápida do acesso a cuidados de saúde reprodutiva.

Objectivo 6: inverter a propagação do HIV/SIDA

Em 2002, 3,1 milhões de pessoas morreram de SIDA. Outros 42 milhões de pessoas estão infectados com HIV/SIDA. Uma das pragas mais estropearas da história moderna, a SIDA atingiu todos os países, devastando muitos na África Subsariana. Embora desanimador, a primeira meta do Objectivo 6 de Desenvolvimento do Milénio – reverter a propagação da doença até 2015 – pode recorrer a mais de 20 anos de esforços de prevenção e tratamento bem sucedidos. Além disso, em 2001, a Assembleia Geral da ONU adoptou uma declaração sem ambiguidades sobre a gravidade da epidemia, pondo em relevo a necessidade de uma acção decisiva para orientar a política.

Para enfrentar o HIV/SIDA, é essencial uma forte liderança para vencer a inércia institucional e para tratar de questões sociais que alimentam a epidemia, incluindo o estigma, a discriminação e relações desiguais de poder entre homens e mulheres. A percentagem de mulheres que vivem com HIV/SIDA aumentou constantemente, de 41% em 1997 para 50% até ao fim de 2002. Na África Austral, as mulheres jovens têm 4 a 6 vezes mais probabilidades de ser seropositivas do que os homens do mesmo grupo etário. Os programas de prevenção e tratamento devem enfrentar explicitamente as condições que tornam alguns grupos mais vulneráveis à infecção e com menos probabilidade de procurar cuidados de saúde. Uma forte liderança comunitária pode ajudar a gerar respostas localmente aceitáveis, através, por exemplo, da discussão de comportamentos e valores que aumentam a propagação do HIV/SIDA.

Continua na página seguinte

Prioridades políticas e intervenções técnicas

Também é necessária uma forte liderança para tratar de sistemas de saúde desorganizados, esmagados e gravemente subfinanciados, para promover respostas multissetoriais à epidemia, para investir em tecnologias de prevenção eficazes (como preservativos e agulhas descartáveis) e para aumentar a capacidade através de melhor formação de trabalhadores da saúde e comunitários. Esses esforços estão a ser ajudados pela colaboração entre países em desenvolvimento no controlo do HIV/SIDA. A Tailândia está a partilhar o seu conhecimento com o Camboja, tal como o Brasil com os seus vizinhos.

Além disso, têm que ser identificados os esforços de prevenção para travar a propagação da doença. Embora os programas de controlo sejam diferentes, com base nas necessidades locais, estão disponíveis muitas intervenções eficazes (ver caixa 4.6). A prevenção eficaz tem permitido a muitos países fazer notáveis progressos na redução das taxas de infecção.

A expansão do tratamento também é amplamente apoiada – nomeadamente pela Organização Mundial da Saúde, que colocou medicamentos anti-retrovirais na sua lista de fármacos essenciais e emitiu orientações para o tratamento nos locais onde os recursos são limitados. Mas existem constrangimentos significativos à expansão desses programas, e o calendário de expansão do tratamento devia ser ambicioso, ainda que realista. Envolver diversos grupos no planeamento e na execução contribuiu para programas de tratamento bem sucedidos no Brasil, Tailândia e Uganda.

Sistemas de saúde fracos limitam gravemente a extensão do tratamento. Garantir a aquiescência do paciente aos regimes de tratamento e controlar a resistência ao medicamento exigirá um número maior de profissionais de saúde com boa formação, nova distribuição de medicamentos e sistemas de armazenagem, e mais centros de saúde e laboratórios em áreas com elevadas taxas de infecção.

Objectivo 6: inverter a incidência de malária e outras grandes doenças

A malária e a tuberculose estão entre as principais causas infecciosas da mortalidade adulta, particularmente nos países em desenvolvimento. Para atingir a segunda meta do Objectivo 6 de Desenvolvimento do Milénio – inverter a incidência da malária e outras doenças principais até 2015 – todos os países em desenvolvimento precisarão de identificar e enfrentar as doenças que causam maiores danos à sua população.

Malária. Todos os anos a malária infecta 500 milhões de pessoas – aproximadamente 10% da população mundial – e mata mais de 1 milhão. Muitos investigadores receiam que a situação possa piorar ainda mais devido às alterações ambientais, agitação civil, crescimento da população, viagens generalizadas e ao aumento da resistência aos medicamen-

tos e insecticidas. Mas apareceram novas abordagens do controlo da malária, e a crescente consciencialização internacional aumentou os recursos para actividades de investigação e controlo. Todavia, a inversão da propagação da malária exigirá compromissos políticos e financeiros sustentados de aumentar os programas bem sucedidos e de investir na investigação que possa melhorar significativamente esses esforços.

Porque a distribuição dos casos de malária difere consideravelmente de região para região, os programas de controlo devem ser talhados para as necessidades locais. Uma grande variedade de intervenções pode ser incorporada nas estratégias locais:

- Distribuir mosquiteiros tratados com insecticida às pessoas das áreas de alto risco e garantir que os mosquiteiros serão tratados todos os anos.
- Treinar trabalhadores comunitários da saúde para diagnosticar e tratar a malária fornecendo instrumentos simples de diagnóstico e regimes de tratamento predefinidos.
- Garantir que os bebés e as grávidas recebem tratamento preventivo no âmbito de vacinações de rotina e de cuidados pré-natal (embora estes pressuponham um sistema de saúde funcional).
- Fornecer medicamentos antimaláricos combinados para diminuir a probabilidade dos parasitas resistentes.
- Utilizar novas técnicas para facilitar a prestação de serviço, fazendo o levantamento da distribuição das populações, das instalações de saúde e das redes de transportes. Também estão disponíveis instrumentos para prever as epidemias de malária – tornando mais oportunos e eficazes os esforços de controlo em áreas propensas à epidemia.
- Também há uma necessidade urgente de aumentar a investigação de novos medicamentos e vacinas, porque a resistência aos tratamentos actuais mina a sua eficácia. Parcerias entre o público e o privado, como o caso de Medicamentos para o Risco da Malária, juntaram cientistas, recursos financeiros e capacidades de gestão para acelerar o desenvolvimento de novos medicamentos. Finalmente, a capacidade do sistema de saúde deve ser significativamente aumentada, para garantir que os tratamentos existentes e emergentes sejam feitos eficazmente.

Tuberculose. Cinquenta anos depois da introdução da quimioterapia eficaz, a tuberculose ainda mata cerca de 2 milhões de pessoas por ano – tornando-a, juntamente com a SIDA, a principal assassina infecciosa de adultos em todo o mundo. E o número de vítimas está a aumentar. Entre 1997 e 1999, o número de novos casos de tuberculose aumentou de 8 para 8,4 milhões. Se esta tendência se mantiver, a tuberculose continuará a estar entre as principais causas de mortalidade adulta depois de 2015.

Mas é possível inverter estas tendências. A parceria STOP TB, formada em 2000, deu passos notáveis na formulação de um plano completo, incluindo necessidades financeiras, para atingir o objectivo internacional de travar a propagação da tuberculose. Este quadro requer a expansão, adaptação e melhoria da terapia observada directamente, casos de tratamento breve (TODB) – um programa extraordinariamente eficaz em que os trabalhadores da saúde supervisionam os regimes de tratamento, ao mesmo tempo que criam estreitos laços com os seus pacientes.

