



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



25ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA 50ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., 21-25 setembro 1998

Tema 4.2 da Agenda Provisória

CSP25/8 (Port.)

14 julho 1998

ORIGINAL: ESPANHOL

ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS E PROGRAMÁTICAS PARA A REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA, 1999-2002

As Orientações Estratégicas e Programáticas (OEP) são as linhas gerais de política para a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) em cada quadriênio. Representam a análise das condições e necessidades dos países da Região das Américas e têm por objetivo atingir a meta mundial da Saúde para Todos. Representam, ademais, a resposta da Repartição à nova política global de Saúde para todos no século XXI e ao Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde.

Apresenta-se neste documento um resumo dos aspectos mais relevantes das condições gerais de vida — políticas, econômicas, ambientais e sociais — que determinarão e afetarão as condições de saúde das pessoas durante o período 1999-2002. A desigualdade em geral, e particularmente na esfera da saúde, continua sendo, reconhecidamente, a condição fundamental a enfrentar, e é fato sabido que, não obstante os êxitos alcançados, será necessário envidar enormes esforços para superá-la.

Ademais, estabelecem-se os fatores mais importantes do ambiente a que será essencial fazer face na busca de solução das necessidades dos habitantes da Região, e descrevem-se as OEP em que a RSPA irá concentrar-se, em sua cooperação com os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde durante o período 1999-2002. Cada uma das OEP representa, portanto, os esforços específicos da Secretaria para alcançar a equidade em Saúde naquele período.

Nesta versão submetida à consideração da 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana, de acordo com as sugestões expressas durante as consultas nacionais, na 30ª Sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação e na 112ª Sessão do Comitê Executivo, foi condensada a parte diagnóstica e fizeram-se acréscimos e revisões das orientações programáticas, a fim de evitar duplicação. Faz-se referência também ao cumprimento das OEP atuais, algumas metas e orientações estratégicas são explicadas mais adequadamente, é dada ênfase ao que se refere à cooperação técnica entre países e o que diz respeito à reforma de setor da saúde, ajustando-se também o que se refere aos desafios e oportunidades do ambiente.

Espera-se a Conferência Sanitária Pan-Americana examine as Orientações Estratégicas e Programáticas para a OPAS no período 1999-2000 e considere a aprovação da resolução proposta pelo Comitê Executivo (Resolução CE122.R4).

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Resumo Executivo.....	3
1. Introdução.....	6
2. Situação Atual.....	7
2.1 Situação Geral.....	7
2.2 Situação da Saúde.....	8
2.3 Situação do Meio Ambiente.....	15
2.4 Situação Demográfica.....	17
2.5 Situação Política.....	18
2.6 Situação Socioeconômica.....	19
3. Desafios e Oportunidades para o Quatriênio.....	21
4. Resposta da Repartição Sanitária Pan-Americana.....	26
4.1 Metas Regionais para o Período.....	27
4.2 Orientações Estratégicas e Programáticas.....	28
4.3 Cooperação Técnica e Coordenação Internacional.....	40
Referências.....	44
Anexo: Resolução CE122.R4	

RESUMO EXECUTIVO

As Orientações Estratégicas e Programáticas (OEP) são as linhas gerais de política para a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) – isto é, para a secretaria da Organização Pan-Americana da Saúde -- em cada quadriênio. Representam a análise das condições e necessidades dos países da Região das Américas e têm por objetivo atingir a meta mundial da Saúde para Todos. Representam, ademais, a resposta da repartição à nova política global de Saúde para Todos no Século XXI e ao Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde.

Tomando como referência a publicação *Salud en las Américas*, edição de 1998, bem como outras fontes, o presente documento descreve as condições gerais de vida — políticas, econômicas, ambientais e sociais — que determinam e definem as condições de saúde que afetam as pessoas. Assim também, descreve as condições de saúde que caracterizam a população da Região. Ademais, estabelece os problemas específicos que será imprescindível enfrentar no atendimento das necessidades dos habitantes da Região, e descreve as estratégias a serem empregadas e as orientações programáticas que se concentrará a RSPA na sua cooperação técnica com os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde.

Reconhece-se que a Região das Américas passou por significativo progresso em vários aspectos da saúde, tais como a erradicação da poliomielite, o avanço na imunização infantil contra diferentes agentes patogênicos e as significativas reduções nas taxas de mortalidade e na incidência de várias patologias. Ainda assim, além de ter pela frente alguns problemas acumulados de saúde, a Região terá agora de enfrentar novas dificuldades e riscos suscitados pela deterioração do meio ambiente, pela continuada urbanização, pelo envelhecimento da população e pelo incremento da violência, pela deterioração e poluição do ambiente, pelo aparecimento de novas doenças e pelo reaparecimento de outras.

Os aspectos políticos e socioeconômicos relevantes são destacados e analisados como parte dos determinantes das condições de vida e saúde da população da Região, fazendo-se referência aos significativos progressos assinalados na democratização das sociedades, aos incrementos substantivos no crescimento econômico e assim também às enormes desigualdades que se verificam no acesso aos benefícios econômicos e sociais. Do exame dos resultados relacionados com a situação da pobreza, as desigualdades na distribuição da renda, o desemprego, o salário real e a amplitude dos desníveis de remuneração, conclui-se que o crescimento econômico na Região, especialmente na América Latina e no Caribe, não deu ensejo à superação do subdesenvolvimento humano, cujas graves características ainda perduram.

Mostra-se ademais que a melhoria geral na situação de saúde da população oculta as diferenças entre os países e entre os diferentes grupos populacionais, com disparidades que se acentuam entre aqueles que estão privados dos benefícios sociais e os que têm maior acesso aos bens e aos serviços.

Faz-se também uma análise do clima geral e dos aspectos externos da saúde que não só incidem nas condições de saúde da população como também afetam o desempenho das instituições e organizações internacionais.

Objetivando estabelecer o principal aspecto orientador das ações da Secretaria no período 1999-2002, é analisada a situação vigente e posto em evidência o principal desafio de saúde do período, dado o fato de que, embora se registrem importantes êxitos em saúde, como o aumento da esperança de vida, assim como no controle de doenças transmissíveis e conseqüente redução na mortalidade infantil, principalmente devido aos avanços no controle da poliomielite, do sarampo e da difteria, as três avaliações da OMS sobre a realização da meta da Saúde para Todos no Ano 2000 indicam que ainda há enormes esforços a envidar, uma vez que grandes grupos da população não têm acesso aos serviços básicos de saúde.

Nesse sentido, grande parte das metas e dos objetivos promulgados nas OEP para o período 1995-1998 não foi atingida. As diferenças entre grupos específicos de população no que se refere aos benefícios oferecidos pelos sistemas de saúde ainda são enormes, e é preciso levar a cabo grandes reformas na operação dos serviços, a fim de garantir o acesso universal. Essa situação justifica uma renovação do vigor na busca da Saúde para Todos, conforme propôs a OMS.

A Região das Américas mostra uma persistente situação de desigualdades que diferenciam o acesso da população aos benefícios da sociedade, conforme os níveis de instrução e de renda, o lugar de residência, a origem racial ou étnica, o sexo, a idade e a localização na mão-de-obra, que têm expressão na capacidade de participação na vida política, no nível de satisfação econômica de suas necessidades, nas possibilidades de chegar a níveis de educação básica ou superior e, no que se refere à saúde, na probabilidade de morrer ou de sobreviver, no risco de contrair doenças e no acesso ao gozo dos benefícios dos sistemas e serviços de saúde. Por isso, as Orientações Estratégicas e Programáticas e para o período 1995-1998 tomaram como desafio central a luta contra a desigualdade. A desigualdade no acesso e na cobertura dos sistemas e serviços de saúde continua sendo o principal desafio que os países da Região terão de enfrentar também no quadriênio 1999-2002, através dos seus próprios esforços e em conjunto, no contexto da Organização Pan-Americana da Saúde.

É por isso que se propõe insistir numa gradual redução dos obstáculos estruturais internos ao desenvolvimento humano sustentado, mediante uma redução da desigualdade e atenção prioritária às necessidades humanas essenciais, entre as quais a saúde e o combate frontal à pobreza extrema.

Em seguida, vem à baila a resposta da Secretaria em consonância com a meta da Saúde para Todos, com o objetivo de atingir, num esforço continuado, o máximo grau de bem-estar físico, mental e social para todos os habitantes da Região, reduzindo, até que sejam eliminadas, as desigualdades existentes na saúde. Como um dos contextos de ação, toma-se a nova política global de Saúde para Todos no Século XXI, aprovada pela OMS, a qual é resultado da renovação do compromisso para com a meta da Saúde para Todos.

Como parte da resposta, sugerem-se metas regionais para o período, relacionadas com resultados de saúde, com ações intersetoriais sobre os determinantes da saúde e com as políticas e sistemas de saúde.

Descrevem-se as Orientações Estratégicas e Programáticas e, finalmente, as ações de cooperação técnica e coordenação internacional que a Secretaria se propõe a desenvolver para contribuir para que os países atinjam as metas indicadas e para que sejam reduzidas as desigualdades de saúde na população, destacando-se nessa esfera a cooperação técnica entre países como uma modalidade importante de cooperação da organização. Nesse sentido, propõe-se que sejam mantidas a Saúde no Desenvolvimento Humano, a Promoção e Proteção da Saúde, a Proteção e o Desenvolvimento Ambiental, o Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde e a Prevenção e Controle de Doenças — as cinco orientações estratégicas e programáticas adotadas para o período 1995-1998, para orientar a ação da OPAS no próximo quadriênio. Consideram-se válidas essas cinco orientações, uma vez que o desafio que as inspirou ainda não foi vencido, recomendando-se, por isso mesmo, que elas orientem o trabalho da RSPA durante o quadriênio 1999-2003, concentrando-se, porém, mais precisamente, nos temas que, segundo se prevê, serão objeto dos esforços envidados na Região.

1. Introdução

A Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) e a Secretaria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), organismo internacional especializado em saúde. Tem por missão cooperar tecnicamente com os Estados Membros e estimular a cooperação entre eles, para que, ao mesmo tempo que preserva um ambiente saudável e avança rumo ao desenvolvimento humano sustentável, a população das Américas alcance a Saúde para Todos (I).

Para que os países progridam na busca de um mais alto grau de saúde para as suas populações, a RSPA proporciona-lhes cooperação técnica, estimula a cooperação técnica entre eles e facilita a coordenação internacional em saúde. Para orientar as ações da RSPA, foram preparadas orientações de política que servem de marco de referência para a programação da cooperação técnica, podendo ser, ao mesmo tempo, adequado centro de referência para os países, se estes o considerarem apropriado.

As Orientações Estratégicas e Programáticas (OEP) são as linhas gerais de política para a OPAS em cada quadriênio. Representam a análise das condições e necessidades dos países da Região das Américas e têm por objetivo a realização da meta mundial da Saúde para Todos (SPT). Representam, ademais, a resposta da RSPA à nova política global de Saúde para Todos no Século XXI (SPT21) e ao Programa Geral de Trabalho (PGT) da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A elaboração das OEP para o período 1999-2002 foi um processo eminentemente participativo, tendo-se realizado consultas nacionais e discussões técnicas regionais sobre a sua estrutura, conteúdo e alcance. Esse processo de construção foi enriquecido pelo movimento de renovação da SPT, bem como pela dinâmica gerada na preparação da publicação quadrienal de *Salud de las Américas*. Foi levada em conta a experiência, tanto nos países como na Secretaria, das Orientações Estratégicas e Programáticas anteriores.

Descrevem-se adiante as condições gerais de vida, políticas, econômicas, ambientais e sociais que determinam e incidem sobre as condições de saúde que afetam as pessoas, assim como a situação prevista para o período 1999-2002. Ademais, são estabelecidos os problemas específicos a que será fundamental fazer face na solução das necessidades dos habitantes da Região, e descritas as estratégias que a Secretaria utilizará e as orientações programáticas em que se concentrará em sua cooperação técnica com os Estados Membros da OPAS.

2. Situação Atual¹

2.1 Situação Geral

Verificou-se na Região das Américas progresso significativo em vários aspectos da saúde, como a erradicação da poliomielite, o avanço na imunização infantil contra diferentes agentes patogênicos e as grandes reduções nas taxas de mortalidade e na incidência de várias patologias. Não obstante, além de ter de fazer face a alguns problemas de saúde acumulados, a Região tem agora de enfrentar novas dificuldades e riscos trazidos pela deterioração do meio ambiente, pela contínua urbanização, pelo incremento da violência, pelo aparecimento de novas doenças e pelo reaparecimento de outras.

A melhoria geral do estado de saúde da população não esconde diferenças entre países e entre os diferentes grupos de população dentro destes, disparidades que se acentuam entre aqueles que estão privados dos benefícios sociais e os que têm maior acesso aos bens e serviços.

A situação de saúde dos países da Região resulta da interação de outros componentes do desenvolvimento socioeconômico. A saúde por si mesma demonstrou ter impacto sobre os componentes econômicos, sociais e políticos do desenvolvimento humano examinados separadamente, assim como sobre o desenvolvimento humano em geral.

