

Intervention logics in global and international poverty reduction schemes for the extreme poor and the most deprived with a focus on wellbeing and health

Johan Gärde*

Abstract

This article will treat the intervention logics of three major global and international poverty reduction programs with a focus on wellbeing and health. The analytical framework of the Millennium Development Goals, the Sustainable Development Goals and the EU Fund for European Aid to the Most Deprived were compared using content and discourse analysis with an interpretative and critical approach. A major shift is taking place globally in the view of poverty reduction, with enhanced intervention logics which are complex as the targets and indicators are formulated by different stakeholders in both developed and developing contexts during diverse time-spans and a variety of priorities, which might not converge in core-dimensions, such as wellbeing, health and social protection. A more interdisciplinary and holistic view is now part of frameworks such as the Sustainable Development Goals, emphasizing environmental and eco-system dimensions in addition to traditional human development dimensions, like income, health, and education, where the impact also should be able to be measured, understood and valued in the interplay of environmental, economic and social determinants affecting wealth, welfare and ultimately, the health and wellbeing of persons and communities. International development funding is now not only restricted to development cooperation to the least developed countries, but middle development countries in Europe and other places, can now also access these aid funds. In addition, to reach out to the most deprived, welfare spending from developed nations are increasingly being allocated to international poverty reduction schemes through regional agendas, like the Europe Strategy 2020. The risk is that too many schemes and policies are not converging in the intervention logics. Another challenge is related to indicators and the resource allocation mainly emphasizing long-term and environmental concerns, such as eco-systems on the macro-level, which might affect short-and medium terms efforts to address human and humanitarian needs and essential health services for the extreme poor and the most deprived, wherever they are, as the geography of the poor is changing.

Keywords: Sustainable Development. Global health. Social protection. Social inclusion. Deprivation.

INTRODUCTION

Already in 1946, WHO stated that “health is not the mere absence of diseases but at state of wellbeing”¹. The complexity on the discourse on wellbeing in research and practice has been forwarded by scholars such as La Placa, McNaught & Knight¹ and in the framework of development². Health and wellbeing are found in the interplay of biomedical, positivist, as well as emotional and psychological dimensions, with subjective and objective components, affecting the wellbeing on the individual, the family, the community levels and society at large³. It can also be found at the core of poverty reduction schemes and programs, within the formulated

targets, goals and indicators, redefining concepts on health and socio-economic determinants, taking into consideration both “objective” environmental and structural causes, but also the “subjective” Quality of Life-concept. In the former, even a Wellbeing Index for nations has been suggested, “in the quest for sustainability”, measuring the eco-system in addition to human beings and communities⁴. In the latter, the measurement of individual self-perception of “satisfaction, anxiety and/or happiness is measured, where physical, psychological, social and spiritual dimensions are assessed⁵.

Major international poverty reduction

DOI: 10.15343/0104-7809.201740A483506

*Department of Social Sciences, Ersta Sköndal Bräcke University College, Sweden.
E-mail: Johan.garde@esh.se

schemes have been introduced since the millennium shift with a focus on health and well-being, among other development dimensions. These could be implemented globally by international intergovernmental agencies such as UN-related programs, like UNDP and Unicef, or reduced to a set of nations, such as EU-programs covering the 28 members states, and national programs, covering mainly the citizens in a given nation state as a part of national policy and/or legislation.

This is a multi-billion sector, covering hundreds of millions of people, often in a situation of extreme poverty or deprivation with major actors such as multilateral, bilateral and Civil Society donors and agencies involved. The new element of these schemes is the allocation of substantive resources, combined with a political will and focused strategies, to reduce poverty. As Mahbub ul Haq, founder of the Human Development Report indicated: "The objective of development is to create and enabling environment for people to enjoy long, healthy and creative lives"⁶. In that perspective it could be argued that the outcome of development is well-being, which "that do not show up at all, or not immediately in income or growth figures, but through non-income dimensions, such as greater access to knowledge, better nutrition and health services, more secure livelihoods, security against crime and physical violence, satisfying leisure hours, political and cultural freedoms and sense of participation in community activities"⁷.

Health is one of three central dimensions in human development and measured overall as "life expectancy at birth" calculated and weighted in a Human Development Index (HDI), together with other dimensions, such as *economy* (Gross national income (GNI) per capita) and *education* (expected years of schooling). Social protection/social inclusions are connected dimensions, but defined and explained in different ways on national, regional and international levels, often related to what kind of welfare regime exists in a given context, the role of the state, the private sector and civil society organizations.

For the EU, the connection between poverty and social exclusion is at the core of the Europe 2020-strategy, where indicators such as income

inequality, social expenditure, people at risk of poverty after social transfer, severally materially deprivation, very low work intensity, socio economic and demographic structures are being addressed⁸. The discussion on dependency and control is also central in developed welfare states, as politicians would like to reduce the expenditures for health and welfare.

That debate could also be very different compared to the positive human capabilities approach suggested by Amartya Sen, where he initially were involved in developing the concept of human development and the indicators, where health was one of the central components⁹.

Sen's approach is very enabling, while many welfare discourse are more limiting, for instance when it comes to how rights should be understood, where citizens' rights could limit third-nationals human rights, when it comes to access to health and welfare. The geography of poverty is also changing. The question is whether these global and international poverty reduction schemes are effective contributing to new methods and in the end will lead to reduced levels of extreme poverty and deprivation?

METHODS

This article will treat and analyze three major international poverty strategies with a focus on health and well-being. The main research questions are the following:

- *What strategies are being suggested in international and global poverty reduction with a focus on health and wellbeing?*
- *Are these measures successful in reducing or eliminating poverty?*

A number of major contemporary global and international poverty reduction schemes were selected. They were selected based on *scale*, *scope*, *targeting*, *themes and results*. They should be large with allocated financial resources of at least 10 billion USD per annum, with a global or international presence (*scale*). They should have a scope with formulated strategies how to address poverty/deprivation within a political decided policy (*scope*). They should address health and/or wellbeing dimensions (*themes*).

They should target the extreme poor and/or the most deprived (*targeting*). Documentation should be available for a monitoring and evaluation of the formulated targets and objectives (*results*). Based on these five criteria, the following poverty reduction schemes were identified:

The resources methodology used was qualitative using content and discourse analysis with an interpretative/critical approach. The coding used the following categorization rules: *frequency, direction, intensity and space*¹⁴. The unit of analysis was the three public, international and/or global poverty schemes (see above). Official documents relating to the description of the programs, data on the targeting, existence of methods/approach to reach the target groups, documentation/communication on how the interventions took

place with a focus on the results as well as problem-analysis, were explored and analysed¹⁵. The constructs that were operationalized included central terms such as *Health, Well-being, Social Inclusion, the Extreme Poor and the Most Deprived*. Key strategic official documents were selected, given the rational and overall purpose of each program in the launch, i.e. year one, before initiation of every intervention, and in the end of the implementation phase (MDGs) or 1-2 year after the launch (Fead and SDGs). This makes it difficult to assess and compare the different programs, as only one has been completed and the other ones are ongoing. The content analysis is thus focused on the available material, how the implementation logics relate to the formulated policies and how the key-concepts, such as health and wellbeing are being addressed.

Program	Time-frame	Areas of intervention	Resource allocation
Millennium Development Goals ¹⁰	2000-2015	Developing nations	Up to 100 billion USD per annum in international aid
Sustainable Development Goals ¹¹	2015-2030	Developing and developed nations	> 100 billion USD per annum: International aid (see above), in addition to other national, regional and international resources, public and private funding.
Fund for European Aid to the Most Deprived Europe 2020 Strategy ¹²	2014-2020	The 28 member states of the European Union	Approximately 120 billion euro for the entire period: 83 Billion from the EU and 37 billion from the member states. 3.8 billion euro allocated to Fead. ¹³

Figure 1 – Global and International Poverty Reduction Programs.

RESULTS

In this section, the three poverty schemes will be presented, as well as the arenas where they are present, the development aid and developed welfare systems respectively. That will be followed by a content analysis of official documents spelling out the scope, target and policy. Central terms relating to health and wellbeing will be explored and understood in the context of these poverty reduction programs. A typology will be presented on the three major approaches in the intervention logic, followed

by a discussion and the conclusions.

Handling poverty in developing countries and developed welfare states, two different discourses

I. *Developing nations focusing on the extreme poor.*

a) *Millennium Development Goals:*

During the last decades, ambitious poverty reduction schemes have been introduced

globally as part of development interventions, such as the *Millennium Development Goals* (MDGs 2000-2015), with a claim of reduced number of poor from almost two billion in 1990 to 702 million poor in 2015, or a poverty rate from 37.1% to 9.6% based on the USD 1.9 poverty line¹⁶.

Most scholars tend to agree that there has been substantial success with the **poverty reduction** strategies, as formulated by the MDGs, at least overall, using the 1990 benchmark. This is one part of the analysis, often driven by political and national economists, basing their findings on compiled data from the World Bank, UNDP and other UN-agencies. The presented data in turn, is not primary data from these intergovernmental agencies, but collected directly on the national level, by governmental departments and entities. Statistics in that perspective should be analyzed with a critical mind and taking into consideration important factors that might affect the validity and reliability of certain claims.

One example would be to only rely on aggregated data. That would, for instance show that India as a nation has been successful in reducing drastically the number of poor in the period that MDGs were measuring. The situation is however more complex than what the quantitative data on the micro-level shows. The pattern of the poor is not constant as the “poor keep changing”, as Krishna has shown in a study in India, concluding that one third of the poor were not born into poverty, but the commonest cause of the descent is the cost of ill health as millions of households are only one illness away from chronic poverty¹⁷.

Other established assumptions regarding where to find the poor in the globalized world, is also changing as Andy Sumner has shown in a recent study, claiming that “a staggering three quarters of the world’s poorest people now live in so-called middle income countries like India and Brazil”. These are called the “new bottom billion”.

