

ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO DO PAÍS 2022-2027

BRASIL

Versão revisada



OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
Escritório Regional para as Américas

ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO DO PAÍS 2022-2027

BRASIL

Versão revisada

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas



Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhável 3.0 Organizações Intergovernamentais da Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/)).

De acordo com os termos da licença, é permitido copiar, redistribuir e adaptar a obra para fins não comerciais, desde que se utilize a mesma licença ou uma licença equivalente da Creative Commons e que ela seja citada corretamente, conforme indicado abaixo. Nenhuma utilização desta obra deve dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. Não é permitido utilizar o logotipo da OPAS.

Adaptações: em caso de adaptação da obra, deve-se acrescentar, juntamente com a forma de citação sugerida, o seguinte aviso legal: “Esta publicação é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As opiniões expressas nesta adaptação são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam necessariamente a posição da OPAS”.

Traduções: em caso de tradução da obra, deve-se acrescentar, juntamente com a forma de citação sugerida, o seguinte aviso legal: “Esta publicação não é uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não assume nenhuma responsabilidade pelo conteúdo nem pela exatidão da tradução”.

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia de Cooperação do País 2022-2027 - Brasil. Versão revisada. Brasília, DF: OPAS; 2022.

Dados de catalogação: podem ser consultados em: <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças: para adquirir publicações da OPAS, entrar em contato com sales@paho.org. Para solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenças, ver www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiais de terceiros: caso um usuário deseje reutilizar material contido nesta obra que seja de propriedade de terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe a ele determinar se necessita de autorização para tal reutilização e obter a autorização do detentor dos direitos autorais. O risco de ações de indenização decorrentes da violação de direitos autorais pelo uso de material pertencente a terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Avisos legais gerais: as denominações utilizadas nesta publicação e a forma como os dados são apresentados não implicam nenhum juízo, por parte da OPAS, com respeito à condição jurídica de países, territórios, cidades ou zonas ou de suas autoridades nem com relação ao traçado de suas fronteiras ou limites. As linhas tracejadas nos mapas representam fronteiras aproximadas sobre as quais pode não haver total concordância.

A menção a determinadas empresas comerciais ou aos nomes comerciais de certos produtos não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante. Salvo erro ou omissão, nomes de produtos patenteados são grafados com inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para confirmar as informações constantes desta publicação. Contudo, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, expressa ou implícita. O leitor é responsável pela interpretação do material e seu uso; a OPAS não poderá ser responsabilizada, de forma alguma, por qualquer prejuízo causado por sua utilização.

Mensagem do Ministro da Saúde do Brasil

No ano em que celebramos os 120 anos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o bicentenário da Independência do Brasil, temos enorme satisfação em firmar a Estratégia de Cooperação do País (ECP) 2022-2027.

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como direito fundamental, direito de todos e dever do Estado, originando um dos maiores sistemas nacionais de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), guiado pelos princípios da universalidade, da igualdade e da integralidade e gratuidade da assistência.

A cooperação técnica promovida pelo Escritório da OPAS/OMS no Brasil, já tradicional, foi importante para a consolidação do SUS, em ações coordenadas, com vistas a: promover a saúde e o bem-estar das pessoas; ampliar o acesso e a cobertura em saúde de forma integral e equitativa, com ênfase na atenção primária; e qualificar os recursos humanos. Possibilitou, ademais, o acesso justo e rápido a medicamentos e vacinas, por meio dos inovadores mecanismos do Fundo Rotatório e do Fundo Estratégico.

No contexto do maior desafio de saúde global da história moderna, representado pela pandemia de Covid-19, a parceria com a OPAS revelou-se igualmente fundamental.

Foi possível com o SUS, com a expansão na capacidade de vigilância, a ampliação da atenção primária e especializada à saúde. Foram mais de R\$ 100

bilhões destinados exclusivamente para o combate à pandemia, além dos mais de R\$ 492 bilhões para o financiamento regular da saúde no triênio 2020-2022. O Brasil realizou, ainda, a maior campanha de vacinação de sua história, com mais de 500 milhões de vacinas distribuídas, e cerca de 80% da população com o esquema vacinal completo.

As cinco prioridades estratégicas definidas para esta ECP nos permitem avançar na agenda de cooperação e, ao mesmo tempo, ampliar os objetivos próprios com a finalidade de fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde, desde já favorecendo a recuperação do cenário pandêmico de Covid-19, como: (i) proteger e promover a saúde da população; (ii) recuperar os serviços de saúde; (iii) contribuir para o desenvolvimento do SUS; (iv) impulsionar a pesquisa, inovação e produção de conhecimentos; e (v) reforçar a prevenção, a preparação e a resposta a emergências sanitárias.

Seguiremos, juntos, trabalhando em prol do direito à saúde de todos os brasileiros, sem deixar ninguém para trás!

Dr. Marcelo Queiroga

Ministro de Estado de Saúde

Mensagem da Diretora da OPAS e Diretora Regional para as Américas da OMS

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e o governo da República Federativa do Brasil apresentam a Estratégia de Cooperação do País (ECP) 2022–2027. É um documento que orienta a cooperação técnica, além de corroborar com a longa história de parceria da OPAS/OMS com o governo brasileiro e ratificar o compromisso de trabalho para alcance da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Há mais de 30 anos, o Brasil conta com o Sistema Único de Saúde (SUS), referência mundial, fonte de conhecimento para a Região das Américas e outras regiões do mundo, baseado nos princípios de “universalidade, integralidade e equidade”, e que traz a participação popular como elemento fundamental para o exercício do direito à saúde.

Nas últimas duas décadas, o Brasil tem avançado na melhoria do bem-estar e da saúde da população, com o desenvolvimento de políticas de saúde, ampliação do acesso aos serviços integrais para a população, expansão de seu modelo de atenção focado na família e comunidade, e estruturas de gestão e modelos de governança que visam assegurar a sustentabilidade do sistema.

No entanto, a pandemia de Covid-19 impactou fortemente a vida, o cotidiano e a saúde das pessoas,

e conseqüentemente impôs ao SUS uma resposta rápida e eficaz frente à pandemia e suas conseqüências. Nesse contexto, esta ECP, além de estar pautada no alcance das prioridades estratégicas e respectivas áreas de foco consensuadas na esteira do fortalecimento do SUS, considera fortemente as repercussões da pandemia da Covid-19 na saúde e na vida da população.

A ECP 2022-2027 configura-se como oportunidade de reforçar compromissos e alianças para o enfrentamento dos desafios ainda existentes no campo da saúde pública com o apoio da cooperação técnica da OPAS/OMS com o Brasil. O pós-pandemia da Covid-19 deve ser uma oportunidade para retomada dos avanços e da colaboração para recuperação oportuna, estratégica e sustentável rumo à saúde universal no País.

Continuaremos trabalhando juntos nos próximos anos para garantir a saúde universal, uma vida saudável e bem-estar para todas as pessoas sem deixar ninguém para trás no Brasil.

Dra. Carissa F. Etienne

Diretora da Organização Pan-Americana da Saúde
Diretora Regional do Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

Mensagem da Representante da OPAS/OMS no Brasil

A cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) com o Brasil é de longa data. Temos muito orgulho de sermos parte do esforço de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) na sua missão de universalizar a saúde, com intuito de que cada brasileiro exerça o seu direito constitucional.

É nesse contexto que apresentamos a Estratégia de Cooperação do País (ECP) 2022-2027. Essa é uma nova oportunidade para enfrentar os velhos e os novos desafios impostos à saúde pública e buscar caminhos inovadores para alcançar mais saúde e bem-estar para a população brasileira.

O Brasil é um país continental, com muita diversidade e história de superação de desafios na saúde pública. A pandemia de Covid-19 foi uma importante prova da capacidade e resiliência do SUS. O País tem

muito o que compartilhar sobre inúmeros resultados e lições aprendidas em saúde. É fundamental que façamos o registro e o compartilhamento do nosso conhecimento acumulado e das experiências exitosas, uma vez que o Brasil continua exercendo seu papel de liderança na promoção de metas de saúde regionais e globais.

A OPAS reafirma seu compromisso com o SUS e com a população brasileira. Temos certeza de que a implementação desta ECP, no marco da nossa cooperação técnica, melhorará a saúde de todas e todos os brasileiros, sem deixar ninguém para trás.

Dra. Socorro Gross Galiano

Representante da Organização Pan-Americana da Saúde/
Organização Mundial da Saúde no Brasil



A assinatura da Estratégia de Cooperação do País (ECP) 2022-2027 foi realizada no dia 18 de julho de 2022 pelo Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).





A cerimônia de assinatura da ECP contou com a participação de importantes instituições brasileiras que também contribuíram com a elaboração deste documento, como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).



SUMÁRIO

Resumo Executivo	xii
1 Introdução	14
2 Situação de saúde e desenvolvimento	16
3 Ambiente de parcerias	33
4 Prioridades estratégicas	37
5 Colaboração entre a OPAS/OMS e o País	53
6 Implementação	56
7 Monitoramento e avaliação	58
Referências Bibliográficas	61
Anexos	68

ABREVIATÓES

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Amazonas
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Amapá
APC	Álcool <i>per capita</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSA	Agenda de Saúde Sustentável para as Américas
BA	Bahia
Bio-Manguinhos/ Fiocruz	Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CC	Centros Colaboradores
CD49/10	49th Conselho Diretor
CD59/8	59th Conselho Diretor
CEIS	Complexo econômico-industrial da saúde
CES	Conselhos Estaduais de Saúde
CF	Constituição Federal
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
CIEVS	Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLAP/SMR	Centro Latino-Americano de Perinatologia/Saúde da Mulher e Reprodutiva
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CV	Cobertura vacinal
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DF	Distrito Federal
DIPs	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ECP	Estratégia de Cooperação do País
EMSI	Equipes Multidisciplinares Indígenas

ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
FES	Fundos Estaduais de Saúde
FMS	Fundos Municipais de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
Funai	Fundação Nacional do Índio
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILTB	Infecção Latente da Z
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LACEN	Laboratórios centrais
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LDRT	Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho
LOA	Lei Orçamentária Anual
MA	Maranhão
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NV	Nascidos Vivos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
OTCA	Organização do Tratado de Cooperação Amazônica
PA	Pará
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
Panaftosa/SPV	Centro Pan-Americano de Febre Aftosa e Saúde Pública Veterinária
PD&I	Pesquisa, desenvolvimento e inovação
PDP	Parcerias para o desenvolvimento produtivo
PEP	Profilaxia pós-exposição
PI	Piauí
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMA	Monitoramento e Avaliação do Desempenho
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNI	Programa Nacional de Imunização
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPC	Paridade de Poder de Compra
PRAIS	Plataforma Regional sobre Acesso e Inovação para Tecnologias em Saúde
PrEP	Profilaxia pré-exposição
PROTEJA	Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil
PTB	Programa de Trabalho Bienal
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Rebrats	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias de Saúde
RedETSA	Rede de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RJ	Rio de Janeiro
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RSPA	Repartição Sanitária Pan-Americana
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SC	Santa Catarina
SCZ	Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika
SE	Semana Epidemiológica
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIVEP-Gripe	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculose
TB-DR	Tuberculose resistente
TC/TA	Termo de Cooperação/Termo de Ajuste
TV-HIV	Transmissão vertical de HIV
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS
UNCT	United Nations Country Team
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNSDCF	Marco de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável
VigiAR-SUS	Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública
VOP	Vacina Oral contra Poliomielite

Resumo Executivo

A Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) tem desenvolvido uma sólida parceria com a República Federativa do Brasil para promover o desenvolvimento do sistema nacional de saúde e sua projeção internacional. A OPAS/OMS acompanha o desempenho do setor saúde, facilita a aprendizagem, o aperfeiçoamento de metodologias e tecnologias e estimula a sustentabilidade e o intercâmbio de experiências exitosas. O objetivo final da cooperação técnica da OPAS/OMS é contribuir para a saúde universal, o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o alcance de melhores resultados em saúde no Brasil. O Estado brasileiro tem o direito à saúde como um valor central, estabelecido na Constituição Federal de 1988, e defende que este deve ser promovido e protegido sem distinção.

Nas últimas duas décadas, observamos importantes avanços na saúde da população brasileira: o aumento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que utiliza as dimensões de saúde, renda e educação; e o aumento da esperança de vida ao nascer, que teve um incremento de 6,8 anos entre 2000 e 2019. Apesar dos avanços e do crescimento econômico alcançado, a pobreza e as iniquidades continuam a ser um desafio não só para o Brasil, mas também para toda a Região.

O enfrentamento das iniquidades é tarefa complexa em função dos padrões epidemiológicos e demográficos emergentes. A coexistência de doenças transmissíveis e não transmissíveis, a violência, o aumento da expectativa de vida e a urbanização exigem que os sistemas e serviços de saúde, cada vez mais, reajam de maneira diferente e inovadora. A Estratégia de Cooperação do País (ECP) 2022-2027 configura-se como uma oportunidade de reforçar compromissos e alianças para o enfrentamento dos desafios ainda existentes no campo da saúde pública com o apoio da cooperação técnica da OPAS/OMS com o Brasil.

Desde março de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou emergência em estado

de saúde pública de importância internacional em relação ao novo coronavírus (SARS-CoV-2), tem se buscado promover cooperação, guiada pelo princípio da solidariedade internacional, com o objetivo comum de interromper a propagação do vírus e evitar mortes.

É inegável que a pandemia de Covid-19 afetou toda a população, alterando as tendências dos indicadores de saúde. Nesses últimos dois anos, tem-se observado o agravamento em importantes fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a inatividade física, o excesso de peso, o consumo de produtos ultraprocessados e o uso nocivo de álcool ou outras drogas. As coberturas vacinais (tríplice viral, BCG, contra a poliomielites) também foram gravemente afetadas. O indicador de mortalidade materna, que vinha reduzindo até 2019, teve aumento importante em 2020, sendo o maior desde o ano 2000.