A vida dos habitantes da Região desenvolve-se num contexto cada vez mais globalizado e interdependente com o quadro transnacional, não só do ponto de vista econômico, como também do social e político, tendo-se produzido uma redistribuição do poder entre o Estado, a sociedade civil e o mercado. Não obstante a preponderância acentuada do mercado, a sociedade civil, através das suas organizações, ressurgiu na construção de novas opções para o desenvolvimento da saúde. O aparecimento e expansão desse novo paradigma produtivo implica não somente substituições nas funções das camadas sociais dos países, como também se tem manifestado nas cadeias tecnológicas que mantinham a supremacia, por outras baseadas nos avanços verificados na área da informática, da telemática e da biotecnologia. Implica também impactos em outras atividades humanas, como avanços nas comunicações, que geram mudanças nos padrões de consumo, urbanização, estilos de vida e representações sociais, assim como nos valores que tendem à homogeneização cultural das sociedades. Esses avanços tecnológicos refletem-se de modo significativo na socialização da informação.

¹ Esta seção destaca as constatações mais importantes com referência à saúde na Região das Américas e tem por fonte principal a publicação *Salud en las Américas*, edição de 1998. Para informações mais detalhadas, consultar essa publicação.

Na maioria dos países da Região, o impacto do crescimento do comércio internacional de bens e serviços de saúde tem-se manifestado tanto no subsetor público como no privado, muito embora o primeiro se tenha concentrado até agora no ramo de bens: equipamentos, medicamentos, produtos biológicos e material médico-cirúrgico.² No subsetor privado, o impacto expressa-se também no volume de despesas efetuadas no exterior por pessoas que viajam com o propósito de procurar atenção médica, assim como na aquisição de serviços de saúde de empresas transnacionais instaladas nos países. Em ambos os subsetores e no futuro imediato, a venda de serviços de medicina à distância começará a ocupar uma parte do mercado.

A fonte dinamizadora tem caráter exclusivamente econômico e se vincula à globalização e ao crescimento do mercado. Um dos campos nos quais se evidencia a mudança de padrões de consumo-saúde é o da alimentação e nutrição, do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e dos acidentes de trânsito associados ao álcool, e do consumo de tabaco, especialmente no incremento do seu uso por mulheres e jovens.³

O impacto diferencial médio dos processos estruturais sobre a saúde é determinado pela quantidade de recursos disponíveis nos países e pelas políticas sociais destinadas a redistribuir o produto do desenvolvimento econômico nacional e mitigar os efeitos sobre a vida das pessoas.

Esses processos gerais observados na Região deverão perdurar e tornar-se mais evidentes e generalizados.

2.2 Situação da Saúde

As condições de saúde, medidas pelas tendências de mortalidade e esperança de vida, continuam melhorando em forma global, mas os desníveis sanitários entre países e entre grupos populacionais definidos por localização geográfica, sexo, renda, grau de instrução ou etnia, são constantes e tendem a aumentar (2).

² Está começando a se formar na Região um importante mercado internacional de serviços de saúde. Já estão sendo vendidos contratos de uso de equipamento, que continua sendo de propriedade das empresas. Esses contratos incluem a manutenção preventiva e corretiva, bem como insumos, quando seja o caso.

³ O consumo de tabaco e de álcool apresenta diferenças entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento, consoante a natureza das políticas públicas adotadas. Nos Estados Unidos da América, em virtude de programas tais como o ASSIST e da difusão de informações sobre os perigos do tabagismo, vem ocorrendo uma significativa redução do consumo.

As políticas públicas de modernização e reforma do Estado e de privatização dos serviços essenciais na Região já se estão expressando no setor da saúde. Assim, os serviços ambientais e de saneamento básico, inclusive o abastecimento de água em áreas urbanas, encontram-se num processo avançado de privatização. Muitos países formularam ou estão implementando reformas setoriais em saúde, incluindo esquemas para a descentralização dos serviços de saúde pública, maior participação do setor privado na prestação de serviços de atenção médica e nos modelos de financiamento da saúde.

Ao mesmo tempo, a Região está em transição demográfica, com mudanças de padrões de morbidade que afetam a demanda de atenção de saúde e, conseqüentemente, a educação e preparação do pessoal de atenção primária de saúde. Assim, muito embora as doenças infecciosas e reemergentes continuem sendo um problema significativo na Região, estão crescendo ao mesmo tempo as doenças crônicas e não-transmissíveis. Isso gera demanda de recursos para curar e para promover condutas e ambientes saudáveis, que contribuam para o desenvolvimento ótimo da saúde e do bem-estar do ser humano e para um envelhecimento saudável.

Há uma tendência ao crescimento da proporção do produto interno bruto (PIB) destinada à saúde nos países, que subiu de 5,7% do PIB da Região em 1990 para 7,3% em 1995. Esse crescimento maior ocorre a expensas do gasto privado das pessoas, uma vez que a despesa pública, que representava 43% do gasto total em 1990, passou a corresponder a 41,3% do total em 1995. Isso levou a um incremento dos provedores privados de serviços de atenção, relegando o Estado às funções de regulamentação, operação e controle dos sistemas e mantendo, na maioria dos casos, a sua responsabilidade pela cobertura da população de renda mais baixa. Em virtude dessas mudanças, estão sendo adotadas formas inovadoras de seguro, financiamento e provisão de serviços.

Por outro lado, persistem marcantes diferenças entre os países. Nos de renda mais alta, o gasto nacional em saúde representa mais de 10% do PIB e passa em termos per capita de US\$ 1.600 por ano, enquanto que, nos de renda média e baixa, é inferior a \$90 e \$35, respectivamente, representando 6% do PIB. Em termos gerais, os países com renda per capita maior gastam 45 vezes mais em saúde do que os de renda mais baixa.

Observa-se, ademais, que tanto a acessibilidade como a cobertura e a disponibilidade de atenção médica diminuem à medida que se reduz o PIB per capita. Observa-se essa situação também nas diferenças pertinentes ao lugar de residência da população. Assim, ao passo que 84% dos moradores urbanos das Américas têm acesso à água potável, somente 41% das populações rurais têm esse acesso, pelo fato de que o investimento financeiro em sistemas de provisão de serviços de saneamento e higiene continua sendo predominantemente urbano. Em alguns países em desenvolvimento, apenas

5% a 10% dos trabalhadores têm acesso aos serviços de saúde ocupacional, em comparação com 20% a 50% nos países industrializados.

Observa-se também que a taxa de mortalidade infantil cresce à medida que diminui o PIB per capita. Um recém-nascido num país do grupo de renda mais alta tem aproximadamente 10 vezes mais probabilidades de sobreviver ao primeiro ano de vida do que um nascido num país do grupo de renda mais baixa. Esse padrão de desigualdade se reproduz dentro de cada país. Apresenta-se uma situação semelhante na proporção de mortes de crianças menores de 5 anos por doenças diarréicas agudas, dado que tais doenças custam mais vidas nos países onde é mais baixo o PIB per capita.

Em síntese, cerca de 105 milhões de pessoas da Região não têm acesso regular aos serviços de atenção, mais de 2 milhões de mulheres por ano dão à luz sem assistência profissional e 40% da população de oito países não têm acesso aos serviços mais básicos de saúde.

O avanço nos esforços renovadores é lento e ainda não se observam os resultados expressos nos objetivos das reformas setoriais. Assim é que as taxas de utilização da infraestrutura e dos recursos disponíveis continuam sendo baixas, muito embora tenha havido em todos os países um incremento da disponibilidade de médicos, enfermeiros e odontólogos; e as instituições hospitalares passam por uma crise de financiamento e gestão que não lhes permite cumprir os compromissos contratuais ou de pagar melhores salários, e põe em risco a garantia da provisão de insumos e a manutenção ou aquisição de equipamento, elementos essenciais na prestação de serviços de saúde de qualidade.

2.2.1 *Mortalidade*

Com raras exceções, os indicadores de mortalidade melhoraram nos sete últimos quinquênios em todos os grupos de idade e em todos os países das Américas. Não obstante, há enormes disparidades dentre países e dentro deles, a julgar pelos diferenciais de mortalidade por grupos de idade e causa, em determinado país, em comparação com outros em etapa similar de desenvolvimento econômico, de acordo com a sua renda per capita corrigida pelo poder aquisitivo da moeda. No que se refere aos menores de 1 ano, os desníveis de mortalidade entre países mostraram uma tendência à estabilidade ou a um ligeiro declínio para o grupo de países de renda média, mas mantêm-se elevados e tendem a crescer para o grupo de renda mais baixa. Quando se comparam os índices de mortalidade por grupos de idade entre países de renda semelhante, podem-se observar os desníveis redutíveis e as mortes evitáveis.⁴

⁴ Na metodologia desenvolvida pela RSPA e atualmente em revisão, considera-se que os valores mais baixos observados em um grupo de países podem ser tomados como metas atingíveis,

Pode-se afirmar que, no país de renda per capita mais alta, teria sido possível evitar 4,7% das mortes no grupo de 45 a 64 anos, ao passo que, nos países de renda mais baixa, teria sido possível evitar até 62% dos óbitos de menores de 65 anos. Isso indica que ainda é possível e necessário fazer esforços deliberados para evitar a morte previsível e reduzir as diferenças entre os grupos de idade e entre os países. O investimento deliberado dos países, a consagração e efetiva utilização de recursos e a adoção de políticas e programas específicos destinados a reduzir o risco de morte em determinados grupos da população e particularmente por causas determinadas asseguram o caminho rumo à redução ou eliminação daqueles desníveis e mortes evitáveis.

No que se refere aos diferenciais do risco de morrer entre menores de 1 ano, verificou-se uma baixa para todos os países entre 1960-1964 e 1990-1994, e somente em muito poucos diminuiu também a diferença em relação ao país com a taxa mais baixa. Em geral, os valores pertinentes ao risco relativo de morrer antes de completar um ano de vida, em relação ao mínimo da Região, apresentaram certo grau de homogeneidade. Não obstante, as tendências vieram a se acentuar gradualmente, verificando-se um agravamento entre os que acusavam os piores riscos e uma melhoria entre os que tinham riscos melhores.

Existem também desníveis redutíveis de mortalidade por causas específicas, e assim, é possível reduzir o número de mortes por doenças transmissíveis. Assim, no grupo de menores de 1 ano de idade, poder-se-ia obter uma redução de até 80%, em comparação com os países onde se obtiveram melhores resultados na prevenção de morte por essas mesmas causas.

Estima-se que, se cada país das Américas, entre 1990 e 1994, houvesse logrado reduzir as taxas de mortalidade em cada grupo de idade abaixo dos 65 anos aos níveis mais baixos atingidos por um país de nível econômico comparável nesta Região, e, no caso dos Estados Unidos da América e do Canadá, aos níveis atingidos pela Suécia e pelo Japão, teria sido possível evitar anualmente cerca de 1.100.000 óbitos em idades menores de 65 anos. Isso representa 47% das mortes estimadas ocorridas na Região nessas idades durante aquele período. A taxa de mortalidade infantil das Américas para 1998 estaria em cerca de 10 por 1.000 nascidos vivos, e a esperança de vida ao nascer estaria entre as mais altas do mundo, acima de 75 anos.

A violência como causa de morte é responsável por entre 7% e 25% dos óbitos nos países da Região, indicando o seu comportamento que se trata de um problema crescente, já acusando proporções epidêmicas em alguns países.

denominando-se as diferenças percentuais relativas entre o observado e o mínimo (do grupo ou da Região) “desníveis redutíveis” de mortalidade.

As mortes associadas à ocupação adquirem a cada dia maior importância, de tal forma que a mortalidade por causas ocupacionais chega a ter a mesma magnitude da atribuída ao uso do fumo. Na América Latina e no Caribe, a média de mortalidade e incapacidade por acidentes do trabalho é calculada em quatro vezes mais do que o número notificado pelos países desenvolvidos, com uma estimativa de 300 mortes de trabalhadores por dia.

2.2.2 *Morbilidade*

Registraram-se grandes progressos na luta contra as doenças nos países da Região. A poliomielite continua erradicada desde 1991, verificam-se enormes avanços na erradicação do sarampo e do tétano neonatal e se observa uma diminuição dos episódios de doença diarréica aguda, bem como reduções significativas na mortalidade por doenças infecciosas intestinais e por infecções respiratórias agudas.

Os programas nacionais de imunização na Região estão tendo grande impacto na redução da morbilidade e da mortalidade por doenças evitáveis por vacinação. As coberturas de imunização de menores de um ano contra difteria, tétano, tifo, poliomielite, sarampo e tuberculose passaram de 80%.

Apesar desses progressos, as doenças diarréicas, as infecções respiratórias agudas e a desnutrição continuam sendo as principais causas de morte na população menor de 5 anos na maioria dos países de renda média e baixa da Região. A epidemia de cólera tornou-se endêmica em muitos dos países e atinge atualmente 1,3 milhão de casos, dos quais mais de 11.500 foram fatais. A subnutrição crônica tomou o lugar da desnutrição aguda na infância e, juntamente com as deficiências de micronutrientes, caracteriza o panorama nutricional nos países de renda menor. Ademais, mantêm-se elevados os níveis de deficiência de ferro e de anemia, bem com os níveis de carência de vitamina A. Paralelamente, estão crescendo o peso excessivo, a obesidade e as doenças crônicas dependentes da dieta, em forma consistente com os processos de urbanização e as mudanças nos estilos de vida.

Ademais, apareceram na Região novas doenças transmissíveis, verificou-se a reemergência de algumas doenças que se julgava estarem bem controladas e cresceu a resistência de alguns organismos infecciosos aos antibióticos.