Another focus, like in the research by Paul Collier, would be to emphasize on the “bottom billion” who find themselves in the bottom fifty or so states affected by fragility and conflict (The Guardian 2016)¹⁸.

b) *The Sustainable Development Goals:*

Since 2015, the global framework for global poverty reduction, focusing mainly on developing countries have been replaced by a more holistic and multidimensional approach, involving both income-related, as well as non-income goals in all countries, including developed nations. In fact, the overall strategy is not a narrow development agenda, but a broader point of departure, where all major stakeholders should be involved, in addition to multilateral, bilateral and Civil Society actors. The MDGs have thus been replaced by the Agenda 2030 and the Sustainable Development Goals, a framework with 17 objectives and 169 indicators. Poverty reduction or as suggested by the SDGs, **poverty elimination** is at the core for any social, health or related policy agenda, in both developing and developed nations. The objective relating to health and wellbeing is SDG 3 “Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages”, which is followed by a framework of 13 measurable indicators, some of them being directly related to the overall purpose of “elimination” and other more into “reduction” and/or defined with certain thresholds relating to health issues such as maternity and child health.

II: Developed welfare states, focus on the most deprived

a) *European aid for the most deprived*

Another discourse takes place in the arena of developed states, with a focus on the role of welfare and how to handle rights and needs, social, political and human rights. A third example is the focus on **poverty alleviation**, mainly from the developed world is an example of a regional social fund which exists in the 28 Member states of the European Union, within the framework of Europe 2020 Strategy where one out of eight targets are focusing on “Poverty and social exclusion” with the objective: “At least 20 million fewer people in – or at risk of – poverty/social exclusion”. One of the funds which are directly designed for this purpose is called Fead, or “the Fund for European Aid to the Most Deprived”, a structural, or a regional fund, covering the 28 countries of the European Union 2014-2020¹⁹. Another important change is the increase of EU-states and the introduction

of regional European funds for strategic measures, such as reducing social inequalities and job creation.

The funding is usually mixed, with participation by the concerned member state and EU-funds, earmarked for the purpose. These funds and programs are usually announced, where public, private and non-profit actors can bid and thus participate in major campaigns. The EU-regulation of the European Parliament came on March 11, 2014 with the objective “of having at least 20 million fewer people at risk of poverty and social exclusions by 2020²⁰ . The EU is here stating that 8.8% of the EU-citizens are 2011 living in “conditions of severe material deprivation”. The guiding values and principles are formulated as follows: “The Union

is founded on the values of respect for human dignity, freedom, democracy, equality, the rule of law and respect for human rights, including the rights of persons belonging to minorities”²¹ .

III: Welfare provision in the developed welfare state

The logics of welfare provision are different and mainly shaped by the social contract in each nation-state. The political scientist Esping Andersen has developed a typology of welfare, which is widely used in text books and policy documents. The idea is the connection between ideological/political ideas and their social configurations, within the framework of the state which could be compared as follows:

Country	Welfare system
Sweden	Social Democratic
Norway	Social Democratic
Finland	Social Democratic
Netherlands	Social Democratic
Denmark	Social Democratic
United Kingdom	Liberal
Australia	Liberal
Japan	Liberal
Switzerland	Liberal
Canada	Liberal
Germany	Conservative
France	Conservative
Italy	Conservative
Belgium	Conservative
Austria	Conservative

Figure 2 – Welfare type in a sample of Welfare states²².

An example is the Nordic Welfare regime (Sweden, Denmark, Norway, Finland and Iceland), with a common approach when it comes to the role of the enabling welfare state, with universal citizens’ rights when it comes to public health coverage and social protection. These welfare systems could be summarized as follows (Gärde 2016):

- *Strong emphasis of the role of the State in the regulation, funding and implementation of welfare.*
- *General and universalized welfare policies and services.*
- *Strong central government in social policy making – strong local government in implementation.*

- *Focus on Citizens' equality.*
- *Tax- and not fee-based: voucher system*
- *A generalized right-based and not ad-hoc need-based approach.*
 - *Resource-allocation is legitimate and politically correct.*

Other European States have opted for different measures as a result of many years of negotiations, compromise and struggle, which ultimately has led to a social contract defining the role of the central, regional and local governments as well as Civil Society actors in welfare provision. In Germany, the principle of subsidiarity is central, where the State has a regulating and funding responsibility, but the implementation of social services and health is very much the responsibility of historic important social actors such as Caritas (Catholic Church) and *Diaconischen Werk* (Protestant Church). The role of Faith Based Organisations is more marginal in the public sphere in other parts of Europe, at least when it comes to the public funding, the number of employees and the possibility to influence public policies. Corporations and companies have also an increasing role in welfare and health provisions in the developed European states as a result of introducing New Public Management in the 1980s and "the possibility for profit-making entities and non-profit to compete with state agencies in the social service provision, as well as health and education (Gärde 2016)."

An additional EU-fund directly relating to health is the third Health Programme 2014-2020 with 23 indicators, which also should be an instrument in order to achieve the Europa 2020 Strategy:

"The general objectives of the Programme shall be to complement, support and add value to the policies of the Member States to improve the health of Union citizens and reduce health inequalities by promoting health, encouraging innovation in health, increasing the sustainability of health systems and protecting Union citizens from serious cross-border health threats²³."

In addition, the EU is currently also elaborating a new social policy and framework called "The European Pillar of Social Rights", divided into three categories²⁴ :

- Equal opportunities and access to the labour market
- Fair working conditions
- Social protection and inclusion

Coding

Health, Well-being, Social inclusion, Social protection were analysed in the official documents in the three programs (policy description, program description, annual reports (final or progress) with regard to frequency, direction, intensity and space. Each term would receive 1 point according to the following analytical categories:

Frequency: If the term is being mentioned, referred to in the central documents described above (1 point for policy documents, 1 point for reports).

Direction: If the term is emphasized as something central (essential) in poverty reduction, (1 point for policy documents, 1 point for reports).

Intensity: The strength or power of the term in the program, (1 point for policy documents, 1 point for reports).

Space: The size of and amount of space allocated to the term, as part of the whole strategy/program, (1 point for policy documents, 1 point for reports).

A total score was given to each program in relation to the central terms. The maximum score was²⁴.

The MDGs and SDGs get high scores on health and social protection/social inclusion. The latter is a dimension which is mentioned both in strategic documents and reports for all the three programs. The lower points is relating to Fead in the strategic dimension (policy document), but higher in the reports (on-going projects, with a high degree of health-related projects). The three programs score low on the well-being dimension. Fead is part of the overall Europe 2020 Strategy, but even here, the health dimension is not mentioned and the concept and understanding on well-being not a major factor in the central objectives, which are more driven by growth and innovation. It must however be emphasized that the Europe 2020 Strategy isn't the only existing program, but essential as it is a platform for policy-making in the core activities

of the EU. In addition, the EU Regional Health Program 2014-2020 do exist, but not combined with Fead and not part of the Europe 2020 Strategy, which in some sense is confusing. The issue of health is only mentioned once in the EU-regulation of Fead, namely in article 5:6 in reference to the need of coordination with other EU-programs and “relevant Union policies in the field of public health”²⁵. Wellbeing as a concept is not emphasized. Regarding the poverty analysis, the document is stating that poverty and social exclusions are not uniform and the gravity varies between the Member states²⁶. The suggested measures for poverty reduction are the following:

The Fund should strengthen social cohesion by contributing to the reduction of poverty, and ultimately the eradication of the worst forms of poverty, in the Union by supporting national schemes that provide non-financial assistance to alleviate food and severe material deprivation and/or contribute to the social inclusion of the most deprived persons. The Fund should alleviate the forms of extreme poverty with the greatest social exclusion impact, such as homelessness, child poverty and food deprivation.

The focus should thus be on national schemes that provide non-financial assistance or those programs that could give a contribution to social inclusion. The social exclusions impacts are homelessness, child poverty and food deprivation.

Fead should not duplicate but complete existing national programs. The question is however this policy shift has affected the number of poor in Europe and whether the strategy to reduce the most deprived through mainly food aid, is efficient and sustainable.

In the MDGs, health-related issues are represented in MDGs 4-6, and 15 out of the 48 indicators or 31 % are health-oriented. Social protection related issues are explicitly only mentioned once in the MDGs indicators and referred to as basic social services in the areas of “basic education, primary health care, nutrition, safe water and sanitation, or 1/48=2 % of the indicators. In the SDGs, health is concentrated in SDG3 with 13 indicators, and

present in SDG5 with one indicator, SDG 12, with one indicator, SDG 14, two indicators, in total 17/169 indicators or 10%. Selmi & Murray is claiming that health indirectly is related to at least 53 indicators in almost all the goals²⁷. The social dimension is included in SDG 1, two indicators, SDG 5, one indicator, SDG 10, one indicator and SDG11, one indicator, in total 5/169 or 3% of the indicators.

In the UN-definition basic education, primary health care, nutrition, safe water and sanitation are defined as basic social services in the MDGs. I have coded primary health care and nutrition under “health” and used the World Bank definition on social protection: “Social protection consists of policies and programs designed to reduce poverty and vulnerability by promoting efficient labour markets, diminishing people’s exposure to risks, and enhancing their capacity to manage economic and social risks, such as unemployment, exclusion, sickness, disability and old age” and thus not included education, safe water and sanitation, even though they are essential in the fight for health and social inclusion²⁸.

In summary:

MDG, present of well-being, health and social dimensions: $0+31\%+2\%=33\%$.

SDGs, present of well-being, health and social dimensions: $0+10\%+3\%=13\%$.

It could be stated in that perspective that well-being is not a concept that is being emphasized explicitly in the targets and indicators of the two major poverty reduction schemes in the development sector, but mentioned for the first time in one of targets (SDGs) but not present among the 167 indicators. Health is being addressed in a different way in SDGs, compared to MDGs, mainly concentrated to one target with more or less the same number of indicators, but in proportion to all indicators a drastic decrease. Fead is not mentioning health at all in the objectives, which is also lacking in the Europe 2020 strategy, but present in other regional and national programs.

The three interventions logics are following different patterns and could be summarized as follows:

Program	Health	Social protection/social inclusion	Well-being	Total score
MDGs	8	8	1	17
SDGs	8	7	2	17
Fead	4	8	1	13

Figure 3 – Scores on Health, social protection and wellbeing.