Expandir essa terapia exige o reforço dos programas de controlo da tuberculose, bem como do sistema global de saúde, de quatro formas:

- Aumentar o apoio político para expandir o TODB.
- Aumentar o apoio financeiro para expandir o TODB.
- Melhorar a capacidade dos sistemas de saúde para expandir o TODB.
- Obter fornecimentos sustentáveis de medicamentos de qualidade para expandir o TODB.

Adaptar o TODB para responder aos desafios da resistência ao medicamento envolverá a passagem ao “TODB mais” – a pedra angular na gestão da tuberculose multi-resistente, que exige uma supervisão estrita dos regimes terapêuticos. Na Rússia, a incidência da tuberculose aumentou mais de 300% entre 1990 e 1996, com uma percentagem substancial de casos resistentes ao medicamento. Há uma necessidade urgente de investigação clínica, epidemiológica e operacional para definir as abordagens mais eficazes para pôr em prática o TODB mais.

O número crescente de casos de tuberculose, combinado com o HIV/SIDA, coloca um imenso fardo sobre as actividades de controlo da tuberculose – um fardo exacerbado pela escassez de técnicos de saúde diplomados, de recursos laboratoriais e de fornecimentos de medicamentos. Criar programas conjuntos tuberculose – HIV/SIDA permitiria tratar das sobreposições entre as epidemias. Mas também exigiria uma reconfiguração substancial e um esforço acrescido entre agências nacionais e comunitárias.

Finalmente, o TODB podia ser melhorado aumentando a investigação acerca de:

- Novos instrumentos de diagnóstico para detectar casos activos de tuberculose com mais rapidez, mais facilidade e mais precisão.
- Melhores medicamentos para simplificar os regimes de tratamento e melhorar as respostas à tuberculose resistente a múltiplos medicamentos e a infecções latentes.
- Uma vacina melhor.

Um passo para melhorar o TODB foi a formação da Aliança Mundial para o Desenvolvimento do Medicamento da Tuberculose, que fará progredir essa investigação.

saúde e de educação – é uma excepção rara.) Em países com desenvolvimento humano elevado, a despesa pública média com a saúde foi de 5,2% do PIB em 2000 – enquanto nos países de desenvolvimento humano médio foi de 2,7% e nos países de desenvolvimento humano baixo, de 2,1%. Os gastos públicos na saúde, per capita, é muito baixa na maioria dos países em desenvolvimento: em 2000, a média foi de 1.061 dólares nos países de desenvolvimento humano elevado, de 194 dólares nos países de desenvolvimento humano médio – e de apenas 38 dólares nos países de desenvolvimento humano baixo (em termos de paridade do poder de compra).¹⁰⁰

A Comissão de Macroeconomia e Saúde da Organização Mundial da Saúde recomenda que a ajuda dos doadores para os sistemas de saúde dos países de rendimento baixo seja substancialmente aumentado, juntamente com os recursos financeiros domésticos nesses países. A Comissão estimou que um aumento da ajuda, de 5 mil milhões de dólares por ano em 2001 para 35 mil milhões por ano, até 2015, se for adequadamente investido em áreas de prioridade alta (doenças infecciosas, deficiências alimentares, complicações maternas) e se for acompanhado com um aumento da despesa de saúde dos próprios países, evitaria 8 milhões de mortes por ano, com vantagens económicas da ordem dos 360 mil milhões de dólares por ano.

A maioria dos países em desenvolvimento que estão a pôr em prática programas de estabilização económica, ou de ajustamento, não tem forma de expandir a despesa com a saúde sem aumentar as receitas de outras fontes. Fortemente endividados, os países pobres, em particular, não têm espaço fiscal para aumentar a despesa social. Todavia, os serviços básicos representam menos de metade da despesa pública com a educação e a saúde nesses países.¹⁰¹ (O papel do sector privado nos cuidados de saúde é descrito no capítulo 5.)

O que é que o governo pode fazer face a graves limitações fiscais? Uma fonte de fundos extraordinários é a ajuda pública ao desenvolvimento, e a ajuda para a saúde tem estado a aumentar – com compromissos que rondam uma média de 3,6 mil milhões de dólares por ano em 1999-2001, contra 3,3 mil milhões por ano em 1996-98. Todavia, a ajuda pública ao desenvolvimento para a saúde é igual a apenas 0,01 em cada 100 dólares do PNB dos países doadores – demasiadamente pouco para satisfazer sequer as necessidades básicas de saúde dos países em desenvolvimento.

Em 1996-98, as instituições multilaterais forneceram uma média de 872 milhões de dólares por ano em ajuda pública ao desenvolvimento relacionada com a saúde, embora em 1999-2001 tenha caído para 637 milhões de dólares por ano.¹⁰² Mas os compromissos para a saúde básica foram de 264 milhões de dólares por ano em 1996-98 e mantiveram-se praticamente ao mesmo nível (249 milhões por ano) em 1999-2001.

No fim dos anos de 1990, 37% da ajuda para a saúde proveniente dos membros da Comissão de Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE foram para a saúde básica, 23% para a saúde geral e o resto para a saúde reprodutiva (figura 4.4). Assim, ao contrário da educação, a ajuda pública ao desenvolvimento para a saúde concentra-se nos serviços básicos – o que é bom para os Objectivos. Nos anos de 1990, a ajuda pública ao desenvolvimento para a saúde reprodutiva subiu de 572 milhões de dólares para 897 milhões de dólares por ano.¹⁰³

DESIGUALDADE – E O QUE FAZER DELA

Como é que pequenos orçamentos de saúde poderão ser repartidos entre serviços e utilizadores? Esta é uma questão chave para a equidade, porque hoje as pessoas pobres estão a perder. Um recente inquérito aos países em desenvolvimento concluiu que, em todos os casos, os 20% mais pobres da população recebem menos de 20% dos benefícios da despesa com a saúde pública. Também recebem menos do que os 20% mais ricos (que em muitos países incluem uma grande percentagem da classe média).¹⁰⁴

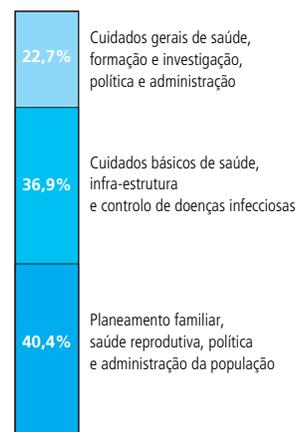
Mas a despesa com os cuidados básicos de saúde é partilhada mais equitativamente do que a despesa total com a saúde. Nalguns países, as pessoas pobres fazem uma utilização desproporcionada das facilidades primárias de saúde. No Quênia, os 20% mais pobres recebem 22% da despesa governamental com cuidados primários de saúde, contra 14% da despesa total com a saúde. No Chile – um país com elevado desempenho na saúde – os 20% mais pobres recebem 30% da despesa com cuidados de saúde primários. E na Costa Rica, outro país de elevado desempenho, os 20% mais pobres recebem 43%¹⁰⁵ Assim, para que as pessoas pobres beneficiem, têm que ir mais recursos para os cuidados primários de saúde.

