



# Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017



Apresentada pelos Ministros de Saúde das  
Américas na Cidade do Panamá, Junho de 2007

# Índice

Declaração dos Ministros e Secretários da Saúde .....	i
-------------------------------------------------------	---

## Agenda de Saúde para as Américas

Enunciado de intenção .....	1
-----------------------------	---

Princípios e valores .....	3
----------------------------	---

### Análise da situação e das tendências da saúde nas Américas

a) Tendências no panorama socioeconômico da Região .....	5
b) Tendências da situação de saúde na Região .....	7
c) Tendências na resposta dos sistemas de saúde .....	9

### Áreas de ação: uma Agenda de Saúde para as Américas

a) Fortalecer a Autoridade Sanitária Nacional .....	13
b) Abordar os determinantes da saúde .....	14
c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade .....	15
d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles .....	17
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença .....	18
f) Fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde .....	19
g) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia .....	20
h) Fortalecer a segurança sanitária .....	21

Notas e referências .....	23
---------------------------	----

## Lançamento da Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017

# Declaração dos Ministros e Secretários da Saúde

**N**ós, os ministros e secretários da Saúde das Américas abaixo–assinados, tendo–nos reunido na cidade do Panamá, no dia 3 de junho de 2007, a fim de apresentar à comunidade internacional a Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017, a qual reflete o interesse de cada um dos países em trabalhar em conjunto e solidariamente a favor da saúde e do desenvolvimento de nossos povos,

### Declaramos:

**Nosso renovado compromisso** com o princípio estabelecido na Constituição da Organização Mundial da Saúde, que reconhece que gozar do grau máximo de saúde que se possa conseguir é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social;

**Nosso compromisso** com a ação intersetorial, reconhecendo o papel dos determinantes sociais da saúde na formulação das políticas de Estado e que a exclusão em saúde é resultante de fatores

gerados dentro e fora do mandato da Autoridade Sanitária Nacional;

**Nosso compromisso** com o diálogo e a ação conjunta entre todos os atores da sociedade em âmbito local, nacional, subregional e regional para promover e progredir para alcançar os objetivos regionais de saúde através das áreas de ação da Agenda de Saúde para as Américas;

e

**Exortamos** todos os governos, a sociedade civil e a comunidade internacional, que contribuem com a cooperação técnica e o financiamento para o desenvolvimento, a considerar esta Agenda como uma guia e inspiração para a formulação de políticas de Estado e implementação de ações para a saúde em prol do bem–estar da população das Américas.

*Cidade do Panamá,  
aos 3 dias de junho do ano de 2007*



# Agenda de Saúde para as Américas

## Enunciado de intenção

1. Os governos da Região das Américas estabelecem conjuntamente esta Agenda de Saúde para orientar a ação coletiva dos parceiros nacionais e internacionais interessados em contribuir para melhorar a saúde dos povos desta Região ao longo da próxima década.
2. Os governos reiteram seu compromisso com a visão de uma região mais saudável e mais equitativa em termos de saúde, na qual abordados os determinantes da saúde e haja maior acesso a serviços e bens de saúde individual e coletiva. Uma região em que todos os indivíduos, a família e a comunidade tenham oportunidade de desenvolver ao máximo seu potencial.
3. A Agenda de Saúde para as Américas é uma resposta às necessidades de saúde das nossas populações e reflete o compromisso de cada um dos países de trabalhar em conjunto, dentro de uma perspectiva regional e com solidariedade em prol do desenvolvimento da saúde na Região.
4. A Agenda incorpora e complementa a agenda global incluída no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde, aprovada pelos Estados Membros na 59ª. Assembléia Mundial da Saúde de maio de 2006. Ela foi concebida, além disso, em consonância com as Metas da Declaração do Milênio.
5. De acordo com os documentos citados no parágrafo 4, esta Agenda é um instrumento político de alto nível em termos de saúde. Nela são definidas as grandes áreas de ação, com o propósito de retomar os compromissos assumidos pelos países nos fóruns internacionais e fortalecer a resposta para seu efetivo cumprimento.
6. A Agenda orientará a elaboração dos futuros planos nacionais de saúde,<sup>1</sup> segundo seja relevante, e os planos estratégicos de todas as organizações interessadas na cooperação em saúde com os países das Américas, inclusive os da Repartição Sanitária Pan-Americana. A avaliação do progresso das áreas de ação definidas nesta Agenda será feita por meio da aferição do cumprimento das metas estabelecidas em tais planos.
7. Os governos das Américas ressaltam a importância de que os parceiros e as instituições que trabalham pela saúde se beneficiem de uma agenda de saúde concisa, flexível, dinâmica e de alto nível, que oriente suas ações, facilite a captação de recursos e influencie as políticas de saúde da Região.

# Princípios e valores

8. Reconhecendo que a Região é heterogênea e que nossas nações e suas populações têm necessidades e enfoques socioculturais diferentes para melhorar a saúde, esta Agenda é estruturada no respeito e adesão aos seguintes princípios e valores:

9. *Direitos humanos, universalidade, acessibilidade, e abrangência.* A Constituição da OMS assinala que: “gozar do grau máximo de saúde que se possa conseguir é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política, condição econômica ou social...”. Com o propósito de concretizar esse direito, os países devem buscar alcançar a universalidade, acessibilidade, integridade, qualidade e abrangência nos sistemas de saúde organizados para indivíduos, famílias e comunidades. Os sistemas de saúde devem prestar contas perante os cidadãos quanto ao grau em que preenchem essas condições.

10. *Solidariedade pan-americana.* A solidariedade, definida como a colaboração entre os países das Américas, para

estimular interesses e responsabilidades compartilhadas a fim de alcançar metas comuns, é condição essencial para superar as desigualdades observadas em termos de saúde e fortalecer a segurança sanitária pan-americana durante crises, emergências e calamidades.

11. *Igualdade em saúde.* A busca da igualdade em saúde se manifesta no empenho em eliminar toda desigualdade evitável, injusta e remediável entre populações ou grupos em matéria de saúde. Essa busca deve enfatizar a necessidade incontestável de fomentar a igualdade de gênero em saúde.<sup>2</sup>

12. *Participação social.* A oportunidade para que toda a sociedade participe na definição e execução das políticas públicas de saúde e na avaliação de seus resultados é um fator essencial para a implementação e o êxito da Agenda de Saúde.