	Definition: theories	Focus	Purpose	Examples
<i>Poverty elimination</i>	The seven concept theoretical framework of sustainable development (Jabareen, Y. 2008) ²⁹ .	Sustainable development	End poverty in all its forms everywhere	Sustainable Development Goals
<i>Poverty reduction: focus</i>	Amartya Sen's Capabilities and Human Development Approach: Amartya Sen (1983, 1985,1999)—a key proponent—has called for income to be viewed not as the sole end to development but rather as a gauge of what a person is able to do (capability) and manages to do (functioning) ³⁰ .	Human Development	-Reduce by half the proportion of people living on less than a dollar a day. -Reduce by half the proportion of people who suffer from hunger.	Millennium Development Goals
<i>Poverty alleviation</i>	<i>Social exclusion theory:</i> "The concept of social exclusion implies that there is a downward spiral in which labour market marginality leads to	Social inclusion	-To lift 20 million people out of poverty -To alleviate the worst forms of poverty as a first step on a pathway away from poverty.	Europe 2020 Strategy: Fund for the Most Deprived

Figure 4 – Theoretical framework and purpose of the poverty reduction programs.

DISCUSSION

An initial conclusion is that the existing strategies, schemes, policies and programs for poverty elimination /reduction/alleviation are not converging, with different sets of methodologies, design and logics, which will put a lot of obstacles in order to achieve the overall targets. There seem also to be different framework of analysis and policy framing

within traditional aid-actors in the developed world and more welfare-oriented programs in the developed nation states. There is a new geography of poverty, where the majority of the poor are now concentrated in medium development countries (2/3), and one third in the 60 least-developed nations. This new typology of extreme poverty and deprivation

is not addressed in the analytical framework and strategic explanation of the three poverty reduction programs in this article. The lack of a comprehensive set of theories explaining sustainable development has been argued by Jabareen as well as the need to strengthen the health and wellbeing indicators of SDG3 with other SDG goals.

Nilsson and Costanza are also concluding that there is an overall lack where “the ultimate end” or broader outcomes of the SDGs aren’t clear. They propose “ultimate goals with intrinsic good in their own rights, such as human well-being, and enabling means of conditions³².” A conclusion about the health dimension is that it has been weakened in the SDGs compared to the MDGs, at least when it comes to the number of explicit health-related indicators and in proportion to the total number of targets and indicators, due to the new emphasis on ecological dimensions of development. In an independent scientific review of the targets and indicators, SDG 3 is accused of being “fragmented”, as well as lacking of “country-specific baselines, no mention of life expectancy an inequalities between and within countries and no acknowledgement of (..) the most urgent priorities such as (..) rapid rise in non-communicable diseases and obesity³³.” Neither health-issues relating to cancer nor diabetics are addressed in the SDGs. The World Health Organization (WHO) is, in its World Health Report, elaborating a framework for “improving health and achieving multiple other SDGs targets” with the following dimensions: *exposure, key health outcomes, intersectoral action and SDGs targets*.

Central behavioral aspects, such as “unhealthy food consumption and lack of physical activity are labeled under “exposure” with the corresponding outcome: obesity, CVs, diabetes, cancer and dental caries. This should be addressed by examples of key actors. WHO are also trying to link these actions to the existing SDG targets, which is strange, as several of these key health outcomes are not even mentioned there³⁴. Should health in that context be regarded as a vehicle or “input for sustainable development or a desirable outcome that provides a measure of SD?³⁵” One of the major preventable risk factors for

disease in the world is “over nutrition”, followed by “under nutrition”. The paradox is that both risk factors are present in countries of all stages of development, and the first category is on the rise, even in developing countries.

The framework focus, targeting and objectives differ in the strategies, as well as the methodologies and reasons for interventions. What they have in common in the ambition to reduce the number of poor or deprived, i.e. “poverty reduction”. There are however substantial difference in the intervention logic, the overall purpose, how the objectives and indicators are designed, the implementation strategy, whose responsibility (the donors, the nation state, the citizens etc.) as well as the cause and effects of poverty in general and in particular relating to health and well-being.

Different converging discourses are making the issue complex and multifaceted, as the levels of analysis could be both macro and micro, qualitative and quantitative, focus on the reasons for poverty or how to prevent and combat poverty in its different forms. One major discourse has been developed in the aid industry/system, by drivers such as multilateral, bilateral and NGOs in the North.

The major shift here occurred in the beginning of the 1990s with a more comprehensive human development approach replacing economic development and growth as the major benchmark. Instead of mainly focusing on the rise of national incomes, the fundamental issue is “to build human capability, to live long and healthy lives, to be knowledgeable, to have access to the resources needed for a decent standard of living and to be able to participate in the life of the community³⁶.”

It could be added that this should take place in a sustainable way, where environmental, social, and economic concerns should be taken into consideration. As Giddings, Hopwood, & O’Brien argued³⁷ :

The separation of environment, society and economy often leads to a narrow technoscientific approach, while issues to do with society that are most likely to challenge the present socio-economic structure are often marginalized, in particular the sustainability of communities and the maintenance of cultural diversity.”

The notion of poverty is different in the aid- and welfare arenas. In the latter, terms such as social exclusion is often used and seen as a more comprehensive term:

..poverty is a lack of the material resources necessary to participate in (..) society and social exclusion is a more comprehensive formulation which refers to the dynamic process of being shut out, fully or partially, from any of the social, economic, political or cultural systems which determine the social integration of a person in society”³⁸.

The introduction of human and sustainable development as a more holistic approach could potentially be a bridge-builder between the two systems or arenas of poverty reduction, as it includes central issues on social exclusions and has a broader definition of poverty. The question is however whether the developed welfare states are incorporating dimensions of human and sustainable development in their policies? In the Europe 2020 Strategy of poverty alleviation, there is a lack of environmental dimensions in general and key concepts, such as health and wellbeing, in particular. Another issue in common is to target the extreme poor or the most deprived. It has been argued that extreme poverty in the world has been reduced by half of the 1990 levels, which was the overall goal in the MDGs. The non-income goals, which often are health-related, have been far more difficult to address.

These include under-five mortality, infant mortality and maternal mortality, where according to the World Bank “a large unfinished agenda remains”. The MDG 5 on maternal health was the one with least progress during the period 2000-2015 and with current strategies, it would take until 2028 to reach the targets MDGs 4 on Child mortality³⁹.

CONCLUSION

A major shift is taking place globally in the view of poverty reduction, with enhanced intervention logics, innovative kinds of actors, arenas, policy formulations and intervention logics:

Agency shift: Poverty reduction is not only mainly seen as a vehicle for development

agencies, mainly by bilateral governmental and multilateral agencies, matched by International Civil Society Organisations, but also by private corporations, foundations and philanthropic initiatives.

Arena shift: International development funding is now not only restricted to *development cooperation* to the least developed countries, but middle development countries in Europe and other places, can now also access these funds, in addition to already established national and regional (for instance EU) welfare and health programs.

Policy formulation: New major poverty reduction programs with a common formulated policy regarding overall targets and indicators are being launched globally and internationally.

The Intervention logics are complex as the formulated targets and indicators are formulated by different stakeholders in both developed and developing contexts during diverse time-spans and a variety of priorities, which might not converge in core-dimensions, like health and social protection.

A more interdisciplinary and holistic view is now part of frameworks such as the SDGs, emphasizing environmental and eco-system dimensions in addition to traditional human development dimensions, such as income, health, and education, where the impact also should be able to be measured, understood and valued in the interplay of environmental, economic and social determinants affecting wealth, welfare and ultimately, the health and wellbeing of persons and communities. Will that affect the specific dimensions of health and overall purpose of wellbeing in the three formulated interventions logics? The risk is that too many indicators and dimension and resource allocation mainly emphasizing long-term and environmental concerns, such as eco-systems on the macro-level, might affect short- and medium terms efforts to address human and humanitarian needs, such as maternal and child health. The intervention logic of sustainability could also have different agendas, where resource allocation should reflect the three dimensions, in addition to human development. SDGs are emphasizing the ecological dimension, but with a comprehensive health component.

Feed is concentrating on the social

dimension (social inclusion), but as a marginal part of the overall growth economic agenda in the Europe 2020 Strategy, where health is a non-issue in the formulated policy and strategy. In the intervention logic however, a huge proportion of projects are in the health sector, reaching out to the most deprived. EU:s different policies on social exclusion are complex and not fully integrated with the overall purpose and intervention logics of global

programs such as the Sustainable Development Goals. For future research, there is a need to analyze the implementation of major poverty elimination strategies such as the SDGs in order to understand the intervention logics and whether it will achieve the targets formulated in the health and wellbeing dimensions and how the indicators are assessed in both developing as developed countries as the geography of poverty is changing .