A Covid-19 vem produzindo repercussões não apenas de ordem biomédica e epidemiológica em escala global, mas também repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais sem precedentes na história recente das epidemias, deixando como um dos principais desafios a efetiva coordenação entre a saúde e os outros setores, com vistas a implementar iniciativas intersetoriais bem-sucedidas.

A implementação de políticas sociais em um sistema federativo requer a adoção de mecanismos articuladores entre as diferentes esferas de governo, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementação.

Para tanto, as sólidas parcerias bilaterais e a cooperação Sul-Sul, bem como a cooperação multilateral e regional, juntamente com processos dinâmicos de integração, são mecanismos básicos para o intercâmbio de enfoques e experiências eficazes, assim como de bens e serviços, para atingir metas comuns e superar as iniquidades na saúde.

O desenvolvimento da ECP 2022-2027 resultou do diálogo entre a Organização e suas instituições parceiras, especialmente com o Ministério da Saúde

(MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Além disso, considerou documentos estratégicos de alto nível como o Plano Estratégico (2020-2025) da OPAS, a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas (2018-2030), o 13º Programa Geral de Trabalho da OMS, as metas dos ODS e o processo de elaboração do Marco de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável (UNSDCF) 2023-2027, Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, Estratégia para Acesso Universal à Saúde, cobertura universal de saúde, entre outros documentos.

Todo esse processo de trabalho culminou na definição de cinco prioridades estratégicas:

1. Proteger e promover a saúde da população, centrada nas pessoas, famílias e comunidades, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade.
2. Recuperar, melhorar e tornar mais forte os serviços de saúde e os programas prioritários impactados pela pandemia de Covid-19.
3. Contribuir ao desenvolvimento de um SUS mais resiliente, equitativo e eficaz, de acordo com as necessidades de saúde da população.
4. Impulsionar a pesquisa, a inovação e a geração de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, incluindo aqueles voltados à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção de medicamentos, fitoterápicos e produtos tradicionais em saúde, vacinas, biotecnológicos e tecnologias em saúde.
5. Reforçar a prevenção, a preparação, a resposta oportuna e a recuperação nas emergências e nos desastres, com a participação das comunidades afetadas.

A ECP é uma referência estratégica para o processo de planejamento e de alocação de recursos da cooperação técnica ao Brasil, a qual deve ser continuamente revisada e atualizada para garantir a sinergia entre as prioridades do País e as da Organização, além de permitir sua adaptação a novos cenários nacionais da saúde no País. Visa, também, fomentar a sustentabilidade das ações, contribuir ao fortalecimento e ao aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), alinhar ações interagenciais, apoiar a implementação da Agenda 2030, e a cooperação internacional em saúde brasileira, ademais de construir e disseminar novos conhecimentos científicos e tecnológicos, além de contextualizar e

fortalecer a continuidade dos Termos de Cooperação que estão em desenvolvimento e próximos a serem implementados com as três esferas de gestão e outros parceiros no País.

A ECP deve ampliar e catalisar esforços conjuntos para recuperar e tornar mais forte e resiliente o SUS, assim como para responder oportunamente aos efeitos e impactos da pandemia da Covid-19, de forma a retomar avanços conquistados e mitigar efeitos negativos e impulsionar serviços essenciais e programas prioritários de saúde impactados pela pandemia, sem deixar ninguém para trás.

Em resumo, a ECP representa as prioridades a serem desenvolvidas e o compromisso e responsabilidade compartilhada entre o País e a OPAS/OMS, sendo assim, assinam pela República Federativa do Brasil e pela Organização Pan-Americana da Saúde, na cidade de Brasília, Distrito Federal, em 18 de julho de 2022:



Dr. Marcelo Queiroga

Ministro de Estado de Saúde



Dra. Carissa F. Etienne

Diretora da Organização Pan-Americana da Saúde
Diretora Regional do Escritório Regional para as Américas da OMS

Em testemunha, firmam representantes das seguintes entidades:



Nécio Fernandes de Medeiros Junior

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde



Wilames Freire Bezerra

Presidente do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde



Introdução

1

Em 2020, a OMS publicou as diretrizes atualizadas para a elaboração da Estratégia de Cooperação do País (ECP). Esse guia apresenta as atualizações para a elaboração de uma nova geração de ECP visando à implementação de ações para o cumprimento dos ODS e das metas do “triplo bilhão”, previstas no 13º Programa Geral de Trabalho da OMS, que visa até 2023: 1 bilhão de pessoas a mais se beneficiando da cobertura universal de saúde; 1 bilhão a mais de pessoas mais protegidas de emergências de saúde; e mais 1 bilhão de pessoas desfrutando de melhor saúde e bem-estar (1).

A ECP é a referência para o trabalho nos países, orienta os processos de planejamento, programação, orçamento e alocação de recursos para implementação da cooperação técnica. São os princípios que orientam a cooperação da OPAS/OMS com os países. A ECP representa a responsabilização do país pelo processo de desenvolvimento; o alinhamento com as prioridades nacionais e o fortalecimento dos sistemas nacionais em apoio à Política, à Estratégia ou ao Plano Nacional de Saúde. Além da harmonização com o trabalho de outros órgãos das Nações Unidas e de outros parceiros no país, para que o auxílio seja ainda mais eficaz.

Considerando as particularidades da Região das Américas e a governança independente da OPAS, que tem seu próprio processo estratégico de planejamento, foram necessárias diretrizes específicas. Desde 1999, a OPAS começou a elaborar as ECPs. Desde então, várias edições foram publicadas.

Nesse contexto, a elaboração da ECP 2022-2027 foi baseada em marcos globais e regionais importantes. Em nível global, o ano de 2015 marcou o início de uma nova era no desenvolvimento mundial, no qual os Estados Membros das Nações Unidas formularam e se comprometeram com a implementação da Agenda 2030. São 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) e 169 metas que buscam erradicar a pobreza e abordar suas causas subjacentes, combater desigualdades, proteger o ambiente, promover a prosperidade, bem como implementar um modelo de desenvolvimento que beneficie todas as pessoas, sem deixar ninguém para trás (2).

Ainda em nível global, o 13º Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS)

(3), aprovado em maio de 2018 na 71ª Assembleia Mundial da Saúde. Este declara o propósito de melhorar drasticamente a saúde das populações nos próximos cinco anos. A Organização reconhece que só terá sucesso baseando seu trabalho na Agenda 2030.

Na Região das Américas, destaca-se a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (4), que representa a resposta do setor da saúde aos compromissos assumidos pelos Estados Membros da OPAS na Agenda 2030, bem como os desafios emergentes da saúde pública regional. A Agenda é operacionalizada por meio dos planos e das estratégias da OPAS, considerados os planos de saúde sub-regionais e nacionais. Ademais, o Plano Estratégico da OPAS 2020-2025: a equidade, o coração da saúde (5), que define a direção estratégica da Organização com base nas prioridades coletivas dos seus Estados Membros e na atenção voltada para os países, além de especificar os resultados em matéria de saúde pública a serem alcançados durante o período 2020-2025. O Plano estabelece o compromisso conjunto dos Estados Membros da OPAS e da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) para os próximos seis anos. O Plano Estratégico é um dos principais instrumentos para a implementação da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA 2030) e, por conseguinte, para a consecução dos ODS relacionados à saúde na Região das Américas.

No âmbito nacional, foi realizada uma análise cuidadosa do contexto do País, da situação de saúde e equidade, da agenda de saúde e do desenvolvimento nacional. Outro aspecto de relevância para a elaboração da ECP foi o ambiente de parceria e principais resultados alcançados nos ciclos anteriores de planejamento estratégico de cooperação no país.

As cinco prioridades apresentadas nesta Estratégia foram elaboradas coletivamente em função de todos os aspectos mencionados anteriormente, somados a um processo de escuta e diálogo em reuniões políticas, estratégicas e técnicas com o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde, (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), e internas à Organização.

The background features a collage of diverse people's faces, including men, women, and children of various ethnicities. A white map of Brazil is overlaid on the collage, outlined with a blue and orange border. The text and symbols are centered on the map.

Situação de saúde e desenvolvimento



2

2.1 Saúde universal e acesso aos serviços de saúde

2.1.1 Origem e estrutura do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto do movimento da sociedade brasileira, denominado como Reforma Sanitária. Foi previsto na Constituição Federal (CF) de 1988 com princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. Fornece serviços de saúde gratuitos a toda população, desde vacinas a tratamentos de alta complexidade, e vem consolidando-se como um dos maiores sistemas de saúde do mundo com acesso universal. Ele distingue o desenvolvimento social do Brasil e dignifica os brasileiros.

A CF determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas, de acesso universal e equitativo, por meio de ações e serviços de saúde das pessoas e das comunidades. O SUS foi regulamentado pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Tratados internacionais de direitos humanos incorporados ao ordenamento jurídico brasileiro reafirmam o direito de todo ser humano ao mais alto padrão atingível de saúde física e mental. Todas as pessoas têm direito humano à saúde, sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação. O direito à saúde é universal, indivisível, interdependente e inter-relacionado aos demais direitos humanos. O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais destaca elementos essenciais e inter-relacionados ao direito à saúde, a saber: disponibilidade; acessibilidade, que inclui não discriminação, acessibilidade física, acessibilidade econômica, acesso à informação; aceitabilidade ou adequação social e cultural e qualidade.

O SUS está estruturado com base em três princípios organizativos: Regionalização e Hierarquização; Descentralização e Comando Único; e Participação Popular. A Regionalização é a organização e gestão dos territórios nacional, estaduais, regionais e municipais. A Hierarquização é a organização dos serviços de saúde segundo os níveis de atenção. A Descentralização é a redistribuição da responsabilidade entre os três níveis de governo, com um comando único. Por fim, a participação popular. Isso significa que a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. E sua participação deve ser garantida por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

O SUS conta com uma governança de gestão original e potente, estruturada de maneira tripartite: MS, CONASS e CONASEMS com a corresponsabilidade de pactuar e normatizar as políticas, os programas e as ações em saúde. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é o foro permanente de negociação, articulação e decisão entre os gestores nacionais, estaduais e municipais de saúde. Da mesma maneira, o sistema conta em âmbito estadual com as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), que têm uma missão similar à CIT, reunindo as SES e SMS para articular, discutir, negociar e pactuar sobre a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde em cada um dos 26 estados. No âmbito das Regiões de Saúde do País, também funcionam as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

O MS tem a responsabilidade de formular, normatizar, fiscalizar, monitorar, regular e avaliar as políticas e as ações no âmbito federal. Os gestores estaduais, as SES, têm a responsabilidade de coordenar e planejar o SUS em nível estadual, respeitando a pactuação tripartite, e são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território. E os gestores municipais, as SMS, são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde em nível local. O município formula suas próprias políticas e também é um dos parceiros para a implementação das políticas nacionais e estaduais de saúde. As SES e SMS organizam em nível regional o atendimento



Unidade de atenção primária com atendimento organizado conforme as necessidades da área de cobertura. Foto: Karina Zambrana/OPAS/OMS

pleno de sua população. Dessa forma, o sistema de saúde é estruturado considerando as três estruturas de governança, as cinco macrorregiões geográficas, as 27 SES e as 5.570 SMS.

A participação social é garantida mediante processos de escuta ativa por meio das ouvidorias do SUS e outros mecanismos de comunicação como e-mail, redes sociais e nas formulações de políticas nos comitês temáticos de programas e políticas específicas. O controle social é garantido a partir de dois mecanismos: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. Os Conselhos são órgãos em caráter permanente e deliberativo, compostos de maneira paritária por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), os 26 Conselhos Estaduais de Saúde (CES), o Conselho Distrital de Saúde (DF) e os 5.570 Conselhos Municipais de Saúde atuam na formulação de estratégias para o controle da execução da política de saúde. As Conferências de Saúde são realizadas nos três níveis de governo, a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação

da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. Já foram realizadas 16 Conferências Nacionais de Saúde, estando a 17ª Conferência convocada para 2023.

O SUS prevê um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), criado em 1999 (Decreto n.º 3.156/1999) para atuar considerando a composição étnica dos povos indígenas no País. Nessa ocasião, as responsabilidades pela saúde passaram da Fundação Nacional do Índio (Funai) para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), e desde 2010 para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). A Sesai tem a competência de gerir o SasiSUS, realizar articulação interfederativa e coordenar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Foram criados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), unidades organizacionais de base territorial e étnica, articuladas ao SUS em seus diferentes níveis de complexidade. A divisão dos DSEIs considera as relações sociais entre os diferentes povos, as características epidemiológicas e a distribuição demográfica tradicional dos grupos indígenas que compõem os territórios. A rede de serviços está organizada de forma hierarquizada e é composta por unidades

básicas de saúde localizadas em aldeias, polos-bases, casa de saúde indígena e sede dos DSEIs. A atenção à saúde é ofertada por Equipes Multidisciplinares Indígenas (EMSI) (6).

2.1.2 Planos de Desenvolvimento

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento balizador para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das políticas e programas do MS. Ele orienta a atuação da esfera federal estabelecendo as diretrizes, as prioridades, as metas e os indicadores para o período de quatro anos. O PNS está alinhado com os instrumentos governamentais, como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O PNS configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde. Sua estrutura para o período de 2020-2023 tem seu escopo ampliado incluindo aspectos do Planejamento Estratégico do MS. O Planejamento Estratégico é o instrumento que orienta a priorização e a definição de metas, os indicadores e os projetos. Para o presente período foram delineados os seguintes objetivos estratégicos: (1) garantir a saúde universal e integral; (2) ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade e em tempo adequado; (3) reduzir e controlar doenças e agravos; (4) intensificar o acesso a vacinas, medicamentos e demais insumos estratégicos; (5) fortalecer a imagem do SUS; (6) ampliar a atenção primária de forma integrada; (7) ampliar a oferta de serviços de atenção especializada; (8) intensificar as ações de vigilância em saúde; (9) aprimorar o subsistema de atenção integral à saúde dos povos indígenas; (10) otimizar a aquisição e distribuição de medicamentos e demais insumos estratégicos; (11) qualificar o trabalho e os profissionais em saúde; (12) aprimorar o modelo de financiamento do SUS; (13) aprimorar a gestão integrada da rede de saúde; (14) fortalecer o monitoramento e a avaliação de políticas públicas em saúde; (15) ampliar o conhecimento científico e a oferta de soluções tecnológicas em saúde; (16) modernizar os serviços de saúde, com foco na transformação digital; (17) aprimorar a governança e a integridade institucionais; (18) desenvolver a gestão da informação e do conhecimento; (19) desenvolver a gestão estratégica de pessoas; (20) integrar sistemas e tecnologias

com foco na transformação digital; (21) aprimorar a gestão orçamentária e financeira; (22) ampliar o uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS; e (23) ampliar o número de Farmácias Vivas no Brasil.