Melhorou a prevenção das doenças transmitidas por transfusão de sangue. Quase todos os países da Região têm leis e regulamentos nessa área. Todos os países examinam o sangue para detecção de sífilis e infecção por HIV, e a maioria faz o mesmo para a hepatite B. Ao mesmo tempo, continua a propagação da epidemia de AIDS e das infecções por HIV.

A incidência de AIDS continuou crescendo na Região durante o último quadriênio, embora a um ritmo mais lento do que o observado na África, na Ásia e na Europa oriental. Hoje, todos os países têm programas nacionais e sistemas de vigilância. A substituição do Programa Mundial sobre AIDS pelo UNAIDS resultou numa diminuição dos recursos externos destinados aos países e houve necessidade de muito tempo e esforço para restabelecer as estruturas, procedimentos, funções e relações de trabalho. Entrementes, as pesquisas de grande alcance realizadas resultaram em tratamentos promissores mas dispendiosos.

Calcula-se que as outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) afetam anualmente de 40 a 50 milhões de pessoas nas Américas. Os respectivos sistemas de vigilância não se acham tão bem desenvolvidos como os da infecção por HIV/AIDS.

A malária ampliou suas fronteiras e a população em alto risco cresceu. As taxas de morbidade começaram a acusar aumento constante em meados da década de 1970, com uma queda em 1993 e incremento posterior, em 1994 e 1995, chegando a atingir taxas que são mais que o dobro das registradas há dois decênios.

A Região pôs em prática a resolução da OMS para eliminar a lepra como problema de saúde pública (prevalência inferior a 1 caso por 10.000 habitantes) até o ano 2000. Com exceção do Brasil, da Colômbia e do Paraguai, os demais países já atingiram essa meta. A prevalência diminuiu em mais de 75% desde que foi lançada a iniciativa.

O compromisso assumido por vários países permitiu reduzir em 90% a infestação dos domicílios pelo *Triatoma infestans* — o principal vector da doença de Chagas — nos países do Cone Sul. A transmissão foi interrompida no Uruguai e pode ser interrompida no Chile antes do ano 2000, e dentro de poucos anos na Argentina e no Brasil.

A incidência de tuberculose na Região tem-se mantido estável, com aproximadamente 250.000 casos notificados anualmente e uma incidência de 400.000 casos por ano.

A dengue reapareceu como importante problema de saúde na Região, onde foram notificados mais de 250.000 casos anuais nos últimos três anos. O vector, o *Aedes aegyptii*, está agora presente em todos os países da Região, exceto Bermuda, Canadá e Chile, e os quatro sorotipos do vírus circulam amplamente na Região.

Embora conhecidas, algumas doenças transmitidas pelos alimentos são consideradas emergentes porque estão ocorrendo com maior frequência e causaram nos últimos 10 anos surtos endêmicos em vários países. A salmonela continua sendo uma das

principais causas de surtos por alimentos contaminados, principalmente no países de baixa renda.

Por outro lado, logrou-se a erradicação a febre aftosa da Argentina, do Paraguai e do Uruguai, bem como de alguns estados do Brasil e da Colômbia. Ademais, diminuiu significativamente a incidência de raiva humana e raiva canina. A maior parte dos casos humanos ocorre atualmente nas cidades de aproximadamente 50.000 habitantes. A incidência de raiva em morcegos, contudo, continua crescendo a um ritmo constante.

Os recentes surtos de encefalite eqüina venezuelana evidenciaram a necessidade de melhorar os programas de vacinação nas zonas de risco e de continuar fortalecendo a capacidade de diagnóstico de laboratório para apoiar a vigilância epidemiológica na Região.

Muito embora as doenças infecciosas continuem representando uma grave ameaça à saúde, é cada vez mais reconhecida a carga de doenças não-transmissíveis, uma vez que estas são responsáveis por quase três quartos da mortalidade e da morbidade na América Latina e no Caribe. As causas principais são as doenças cardiovasculares (45%), o câncer (20%), as lesões (10%) e o diabetes.

Todos os anos, morrem na Região mais de 25.000 mulheres por câncer do colo uterino. A diabetes representa um problema de saúde cada vez mais grave na Região, embora a incidência dessa doença e suas conseqüências geralmente podem ser evitadas. A violência é um grave problema de saúde pública, razão pela qual se deve dar especial atenção aos programas de prevenção de lesões.

Verifica-se uma perceptível mudança no estilo de vida da população da maioria dos países, em virtude da urbanização, do sedentarismo e da presença de *stress*. Ademais, em todos os países, observa-se alta prevalência de distúrbios mentais, que atingem, no grupo de 4 a 16 anos de idade, uma cifra de 17 milhões de afetados por doenças psiquiátricas graves ou moderadas.

A coexistência de um duplo padrão de produção com formas tradicionais e novas formas, como a biotecnologia, a microeletrônica, a automação e a mecanização, está gerando um duplo perfil de morbi-mortalidade dos trabalhadores. Ao lado das antigas doenças profissionais ainda não controladas, como os envenenamentos por chumbo ou mercúrio, as asbestoses e silicoses, a surdez ocupacional, as dermatites ocupacionais e os altos índices de acidentes, aparecem ou reaparecem problemas como a malária, a tuberculose, as zoonoses, e ganham terreno o câncer ocupacional, a asma ocupacional, novos problemas osteomusculares, reprodutivos e mentais associados às novas condições e riscos ocupacionais, inclusive o desemprego e o subemprego.

De acordo com a OMS, a Universidade de Harvard e o Banco Mundial, a “ocupação” situa-se em segundo lugar no que tange a anos de vida com incapacidade na Região. Segundo se estima, ocorrem anualmente 5 milhões de acidentes ocupacionais, ou seja, 36 acidentes por cada minuto de trabalho.

2.3 Situação do Meio Ambiente

O ambiente físico no qual vivem as pessoas condiciona em grande parte a qualidade e a duração da vida. Diferentes ambientes se relacionam com a vida e a saúde dos indivíduos, tais como a moradia, o trabalho, o grau de instrução, o lazer e o ambiente público ou ambiente natural.

Hoje em dia, os processos de análise e decisão subestimam significativamente o real impacto dos fatores ambientais na saúde humana. Por exemplo, é muito diferente o resultado de observar os problemas de saúde ambiental pelo prisma de carga de morte, doença e invalidez, e estabelecer a importância relativa dos diferentes fatores ambientais.

As condições da moradia e dos serviços de saneamento básico com ela relacionados são da máxima importância, uma vez que transcorre nela uma proporção considerável da vida da população. A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) (4) calcula para a América Latina e o Caribe um déficit habitacional total de aproximadamente 50 milhões de moradias. Destas, são necessários 19 milhões de construções novas. Ademais, das moradias existentes, 23% não têm condições de habitabilidade saudável, mas podem ser melhoradas, e 14% são irre recuperáveis. As condições mais inadequadas de habitação ocorrem nas zonas rurais e nas áreas urbanas marginalizadas. Ao mesmo tempo, nos países que concentram a maioria da população indígena da Região, cerca de 100% dessa população vivem em habitações insalubres.

Assim, um aspecto marcante na Região é a qualidade do ar interior das moradias. Nas áreas urbanas, verifica-se uma rápida tendência ao uso de gás como combustível doméstico, reduzindo assim a exposição à fumaça de combustão. Entrementes, nas áreas rurais, continua sendo significativa a exposição à fumaça de combustão de madeira ou carvão. Segundo se estima, aproximadamente 60% da carga total de infecções respiratórias agudas (IRA) estão associados à poluição do ar interior e a outros fatores ambientais.

Setenta e três por cento da população da Região têm água dentro do domicílio. Não obstante, nas zonas rurais, apenas 41% têm água potável, benefício de que gozam 84% dos habitantes das zonas urbanas. Dessa população, somente 59% recebem água devidamente desinfetada. Treze por cento dos países informaram uma desinfecção interior a 40% nas zonas urbanas e 45% dos países têm desinfecção inferior a 40% nas zonas rurais.

No que se refere aos serviços de disposição de águas servidas, 69% da população total têm acesso a eles, com cobertura de 80% da população urbana e 40% da população rural. Isso representa um crescimento muito moderado desse tipo de serviço, uma vez que a cobertura geral em 1980 era de 58%, com 78% nas zonas urbanas e 28% nas rurais (4).

De todo o lixo produzido diariamente na Região, calcula-se que 70% são recolhidos, ao passo que apenas 30% têm uma disposição adequada, com uso de diferentes métodos, dos quais o mais utilizado são os aterros sanitários.

A poluição é um crescente problema, especialmente a resultante das atividades produtivas, do uso de combustíveis e do transporte, afetando de modo geral toda a população, mas com diferentes graus de exposição e risco, sendo as áreas pobres as mais suscetíveis, por estarem mais expostas a resíduos industriais e domésticos. Nas zonas urbanas, o uso de combustíveis fósseis na geração de energia, calefação de moradias, veículos automotores e processos industriais dá origem às principais fontes de emissão de poluentes atmosféricos.

Durante a Conferência de Kioto (5), realizada em dezembro de 1997, indicou-se que os países industrializados, embora tenham apenas 20% da população mundial, produziram 90% das emissões globais de carbono na atmosfera desde a Revolução Industrial, e continuam produzindo hoje dois terços das emissões globais.

Segundo estimativa da OMS, aproximadamente 30% a 50% dos trabalhadores estão expostos a mais de 100.000 produtos químicos, 200 agentes biológicos e agentes físicos, econômicos e psicosociais, com efeitos nocivos sobre a sua saúde, a de seus familiares e a da sociedade em geral. Desses, 200 a 300 constituem riscos com efeitos mutagênicos, carcinogênicos e alergênicos, entre outros, descarregados continuamente nas águas, no solo, no ar e na biota (6).

Cerca de 80.000 substâncias químicas são comercializadas atualmente na Região, e anualmente se incorporam ao mercado entre 1.000 e 2.000 substâncias novas. Torna-se extremamente difícil avaliar com exatidão, em termos de saúde humana, as conseqüências da exposição às substâncias que têm efeito tóxico. Não obstante, as intoxicações agudas são causa freqüente de hospitalização e as intoxicações crônicas representam uma grande ameaça à saúde. Os seus efeitos relacionam-se não somente com os envenenamentos, mas também com anomalias congênitas, câncer e infecundidade, bem como distúrbios do comportamento e imunológicos (7).

Um aspecto que se destaca na Região é a poluição pelo uso de agrotóxicos, havendo países que, nos últimos anos, triplicaram os volumes utilizados. É igualmente importante a poluição por metais pesados, especialmente pela sua utilização na atividade da

mineração e por sua adição aos combustíveis usados no transporte, calculando-se em 70 a 200 anos a sua persistência residual no meio ambiente.

Estima-se que, de 5 milhões de acidentes previsíveis do trabalho, ocorrem anualmente 100.000 mortes. O custo total associado a esses acidentes sobe a entre 10% e 15% do PIB da Região, sem incluir os acidentes ocorridos no setor informal.

Considerando que indústrias como a mineração, a construção e o transporte deverão ganhar maior importância com o desenvolvimento econômico, prevê-se o aparecimento de graves problemas de saúde ocupacional na Região, a menos que sejam tomadas medidas preventivas com urgência.

Isso é particularmente importante nos países menos desenvolvidos, uma vez que os trabalhadores não somente sofrem as conseqüências das doenças e acidentes ocupacionais, como também padecem simultaneamente de doenças infecciosas, desnutrição e outros problemas derivados da pobreza.

2.4 Situação Demográfica

A população das Américas é estimada em aproximadamente 800 milhões de habitantes em 1998, representando 13,5% da população mundial (8). No ano 2003, a população será superior a 850 milhões de habitantes e a distribuição por países não acusará modificação substancial.

Com raras exceções, a mortalidade geral continua apresentando uma tendência descendente, enquanto se mantém o incremento contínuo da esperança de vida ao nascer. As estimativas indicam que essas tendências positivas persistirão no próximo milênio. A proporção de óbitos de menores de 1 ano está baixando em todos os países, e, em termos relativos, as diminuições mais relevantes ocorrem nos países com renda maior. No grupo de 65 anos ou mais, os aumentos mais significativos do número de óbitos ocorreram no grupo de países de renda per capita mais baixa, mantendo-se relativamente estáveis nos países de alta renda, com aumentos intermediários relativos nos demais.

A taxa de natalidade, que era de 40 nascimentos por cada 1.000 pessoas na Região em 1960 e 1970, é calculada em 19,2 por 1.000 em 1998. A fecundidade registrou também notável declínio em todos os países. Como se prevê que tanto a natalidade como a fecundidade continuarão declinando, o crescimento total da população continuará sendo lento na Região, apesar das reduções na mortalidade.

A estrutura etária da população não só mantém o incremento da faixa maior de 65 anos de idade, com taxas médias de crescimento superiores a 3% ao ano, como se prevê

que essa tendência persistirá, de tal forma que a sobrevivência da população mais velha continuará dando proeminência a esse grupo populacional.

A população trabalhadora constitui entre 40% e 60% da população da Região. A população economicamente ativa (PEA) foi estimada em 357,5 milhões em 1995 e chegará a 399 milhões no ano 2000. Ademais, calcula-se que 19 milhões de menores estão incorporados à mão-de-obra da Região. Durante a década de 1990, a PEA crescerá 25,9% na América Latina e 11,1% na América do Norte. Se considerarmos o trabalho informal e o trabalho no domicílio, a maior parte da população da Região está exposta aos riscos e condições de trabalho, que vêm tendo cada vez maior impacto negativo sobre a saúde.