# Análise da situação e das tendências da saúde nas Américas

## a) *Tendências no panorama socioeconômico da Região*

13. A Agenda tem como base as tendências da saúde observadas na Região. Tendo demonstrado a importância dos determinantes sociais da saúde como variáveis que ajudam a explicar o grau de variação da situação da saúde de uma região ou um país,<sup>3</sup> torna-se indispensável revisar a situação dos principais indicadores socioeconômicos na Região e as tendências da situação da saúde que instruíram esta Agenda. No período 2001–2005, o produto interno bruto por habitante na Região da América Latina e do Caribe cresceu 4.2%.<sup>4</sup> As últimas estimativas feitas pela Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL) indicam que, em 2005, 39,8% da população (209 milhões) da América Latina e do Caribe viviam em condições de pobreza e 15,4% da população (81 milhões) viviam na miséria ou em situação de indigência. As projeções da CEPAL para 2006 indicavam que o número de pobres e pessoas em situação de miséria diminuiria para 205 e 79 milhões, respectivamente. Apesar de, nos últimos anos, ter havido algum avanço rumo a uma melhor distribuição da renda, a Região continua sendo a mais desigual no mundo.<sup>5</sup>
14. As desigualdades em saúde também guardam estreita relação com diversos determinantes socioeconômicos. Em termos gerais, nos países de melhor nível econômico, a expectativa de vida geralmente é maior do que

nos países mais pobres. No entanto, as diferenças na expectativa de vida caem quando se considera a distribuição da renda: os países que têm uma distribuição de renda mais igualitária alcançam níveis de expectativa de vida que são equivalentes, e algumas vezes melhores, que os dos países que, sendo mais ricos, têm uma distribuição da renda mais desigual.<sup>6</sup>

15. Houve uma desaceleração no crescimento da população em todos os países das Américas,<sup>7</sup> ao mesmo tempo em que a proporção de pessoas maiores de 60 anos vem aumentando progressivamente.<sup>8</sup> Isso impõe a necessidade de adotar medidas para responder às mudanças no perfil epidemiológico, associadas a uma população que está envelhecendo.
16. Houve expansão das zonas urbanas em todos os países, na maioria de forma não planejada. Esse fenômeno de urbanização crescente, apesar de facilitar a proximidade física das pessoas aos serviços, poderia associar-se à adoção de padrões de consumo e estilos de vida pouco saudáveis – alimentação inadequada, obesidade, sedentarismo, uso de drogas –, à deterioração das redes sociais de apoio e a um crescimento dos traumatismos e da violência.
17. O índice de alfabetização na Região subiu de 88% da população em 1980 para 93,7% em 2005, com diferentes incrementos na assistência escolar na maioria dos países. No entanto, o acesso à educação continua sendo maior para indivíduos do sexo masculino do que para o sexo feminino,

particularmente em zonas rurais, e a qualidade do ensino varia segundo a renda familiar. Como resultado dessas disparidades, algumas pessoas têm menos oportunidades de desenvolver comportamentos saudáveis e ter acesso a empregos de qualidade e a melhores condições de vida.

18. O meio ambiente da Região vem sofrendo crescente deterioração, como resultado da poluição do ar, da água e dos solos. A poluição afeta especialmente a população infantil, por estar ela em desenvolvimento físico e neuropsicológico. No que diz respeito à cobertura de água e saneamento, 94% da população das Américas têm acesso à água fornecida em domicílio<sup>9</sup> e a cobertura é de 86% para saneamento (manejo de excrementos e águas residuais). Esses percentuais caem para 91% e 77%, respectivamente, quando se considera apenas a população da América Latina e do Caribe, onde o déficit é ainda maior nas áreas rurais.<sup>10</sup> Paralelamente, os países enfrentam a necessidade de controlar os riscos decorrentes da industrialização e do crescimento não planejado das grandes cidades.

19. Os desastres naturais e os provocados pelo homem afetam o meio ambiente e o estado de saúde da população da Região e constituem um fator de limitação no tocante ao cumprimento das metas do setor da saúde, bem como ao funcionamento normal dos serviços de saúde. Por exemplo, apenas em 2005, furacões deixaram um saldo de 4.598 mortos, 7 milhões de pessoas afetadas e causaram prejuízos avaliados em mais de US\$ 205 bilhões.<sup>11</sup> Os danos às economias da América Central e do

Caribe foram estimados em mais de US\$ 2.2 bilhões, evidenciando assim a sua vulnerabilidade e a necessidade de contar com planos e medidas de prevenção e de alívio.

20. A exclusão em saúde na Região aparece estreitamente vinculada com a pobreza, marginalidade, discriminação (cultural, racial, social e de gênero) e estigmatização que sofrem os doentes mentais e as pessoas com necessidades especiais. O idioma, o emprego no setor informal, o desemprego e subemprego, o isolamento geográfico, o baixo nível de instrução e a insuficiência da informação sobre os sistemas de saúde por parte dos possíveis usuários são fatores importantes para a exclusão em saúde. Em resumo, 218 milhões de pessoas não dispõem de proteção contra o risco de doença por falta de cobertura de algum tipo de seguro de saúde e 100 milhões de pessoas não podem ter acesso aos serviços de saúde devido a barreiras geográficas ou de tipo econômico ou pela falta de serviços de saúde próximos aos seus lares ou locais de trabalho.<sup>12</sup>

21. A América Latina e o Caribe receberam US\$ 6.340 bilhões e em ajuda oficial para o desenvolvimento em 2004, o que representa apenas 8% da ajuda total mundial. Em fins da década de noventa, essa proporção era de aproximadamente 10%. A redução é consequência do redirecionamento do financiamento para outras regiões. Além disso, alguns parceiros bilaterais decidiram suspender o apoio à saúde em nossa Região nos próximos anos ou centralizar sua cooperação a um número limitado de países da América Latina e do Caribe.<sup>13</sup>



## *b) Tendências da situação de saúde na Região*

- 22.** O panorama de saúde na Região é caracterizado pela coexistência de danos devido a doenças transmissíveis, doenças crônico-degenerativas, violência, traumatismos, doenças profissionais e doenças mentais.<sup>14</sup> Estas últimas substituíram as doenças transmissíveis como principais causas de morbimortalidade em todos os países.<sup>15</sup> Entre as doenças transmissíveis persistem as ameaças tradicionais, como a malária, surgiram novas ameaças (como o HIV/AIDS), outras reemergiram (como a tuberculose) e houve mudanças nas características de alguns agentes, tais como os vírus da influenza, cujas variantes poderiam provocar uma pandemia de graves conseqüências. Aliado a isso, subsiste um grupo de doenças que atingem desproporcionalmente os países em desenvolvimento e que são uma conseqüência da pobreza e estão, em geral, carregadas de estigma.<sup>16</sup> Embora essas doenças sejam passíveis de prevenção e cura, com medicamentos de fácil administração, seu controle continua sendo um desafio.
- 23.** Embora tenha sido possível, nos últimos anos, observar melhorias na maioria dos indicadores de saúde tradicionais,<sup>17</sup> especialmente quando se trata de médias nacionais, a principal característica da Região é a grande diferença que eles apresentam tanto entre os países como em um mesmo país. As desigualdades em saúde estão relacionadas a importantes diferenças geográficas, de idade, gênero, etnia, educação e distribuição de renda.<sup>18</sup>
- 24.** As condições de saúde dos povos indígenas são consistentemente piores que

as da população não indígena.<sup>19</sup> Na região, mais de 45 milhões de habitantes pertencem às etnias indígenas, mas os sistemas de informação não destacam suficientemente as variáveis raciais e culturais, o que dificulta o desenvolvimento de estratégias apropriadas para intervir sobre os danos à saúde desse importante grupo populacional.