As políticas nacionais de saúde, que se baseiam no conceito ampliado de saúde e apresentam diretrizes e estratégias no âmbito individual e coletivo com responsabilidades e pactuações entre os três entes federados, são fundamentais para o SUS.

2.1.3 Redes de Atenção à Saúde

O Brasil avançou consideravelmente rumo à cobertura universal de saúde com a criação do SUS. Nos últimos 30 anos, o acesso à assistência ambulatorial aumentou substancialmente. Um dos pontos-chave para esse resultado foi a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entre 2000 a 2018, ocorreu a expansão da cobertura, de 13 milhões para 130 milhões de pessoas, superando 60% da população, de forma predominante nas regiões mais pobres. O investimento na ESF foi acompanhado pelo desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (7).

As RAS organizam-se por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde são ofertados serviços que determinam a estruturação da atenção secundária e terciária. As RAS são organizadas para responder a condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos, que implica continuidade e integralidade nos diferentes níveis (atenção primária, secundária e terciária) (8). A APS é a ordenadora do cuidado. A sua estrutura operacional apresenta os seguintes componentes: centro de comunicação; pontos de atenção (secundária e terciária); sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde); sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e sistema de governança (9). O MS, por meio da Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS (10).

Em março de 2022, a cobertura da APS das equipes financiadas pelo MS foi de 69,63%. Considerando o território do país, marcado por desigualdades

sociais, a cobertura de APS no País se distribui de forma heterogênea. As maiores coberturas foram observadas no Piauí (PI) e em Santa Catarina (SC), com 94,93% e 91,44%, respectivamente, e as menores foram registradas no Amapá (AP), com 42,77% e em São Paulo (SP), que apresentou 53,08% da população coberta (11-13).

2.1.4 Financiamento do SUS e gasto em saúde

O financiamento do SUS é oriundo de recursos financeiros do Orçamento da Seguridade Social, por meio dos impostos e das contribuições da União, dos estados, dos municípios e de outras fontes. Esses recursos são administrados pelos Fundos de Saúde. Em cada esfera de governo existe um Fundo de Saúde, que é o gestor financeiro dos recursos: na esfera federal, o MS administra os recursos, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS); na esfera estadual, os Fundos Estaduais de Saúde (FES) gerenciam os recursos, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde; e na esfera municipal, os Fundos Municipais de Saúde (FMS) são os gestores financeiros, por meio das Secretarias Municipais de Saúde. O financiamento do SUS e o uso dos recursos estão sob fiscalização dos Conselhos de Saúde em seus níveis correspondentes (municipal, estadual e nacional) e dos Órgãos de Fiscalização e Controle, como os Tribunais de Contas de cada esfera administrativa (Tabela 1).

De 2000 a 2020, o gasto total em saúde aumentou de 8,3% para 9,6% do Produto Interno Bruto (PIB) (3,8% público) e de US\$ 312 para US\$ 853 *per capita*. Em relação às comparações com o PIB, os gastos dos brasileiros com saúde correspondiam a 8,9%, em 2015, e aumentou para 9,6% do PIB, em 2019. O crescimento dos gastos relativamente ao PIB deve-se mais ao menor crescimento do PIB do que propriamente a um aumento dos gastos com saúde. Regimes públicos representaram de 3,9% a 4,0% do PIB, enquanto regimes privados responderam por 5,0% do PIB, em 2015, e passaram a representar 5,7% do PIB em 2019. Esse padrão de gastos com saúde contrasta fortemente com o observado nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), nos quais, em 2019, os regimes públicos responderam,

em média, por 6,1% do PIB e os regimes privados, em média, por 2,1%. Em uma análise comparativa com a OCDE, pode-se dizer que o gasto total em saúde no Brasil, considerando tanto as contribuições públicas quanto as privadas, está acima da média atual da OCDE e provavelmente terá que se expandir substancialmente nos próximos anos como resultado da transição demográfica e epidemiológica da população (14).

Em valores *per capita*, o gasto total em saúde, em valores correntes no período 2015 a 2019, teve um crescimento de 29,3% em reais e de 13,3% em dólar em paridade de poder de compra (PPC). Em comparação a países da América Latina e do Caribe (15), o gasto *per capita* brasileiro figuraria acima da média da região, (1.026 dólares PPC).

Considerando as diferenças entre os gastos correntes *per capita* no regime de financiamento do SUS e de saúde suplementar, uma pessoa representativa da média do gasto *per capita*, que tenha gastos cobertos por planos de saúde, pelo SUS (por direito constitucional) e por desembolso direto, somados, teria um gasto médio de R\$ 4.685, em 2015, e de R\$ 6.620, em 2019. Por sua vez, uma pessoa que dependesse exclusivamente do SUS (sem plano de saúde) e não tivesse recursos para gasto do bolso se beneficiaria de um gasto *per capita* médio de R\$1.083, em 2015, e de R\$1.320, em 2019. Ou seja, a primeira pessoa teria, em 2015, um gasto 4,3 vezes maior que quem depende exclusivamente do SUS. Essa diferença aumentou cinco vezes em 2019 (16).

A despesa mensal *per capita* em saúde se mostrou maior para moradores da zona urbana, mulheres brancas, homens brancos e pessoas com ensino superior completo. Como o indicador está correlacionado com o poder aquisitivo, as desigualdades regionais são mais perceptíveis. A despesa média mensal com assistência à saúde, que inclui gastos com medicamentos e planos de saúde, representou 6,5% da despesa total das famílias. O gasto com medicamentos nas famílias de renda mais baixa correspondeu a 70,4% do total gasto com saúde; enquanto na classe mais alta, o peso foi de 25,5%. Por sua vez, a participação das despesas com planos de saúde foi maior nas classes de renda mais alta (53,2%), enquanto na classe mais baixa o percentual correspondeu a 6,8% (17).

Analisando o gasto em saúde durante os anos de 2020 e 2021 houve incremento importante de recursos destinados ao enfrentamento da pandemia de Covid-19. Em 2020, os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) apresentam aumento no gasto total *per capita* das três esferas, atingindo R\$ 1.600,14, em comparação com R\$ 1.384,22 em 2019. Esse valor ainda está longe dos R\$ 4.485,49 *per capita* aplicados pela saúde suplementar em 2019, porém é necessário manter os valores atingidos como legado necessário para manutenção de uma capacidade instalada importante para resposta a situações semelhantes.

O SUS foi responsável pela resposta efetiva do Brasil aos desafios impostos pela pandemia de Covid-19, demonstrando que se trata de um ativo essencial

ao desenvolvimento social e econômico do País. A partir do controle da pandemia com ação decisiva de vacinação de mais de 80% da população brasileira e fortalecimento do financiamento de serviços de saúde, com aplicação de R\$ 65 bilhões adicionais em 2020, houve uma mensagem clara de necessidade de reposicionamento do sistema de saúde como ferramenta capaz de responder a futuros eventos de saúde de proporção global.

Além da transição demográfica e da necessidade de novas fontes de financiamento público para a saúde universal, também a transformação digital na saúde, a melhoria na qualidade da alocação de recursos na saúde e a melhoria de qualidade no atendimento às necessidades da população compõem um elenco considerado prioritário para a sustentabilidade fiscal do sistema.

2.2 Caracterização geral

O Brasil é uma República Federativa formada pela união indissolúvel dos estados, dos municípios e do Distrito Federal (DF), constitui-se em Estado Democrático de Direito, tendo como fundamentos: soberania; cidadania; dignidade da pessoa humana; valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; pluralismo político. Os objetivos fundamentais previstos no artigo 3º da CF, são: construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

A organização político-administrativa compreende a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, todos autônomos, cujas competências são estabelecidas pela CF. O País é dividido territorialmente no DF e em 26 estados, e 5.570 municípios. A capital federal é Brasília.

O Brasil possui a sexta maior população do mundo (213 milhões de habitantes, em 2021), ficando atrás da China, da Índia, dos Estados Unidos, da Indonésia e do Paquistão (18). O Brasil ocupa cerca de 50,0%

da área total da América do Sul, com território de 8.515.767 km². É o terceiro maior país das Américas e o quinto maior do mundo, ficando atrás da Rússia, do Canadá, da China e dos Estados Unidos. Possui fronteiras com 10 dos 12 países da América do Sul (Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela). Cerca de 16,7% do território está distribuído em 588 municípios na faixa de fronteira terrestre, a maior na Região Norte. Porém, o Sul é a região com maior quantidade de municípios na faixa de fronteira (418). No Centro-Oeste, a maior área de fronteira fica no estado do Mato Grosso do Sul (19).

No Brasil existem seis tipos de biomas em território: Amazônia (49,5%), Mata Atlântica (13%), Cerrado (23,3%), Caatinga (10,1%), Pampa (2,3%), e Pantanal (1,8%), que se caracterizam por possuir vida vegetal e animal que se encontra sob condições semelhantes de clima e geografia (20).

Há três tipos de clima no país: equatorial, tropical e temperado. O clima equatorial abrange boa parte do País, englobando principalmente a região da Floresta Amazônica, onde chove quase diariamente

e faz muito calor. Já o clima tropical varia de acordo com a região, mas também é quente e com chuvas menos regulares (21).

2.2.1 Perfil demográfico

A última estimativa (2021) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para população foi de 213,3 milhões de habitantes (22). A população das 26 capitais e do DF superam os 50 milhões de habitantes (23,9% da população total). São Paulo (SP) é o estado mais populoso (46,6 milhões de habitantes), seguido de Minas Gerais (MG) (21,4 milhões) e do Rio de Janeiro (RJ) (17,5 milhões). Os cinco estados menos populosos, somam cerca de 5,8 milhões de pessoas (Roraima, Amapá, Acre, Tocantins e Rondônia). O município de São Paulo é o mais populoso (12,4 milhões), seguido por Rio de Janeiro (6,8 milhões) e Salvador (2,9 milhões). Em 17 municípios, com mais de milhão de habitantes, concentram-se 21,9% da população; e em 3.770 municípios, com menos de 20 mil habitantes, se agrupa 14,8% da população brasileira (Tabela 2).

Como se vê, o Brasil é muito díspar quanto à densidade demográfica. A média é de 25,1 pessoas por km², a Região Sudeste apresenta a maior densidade (96,9) e a Região Norte a menor (4,8). O estado com maior densidade é o DF (537,0), seguido por RJ (399,2), e SP (187,9). Entre os menores, estão o Amazonas (AM) (2,7), Roraima (2,9) e Mato Grosso (MT) (3,9) (23). A população brasileira vive majoritariamente em áreas urbanas (84,7%) e somente 15,3% em áreas rurais. A Região Sudeste concentra a maior população urbana (93,1%) e a Nordeste, a menor (73,1%) (24).

Estimativa do IBGE de 2019 indica a presença de 13.151 mil favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, mocambos, palafitas, loteamentos, estes todos denominados como aglomerados subnormais, localizados em 13,2% (734 dos 5.570) municípios, em todos os estados do País, incluindo o DF. A maior concentração desses aglomerados está no Amazonas (AM), Espírito Santo (ES), Amapá (AP), Pará (PA), Rio de Janeiro (RJ) e Bahia (BA). As populações dessas comunidades vivem sob condições socioeconômicas, de saneamento e de moradias precárias (25).

Estimativas para o ano 2020 mostravam que havia 1,11 milhão de pessoas residentes em aldeias indígenas e 1,13 milhão em quilombos no Brasil. A maior população quilombola se concentra na Região Nordeste (61,8%), destaque para Bahia (BA) e Maranhão (MA). E a Amazônia Legal concentra 63,6% do total de residentes em áreas indígenas no País (26).

A transição demográfica e epidemiológica é particularmente acelerada no País. Desde as últimas décadas do século XX, observa-se a redução da fecundidade e da mortalidade, acarretando grande transformação da estrutura etária. Entre 2000 e 2020, o Brasil quase dobrou a participação dos maiores de 64 anos na sociedade, saindo de 5,6% para 9,8%, respectivamente; ao mesmo tempo em que diminuiu de 30,0% para 20,9% a participação dos menores de 15 anos. Em 2011, a população de idosos (60 anos e mais) no Brasil representava 11,0% da população total, passando para 14,8% em 2022, com projeção de 16,2% para 2025. Estima-se que, em 2030, o número de idosos ultrapassará o total de crianças entre 0 e 14 anos. O envelhecimento como indicador de rastreamento no contexto de transições demográficas e epidemiológicas diferenciadas determina que os estados com envelhecimento mais rápido precisam organizar seus serviços de saúde para dar uma resposta adequada (18, 23).

Na segunda metade do século XX, houve considerável migração para SP, atraída pelo desenvolvimento da indústria e da agricultura. Nos anos 2000, observaram-se novas dinâmicas de migração dentro do país, especialmente nos estados da Região Centro-Oeste (27). No período de 2011 a 2020, os maiores fluxos de imigrantes foram da Venezuela, Haiti, Bolívia, Colômbia e Estados Unidos. Atualmente, estima-se que 1,3 milhão de imigrantes residam no Brasil (28). O Brasil tem recebido e acolhido uma população considerável de refugiados e migrantes da Venezuela. Até maio de 2022, havia mais de 345 mil pessoas refugiadas e migrantes da Venezuela no Brasil (29).