A distribuição espacial da população mantém uma tendência de maior crescimento nas zonas urbanas e uma redução do crescimento nas áreas rurais, verificando-se, porém, uma significativa mudança no tocante à concentração nas zonas metropolitanas, que estão mostrando uma desaceleração no ritmo de crescimento. O fenômeno observado indica um crescimento mais acelerado das cidades intermediárias, ainda capazes de atender às novas demandas, e uma diminuição da pressão excessiva sobre as grandes urbes da Região.

Os fluxos migratórios internacionais, cuja maioria teve origem principalmente nos conflitos bélicos nas décadas anteriores, têm hoje um caráter principalmente trabalhista. Estima-se que essas correntes migratórias recrudesceram, exercendo significativa pressão sobre os serviços de saúde dos países recebedores, e tudo indica que, no momento, não haverá mudanças substantivas nesses padrões de migração, nem no âmbito nacional nem no internacional.

2.5 Situação Política

É digna de nota a expansão das fronteiras da democracia no continente. A melhoria da qualidade de vida requer um clima de liberdades para os indivíduos, razão pela qual a confiança e a certeza de um futuro cada vez mais equitativo fazem parte do sistema de valores da democracia. Não obstante, a sua estabilidade e continuidade dependem muito da eficácia das suas instituições e da credibilidade face ao sistema político que elas possam infundir na população (9). Isso condiz com o impacto produzido pelas políticas econômicas e pelas políticas setoriais sobre a governabilidade.

As reformas do Estado nos países das Américas mostram muitas variações, mas implicam, basicamente, a busca da eficiência, da responsabilidade e da participação. Foi através dessas reformas que se transferiram algumas responsabilidades ao setor privado e aos níveis locais, mediante processos de descentralização que facilitaram uma crescente participação e deram voz ativa às regiões e governos locais. Isso teve impacto na formulação de políticas sociais e sistemas de proteção social nos países. Uma das

características atuais é a modificação da autonomia dos governos nacionais (10) em relação aos processos internacionais nos quais se inseriu, bem como, dentro do Estado, as modificações relacionadas, por um lado, com o deslocamento das suas funções no terreno da economia — no quadro da expansão das economias de mercado — e, por outro, com o fortalecimento da sociedade civil.

2.6 Situação Socioeconômica

Nos anos transcorridos da presente década, os países executaram políticas econômicas orientadas para a recuperação do crescimento econômico, mas, além disso, puseram em prática modelos de crescimento com igualdade social. Isso marcou uma diferença significativa em relação ao esforço anterior para obter o equilíbrio macroeconômico e buscar o crescimento com progresso social.

No último quinquênio, observou-se uma melhoria geral dos índices macroeconômicos. A taxa de crescimento médio do PIB foi de 1,1% na década anterior, subindo para 3,1% entre 1991 e 1996. Neste último período, a taxa oscilou entre 3,4% e 5,3%. O PIB médio per capita acusou crescimento negativo de 0,9% na década anterior, ao passo que, entre 1991 e 1996 (excluindo-se 1995), cresceu entre 1,7% e 3,5%. Ao mesmo tempo, a inflação reduziu-se de 887,4% para 19,3%. A análise da despesa social também é positiva. Numa amostra de 15 países, 11 aumentaram seus gastos sociais entre 1990 e 1994, e 7 deles superaram os índices da década de 1980. Entre 1990 e 1995, o gasto social per capita na Região cresceu cerca de 27,5%. Vale notar, ademais, que esse progresso foi mais pronunciado nos países onde se levaram a cabo processos de reforma mais profundos. Não obstante, dentro desse crescimento, foi dada maior preferência ao setor da educação e à seguridade social do que à saúde (11).

Expressa-se esse fato no notável avanço da alfabetização nas Américas. Contudo, essas realizações são heterogêneas, uma vez que, enquanto alguns países lograram reduzir o analfabetismo a 1%, mantêm-se em outros taxas de 57,4% da população geral, ficando em desvantagem a população rural, a população indígena e as mulheres, em todos os contextos (12). Ademais, realizaram-se progressos quantitativos no ingresso no sistema escolar de um número maior de crianças por ano (13). Seja como for, enquanto alguns países lograram a incorporação de 100% das crianças em idade escolar, outros ainda incorporam apenas 30%. Observam-se também altos níveis de repetência e desistência escolar e baixos níveis de aproveitamento: em 1995, somente 66% da população em idade escolar completou o quarto grau do ciclo primário e o número médio de anos de instrução escolar da mão-de-obra não excedeu de seis anos (14).

Apesar do crescimento do PIB real da América Latina e do Caribe durante os anos 90, ainda não foram atingidas as taxas registradas em décadas anteriores à década de 1980

(15,16,17). Assim, o PIB de 1996, ponderado em função da população e expresso em dólares de 1990, em 14 países da sub-região, foi inferior ao de 1980, e o investimento veio a ser o componente mais importante do crescimento (18). Nesse sentido, é considerável o comportamento decrescente do investimento público (19,20), enquanto que o investimento estrangeiro direto subiu de \$6.599 milhões em 1990 para \$21.288 milhões em 1995.

Ao mesmo tempo, ocorreu na sub-região um aumento de 22% no gasto social real. O comportamento do gasto social em saúde foi diferente: embora tenha começado a crescer em 1989, tal como toda a despesa social, houve uma reversão em 1991 e 1992, com um retrocesso aos níveis atingidos em 1981. A partir de 1993, teve início um novo incremento, que o colocou em cifras 22% superiores em 1995 (21).

Uma das características apresentadas pela evolução do comércio exterior na sub-região é a expansão do intercâmbio intra-regional (22), o que, para o setor da saúde, representa uma condição para sua operação internacional. Ademais, dada a importância que reveste o aspecto da disponibilidade de bens potenciais para o setor social, e o da saúde, em particular, vale destacar que a carga da dívida continuou a diminuir (23).

Uma análise da evolução da pobreza, da distribuição da renda dentro dos países, do desemprego e da geração de empregos, dos salários reais e das remunerações, dá uma idéia do impacto produzido pelos níveis de crescimento atingidos e, de modo geral, pelo comportamento da economia sobre as condições de vida.

O número de pessoas que se encontravam abaixo da linha de pobreza em 1990 era de 197 milhões, tendo subido a 209 milhões em 1994; destes, 65% viviam nas zonas urbanas, muito embora continuasse maior a proporção de pobres na população rural (24). Em alguns países, onde, embora haja crescido proporcionalmente o PIB per capita e a magnitude relativa da pobreza haja diminuído no período 1990-1994, ela veio a ser maior do que fora em 1980. Ademais, a desigualdade na distribuição da renda aumentou na maioria dos países da Região (25). De fato, a participação na renda total de 10% das famílias mais ricas aumentou (embora com variações por países), enquanto a dos 40% mais pobres se manteve ou diminuiu.

Os pobres não pertencem exclusivamente à fileiras dos desempregados; eles estão presentes também no setor formal. Em 1994, em 7 de 12 países da América Latina, a percentagem de pobres empregados do total de assalariados do setor privado, excetuados os que trabalhavam em microempresas, era de entre 30% e 50%; em três países, estava entre 10% e 30%; e em dois, entre 5% e 6% (26).

A taxa média de desemprego urbano na América Latina e no Caribe vem crescendo ininterruptamente desde fins da década de 1980, apesar da recuperação da sua economia

(27), e o maior impacto do desemprego verifica-se entre mulheres e jovens (28). Paralelamente, ocorreu um crescimento significativo do setor informal.⁵ Assim, 84 de cada 100 empregos criados na América Latina e no Caribe durante o período 1990-1995 provinham do setor informal, que se converteu no principal gerador de empregos (29). Ademais, houve uma diminuição real do poder aquisitivo do salários (30), e entre 20% e 40% dos trabalhadores em regime de tempo integral auferem renda inferior ao limiar mínimo para ter bem-estar (31).

Com as mudanças na estrutura e composição da mão-de-obra, a diminuição da renda real das famílias e as mudanças na estrutura familiar, recaí sobre as mulheres e as crianças o peso do desenvolvimento de estratégias de subsistência para fazer face à pobreza, o que se reflete na maciça incorporação de mulheres a trabalhos precários e na inserção precoce de adolescentes e menores da força trabalhadora.

Pelo exame dos resultados relacionados com a situação da pobreza, as desigualdades na repartição da renda, o desemprego, o salário real e a amplitude dos desníveis nas remunerações, pode-se concluir que o crescimento econômico na Região, especialmente na América Latina e no Caribe, não levou à superação do subdesenvolvimento humano, que ainda persiste com características graves nessas sociedades.

3. Desafios e Oportunidades para o Quatriênio

A realidade dos últimos anos do Século XX caracteriza-se por alguns fenômenos generalizados que se observam em praticamente todos os países do mundo e da Região. Os seus efeitos são múltiplos, e eles têm impacto na vida econômica, social e política, não somente nos países como também entre as próprias pessoas, inclusive no que tange à sua saúde. Esses fenômenos têm implicações em termos das novas possibilidades de mercado, nas economias nacionais, na cooperação entre os países e também nos padrões de consumo. As instituições internacionais não estão alheias a essas realidades, e são também afetadas pelas mudanças nos países.

Os fenômenos de maior importância hoje em dia serão talvez a globalização e a revolução tecnológica nas comunicações.

⁵ A ampliação do setor informal da economia tem efeitos sobre as condições de vida, uma vez que, dada a característica da maioria dos regimes de previdência social do continente, os trabalhadores e seus grupos familiares ficaram excluídos dos benefícios da seguridade social, entre os quais a prestação de serviços de saúde. Esses grupos populacionais teriam de transferir suas demandas aos serviços do Estado. Ao mesmo tempo, tem efeito sobre a crise financeira dos sistemas de seguridade social, uma vez que estes deixam de receber as contribuições dos trabalhadores que ficam excluídos do setor formal.

Alguns dos efeitos da globalização referem-se ao fortalecimento da democracia, à generalização do modelo econômico, à formação de blocos regionais e sub-regionais, à revisão do papel do Estado e à participação social.

No que se refere ao fortalecimento da democracia, está havendo uma generalização das aspirações e uma transformação dos seus mecanismos. O número de países cujos prefeitos são eleitos pelo voto popular cresceu de 3 para 17, e o de países com despesa pública descentralizada em certo grau, de 0 para 16 (32). Não obstante, trata-se de um processo gradual, que, em certos casos, se limita aos aspectos formais de participação em eleições.

No campo econômico, observa-se a continuação da tendência para a homogeneização da macroeconomia, que resulta numa melhoria dos índices econômicos gerais, embora não tenha chegado, na esfera social, a diminuir significativamente as desigualdades existentes na distribuição e no acesso aos bens e serviços, nem o desemprego e o subemprego (33). Em consequência desse crescimento com distribuição regressiva e demandas insatisfeitas, produz-se uma fadiga natural nos setores deixados à margem, a qual representa uma clara ameaça à relativa prosperidade e ao progresso alcançados nos últimos anos (34). Isso levou ao reconhecimento público da necessidade de concentrar esforços no setor social, assim como à reorientação das instituições financeiras internacionais, que estão intervindo cada vez mais no setor social.

A globalização tem reflexos diretos no plano comercial e, conseqüentemente, no político, nos processos de integração regional e sub-regional nas Américas. A Associação de Livre Comércio das Américas (ALCA) continua, ainda que lentamente, em seu avanço, e a integração sub-regional ganhou ímpeto. Destacam-se, entre outros, o Tratado de Livre Comércio da América do Norte (NAFTA), o MERCOSUL, o Sistema Andino de Integração, o Sistema de Integração Centro-Americana (SICA) e o CARICOM. Embora seja comercial a principal motivação desses processos, a saúde representa um fator importante de negociação, tanto do ponto de vista do meio ambiente e do saneamento, da proteção dos alimentos e da circulação de produtos farmacêuticos como da proteção aos trabalhadores e aos viajantes.

Além disso, a atividade hemisférica iniciada em 1994 com a Cúpula das Américas, em Miami, vem mantendo um ritmo acelerado na implementação do Plano de Ação, no qual se destaca a colaboração dos diferentes organismos do Sistema Interamericano, como a OPAS, a Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). A importância da saúde foi reconhecida nesse processo. Também no âmbito regional, as Conferências das Esposas de Chefes de Estado e Governo das Américas têm apoiado e continuarão apoiando uma série de atividades de saúde (35).

Dentro do entrosamento hemisférico iniciado pelas Cúpulas das Américas, a RSPA propôs a iniciativa “Tecnologia de Saúde Unindo as Américas”, que inclui vacinação, medicamentos essenciais, tecnologia de informação em saúde, sistemas de vigilância da saúde e tecnologias apropriadas de saneamento básico.

Esse fenômeno de inter-relação política ultrapassa também as fronteiras regionais, como no caso das Cúpulas Ibero-Americanas de Presidentes e Chefes de Estado, durante as quais, em duas ocasiões, a saúde foi objeto de análise, adoção de propostas e implementação de iniciativas regionais.

A globalização incide também no setor financeiro, aumentando a disponibilidade de recursos para investimento na América Latina e no Caribe. De fato, em virtude de um contexto regulamentar mais propício, o investimento estrangeiro líquido aumentou entre 1990 e 1996, de \$6,6 bilhões para \$30,8 bilhões (36).