- 25.** Os êxitos para a redução da mortalidade precoce e evitável têm sido obtidos em grande medida por ações específicas do setor da saúde, especialmente na atenção primária, como o aumento da cobertura de vacinação, do planejamento familiar e da reidratação oral. Embora a mortalidade materna tenha diminuído, em 2005 a Região tinha um índice de 71,9 por 100 mil nascidos vivos. Esse índice sobe para 94,5 quando só se considera a América Latina e o Caribe, e alcança o valor máximo de 523 no Haiti e o mínimo de 13,4 no Chile.<sup>20</sup> A gravidez na adolescência, em sua maioria indesejada, chega a 20% do total de gravidezes em muitos países e são um desafio evidente para as futuras mães, pais e seus filhos. A mortalidade por câncer do colo uterino, câncer de mama, septicemia, desnutrição e infecções respiratórias agudas – causas de morte evitáveis – podem ser reduzidas com uma efetividade maior e cobertura da atenção primária da saúde.
- 26.** Em muitos casos, o avanço que se pode obter com ações específicas do sistema de saúde parece estar chegando ao limite. Reconhece-se cada vez mais que os fatores de risco das principais causas de doença e morte, sobre os quais é preciso intervir, fogem ao controle direto do setor da saúde. Por exemplo, a mortalidade por causas externas e por algumas doenças (como doenças cardiovasculares,

diabetes, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, HIV/AIDS) depende muito das condições e estilos de vida e do comportamento das pessoas. Assim, portanto, para avançar mais em termos de diminuir o ônus das doenças evitáveis, é necessário revisar os grandes determinantes e fatores de risco dos principais problemas de saúde e atuar sobre eles. Para isso, é preciso fazer uma análise das evidências, baseada na experiência internacional, que forneça informação útil para a tomada de decisões políticas, bem como se fazem necessárias alianças estratégicas intersetoriais e interinstitucionais, a fim de assegurar a efetividade das intervenções.

27. Em termos da contribuição da saúde para a igualdade na distribuição da

riqueza, a experiência mostra que as intervenções que buscam possibilitar máximo desenvolvimento das potencialidades da infância melhoram seu acesso a empregos produtivos e podem resultar em gerações com maior possibilidade de mobilidade social, que continua extremamente limitada na maioria dos países da Região.<sup>21,22</sup> A falta de oportunidades se manifesta cedo na infância. Por exemplo, aproximadamente 40% dos municípios da América Latina e do Caribe não alcançam a meta de vacinar 95% das crianças menores de 1 ano contra a poliomielite, difteria, tétano e coqueluche, o que significa que pelo menos 800 mil crianças não estavam adequadamente protegidas contra essas doenças ao completar um ano de vida.<sup>23</sup>



### *c) Tendências na resposta dos sistemas de saúde*

- 28.** No que se refere aos sistemas de saúde, não se conseguiu superar sua segmentação<sup>24</sup> e persistem deficiências graves no desempenho das políticas de financiamento da saúde. Percebe-se uma situação de alta vulnerabilidade, refletida no fato de que alguns países apresentam um nível de gasto insuficiente em saúde, outros têm grande dependência de recursos externos e as despesas por conta própria aumentam na maioria dos países. Isso tudo atinge com maior intensidade as populações mais pobres. A alocação de recursos continua, em geral, desvinculada dos resultados e do desempenho dos serviços. Frequentemente, as decisões não são sustentadas na análise sistemática do conhecimento e das lições aprendidas, e não se leva em conta a diversidade cultural existente. A gestão clínica é ainda insuficiente e não se têm privilegiado ações de saúde pública. A prestação de serviços de saúde é caracterizada pelo predomínio do modelo curativo, centrado nos hospitais e na atenção individual, relegando a um segundo plano a atenção primária e os serviços de saúde pública. Esse modelo não dispõe de mecanismos de coordenação de serviços em rede nem incorpora adequadamente a promoção da saúde.
- 29.** Os processos de reforma do setor da saúde promovidos na década de 90 na América Latina e no Caribe concentraram sua atenção em aspectos financeiros e organizacionais, deixando à margem aspectos essenciais da saúde pública. Esses processos enfraqueceram o papel do Estado em áreas fundamentais, registrando-se um declínio sustentado da capacidade dos Ministérios da Saúde para o exercício da sua função condutora e do desenvolvimento das funções essenciais da saúde pública.

**30.** Por volta do ano 2005, o gasto nacional em saúde do conjunto de países da Região da América Latina e do Caribe representou aproximadamente 6,8% do produto interno bruto da Região, o que equivale a um gasto anual de US\$ 500 dólares per capita. Aproximadamente a metade desse valor correspondeu a gastos públicos, que compreendem gastos em serviços de atenção à saúde das instituições de saúde do governo central, governos locais e municipais e gastos em serviços de saúde por meio de contribuições obrigatórias a fundos de saúde de administração privada ou a instituições de previdência social. A metade restante corresponde a gastos privados, que incluem os gastos direto por conta própria na compra de bens e serviços de saúde e os serviços de saúde consumidos através de planos de seguro de saúde privado ou de esquemas de medicamentos pré-pagos.<sup>26</sup>

**31.** A escassez, má distribuição e falta de adequação do pessoal às necessidades de saúde é acentuada pela migração de profissionais dentro do território nacional e emigração para países mais ricos. A maioria dos países das Américas está sendo afetada por esse fenômeno, que deve ser enfrentado tanto nacionalmente como no panorama inter-americano e mundial, já que um número considerável de países da Região não conta com os requisitos de pessoal necessários para cobertura mínima (25 profissionais de saúde por 10 mil habitantes<sup>27</sup>), enquanto outro grupo de países tem cinco vezes essa disponibilidade. A distribuição de profissionais da saúde é muito desigual, já que nas áreas urbanas existem de 8 a 10 vezes mais médicos do que nas áreas rurais. Alguns países apresentam importantes desequilíbrios em sua oferta de capacidades, com poucos profissionais de enfermagem por médico e ausência de

outras profissões imprescindíveis. As mulheres, que perfazem quase 70% da força de trabalho em saúde, são minoritárias nos cargos de direção, tendem a receber salários mais baixos e são as primeiras atingidas pelo desemprego. A formação dos recursos humanos continua usando modalidades tradicionais que pouco incentivam o desenvolvimento de condições de liderança e criatividade. O planejamento relativo aos requisitos de recursos humanos em quantidade e qualidade adequadas continua sendo uma carência notória na Região.<sup>28</sup>

32. Na América Latina e no Caribe, o investimento em ciência e tecnologia aplicada à saúde tem sido caracterizado pela ausência de agendas explícitas de pesquisa orientadas pelas necessidades determinadas na elaboração de políticas baseadas em evidência, bem como pelo pouco desenvolvimento de mecanismos de financiamento para satisfazer essas necessidades.<sup>29</sup>

33. O panorama da situação e das tendências da saúde e de seus determinantes na Região das Américas revela uma necessidade de elaborar estratégias para reduzir as desigualdades existentes entre os países assim como as desigualdades internas. Essas estratégias devem permitir continuar avançando no sentido da proteção social da população, mediante sistemas de saúde baseados na estratégia de atenção primária da saúde e políticas de Estado saudáveis, construídas com a participação da comunidade e conduzidas por autoridades de saúde firmes e respeitadas. Dentro dessa perspectiva, esta Agenda identifica oito áreas de ação. Estas são, por definição, amplas, e estabelecem princípios e orientações para os países e a comunidade internacional sem tentar fixar prioridades, já que estas serão determinadas por cada país em função de sua problemática própria e disponibilidade de recursos.