2.2.2 Desigualdades e Determinantes Sociais da Saúde

Nas últimas duas décadas, observam-se importantes avanços na saúde da população brasileira. A

esperança de vida ao nascer aumentou 6,8 anos de 2000 a 2019. Reflexo disso é o aumento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que utiliza as dimensões de saúde, renda e educação. No entanto, a partir de 2020, o efeito da pandemia de Covid-19 afetou toda a população, alterando as tendências dos indicadores de saúde. Nesses últimos dois anos, tem-se observado o agravamento em importantes fatores risco para as DCNT como a inatividade física, o excesso de peso, o consumo de produtos ultraprocessados e o uso nocivo de álcool ou outras drogas. As coberturas vacinais (tríplice viral, BCG, contra as poliomielites) também foram gravemente afetadas. O indicador de mortalidade materna, que vinha reduzindo até 2019, teve aumento importante em 2020, sendo o maior desde o ano 2000 (Tabela 3).

O enfrentamento das desigualdades no Brasil permanece como um grande desafio para o País, devido ao seu histórico de grande concentração de renda em uma parcela pequena da população, que foi amplificada pela pandemia de Covid-19. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), em 2020, revelou que os 10,0% mais ricos detinham 41,6% de toda a renda e os 10,0% mais pobres, apenas 0,9%. Entre 2019 e 2020, houve redução do índice de Gini, sobretudo no Norte e no Nordeste, regiões com maior proporção de domicílios recebendo o auxílio emergencial (30). A PNAD Contínua 2020 mostrou que a distribuição da população pobre e extremamente pobre no território nacional difere daquela observada para a totalidade da população.

O nível de ocupação dos trabalhadores brasileiros entre 2019 e 2020 chegou a 51,0%. Em comparação com 2019, os efeitos da pandemia afetaram mais a população com menor escolaridade e grupos em situação de vulnerabilidade, com destaque para mulheres e população preta ou parda. Em relação ao recorte por sexo, a desigualdade refletiu tanto a

maior participação dos homens na força de trabalho quanto as dificuldades que as mulheres enfrentam para encontrarem emprego e permanecerem ocupadas. A situação de desigualdade relacionada ao gênero é maior quando comparada ao nível de instrução aliada à raça ou cor, especialmente para mulheres sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, que reduz seu grau de autonomia e independência para tomada de decisões e ainda pode aumentar a vulnerabilidade em relação às violências (31).

A pandemia impactou a garantia de acesso à escola a todas as crianças e adolescentes de 4 a 17 anos de idade. As desigualdades educacionais foram intensificadas tanto por fatores internos ao sistema de ensino, na sua capacidade de propor atividades alternativas, como externos, em função das diferentes realidades de acesso a essas atividades por alunos com distintas características socioeconômicas. Os alunos da rede pública, com menor renda, pretos ou pardos, moradores da zona rural e das regiões Norte e Nordeste apresentaram as piores condições de ensino (2). Um levantamento feito pelo INEP (2021) mostrou que as escolas ficaram em média 279,4 dias sem aulas presenciais (educação básica) em 2020. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) afirma que a Covid-19 colocou crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade (32, 33).

Em 2019, dos 72,4 milhões de domicílios, 97,6% possuíam água canalizada, e 88,2% (63,8 milhões) tinham acesso à rede geral de abastecimento de água. Cerca de 97,8% dos domicílios possuíam banheiro de uso exclusivo e, em 68,3%, o escoamento do esgoto era feito pela rede geral ou fossa séptica ligada à rede geral. O percentual de domicílios que possuíam banheiro de uso exclusivo do domicílio variou de 90,2%, na Região Norte, a 99,8%, na Região Sul (34).

2.3 Situação de Saúde

2.3.1 Morbimortalidade e fatores de risco – pandemia de Covid-19

A partir de 2020, o Brasil e o mundo enfrentaram a pior crise sanitária dos últimos 100 anos, a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional decorrente do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Desde seu início em 2020 até o dia 22 de maio de 2022, o Brasil apresentou 30.791.220 casos e 665.627 óbitos. Durante o seu curso, a Região Sul foi a que apresentou a maior taxa de incidência, 22.123 por grupo de 100 mil habitantes, seguido pela região Centro-Oeste (20.365). E as regiões Centro-Oeste (389) e Sudeste (360) apresentaram as maiores taxas de mortalidade (35).

A magnitude dessa pandemia foi tão grande que o impacto foi observado de forma sistêmica desde as ações de promoção e prevenção de saúde até a reabilitação, incluindo a desestruturação da vigilância de outras doenças e agravos. Os serviços de saúde foram reorganizados para prestar assistência à população e para reduzir o risco de transmissão do vírus para pacientes ou profissionais de saúde durante o atendimento. Foram adiadas as consultas eletivas e as preventivas, tais como imunizações, pré e pós-natal, exames físicos anuais, pesquisa de câncer, exames para detecção precoce de algumas doenças ou agravos, cuidado de doenças que precisam de atenção continuada como as DCNT, entre outros.

Observaram-se impactos na saúde materno-infantil com desfechos desfavoráveis como o aumento da mortalidade materna; a redução na proporção de sete ou mais consultas pré-natal (de 72,4% para 71,0%); e aumento da proporção de nenhuma consulta realizada no ano de 2020 (1,5%) para 2019 (1,7%). Esses indicadores refletem a necessidade de recuperação do acesso e da cobertura de serviços de saúde das mulheres, gestantes, neonatos, crianças, adolescentes e idosos interrompidos pela pandemia de Covid-19. Todas essas mudanças têm influenciado a situação de saúde da população, as quais podem ser observadas nos indicadores de morbimortalidade, fatores de risco e dos sistemas de saúde (Tabela 3).

Foram também observados impactos significativos na saúde mental e no bem-estar psicossocial da população, especialmente em alguns grupos, como profissionais da saúde, mulheres, crianças, adolescentes e pessoas com condições mentais preexistentes. Resultados de pesquisa nacional detectaram alta prevalência de depressão (61,3%), ansiedade (44,2%), estresse (50,8%) e impacto psicológico (54,9%) devido ao isolamento imposto pela doença (36). A porcentagem de profissionais de saúde com sintomas consistentes com depressão grave foi de 13% (37).

2.3.2 Cenário da mortalidade por grupos de causas

Ao longo dos anos, o Brasil continua a ser afligido por triplo fardo: tendências crescentes de doenças não transmissíveis relacionadas ao estilo de vida, problemas persistentes de doenças infecciosas juntamente com epidemias e as causas externas de mortalidade. Porém, nos últimos dois anos, a emergência sanitária de Covid-19 proporcionou grande mudança no curso das tendências das causas de óbito (38).

As DCNT e os agravos foram responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no Brasil nas últimas décadas, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, mortalidade prematura e maior impacto nas populações mais vulneráveis. Em 2019, as DCNT e os agravos foram responsáveis por 76,0% e 12,0% de todos os óbitos, respectivamente, resultando em nove das dez principais causas de morte. As doenças cardiovasculares (DCV) e neoplasias lideraram o ranking de mortalidade, seguidas pela diabetes e as doenças renais; as infecções respiratórias e tuberculose; os suicídios e as agressões; e as afecções maternas e neonatais. Desde 2015, houve redução de 1,5% na taxa de mortalidade prematura devido a quatro principais DCNT (DCV, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas) (39, 40). Esse decréscimo apresentou desaceleração nos últimos anos devido ao estancamento da mortalidade prematura por

câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. O câncer de colo de útero é a terceira causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (41, 42).

Em 2020, houve importante redução na participação das DCNT na mortalidade (49,0% do total nas causas definidas), devido ao efeito da sobrevida dos riscos competitivos, no qual as pessoas com DCNT tem o maior risco de desenvolver as formas mais graves e morrer quando adoecem pelo coronavírus, invisibilizando as mortes por DCNT. O cenário futuro é preocupante, indicando uma possível tendência de crescimento da mortalidade por DCNT, visto que foi necessário interromper parcial ou totalmente os serviços de atenção à saúde às pessoas com DCNT e transtornos mentais devido à pandemia, fazendo-se necessário reordenar e priorizar as ações de tratamento, rastreamento, prevenção de DCNT e agravos e de promoção da saúde (43).

As lesões de trânsito, as agressões e os suicídios lideram a mortalidade por causas externas. De 2000 a 2019, a taxa de mortalidade por lesões de trânsito reduziu em 18,8%, atingindo 14,4 óbitos a cada 100 mil habitantes. Nesse mesmo período, as mortes por agressões passaram de 27,6 para 22,8 óbitos/100 mil habitantes; e os suicídios de 4,3 para 6,1 por 100 mil habitantes. A taxa de mortalidade por violência interpessoal contra meninas e mulheres passou de 5,8 para 5,2 por 100.000, de 1990 para 2019. Análises por faixa etária indicaram que mulheres jovens e adultas, de 15 a 49 anos, apresentavam maior risco de morrer por violência interpessoal, em comparação com outras faixas etárias (44).

A razão de mortalidade materna (RMM) caiu de 73,3 para 57,9 por 100.000 nascidos vivos (NV), entre 2000 e 2019. Em 2020, aumentou para 74,7 por 100.000 NV, sendo o maior valor dessas duas últimas décadas devido à pandemia; a RMM da Região Norte foi 2,2 vezes maior que a da Sul, mostrando consistentemente desigualdades regionais no Brasil (45). Neste ano, o Brasil foi o país com o maior número de óbitos maternos relacionados à Covid-19 da Região (33,7%). O óbito materno reflete o contexto socioeconômico, as desigualdades no acesso à saúde integral e a qualidade dos serviços de saúde reprodutiva das mulheres durante a gravidez, parto e puerpério (46).

A taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos) diminuiu de 32,0 para 14,0 por 1.000 NV de 2000 a 2020; a infantil caiu de 16,0 para 12,2 por 1.000 NV; e a neonatal de 16,7 para 8,8 por 1.000 nascidos vivos. Em 2020, a Região Norte possui um risco de óbito na infância, infantil e neonatal de 1,8, 1,8 e 1,6 vezes maior que a Região Sul, respectivamente (45). Em 2019, é importante notar que a taxa de mortalidade infantil na população indígena foi de 32,1 por 100 NV, sendo 2,6 vezes superior que na população geral (Figura 1). Entre 2018 e 2021, foram notificados 40 óbitos, em sua maioria em menores de 5 anos, por sarampo confirmado e, em 2020, um caso confirmado de tétano neonatal. Essa heterogeneidade reflete as desigualdades sociais observadas no país e as iniquidades produzidas no acesso à saúde e de outras necessidades básicas como acesso à água potável, esgotamento sanitário e segurança alimentar e nutricional (47).

O aleitamento materno é uma das maiores estratégias para a redução da mortalidade infantil. O aleitamento na primeira hora de vida e o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses têm grande potencial de alcançar a meta global (70%) até 2030, sendo que a prevalência, em 2019, foi de 62,4% e de 45,8%, respectivamente (48).

2.3.3 Fatores de risco

No período de 2013 a 2019, o percentual de adultos com excesso de peso passou de 42,3% para 61,7%, e o de obesidade mais que dobrou, passando de 12,2% para 26,8%. A prevalência de excesso de peso e obesidade foi maior entre as mulheres (58,0%). O consumo de alimentos ultraprocessados está entre os principais fatores de risco para obesidade e DCNT. Em contraste, há uma alta prevalência de desnutrição crônica em grupos em situação de maior vulnerabilidade, como as crianças indígenas, além de deficiências de ferro, vitamina A e vitamina B1 e tiamina, com o ressurgimento dos casos de beribéri. Esses dados expressam a múltipla carga da má nutrição no País, caracterizada pela coexistência de obesidade, desnutrição e carências de micronutrientes (49).

O Brasil é um dos países com população menos ativa da Região das Américas. O percentual de adultos que não pratica atividade física suficiente

é de 48,2%, acima do percentual da região (39,3%) e global (27,5%) (49).

De forma positiva, o percentual de adultos fumantes vem apresentando uma expressiva queda nas últimas décadas em função das inúmeras ações multissetoriais de controle de tabaco. O Brasil é o segundo país no mundo a cumprir as medidas MPOWER da OMS, conforme plano para reverter a epidemia do tabagismo, previsto na Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da OMS. Entre 1989 e 2010, estima-se que 420 mil óbitos foram evitados. Em 2019, o percentual total de adultos fumantes foi de 12,6% (50), e de jovens de 13 e 17 anos, de 6,8%. É possível dizer que pelo histórico da luta contra o tabaco, o Brasil alcança liderança global e poderia ser um dos primeiros países do mundo a ser considerado livre do uso de exposição ao tabaco como problema de saúde pública (51).

O consumo semanal de bebidas alcoólicas aumentou de 23,9% para 26,0%, entre 2013 e 2019, sendo maior entre as mulheres. Apesar de um declínio no consumo de álcool *per capita* (APC) no País, o consumo etílico em maior frequência aumentou ao longo da última década. Caso não se avance em novas medidas para a redução do uso nocivo de álcool, esses números podem não diminuir. Outro fator preocupante foi o beber e dirigir: 17,0% dos motoristas brasileiros relataram tal comportamento em 2019 (50).

Por fim, o aumento da expectativa de vida da população nas últimas décadas tem possibilitado que as causas das deficiências estejam cada vez mais relacionadas à DCNT. Em 2013, 6,2% da população com mais de 18 anos informou algum tipo de deficiência. A deficiência visual é a mais comum (3,6%), seguida das deficiências física (1,3%), auditiva (1,1%) e intelectual (0,8%). Em 2019, a deficiência visual esteve em 3,4%, a deficiência física, em 4,9%, a auditiva, em 1,1%, e a intelectual, em 1,2% (52).