No tocante à reforma do Estado, teve início em quase todos os países uma série de modificações na natureza das suas funções, muito embora tais propostas raramente foram geradas com uma perspectiva de desenvolvimento social ou de saúde, tendo-se verificado antes uma atitude de reação do setor. Essas reformas expressam o grau de complexidade necessária para a negociação de recursos nas condições atuais e futuras. De fato, o setor da saúde é forçado a negociar com os setores financeiros para obter seus recursos, dos quais também necessitam outros setores sociais, numa concorrência para a qual o setor da saúde nem sempre está muito bem preparado.

Segue-se a isso a transferência de funções de saúde aos níveis regionais (estado, província, departamento) ou locais, que, com algumas exceções nas Américas, necessitam de grandes ajustes e preparação para assumir essas novas responsabilidades e para obter o impacto esperado (37).

Na reforma do setor da saúde reconhece-se que todos os membros da sociedade são interessados diretos na saúde e na assistência sanitária, e que seus interesses são muito diversos. Por isso, quase todos os processos na Região estão a reclamar um enfoque gradual e transparente, de tal modo que possam ser compreendidos tanto pelos interessados diretos como pela população. À medida que os planos começam a ser aplicados, as associações e a cooperação entre os governos, o setor privado, as organizações não-governamentais e os indivíduos afetados tornam-se cruciais.

Há um profundo processo de reforma das instituições internacionais multilaterais e bilaterais de cooperação para o desenvolvimento. No Sistema das Nações Unidas, está sendo procurado um trabalho mais coordenado no âmbito global e especialmente nos países. De fato, todas as reformas procuram fazer com que o diálogo sobre

desenvolvimento, embora não necessariamente o setorial, entre a comunidade internacional e os governos seja mantido entre as respectivas entidades de coordenação, tanto interinstitucionais como nacionais. É muito pouco provável que recaia sobre o setor da saúde essa função de coordenação. As reformas buscam também uma interação maior com as instituições financeiras internacionais (38). No quadro bilateral, destaca-se uma tendência para a descentralização da tomada de decisões sobre distribuição de recursos de cooperação técnica para o desenvolvimento às representações de países e às embaixadas locais (39). O setor da saúde deverá desenvolver novas aptidões para utilizar positivamente essas realidades.

O extraordinário desenvolvimento tecnológico atual, não só foram atingidos limites sem precedentes como está sendo afetada dia a dia a vida das sociedades e das pessoas. A comunicação sem fronteiras, a biotecnologia e a telemática estão impulsionando mudanças fantásticas na ciência e na cultura. No campo da saúde, além dos efeitos sobre as possibilidades diagnósticas e terapêuticas, estão criando condições para modificar e homogeneizar substantivamente os padrões de consumo, as formas de comportamento, os estilos de vida, os valores e conceitos, o que tem enorme impacto na saúde da população (40). Assim, apoiados pela globalização, ocorrem o consumo e a comercialização de produtos tais como o álcool e o tabaco, com grandes repercussões no campo da saúde.

Isso tem efeitos nas instituições nacionais de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde e nas que formulam as políticas nacionais de ciência e tecnologia, que tiveram de modificar seus papéis e suas missões face às novas funções dos governos e à correspondente projeção do setor privado, à diversificação das fontes internas e externas de recursos e ao estabelecimento e consolidação de novos canais de acesso e transferência de conhecimentos científicos e técnicos, particularmente pelas novas tecnologias de informação, que estão desigualmente distribuídas entre países e entre grupos dentro dos países.

Assim, torna-se necessário incorporar novos temas, disciplinas, enfoques e métodos na pesquisa em saúde, bem como estabelecer melhores meios de disseminação dos conhecimentos e das tecnologias necessárias para aumentar a efetividade e o impacto da prática da saúde pública. Uma dessas novas disciplinas é a bioética, que se constituiu numa crescente área de estudo e preocupação face ao aparecimento de novos dilemas éticos resultantes do rápido avanço científico e tecnológico em saúde, bem como às dimensões éticas dos direitos dos pacientes à justiça e à distribuição de recursos no setor da saúde.

Por isso, ganhou proeminência nos últimos tempos a demanda de transparência no manejo dos assuntos públicos. O efeito líquido sobre o setor é a crescente necessidade de que os estados justifiquem e prestem contas de seus atos em saúde, frente a uma população

mais informada e mais instruída tanto em seus direitos como no nível de atenção que espera.

Tudo isso leva a concluir que o setor da saúde terá de se adaptar a essa nova realidade nacional, hemisférica e mundial, razão pela qual as Orientações Estratégicas e Programáticas da Secretaria terão de adaptar-se a essas condições do ambiente, para que tenha maior êxito o processo de busca da Saúde para Todos.

De acordo com a situação descrita nos capítulos anteriores, continua vigente a necessidade expressa ao serem aprovadas as Orientações Estratégicas e Programáticas para o período 1991-1994 (41), que insistiam em reduzir gradualmente os obstáculos estruturais internos para o desenvolvimento humano sustentado mediante a redução da desigualdade e a atenção prioritária para as necessidades humanas essenciais, entre as quais a saúde e a luta frontal contra a pobreza extrema.

Assim como se constata uma mudança no sistema de valores, existe um processo de formulação de um código moral de direitos comuns e responsabilidades compartilhadas, em torno do que já se está chamando de “ética global” (42). Pode-se mencionar entre eles o direito a uma vida segura, ao tratamento equitativo, à igualdade de acesso à informação, aos bens comuns da humanidade, à liberdade, à consideração do impacto dos atos individuais sobre o bem-estar dos demais, à promoção da igualdade — inclusive entre os sexos — e à proteção dos interesses das gerações futuras em que se alcance um desenvolvimento humano sustentável.

Nesse sentido, a Região das Américas exhibe uma persistente situação de desigualdade, diferenciada pelo acesso aos benefícios da sociedade pela população de acordo com os níveis de instrução e de renda, o lugar de residência, a origem racial ou étnica, o sexo, a idade e a situação dentro da força de trabalho. Essas diferenças têm expressão na capacidade de participação na vida política, no nível de satisfação econômica das suas necessidades, nas possibilidades de atingir níveis de instrução básica ou superior e, no tocante à saúde, na probabilidade de sobreviver ou de morrer, no risco de contrair doenças e no acesso aos benefícios dos sistemas e serviços de saúde. Foi por isso que as Orientações Estratégicas e Programáticas para o período 1995-1998 tomaram como desafio central a luta contra a pobreza. A desigualdade no acesso e na cobertura dos sistemas e serviços de saúde continua sendo o principal desafio a ser enfrentado também no quadriênio 1990-2002 pelos países da Região, por seus esforços próprios e em conjunto dentro da Organização Pan-Americana da Saúde.

Embora se registrem importantes realizações em saúde, como o aumento da esperança de vida e o controle de doenças transmissíveis, com a conseqüente redução da mortalidade infantil, graças principalmente a avanços no controle da poliomielite, do

sarampo e da difteria, as três avaliações da OMS sobre a realização da meta da Saúde para Todos no Ano 2000 indicam que ainda há enormes esforços a envidar, dado que grandes grupos de população não têm acesso aos serviços básicos de saúde.

Nesse sentido, em grande parte, não foram atingidas as metas e os objetivos proclamados nas OEP para o período 1995-1998. Numa avaliação do cumprimento das metas adotadas para esse período, observa-se que as disparidades nas condições de saúde não se reduziram, não se obteve o acesso universal a ambientes e condições de vida saudáveis e seguras, não se atingiu a cobertura universal dos serviços de abastecimento de água e eliminação de detritos e ainda persistem estilos de vida e comportamentos insalubres.⁶ Esses era os termos indicados para as metas a atingir no quadriênio, mediante a ação dos países, com a cooperação da Repartição. Essa situação justifica uma renovação do vigor na busca da Saúde para Todos, como propôs a OMS, mantendo a luta contra a desigualdade em saúde, com as mesmas cinco Orientações Estratégicas definidas, até que sejam atingidos esses louváveis fins.

4. Resposta da Repartição Sanitária Pan-Americana

A Organização Pan-Americana da Saúde tem como objetivos fundamentais prolongar a vida, combater as doenças e estimular o melhoramento físico e mental dos habitantes das Américas, mediante a coordenação e a promoção dos esforços dos países. Reconhece, ademais, que o gozo do grau máximo de saúde é um direito fundamental de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social (43). Com essas bases, e reconhecendo as diferenças de acesso, cobertura e benefícios da saúde da população da Região, os países concordaram em renovar o compromisso de atingir a meta da Saúde para Todos. Os maiores esforços da RSPA estarão primordialmente dirigidos para essa meta no próximo quadriênio e nos quadriênios futuros, até ser atingido o máximo grau de bem-estar físico, mental e social para todos os moradores da Região, reduzindo as desigualdades existentes em saúde, até eliminá-las por completo.

Um dos marcos de ação é a nova política global de Saúde para Todos no Século XXI, aprovada pela OMS, a qual representa uma renovação da meta de SPT e se fundamenta nos seguintes valores:

- reconhecimento do mais alto nível atingível de saúde como um direito fundamental;
- aplicação contínua e fortalecida da ética às políticas de saúde, à pesquisa e à prestação de serviços;

⁶ Para maiores detalhes sobre esse particular, ver a publicação das OEP 1995-1998, OPS, Documento Oficial No. 269, e o documento CD40/24, de 4 de agosto de 1997, *Terceira Avaliação da Aplicação da Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000*.

- implantação de políticas orientadas pela equidade e de estratégias que dêem ênfase à solidariedade;
- incorporação da perspectiva de gênero nas suas políticas e estratégias de saúde.

A nova política global de saúde propõe-se a alcançar:

- incrementar esperança e da qualidade de vida para todos;
- melhorar a equidade em saúde, entre países e dentro deles;
- proporcionar acesso para todos a sistemas e serviços de saúde sustentáveis.

4.1 *Metas Regionais para o Período*⁷

Os Estados Membros da OPAS assinaram, no âmbito da OMS em outros foros internacionais, diferentes compromissos globais que deverão ser atingidos mediante a combinação dos esforços nacionais, regionais e globais. A assimilação desses compromissos a nível nacional está na esfera da ação soberana dos Estados Membros, mediante a definição de suas políticas e planos nacionais de desenvolvimento e de saúde. No âmbito regional, trata-se de expressá-los de forma tal que se adaptem à situação do desenvolvimento da Região e ao conjunto de características, necessidades e possibilidades dos países. Apresentam-se adiante as metas mais relevantes para a Região das Américas, expressas em termos que correspondem às condições do hemisfério e às metas a serem adotadas pela Repartição em seu compromisso de cooperar tecnicamente com os países, a fim de contribuir para que estes atinjam as metas por eles assumidas.

4.1.1 Resultados de Saúde

- A esperança de vida ao nascer terá um incremento de pelo menos dois anos em todos os países que tenham em 1998 uma esperança de vida inferior a 70 anos; em todos os países, a taxa de mortalidade infantil diminuirá 10%; a mortalidade neonatal tardia diminuirá 30%; a mortalidade na infância diminuirá 25%, e pelo menos 60% das mulheres de 15 a 44 anos de idade terão acesso a anticoncepcionais.
- Em todos os países, menos de 20% dos menores de 5 anos sofrerão de retardamento do crescimento; menos de 10% dos recém-nascidos pesarão menos

⁷ Algumas das metas correspondentes à nova política global de Saúde para Todos no Século XXI foram adaptadas às condições específicas da Região das Américas.

- de 2.500 g ao nascer; terão sido eliminadas as doenças por deficiência de iodo; a prevalência de hipovitaminose A subclínica em menores de 5 anos estará abaixo de 10%; a prevalência de carência de ferro entre as mulheres de 15 a 44 anos de idade e as gestantes terá diminuído 30%.
- Manter-se-á a eliminação da transmissão do poliovírus silvestre; em todos os países, terá sido eliminada a transmissão do sarampo; a incidência de tétano neonatal será inferior a 1 por 1000 nascidos vivos a nível distrital, municipal, cantonal, etc.; a prevalência de lepra estará abaixo de 1 por 10.000 habitantes; terá sido eliminada a transmissão da raiva humana pelos cães; a prevalência de cárie dentária endêmica será reduzida em 50%; e a transmissão da doença de Chagas pelo *Triatoma infestans* terá sido eliminada de todos os países do Cone Sul.

4.1.2 *Ações Intersetoriais Orientadas para os Fatores Determinantes da Saúde*

- Em todos os países, pelo menos 80% da população total contarão com serviços adequados de disposição de águas residuais e eliminação de excrementos; pelo menos 75% da população total terão acesso a água potável, e, nos países onde se registrava um acesso superior a 75% a cobertura aumentará em 10%.

4.1.3 *Políticas e Sistemas de Saúde*

- Todos os países terão adotado políticas para promover a Saúde para Todos e a igualdade de acesso a serviços de saúde de boa qualidade; todo o sangue para transfusão será examinado para detecção de infecções por vírus de hepatite B e C, sífilis, *Trypanosoma cruzi* e HIV, e todos os bancos de sangue estarão participando em programas de controle de qualidade; todos os países terão adotado políticas para prevenir o consumo de tabaco por crianças e adolescentes; todos os países contarão com sistemas de informação sanitária para fornecer dados básicos de saúde que respondam a critérios de validade e confiabilidade; e, em coordenação com as entidades pertinentes, ter-se-á conseguido reduzir a menos de 20% os óbitos não registrados e a menos de 10% as mortes registradas atribuídas a causas mal definidas.