REFERENCES

1. World Health Organisation. Constitution. WHO, Geneva, Switzerland; 1946.
2. La Placa, V.; McNaught, A.; Knight, A.. Discourse on wellbeing in research and Practice. *International Journal of Wellbeing*, 2013; 3(1).
3. White, S. C. Analysing wellbeing: a framework for development practice. *Development in Practice*, 2010; 20(2), 158-172.
4. Knight, A.; McNaught, A. (Eds.). *Understanding wellbeing: An introduction for students and practitioners of health and social care*. Banbury: Lantern Publishing ; 2011.
5. Prescott-Allen R. *The wellbeing of nations: a country-by-country index of quality of life and the environment*. Washington: Island Press; 2001.
6. La Placa, V.; McNaught, A.; Knight, A.. Discourse on wellbeing in research and Practice. *International Journal of Wellbeing*, 2013; 3(1).
7. Haq, M.U. *The poverty curtain: choices for the Third world*. New York: Columbia U.P; 1976. From: Puthenkalam, J.J; Sabu T. *Human Development Approach to Health and Longevity*. Kerala, India: Loyola Publication; 2010.
8. United Nations. *Assessing progress in Africa toward the Millennium Development Goals: Lessons learned in implementing the MDGs 2015*. Addis Ababa: Economic Commission for Africa, 2015 [cited 25 September 2017]. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/mdg-reports/africa-collection.html>
9. Bley, S. J.; Hametner, M.; Dimitrova, A.; Ruech, R.; De Rocchi, A.; Gschwend, E.; Umpfenbach, K. *Smarter, greener, more inclusive? Indicators to support the Europe 2020 strategy-2017 edition*. Luxembourg: publications Office of the European Union: 2017; [cited 25 September 2017] . Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/8113874/KS-EZ-17-001-EN-N.pdf/c810af1c-0980-4a3b-bfdd-f6aa4d8a004e>
10. Sen, A. Human rights and capabilities. *Journal of human development*, 2005; 6(2), 151-166.
11. United Nations. *Millennium Development Goals*. New York: UN, 2017 [cited 25 September 2017]. Available from: <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>
12. United Nations. *Sustainable Development Goals*. New York: UN, 2017 [cited 25 September 2017]. Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>
13. European Union. *European Social Fund Budget 2014-2020*. Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017] . Available from: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1089>
14. Neuman WL. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. 7. ed. Boston, Mass.: Allyn and Bacon; 2011.
15. European Union. *Regulation of the European Parliament and the Council of March 2014 on the Fund for European Aid to the Most Deprived*. Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017]. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0223&from=EN>;
16. Cruz, M., Foster, J., Quillin, B., & Schellekens. *Ending extreme poverty and sharing prosperity: Progress and policies*. World Bank: Washington; 2015 [cited 23 September 2017]. Available from: Policy Research Note PRN/15/03, World Bank Group. <http://pubdocs.worldbank.org/pubdocs/publicdoc/2015/10/109701443800596288/PRN03-Oct2015-TwinGoals.pdf>
17. Gootu, N.; Parry, J. (Eds.). *Persistence of poverty in India*. New Delhi: Social Science Press; 2014.
18. *The Guardian*; 2016 [cited 20 September 2017]. Available from: <https://www.theguardian.com/global-development/datablog/2010/sep/14/bottom-billion-poverty#data>.
19. European Union. *Regulation of the European Parliament and the Council of March 2014 on the Fund for European Aid to the Most Deprived*. Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017] . Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0223&from=EN>
20. Bley, S. J.; Hametner, M.; Dimitrova, A.; Ruech, R.; De Rocchi, A.; Gschwend, E.; Umpfenbach, K. *Smarter, greener, more inclusive? Indicators to support the Europe 2020 strategy-2017 edition*. Luxembourg: publications Office of the European Union 2017 [cited 25 September 2017] . Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/8113874/KS-EZ-17-001-EN-N.pdf/c810af1c-0980-4a3b-bfdd-f6aa4d8a004e>
21. European Union. *Poverty: Commission has committed E3.8 billion to fight poverty and help the most vulnerable in Europe*. Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017]. [cited 25 September 2017]. Available from: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=2184&furtherNews=yes>;
22. Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism*. Johanneshov: TPB; 2010.
23. European Union. *Regulation on the establishment of a third Programme for the Union's action in the field of health (2014-2020)*. Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017] . Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/>

PDF/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN

24. European Union. "The European Pillar of Social Rights". Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017] . Available from: https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights_en
25. European Union. Regulation of the European Parliament and the Council of March 2014 on the Fund for European Aid to the Most Deprived. Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017] . Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0223&from=EN>
26. Millennium Development Goals. New York: UN, 2017 [cited 25 September 2017]. Available from: <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtm>;
27. ICSU, ISSC. Review of the Sustainable Development Goals: The Science Perspective. Paris: International Council for Science (ICSU); 2015. [cited 25 September 2017]. Available from: <https://www.icsu.org/cms/2017/05/SDG-Report.pdf>
28. World Bank . Social Protection Sector Strategy Paper: From Safety Net to Springboard. Washington DC, USA; 2001.
29. Jabareen, Y. A new conceptual framework for sustainable development. *Environment, development and sustainability*, 2008; 10(2), 179-192.
30. Sen, A. Human rights and capabilities. *Journal of human development*, 2005; 6(2), 151-166. Fukuda-Parr, S. Theory and policy in international development: Human development and capability approach and the millennium development goals. *International Studies Review*, 2011; 13(1), 122-132.
31. Gallie, D.; Paugam, S.; Jacobs, S. Unemployment, poverty and social isolation: Is there a vicious circle of social exclusion?. *European Societies*, 2003; 5(1), 1-32.
32. ICSU, ISSC. Review of the Sustainable Development Goals: The Science Perspective. Paris: International Council for Science (ICSU); 2015.
33. Ib United Nations. Luxembourg: publications Office of the European Union; 2016; 2014 [cited 25 September 2017]. Available from: <https://www.esf.se/Documents/V%C3%A5ra%20program/FEAD/FEAD%20Catalogue%20of%20case%20studies%202016.pdf>
34. World Health Organisation. *World Health Statistics 2017*. WHO, Geneva, Switzerland; 2017.
35. United Nations. *Assessing progress in Africa toward the Millennium Development Goals: Lessons learned in implementing the MDGs 2015*. Addis Ababa: Economic Commission for Africa, 2015 [cited 25 September 2017]. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/mdg-reports/africa-collection.html>
36. Puthenkalam, JJ; Sabu T. *Human Development Approach to Health and Longevity*. Loyola Publication., Kerala, India; 2010.
37. Giddings, B.; Hopwood, B.; O'brien, G. Environment, economy and society: fitting them together into sustainable development. *Sustainable development*, 2002; 10(4), 187-196.
38. Byrne DS. *Social exclusion*. 2. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.
39. The Guardian; 2015 [cited 20 September 2017]. Available from: <https://www.theguardian.com/global-development/2015/may/27/millennium-development-goals-child-mortality-maternal-health-explainer> and UNDP 2014

As lógicas de intervenção nos esquemas globais e internacionais de redução da pobreza para os pobres extremos e os mais desprovidos com foco no bem-estar e na saúde

Johan Gärde*

Resumo

Este artigo abordará a lógica de intervenção de três grandes programas globais e internacionais de redução da pobreza com foco no bem-estar e na saúde. A estrutura analítica de “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” e o “Fundo de Auxílio Europeu aos Mais Desprovidos” foram comparados utilizando análise de conteúdo e discurso com uma abordagem interpretativa e crítica. Uma mudança importante está ocorrendo globalmente na visão de redução da pobreza com uma lógica de intervenção aprimorada, que é tão complexa quanto os alvos e os indicadores que são formulados por diferentes partes interessadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, com diversas durações e com prioridades variadas; que podem não convergir em aspectos essenciais, como proteção a saúde e à sociedade. Uma visão mais interdisciplinar e holística é agora parte da estrutura, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que enfatizam aspectos ambientais e de ecossistemas, além de aspectos tradicionais do desenvolvimento humano, como renda, saúde e educação. Aqui, o impacto também deve ser mensurado, compreendido e avaliado na interação de determinantes ambientais, econômicos e sociais que afetam a riqueza, o bem-estar e, em última análise, a saúde e o bem-estar das pessoas e das comunidades. O financiamento do desenvolvimento internacional agora não é mais restrito à cooperação para o crescimento de países menos desenvolvidos, mas os países de desenvolvimento médio na Europa e em outros lugares, agora podem acessar esses fundos de ajuda. Além disso, para alcançar os mais desfavorecidos, as despesas de bem-estar dos países desenvolvidos são cada vez mais atribuídas aos esquemas internacionais de redução da pobreza através de programas regionais, como a Estratégia Europeia de 2020. O risco é que muitos esquemas e políticas não estão convergindo em sua lógica de intervenção. Outro desafio está relacionado aos indicadores e à alocação de recursos, enfatizando principalmente as preocupações de longo prazo e ambientais, como os ecossistemas em nível macro, que podem afetar os esforços a curto e médio prazo para atender às necessidades humanas e humanitárias e serviços essenciais de saúde para os pobres extremos e os mais desfavorecidos, onde quer que estejam, à medida que a localização dos pobres muda.

Palavras-chave: Desenvolvimento Sustentável. Saúde Global. Proteção Social. Inclusão Social. Privação.

INTRODUÇÃO

Já em 1946, a OMS declarou que “a saúde não é a mera ausência de doenças, mas sim um estado de bem-estar”¹. A complexidade do discurso sobre o bem-estar na pesquisa e na prática foi encaminhada por estudiosos como La Placa, McNaught & Knight¹, e no âmbito do desenvolvimento². A saúde e o bem-estar são encontrados na interação das dimensões biomédica, positivista, emocional e psicológica, com componentes subjetivos e objetivos, que afetam o bem-estar individual, familiar e comunitário³. Eles também podem ser encontrados no centro dos programas de redução da pobreza, dentro dos objetivos e indicadores propostos, redefinindo conceitos sobre determinantes de saúde e socioeconômicos, levando em consideração as

causas ambientais e estruturais “objetivas”, mas também o “subjetivo” conceito de qualidade de vida. No primeiro caso, foi sugerido um índice de bem-estar para as nações, “na busca da sustentabilidade”, medindo o ecossistema, além de seres humanos e comunidades⁴. No último caso, é medida a autopercepção individual de “satisfação, ansiedade e/ou felicidade”, em que as dimensões física, psicológica, social e espiritual são avaliadas⁵.

Foram introduzidos grandes esquemas internacionais de redução da pobreza desde a mudança do milênio, com enfoque na saúde e no bem-estar, entre outras dimensões de desenvolvimento. Esses poderiam ser implementados globalmente por agências internacionais intergovernamentais, tais como

DOI: 10.15343/0104-7809.201740A483506

* Departamento de Ciências Sociais, Ersta Sköndal Bräcke University College, Suécia.
E-mail: Johan.garde@esh.se

programas relacionados com a ONU, como PNUD e UNICEF, ou reduzidos a um conjunto de nações, como programas da EU, que abrangem os 28 estados membros, e programas nacionais, abrangendo principalmente os cidadãos em um determinado Estado ou nação como parte da política e/ou legislação nacionais. Trata-se de um setor multimilionário que abrange centenas de milhões de pessoas, muitas vezes em situação de extrema pobreza ou privação, com o envolvimento de doadores e agências multilaterais, bilaterais e da Sociedade Civil.