Uma despesa mais igualitária reflecte-se fortemente nos resultados da saúde. Em países onde menos

FIGURA 4.4

Uma grande parte da ajuda para a saúde vai para os serviços básicos

Ajuda para a saúde proveniente dos membros da Comissão de Ajuda ao Desenvolvimento



Fonte: OCDE, Development Assistance Committee 2003a.

de 70 em cada 1.000 crianças morrem antes dos cinco anos, os 20% mais pobres recebem mais de 25% da despesa pública com cuidados primários de saúde – enquanto em países com taxas de mortalidade de crianças acima de 140, os 20% mais pobres recebem menos de 15%. Além disso, em países com elevadas taxas de mortalidade de crianças, os 20% mais pobres representam menos de 10% da utilização hospitalar – os 20% mais ricos representam 40%.¹⁰⁶

Quando os recursos são limitados, as áreas rurais menos desenvolvidas têm que aguentar o peso da escassez de pessoal médico. Além disso, os esforços para colocar pessoal médico em áreas mal servidas normalmente não têm êxito. No Camboja, 85% das pessoas vivem em áreas rurais, mas apenas 13% do pessoal de saúde do governo estão nessas áreas, enquanto em Angola 65% da população é rural, mas apenas 15% dos profissionais de saúde do governo trabalham em áreas rurais.¹⁰⁷ No Nepal, apenas 20% dos lugares de médicos rurais estão preenchidos, contra 96% nas áreas urbanas.¹⁰⁸

Podem ser tomadas várias medidas para corrigir os desequilíbrios da cobertura de cuidados de saúde:

- *Aumentar o número de enfermeiras, paramédicos e trabalhadores comunitários da saúde.* Enfermeiras, parteiras treinadas e trabalhadores comunitários da saúde são as extensões do sistema de saúde, permitindo a realização essencial para o sucesso dos serviços de saúde reprodutiva. Por exemplo, os países com desempenho elevado – aqueles onde a esperança

de vida é alta e a mortalidade de menores de cinco anos é baixa em relação à média dos países em desenvolvimento – tendem a ter mais enfermeiras por médico. Compare-se o Zimbabué (9,5 enfermeiras por médico em 1990) e a Tailândia (4 em 1990) com a Índia (1,5 no fim dos anos 80) e o Bangladesh (1 em 1990). Dados mais recentes confirmam esta observação.¹⁰⁹

- *Usar contratos de serviço para exigir que o pessoal médico passe um certo número de anos no serviço público.* Esses contratos, vulgares na América Latina, também têm sido aplicados nas Filipinas e na Tanzânia. Nos anos de 1970, a Malásia, outro país de elevado desempenho, exigiu a todos os detentores de licenciaturas em medicina que trabalhassem três anos para os serviços de saúde do governo – permitindo que o governo enviasse médicos para áreas rurais que anteriormente tinham evitado. Além disso, houve políticas para assegurar que os grupos mais pobres recebessem uma parte da despesa pública com a saúde maior do que as classes média e alta.¹¹⁰

- *Fazer com que os doadores financiem alguns custos recorrentes.* A Organização Mundial da Saúde recomendou um pacote de serviços essenciais de saúde para países em desenvolvimento, incluindo saúde pública e intervenções clínicas. Mas esse pacote não pode ser fornecido sem mais pessoal, pelo que os doadores deviam cobrir alguns custos recorrentes com pessoal.

INEFICIÊNCIA – E O QUE FAZER DELA

A menos que o desempenho dos sistemas de saúde melhore, quaisquer fundos adicionais podem ser desperdiçados.

CONCENTRAÇÃO NAS INTERVENÇÕES ESSENCIAIS

Tradicionalmente, os governos sem disponibilidades têm tentado racionar os cuidados de saúde limitando os orçamentos globais – não dirigindo recursos para doenças específicas. Uma abordagem diferente seria racionar fundos com base em intervenções essenciais. O México adoptou esta abordagem, e o Bangladesh, Colômbia e Zâmbia estão a começar a adoptá-la.¹¹¹

ADOPTAR UMA ABORDAGEM INTEGRADA

As campanhas de erradicação da varíola e da malária dos anos de 1960 iniciaram uma tendência para pro-

CAIXA 4.8

Integrar programas verticais em sistemas de saúde que funcionam

Os programas específicos de doenças têm elevada probabilidade de êxito quando estão integrados num sistema de saúde que funciona, como demonstra o programa de tuberculose da Índia. Foram formados mais de 200.000 trabalhadores de saúde. Cerca de 436 milhões de pessoas (mais de 40% da população) têm acesso a serviços. E foram evitadas 200.000 mortes, com poupanças indirectas de mais de 400 milhões de dólares – mais de oito vezes o custo de aplicação do programa.

Utilizando a estratégia da terapia observada directamente, casos de tratamento breve (TODB), o programa da Índia utiliza a estrutura de saúde existente, mas completa as suas actividades com recursos, pessoal e medicamentos adicionais, sendo o diagnóstico e o tratamento gratuitos para os pacientes. Uma vez tomada a decisão de ini-

ciar o programa num distrito, a administração de saúde forma uma sociedade, que contrata pessoal para uma unidade de tuberculose – cobrindo 500.000 pessoas. O governo do estado forma os médicos e contrata os técnicos de laboratório. A orientação da política, os medicamentos e os microscópios são providos pelo governo central, com assistência financeira do Banco Mundial e de doadores bilaterais.

Há vários níveis de apoio, acompanhamento e supervisão. O pessoal do governo e da Organização Mundial da Saúde (OMS) faz visitas ao local. Consultores contratados pela OMS, com telefones móveis e acesso à Internet, dão apoio a unidades de tuberculose. O Governo fornece, em cada trimestre, um relatório pormenorizado sobre o desempenho de cada estado e distrito.

Fonte: Khatri e Frieden, 2002, pág. 1420-25.

Garantir medicamentos essenciais para todos – êxito no Butão

O Butão, um pequeno reino asiático, interior, mostra como uma política nacional de medicamentos coerente – apoiada por ajuda internacional concertada – pode atingir resultados impressionantes no fornecimento de medicamentos essenciais. Até 1986, o fornecimento público de medicamentos no Butão era desordenado, com pouca disponibilidade, qualidade errática, receitas irracionais e elevados custos. Depois, o país lançou-se num programa de medicamentos essenciais com uma importante ajuda técnica e financeira da Organização Mundial de Saúde e dos países doadores. Em 1987, foi adoptada uma política nacional global do medicamento e uma legislação facilitadora. Entre as componentes fundamentais do programa incluem-se:

- Facilidades de aquisição e distribuição nacionais.
- Garantia de qualidade, através da cuidadosa selecção dos fornecedores e de testes do produto.
- Receitas mais racionais, através da criação de guias de tratamento normalizado e de melhor formação e supervisão dos técnicos farmacêuticos.

Fonte: Stapleton 2000, pág. 2.

- Redução dos desperdícios e maior eficiência, através de seminários para armazenistas sobre a armazenagem adequada e a gestão de medicamentos.

- Fornecimento público gratuito de medicamentos essenciais e de vacinas.