# Áreas de ação:

## Uma Agenda de Saúde para as Américas

### a) Fortalecer a Autoridade Sanitária Nacional<sup>30</sup>

- 34.** Para obter melhorias na situação de saúde, a Autoridade Sanitária Nacional deve fortalecer sua capacidade institucional para cumprir seu papel condutor na saúde e exercer uma liderança intersetorial, com capacidade de convocar e orientar os parceiros, na tarefa de impulsionar o desenvolvimento humano. Deve-se propiciar a plena participação social e comunitária e o fortalecimento da atenção primária da saúde, bem como a participação de todos os agentes de transformação, inclusive os do setor privado, para alcançar as metas nacionais de saúde. Simultaneamente, a Autoridade Sanitária Nacional deve contar com estruturas legais que respaldem sua gestão e permitam auditá-la.
- 35.** O exercício da governança, liderança e prestação de contas é elemento-chave para que a Autoridade Sanitária Nacional obtenha, no mais alto nível, o compromisso e a vontade política de fortalecer o desenvolvimento da saúde. Os Ministérios da Saúde devem cumprir plenamente as funções essenciais de saúde pública<sup>31</sup> e desempenhar eficientemente o seu papel na condução, regulamentação e gestão dos sistemas de saúde. Uma tarefa fundamental é o esclarecimento das responsabilidades que cabem ao governo, à sociedade e às pessoas, respectivamente. A tomada de decisões baseada em evidências fortalece a Autoridade Sanitária Nacional. Os processos de alocação de recursos e elaboração de políticas devem se beneficiar com a institucionalização de

sistemas de informação sobre gastos e financiamento do sistema de saúde.

- 36.** A Autoridade Sanitária Nacional deve participar ativamente na definição de políticas voltadas para a abordagem dos determinantes sociais. O diálogo, coordenação e colaboração entre os Ministérios da Saúde, da Fazenda e do Planejamento deve se concentrar na previsão, estabilidade e continuidade da alocação de recursos financeiros para alcançar as metas nacionais de desenvolvimento humano.
- 37.** Uma parte essencial do papel preponderante da Autoridade Sanitária Nacional é assegurar que as questões de saúde adotadas como mandatos e sub-regionais sejam incorporadas na agenda continental de desenvolvimento. A Autoridade Sanitária Nacional, em coordenação com o setor de Relações Exteriores e outros pertinentes, asseguraria assim que a saúde ocupasse um lugar preponderante nas estratégias de desenvolvimento e redução da pobreza que, no âmbito da saúde global, são discutidas em fóruns e reuniões de cúpula das Américas e ibero-americanas, entre outras.
- 38.** Ao se promover um maior investimento em saúde, deve-se consolidar um sistema de prestação de contas efetivo, eficiente e transparente, que apóie a captação de recursos e observe sua correta gestão. Nesta mesma linha, identifica-se a necessidade de que a Autoridade Sanitária Nacional fortaleça sua capacidade de planejar, administrar e coordenar o uso de recursos tanto de origem nacional como provenientes da cooperação externa em saúde.

## b) *Abordar os determinantes da saúde*

39. A Autoridade Sanitária Nacional deve defender uma posição mais alta da saúde na agenda para o desenvolvimento humano sustentável. O reconhecimento do papel dos determinantes da saúde e a incorporação de linhas de trabalho e recursos nos planos nacionais de desenvolvimento serão indicadores de êxito desse mandato.

40. Para proteger efetivamente a população mais pobre, marginalizada e vulnerável é imperativo abordar os determinantes da saúde. Isso se refere a variáveis que estão relacionadas com (a) exclusão social, (b) exposição a riscos, (c) urbanização não planejada e (d) mudança climática. Essa abordagem passa necessariamente pela revisão dos quadros legislativos que atualmente proporcionam incentivos adversos para a melhoria desses elementos.<sup>32</sup>

41. As medidas necessárias para abordar a maior parte desses determinantes estão fora do mandato dos Ministérios da Saúde e requerem a participação de outras entidades do governo. Assim, a Autoridade Sanitária Nacional tem de ampliar o âmbito em que são desenvolvidas as atividades da saúde pública, promovendo políticas de Estado saudáveis por meio da coordenação interinstitucional e do trabalho intersetorial.

42. É necessário que os países invistam mais na promoção da saúde e que contem com quadros políticos que permitam seu desenvolvimento e o alcance de objetivos quantificáveis.<sup>33</sup>

Os sistemas de provisão de serviços de saúde devem ter um enfoque intercultural e de gênero, em que a participação social ativa seja fator determinante. Isto deve ser apoiado pelo fortalecimento dos sistemas de vigilância epidemiológica com a inclusão de variáveis sociais, comportamentais e de estilos de vida que permitam avaliar as intervenções da promoção da saúde. Com uma ampla perspectiva de segurança humana, devem-se fomentar intervenções intersetoriais concretas para reduzir a violência social e interpessoal e a insegurança pessoal e comunitária.

43. O investimento na proteção social da infância e o fortalecimento da família devem ser uma prioridade entre as estratégias voltadas a abordar os determinantes da saúde. Os países devem-se empenhar em garantir a todas as crianças uma proteção efetiva a partir da atenção pré-natal, utilizando tecnologias de efetividade comprovada.<sup>34</sup> O manejo social do risco, por todos os setores responsáveis pelas políticas públicas, é essencial para a obtenção desses resultados. Em conformidade com a busca de igualdade, a Autoridade Sanitária Nacional deverá priorizar e enfatizar ações específicas para reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil em todos os grupos da sociedade. Deve-se promover a amamentação materna e prevenir infecções, desidratação, doenças respiratórias e problemas de nutrição infantil, tanto a desnutrição como a obesidade na infância. As coberturas de vacinação devem ser mantidas ou expandir-se, junto com a introdução gradual, quando for pertinente, de novas vacinas e tecnologias.