4.2 *Orientações Estratégicas e Programáticas*

Durante o quadriênio 1995-1998, a OPAS estabeleceu cinco Orientações Estratégicas e Programáticas para guiar a ação dos países e da RSPA no estabelecimento de seus planos nacionais e na programação das ações: Saúde no Desenvolvimento Humano, Promoção e Proteção da Saúde, Proteção e Desenvolvimento Ambiental, Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde e Prevenção e Controle de Doenças.

Essas cinco orientações abrangem a esfera natural da saúde e são consideradas vigentes, uma vez que o desafio que as inspira ainda não foi superado, e elas orientarão o trabalho da Secretaria no quadriênio 1999-2002, agora, porém, enfocando mais precisamente os temas que, segundo se prevê, serão objeto dos esforços envidados na Região.

4.2.1 *Saúde no Desenvolvimento Humano*

É preciso desenvolver e fortalecer a capacidade nacional e regional de analisar e dar seguimento à situação de saúde e às relações mútuas entre saúde, crescimento econômico e equidade, no contexto da globalização. Isso possibilitará, em virtude do diálogo entre as autoridades do setor social, do setor da saúde e do setor econômico, a definição da relação entre crescimento econômico, saúde e desenvolvimento humano, diminuindo assim o impacto negativo das políticas macroeconômicas sobre as condições de vida da população e sobre a situação de saúde. Para atingir esse objetivo, a cooperação técnica da RSPA concentrar-se-á em:

- Definir os aspectos conceptuais relacionados com as desigualdades em saúde, desenvolver instrumentos para sua medição e vigilância, a nível nacional e regional, e desenvolver a capacidade analítica nacional para documentar e avaliar as desigualdades em saúde e sua relação com o impacto dos programas de ajuste estrutural, dos processos de globalização/integração e a privatização das ações em saúde, entre outros fatores determinantes.
- Apoiar estudos e pesquisas sobre perfis de saúde dos grupos populacionais marginalizados, a fim de orientar as intervenções em saúde segundo critérios baseados no impacto que estas exercem sobre as desigualdades sociais e, particularmente, as de saúde.
- Atualizar os recursos humanos em saúde na análise da situação sanitária e das condições de vida dos diferentes setores da população, das desigualdades sociais — especialmente as de saúde — e suas relações com o desenvolvimento humano.
- Apoiar a formação de redes intersetoriais locais, nacionais e sub-regionais e regionais que contribuam para a definição de políticas e a elaboração de planos, projetos e programas orientados para a superação dos desníveis em saúde.
- Promover a pesquisa e documentação, em forma sistemática, sobre a necessidade de investimentos em saúde para a formação do capital humano, a atividade econômica e o desenvolvimento de seu potencial como mecanismo redistributivo da renda.

Com os objetivos de produzir, disseminar e utilizar os conhecimentos e a prática de saúde pública sobre a promoção, a atenção e a recuperação da saúde, contribuir para o desenvolvimento humano sustentável, e aumentar a participação dos principais atores políticos e sociais do setor, bem como de outros setores do Estado e da sociedade civil, na avaliação do tema da saúde nas agendas políticas locais, subnacionais, sub-regionais e regionais, assim como na definição de saúde, a cooperação técnica empenhar-se-á em:

- Difundir o conhecimento do impacto das políticas estruturais, macroeconômicas e sociais sobre as condições de vida e a situação de saúde da população da Região e contribuir para o uso dessa informação tanto dentro do setor como entre os ministérios sociais e econômicos, conselhos de ministros, parlamentos e chefes de estado.
- Fortalecer a capacidade das instituições legislativas para elaborar leis que permitam o efetivo exercício da participação dos atores sociais e políticos na formulação de políticas, planos e programas de saúde e na elaboração de projetos nacionais de desenvolvimento humano em que as políticas econômicas e sociais sejam integradas numa estratégia cujo propósito comum seja o bem-estar da população.
- Desenvolver a capacidade de utilizar a perspectiva de gênero como instrumento para analisar os impactos da globalização no desenvolvimento e nas políticas estruturais, macroeconômicas e sociais, dando especial ênfase a suas relações com a saúde.
- Documentar a magnitude do comércio internacional de capitais, bens e serviços de saúde que tem lugar na Região.
- Promover a discussão e análise da saúde no desenvolvimento humano nas agendas das cúpulas presidenciais e nas dos organismos dos processos de integração sub-regionais e regionais, fomentando a participação dos ministérios da saúde, agricultura, meio ambiente, família, trabalho e desenvolvimento social na sua prévia elaboração.
- Analisar e documentar a importância das mudanças produzidas pela globalização na filosofia da saúde e particularmente o impacto que tiveram nas demandas de saúde dos atores sociais e no seu apoio ou rejeição com vistas às políticas de saúde.
- Identificar os atores sociais e políticos que desempenham papel relevante na governabilidade do setor da saúde, dentro do Estado e na sociedade, e promover a sua participação no debate sobre os assuntos de caráter ético presentes na temática da saúde no desenvolvimento humano.

O desenvolvimento da saúde pública como disciplina, a pesquisa com ela relacionada e a difusão dos conhecimentos gerados exigem que se promovam respostas adequadas às necessidades de saúde da população, e especialmente as dos grupos mais esquecidos e excluídos. Para tanto, a cooperação técnica dirigir-se-á especificamente no sentido de:

- Fomentar e difundir novos aspectos conceptuais e metodológicos da pesquisa em saúde.
- Contribuir para a formação e treinamento de recursos humanos envolvidos na produção de conhecimentos e na execução de ações de saúde pública, bem como de recursos humanos de outros setores.
- Apoiar a definição de políticas nacionais e institucionais de pesquisa e tecnologia em saúde que permitam o desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias necessárias para a execução de ações eficazes de saúde pública.
- Difundir conhecimentos e informações técnico-científicas entre os diversos atores empenhados na formulação de políticas e na execução de atividades de saúde.

4.2.2 *Promoção e Proteção da Saúde*

Uma vez que a saúde é o componente central do desenvolvimento humano, a sua promoção tem de abranger uma área de ação muito mais ampla do que a composta pelos sistemas e serviços de saúde. A maioria dos aspectos relativos à saúde das pessoas está relacionada com as suas condições de vida, o seu nível de satisfação de necessidades básicas, a qualidade do ambiente em que se desenvolvem, a cultura à qual pertencem e os seus conhecimentos, atitudes e práticas no que tange à saúde. Dadas as condições que ainda persistem na Região, entende-se a promoção e proteção da saúde como uma poderosa estratégia no conceito e na prática da saúde pública, eixo de um novo paradigma que tem em vista gerar impacto sobre os fatores condicionantes.

Objetivando criar, conjuntamente com os países, uma nova filosofia de promoção e proteção da saúde, na qual esta seja considerada um valor social, situação que implica a preparação dos indivíduos, comunidades e instituições públicas, não-governamentais e privadas, para que assumam e exerçam, individual e coletivamente, a responsabilidade de preservar e melhorar continuamente o seu estado de saúde e bem-estar, será prestada cooperação técnica para:

- Valorizar o papel da promoção de saúde como ferramenta de habilitação, difundindo a sua importância nos fóruns regionais de presidentes e chefes de Estado e de primeiras damas da Região.
- Fomentar a formulação de políticas, planos, programas, normas e instrumentos sobre promoção da saúde e a adoção de políticas públicas saudáveis.
- Apoiar a pesquisa operativa e cooperativa sobre promoção da saúde, através da rede de centros colaboradores, e difundir seus resultados.
- Prosseguir na elaboração e fortalecimento de metodologias e modelos de avaliação de programas e intervenções em promoção da saúde, bem como no desenvolvimento das iniciativas de ambientes ou espaços saudáveis em escolas e municípios, assim como na consolidação das redes de prefeitos, secretários de saúde e consórcios de escolas pela saúde.
- Desenvolver estratégias de ação intersetorial, mobilizar recursos técnicos, científicos, políticos e financeiros, em apoio à promoção da saúde, e formar redes de apoio técnico, político e social em todos os níveis, incluindo alianças estratégicas da Organização Pan-Americana da Saúde com a comunidade internacional e com as organizações relevantes dos países.
- Promover o uso da comunicação social em saúde, especialmente através dos meios de comunicação de massa.

Uma vez que a operacionalização das estratégias e programas de promoção e proteção da saúde são relativamente recentes na maioria dos países e que, apesar disso, há sólidas indicações de que se trata de uma estratégia absolutamente indispensável, que deve fazer parte de todas as ações de saúde e estar nelas imersa, a RSPA envidará esforços especiais para:

- Difundir informações técnicas e científicas sobre a promoção da saúde, entre o maior número e a maior variedade de interessados em saúde pública na Região, e desenvolver as capacidades nacionais de análise e utilização dessas informações.
- Estimular os processos de avaliação tanto dos insumos como dos processos e efeitos a curto e longo prazo do uso das estratégias de promoção da saúde, e documentar, analisar e disseminar as experiências nacionais de promoção da saúde, destacando a relação custo/efetividade dessas estratégias em comparação com as ações de recuperação e reabilitação em saúde.

- Promover a adoção de estilos de vida salutar e de prevenção de riscos, mediante formas de comportamento antecipadoras.
- Promover a utilização de enfoques de ciclo de vida, ciclo familiar e gênero.
- Promover, na reestruturação dos serviços, a incorporação de intervenções de promoção da saúde, e fazer da atenção integral em saúde uma realidade.

Para chegar à consolidação do desenvolvimento humano e à prevenção de doenças através de todo o ciclo de vida, será dada primazia à cooperação nos seguintes aspectos:

- Saúde da família e da população, privilegiando o incentivo e a avaliação do crescimento e desenvolvimento nas diferentes idades, e incluindo os programas de saúde do adolescente, saúde reprodutiva e saúde do adulto mais velho.
- Alimentação e nutrição, especialmente nos temas de desnutrição, fortificação de alimentos com micronutrientes, aleitamento materno e alimentação complementar, guias de nutrição para diferentes idades e segurança alimentar.
- Estilos de vida salutar e saúde mental, especialmente a prevenção do uso de fumo, álcool e drogas, da violência intrafamiliar e dos maus tratos de crianças de ambos os sexos, incluindo, para toda a Organização, os aspectos de comunicação social em saúde e de educação e participação comunitária em saúde, área na qual se têm em vista as iniciativas de escolas, municípios e ambientes saudáveis.

4.2.3 *Proteção e Desenvolvimento Ambiental*

Para avançar no cumprimento dos objetivos e das metas adotadas que fazem parte da Agenda 21 e dos planos de ação das reuniões de cúpula dos chefes de Estado do continente, assim como das orientações emanadas do Plano de Ação da Conferência Sanitária Pan-Americana sobre Saúde e Meio Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável, a RSPA dará prioridade à cooperação técnica com vistas a :

- Fomentar a aplicação de estratégias nacionais de mobilização comunitária e de coordenação intersetorial na área ambiental.
- Contribuir para a formação e especialização de recursos humanos em epidemiologia e toxicologia ambientais.
- Fortalecer as capacidades dos ministérios da saúde para desempenhar as funções de liderança e as funções assessoras no manejo das questões de saúde ambiental nos

planos e processos de desenvolvimento, e desenvolver as capacidades locais para operação e manutenção de sistemas e serviços.

- Promover a implantação de programas e projetos conjugados na “Ação do Meio Ambiente sobre a Saúde das Crianças”, com vistas à identificação e remoção ou minimização dos fatores ambientais que têm um efeito particular sobre a saúde das crianças.
- Apoiar a promoção e implantação de ações de atenção primária ambiental no contexto da Saúde para Todos, para proporcionar às comunidades ambientes que promovam o desenvolvimento, com a sua participação ativa na identificação de suas necessidades e na definição das soluções correspondentes.
- Promover a atualização de normas e regulamentos relativos à qualidade dos serviços e dos produtos na área ambiental.
- Promover a implantação de sistemas e mecanismos que permitam captar, analisar e utilizar dados e indicadores relativos à qualidade do meio ambiente.

Visando contribuir para que os países atuem sobre os fatores físicos, químicos e ergonômicos que têm efeito nocivo sobre a saúde dos trabalhadores, tanto no setor informal como no formal, a cooperação técnica da Secretaria concentrará a sua ação em:

- Promover a atualização das leis e regulamentos no campo da saúde dos trabalhadores e a implantação de programas destinados a melhorar a qualidade do ambiente ocupacional.
- Fomentar programas de promoção e prevenção em saúde ocupacional.
- Promover o fortalecimento dos serviços de atenção de saúde para a população trabalhadora.
- Apoiar programas que promovam a proteção do trabalhador infantil exposto a riscos ambientais e ocupacionais.

No que se refere ao abastecimento de água e saneamento, e concentrando-se na expansão da cobertura dos serviços, na melhoria da qualidade bacteriológica da água para consumo humano e na intensificação das ações com vistas a melhorar o abastecimento de água e a disposição sanitária de dejetos nas áreas rurais e para as populações indígenas, cooperar-se-á com os países para:

- Difundir tecnologias adequadas de baixo custo.
- Promover a participação comunitária e a participação das organizações não-governamentais e do setor privado na expansão dos serviços urbanos e rurais.
- Participar nos estudos setoriais, na reforma e modernização do setor e de suas instituições e na formulação de projetos prioritários, bem como na mobilização de recursos.
- Desenvolver os aspectos reguladores, técnicos e tecnológicos que contribuam para a melhor desinfecção da água nos sistemas e nos domicílios.