Desde 1993, o programa tem sido dirigido por pessoal butanês, com ajuda mínima de especialistas internacionais. Os resultados incluem:

- Acesso a medicamentos essenciais de alta qualidade para mais de 90% da população, com 90% dos medicamentos essenciais principais disponíveis.
- Redução dos erros na contabilidade da medicação, de 76% em 1989 para 14% em 1997.
- Redução do desperdício, com apenas 0,75% do orçamento para medicamentos gastos em medicamentos cujo prazo de validade expirou antes da respectiva utilização.
- Preços muito mais baixos pagos pelo programa de medicamentos essenciais (que adquire entre 85% a 90% das drogas), caindo para cerca de metade dos preços médios internacionais.

gramas verticais de doenças específicas conduzidos pelos doadores e impostos aos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento. Desde os anos de 1980 – com o lançamento de uma grande quantidade de programas de ajustamento estrutural e, em particular, desde que a campanha da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância para promover a vacinação universal das crianças (1985-90) – os doadores inclinaram-se cada vez mais para esses esforços. E, com a crescente prevalência da tuberculose, malária e HIV/SIDA, essa tendência reforçou-se ainda mais.

Estes programas têm riscos. Os recursos são concentrados nestas áreas à custa do sistema global de saúde. Os esforços públicos de cuidados de saúde fora dessas estruturas verticais podem ser esvaziados. E até os programas verticais, de manutenção dispendiosa, podem ser ameaçados se desaparecerem os fundos dos doadores. Os programas verticais podem ser viáveis economicamente e prudentes apenas para doenças que apresentam uma possibilidade razoável de erradicação num período previsível.

Os programas específicos de doenças deviam ser integrados em estruturas globais de saúde, como mostra o bem sucedido programa da tuberculose na Índia (caixa 4.8). Mas os serviços de saúde materna

e infantil também estão a pedir integração: em muitos países, os cuidados de saúde primários concentraram-se no planeamento familiar, com exclusão dos serviços de saúde materna e infantil. Para evitar mais mortes maternas, os cuidados durante a gravidez e especialmente durante o parto devem estar ligados a sistemas fidedignos, que assegurem a disponibilidade de tratamento avançado em casos de emergência obstétrica.

FORNECER MEDICAMENTOS ESSENCIAIS EM CLÍNICAS PARA ATRAIR PACIENTES

Fornecimentos de medicamentos totalmente inadequados são uma razão pela qual os sistemas públicos de saúde se tornam disfuncionais. Quando os pacientes não recebem medicamentos terapêuticos, têm pouco incentivo para procurar os cuidados públicos de saúde. Isso mata a procura de serviços médicos, fazendo com que os médicos e os paramédicos falem ao trabalho.

Na Índia, as instalações de saúde pública em quatro estados meridionais – Andra Pradexe, Karnataka, Kerala e Tamil Nadu – funcionam melhor porque são distribuídos medicamentos através da rede de cuidados de saúde primários, dando aos pacientes uma razão para visitarem as instalações.

ATINGIR OS OBJECTIVOS DA ÁGUA E SANEAMENTO

Noutros países, o fornecimento de medicamentos essenciais através de instalações descentralizadas podia ajudar a reanimar os sistemas

primários de saúde. Fornecer serviços curativos também aumentaria a cobertura dos serviços preventivos.

Objectivos e metas de Desenvolvimento do Milénio

Objectivo 7: Assegurar a sustentabilidade ambiental

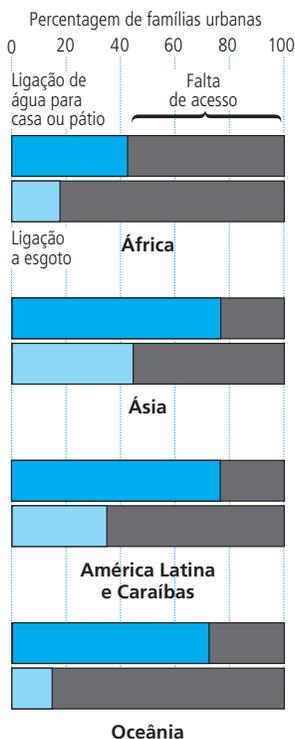
Meta 9: Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas dos países e inverter a perda de recursos ambientais

Meta 10: Reduzir para metade, até 2015, a proporção das pessoas sem acesso sustentável a água potável

Meta 11: Alcançar, até 2020, uma melhoria significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de bairros degradados

FIGURA 4.5

Muitas famílias urbanas têm falta de água e saneamento



Fonte: WHO, UNICEF e WSSCC 2000.

Em países com desenvolvimento humano elevado quase toda a população tem acesso a medicamentos essenciais. Em países com desenvolvimento humano médio, há uma enorme variedade: na China, 80% a 94% da população tem acesso (dependendo da região); na Índia, 0% a 49%. A maioria dos países com desenvolvimento humano baixo tem baixo acesso (definido pela Organização Mundial da Saúde como 50% a 79%). O Butão é um país de desenvolvimento humano baixo, mas tem conseguido fornecer medicamentos essenciais a 80-94% da sua população (caixa 4.9).

Muitos países de rendimento baixo precisarão de financiamento concessional dos doadores para fornecer medicamentos essenciais. Os países com elevado desempenho têm fornecido medicamentos essenciais em centros de saúde pública – estimulando a procura local de outros serviços desses centros. Um aumento do interesse dos beneficiários pelo sistema público de saúde também melhora a supervisão dos trabalhadores de saúde pública através do controlo comunitário.

O acesso a água potável e a saneamento adequado é crucial para a sobrevivência. A água é essencial para o ambiente, a segurança alimentar e o desenvolvimento sustentável. E o saneamento adequado também pode fazer a diferença entre a vida e a morte.

DIMENSÃO DO PROBLEMA

Em 2000, pelo menos 1,1 mil milhões de pessoas de todo o mundo – cerca de uma em cada cinco – não tinham acesso a água potável.¹¹² O dobro (2,4 mil milhões de pessoas) carecia de acesso a saneamento adequado.¹¹³ A Ásia acolhe 65% da população sem água potável e a África, 28%. Quanto ao saneamento, 80% da população não servida encontra-se na Ásia e 13% na África.¹¹⁴

Houve alguns desenvolvimentos positivos durante os anos de 1990: cerca de 438 milhões de pessoas dos países em desenvolvimento obtiveram acesso a água potável e cerca de 542 milhões nas áreas urbanas conquistaram acesso a saneamento adequado.¹¹⁵ Mas, devido ao rápido crescimento da população, o número de habitantes urbanos que carecem de acesso a água potável aumentou em cerca de 62 milhões.¹¹⁶

Nas principais cidades da Europa e da América do Norte, mais de 90% das famílias têm ligação a água canalizada e esgotos. Mas no resto do mundo a situação é muito diferente. Se se considerar como saneamento adequado uma casa de banho ligada a um

esgoto, há uma falta significativa de saneamento adequado em todo o mundo em desenvolvimento – mesmo nas grandes cidades. E a cobertura de saneamento é muito pior do que a cobertura de água em todas as regiões (figura 4.5).

Nos anos de 1990, o número de crianças mortas pela diarreia – resultado de água e saneamento inseguros – excedeu o número de pessoas mortas em conflitos armados, desde a Segunda Guerra Mundial.¹¹⁷ Além disso, metade das camas de hospital de todo o mundo está ocupada por pacientes com doenças originadas pela água, o que significa que estão a ser utilizados serviços curativos dispendiosos para tratar doenças que podiam ter sido facilmente evitadas.