O novo elemento desses programas para reduzir a pobreza é a alocação de recursos, combinados com uma vontade política e estratégias focadas. Como Mahbub ul Haq, o criador do Relatório de Desenvolvimento Humano, indicou: “O objetivo do desenvolvimento é criar um ambiente propício para que as pessoas possam desfrutar de vidas longas, saudáveis e criativas”⁶. Nessa perspectiva, pode-se argumentar que o resultado do desenvolvimento é o bem-estar; que “definitivamente não aparecem, ou não imediatamente, em números de renda ou crescimento, mas através de dimensões qualitativas, como maior acesso ao conhecimento, melhores serviços de nutrição e saúde, meios de subsistência mais seguros, segurança contra o crime e violência, satisfazendo as horas de lazer, as liberdades políticas e culturais e o senso de participação nas atividades comunitárias”⁷. A saúde é uma das três dimensões centrais no desenvolvimento humano, e geralmente é medida como “expectativa de vida no nascimento”, calculada e avaliada em um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), juntamente com outras dimensões, como a *economia* (produto interno bruto (PIB) *per capita*) e educação (expectativa de anos de escolaridade). A proteção ou inclusão social são dimensões relacionadas, mas definidas e explicadas de diferentes maneiras nos níveis nacional, regional e internacional; muitas vezes relacionadas com o tipo de regime de bem-estar existente em um determinado contexto, o papel do Estado, do setor privado e das organizações da sociedade civil.

Para a UE, a ligação entre pobreza e exclusão social é o cerne da Estratégia Europeia de 2020; em que estão sendo avaliados indicadores

como: desigualdade salarial, despesa social, pessoas em risco de pobreza após transferência social, severa privação material, intensidade de trabalho muito baixa, estruturas socioeconômicas e demográficas⁸. A discussão sobre dependência e controle também é central em Estados desenvolvidos, pois os políticos gostariam de reduzir os gastos com saúde e bem-estar. Esse debate também pode ser muito diferente em comparação com a abordagem de capacidades positivas humanas, sugerida por Amartya Sen, em que ele inicialmente estava envolvido na formulação do conceito de desenvolvimento humano e de indicadores; em que a saúde era um dos componentes centrais⁹.

A abordagem de Sen é muito nobre, enquanto muitos discursos de bem-estar são mais limitantes; por exemplo, quando se trata de como os direitos devem ser entendidos, até que ponto os direitos dos cidadãos podem limitar os direitos humanos de países terceiros, quando se trata de acesso à saúde e ao bem-estar. A localização da pobreza também está mudando. A questão é se esses esquemas globais e internacionais de redução da pobreza contribuem efetivamente para novos métodos e, no final, levará a níveis reduzidos de pobreza extrema e privação.

MÉTODOS

Este artigo tratará e analisará três grandes estratégias internacionais contra a pobreza com foco na saúde e no bem-estar. As principais questões desta pesquisa são as seguintes:

- *Quais estratégias estão sendo sugeridas na redução da pobreza internacional e global com foco na saúde e no bem-estar?*
- *Essas medidas são eficazes na redução ou eliminação da pobreza?*

Foram selecionados vários grandes esquemas de redução da pobreza global e internacional. Eles foram selecionados com base em *escala, âmbito, alvos, temas e resultados*. Eles deveriam ser grandes com recursos financeiros alocados de pelo menos 10 bilhões de dólares por ano, com uma influência global ou internacional (*escala*). Eles deveriam ter um alcance com estratégias formuladas sobre como abordar a pobreza ou privação dentro de uma política

estruturada (*âmbito*). Eles deveriam abordar as dimensões de saúde e/ou bem-estar (*temas*). Eles deveriam atingir os pobres extremos e/ou as pessoas mais desprovidas (*alvo*). A documentação deveria estar disponível para monitorar e avaliar os propósitos e objetivos formulados (*resultados*). Com base nestes cinco critérios, foram identificados os seguintes programas de redução da pobreza: A metodologia utilizada foi qualitativa, utilizando análise de conteúdo e discurso com uma abordagem interpretativa e crítica. Foram utilizados os seguintes parâmetros para categorização: *frequência, direção, intensidade e espaço*¹⁴. A unidade de análise foi os três esquemas de pobreza públicos, internacionais e/ou globais (ver acima).

Documentos oficiais relacionados à descrição dos programas, dados sobre os objetivos, existência de métodos ou abordagens para atingir os grupos-alvo e documentação

ou comunicação sobre como as intervenções ocorreram, com foco nos resultados, bem como na análise de problemas, foram explorados e analisados¹⁵. As construções que foram operacionalizadas incluíram termos centrais como *Saúde, Bem-estar, Inclusão Social, Pobres Extremos e Mais Desprovidos*. Os documentos oficiais estratégicos foram selecionados, dada a finalidade racional e geral de cada programa em seu lançamento, ou seja, o primeiro ano, antes do início de cada intervenção, e no final da fase de implementação (ODM), ou 1-2 anos após o lançamento (FAED e ODSs).

Isso torna difícil avaliar e comparar os diferentes programas, já que apenas um foi concluído e os outros estão em andamento. A análise de conteúdo é, portanto, focada no material disponível, como a lógica de implementação se relaciona com as políticas formuladas e como os conceitos-chave, como saúde e bem-estar, estão sendo abordados.

Programa	Duração	Áreas de intervenção	Alocação de recursos
Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) ¹⁰	2000 - 2015	Nações em desenvolvimento	Mais de 100 bilhões de dólares por ano em ajuda internacional
Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) ¹¹	2015 - 2030	Nações em desenvolvimento e desenvolvidas	Mais de 100 bilhões de dólares por ano em ajuda internacional; além de outros fundos públicos ou privados nacionais, regionais e internacionais
Fundo de Auxílio Europeu aos Mais Desprovidos (FAED) (Estratégia Europeia de 2020) ¹²	2014 - 2020	Os 28 Estados membros da União Europeia (UE)	Aproximadamente 120 bilhões de euros por um período todo: 83 bilhões da UE e 37 bilhões dos estados membros; 3,8 bilhões alocados no FEAD ¹³

Figura 1 – : Programas globais e internacionais de redução de pobreza.

RESULTADOS

Nesta seção, serão apresentados os três programas de pobreza, bem como as áreas onde estão presentes, a ajuda ao desenvolvimento e os sistemas de bem-estar desenvolvidos, respectivamente. Isso será seguido pela análise de conteúdo de documentos oficiais que explicam o escopo, a meta e a política.

Os termos centrais relativos à saúde e ao bem-estar serão explorados e compreendidos no contexto desses programas de redução da pobreza. Uma tipologia será apresentada

sobre as três principais abordagens na lógica de intervenção, seguida de uma discussão e as conclusões.

Manejo da pobreza nos países em desenvolvimento e desenvolvidos: dois discursos diferentes

I. *Países em desenvolvimento focando nos pobres extremos.*

a) *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM):*

Durante as últimas décadas, ambiciosos programas de redução da pobreza foram introduzidos globalmente como parte das intervenções de desenvolvimento, como os *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (ODM; 2000-2015). Os ODM afirmam ter reduzido o número de pessoas pobres de quase 2 bilhões em 1990, para 702 milhões de pobres em 2015; ou uma taxa de pobreza de 37,1% para 9,6%, com base na linha de pobreza de US\$ 1,90/dia¹⁶. A maioria dos estudiosos tende a concordar que houve sucesso substancial nas estratégias de redução da pobreza formuladas pelos ODM, pelo menos em geral, utilizando o *benchmark* de 1990. Esta é uma parte da análise, muitas vezes impulsionada por economistas políticos e nacionais, baseando suas descobertas em dados compilados do Banco Mundial, do PNUD e de outras agências da ONU. Os dados apresentados, por sua vez, não são dados primários dessas agências intergovernamentais, mas coletados diretamente no nível nacional, por departamentos e entidades governamentais. As estatísticas nessa perspectiva devem ser analisadas criticamente e levando em consideração fatores importantes que podem afetar a validade e a confiabilidade de certas reivindicações. Um exemplo seria confiar apenas em dados agregados. Isso, por exemplo, mostraria que a Índia como nação foi bem sucedida em reduzir drasticamente o número de pobres no período que os ODM estavam medindo.

A situação é, no entanto, mais complexa do que isso, como mostram os dados quantitativos em nível micro. O padrão dos pobres não é constante, pois os “pobres continuam mudando”, como Krishna mostrou em um estudo na Índia. Ele concluiu que um terço dos pobres não nasceu na pobreza. A causa mais comum do empobrecimento é o custo da saúde, pois milhões de famílias estão distantes da pobreza crônica apenas por uma possível doença¹⁷. Outros pressupostos estabelecidos também estão mudando, em relação a onde encontrar os pobres no mundo globalizado, conforme Andy Sumner mostrou em um estudo recente. Ele afirma que “um assombroso número de três quartos das pessoas mais pobres do mundo vive agora nos chamados países de renda média, como a Índia e o Brasil”. Estes são

chamados de “novo bilhão inferior”. Outro foco, como no estudo de Paul Collier, seria enfatizar o “bilhão inferior” que se encontra no fundo de cerca de 50 Estados afetados pela fragilidade e pelo conflito (The Guardian, 2016)¹⁸.

b) *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS):*

Desde 2015, a estratégia global para redução da pobreza global, focando principalmente nos países em desenvolvimento, foi substituída por uma abordagem mais holística e multidimensional, que envolve tanto metas relacionadas à renda, quanto metas não relacionadas à renda em todos os países; incluindo países desenvolvidos. Na verdade, a estratégia geral não é uma agenda de desenvolvimento estreita, mas um ponto de partida mais amplo, onde devem estar envolvidas todas as principais partes interessadas, além de protagonistas multilaterais, bilaterais e da sociedade civil. Os ODM foram assim substituídos pela Agenda de 2030 e pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; um programa com 17 objetivos e 169 indicadores.

A redução da pobreza, ou como sugerido pelos ODS, a eliminação da pobreza, é o núcleo de qualquer agenda social, de saúde ou relacionada à política, em nações em desenvolvimento e desenvolvidas. O objetivo referente à saúde e ao bem-estar é o ODS 3: “Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar de todas as idades”; que é seguido por um quadro de 13 indicadores mensuráveis, alguns deles diretamente relacionados ao propósito geral de “eliminação” e outros mais em “redução” e/ou são definidos com certos limites relacionados a questões de saúde como maternidade e saúde infantil.

I. *Estados desenvolvidos, foco nos mais desfavorecidos*

a) *Fundo de Auxílio Europeu aos mais Desprovidos (FAED):*

Outro discurso ocorre no plano dos estados desenvolvidos, com foco no papel do bem-estar e na forma de lidar com os direitos e necessidades sociais, políticas e humanas. Um terceiro exemplo é o foco na atenuação da pobreza, principalmente do mundo desenvolvido, que é um exemplo de um fundo

social regional que existe nos 28 Estados membros da União Europeia.