2.3.4 Doenças transmissíveis prioritárias

O Brasil mantém o status de eliminação da rubéola, da síndrome da rubéola congênita e do tétano neonatal (Figura 2) (53). Já com relação ao sarampo, o País perdeu o status de eliminação dessa doença

em 2019, e vem registrando a transmissão sustentada do vírus de sarampo desde 2018 até a Semana Epidemiológica (SE) 19/2022, notificando 39.379 casos confirmados, com 40 óbitos, em sua maioria crianças menores de 5 anos de idade. O País tem desenvolvido estratégias efetivas para reverter o avanço da doença no território nacional, evitando a introdução de novos casos, controlando o surto em curso e prevenindo futuros ressurgimentos de casos de sarampo.

O Brasil é o segundo país, depois da Índia, com a maior carga de hanseníase no mundo. Na Região das Américas é o país com a maior notificação de casos (54). Em 2019, foram reportados 27.863 casos novos, e em 2020, 17.979. A redução de 35,5% pode ser atribuída à sobrecarga dos serviços de saúde e às restrições impostas pela pandemia de Covid-19. Entre esses casos, a maior quantidade foi entre pardos (58,9%), com baixa escolaridade (40,9%), e entre 30 e 59 anos de idade (> 50,0%). Altas taxas de detecção foram observadas nas Regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, e baixas na Região Sul (55).

Nos anos de 2019, 2020 e 2021, foram notificados 77.891, 68.939 e 68.271 casos novos de tuberculose (TB), respectivamente. A queda acentuada na notificação de casos em 2020 pode ser explicada pela pandemia de Covid-19, que afetou os serviços de assistência e de vigilância. Nos últimos dez anos, o País tem notificado uma média de 4.500 óbitos por ano (2,2 óbitos por 100 mil habitantes) (56).

A região amazônica é responsável por 99,0% dos casos autóctones de malária do País. Em 2021, foram notificados 139.130 casos, dos quais 41,5% no estado do AM. A Amazônia, por sua estrutura ambiental e cenário epidemiológico, apresenta desafios para o controle da malária e para a gestão de proteção da saúde da população. A maioria dos casos na região amazônica é registrada em ambientes rurais, com redução do número de casos nos últimos anos (57).

Aproximadamente 1,5 milhão de pessoas vivem em áreas sob o risco de contrair a esquistossomose. As Regiões Nordeste e Sudeste são as mais afetadas devido à presença dos moluscos transmissores. A esquistossomose está presente de forma mais intensificada em 19 unidades federadas (58, 59).

Na América Latina, o Brasil representa 43,0% dos casos de pessoas vivendo com HIV (PVHIV), 40,0% e 37,8% das novas infecções e óbitos pelo HIV, respectivamente (33,0%). Estima-se que, em 2020, havia 936 mil PVHIV no País, das quais 88,0% estavam diagnosticadas; 82,0% haviam sido vinculadas a algum serviço de saúde; 74,0% estavam retidas nos serviços; 71,0% estavam em terapia antirretroviral (TARV) e 63,0% apresentavam supressão viral. A epidemia do HIV está concentrada em grupos em situação de maior vulnerabilidade, como profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, população trans, entre outras (60).

A transmissão vertical de HIV (TV-HIV) no Brasil vem caindo de forma importante. Em 2019, o Brasil atingiu condições de pleitear a certificação da TV-HIV, com proporção anual de 2,0% de crianças infectadas pelo HIV entre as crianças expostas ao HIV (49,0%). Desde 2021, há uma demanda de fortalecimento de políticas para a eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatites B e doença de Chagas. Em 2020, observou-se redução dos casos de sífilis, possivelmente relacionada a problemas de transferência de dados ou pela mobilização de profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de Covid-19 (Tabela 4) (61, 62).

Entre 1999 e 2020, 254.389 pessoas foram diagnosticadas com o vírus da hepatite B e 262.815, com o da hepatite C. Essas infecções são as principais causas de doença hepática crônica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. Nesse mesmo período, foram registrados 78.642 óbitos por hepatites virais dos tipos A (1,6%), B (21,3%), C (76,2%) e D (0,9%) (63).

Desde a reintrodução da dengue no País, em 1981, registrou-se aumento na incidência da doença, alcançando 735,2 casos por 100 mil habitantes, em 2019 (64,65). Em 2014, foi detectado o vírus Chikungunya e, em 2015, o vírus Zika. Esses arbovírus são transmitidos pelo mosquito *Aedes aegypti*, que está presente em todos os estados. Entre 2016 e 2018, ocorreu a maior reemergência da febre amarela, com mais de 2.100 casos. As políticas estão direcionadas para impactar os determinantes de saúde (pobreza, urbanização descontrolada, destinação de resíduos sólidos, abastecimento de água, entre outros) que fazem parte da resposta ao enfrentamento das arboviroses.

2.3.5 Saúde de trabalhadores

No primeiro trimestre de 2022, a taxa de informalidade para o Brasil foi de 40,1% da população ocupada. As maiores taxas ficaram com PA (62,9%), MA (59,7%) e AM (58,1%) e as menores, com SC (27,7%), DF (30,3%) e SP (30,5%). A taxa de desemprego no Brasil ficou em 11,1%. Os estados da BA (17,6%), PE (17%) e RJ (14,9%) apresentaram as maiores taxas de desocupação. Já as menores foram em SC (4,5%), em MG (5,3%) e no MS (6,5%) (66).

No Brasil, a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) conta com 15 doenças infecciosas e parasitárias (DIPs). Trabalhadores da saúde têm risco mais elevado de DIPs. Em 2018, foram notificados 16.877 casos de leptospirose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Para 621 desses casos (3,7%) foi registrado o nexo com o trabalho, com 44 óbitos, com letalidade ocupacional de 7,1%. De um total de 7.316 casos de febre amarela notificados no Sinan, 219 foram reconhecidos como ocupacionais, e 72 evoluíram para óbito, com letalidade ocupacional de 32,9%. Entre os 71.216 casos de hepatites virais notificados, apenas para 0,2% foi reconhecida a relação com o trabalho. Entre 2006 e 2019, foram registrados 852.655 acidentes de trabalho graves, destes, 65,9% com exposição a material biológico e 33,1% por animais peçonhentos. No período, para as doenças e os agravos relacionados ao trabalho, foram registrados 184.867 casos, sendo as mais frequentes as lesões por esforço repetitivo e doenças osteomusculares (48,5%); as intoxicações exógenas (33,6%); os transtornos mentais (6,2%); e a perda auditiva induzida por ruídos (4,1%) (67).

Os trabalhadores dos serviços de saúde são todos os que atuam em espaços e estabelecimentos de saúde. A exposição ocupacional é uma importante forma de transmissão do novo coronavírus (SARS-CoV-2) desses profissionais. No Brasil, até a Semana Epidemiológica 21 de 2022, o SIVEP-Gripe recebeu 252 notificações de casos de profissionais hospitalizados com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Dessas, 166 (65,9%) foram causadas pela Covid-19. Entre estes, 22,3% foram técnicos/auxiliares de enfermagem, 14,5% médicos e 13,3% enfermeiros; e 28,3% evoluíram para óbito (68).

2.3.6 Mudança do clima e determinantes ambientais da saúde

Os eventos climáticos geram impactos para a segurança alimentar e nutricional, a qualidade do ar, o acesso à água potável, a migração populacional e os padrões de transmissão de doenças transmitidas por vetores. Seus efeitos para a saúde podem incluir o aumento de doenças respiratórias, cardiovasculares e infecciosas, problemas de saúde mental, entre outros.

De 20,0% a 30,0% das internações por doenças respiratórias podem estar relacionadas à poluição atmosférica. Uma grande proporção das doenças diarreicas pode ser prevenida pelo abastecimento de água potável segura e adequada, saneamento e higiene, e eliminação da defecação a céu aberto (69). Em 2018, 80% dos municípios possuíam informação sobre as formas de abastecimento de água, incluindo água para consumo humano monitorados pela vigilância em saúde (70).

A poluição do ar e a mudança do clima compõem um dos dez principais eixos da agenda global da OMS (71), e as populações sob a influência de queimadas e incêndios florestais são consideradas prioritárias na saúde pública. O acompanhamento da evolução das queimadas na Amazônia e no Cerrado (72) apontam uma forte tendência de aumento da incidência de doenças respiratórias durante o período que coincide com a diminuição das chuvas, a queda dos índices de umidade, a ocorrência de queimadas e a contaminação atmosférica pelos diversos tipos de poluentes.

O percentual de municípios brasileiros com abastecimento de água por rede geral chegou a 99,6% em 2017, e 60,3% deles possuem serviço de coleta de esgoto (73). Vale destacar que a maior parte da população que não dispõe de fonte segura de água para consumo, ou que não dispõe de uma solução para disposição e tratamento adequado de dejetos, reside em áreas consideradas rurais ou em comunidades tradicionais.

No Brasil, de 2016 a 2018, foram notificados 304.384 casos confirmados de intoxicações exógenas. As intoxicações não se distribuem de forma homogênea e podem estar relacionadas a fatores geográficos, sociais e econômicos (69).

2.3.7 Imunização

2.3.7.1 Cobertura Vacinal

O Programa Nacional de Imunização (PNI) inclui 45 imunobiológicos com acréscimo gradativo, sobretudo a grupos em condições especiais (74). Considera-se Cobertura Vacinal (CV) quando a criança apresenta o esquema vacinal completo preconizado no período correspondente, seguindo o calendário nacional. No País, a CV foi de 67,1%, variando de 59,9% na Região Nordeste até 73,4% na Região Sul, segundo o inquérito vacinal realizado pelo MS em crianças nascidas durante 2017 e 2018 (75).

A menor CV foi para a Vacina Oral contra Poliomielite (VOP) (80,9%) e a maior foi para a 1ª dose de Tríplice Viral (91,9%). Com exceção das vacinas Tríplice Viral (1ª dose), a Pneumocócica 10 valente (2ª dose), BCG e a vacina contra hepatite B, todas as demais apresentaram CV menores do que 90,0%. Observa-se queda das CV no tempo de acordo com o calendário nacional (89,2% para a BCG e 55,7% para a vacina contra varicela). A CV para a 3ª dose da VIP foi de 82,7% no Brasil, e nove capitais apresentaram CV menores de 80,0%, sendo que Vitória e Natal apresentaram coberturas próximas a 50,0%. A CV para a 2ª dose da vacina meningocócica C foi de 89,9% no Brasil, e seis capitais apresentaram cobertura inferior a 80,0%: Porto Alegre, Florianópolis, Natal, Fortaleza, Belo Horizonte e Rio de Janeiro.

A CV para a 1ª dose de Tríplice Viral nas capitais foi de 91,9%, sendo que nove capitais atingiram a meta de 95% e três tiveram CV menores do que 80,0% (Maceió, Natal e Belo Horizonte). Já a 2ª dose de Tríplice Viral foi de 85,7% no Brasil, somente duas capitais atingiram a meta prevista para a eliminação (Curitiba e Teresina) e nove tiveram CV inferiores a 80,0% (Fortaleza, João Pessoa, Natal, Maceió, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Florianópolis, Aracaju e Rio Branco).

A CV da vacina contra o HPV de 2013 a 2021 referentes à 1ª e 2ª dose em meninas foi de 74,9% e 56,2%, enquanto para os meninos foi de, respectivamente, 55,5% e 36,0%, inferior à meta de 90,0% estabelecida pela OMS (76-78).

Até junho de 2022, a quantidade de vacinas aplicadas contra a Covid-19 foi de aproximadamente 399 milhões de doses. A população-alvo que recebeu

uma dose foi de 91,5%, e o esquema completo (esquema de duas doses ou dose única) foi de 85,8% (79, 80).

Alguns desafios persistem para o alcance da CV. O primeiro é a hesitação vacinal, que é o reflexo da recusa de vacinas apesar da disponibilidade no serviço de saúde. Como consequência, a CV vem caindo nos últimos anos e doenças consideradas erradicadas ou eliminadas, como a caxumba, têm recrudescido (81, 82). Outro desafio é a dimensão continental e a diversidade socioeconômica do país. Em grandes metrópoles, periferias, favelas, regiões de fronteira e em comunidades isoladas como aldeias indígenas, existem dificuldades nos processos de vacinação, em especial em locais mais distantes (83).

2.3.7.2 Abastecimento

Ao longo de quase 50 anos de existência do PNI, o SUS vem investindo recursos para modernização tecnológica; adequações na rede de frios; desenvolvimento dos sistemas de informação e da vigilância de eventos adversos pós-vacinais; incorporação de tecnologia para produção de insumos e imunobiológicos; descentralização das ações e na capacitação técnico-gerencial de profissionais e gestores da saúde. Os avanços e os resultados são inegáveis e levaram o Brasil a atingir níveis satisfatórios de coberturas vacinais, bem como controlar e erradicar graves epidemias de doenças infectocontagiosas (83, 84).

O Brasil é um dos países que oferecem o maior número de vacinas de forma gratuita. Com vacinas para mais de 30 doenças, o PNI disponibiliza cerca de 300 milhões de doses anualmente e tem cerca de 38 mil salas de vacinação distribuídas pelo território nacional. Com a crescente ampliação dos imunobiológicos nos últimos 22 anos, o gasto do programa cresceu 44 vezes, passando de 94,5 milhões de reais, em 1995, para 4,7 bilhões de reais, em 2019 (53).

A pandemia pelo novo coronavírus impactou o mundo inteiro e ressaltou as desigualdades presentes em nossas sociedades. A vacinação em massa foi a medida mais eficaz para a sua superação. A aprovação do uso emergencial e a produção da CoronaVac (Instituto Butantan) (85) e da vacina de Oxford/Astrazeneca (Bio-Manguinhos/Fiocruz) foram possíveis pela capacidade tecnológica dessas instituições, e por terem liderado estudos clínicos

da fase 3. O protagonismo do Brasil na pesquisa e na produção de vacinas é possível porque o País possui instituições públicas com capacidade de receberem transferências de tecnologia. Tanto o Butantan quanto Bio-Manguinhos estabeleceram convênios de transferência de tecnologia que permitiram a produção de duas vacinas para a população brasileira no momento crítico da pandemia. Atualmente, a vacina para a Covid-19 de Bio-Manguinhos é produzida 100% nesta instituição. Esse é um ativo estratégico do País, e a produção de vacinas contra a Covid-19 é fruto da ciência e deve ser usufruída e de acesso a toda a sua população (86).