### *c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade*

44. A universalização e a melhoria da proteção social é uma questão que ganha importância no diálogo político e acadêmico sobre o desenvolvimento humano sustentável na América Latina e Caribe.<sup>35</sup> Tenta-se responder à incerteza gerada pelo mercado de trabalho e seu impacto na renda das famílias, na cobertura da previdência social e na atenção à saúde. Nesse contexto, as políticas públicas devem ampliar progressivamente o acesso, o financiamento e a solidariedade dos sistemas de proteção social.
45. Embora a maioria dos países da Região tenha legislações que estabelecem o direito de sua população à saúde universal, em realidade, em muitos deles, a cobertura efetiva fica determinada pela disponibilidade de financiamento, com critérios de prioridade não explícitos na maioria dos casos.
46. Essa realidade enfatiza a necessidade de desenvolver sistemas de garantia que reduzam o ônus financeiro nas famílias, protegendo-as contra o risco de pobreza devido a gastos por conta própria de grandes proporções, e que busquem garantir à população um conjunto de serviços de saúde. Reconhecendo o dilema que se estabelece diante da prioridade de um serviço sobre o outro, será necessário que todos os países realizem um processo de diálogo nacional – com os atores relevantes – que permita tomar decisões de maneira informada, tendo presentes critérios epidemiológicos, econômicos, de igualdade e de viabilidade financeira e social.
47. Os países devem fortalecer as seguintes ações para que a extensão da proteção social seja efetiva: (a) acesso aos serviços, (b) segurança financeira, (c) solidariedade no financiamento e (d) dignidade e respeito aos direitos dos pacientes na atenção à saúde, de acordo com a legislação nacional.<sup>36</sup>
48. O acesso a medicamentos e tecnologias de saúde é um requisito para intervenções de saúde efetivas. A fim de promover o acesso aos medicamentos, os países devem considerar: (a) utilizar, ao máximo, as disposições dos acordos de comércio, incluindo suas flexibilidades; (b) fortalecer o sistema de provisionamento; (c) fortalecer os mecanismos de compras sub-regionais e regionais; (d) promover o uso racional dos medicamentos; e (e) reduzir as barreiras tarifárias aos medicamentos e às tecnologias de saúde.
49. Será crucial enfatizar a estratégia da atenção primária da saúde, a fim de avançar rumo ao acesso universal e equitativo à atenção de saúde nas áreas rurais e periurbanas marginalizadas, onde os serviços são praticamente inexistentes. Esses serviços devem ser culturalmente aceitáveis e incorporar adequadamente as práticas tradicionais locais comprovadamente inócuas e, na medida do possível, efetivas. Propõe-se favorecer o desenvolvimento de sistemas de saúde próprios dos povos indígenas, paralelamente à sua inclusão no sistema nacional de saúde. O fortalecimento dos sistemas de referência e contra-referência e a melhoria dos sistemas de informação de saúde no plano nacional e local facilitarão a prestação de serviços de forma integral e oportuna.
50. A fim de melhorar a cobertura efetiva da população, será necessário aumen-

tar a prestação de serviços eficazes e eficientes. Isso requer incorporar as evidências na definição das práticas e melhorar a capacidade de gestão dos serviços e, simultaneamente, manter o compromisso de reorientar os serviços de saúde para modelos de atenção que favoreçam a promoção da saúde e a prevenção de doenças e que tenham uma orientação familiar e comunitária. O controle de qualidade é uma deman-

da transversal a todo o sistema e serviços de saúde.

51. No que se refere à prestação de serviços, reconhece-se que o setor privado – com e sem fins lucrativos – tem um papel importante, que deve ser regulado pela Autoridade Sanitária Nacional para que contribua para alcançar as metas nacionais de saúde.



*d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles*

- 52.** Em busca da igualdade, as intervenções para melhorar a saúde têm de priorizar os mais pobres, marginalizados e vulneráveis. Os povos indígenas e as comunidades tribais devem ser priorizados, bem como outros grupos.<sup>35</sup> Os países devem assegurar a inclusão, o acesso a serviços de saúde culturalmente aceitáveis, a coleta e uso de dados específicos para adequada tomada de decisões e o exercício pleno da cidadania desses grupos. As intervenções de saúde devem responder às características particulares de todos os grupos.
- 53.** A saúde sexual e reprodutiva é um tema prioritário nesta Região. É imprescindível dar à mulher uma atenção contínua, que começa com os cuidados na etapa pré-concepção e prossegue durante a gravidez, o parto e o puerpério e inclui a atenção do recém-nascido. As gestantes infectadas com HIV devem receber assistência ao parto segundo os protocolos estabelecidos, que minimizam a probabilidade de transmissão do vírus ao recém-nascido que, além disso, deve ter garantido um substituto ao leite materno durante os primeiros seis meses de vida. O acesso aos anticoncepcionais é imprescindível para reduzir a gravidez indesejada e a morbimortalidade materna; alguns deles, além disso, previnem infecções sexualmente transmitidas, incluindo o HIV/AIDS. Deve-se reforçar o papel dos homens na promoção da saúde sexual e reprodutiva, evitando sobre-carregar as mulheres com a atribuição de responsabilidades exclusivas nessa importante esfera do desenvolvimento humano.
- 54.** Com relação à população de adolescentes e jovens, deve-se generalizar a atenção integral à saúde, incluindo a promoção do desenvolvimento juvenil, o diagnóstico e tratamento de doenças mentais, a prevenção de comportamentos de risco e o controle de problemas tais como tabagismo, alcoolismo, dependência química, suicídio, gravidez indesejada, violência e infecções sexualmente transmitidas, inclusive por HIV/AIDS.
- 55.** A manutenção da funcionalidade dos adultos idosos deve ser tema de programas de saúde especialmente voltados para este grupo. A combinação de subsídios econômicos e alimentares com essas intervenções de saúde é fundamental para alcançar a aderência dos adultos idosos aos programas de saúde. A formação do pessoal que trabalha em saúde em tecnologias próprias da atenção aos idosos deve ter prioridade e ser tema de programas especiais de treinamento com enfoque na atenção primária da saúde.
- 56.** A Autoridade Sanitária Nacional deve promover a paridade entre os sexos na formulação e aplicação das políticas e dos programas de saúde. Nas atividades de acompanhamento e avaliação, devem-se utilizar sistematicamente dados desagregados por sexo.
- 57.** A comunidade que financia o desenvolvimento deve considerar a possibilidade de alinhar sua ajuda com as áreas de ação determinadas na presente Agenda e as prioridades dos países da Região. O objetivo é aumentar a capacidade do setor da saúde de alcançar as metas e os objetivos estabelecidos internacionalmente, bem como a redução das desigualdades que costumam estar ocultas nas médias nacionais.