Na Ásia do Sul, só 37% da população é que tem acesso a saneamento adequado. Cerca de 1,4 milhões de pessoas da região ainda defeca ao ar livre, ou utilizam latrinas de balde não sanitárias.¹¹⁸ Na África Subsariana, o problema mais premente é a água potável, disponível para apenas 57% da população¹¹⁹ – uma média que esconde enormes hiatos entre áreas urbanas e rurais.¹²⁰

As pessoas rurais pobres sofrem mais com a falta de água potável, porque geralmente dependem da terra e dos recursos de água para a sua subsistência. As pessoas urbanas pobres sofrem mais com o saneamento inadequado, agravado pelo sobrepovoamento das cidades.

Tal como em relação a outros Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, aumentar o acesso a água potável e saneamento também exige que a desigualdade de género seja enfrentada. As mulheres e as raparigas africanas passam três horas por dia a ir buscar água, gastando mais de um terço das calorias que ingerem. Estas tarefas domésticas mantêm muitas raparigas fora da escola – e se frequentam a escola, a energia que utilizam para desempenhar as tarefas domésticas mina gravemente o seu desempenho escolar. Além disso, quando outros membros da família adoecem, muitas vezes devido a doenças relacionadas com a água, ou o saneamento, é mais provável que as raparigas sejam mantidas em casa para cuidar deles. E quando é preciso água nas escolas, mandam as raparigas buscá-la, reduzindo o seu tempo de estudo e recreio.

As prioridades políticas para atingir os Objectivos da água e saneamento envolvem:

- *Aumentar os recursos.* Estão disponíveis tecnologias de baixo custo para aumentar o acesso das

famílias e da comunidade a água potável e saneamento. Mas, para governos sem meios, a instalação e a manutenção da infra-estrutura para tratamento das águas residuais são extremamente caras.

- *Aumentar a equidade.* Muitas vezes, as pessoas pobres não têm dinheiro para pagar os custos da água e saneamento porque os utilizadores mais ricos não pagam o suficiente. E nas famílias pobres, as raparigas e as mulheres sofrem mais com a dificuldade de acesso a água e saneamento.
- *Aumentar a manutenção adequada.* Os sistemas de distribuição de água e esgotos são, muito frequentemente, mal mantidos pelos governos e não respondem às necessidades locais.
- *Limitar os danos ambientais.* Os abastecimentos sustentáveis de água exigem um uso racional da água – especialmente na agricultura.

TECNOLOGIAS ADEQUADAS PARA O USO EFICIENTE

No abastecimento de água, as tecnologias menos sofisticadas e de baixo custo incluem ligações domésticas, colunas de água públicas, furos, recolha das águas pluviais e nascentes e poços protegidos. Estas tecnologias são de longe melhores do que alternativas tais como água engarrafada, provisão por camiões cisterna e poços e nascentes não protegidas. Algumas dessas alternativas são inseguras, enquanto outras são inadequadas porque não podem ser asseguradas em quantidades suficientes.

No saneamento há uma necessidade precisamente de fornecer tecnologias que as pessoas queiram utilizar, porque as decisões acerca de saneamento são tomadas a nível familiar. As famílias não precisam de ser convencidas dos méritos de um poço ou de uma coluna de água. Mas pode ser preciso interessar as famílias pelos méritos do saneamento ao domicílio, assim como ser necessário fornecer-lhes a educação higiénica adequada. A melhor forma de o fazer é através de produtos que satisfaçam a procura do consumidor, tanto no preço, como na qualidade (caixa 4.10). As tecnologias adequadas incluem latrinas com descarga, latrinas simples de fossa, latrinas ventiladas de fossa e ligações a fossas sépticas, ou a esgotos públicos cobertos. Nas áreas rurais, é por vezes adequada a eliminação de detritos através da estrumação.

Essas tecnologias são economicamente acessíveis e podem ser facilmente mantidas por comu-

CAIXA 4.10

Saneamento economicamente acessível na Índia

Continua a ocorrer muita defecação ao ar livre na Índia. Mas o trabalho pioneiro da Sulabh International, uma organização não governamental (ONG), mostrou que os dejectos humanos podem ser eliminados de forma economicamente acessível e socialmente aceitável. A abordagem da Sulabh baseia-se em parcerias com governos locais, apoiadas pela participação comunitária, e tem melhorado substancialmente a qualidade ambiental nos bairros degradados rurais e urbanos habitados por pessoas pobres.

A solução da Sulabh é uma sanita de baixo custo, com descarga de água com fossas de lixiviação para destruição no local dos dejectos humanos. A tecnologia é economicamente acessível para as pessoas pobres, porque há modelos para diferentes níveis de rendimento. A descarga apenas precisa de 2 litros de água, contra os 10 usados por outras sanitas. Além disso, o sistema nunca está fora de serviço, porque há duas fossas – pelo que pode sempre ser utilizada uma enquanto a outra está a ser limpa. A latrina pode ser construída com ma-

teriais localmente disponíveis e é fácil de manter. Também tem um elevado potencial de melhoramento, porque pode ser ligada facilmente a uma sistema de esgotos quando for introduzido na área.

Desde 1970, foram construídas mais de 1 milhão de unidades em casas. Além disso, foram instaladas 5.500 em casas de banho públicas pagas, dotadas de guarda que fornece sabão para lavar as mãos, 24 horas por dia. As casas de banho públicas incluem instalações para banho e lavagem de roupa e oferecem serviços gratuitos a crianças, deficientes e pessoas pobres. Como resultado, mais de 10 milhões de pessoas receberam saneamento melhorado, de baixo custo, e foram criados 50.000 empregos.

As campanhas porta a porta da Sulabh também ministram educação sanitária gratuita a milhões de pessoas. A organização forma pessoas locais para, elas próprias, construir mais latrinas, e ajudaram a instalar e manter casas de banho comunitárias pagas em bairros de lata e noutras áreas.

Fonte: WSSCC 2002, 2003.

nidades pobres. No passado, os governos adoptavam frequentemente uma abordagem de cima para baixo, instalando bombas manuais, poços de tubo e até latrinas de fossa ventiladas, independentemente de haver procura para isso. Como resultado, geralmente as comunidades descuravam a manutenção, ou ficavam à espera de que o governo a fizesse. Mas quando as comunidades – especialmente as mulheres – são envolvidas no fornecimento e no financiamento das instalações e formadas para as manter, aumenta a apropriação e a sustentabilidade.

Muitos governos cidadãos têm relutância em investir no saneamento básico sem enfrentar os desafios mais amplos de drenagem e eliminação de detritos sólidos. Nos países em desenvolvimento, muito pouca água residual é tratada antes de ser devolvida ao ambiente. Mas tratar a água residual é muito mais caro do que apenas dar acesso a água potável e saneamento doméstico. Assim, é preciso fazer investigação acerca de abordagens viáveis e economicamente suportáveis da gama completa de serviços de saneamento.

Também pode ser necessário aceitar um aumento da poluição ambiental como primeiro passo para melhorar o saneamento. Na Europa e na América do Norte, por exemplo, o saneamento

A África do Sul e o “direito” à água

Em 1994, quando chegou ao poder um novo governo democrático, mais de 15 milhões de sul-africanos careciam de acesso a 25 litros de água potável por dia, a 200 metros de suas casas. Até 2001, esse número caiu para 7 milhões. Como?