2.3.8 Emergência

Segundo a OMS, todos os países são suscetíveis às ameaças globais com impacto grave na saúde pública como surtos, epidemias, pandemias, conflitos, desastres naturais e tecnológicos, bem como o surgimento de resistência antimicrobiana, taxas crescentes de obesidade e outras comorbidades convergindo em múltiplas crises humanitárias (87).

Nesse contexto, de ocorrência de eventos de ordem ambiental, tecnológica e biológica que afetam a saúde pública, o Brasil vem manejando diversas crises como a resposta à pandemia de Covid-19, a inundações em diferentes municípios, à alta circulação de arboviroses, à epidemia de sarampo, a eventos tecnológicos, como o acidente de trabalho ampliado em Barcarena, os desastres decorrentes do rompimento das barragens de Mariana e Brumadinho, além de controlar o risco de reintrodução de doenças imunopreveníveis decorrentes da baixa adesão aos programas de vacinação acumulados ao longo dos últimos anos.

O manejo dessas crises está pautado na estruturação de sistemas de vigilância e de serviços de saúde para que tenham a capacidade de prevenir, detectar, avaliar, notificar e responder a riscos de saúde pública e eventos agudos no âmbito do SUS. A implementação do Programa Nacional de Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Programa VigiAR-SUS) proporcionou ao País avanços no fortalecimento dessas estruturas. Um dos ganhos obtidos foi o fortalecimento das estruturas de vigilância em saúde na detecção, monitoramento, alerta e resposta às emergências,

com a ampliação de 55 para 164 Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), distribuídos em todo o território nacional brasileiro, incluindo Distritos Sanitários Indígenas, municípios fronteiriços, municípios estratégicos e capitais.

As emergências e os desastres provocam impactos sociais, econômicos e ambientais que interferem nas condições de vida das comunidades afetadas a longo prazo e geram efeitos diversos sobre a saúde das pessoas, dos profissionais de saúde e a infraestrutura dos serviços. A linha de cuidado integral às crianças acometidas pela Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ), os estudos de avaliação de riscos à saúde humana decorrentes da exposição de contaminantes ambientais e, mais recentemente, os impactos diretos e indiretos da pandemia de Covid-19 são exemplos de resposta às emergências.

O SUS tem se mostrado responsivo e resiliente às múltiplas crises, tendo sido o principal pilar de resposta do Brasil à pandemia de Covid-19. Por isso, o Brasil entende e promove a qualificação da capacidade de laboratórios, de equipes de resposta rápida e de assistência, incorporando novas tecnologias ao SUS, readequando os marcos normativos, os sistemas de informação, além de desenvolver mecanismos de mobilizar recursos financeiros para ações de preparação, resposta e recuperação às emergências em saúde e desastres, possibilitando ao País se tornar referência regional para resposta a pandemias e epidemias.

2.3.9 Acesso às tecnologias

2.3.9.1 Assistência farmacêutica: acesso a medicamentos e biológicos

O Brasil tem apresentado avanços na implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e na ampliação ao acesso a medicamentos essenciais. A constante atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), a oferta de medicamentos gratuitos por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil, o lançamento do programa nacional de qualificação da assistência farmacêutica e a inserção de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS são exemplos desses avanços (88-90).

A assistência farmacêutica universal também encontra desafios para sua efetivação, como financiamento reduzido, incorporação de medicamentos eficazes com viabilidade econômica, combate ao uso indiscriminado e estímulo ao uso racional de medicamentos, crises de abastecimento e gestão de recursos financeiros, além de questões associadas à judicialização da saúde (91-93).

O mercado brasileiro de medicamentos movimentou R\$ 77 bilhões em 2020, equivalente a cerca de US\$ 15 bilhões. Houve crescimento de 11,4% em relação ao ano anterior, representando aproximadamente 2,0% do mercado mundial, sendo o sétimo maior faturamento no ranking das 20 principais economias do mundo, e o principal mercado na América Latina. Em 2020, o mercado brasileiro de medicamentos contava com 441 empresas farmacêuticas. Dessas empresas, 89 (20,2%) eram de origem internacional e 352 (79,8%), de capital nacional. As empresas multinacionais detinham 42,4% do mercado em faturamento e 22,4% em unidades vendidas (caixas). Os laboratórios nacionais responderam por 57,6% do mercado em faturamento (94).

Recentemente, o vencimento de patentes e/ou proteção de dados para o primeiro grande grupo de biológicos de referência deu início a uma era de produtos que são projetados para serem “similares” a um produto original licenciado. Questões importantes associadas ao uso de “Produtos Biológicos Similares” precisam ser definidas pelas autoridades nacionais. Elas incluem: questões de propriedade intelectual, intercambiabilidade e substituição de Produtos Biológicos Similares com o Produto Biológico de Referência, planos de farmacovigilância e prescrição médica.

A polarização entre a inovação e o acesso já vem sendo discutida há alguns anos, porém, a pandemia trouxe as discussões sobre os problemas devido a fatores como baixa capacidade fabril e preços elevados, entre outros, e que tais problemas podem ser agravados em tempos de emergências de saúde pública. No último Conselho Diretivo da OPAS, os Estados Membros assumiram o compromisso de aumentar a produção nacional e regional, bem como o acesso a vacinas, medicamentos essenciais e tecnologias em saúde. Isso somente será possível com a criação de mecanismos governamentais

para fortalecer a capacidade nacional de pesquisa, desenvolvimento, inovação e produção.

2.3.10 Regulamentação sanitária: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

O sistema regulatório nacional cumpre função chave no sistema de saúde, e tem por finalidade a promoção e proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) é composto pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), pelos órgãos de vigilância sanitária dos 26 estados, do Distrito Federal e dos municípios, pelos laboratórios centrais (LACEN) de saúde pública que são estaduais, por laboratórios municipais e pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS). O INCQS, assim como os demais laboratórios oficiais, faz parte do SNVS por meio da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária, sendo o único laboratório de nível federal.

A Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, faz referência ao campo de atuação e estabelece que cabe à vigilância sanitária desenvolver um conjunto de ações relacionadas aos bens, produtos e serviços:

1. Alimentos, bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos de agrotóxicos e de medicamentos veterinários.
2. Medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias.
3. Cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes.
4. Saneantes destinados à higienização, desinfecção ou desinfestação em ambientes domiciliares, hospitalares e coletivos.

5. Conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico.

6. Equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos, hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem.

7. Imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados.

8. Órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições.

9. Radioisótopos para uso diagnóstico in vivo, radiofármacos e produtos radioativos utilizados em diagnóstico e terapia.

10. Cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco.

11. Quaisquer produtos que envolvam a possibilidade de risco à saúde, obtidos por engenharia genética, por outro procedimento ou ainda submetidos a fontes de radiação.

12. Serviços voltados para a atenção ambulatorial, seja de rotina ou de emergência, os realizados em regime de internação, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como aqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias.

13. Serviços de interesse da saúde, como: creches, asilos para idosos, presídios, cemitérios, salões de beleza, cantinas e refeitórios escolares, academia de ginástica, clubes etc..

14. Instalações físicas, equipamentos, tecnologias, ambientes e procedimentos envolvidos em todas as fases de seus processos de produção dos bens e produtos submetidos ao controle e à fiscalização sanitária, incluindo a destinação dos respectivos resíduos.

Durante a pandemia de Covid-19, a vigilância sanitária cumpriu um papel estratégico com a divulgação de informações para viajantes, aprovação de novos requisitos sanitários para a importação e exportação de bens e produtos, entre diversas medidas. Também elaborou orientações sobre as

medidas sobre prevenção e controle de infecções, hospitais de campanha, implantação das práticas de segurança do paciente e equipamentos de proteção individual (EPI), participação em campanhas de saúde. Estabeleceu critérios, requisitos e procedimentos extraordinários para avaliação de pedidos de registro de medicamentos e produtos biológicos para prevenção e tratamento da doença e autorização de estudos clínicos para a Covid-19.

Foram adotadas medidas regulatórias destinadas à venda de máscaras para a população, aprovação de testes rápidos, e orientações sobre máscaras N95 ou equivalentes, e priorização de análise de pedidos de registro de ventiladores pulmonares. Além disso, a vigilância sanitária estabeleceu critérios e procedimentos para fabricação, comercialização e exposição à venda de preparações antissépticas ou sanitizantes.

Além disso, foram, ainda, adotadas medidas para ampliação da capacidade laboratorial pública nacional para o diagnóstico da Covid-19 e financiamento especial para locais com maiores dificuldades, em especial aquelas nas fronteiras. Também tratou-se do uso de plasma de pacientes convalescentes que se recuperaram da Covid-19 como procedimento experimental para tratamento, e divulgaram-se orientações sobre os ensaios clínicos e o uso experimental de produtos de terapias avançadas.

2.3.11 Fundos Rotatório e Estratégico

Apesar do progresso significativo que os países estão fazendo na região das Américas, o acesso

a medicamentos e outros insumos de saúde continua sendo um grande desafio por uma série de razões: o aumento de custos, a falta de recursos financeiros, a limitada disponibilidade do produto e as deficiências de qualidade.

O Fundo Rotatório para Acesso a Vacinas, criado em 1977 pelos Estados Membros da OPAS, visa facilitar a disponibilidade, em tempo oportuno, de vacinas de qualidade a preços mais baixos. Em 2000, a pedido dos Estados Membros, a OPAS estabeleceu o Fundo Rotatório Regional para Suprimentos Estratégicos de Saúde Pública, mais conhecido como Fundo Estratégico, com vistas a melhorar o acesso a medicamentos e outros suprimentos de qualidade garantida, seguros e eficazes aumentando a eficiência e a sustentabilidade de sistemas públicos de saúde na Região das Américas.

Os Fundos Rotatório e Estratégico são mecanismos regionais de cooperação técnica que facilitam a compra conjunta de vacinas e de medicamentos essenciais e suprimentos de saúde. Estes contribuem para que os países cumpram seus compromissos de alcançar os ODS, melhorando o acesso às vacinas, medicamentos e produtos de saúde pública.

Os Fundos Rotatório e Estratégico ajudaram a mitigar a interrupção da cadeia de suprimentos de vacinas e medicamentos essenciais de programas prioritários (incluindo HIV, tuberculose e malária) e aliviaram os graves desabastecimentos relacionados à Covid-19, mantendo o esforço para melhorar previsão e consolidação de demanda, negociação conjunta, facilitando a produção, garantindo a qualidade e assegurando a acessibilidade econômica de medicamentos.



**Ambiente de
parcerias**

3

A cooperação técnica da OPAS/OMS no Brasil é realizada a partir de uma ampla concertação que assume as diversas capacidades e instituições presentes no País e as redes de apoio e colaboração, tendo como principais parceiros as instituições da governança do SUS, Ministério da Saúde (MS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS), representadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), respectivamente. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que são instâncias ligadas ao controle social. Além dessas instâncias, a OPAS/OMS tem parcerias com outros ministérios, agências reguladoras e outras instituições estatais autônomas, entidades dos Poderes Legislativo e Judiciário, associações científicas e acadêmicas, Centros Colaboradores da OPAS/OMS, organizações não governamentais, setor privado, embaixadas, agências do Sistema das Nações Unidas e do Sistema Interamericano, entre outros.

O ambiente de parcerias deve ser constantemente analisado e atualizado de acordo com as mudanças do cenário nacional e internacional, o que permite identificar novas parcerias e novos relacionamentos para a cooperação técnica, bem como realizar um trabalho baseado no intercâmbio de experiências, nas inovações, nas soluções e na comunicação. O ambiente de parcerias potencializa a cooperação técnica favorecendo o alcance das prioridades previstas na ECP.

Relação com o Ministério da Saúde (MS)

A relação com o MS, suas secretarias e seus órgãos vinculados é base potente para a cooperação no País. Ela é fundamentada no alinhamento das prioridades estabelecidas na cooperação técnica da OPAS/OMS com os marcos estratégicos de saúde do Brasil. O relacionamento com o MS visa fortalecer o SUS a partir do apoio à formulação de políticas públicas de saúde.

Ao mesmo tempo, o MS compartilha constantemente suas boas práticas, saberes, experiências, insumos e equipamentos com outros países da Região e do mundo. A cooperação com a OPAS/OMS tem

um duplo olhar para dentro e para fora do País, baseado na solidariedade pan-americana e a saúde global, contribuindo ao progresso equitativo dos Estados Membros.

Relação com o CONASS, CONASEMS, COSEMS, SES e SMS

As instâncias subnacionais permitem a identificação de experiências para um escalonamento das práticas e saberes que fortalecem a cooperação técnica no país. O CONASS e o CONASEMS são parceiros fundamentais para o fortalecimento da governança do SUS, pois permitem a construção e deliberações das políticas públicas nacionais na instância da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), juntamente com o MS, e na definição de estratégias para a execução da cooperação técnica tanto em nível nacional quanto para a cooperação subnacional.

Aliadas a essas instâncias de representação, as SES e as SMS são parceiras importantes para a execução da cooperação técnica, principalmente nas pactuações e construções de cooperação em nível estadual (Comissão Intergestores bipartite – CIB) e em nível regional (Comissão Intergestores Regional – CIR). Outro importante ator é o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), no qual estão representados os secretários de saúde municipais nos estados.

Relação com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e Conselhos Municipais de Saúde (CMS)

O controle social no SUS é um dos pilares da sua gestão estratégica (95). Os Conselhos de Saúde, no âmbito nacional, estadual e municipal, permitem o fortalecimento do controle social para a construção, o acompanhamento, a avaliação de projetos, tendo a visão do cidadão nas cooperações desenvolvidas, assim como realizações de projetos voltados à regulação das ações de saúde, à participação da sociedade e grupos em situação de vulnerabilidade nos fóruns de discussão e nas pactuações regionais, bipartite e tripartite.