## e) Reduzir os riscos e o ônus da doença

58. Enquanto continuam seus esforços para controlar a transmissão de doenças infecciosas, os países das Américas devem dar ênfase a ações de prevenção e controle de doenças não transmissíveis, que se tornaram a principal causa de morbidade e mortalidade na Região. Devem-se iniciar ou fortalecer ações específicas para controlar a diabetes, as doenças vasculares cerebrais e cardiovasculares e os tipos de câncer de maior incidência, assim como a hipertensão arterial, as dislipidemias, a obesidade e a falta de atividade física. A fim de reduzir a crescente lacuna da atenção em saúde mental, será necessário formular ou atualizar políticas que incluam a extensão dos programas e dos serviços. Cada país terá de focar essas ações de redução de riscos e do ônus de doença seguindo critérios etários e geográficos e de acordo com suas necessidades.

59. A Autoridade Sanitária Nacional deve ser muito atuante na promoção de estilos de vida e ambientes saudáveis. As

mudanças de comportamento se sustentarão por si mesmas somente se acompanhadas de mudanças ambientais e institucionais, bem como de políticas direcionadas para permitir às pessoas realmente optar por uma vida com alimentação saudável, atividade física e livre do tabaco. É preciso um trabalho de cooperação com a indústria, a mídia e outros atores estratégicos para a produção e comercialização de alimentos mais saudáveis; e com o setor educação, para que as escolas sejam um exemplo de boa alimentação e promovam a formação de hábitos saudáveis.

60. É necessário manter as ações em curso, criar ambientes favoráveis e inovar no combate às doenças transmissíveis, que continuam afetando a população das Américas. Deve-se fazer um esforço maior para o controle das doenças que atingem desproporcionalmente os países em desenvolvimento, que são próprias da população pobre e podem ser erradicadas.<sup>38</sup>



## f) Fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde

61. Os governos devem enfrentar, em cooperação com outros parceiros, estes cinco desafios críticos:<sup>39</sup> (a) definir e implementar políticas e planos de longo prazo para o desenvolvimento da força de trabalho em saúde, baseados em evidências; (b) encontrar soluções para resolver as desigualdades na distribuição dos profissionais de saúde, alocando mais pessoal às populações mais necessitadas; (c) promover iniciativas nacionais e internacionais para que os países em desenvolvimento retenham seus trabalhadores da saúde e evitem a escassez de pessoal; (d) melhorar a capacidade de gestão de pessoal e das condições de trabalho, a fim de aumentar o compromisso dos profissionais da saúde com a missão institucional; e (e) aproximar-se das instituições de formação e serviços de saúde para um planejamento conjunto das necessidades e perfis dos profissionais do futuro.

62. As condições de trabalho e a própria saúde do trabalhador são fatores relevantes para reter as pessoas capacitadas e garantir a qualidade dos serviços à população. Deve-se enfatizar a formação de pessoal na área da saúde

pública com uma perspectiva multidisciplinar, fazendo com que os perfis profissionais da equipe de saúde respondam à realidade de todos os países.

63. Em termos de conhecimento e aprendizagem, devem-se desenvolver referências técnicas comuns, avaliar o desempenho com sistemas de mensuração equivalentes entre os países, financiar pesquisas e compartilhar as práticas adequadas baseadas em evidências. Em termos de políticas, é necessário promover métodos éticos de contratação e proteção aos trabalhadores migrantes, monitorar os maiores fluxos migratórios para assegurar a igualdade e a justiça e apoiar a sustentabilidade fiscal.

64. A proliferação e diversificação da oferta de serviços assim como da oferta de recursos humanos qualificados exigem que se dê ênfase ao desenvolvimento de sistemas de credenciamento e instrumentos reguladores orientados para garantir a qualidade. O trabalho coordenado entre a Autoridade Sanitária Nacional, as entidades formadoras, as entidades prestadoras de serviços e as associações profissionais deve ser reforçado a fim de adequar os perfis profissionais de graduação e pós-graduação às demandas dos sistemas de saúde.



## *g) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia*

65. Os países devem sintetizar, avaliar sistematicamente e usar o conhecimento na tomada de decisões para selecionar intervenções que sejam pertinentes e efetivas. Para realizar essa função na América Latina e no Caribe, é preciso fortalecer de forma permanente o desenvolvimento das capacidades necessárias. Desse modo, é necessário fomentar a capacidade de pesquisa e utilização do conhecimento em âmbito local.

66. É preciso fortalecer a pesquisa para melhor entender a relação entre os determinantes da saúde e suas consequências, selecionar intervenções e identificar os atores para formar alianças ou influir por meio da política de Estado.

67. Deve-se fortalecer a pesquisa acerca de medicamentos complementares e tradicionais para identificar os que sejam relevantes e efetivos e, portanto, contribuam para o bem-estar da população.

68. A bioética tem de ser divulgada e ser mais aplicada nos países das Américas para resguardar a qualidade da pesquisa e o respeito à dignidade das pessoas, e salvaguardar a diversidade cultural e a aplicação dos conhecimentos em saúde, bem como a sua aplicação na tomada de decisões em saúde pública.

69. Todas as pessoas devem-se beneficiar com o progresso e ter acesso à informação e educação em saúde. Os países precisam fortalecer a capacidade e o nível de divulgação científica, a confiança do público na pesquisa e a qualidade do conhecimento em que se apóiam as ações em saúde. A Autoridade Sanitária Nacional tem de fortalecer sua capacidade de gestão da informação e do conhecimento e suas alianças com os geradores do conhecimento, promovendo, segundo seja pertinente, mecanismos de financiamento especificamente voltados para a pesquisa orientada pelas necessidades para a elaboração de políticas.

70. A Autoridade Sanitária Nacional, em seu papel regulador, deve garantir que os medicamentos, tecnologias e suprimentos de uso médico tenham a devida qualidade, segurança e eficácia. Ao mesmo tempo, deve promover o uso racional desses produtos.

71. A vigilância em saúde deve ser fortalecida no nível local, nacional, regional e global. Deve-se fortalecer a capacidade das equipes de saúde locais de executar processos de análise epidemiológica que gerem dados científicos para o planejamento, vigilância e avaliação de intervenções em saúde. É necessária a padronização dos dados em saúde para permitir a comparação entre os países e, internamente, para monitorar e avaliar os avanços na busca das metas de saúde.



## *h) Fortalecer a segurança sanitária*

**72.** Os países das Américas devem estar preparados e adotar medidas intersetoriais para enfrentar desastres, pandemias e doenças que afetam a segurança sanitária nacional, regional e global. O novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005) oferece aos países nova oportunidade de fortalecer as capacidades de saúde pública e colaborar entre si. Os países das Américas devem assumir as novas obrigações estabelecidas pelo RSI para a prevenção e controle da propagação das doenças dentro e fora de suas fronteiras.<sup>40</sup>

**73.** A segurança sanitária exige estratégias de preparação diante contingências que ultrapassam o âmbito nacional, demandando processos efetivos e sustentáveis de integração sub-regional, regional e global. Deve-se fortalecer o trabalho conjunto com os setores agri-

cola e pecuário para a prevenção e controle de doenças zoonóticas. É essencial que os países dêem prosseguimento à modernização e harmonização da legislação para o fortalecimento da produção e comercialização de alimentos inócuos.<sup>40</sup>

**74.** Diante de situações que ameaçam a segurança sanitária, os países das Américas e as organizações internacionais devem colaborar solidariamente com as autoridades nacionais para responder de forma rápida e efetiva em benefício da população.