Para contribuir para melhorar o manejo dos resíduos sólidos municipais, e levando em conta a acelerada descentralização e privatização, a RSPA cooperará para:

- Promover o fortalecimento institucional e com ele a capacidade reguladora e ordenadora do setor.
- Desenvolver estudos setoriais para manejo de resíduos sólidos, inclusive os resíduos hospitalares.
- Identificar as necessidades e oportunidades de investimento financeiro.

4.2.4 *Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde*

A cooperação técnica da Secretaria continuará apoiando os processos de reforma setorial dos países da Região. Nesse campo, dar-se-á ênfase ao fortalecimento da capacidade de gestão setorial, à organização de sistemas e serviços e ao financiamento das ações do setor. Para isso, utilizar-se-ão como estratégias básicas o intercâmbio sistemático e periódico das experiências nacionais, o desenvolvimento e disseminação de metodologias e instrumentos que apoiem o fortalecimento das capacidades institucionais para análise, formulação de políticas, implementação e avaliação de programas de reforma setorial e estabelecimento de um sistema regional de seguimento das dinâmicas, conteúdos e impacto das reformas empreendidas.

Na área do fortalecimento da capacidade de gestão setorial, a cooperação técnica concentrar-se-á em:

- Fortalecer a capacidade setorial de formular políticas e estratégias, elaborar planos diretores e formular projetos específicos de investimento em saúde, bem como de coordenar todos os aspectos da ajuda externa.

- Desenvolver a capacidade de análise da organização e do funcionamento do setor para redefinir os papéis dos governos centrais, regionais e locais na organização e gestão dos serviços de saúde pública e de atenção às pessoas no contexto dos processos de descentralização.
- Estabelecer modelos de ação que apoiem a reorientação de serviços por critérios de promoção e prevenção, melhorem a qualidade e integralidade das intervenções e fortaleçam a capacidade operativa e resolutiva dos serviços nos seus diferentes níveis de atenção.
- Fomentar e apoiar o desenvolvimento de programas nacionais de garantia de qualidade dos serviços de atenção à saúde.
- Fortalecer o desenvolvimento normativo e operativo de programas e serviços de saúde bucal, de atenção aos deficientes, de saúde ocular e de atenção à saúde dos povos indígenas.
- Fortalecer as capacidades nacionais e sub-regionais de planeamento, gestão e regulamentação do desenvolvimento dos recursos humanos do setor.
- Desenvolver indicadores do desempenho dos sistemas e serviços de saúde que contribuam para a tomada de decisões informadas no setor.
- Apoiar os mecanismos sub-regionais e regionais de harmonização de regulamentos sobre medicamentos e insumos essenciais.
- Fortalecer e desenvolver os programas de planeamento, operação, manutenção e renovação das infra-estruturas físicas e tecnológicas do setor da saúde.
- Promover a adoção de normas básicas de segurança para a proteção contra a radiação ionizante e para a segurança das fontes de radiação a nível nacional.

No quadro da organização e gestão dos sistemas e serviços de saúde, a RSPA concentrará seus esforços de cooperação técnica em:

- Desenvolver as capacidades nacionais, sub-regionais e regionais para a avaliação e incorporação de tecnologias de saúde.
- Apoiar o desenvolvimento de programas destinados a melhorar o desempenho de funções por parte do pessoal de saúde.

- Apoiar a reorientação da formação de profissionais de saúde e a educação permanente dos trabalhadores do setor, ao mesmo tempo que se fortalecem as instituições e os processos integrais do ensino de saúde pública.
- Fortalecer a capacidade institucional no setor para a definição e instrumentação de sistemas de informação de programas e serviços.
- Promover o desenvolvimento de programas de telemedicina para uma cobertura maior da população.
- Fortalecer e desenvolver serviços farmacêuticos eficientes e de qualidade.
- Apoiar o desenvolvimento de sistemas de abastecimento que controlem os custos e aumentem a disponibilidade de insumos.
- Fomentar e desenvolver programas de garantia de qualidade em radiomedicina.
- Desenvolver e fortalecer os laboratórios de saúde pública e as redes nacionais e sub-regionais de laboratórios de diagnóstico.
- Apoiar o melhoramento da segurança e da qualidade das operações dos bancos de sangue.

No que se refere ao financiamento das ações do setor, a RSPA empenhar-se-á no próximo quadriênio em desenvolver atividades de cooperação técnica que permitam:

- Melhorar a capacidade nacional de análise dos gastos em saúde e da distribuição de recursos segundo critérios de equidade, eficiência e efetividade.
- Realizar análises comparativas e disseminar as experiências das diferentes formas de pagamento a fornecedores utilizadas na Região.

4.2.5 *Prevenção e Controle de Doenças*

Para fazer face aos desafios regionais e para reduzir e controlar as doenças, os programas de serviços de saúde devem incluir componentes de prevenção de doenças e promoção da saúde. Para obter bons resultados, será necessária a participação comunitária, assim como a mudança do comportamento individual. Tais mudanças deverão ser orientadas por políticas e procedimentos sensatos, apoiados em evidência científica.

A cooperação técnica da Secretaria no campo das doenças evitáveis por imunização será orientada para:

- Melhorar a adoção de políticas relativas aos programas de imunização.
- Expandir e melhorar a vacinação pelos setores público e privado, inclusive as organizações não-governamentais (ONG).
- Fortalecer e apoiar os sistemas nacionais de vigilância de doenças evitáveis por vacinação, em conjunção com sistemas adequados de apoio de laboratório, mediante a expansão da Rede Regional de Laboratórios de diagnóstico e de controle de qualidade.
- Determinar o ônus das doenças e assegurar a incorporação custo-efetiva de vacinas contra *Haemophilus influenzae*, MR ou MMR no esquema básico de vacinação.
- Promover a pesquisa e o aperfeiçoamento de vacinas em colaboração com os laboratórios públicos, assegurando que a produção local seja econômica e tecnicamente viável e que observe boas práticas de manufatura, bem como as normas e padrões nacionais e internacionais.
- Promover o consórcio dos laboratórios públicos produtores de vacinas e a adoção de boas práticas de manufatura, e dar prosseguimento ao processo regional de certificação de produtores de vacinas.

Será necessário que os países fortaleçam a capacidade nacional a fim de controlar, reduzir ou debelar determinadas doenças. A Repartição concentrará as atividades de cooperação técnica em:

- Apoiar os países na pesquisa aplicada, no planejamento e na gestão de programas pertinentes a doenças tropicais, doenças infecciosas e doenças emergentes e reemergentes, inclusive a utilização de novas estratégias de controle e de tratamento.
- Estimular os países a ampliar a filtragem de sangue, bem como a promover medidas de controle de qualidade internas e externas.
- Promover a aplicação de novas técnicas para melhorar a vigilância regional das doenças e estabelecer redes eletrônicas que permitam aumentar a rapidez da notificação e confirmação dos casos suspeitos.
- Ajudar os países a apoiar o novo Regulamento Sanitário Internacional, que será aprovado pela OMS em 1999.

- Divulgar informações e conhecimentos sobre a resistência aos antibióticos e promover nos países a normalização dos métodos nas provas de laboratório, melhorar o controle de qualidade e utilizar os resultados das provas de resistência aos antibióticos.
- Apoiar os países para que se concentrem mais especificamente nos aspectos sanitários da infecção pelo HIV/AIDS, tais como a gestão de programas, a segurança na administração de sangue e os modelos para as intervenções relacionadas com o comportamento na esfera da saúde e da assistência sanitária, ao mesmo tempo que continuam promovendo uma resposta intersectorial mais ampla.
- Promover a vigilância e os programas de controle das doenças sexualmente transmissíveis.
- Promover a aplicação ampliada da estratégia mundial contra a malária e, devido à existência de *Plasmodium falciparum* resistente a medicamentos, um sistema de vigilância para vigiar a resistência a medicamentos nos países amazônicos.
- Apoiar a adoção da estratégia de atenção integrada das doenças prevalentes na infância (AIEPI), que abrange as infecções respiratórias agudas, as doenças diarreicas, a malária, a desnutrição, o sarampo e a dengue, em determinados países.

É possível obter enormes ganhos no que se refere às doenças não-transmissíveis se houver empenho, políticas e programas baseados em evidência científica e eles forem adotados pelas comunidades, pelas pessoas e pelos clínicos. É importante que as organizações sanitárias dediquem recursos humanos e financeiros para que se possam beneficiar dessas possibilidades. No que se refere às doenças não-transmissíveis, a cooperação técnica da RSPA concentrar-se-á no seguinte:

- Estabelecer uma rede regional dos países que usam um método integrado de controle das doenças não-transmissíveis que se concentre inicialmente nas doenças cardiovasculares e que adapte o modelo elaborado na Europa.
- Divulgar informações sobre os projetos de demonstração destinados a reduzir a mortalidade por câncer do colo uterino e apoiar os países na adaptação de métodos homogêneos.
- Apoiar os países na elaboração de políticas e modelos eficazes; estabelecer alianças de trabalho entre os médicos, os laboratórios e os estabelecimentos de tratamento; ajudar no sentido de que os programas de controle do câncer cervico-uterino levem em conta as atitudes e necessidades das mulheres; e avaliar os projetos de demonstração e planejar a sua aplicação sensata, baseada nos resultados.

- Promover a aplicação nos países da Declaração das Américas sobre Diabetes.
- Documentar as informações e os recursos existentes para dar apoio aos programas que se dedicam à prevenção de lesões.
- Estabelecer alianças regionais e nacionais para a prevenção e as prioridades referentes às lesões intencionais e não intencionais.

A saúde pública veterinária é e continuará sendo uma área de grande importância para o avanço dos países no que tange à segurança alimentar e à inocuidade dos alimentos. Por isso, a cooperação técnica orientar-se-á no sentido de:

- Prevenir novos surtos nos países livres da febre aftosa e ampliar as zonas de erradicação nos países andinos e no norte do Brasil, prestando atenção especial às zonas fronteiriças.
- Promover a proteção dos alimentos em consonância com as linhas de ação sugeridas pela RSPA.
- Promover as atividades de prevenção da raiva juntamente com o estabelecimento de uma rede de laboratórios da qual participem os centros colaboradores da OMS/OPAS.
- Promover o desenvolvimento da capacidade de diagnóstico de laboratório para a vigilância epidemiológica nas zonas de risco de encefalite equina venezuelana.
- Promover a eliminação da tuberculose bovina e da brucelose.
- Apoiar a erradicação da equinococose/hidatidose nos países do Cone Sul.

4.3 *Cooperação Técnica e Coordenação Internacional*

A cooperação técnica da Secretaria da OPAS e seus Estados Membros, assim como a sua ação de coordenação em assuntos de saúde internacional, são responsabilidades constitucionais. Para fins de construção de uma cooperação técnica efetiva no período 1999-2002, é fundamental levar em conta que essa cooperação é o principal produto do trabalho da RSPA e que esta se baseia nas prioridades de seus Estados Membros, enunciadas nas suas Orientações Estratégicas e Programáticas, aprovadas pelos mesmos Estados Membros. A cooperação técnica é proposta, executada e avaliada num ambiente social, econômico e político em constante processo de evolução e

mudança. Por isso mesmo, é um processo dependente que a RSPA revê em caráter permanente.

O contexto de política para a cooperação da RSPA consiste nas OEP que sejam definidas e aprovadas para o período 1999-2002. Esse contexto está intimamente articulado com três influências globais:

- O Nono Programa Geral de Trabalho da OMS, atualmente em execução, uma vez que cobre o período 1996-2001, e cujas orientações prevêm a integração da saúde e do desenvolvimento humano nas políticas públicas a fim de assegurar o acesso equitativo aos serviços de saúde, promover e proteger a saúde e prevenir e controlar problemas de saúde específicos.
- A política global de Saúde para Todos no Século XXI, que promove a identificação e ação sobre os determinantes da saúde, posicionando-a como núcleo central do desenvolvimento humano, e o desenvolvimento de sistemas de saúde sustentáveis, que respondam às necessidades das pessoas.

Essas influências globais estabelecem correspondências com as OEP, tanto em seus objetivos como nas metas propostas, dada a situação particular da Região das Américas, seu desenvolvimento comparativo em saúde e as possibilidades de progresso em relação às outras regiões da OMS.

As OEP 1999-2002 incorporarão modalidades de cooperação técnica que refletem as melhores opções face às tendências e desafios indicados. Dar-se-á particular atenção, por um lado, à nossa compreensão do desenvolvimento tendo por centro as pessoas, e, por outro, à cooperação mais efetiva e eficiente para favorecer esse desenvolvimento. A crescente interligação e interdependência entre os países em diferentes terrenos, inclusive o da saúde, a consideração das mudanças pelas quais está passando a sociedade em todos os países, assim como das transformações e reformas no sistema internacional, forçam a procurar fazer com que a cooperação técnica atue em conjunto com as diversas políticas que participam no desenvolvimento e sobre ele exercem influência.

A presença cada vez maior de instituições e pessoas distintas das tradicionalmente abrangidas pelas atividades da saúde, tanto no âmbito nacional como no internacional, justificam a incorporação de suficiente flexibilidade e inovação na construção da cooperação técnica, a fim de buscar associações práticas e efetivas, que permitam obter melhores resultados como produto da cooperação.