Agências reguladoras e outras instituições estatais autônomas

As ações de cooperação entre as agências reguladoras e a OPAS/OMS contribuem para o aperfeiçoamento das capacidades institucionais das autoridades sanitárias da Região das Américas e no cumprimento de suas funções de apoio à proteção e promoção da saúde da população. A parceria da OPAS com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) visa apoiar a garantia do acesso a medicamentos, alimentos e produtos para saúde com maior qualidade, segurança e eficácia. Ao considerar os atores envolvidos no campo da produção e do consumo de bens de saúde e a existência de inúmeras falhas de mercado, a vigilância sanitária torna-se peça-chave na proteção da saúde e no estabelecimento de relações éticas entre a produção e o consumo.

Relação internacional e processos de integração

A OPAS/OMS no Brasil colabora com o País no desenvolvimento da cooperação Sul-Sul em saúde em espaços geopolíticos de alto valor estratégico da cooperação internacional do Brasil, como o Mercosul, a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) e a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Essa relação de caráter político centra-se em cuidar do alinhamento dos projetos de caráter internacional com a cooperação triangular, utilizando como referência instrumentos jurídicos já firmados, tais como o Memorando de Entendimento de Cooperação entre o Mercosul e a OPAS.

Relação com associações científicas e acadêmicas

As universidades e sociedades científicas contribuem para a formação técnica e produção do conhecimento científico. O relacionamento se dá por meio da produção de artigos científicos, reuniões e oficinas técnicas visando à produção e a divulgação de conhecimento de interesse da saúde pública. Essas instituições são parceiras fundamentais para execução da cooperação técnica como espaço de excelência para a produção e difusão de saberes e realização de pesquisas na saúde pública.

Relação com Centros Colaboradores da OPAS/OMS

Os Centros Colaboradores (CC) são um mecanismo de cooperação de instituições de alto nível técnico e científico. São instituições de referência designadas pela OPAS/OMS para apoiar na implementação de seus objetivos programáticos e estratégicos. A instituição, ao ser designada, ganha acesso a outros centros de excelência mundial, melhorando sua capacidade para apoiar atividades e garantir a consistência científica do seu trabalho em saúde no âmbito global. Os CC existem desde a fundação da OMS. Na atualidade, são mais de 800 Centros localizados em mais de 80 Estados Membros da OMS, sendo aproximadamente 193 presentes em 14 países na Região das Américas. Hoje, o Brasil possui 19 CC ativos (Tabela 7).

Desde o ano 2000, o Conselho Executivo da OMS instou os Estados Membros a ter apoio dos CC para serviços e conhecimentos especializados com o objetivo de fortalecer a capacidade nacional de treinamento, pesquisa e colaboração para a saúde. Os Centros são incentivados a desenvolver relações de trabalho com outros congêneres promovendo a criação de redes colaborativas. Isso vem possibilitando que, além da relação bilateral com a OPAS/OMS, os Centros adotem um modelo mais dinâmico, participando e promovendo redes multilaterais. O modelo de redes favorece uma maior interação em saúde global, a identificação de sinergias e oportunidades entre pares.

Foi nesse contexto que a OPAS Brasil criou a Rede Brasileira de CC, com objetivo de potencializar a capacidade de atuação em pesquisa, desenvolvimento e inovação; desenvolvimento de capacidades e cooperação Sul-Sul com trabalho em rede em prol da Agenda 2030. Em 2020, foi publicado um [mapeamento de 176 atividades dos CCs no Brasil](#) com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (96).

Relação com embaixadas

A relação com o corpo diplomático é feita em função de processos de integração regional ou de liderança e participação na Assembleia Mundial de Saúde e na Conferência Sanitária Pan-Americana e/ou



Médico atendendo criança indígena em ação do Programa de Erradicação da Oncocercose nas Américas, parceria do Ministério da Saúde com Fiocruz, OPAS e outros entes. Foto: Alejandro Zambrana/Sesai

Conselho Diretor da OPAS. Essa relação política aborda também temas de mobilização de recursos para o fortalecimento do SUS por meio de projetos de cooperação internacional entre países.

Relação com a Sede da OPAS e da OMS, outras representações e Centros Regionais

A OPAS/OMS no Brasil mantém um relacionamento político, estratégico e técnico com suas sedes e centros para alinhar capacidades institucionais e responder de forma complementar às prioridades da ECP. A OPAS conta com três Centros Regionais, tendo os dois primeiros sede no Brasil: (1) O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – conhecido por Biblioteca Regional de Medicina que deu origem a seu acrônimo BIREME; este promove a democratização do acesso, uso e intercâmbio de informação científica e técnica em saúde, que contribui para o fortalecimento dos sistemas e serviços de saúde; (2) O Centro Pan-Americano de Febre Aftosa e Saúde Pública Veterinária (Panaftosa/SPV); este coordena o Programa de Saúde Pública Veterinária nas Américas, oferecendo cooperação em três áreas: erradicação da febre aftosa e fortalecimento dos programas de saúde animal; prevenção, controle e eliminação de zoonoses e prevenção de doenças infecciosas emergentes; e inocuidade dos alimentos e resistência antimicrobiana na cadeia de alimentos de origem animal; e (3) Centro Latino-Americano de Perinatologia/Saúde

da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR), com sede no Uruguai, que oferece cooperação técnica para promover, fortalecer e melhorar a atenção à saúde de mulheres, mães e recém-nascidos nos países da Região das Américas.

Relação com o Sistema das Nações Unidas no Brasil

A relação da OPAS/OMS com o sistema ONU no Brasil ocorre no âmbito do *United Nations Country Team* (UNCT) e outras instâncias de articulação e trabalho conjunto, propiciando processos de planejamento, programação e implementação conjuntos. A Organização participa da elaboração de documentos estratégicos, como o Marco de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, e, por meio do diálogo e atuação interagencial, em projetos e outras ações. Vale destacar as parcerias em grupos interagenciais, tais como Grupo Temático Interagencial de Gênero, Raça e Etnia, e o Programa Conjunto UNAIDS; além do Grupo de Trabalho UNAIDS e da Plataforma R4V de Coordenação para Refugiados e Migrantes da Venezuela no Brasil, composta por 55 organizações parceiras.



Prioridades estratégicas

4

As cinco prioridades estratégicas e as respectivas áreas de foco foram elaboradas considerando os marcos estratégicos nacionais, assim como os marcos regionais e globais da OPAS/OMS e do Sistema das Nações Unidas.

Com o advento da pandemia de Covid-19, foram elaboradas abordagens estratégicas sustentadas pelos princípios de equidade e de solidariedade, com base no pan-americanismo, quais sejam: "(a) Proteger os ganhos em saúde pública e simultaneamente assegurar uma resposta eficaz à Covid-19; (b) Recuperar-se do impacto da pandemia, acelerando as ações para tirar o atraso rumo às metas de 2030; e (c) Construir para fortalecer, aproveitando a inovação em prol da saúde universal e do desenvolvimento sustentável da saúde de maneira centrada nas pessoas" (Figura 3).

- 5.1.** Fortalecer a organização e os recursos do sistema de saúde relacionados à prevenção e preparação de emergências e desastres.
- 5.2.** Fortalecer a resposta coordenada, integrada e oportuna a emergências e desastres com especial ênfase nas áreas de fronteiras.
- 5.3.** Desenvolver capacidades do sistema de saúde na recuperação oportuna e efetiva.

- 1.1** Manter e acelerar os avanços de eliminação e de erradicação de doenças de interesse em saúde pública.
- 1.2** Incidir nos determinantes sociais e ambientais e nos efeitos das mudanças do clima para a saúde.
- 1.3** Promover a saúde, inclusive saúde mental, e prevenir os agravos e fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis.



O acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde são conceitos que balizaram a definição das cinco prioridades. Ambos exigem que a determinação e a implementação de políticas e ações tenham uma abordagem multissetorial baseada nos determinantes sociais da saúde. O direito à saúde é o valor central da cobertura de saúde universal, a ser promovido e protegido, sem distinção de qualquer espécie (97). Para a OPAS/OMS, o alcance da saúde universal preconiza que os serviços de saúde sejam acessíveis, integrais e de qualidade, com uma governança efetiva do sistema de saúde, um financiamento suficiente e estável, com o gasto público em saúde de no mínimo 6,0% do PIB, e a promoção de ações sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde (98).

As prioridades estratégicas e suas áreas de foco da ECP 2022-2027 têm como fundamento a abordagem de direitos humanos, a promoção da equidade, a perspectiva de gênero, etnicidade e raça – prioridades transversais da OPAS/OMS no Brasil. Também são essenciais a interculturalidade e a perspectiva quanto aos impactos para futuras gerações. Além disso, vale ressaltar a relevância do modelo do SUS e

a liderança e posição estratégica do País no cenário regional e mundial.

As prioridades estratégicas e as áreas de foco são complementares, inter-relacionadas e interdependentes, com a mesma relevância para alcançar níveis mais elevados de saúde e bem-estar de todas as pessoas, famílias e comunidades.

O enfoque de curso de vida oferece atenção integral e promove a saúde em todos os níveis de atenção, centrada nas pessoas, com serviços orientados à promoção da saúde, prevenção de agravos, atenção às pessoas e à reabilitação de doenças.

O direito à saúde inclui o acesso a serviços adequados, oportunos e de qualidade durante todas as fases da vida (recém-nascidos, crianças, adolescentes, pessoas adultas e idosas), reconhecendo que melhorar o estado de saúde em uma determinada etapa da vida pode levar a um desfecho saudável e favorável nas etapas seguintes. Nesse contexto, destaca-se a relevância de ações oportunas e equitativas nos ciclos iniciais priorizando grupos em situação de maior vulnerabilidade como os povos indígenas e populações em áreas de fronteiras.

Prioridade estratégica 1

Proteger e promover a saúde da população, centrada nas pessoas, famílias e comunidades, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade

O Modelo de Saúde Familiar e Comunitária tem uma abordagem do cuidado em saúde não somente centrado na doença das pessoas, mas também em relação a sua família, sua comunidade e seu ambiente. Proporciona a gestão social participativa por meio da estratégia de renovação da Atenção Primária à Saúde que inclui os princípios que orientam a organização dos sistemas de saúde. A saúde da família e da comunidade considera a saúde de crianças, adolescentes e jovens, pessoas adultas e idosas como um processo contínuo que abrange



Família ribeirinha mostrando o cartão de vacinação. Foto: Karina Zambrana/OPAS/OMS

todas as fases da vida. E respeita o Direito à Saúde garantido pelo Estado.

1.1 Área de foco: Manter e acelerar os avanços de eliminação e de erradicação de doenças de interesse em saúde pública

A fim de proteger os ganhos em saúde pública e, ao mesmo tempo, acelerar as ações rumo às metas 2030, faz-se fundamental focar na manutenção dos avanços alcançados e também acelerar a eliminação e a erradicação de doenças de interesse em saúde pública.

A cooperação técnica se orientará no aprimoramento e na implementação de estratégias para a melhoria do monitoramento, da detecção e do tratamento oportuno dos casos, para manter os avanços e acelerar a eliminação da malária; eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas congênito; enfrentamento da hanseníase; eliminação de câncer de colo de útero, hepatite B e C como problemas de saúde pública; assim como eliminação de filariose, tracoma e oncocercose. Ainda contempla apoio técnico para processos de certificação de eliminação junto à OMS e apoio às pesquisas para a produção e implementação de tecnologias inovadoras.

No que diz respeito à imunização, faz-se necessário reforçar a preparação para a identificação de risco, análises de dados, ações de vacinação, vigilância epidemiológica e laboratorial, e preparação e qualificação na resposta rápida. A expectativa é incrementar anualmente Cobertura Vacinal para permitir, em curto prazo, o encerramento da transmissão sustentada do surto de sarampo, obter a recertificação de país livre dessa doença e manutenção para a sustentabilidade da erradicação de poliomielites, eliminação da rubéola, síndrome da rubéola congênita e do tétano neonatal. Além da preparação e implementação dos planos para a eliminação de doenças preveníveis por vacinas com meta para 2030, mesmo diante de desafios emergentes da saúde pública.

É crucial o fortalecimento da gestão tripartite, nas intervenções no curso de vida especialmente para os grupos populacionais em situação de vulnerabilidade

como os povos indígenas, comunidades quilombolas, pessoas privadas de liberdade e outros.

A cooperação deverá também promover o seguimento à implementação do plano nacional de operacionalização da vacinação contra a Covid-19 (PNO), com participação social e comunitária, assim como aprimorar a colaboração regional para rede de frios e parcerias, considerando a extensão territorial do país e países vizinhos e municípios de fronteira.

1.2 Área de foco: Incidir nos determinantes sociais e ambientais e nos efeitos da mudança do clima para a saúde

A cooperação técnica deverá atuar nos determinantes sociais e ambientais, incluindo os determinantes comerciais da saúde, bem como nos efeitos para a saúde da mudança do clima, por meio de aporte técnico e estratégico da OPAS, para favorecer ampliação do acesso à água potável de qualidade, ao esgotamento sanitário adequado, à segurança alimentar e nutricional (de qualidade e em quantidade suficiente) e ao controle de enfermidades zoonóticas.

Para a atuação efetiva nos determinantes sociais e ambientais, faz-se fundamental a atuação intersetorial, isto é, uma cooperação técnica considerando o ambiente de parcerias, como universidades, Centros Colaboradores e organizações não governamentais, Poder Legislativo e outras organizações comprometidas com o direito à saúde. A cooperação técnica adotará estratégias de fortalecimento do setor saúde e implementação de ações intersetoriais para intervir sobre fatores de risco e determinantes da saúde, especialmente considerando gerações futuras e grupos em situação de vulnerabilidade, tais como povos indígenas, comunidades quilombolas e ribeirinhas, migrantes e refugiados, crianças, pessoas idosas, entre outros.