**75.** Cumpre aos países das Américas elaborar, como parte de uma política de saúde pública conjunta, um exercício de preparação para enfrentar uma potencial pandemia de influenza. Esse exercício deve incluir todos os aspectos relacionados com os preparativos necessários para enfrentar essas doenças nos planos nacional, regional e global.



# Notas e referências

- <sup>1</sup> Nos países que têm um sistema de governo federal, a Agenda orientará a elaboração dos planos subnacionais de saúde.
- <sup>2</sup> Entende-se por igualdade entre os sexos a provisão de respostas pertinentes às necessidades de saúde particulares de homens e mulheres.
- <sup>3</sup> Organização Mundial da Saúde. Comissão para Determinantes Sociais da Saúde. *Ação para os determinantes sociais da saúde: aprendizagem das experiências anteriores*. OMS, Genebra, 200.
- <sup>4</sup> Comissão Econômica para América Latina e Caribe. *Anuário Estatístico da América Latina e Caribe*. CEPAL, Santiago, 2005.
- <sup>5</sup> Comissão Econômica para América Latina e Caribe. *Panorama Social da América Latina 2006*. LC/G.2326-P/E. Dezembro de 2006.
- <sup>6</sup> Em fins da década de 90, a expectativa de vida ao nascer mostrava uma diferença de 9,8 anos entre os grupos populacionais mais ricos e os mais pobres (75,6 e 65,8, respectivamente). Em 2000, estimou-se que a expectativa de vida ao nascer em diferentes países da Região oscilava entre um valor mínimo de 54,1 e um valor máximo de 79,2. Entre os períodos 1950–1955 e 1995–2000, a diferença na expectativa de vida de homens e mulheres aumentou de 3,3 para 5,7 anos na América Latina, de 2,7 para 5,2 anos no Caribe, e de 5,7 para 6,6 anos na América do Norte.
- <sup>7</sup> O crescimento varia entre 0,4% no Caribe não-Latino e 2,1% na América Central.
- <sup>8</sup> Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População das Nações Unidas. *Envelhecimento mundial da população 1950–2050*. Nova York, 2002.
- <sup>9</sup> Esta disponibilidade, no entanto, não garante segurança de potabilidade já que o monitoramento da qualidade é variável nos países da América Latina e Caribe.
- <sup>10</sup> Programa de Monitoramento Conjunto, JMP (OPAS/UNICEF). Informação atualizada em 2004 para o monitoramento da Meta do Milênio No. 10 “Reduzir pela metade, até o ano 2015, a porcentagem de pessoas sem acesso sustentável à água potável e a serviços básicos de saneamento e reduzir pela metade, até o ano 2015, a porcentagem de pessoas que carecem de acesso sustentável à água potável segura e saneamento.”
- <sup>11</sup> Comissão Econômica para América Latina e Caribe. Balanço Preliminar das Economias da América Latina e Caribe. LC/G.2292-P/E. Dezembro de 2005. Os números incluem os Estados Unidos.
- <sup>12</sup> Organização Internacional do Trabalho/Organização Pan-Americana da Saúde. *Panorama da exclusão da proteção social em saúde na América Latina e Caribe*. Informe apresentado na Reunião Regional Tripartida para “Extensão da proteção social em saúde aos grupos excluídos na América Latina e Caribe” (México, 29 de novembro a 1º de dezembro de 1999).
- <sup>13</sup> A Sociedade Alemã de Cooperação Técnica (GTZ) e a Agência Norueguesa de Desenvolvimento Internacional (NORAD) já indicaram que suspenderão seu apoio à saúde na Região nos próximos anos, ou que sua cooperação se concentrará em um número menor de países da América Latina e Caribe. A Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI) dará enfoque a cinco países. Outros organismos, como a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), enfrentam cada vez mais dificuldades para obter financiamento para os programas de saúde da Região.
- <sup>14</sup> Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Transtornos mentais na América Latina e Caribe: assunto prioritário para a saúde pública. *Rev Panam Saúde Pública*. 2005;18(4/5):229–40. Indica que “a lacuna atual no tratamento dos transtornos mentais na América Latina e Caribe continua sendo sombria e estima-se que o número de pessoas com esses transtornos na Região das Américas aumentará de 114 milhões em 1990 a 176 milhões em 2010”.
- <sup>15</sup> Alguns autores cunharam o termo “polarização epidemiológica” para se referir a esse perfil de morbimortalidade.