- O apoio político de nível máximo foi essencial. A constituição da África do Sul garante – como um direito humano – o acesso a um fornecimento básico de água e um ambiente não prejudicial para a saúde. Como resultado, uma política garantindo água básica gratuita foi recentemente adoptada, fornecendo a cada família os primeiros 6.000 litros de água de cada mês sem custos.
- Leis e regulamentos claros esclareceram as funções das autoridades e dos fornecedores de serviços da água. Além disso, normas nacionais e legislação similar ajudaram a regular a qualidade da água e a estrutura tarifária.
- Um extenso programa de obras capitais foi rapidamente prosseguido pelo novo governo para tratar de áreas com maior necessidade. Este pro-

grama beneficiou de um substancial financiamento governamental e do apoio de vários actores, incluindo organizações não governamentais, empresas privadas e grupos comunitários.

- A devolução de responsabilidades aos governos locais dá às autoridades locais mais controlo sobre os projectos, permitindo que estes sejam melhor moldados às necessidades locais.

Apesar destas realizações, a África do Sul ainda enfrenta obstáculos para sustentar e expandir o acesso ao fornecimento básico de água. Serão necessários compromissos políticos e financeiros continuados para garantir o êxito continuado. A viabilidade da política de água básica gratuita, por exemplo, depende em grande medida das receitas do governo – bem como do número de famílias ricas disponíveis para subsidiar as famílias mais pobres. Além disso, experiências mistas com participação do sector privado deixaram na incerteza a extensão do seu papel num futuro fornecimento do serviço.

Fonte: Millennium Project Task Force 2003; WSP 2002b.

doméstico adequado foi feito inicialmente à custa da poluição dos rios e dos cursos de água.

RECURSOS LIMITADOS – E O QUE FAZER DELES

Nos países em desenvolvimento, o sector público nacional financia entre 65% a 70% da infra-estrutura da água, os doadores, 10% a 15%, as companhias privadas internacionais, 10% a 15% e o sector privado nacional, 5%.¹²¹ Em 90% dos países em desenvolvimento, os serviços de água e saneamento são fornecidos pelo sector público. O financiamento vem dos utilizadores que pagam contas às autoridades locais – os fornecedores habituais de serviços – mas normalmente a recuperação do custo cobre apenas parte do capital e dos custos recorrentes da infra-estrutura e dos serviços de água. O hiato de financiamento é coberto por receitas de impostos e por financiamento dos doadores. Com empenhamento político e dinheiro, o acesso a água potável pode ser aumentado – como a África do Sul mostrou nos anos de 1990 (caixa 4.11).

Muitos países em desenvolvimento têm dificuldades em pagar as infra-estruturas de água e saneamento, sendo o financiamento com base nos fluxos de caixa dos serviços de água especialmente precário.¹²² Encargos inadequados são um grande problema. Todavia, na ausência da infra-estrutura básica, a canali-

zação e o saneamento domésticos não podem avançar. E sem rede de esgotos e estações de tratamento, a água residual corre normalmente para correntes abertas e canais de drenagem – colocando graves riscos para a saúde e prejudicando o ambiente.

O investimento privado internacional em serviços de água diminuiu depois de ter atingido o auge em 1996-99, aparentemente porque os retornos são muito baixos.¹²³ Além disso, os projectos de água exigem investimentos iniciais maiores do que a electricidade, as telecomunicações e o gás natural. As desvalorizações da moeda – como na recente crise económica na Argentina – são outro desincentivo.

Nos anos de 1990, uma média de 3 mil milhões de dólares por ano de ajuda pública ao desenvolvimento foi afectado a projectos de água e saneamento. Em 1996-98, esse financiamento foi de 3,5 mil milhões de dólares por ano, mas em 1999-2001 caiu para 3,1 mil milhões por ano. A percentagem de água e saneamento na ajuda pública ao desenvolvimento total continuou a ser relativamente estável nos anos de 1990, com 6% da ajuda bilateral e 4% a 5% da multilateral. Empréstimos não concessionais, principalmente do Banco Mundial, adicionaram 1 a 1,5 mil milhões de dólares por ano. O Japão assumiu, de longe, os compromissos mais significativos.¹²⁴

O abastecimento de água e o saneamento representaram três quartos da ajuda ao sector da água em 1997-2001. A maioria da ajuda ao abastecimento de água e ao saneamento vai para grandes sistemas.¹²⁵ É muito pequeno o número de projectos que recorrem a tecnologias de baixo custo, que oferecem as melhores perspectivas de maior cobertura para as pessoas pobres – bombas manuais, sistemas alimentados pela gravidade, recolha de águas pluviais, latrinas.¹²⁶ Assim, a composição da ajuda para água e saneamento tem que mudar. Dez países representaram metade da ajuda pública ao desenvolvimento para água e apenas um doador – o Japão – fornece um terço dessa ajuda.¹²⁷ Pior, só 12% da ajuda pública ao desenvolvimento para água foram para países onde menos de 60% da população têm acesso a água potável.¹²⁸

DESIGUALDADE – E O QUE FAZER DELA

Para preencher parte do hiato de financiamento necessário para satisfazer os Objectivos relativos a água e saneamento, os custos têm que ser reduzidos

e a receitas provenientes dos utilizadores aumentadas. Para reduzir custos, as autoridades locais têm que melhorar a gestão – para o que devia haver mais apoio dos doadores e intercâmbio entre países em desenvolvimento.

Em termos de receitas, as autoridades locais não incluem normalmente os custos de capital nas suas políticas de recuperação de custos – e só recuperam parcialmente os custos recorrentes. Tem sido sugerido que “para o sector da água e saneamento, a recuperação total do custo junto dos utilizadores é o objectivo ideal a longo prazo”.¹²⁹ Ao abrigo desta estratégia, os utilizadores urbanos pagariam os custos integrais dos investimentos, enquanto os utilizadores peri-urbanos e rurais não contribuiriam para os custos de capital. Para os custos de operação e manutenção, os utilizadores urbanos pagariam os custos integrais, os utilizadores peri-urbanos fariam isso onde fosse possível e os utilizadores rurais pagariam parcialmente os custos recorrentes.

Mas esta abordagem seria injusta. Uma vez que as vantagens sociais da água potável e do saneamento adequado excedem de longe os custos, há boas razões para defender uma política de preços que reflecta as mais amplas vantagens para todos de, digamos, reduzir a incidência da diarreia. Isso implica que os que têm ligações directas a casa deviam estar a pagar o preço integral. Hoje, há os que pagam abaixo do custo – e que recebem os maiores subsídios. Cobrar-lhes o custo integral geraria recursos para o sector e tornaria possível a subsidição cruzada daqueles que carecem de água ou saneamento melhorados, ou têm baixa capacidade para pagar. Esses subsídios cruzados também seriam possíveis se fossem cobradas taxas mais elevadas aos utilizadores industriais e agrícolas.

Dependendo dos níveis de pobreza nas áreas peri-urbana e rural, devia haver apenas recuperação parcial dos custos recorrentes. Em muitas áreas, as pessoas pobres pagam actualmente preços exorbitantes aos fornecedores de água. Muitas vezes é desejável alguma forma de recuperação do custo, menos para gerar recursos do que para garantir o uso eficiente. As comunidades deviam ser encorajadas a fornecer mão-de-obra para garantir a rápida instalação de bombas manuais e de casas de banho públicas.