A Secretaria dá-se conta de que a cooperação técnica é influenciada pelos critérios e enfoques aplicados ao desenvolvimento geral. Dá-se ênfase ao conceito de

desenvolvimento sustentável, cujos aspectos fundamentais são a formação de capital humano, a participação de todos os setores, inclusive o privado, e a proteção do meio ambiente, tudo isso num contexto de equidade e justiça social. Para além dos aspectos “técnicos” tradicionais, como a busca de melhores maneiras de investigar, ensinar e aplicar as tecnologias para a saúde, a Repartição, em sua agenda sanitária internacional, ocupar-se-á da influência exercida sobre a saúde pelo desenvolvimento socioeconômico, pelo fortalecimento da capacidade institucional de formulação de políticas, pela promoção e defesa da saúde, assim como pela organização de programas específicos para determinado país ou conjunto de países.

Percebe-se cada vez mais claramente a necessidade de afastar-se da cooperação técnica centralizada na índole dos insumos e de adotar um novo enfoque, baseado na natureza do propósito da cooperação. Ademais, verifica-se uma tendência a abandonar o enfoque baseado em projetos de cooperação, em favor de um enfoque mais programático e de alcance multisetorial, dando ênfase a uma melhor utilização da perícia técnica nacional. Essas mudanças, que serão levadas em cuidadosa consideração, darão ensejo, com os ajustes que se façam necessários, a um processo melhor organizado, competitivo e sustentável de cooperação técnica.

Alguns temas importantes em cooperação técnica foram identificados como objetos de particular atenção no período de aplicação das OEP 1999-2002. Essa identificação responde aos esforços da RSPA no âmbito do processo permanente de reformulação da cooperação técnica internacional em saúde (44):

- Os temas de saúde devem estar vinculados ao desenvolvimento social e às políticas macroeconômicas dos países, inclusive as de investimento de capital, formação de capital humano e desenvolvimento institucional.
- A cooperação técnica deve ser construída com base nas prioridades identificadas nos países e pelos países.
- Dever-se-á promover a crescente capacidade dos países para empreender iniciativas de saúde por conta própria e administrar seus próprios programas de cooperação técnica, dando assim um passo no sentido de uma confiança maior nos conhecimentos, na experiência e nos recursos nacionais.
- Serão adotadas modalidades alternativas de cooperação técnica, como o estabelecimento de redes nacionais e internacionais, e dar-se-á impulso ao aumento da cooperação técnica entre países.

- Buscar-se-á a coordenação em todos os níveis, mediante a otimização da capacidade de gestão das instituições nacionais para criar consenso intersetorial e fomentar programas multinacionais com esforços conjuntos e recursos combinados.
- Aproveitar-se-á ao máximo a tecnologia moderna de informação e comunicação, a fim de melhorar as etapas de planejamento, programação, execução e avaliação da cooperação técnica, assim como a coordenação e a mobilização de recursos.

No período 1999-2002, a RSPA continuará promovendo intensamente a cooperação técnica entre países, privilegiando a ação pan-americana em saúde como poderosa estratégia de cooperação, que já deu provas de êxito no passado e que, sem dúvida alguma, facilitará o avanço regional no complexo clima de transição para o século XXI. Continuar-se-á dando especial ênfase à cooperação técnica ‘entre países’, e não ‘entre países em desenvolvimento’, para que nenhum Estado Membro seja discriminado por seu nível de desenvolvimento. O enfoque pan-americano constitui um dos princípios orientadores da RSPA e pode-se considerar que todos os países das Américas, sem distinção de tamanho ou nível de desenvolvimento, podem participar conjuntamente na busca da sua saúde.

Para melhor compreensão da estratégia de cooperação da RSPA, foram identificados seis enfoques funcionais que servem de base para classificar o tipo de atividade programada nos projetos de cooperação técnica: mobilização de recursos (humanos, financeiros, físicos, políticos, institucionais); disseminação de informações; treinamento; desenvolvimento de políticas, planos e normas; promoção da pesquisa; e assistência técnica direta. Continuar-se-á completando a fase inicial de um estudo sobre esses enfoques, a fim de desenvolver melhores descritores para identificar com maior clareza, no período 1999-2002, os resultados esperados dos projetos de cooperação técnica da Repartição. Numa segunda fase do novo quadriênio, completar-se-á a definição do impacto dos projetos a nível dos respectivos propósitos.

Para o planejamento, programação, acompanhamento e avaliação da cooperação técnica, conta-se com o sistema AMPES, adequado à busca e medição de resultados dos projetos de cooperação. Para o período 1999-2002, prevê-se uma simplificação maior dos processos de gestão, maior flexibilidade e uma resposta mais ágil às necessidades dos países, mantendo extrema cautela na transparência no uso dos recursos.

A programação da cooperação técnica, base do orçamento-programa anual, tem por centro a definição de prioridades nacionais de saúde, a identificação de necessidades de cooperação técnica internacional e a elaboração de projetos de cooperação técnica para a RSPA, com clara identificação dos resultados esperados e definição de indicadores para

medir o progresso. Manter-se-á a utilização do enfoque lógico para a gestão de projetos e se progredirá nos mecanismos de avaliação da cooperação técnica.

No que se refere à coordenação internacional, os esforços da RSPA orientar-se-ão no período 1999-2002 para o fortalecimento da sua função histórica de liderança em saúde internacional. Estudos realizados pela Repartição (45) mostram uma proliferação de instituições e atores que participam em atividades não só de cooperação técnica como no trabalho em saúde em geral e que merecem uma posição atuante de coordenação da RSPA em diversos níveis: entre países, nos países e no âmbito dos organismos internacionais (46). A RSPA incentivará os governos nacionais a assumir a responsabilidade pela coordenação de esforços pela saúde em seus próprios países e contribuirá para fortalecer essa capacidade, facilitando a coordenação necessária entre as partes envolvidas com respeito e inovação.

A coordenação entre países, particularmente para a cooperação horizontal, será estimulada, a fim de fortalecer a capacidade de obter recursos externos, além de estimular o potencial do fluxo de informação e as experiências dos países participantes, que constituem a essência da cooperação técnica entre países.

No que diz respeito à coordenação no âmbito nacional, a Secretaria facilitará uma colaboração harmônica dos programas de diversos organismos internacionais com as respectivas contrapartes nacionais. Essa coordenação basear-se-á numa estratégia integral de desenvolvimento nacional formulada mediante um processo participativo intersetorial.

A RSPA contribuirá para a coordenação entre organismos internacionais, procurando fazer com que, embora apóiem os mesmos programas e as mesmas áreas geográficas, os diferentes organismos apliquem políticas e estratégias concordantes e adotem procedimentos homogêneos, para evitar o desperdício de recursos e obter orientações complementares que favoreçam a Saúde para Todos.

Referências

1. OPAS, Misión de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington DC, 1995.
2. OPAS, *Salud en las Américas*, edición 1998, Washington DC.
3. Nações Unidas, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), *Alojar el desarrollo: una tarea para los asentamientos humanos*, 1996.

4. OPAS, *Mid-decade Evaluation of Water Supply and Sanitation in Latin America and the Caribbean*, 1997.
5. *The Official Web Site of the Third Conference of the Parties*, <http://www.cop3.de>, Internet.
6. OMS, *Health and Environment in Sustainable Development, Five Years after the Summit*, Geneva, 1997, p.119.
7. OMS, *The World Health Report 1997, Conquering Suffering – Enriching Humanity*, Geneva, 1997, p.65.
8. *United Nations World Population Prospects: The 1996 Revision, Annex I: Demographic Indicators*, Population Division, New York, outubro de 1996.
9. Alcántara Sáez M, *Gobernabilidad, crisis y cambio*, México DF, Fondo de Cultura Económica, 1995:233-234.
10. Mathews J, *Power Shift*. Foreign Affairs, 1997 (76)1:51-66.
11. CEPAL, *Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe 1996*, Naciones Unidas, Santiago do Chile, 1996.
12. PNUD, *Human Development Report, 1995*, Oxford University Press, New York, Oxford, 1995.
13. Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). *Progreso económico y social en América Latina: informe 1996; Cómo organizar con éxito los servicios sociales*. Washington DC, BID, 1996:250.
14. *Ibid.*, p.251.
15. CEPAL, *La brecha de la equidad: América Latina, el Caribe y la Cumbre Social*. Santiago de Chile, CEPAL, 1997 (LG/C.1954(CONF.86/3):55).
16. BID, *op.cit.*, p.32.
17. CEPAL, *op.cit.*, p.13.
18. BID, *op.cit.*, pp.36-41.

19. CEPAL, *Estudio económico de América Latina y el Caribe 1995-1996*. Santiago do Chile, CEPAL, 1996:81.
20. BID,. *op.cit.*, p.61.
21. *Ibid.*, pp.50-51.
22. *Ibid.*, p.108.
23. *Ibid.*, pp.121-125.
24. CEPAL, *La brecha de la equidad*, Capítulo I, p.30.
25. *Ibid.*, p.47.
26. *Ibid.*, p.37.
27. BID, *op.cit.*, p.4.
28. CEPAL, *op.cit.*, p.64.
29. *Ibid.*, p.65.
30. *Ibid.*, p.49.
31. CEPAL, *Panorama social de América Latina 1996*. Nações Unidas, Santiago do Chile, 1996.
32. Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), *Economic and Social Progress: Latin America After a Decade of Reforms*, Washington DC, 1997.
33. Kliksberg B, *Repensando el Estado para el desarrollo social: más allá de convencionalismos y dogmas*, Reforma y Democracia #8, Revista del CLAD, maio de 1997.
34. IDB, *Economic and Social Progress: Making Social Services Work*, Washington DC, 1996.
35. VII Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y Gobierno de las Américas. Iniciativa *Escuelas Siglo 21: Formando para la vida*, Panamá, outubro de 1997.

36. CEPAL, *Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe 1996*, Nações Unidas, Santiago do Chile, 1996.
37. Franco R, *Los paradigmas de la política social en América Latina*, Revista de la CEPAL, abril de 1996.
38. *Proposal of the European Union for Reform of the United Nations System in the Economic and Social Areas*. The Nordic UN Reform Project, 1996.
39. United Nations University Millennium Project, *1997 State of the Future Report*, Public Briefing, Washington DC, 1997. Citado em *PAHO of the Future: The Institutional Challenge for the 21st Century*, documento em preparação.
40. Ver, por exemplo, OCDE, Development Assistance Committee, Development Cooperation Review Series #14, Norway, OECD, Paris, 1996.
41. OPAS, *Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991-1994*, Washington DC, OPS, 1991:13 (PNSP/91-22).
42. Tema abordado em relatório da Comissão sobre Governabilidade Global das Nações Unidas realizado em 1995.
43. Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.
44. OPAS, Relatório final, Seminário *Replanteamiento de la cooperación técnica internacional en salud*, Escritório de Análise e Planejamento Estratégico, maio de 1996.
45. Alleyne, G.A.O., Sotelo, J.M., *Technical cooperation among countries in the Americas*. Consulta inter-regional sobre programação de cooperação técnica de saúde entre países, Jakarta, Indonésia, fevereiro de 1993.
46. PAHO, *International Technical Cooperation in Health*, PAHO/AD/94.1, Washington, D.C., 1994.

CE122.R4

**ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS E PROGRAMÁTICAS
PARA A REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA, 1999-2002**

A 122ª REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Visto o documento CE122/8, no qual se propõem as orientações estratégicas e programáticas para a Repartição Sanitária Pan-Americana correspondentes ao quadriênio 1999-2002,

RESOLVE:

Recomendar à 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana a aprovação de uma resolução redigida nos seguintes termos:

A 25ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Visto o documento CSP25/8, "Orientações estratégicas e programáticas para a Repartição Sanitária Pan-Americana, 1999-2002";

Levando em conta a função constitucional da Conferência Sanitária Pan-Americana relativa à determinação das políticas gerais da Organização; e

Reconhecendo a necessidade dos Estados Membros e da Secretaria de aplicar seus esforços e recursos em tarefas que melhorem o acesso aos serviços de saúde e ajudem a obter a satisfação efetiva das necessidades de saúde dos habitantes da Região,

RESOLVE:

1. Aprovar as "Orientações estratégicas e programáticas para a Repartição Sanitária Pan-Americana, 1990-2002" como quadro básico de referência para o planejamento estratégico da cooperação técnica da Secretaria.

2. Recomendar aos Estados Membros que, ao formular suas políticas nacionais de saúde, levem em conta as orientações estratégicas e programáticas para a Repartição correspondentes ao quadriênio 1999-2002.
3. Solicitar ao Diretor:
 - a) que aplique as orientações estratégicas e programáticas ao elaborar os orçamentos bienais por programas da Organização ao longo do quadriênio 1999-2002;
 - b) que avalie o impacto da cooperação técnica com os Estados Membros, utilizando como quadro básico de referência as "Orientações estratégicas e programáticas para a Repartição Sanitária Pan-Americana 1999-2002" e informe aos órgãos dirigentes sobre os resultados dessa avaliação;
 - c) que divulgue entre os Estados Membros o documento "Orientações estratégicas e programáticas para a Repartição Sanitária Pan-Americana 1999-2002" e o transmita ao Diretor Geral da OMS para sua consideração;
 - d) que transmita o mencionado documento a organizações multilaterais e organismos de cooperação técnica de países doadores que participam em atividades do setor da saúde dos Estados membros.

*(Aprovada na quinta reunião,
realizada em 24 de junho de 1998)*