Este fundo enquadra-se no âmbito da Estratégia Europeia de 2020, em que um dos oito objetivos é focar na “pobreza e exclusão social”, com o objetivo de: “No mínimo, 20 milhões de pessoas a menos em – ou em risco de – pobreza ou exclusão social”. Um dos fundos que são projetados diretamente para este fim é chamado de FAED, ou o “Fundo de Auxílio Europeu aos mais Desprovidos”. Trata-se de um fundo estrutural ou regional, abrangendo os 28 países da União Europeia de 2014-2020¹⁹. Outra mudança importante é o aumento dos estados da UE e a introdução de fundos europeus regionais para medidas estratégicas, como a redução das desigualdades sociais e a criação de emprego. O financiamento geralmente é misturado com a participação do Estado-membro e dos fundos da UE em questão, e destina-se a esse fim. Esses fundos e programas geralmente são anunciados, assim protagonistas públicos, privados e sem fins lucrativos podem concorrer e participar de campanhas importantes. A regulamentação da UE do Parlamento Europeu chegou em 11

de março de 2014 com o objetivo de “ter, no mínimo, 20 milhões de pessoas a menos em risco de pobreza e exclusões sociais até 2020”²⁰. A UE está afirmando que, em 2011, 8,8% dos cidadãos da UE vivem em “condições de privação material severa”.

Os valores e princípios orientadores são formulados da seguinte forma: “A União baseia-se nos valores de respeito pela dignidade humana, a liberdade, a democracia, a igualdade, o regimento da lei e o respeito pelos direitos humanos, incluindo os direitos das pessoas pertencerem a minorias”²¹.

III. Promoção de bem-estar em estados desenvolvidos

As lógicas de assistencialismo social são diferentes e são moldadas principalmente pelo contrato social em cada estado-nação. O cientista político Esping Andersen desenvolveu uma tipologia do bem-estar, que é amplamente utilizada em livros e documentos políticos. A ideia é a conexão entre ideias ideológicas ou políticas e suas configurações sociais, dentro da estrutura do estado que pode ser comparado da seguinte maneira:

País	Sistema de bem-estar social
Suécia	Democrático Social
Noruega	Democrático Social
Finlândia	Democrático Social
Holanda	Democrático Social
Dinamarca	Democrático Social
Reino Unido	Liberal
Austrália	Liberal
Japão	Liberal
Suíça	Liberal
Canadá	Liberal
Alemanha	Conservativo
França	Conservativo
Itália	Conservativo
Bélgica	Conservativo
Áustria	Conservativo

Figura 2 – Sistema de bem-estar social em uma amostra de Estados desenvolvidos²²

Um exemplo é o regime de bem-estar nórdico (Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia e Islândia), com uma abordagem comum, quando se trata do papel do Estado de bem-estar social, e com os direitos universais dos cidadãos, quando se trata de cobertura de saúde pública e proteção social.

Estes sistemas de assistência social podem ser resumidos da seguinte forma (Gärde 2016):

- Forte ênfase no papel do Estado na regulamentação, financiamento e implementação do bem-estar;
- Políticas e serviços gerais e universalizados de bem-estar;
- Forte governo central na elaboração de políticas sociais e forte governo local na implementação;
- Foco na igualdade dos cidadãos;
- Sistema de voucher: baseado em impostos e sem taxas;
- Uma abordagem generalizada baseada em direitos e não em necessidades específicas;
- Alocação de recursos é legítima e politicamente correta.

Outros Estados europeus optaram por medidas diferentes resultantes de muitos anos de negociações, compromissos e lutas, o que, em última instância, levou a um contrato social que definiu o papel dos governos central, regional e local, bem como dos protagonistas da sociedade civil na prestação de assistência social. Na Alemanha, o princípio da subsidiariedade é central, onde o Estado tem uma responsabilidade reguladora e de financiamento, mas a implementação de serviços sociais e de saúde é responsabilidade de atores sociais históricos importantes como *Caritas* (Igreja Católica) e *Diaconischen Werk* (Igreja Protestante).

O papel das organizações religiosas é mais periférico na esfera pública em outras partes da Europa; pelo menos no que se refere ao financiamento público, ao número de funcionários e à possibilidade de influenciar as políticas públicas. Empresas e companhias também têm um papel crescente na promoção de bem-estar e saúde nos Estados europeus desenvolvidos como resultado da introdução da Nova Gestão Pública na década de 1980 e “a possibilidade de entidades lucrativas e sem fins lucrativos competir com agências estaduais no prestação de serviços sociais, bem como saúde e educação” (Gärde, 2016). Um fundo adicional

da UE diretamente relacionado à saúde é o Terceiro Programa de Saúde (2014-2020) com 23 indicadores, que também deve ser um instrumento para alcançar a Estratégia Europeia de 2020:

“Os objetivos gerais do Programa serão: complementar, apoiar e agregar valor às políticas dos Estados membros para melhorar a saúde dos cidadãos da União e reduzir as desigualdades médicas promovendo a saúde, incentivando a inovação na saúde, aumentando a sustentabilidade dos sistemas de saúde e protegendo os cidadãos da União de graves ameaças à saúde transfronteiras”²³.

Além disso, a UE está atualmente elaborando uma nova política social e uma estratégia denominada “Pilar Europeu dos Direitos Sociais”, dividida em três categorias²⁴:

- Iguais oportunidades e acesso ao mercado de trabalho
- Condições de trabalho justas
- Proteção e inclusão sociais

Os parâmetros *Saúde, Bem-estar, Inclusão social e Proteção social* foram analisados nos documentos oficiais nos três programas (descrição da política, descrição do programa, relatórios anuais (final ou progresso) em relação à frequência, direção, intensidade e espaço. Cada termo receberia 1 ponto de acordo com as seguintes categorias analíticas:

Frequência: se o termo for mencionado ou referido nos documentos centrais acima descritos (1 ponto para documentos políticos, 1 ponto para relatórios).

Direção: se o termo for enfatizado como algo central (essencial) na redução da pobreza, (1 ponto para documentos políticos, 1 ponto para relatórios).

Intensidade: força ou poder do termo no programa, (1 ponto para documentos políticos, 1 ponto para relatórios).

Espaço: o tamanho e a quantidade de espaço atribuído ao termo, como parte de toda a estratégia/ programa (1 ponto para documentos políticos, 1 ponto para relatórios). Foi dada uma pontuação total a cada programa em relação aos termos centrais. A pontuação máxima foi de 24.

Os ODM e SDG tiveram altas pontuações em saúde e proteção ou inclusão social. O último é um aspecto que é mencionado em documentos estratégicos e relatórios para todos os três programas. Os pontos mais

baixos do FAED estão na dimensão estratégica (documentos políticos), mas são mais elevados nos relatórios (projetos em andamento, com alto grau de projetos relacionados à saúde). Os três programas obtiveram pontos baixos na categoria de bem-estar. O FAED faz parte da Estratégia Europa 2020, mas mesmo aqui a saúde não é mencionada e o conceito e a compreensão sobre o bem-estar não são fatores importantes nos objetivos centrais; que são mais impulsionados pelo crescimento e inovação. No entanto, deve-se enfatizar que a Estratégia Europeia de 2020 não é o único programa existente, mas é uma plataforma essencial para a formulação de políticas nas principais atividades da UE.

Além disso, o Programa Regional de Saúde da UE (2014-2020) existe, mas não é combinado com o FAED e não faz parte da Estratégia Europeia de 2020, o que é confuso, de certo modo. A saúde é mencionada apenas uma vez na regulamentação da UE da FAED, nomeadamente no artigo 5:6, em referência à necessidade de coordenação com outros programas da UE e “políticas relevantes da União no domínio da saúde pública”²⁵. O bem-estar, como conceito, não é enfatizado. Em relação à análise da pobreza, o documento afirma que a pobreza e as exclusões sociais não são uniformes e a gravidade varia entre os Estados membros²⁶. As medidas sugeridas para a redução da pobreza são as seguintes:

O Fundo deve reforçar a coesão social, contribuindo para a redução da pobreza e, em última instância, a erradicação das piores formas de pobreza, na União, apoiando esquemas nacionais que prestam assistência não financeira para reduzir a privação de alimentos e de materiais e/ou contribuir para a inclusão social das pessoas mais desprovidas. O Fundo deve diminuir as formas de extrema pobreza com o maior impacto de exclusão social, como os desabrigados, a pobreza infantil e a privação de alimentos.

O foco deveria ser, portanto, nos esquemas nacionais que fornecem assistência não-financeira ou programas que possam contribuir para a inclusão social. Os impactos das exclusões sociais são os desabrigados, a pobreza infantil e a privação de alimentos. O FAED não deveria

duplicar, mas sim completar os programas nacionais existentes. A questão é, no entanto, se esta mudança de política afetou o número de pobres na Europa e se a estratégia para reduzir os mais desfavorecidos, principalmente através da ajuda alimentar, é eficiente e sustentável.

Nos ODM, as questões relacionadas à saúde estão representadas nos ODM 4-6 e 15, dos 48 indicadores (ou 31%), são orientados para a saúde. As questões relacionadas com a proteção social são apenas mencionadas explicitamente uma vez nos indicadores dos ODM e são referidas como serviços sociais básicos nas áreas de “educação básica, cuidados primários de saúde, nutrição, água potável e saneamento”, ou $1/48 = 2\%$ de os indicadores. Nos ODS, a saúde está concentrada no ODS 3 (com 13 indicadores) e presente no ODS 5 (com um indicador), ODS 12 (com um indicador) e ODS 14 (com dois indicadores); no total 17/169 indicadores ou 10%. Selmi & Murray afirmam que a saúde está indiretamente relacionada com pelo menos 53 indicadores em quase todos os objetivos²⁷. A dimensão social inclui em ODS 1, dois indicadores, ODS 5, um indicador, ODS 10, um indicador e ODS 11, um indicador; totalizando 5/169 ou 3% dos indicadores.