Até que ponto é difícil para as pessoas pobres cobrir os custos da infra-estrutura de água e saneamento? Considere-se o exemplo da Bolívia e algumas estimativas de custo para água e saneamento de um projecto em El Alto:

- *Rendimento médio mensal*: 122 dólares (0,80 dólares per capita por dia).
- *Custos de ligação*: 229 dólares para água tradicional, 276 dólares para saneamento (excluindo a infra-estrutura do colector).
- *Custos de ligação para tecnologia de condomínio com participação comunitária*: 139 dólares para água, 172 dólares para saneamento.¹³⁰

Um custo adicional importante para famílias pobres é a construção de uma casa de banho ou instalação similar dentro de casa, incluindo uma sanita. Em El Alto, estes custos eram, em média, de 400 dólares, mais 16 dias de mão-de-obra. Normalmente, esses custos não são decompostos nas estimativas de custos para água e saneamento. Mesmo com disponibilidade de microfinanciamento, os custos eram demasiado elevados para a maioria das pessoas pobres. Mas com educação higiénica, a procura de sanitas mais que duplicou.

Quando as pessoas pobres têm dificuldades para cobrir os encargos, deviam ser ajudadas através de esquemas de crédito. Desde há anos que o Grameen Bank do Bangladeche dá crédito para água e saneamento, numa base de grupo.

As mulheres enfrentam mais problemas em termos de quantidade de trabalho, privacidade, segurança e higiene do que os rapazes e os homens – e por isso estão mais interessadas na melhoria do saneamento. Mas muitas vezes têm menos recursos, pelo que é importante persuadir os homens de que os melhoramentos do saneamento valem a pena. Os melhoramentos também devem ser financeiramente acessíveis para as famílias encabeçadas por mulheres, que muitas vezes têm menos dinheiro e menos recursos de mão-de-obra do que as famílias com um homem e uma mulher. Uma vez que é mais provável que as mulheres saibam que projectos e localizações são mais adequados para a utilização por mulheres e crianças, os homens e as mulheres devem partilhar a informação e as decisões.

As mulheres também se revelam mais seguras na manutenção de equipamentos, como as bombas manuais – em parte porque são normalmente responsáveis por ir buscar água para a família. Assim, deviam ser encorajadas a ter formação de pedreiro e canalizador, porque se sentiriam mais à vontade a mostrar a outra mulher, do que a um homem, onde pôr a latrina numa casa. E com um trabalho na manutenção, é menos provável que deixem a comunidade à procura de emprego lá fora.

Nos serviços sociais, em particular na saúde e educação, a afectação de recursos tende a ser enviesada contra os serviços básicos de saúde e a educação básica

Até aqui, a discussão focou as prioridades políticas sectoriais. Agora, a incidência muda para as prioridades políticas transversais aos Objectivos, para todos os grupos de países.

AUMENTAR O NÍVEL, A EFICIÊNCIA E A EQUIDADE DA DESPESA PÚBLICA EM SERVIÇOS BÁSICOS

Na maioria dos países ricos, o governo é responsável por mais de 40% do PIB – na maioria dos países em desenvolvimento, menos de 20%. Com o desenvolvimento, é de esperar que a dimensão do governo aumente. Os enormes desafios de reduzir a fome e a mortalidade e alargar a alfabetização exigem um grande aumento da despesa pública.

Mas é difícil conduzir acções multisectoriais em países de rendimento baixo, onde as receitas dos impostos representam normalmente menos de 15% do PIB. E atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio vai exigir recursos adicionais significativos que não é provável que sejam gerados só pelo crescimento económico dos países pobres (ver capítulo 3). Os seus recursos fiscais são comprimidos pelos reembolsos da dívida (ver capítulos 3 e 8). E a afectação do que resta é desviada excessivamente para a defesa (ver caixa 4.5). O que vai para a agricultura, saúde ou educação – menos de 5% dos orçamentos em África – não é suficiente.

Nos serviços sociais, em particular na saúde e educação, a afectação de recursos tende a ser envidada contra os serviços básicos de saúde e a educação básica. Mas a capacidade dos governos de reafectar a despesa aos serviços básicos para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio depende, em parte, da possibilidade de remover a despesa da defesa e do serviço da dívida e, em parte, da capacidade de gerar mais receitas internas. As coisas tornam-se muito mais fáceis se as receitas do governo estiverem a aumentar, porque a despesa dispendiosa com cada indivíduo pode aumentar.

O problema que os governos de muitos países em desenvolvimento enfrentam é que grandes défices orçamentais têm-nos obrigado a adoptar programas de estabilização macroeconómica e de ajustamento. Mas, desde o princípio dos anos de 1980, as políticas de ajustamento incidiram na redução da despesa pública – em vez de incidirem na mobilização das receitas dos impostos e outras – para

reduzir os défices. Numa recente análise externa dos programas da Facilidade Alargada de Ajustamento Estrutural, do Fundo Monetário Internacional (FMI), um grupo de especialistas independentes concluiu que os limites da despesa pública são muitas vezes demasiado apertados, com efeitos prejudiciais para o capital humano e o crescimento. Foi esse o caso, mais uma vez, das condicionalidades de política estabelecidas na resposta do FMI à crise económica da Ásia Oriental, que começou em 1997 – condicionalidades algo aliviadas depois de críticas generalizadas ao FMI por esta e outras razões.

Outro estudo recente mostra que, em relação a mais de uma dúzia de países, a despesa pública real per capita em serviços sociais básicos (saúde básica, educação básica e água e saneamento) apenas diminuiu quando a despesa pública caiu como proporção do PIB.¹³² Por outras palavras, se a despesa pública estiver estagnada ou em queda, é quase impossível politicamente para os governos desviarem fundos para serviços sociais – em particular para serviços sociais básicos – sem incorrerem na ira dos que vivem melhor.

Muito mais se poderia fazer para reforçar a colecta de impostos e para prevenir a evasão e a abstenção fiscal. E muito mais se poderia fazer para melhorar a base tributária, alargando a rede tributária para apanhar os que actualmente lhe escapam. As instituições financeiras internacionais precisam de levar muito mais a sério as necessidades de apoio técnico da maioria dos países em desenvolvimento em matéria de administração e colecta fiscal, especialmente da África Subsariana e América Latina.

As perspectivas de aumentar a eficiência da despesa (aumentando a disponibilidade de manuais nas escolas, de medicamentos nas clínicas de saúde pública, etc.) e de melhorar a sua equidade nos serviços sociais seriam muito mais favoráveis se a despesa pudesse ser aumentada. Como se assinalou, a despesa com a saúde – mesmo em países com rendimentos estagnados – afecta fortemente os resultados da saúde. O mesmo se passa com a despesa em educação: melhora os resultados.¹³³

MELHORAR A QUANTIDADE E A QUALIDADE DA AJUDA PARA SERVIÇOS BÁSICOS

Atingir os Objectivos exige uma verdadeira adesão ao Pacto de Desenvolvimento do Milénio. Para os

Se a despesa pública estiver estagnada, ou em queda, é quase impossível politicamente para os governos desviarem fundos para serviços sociais – em particular para serviços sociais básicos – sem incorrerem na ira dos que vivem melhor

países de rendimento baixo mais pobres, uma parte significativa dos recursos adicionais necessários para investimentos sociais terá que vir de fontes externas. Para os países pobres altamente endividados, ela deverá vir do cancelamento da dívida – e muito mais do que até agora. E para todos os países de rendimento baixo, os recursos adicionais deverão vir de melhor ajuda pública ao desenvolvimento.