- <sup>16</sup> A comunidade internacional cunhou a expressão “doenças desatendidas” para se referir a estas doenças. Nas Américas, elas se agrupam da seguinte maneira: (a) em bairros pobres: elefantíase, hanseníase e leptospirose; (b) em zonas rurais: esquistossomose, fasciolose, calazar e leishmaniose cutânea, doença de Chagas, cisticercose, triquinose e peste; (c) em algumas comunidades indígenas: oncocercose e doenças parasitárias da pele (escabiose, pulgas de areia e fungos) e (d) na maioria das populações pobres: ascaridíase, uncinarirose e tricuriase (helmintíases transmitidas pelo contato com o solo).
- <sup>17</sup> Na América Latina e no Caribe, no período de 1980 a 2005, a mortalidade infantil passou de 56,6 a 24,8 por 1.000 nascidos vivos.
- <sup>18</sup> Comissão Econômica para América Latina e Caribe. *Metas de Desenvolvimento do Milênio: uma visão da América Latina e Caribe*. Santiago, 2005.
- <sup>19</sup> Organização Pan-Americana da Saúde. A saúde dos povos indígenas das Américas. 138ª. Sessão do Comitê Executivo. CE138/13. OPAS, Washington, D.C, 12 de junho de 2006.
- <sup>20</sup> Organização Pan-Americana da Saúde. Gênero, Saúde e Desenvolvimento nas Américas – Indicadores Básicos. OPAS, Washington, D.C, 2005.
- <sup>21</sup> Banco Mundial. *Evidência internacional para políticas da primeira infância que estimulem o desenvolvimento infantil e facilitem a inserção feminina no mercado de trabalho*. Documento de trabalho 01/06 do Escritório para a Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai. Banco Mundial, maio de 2006.
- <sup>22</sup> Bedregal P., Margozzini P. e Molina H. Revisão sistemática da eficácia e custo de intervenções para o desenvolvimento biopsicossocial da infância. Organização Pan-Americana da Saúde, Washington D.C., 2002.
- <sup>23</sup> Relatórios anuais dos países para a Unidade de Imunização da Repartição Sanitária Pan-Americana segundo as tabelas PAI/Formulário Conjunto para Notificação da OPAS-OMS/UNICEF para as Américas (dados de 2005).
- <sup>24</sup> Segmentação é a coexistência de subsistemas com modalidades diferentes de financiamento, filiação e provisão, “especializadas” de acordo com os diferentes segmentos populacionais, determinados por sua renda e posição econômica. A segmentação se manifesta em termos tanto de provisão como de seguro, em um subsistema público orientado para os pobres; no subsistema de previdência social, especializado na assistência a trabalhadores formais e seus dependentes; e num subsistema privado com fins lucrativos, concentrado nos segmentos mais ricos da população.
- <sup>25</sup> Dólares ajustados pela paridade do poder aquisitivo – ppa.
- <sup>26</sup> Organização Pan-Americana da Saúde. Base de dados de gasto em saúde, 2006.
- <sup>27</sup> A OMS e o *Joint Learning Initiative* propuseram utilizar uma medida chamada “densidade de recursos humanos em saúde”, composta pela soma dos indicadores disponíveis para todos os países: médicos e enfermeiras por 10 mil habitantes. A medição de densidade com este método é imperfeita já que não leva em consideração todos os demais profissionais da saúde, mas é a única viável para comparações globais.
- <sup>28</sup> *Saúde Pública nas Américas*. (OPAS/OMS, Washington, D.C, 2002). A análise da função essencial de saúde pública No. 8 (capacidade de formação de recursos humanos em saúde pública) no exercício de mensuração desenvolvido pela OPAS e CDC em 2000 e 2001 revela falta de coordenação entre os ministérios da Saúde e os centros formadores de recursos humanos para o planejamento do número e dos perfis profissionais das pessoas necessárias para atuar nos diferentes níveis e estruturas dos sistemas de saúde da região. Ao mesmo tempo, as conclusões de diversas reuniões regionais dos centros formadores destacaram a necessidade de desenvolver condições de lide-rança e capacidades de enfrentar problemas novos e solucionar conflitos entre as pessoas que desempenharão os serviços de saúde. As metodologias docentes para a obtenção de tais capacidades devem ser mais do tipo de solução de problemas do que as habituais, baseadas na assistência a classes teóricas que consideram o aluno como entes passivos do processo de ensino-aprendizagem.
- <sup>29</sup> De acordo com estudos promovidos pelo *Council for Health Research and Development (COHRED)*, na Região só três países mostraram desenvolvimento de fundos de pesquisa para o financiamento de projetos de investigação em saúde essencial, definida como a pesquisa destinada a fundamentar em evidência as decisões relevantes em termos de política de saúde.

- <sup>30</sup> Nos países que têm um sistema de governo federal, inclui as autoridades de saúde de todos os níveis que tenham funções e responsabilidades políticas e programáticas.
- <sup>31</sup> *Saúde Pública nas Américas*. (OPAS/OMS, Washington, D.C 2002) Identifica onze funções essenciais da saúde pública: (1) acompanhamento, avaliação e análise da situação de saúde; (2) vigilância da saúde pública, pesquisa e controle de riscos e danos na saúde pública; (3) promoção da saúde; (4) participação dos cidadãos na saúde; (5) desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão em termos de saúde pública; (6) fortalecimento da capacidade institucional de regulamentação e fiscalização em termos de saúde pública; (7) avaliação e promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde necessários; (8) desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; (9) garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos; (10) pesquisa em saúde pública e (11) redução do impacto das emergências e dos desastres da saúde.
- <sup>32</sup> Entre as variáveis incluídas nesse agrupamento estão as seguintes: (a) exclusão social: renda, gênero, educação, origem étnica e incapacidade; (b) exposição a riscos: condições precárias de vida e trabalho, estilos de vida pouco saudáveis, desinformação, dificuldade para dispor de alimentos e água e poluição do solo, água, ar e alimentos; (c) urbanização não planejada acentua a provisão inadequada de serviços da água, saneamento e moradia; e (d) entre as consequências da mudança climática estão inundações, secas e doenças transmitidas por vetores, que atingem com mais intensidade a população pobre.
- <sup>33</sup> Declaração de Jacarta sobre liderança da promoção da saúde no século XXI. Quarta Conferência Internacional para Promoção da Saúde: novos atores para uma nova era – liderando a promoção da saúde no século XXI (Jacarta, 21–25 de julho de 1997). <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- <sup>34</sup> Diversas iniciativas levadas a cabo no Canadá, Estados Unidos, México e outros países da região mostraram a efetividade de programas baseados no acompanhamento das famílias em risco psicossocial por meio de visitas domiciliares de profissionais de saúde, estimulação prematura do desenvolvimento, humanização do atendimento do parto e outros serviços, desenvolvimento de apego efetivo entre pais e filhos, resiliência, prevenção da violência doméstica e social, da dependência química e da desistência escolar.
- <sup>35</sup> Comissão Econômica para América Latina e Caribe. *A proteção social de cara para o futuro: Acesso, financiamento e solidariedade*. LC/G.2294(SES.31/3)/E. Fevereiro de 2006.
- <sup>36</sup> Nesta Agenda estas condições são entendidas da seguinte maneira: (a) acesso aos serviços: que existam os serviços necessários para prestar o cuidado de saúde e que as pessoas tenham acesso físico e econômico a eles; (b) segurança financeira: que o financiamento da saúde não ameace a estabilidade econômica dos lares ou o desenvolvimento de seus membros; (c) solidariedade no financiamento: que existam subsídios cruzados intergeracionais e entre grupos de diferente risco e grupos de diferente nível de renda; e (d) dignidade e respeito aos direitos dos pacientes na atenção à saúde: que esta seja de qualidade e prestada em um ambiente que respeite os direitos e as características culturais, raciais e de situação socioeconômica das pessoas.
- <sup>37</sup> Entre outros grupos que merecem atenção especial, devem-se destacar os migrantes, refugiados, presidiários, minorias étnicas e pessoas portadoras de deficiência física e mental.
- <sup>38</sup> Uma relação dessas doenças se encontra na nota 16.
- <sup>39</sup> Organização Pan-Americana da Saúde e Health Canada. Convocação para ação de Toronto: <http://www.observatoriorh.org/Toronto/index-sp.html>
- <sup>40</sup> Em virtude da entrada em vigor do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), os países membros da OMS assumem as seguintes obrigações: (1) designar ou estabelecer um centro nacional para o RSI; (2) fortalecer e manter a capacidade para detectar, notificar e responder rapidamente aos eventos de saúde pública; (3) responder aos pedidos de verificação de informação com relação ao risco para a saúde pública; (4) avaliar os eventos de saúde pública ao usar o instrumento de decisão e notificar a OMS, no prazo de 24 horas, de todos os eventos que possam constituir uma emergência de saúde pública de importância nacional; (5) proporcionar fiscalização sistêmica e atividades de controle nos aeroportos internacionais, portos e áreas de fronteiras terrestres designadas, para prevenir a propagação internacional das doenças; (6) fazer todo o possível para implementar as medidas recomendadas pela OMS; e (7) colaborar entre si e com a OMS para a implementação do RSI (2005).