Na definição de educação básica da ONU, os cuidados primários de saúde, nutrição, água potável e saneamento são definidos como serviços sociais básicos nos ODS. Os cuidados primários de saúde e a nutrição foram designados em “saúde”, e a definição do Banco Mundial foi usada para proteção social: “A proteção social consiste em políticas e programas destinados a reduzir a pobreza e a vulnerabilidade promovendo mercados de trabalho eficientes, diminuindo a exposição das pessoas aos riscos e aumentando a sua capacidade de gerir riscos econômicos e sociais, como o desemprego, a exclusão, a doença, a deficiência e a velhice”.

Assim, a educação, a água potável e o saneamento básico, apesar de serem essenciais na luta pela inclusão de saúde e social, não foram incluídos²⁸.

Em resumo:

ODM, presença de bem-estar, saúde e dimensões sociais: $0 + 31\% + 2\% = 33\%$

ODS, presença de bem-estar, saúde e dimensões sociais: $0 + 10\% + 3\% = 13\%$

Pode-se afirmar que, nessa perspectiva, o bem-estar não é um conceito que está sendo enfatizado explicitamente nos objetivos e nos indicadores dos dois principais programas de redução da pobreza no setor de desenvolvimento, mas mencionado pela primeira vez em um dos objetivos (ODS), mas não está presente entre os 167 indicadores. A saúde está sendo abordada de forma

diferente em ODS, em comparação com os ODM, concentrando-se principalmente em um objetivo com aproximadamente o mesmo número de indicadores; mas em proporção a todos os indicadores é uma diminuição drástica. A FAED menciona a saúde em todos os objetivos, que também falta na Estratégia Europeia de 2020, mas está presente em outros programas regionais e nacionais. As três lógicas de intervenção seguem padrões diferentes e podem ser resumidas da seguinte forma:

Programa	Saúde	Proteção ou Inclusão Social	Bem-estar	Total de pontos
ODM	8	8	1	17
ODS	8	7	2	17
FAED	4	8	1	13

Figure 3 – Scores on Health, social protection and wellbeing.

	Definição: teorias	Foco	Proposta	Exemplos
<i>Eliminação da pobreza</i>	Estrutura teórica de sete conceitos de desenvolvimento sustentável (Jabareen, Y. 2008) ²⁹ .	Desenvolvimento sustentável	Eliminar todas as formas de pobreza em todos os lugares	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)
<i>Redução da pobreza: foco</i>	As Capacidades de Amartya Sen e a Abordagem do Desenvolvimento Humano: Amartya Sen (1983, 1985, 1999) - um dos principais proponentes - pediu que a renda seja vista, não como o único fim do desenvolvimento, mas sim como um indicador do que uma pessoa é capaz de fazer (capacidade) e consegue fazer (funcionalidade). ³⁰	Desenvolvimento humano	- Reduzir pela metade a proporção de pessoas que vivem com menos de um dólar por dia. - Reduzir pela metade a proporção de pessoas que passam fome.	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)
<i>Atenuação da pobreza</i>	<i>Teoria da Exclusão Social: "conceito de exclusão social implica que existe uma espiral descendente em que a marginalidade do mercado de trabalho leva à pobreza e ao isolamento social, o que, por sua vez, reforça o risco de desemprego de longa duração."</i> ³¹	Inclusão social	- Retirar 20 milhões de pessoas da pobreza - Reduzir as piores formas de pobreza, como um primeiro passo para um caminho longe da pobreza.	Estratégia Europeia de 2020: Fundo de Auxílio Europeu aos Mais Desprovidos (FAED)

Figura 4 – Estrutura e proposta teórica dos programas de redução de pobreza

DISCUSSÃO

Uma conclusão inicial é que as estratégias, esquemas, políticas e programas existentes para a eliminação ou redução da pobreza não estão convergindo, com diferentes conjuntos de metodologias, design e lógica, que apresentarão muitos obstáculos, para atingir os objetivos globais. Parece também haver uma estrutura analítica e enquadramento de políticas diferentes nos protagonistas tradicionais de auxílio no mundo desenvolvido e em programas mais orientados para o bem-estar nos estados-nação desenvolvidos. Há uma nova distribuição da pobreza, onde a maioria dos pobres (2/3) agora está concentrada em países de desenvolvimento médio e um terço nos 60 países menos desenvolvidos. Esta nova tipologia de pobreza extrema e privação não é abordada no esquema analítico e na explicação estratégica dos três programas de redução da pobreza neste artigo.

A falta de um conjunto abrangente de teorias que explicam o desenvolvimento sustentável tem sido discutido por Jabareen, bem como a necessidade de fortalecer os indicadores de saúde e bem-estar do ODS 3 com outros objetivos do ODS. Nilsson e Costanza também concluem que há uma falta geral em que “o fim” ou os resultados mais amplos dos ODS não são claros. Eles propõem “objetivos finais com o bem intrínseco em seus próprios direitos, como o bem-estar humano, e permitir meios de condições”³². Uma conclusão sobre a dimensão da saúde é que ela foi enfraquecida nos ODS em comparação com os ODM, pelo menos quando se trata do número de indicadores explícitos relacionados à saúde, e proporcionalmente ao número total de metas e indicadores, devido à nova ênfase nos aspectos ecológicos do desenvolvimento.

Em uma revisão científica independente dos alvos e dos indicadores, o ODS 3 é acusado de ser “fragmentado”, além de não possuir “linhas de base específicas do país, nenhuma menção à expectativa de vida e desigualdades, entre e dentro dos países, e nenhum reconhecimento de (...) prioridades mais urgentes, como (...) aumento rápido de doenças não transmissíveis e obesidade”³³. Nenhum problema de

saúde relacionado a câncer ou diabetes é abordado nos ODS. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial de Saúde, está elaborando um esquema para “melhorar a saúde e atingir outros objetivos múltiplos de ODS” com os seguintes aspectos: *exposição, principais resultados de saúde, ação intersectorial e metas dos ODS*. Os aspectos comportamentais centrais, como “consumo de alimentos pouco saudáveis e falta de atividade física”, são rotulados em “exposição”, com o resultado correspondente: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e cáries dentárias.

A OMS também está tentando vincular essas ações aos objetivos do ODS existentes; o que é estranho, já que vários desses principais resultados de saúde nem sequer são mencionados³⁴. A saúde deve, nesse contexto, ser considerada como um veículo para a “entrada ao desenvolvimento sustentável (DS) ou um resultado desejável que forneça uma medida de DS?”³⁵. Um dos principais fatores de risco evitáveis para as doenças no mundo é a “super nutrição”, seguido por “sub nutrição”. O paradoxo é que ambos os fatores de risco estão presentes em países de todas as etapas de desenvolvimento, e a primeira categoria está em ascensão, mesmo em países em desenvolvimento.

O foco, os alvos e os objetivos dos programas diferem em suas estratégias, bem como as metodologias e os motivos das intervenções. O que eles têm em comum é a ambição de reduzir o número de pobres ou desprovidos, ou seja, “redução da pobreza”. No entanto, há diferenças substanciais na lógica de intervenção, no propósito geral, como os objetivos e os indicadores são projetados, a estratégia de implementação, os responsáveis (doadores, Estado-nação, cidadãos, etc.), bem como a causa e efeitos da pobreza em geral; e particularmente em relação à saúde e ao bem-estar. Diferentes discursos convergentes tornam o problema complexo e multifacetado, pois os níveis de análise podem ser macro e micro, qualitativos e quantitativos, enfocando as razões da pobreza ou como prevenir e combater a pobreza nas diferentes formas. Um grande discurso foi desenvolvido no sistema de ajuda, por multilaterais, bilaterais

e ONGs no Norte. A principal mudança ocorreu no início da década de 1990 com uma abordagem de desenvolvimento humano mais abrangente, que substituiu o desenvolvimento econômico e o crescimento como principal padrão de referência. Em vez de se concentrar principalmente no aumento dos rendimentos nacionais, a questão fundamental é “construir capacidade humana, viver vidas longas e saudáveis, ter conhecimento, ter acesso aos recursos necessários para um padrão de vida digno e poder participar da vida da comunidade”³⁶. Pode-se acrescentar que isso deveria ocorrer de forma sustentável, onde as preocupações ambientais, sociais e econômicas devem ser levadas em consideração. Como Giddings, Hopwood e O’Brien argumentaram :

“A separação do ambiente, da sociedade e da economia geralmente leva a uma estreita abordagem tecnocientífica, enquanto as questões relacionadas com a sociedade que são mais susceptíveis em desafiar a estrutura socioeconômica atual são muitas vezes marginalizadas, em particular, a sustentabilidade das comunidades e a manutenção de diversidade cultural”.

A noção de pobreza é diferente nas áreas de ajuda e bem-estar. No último, expressões como a *exclusão social* são frequentemente usadas e vistos como um termo mais compreensivo:

“(…) a pobreza é a falta dos recursos materiais necessários para participar (...) na sociedade e a exclusão social é uma formulação mais compreensível que se refere ao processo dinâmico de ser excluído, total ou parcialmente, de qualquer um dos aspectos sociais, sistemas econômicos, políticos ou culturais, que determinam a integração social de uma pessoa na sociedade”. A introdução do desenvolvimento humano e sustentável como uma abordagem mais holística poderia potencialmente construir pontes entre os dois sistemas ou áreas de redução da pobreza, pois inclui questões centrais sobre exclusões sociais e tem uma definição mais ampla de pobreza. A questão é, no entanto, se os Estados de bem-estar social desenvolvidos estão incorporando dimensões do desenvolvimento humano e sustentável em suas políticas. Na Estratégia Europeia de 2020 para redução da pobreza,

faltam as dimensões ambientais em conceitos gerais e importantes, como a saúde e o bem-estar; em particular. Outra questão em comum é atingir os pobres extremos ou os mais desfavorecidos. Tem-se argumentado que a pobreza extrema no mundo foi reduzida pela metade dos níveis de 1990, que era o objetivo geral dos ODM. As metas não relacionadas à renda, que muitas vezes estão relacionadas à saúde, foram muito mais difíceis de abordar. Estes incluem mortalidade dos menores de cinco anos, mortalidade infantil e mortalidade materna, que, de acordo com o Banco Mundial, “permanece uma grande lista de tarefas inacabadas”. O ODM 5 sobre a saúde materna foi o que apresentou menor progresso durante o período de 2000-2015 e, com as estratégias atuais, levaria até 2028 para atingir os objetivos do ODM 4 sobre mortalidade infantil³⁸.