Como é que a ajuda pública ao desenvolvimento tem respondido? Toda a parcela dedicada aos serviços sociais básicos (saúde básica, educação básica e água e saneamento) raramente ultrapassou 10%, apesar de um aumento dos fluxos bilaterais nesta nova década. A contribuição multilateral representou um terço da ajuda pública ao desenvolvimento, incluindo as agências da ONU, o Banco Mundial e bancos regionais. A ajuda pública ao desenvolvimento para pequenos projectos de água e saneamento em áreas rurais e para educação básica é insuficiente.

A ajuda pública ao desenvolvimento para serviços básicos tem que aumentar. Os doadores preocupados com a fungibilidade dos recursos dos governos receptores deviam ter em conta que, mesmo que desviem parcialmente recursos para outros sectores, os governos continuam a aumentar a despesa pública.¹³⁴

MELHORAR PROGRAMAS SECTORIAIS

Passar de abordagens orientadas para projectos para abordagens orientadas para sectores é um grande passo em frente. Uma abordagem de sector evita as fraquezas da abordagem de projecto: ligações fracas com outros sectores, isolamento geográfico, falta de controlo e condicionalidade da ajuda. Ela também deve criar um programa integrado que estabeleça políticas objectivas, uma estrutura de política compreensiva, um plano de investimento, um plano de despesa e compromissos de financiamento para governos e doadores.

A ideia é de que os programas sectoriais deviam tornar-se parte do ambiente político global – em vez de contornarem as estruturas nacionais, como faz o financiamento de projectos. Também podiam assegurar compromissos claros de financiamento dos doadores e um melhoramento em relação aos fluxos imprevisíveis de ajuda a projectos particulares. Os programas têm a vantagem de envolver os receptores, muito embora constituam um exercício com-

plexo, porque pressupõem políticas sectoriais eficazes e desenvolvidas no país.

Contudo, a abordagem sectorial tem tido problemas e, em muitos casos, a conjugação de recursos ainda não ocorreu. Em primeiro lugar, a abordagem leva anos a ser desenvolvida e finalizada. Calcula-se que um ciclo de planeamento da abordagem sectorial leva uma média de cinco a sete anos.

Em segundo lugar, a cooperação técnica (com pessoal técnico expatriado), que tende a dominar a abordagem de projecto, continua a ser um problema que se arrasta nos programas sectoriais. Seria útil avaliar os custos de oportunidade do tempo e dos fundos utilizados para formação financiada pelo doador.

Em terceiro lugar, os diferentes constrangimentos legislativos dos doadores sobre a despesa, os procedimentos diferentes e rígidos para a afectação dos recursos, as necessidades de informação e a fraca capacidade dos países receptores impedem que as acções sejam completamente harmonizadas. O governo não pode estar no lugar do condutor se continuarem a existir as unidades de aplicação do projecto do doador, sobre as quais o ministério da especialidade tem pouco controlo.

Na Zâmbia, os doadores concordaram em libertar a segunda fatia da sua ajuda se o governo tivesse gasto pelo menos 20% do seu orçamento na educação.¹³⁵ Além disso, todas as agências externas envolvidas ligaram os seus fluxos financeiros a programas específicos. Na verdade, a reserva de fundos para elementos específicos de abordagens sectoriais está generalizada, dependendo muitas vezes da percepção do doador acerca da liderança política e do empenhamento locais em áreas específicas.

Os doadores reconhecem alguns destes problemas. A Declaração de Roma sobre a Harmonização, de Fevereiro de 2003, apela aos doadores para se comprometerem a “dar apoio ao orçamento, sector ou balança de pagamentos onde for consistente com o mandato do doador e quando existirem políticas e arranjos fiduciários adequados”.¹³⁶

COBRIR ALGUMA DESPESA RECORRENTE

A maioria dos doadores tem estado disponível para financiar despesas de investimento (construir hospitais), mas indisponível para financiar custos recorrentes (salários dos médicos). Esta atitude está a mudar – mas, para atingir os Objectivos, os doadores

Para alguns sectores, a falta de financiamento da investigação é um problema grave

terão que ser mais flexíveis nesta área do que no passado. Muitas vezes, os governos são incapazes de absorver recursos multilaterais para custos de capital se, como muitas vezes é exigido, tiverem que demonstrar que conseguem satisfazer essas despesas de capital com fundos destinados aos custos correntes da infra-estrutura resultante.

Entretanto, os doadores precisarão de cobrir alguns custos recorrentes em países pobres altamente endividados, em particular para fins não salariais em áreas relacionadas com os Objectivos – desde que esses países tenham obtido alguma receita de fontes internas. Nos casos em que os constrangimentos fiscais são muito severos, os doadores podem precisar de demonstrar disponibilidade para aceitar até os custos salariais de professores, paramédicos ou parteiras, num período transitório, até poder ser criado espaço fiscal para o governo suportar internamente esses custos recorrentes numa base sustentável.

DEDICAR A INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ÀS TECNOLOGIAS PARA PESSOAS POBRES

Para alguns sectores, a falta de financiamento da investigação é um problema grave. Por exemplo, 90% da investigação mundial sobre produtos farmacêuticos vai para doenças que representam 10% do fardo de doenças nos países em desenvolvimento. Assim, precisam de ser mobilizados esforços internacionais para satisfazer a necessidade de medicamentos para doenças tropicais. Um caso evidente é o rápido desenvolvimento e ensaio da vacina para o HIV/SIDA. A Iniciativa Internacional para a Vacina da SIDA está a dar grandes passos nesta área, tentando desenvolver vacinas específicas para as estirpes do vírus da SIDA que prevalecem em diferentes partes do mundo em de-

envolvimento. Espera-se que comecem em breve, no Uganda, as experiências com a vacina para a estirpe nessa parte de África – e em 2004 na Índia. Mas muitas outras áreas de investigação continuam negligenciadas.

Em muitas outras áreas relevantes para atingir os Objectivos, a solução é difundir as tecnologias existentes. A produção agrícola na África Subsariana, por exemplo, tem sido atormentada pela baixa produtividade, ainda que existam variedades de milho, arroz e trigo de alto rendimento. Nem foram desenvolvidas variedades de alto rendimento para os cereais mais consumidos pelas pessoas pobres, como o sorgo e o milho-miúdo. Parte do problema é a baixa disponibilidade comercial e os preços elevados do fertilizante inorgânico. Outra é a utilização limitada do fertilizante orgânico, apesar da facilidade da sua produção com recursos locais. Utilizar o fertilizante orgânico aumentaria a produtividade e promoveria a agricultura ambientalmente sustentável numa região onde a degradação ambiental tem estado a reduzir produções agrícolas já baixas.

Outro exemplo é a falta de difusão de mosquiteiros impregnados (ou mesmo vulgares) para controlar a malária. De igual modo, as mortes lentas devido à poluição interna provocada pelo fumo de fogueiras para cozinhar podem ser evitadas facilmente, aumentando a produção comercial de fogões sem fumo. De facto, o que essa produção comercial precisa é de subsídios adequados, reforçados por uma estratégia de comunicação para atingir as pessoas pobres de áreas remotas. A latrina Sulabh pode promover o saneamento ambiental nas áreas urbanas mais densamente povoadas. Mas, para o fazer, tem que ser adoptada pelas agências internacionais como modelo para promoção generalizada nos países em desenvolvimento.