CONCLUSÃO

Uma grande mudança está ocorrendo globalmente na visão de redução da pobreza, com lógica de intervenção aprimorada e inovação nos tipos de protagonistas, áreas e formulações de políticas:

Mudança da agência: a redução da pobreza não é apenas vista principalmente como um veículo para agências de desenvolvimento, principalmente por agências bilaterais governamentais e multilaterais, acompanhadas pelas Organizações Internacionais da Sociedade Civil, mas também por corporações privadas, fundações e iniciativas filantrópicas.

Mudança de área: o financiamento de desenvolvimento internacional agora não é apenas restrito à cooperação para o desenvolvimento dos países menos desenvolvidos, mas países de desenvolvimento médio na Europa e em outros lugares, agora podem acessar esses fundos, além de já estabelecidos programas de bem-estar e saúde nacionais e regionais (por exemplo, a UE).

Formulação de políticas: novos programas importantes de redução da pobreza com uma política comum formulada em relação às metas e os indicadores globais estão sendo lançados global e internacionalmente.

A lógica de intervenção é tão complexa

quanto os objetivos e os indicadores formulados por diferentes partes interessadas nos contextos desenvolvidos e em desenvolvimento, em diversos horários e com diversas prioridades, que podem não convergir nas dimensões principais, como a saúde e a proteção social. Uma visão mais interdisciplinar e holística é agora parte de programas como os ODS, enfatizando dimensões ambientais e ecológicas, além das dimensões tradicionais de desenvolvimento humano, como renda, saúde e educação; onde o impacto também deveria ser mensurável, compreendido e avaliado na interação de determinantes ambientais, econômicos e sociais que afetam a riqueza, o bem-estar e, em última análise, a saúde e o bem-estar das pessoas e das comunidades. Isso afetará as dimensões específicas da saúde e o propósito geral do bem-estar na lógica formada das três intervenções? O risco é que muitos indicadores e dimensões e alocação de recursos que enfatizem principalmente preocupações a longo prazo e ambientais, como os ecossistemas a nível macro, possam afetar os esforços de curto e médio prazo para atender às necessidades humanas e humanitárias, como saúde materna e infantil.

A lógica de intervenção da sustentabilidade

também pode ter diferentes prioridades, onde a alocação de recursos deve refletir as três dimensões, além do desenvolvimento humano. Os ODS estão enfatizando a dimensão ecológica, mas com um componente abrangente de saúde. O FAED concentra-se na dimensão social (inclusão social), mas como uma parte menos importante da agenda econômica global de crescimento na Estratégia Europeia de 2020; onde a saúde não é uma questão na política e estratégia formuladas.

No entanto, na lógica de intervenção, uma grande proporção de projetos está no setor da saúde, alcançando os mais desfavorecidos. As diferentes políticas da UE em matéria de exclusão social são complexas e não totalmente integradas ao propósito geral e à lógica de intervenção de programas globais, tais como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Para pesquisas futuras, é necessário analisar a implementação de grandes estratégias de eliminação da pobreza, como os ODS, para entender a lógica de intervenção e se vai atingir as metas formuladas nas dimensões de saúde e bem-estar, além de como os indicadores são avaliados, tanto em países em desenvolvimento, como em países desenvolvidos, à medida que a distribuição da pobreza está mudando.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organisation. Constitution. WHO, Geneva, Switzerland; 1946.
2. La Placa, V.; McNaught, A.; Knight, A.. Discourse on wellbeing in research and Practice. International Journal of Wellbeing, 2013; 3(1).
3. White, S. C. Analysing wellbeing: a framework for development practice. Development in Practice, 2010; 20(2), 158-172.
4. Knight, A.; McNaught, A. (Eds.). Understanding wellbeing: An introduction for students and practitioners of health and social care. Banbury: Lantern Publishing ; 2011.
5. Prescott-Allen R. The wellbeing of nations: a country-by-country index of quality of life and the environment. Washington: Island Press; 2001.
6. La Placa, V.; McNaught, A.; Knight, A.. Discourse on wellbeing in research and Practice. International Journal of Wellbeing, 2013; 3(1).
7. Haq, M.U. The poverty curtain: choices for the Third world. New York: Columbia U.P; 1976. From: Puthenkalam, J.J; Sabu T. Human Development Approach to Health and Longevity. Kerala, India: Loyola Publication; 2010.
8. United Nations. Assessing progress in Africa toward the Millennium Development Goals: Lessons learned in implementing the MDGs 2015. Addis Ababa: Economic Commission for Africa, 2015 [cited 25 September 2017]. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/mdg-reports/africa-collection.html>
9. Bley, S. J.; Hametner, M.; Dimitrova, A.; Ruech, R.; De Rocchi, A.; Gschwend, E.; Umpfenbach, K. Smarter, greener, more inclusive? Indicators to support the Europe 2020 strategy-2017 edition. Luxembourg: publications Office of the European Union: 2017; [cited 25 September 2017]. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/8113874/KS-EZ-17-001-EN-N.pdf/c810af1c-0980-4a3b-bfdd-f6aa4d8a004e>
10. Sen, A. Human rights and capabilities. Journal of human development, 2005; 6(2), 151-166.
11. United Nations. Millennium Development Goals. New York: UN, 2017 [cited 25 September 2017]. Available from: <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtm>
12. United Nations. Sustainable Development Goals. New York: UN, 2017 [cited 25 September 2017]. Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>

13. European Union. European Social Fund Budget 2014-2020. Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017] . Available from: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1089>
14. Neuman WL. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. 7. ed. Boston, Mass.: Allyn and Bacon; 2011.
15. European Union. Regulation of the European Parliament and the Council of March 2014 on the Fund for European Aid to the Most Deprived. Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017]. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0223&from=EN>;
16. Cruz, M., Foster, J., Quillin, B., & Schellekens. Ending extreme poverty and sharing prosperity: Progress and policies. World Bank: Washington; 2015 [cited 23 September 2017]. Available from: Policy Research Note PRN/15/03, World Bank Group. <http://pubdocs.worldbank.org/pubdocs/publicdoc/2015/10/109701443800596288/PRN03-Oct2015-TwinGoals.pdf>
17. Gootu, N.; Parry, J. (Eds.). Persistence of poverty in India. New Delhi: Social Science Press; 2014.
18. The Guardian; 2016 [cited 20 September 2017]. Available from: <https://www.theguardian.com/global development/datablog/2010/sep/14/bottom-billion-poverty#data>.
19. European Union. Regulation of the European Parliament and the Council of March 2014 on the Fund for European Aid to the Most Deprived. Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017] . Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0223&from=EN>
20. Bley, S. J.; Hametner, M.; Dimitrova, A.; Ruech, R.; De Rocchi, A.; Gschwend, E.; Umpfenbach, K. Smarter, greener, more inclusive? Indicators to support the Europe 2020 strategy-2017 edition. Luxembourg: publications Office of the European Union 2017 [cited 25 September 2017] . Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/8113874/KS-EZ-17-001-EN-N.pdf/c810af1c-0980-4a3b-bfdd-f6aa4d8a004e>
21. European Union. Poverty: Commissioned has committed E3.8 billion to fight poverty and help the most vulnerable in Europe. Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017]. [cited 25 September 2017]. Available from: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=2184&furtherNews=yes>;
22. Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. Johannahov: TPB; 2010.
23. European Union. Regulation on the establishment of a third Programme for the Union's action in the field of health (2014-2020). Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017] . Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN>
24. European Union. "The European Pillar of Social Rights". Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017] . Available from: https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights_en
25. European Union. Regulation of the European Parliament and the Council of March 2014 on the Fund for European Aid to the Most Deprived. Brussels: EU; 2014 [cited 25 September 2017] . Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0223&from=EN>
26. Millennium Development Goals. New York: UN, 2017 [cited 25 September 2017]. Available from: <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>;
27. ICSU, ISSC. Review of the Sustainable Development Goals: The Science Perspective. Paris: International Council for Science (ICSU); 2015. [cited 25 September 2017]. Available from: <https://www.icsu.org/cms/2017/05/SDG-Report.pdf>
28. World Bank . Social Protection Sector Strategy Paper: From Safety Net to Springboard. Washington DC, USA; 2001.
29. Jabareen, Y. A new conceptual framework for sustainable development. Environment, development and sustainability, 2008; 10(2), 179-192.
30. Sen, A. Human rights and capabilities. Journal of human development, 2005; 6(2), 151-166. Fukuda-Parr, S. Theory and policy in international development: Human development and capability approach and the millennium development goals. International Studies Review, 2011; 13(1), 122-132.
31. Gallie, D.; Paugam, S.; Jacobs, S. Unemployment, poverty and social isolation: Is there a vicious circle of social exclusion?. European Societies, 2003; 5(1), 1-32.
32. ICSU, ISSC. Review of the Sustainable Development Goals: The Science Perspective. Paris: International Council for Science (ICSU); 2015.
33. Ib United Nations. Luxembourg: publications Office of the European Union; 2016; 2014 [cited 25 September 2017]. Available from: <https://www.esf.se/Documents/V%C3%A5ra%20program/FEAD/FEAD%20Catalogue%20of%20case%20studies%202016.pdf>
34. World Health Organisation. World Health Statistics 2017. WHO, Geneva, Switzerland; 2017.
35. United Nations. Assessing progress in Africa toward the Millennium Development Goals: Lessons learned in implementing the MDGs 2015. Addis Ababa: Economic Commission for Africa, 2015 [cited 25 September 2017]. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/mdg-reports/africa-collection.html>
36. Puthenkalam, J.J.; Sabu T. Human Development Approach to Health and Longevity. Loyola Publication., Kerala, India; 2010.
37. Giddings, B.; Hopwood, B.; O'brien, G. Environment, economy and society: fitting them together into sustainable development. Sustainable development, 2002; 10(4), 187-196.
38. Byrne DS. Social exclusion. 2. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.
39. The Guardian; 2015 [cited 20 September 2017]. Available from: <https://www.theguardian.com/global-development/2015/may/27/millennium-development-goals-child-mortality-maternal-health-explainer> and UNDP 2014