A cooperação técnica também apoiará um conjunto de ações a serem fortalecidas em saúde ambiental para elaboração de diretrizes e capacitação, como: o desenvolvimento de Diretrizes Nacionais de Qualidade do Ar e Saúde, a implementação de curso para análise de situação em saúde ambiental, o aperfeiçoamento do Sistema de Informações Ambientais Integrado à Saúde, a universalização

do acesso a serviços de água e saneamento, a qualificação das ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, o fortalecimento da vigilância em saúde de populações expostas aos agrotóxicos, o desenvolvimento de iniciativas em saúde ambiental infantil e biomonitoramento humano de substâncias químicas, o Plano Setorial para Implementação da Convenção de Minamata sobre Mercúrio e o fortalecimento das capacidades institucionais para prevenção, preparação e resposta a desastres tecnológicos, com ênfase para o rompimento de barragens de mineração.

1.3 Área de foco: Promover a saúde, inclusive saúde mental, e prevenir os agravos e fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis

O País tem envidado esforços para reduzir a carga de agravos por acidentes, violências e DCNT, mediante ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, atenção e vigilância em saúde. A cooperação deverá continuar a fomentar estilos de vida saudáveis e considerar situação de vulnerabilidade e iniquidades em saúde, assim como enfrentar os fatores de risco como o uso do tabaco, o uso nocivo de álcool ou outras drogas, o consumo de alimentos ultraprocessados, o sedentarismo, o excesso de peso, as condições ocupacionais e ambientais desfavoráveis, o processo insalubre de urbanização e os extremos climáticos.

A promoção da saúde e prevenção de agravos e fatores de risco das doenças serão articuladas em uma abordagem transversal, intersetorial, com participação social visando ambientes promotores de saúde (exemplo: Saúde na Escola). A cooperação deverá favorecer o impulsionamento do alcance das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant).

Esta área de foco fortalecerá os esforços realizados por meio da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, da Política Nacional de Promoção da Saúde e da Política de Promoção da Equidade em Saúde. Serão desenvolvidas ações de capacitação, elaboração de ferramentas para desenvolver ou monitorar e avaliar as políticas de forma ascendente,

com ênfase especial na disseminação desses esforços para os territórios, induzindo a formação de redes colaborativas para a implementação de novos métodos de coleta e análise de dados, bem como novos instrumentos em articulação com os ODS, e balizar a abordagem dos principais fatores de risco para DCNT.

No que diz respeito à alimentação e nutrição, a cooperação contemplará o fortalecimento do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, do *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos* e da *Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil* (PROTEJA), como instrumentos indutores para a redução do consumo de ultraprocessados, e, por sua vez, deter o crescimento do excesso de peso e obesidade. Para isso, serão fortalecidas as coalizões existentes, instituições acadêmicas, associações profissionais, organizações da sociedade civil e comunitárias. Também será apoiada a liderança do País na implementação do Plano de Aceleração da OMS para PARAR a Obesidade. Além disso, deverão ser realizadas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, incluindo o fortalecimento da Rede de Bancos de Leite Humano e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Essa área de foco apoiará a implementação do *Guia de Atividade Física* para a população brasileira e de ambientes promotores de atividade física, como prevê o Incentivo de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, o PROTEJA, o Plano de Dant (2021-30) e o Plano de Ação Global para atividade física da OMS (2018-30), como instrumentos indutores para o aumento da prática de atividade física (ou para a redução da inatividade física) e, conseqüentemente, para a prevenção e o controle das DCNTs.

No que diz respeito ao tabaco, a cooperação avançará em medidas que diminuam a acessibilidade a produtos de tabaco, com aumento de tributos que venham a impactar nos preços dos produtos e, por sua vez, reduzir o consumo. A cooperação também estará focada em cumprir a proibição de todas as formas de patrocínio, publicidade e propaganda, fiscalização de ambientes livres de fumo, eliminar aditivos que conferem sabor e aroma, e manter a proibição de comércio de produtos novos e emergentes de tabaco, como cigarros eletrônicos e tabaco aquecido, a fim de se evitar a iniciação cada vez mais precoce de jovens.

Quanto à morbimortalidade no trânsito, a estratégia de cooperação deverá reforçar conquistas legislativas e fortalecer as medidas de fiscalização, orientar os setores de saúde e transportes, assim como articular os governos, nas três esferas administrativas.

Reconhecendo o enorme impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental e no bem-estar psicossocial da população em geral, de profissionais de saúde e grupos vulnerabilizados como mulheres, crianças, adolescentes, pessoas idosas, serão fortalecidas as capacidades para a implementação de políticas, ações e programas para promoção da saúde mental e prevenção de agravos. Isso será realizado por meio de capacitação, elaboração e disseminação de diretrizes estratégicas, ferramentas e materiais, com ações de promoção de saúde mental voltadas para crianças e adolescentes em ambientes escolares, ambientes de trabalho, com ênfase no autocuidado e no manejo de estresse

de trabalhadores da saúde, e no fortalecimento dos apoios psicossociais e comunitários em populações vulnerabilizadas, como mulheres, migrantes e refugiados em contextos de fronteira.

Essa prioridade contribuirá para o avanço de medidas regulatórias para reduzir os fatores de risco e abordar os determinantes comerciais da saúde, como medidas fiscais, rotulagem de alimentos e restrição de publicidade para proporcionar ambientes saudáveis e desencorajar o consumo de produtos não saudáveis, como tabaco, álcool, ultraprocesados e outros contemplados na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactantes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). Além disso, serão abordadas as estratégias de comunicação e marketing social para sensibilização e informação sobre escolhas saudáveis, em linha com os Best Buys da OMS.

Prioridade estratégica 2

Recuperar, melhorar e tornar mais forte os serviços de saúde e os programas prioritários impactados pela pandemia de Covid-19

Diante dos impactos da pandemia de Covid-19 é fundamental empreender ações estratégicas e esforços catalíticos na mitigação de interrupções na provisão e disponibilidade de serviços de saúde essenciais, de forma a proteger e retomar os avanços conquistados em saúde pública, superar os efeitos negativos e identificar brechas existentes. Ademais, ainda não são totalmente conhecidos e evidenciados todos os impactos da pandemia na saúde das pessoas, famílias e comunidades.

Experiências recentes exemplificadas pela pandemia de Covid-19 e pela epidemia da gripe H1N1 demonstram inequivocamente a necessidade de recuperar e de melhorar os serviços de saúde e programas prioritários, além de integrar medidas para fortalecer o sistema de saúde de modo a garantir o exercício integrado e contínuo das funções essenciais de saúde pública. A reconstrução melhor



e mais forte dos serviços e programas prioritários é urgente e necessária para o alcance da saúde universal. Ao mesmo tempo, é fundamental compensar o impacto da interrupção e da fragilidade de serviços durante a pandemia e adotar medidas para reforçar a capacidade de resposta de serviços essenciais, proteger os ganhos em saúde pública e avançar rumo às metas de 2030.

Com os efeitos da pandemia, é imperiosa a recuperação do acesso e da cobertura de serviços de saúde, impulsionado pela cooperação técnica alinhada às políticas, estratégias e planos adotados pelo País. O SUS se mostrou responsivo e resiliente

à Covid-19, constituindo o principal pilar no enfrentamento à pandemia.

Considerando os impactos da pandemia na saúde das pessoas, faz-se urgente atentar para as condições pós-Covid-19. O *Manual de Manejo de Condições Pós-Covid-19* na Atenção Primária à Saúde é um documento baseado nas evidências científicas destinado aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), com o objetivo de descrever as principais condições pós-Covid-19 e o seu manejo. Além de auxiliar na identificação dos pacientes que necessitam de encaminhamento para serviço especializado, esse documento é de fundamental importância para nortear os cuidados prestados pela APS para condições pós Covid-19.

2.1 Área de foco: Fortalecer acesso, atenção integral e implementação de intervenções efetivas ao longo do curso de vida, priorizando as populações em situação de vulnerabilidade e as áreas de fronteiras

A cooperação técnica se orientará no aprimoramento e na implementação de estratégias para uma agenda sustentável para a implementação de políticas, estratégias e intervenções prioritárias que contribuam para a saúde integral de mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas no enfoque do curso da vida, dos determinantes sociais, visando reduzir iniquidades e fortalecer a APS.

Serão apoiadas a elaboração e a implementação de plano integral para contribuir para a redução de morbidade materna grave e mortalidade materna, incluindo a implementação de intervenções efetivas para evitar complicações de causas prevalentes (hemorragia, hipertensão, sepse, Covid-19), bem como na redução da prematuridade e da mortalidade neonatal e em crianças menores de 5 anos. Serão também apoiadas ações para evitar a gestação não planejada, garantir um intervalo saudável entre gestações, manter a tendência de redução da gravidez na adolescência, melhorar o controle pré-natal, reduzir a mortalidade prematura por câncer de colo de útero, promover a saúde materno-infantil e fortalecer o acompanhamento

do crescimento e desenvolvimento infantil na APS, por meio das consultas de puericultura.

O Envelhecimento Saudável também deverá ser ponto de atenção para a cooperação no marco da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030). Deverão ser realizadas ações intersetoriais que favoreçam o envelhecimento saudável, como “Cidades e Comunidades Amigáveis”, e também a adequação aos serviços de saúde com visão integrada, centrada na pessoa, que promova o autocuidado e focada na manutenção da habilidade funcional das pessoas idosas e o fortalecimento da formação de recursos humanos, assim como o combate ao idadismo nos mais diferentes cenários, incluindo o sistema de saúde.

Serão promovidas ações de implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem que visa “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento aos fatores de risco e vulnerabilidades”, com ênfase na ampliação do acesso da população masculina à Atenção Primária à Saúde, no incentivo ao exercício da paternidade, na prevenção da morbimortalidade por causas violentas e na redução da mortalidade masculina pela maioria das causas de óbito, especialmente por DCNTs.

Também serão promovidas ações de fortalecimento da atenção às populações específicas, a fim de promover equidade no âmbito da APS para populações em situação de rua, ribeirinhas e fluviais e as populações de campo e floresta.

O Brasil tem ampliado sua atuação internacional em saúde pública, com atuação em países fronteiriços no âmbito bilateral ou multilateral. Os municípios fronteiriços enfrentam o desafio da articulação coordenada para a formulação e implementação de políticas de desenvolvimento. O trabalho nas áreas de fronteiras pode favorecer o acesso a cuidados em saúde, com ações coordenadas e cooperativas entre os países. As cooperações entre os países são cada vez mais urgentes e necessárias, tendo em vista o aumento do fluxo transfronteiriço e a emergência de saúde pública de importância internacional, como exemplo a Covid-19.



Agentes de controle de endemias atuando em áreas de baixa renda. Foto: Joshua Cogan/OPAS/OMS

No que diz respeito aos povos indígenas, deverá ser acelerada a eliminação de iniquidades. Faz-se necessário melhorar a qualidade e a resolutividade da APS em áreas/aldeias indígenas; promover a pertinência cultural de estratégias prioritárias para a redução da mortalidade materna e infantil; ampliar o acesso à água de qualidade e saneamento e gestão da informação e do conhecimento em temas relacionados à saúde dos povos indígenas, com abordagem intercultural e de direitos humanos.

2.2 Área de foco: Aprimorar a prevenção, detecção e tratamento das doenças transmissíveis, emergentes e reemergentes, em especial aquelas de maior impacto à morbimortalidade

É fundamental a manutenção da imunização com vacinas seguras e eficazes, adquiridas por produção nacional e pelo Fundo Rotatório da OPAS, para viabilizar a disponibilidade para a população por meio de programas de vacinação de rotina e campanhas. Além disso, faz-se necessária a modernização do programa de imunização considerando o fortalecimento da governança, da liderança e do custeio dos programas de imunização; o aprimoramento do monitoramento da cobertura vacinal e da vigilância, incorporando estratégias de inteligência digital; o fortalecimento da integração dos programas de imunização no sistema da APS; o desenvolvimento de abordagens de comunicação inovadoras e estratégias de sensibilização da população, o que inclui mitigação da hesitação vacinal; o fortalecimento da capacidade dos recursos humanos; e o uso das evidências para a tomada de decisões (99, 100).

Ademais, destaca-se o fortalecimento da vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, especialmente considerando o sucesso do PNI, favorecendo a redução das desigualdades sociais por meio do acesso de toda a população a uma enorme gama de imunobiológicos, ofertados por um programa público. Tal fato tem resultado na redução de doenças que impactam diretamente a vida de milhões de brasileiros, em particular aqueles em situação de maior vulnerabilidade.

No que diz respeito à Tuberculose (TB), é necessário recuperar os ganhos do País por meio da atualização contínua de diretrizes técnicas e inovações; da expansão da prevenção, do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação da TB sensível e TB-DR; da melhora no controle da TB nas populações em situação de maior vulnerabilidade; e de concentração de esforços para o tratamento preventivo da ILTB e seu diagnóstico. O uso da informação também será primordial nas atividades de cooperação técnica como a inteligência artificial para o apoio ao diagnóstico da TB, o georreferenciamento dos casos como estratégia para a identificação de áreas geográficas com maior risco de novos casos de TB e de TB-DR. E, também, a implementação da Estratégia de Controle da TB em Grandes Cidades e grandes áreas metropolitanas (101).

As conquistas do País devem ser reforçadas, considerando o acesso universal a antirretrovirais pelo sistema de saúde, junto com a melhoria contínua dos indicadores de cuidado contínuo de HIV/IST, assim com as estratégias de prevenção combinada com vistas a reduzir a incidência e melhorar o cuidado contínuo ao HIV no País. Deverão ser apoiadas na cooperação técnica a expansão de estratégias de prevenção combinada, incluindo testagem focalizada, PrEP, PEP e autotestes, e fomento de expansão de ações de base comunitária voltadas para as populações. Além disso, é importante o apoio para pesquisas e inovação sobre testes rápidos para doenças oportunistas na infecção avançada ao HIV; PrEP à distância; uso de ARV injetáveis de longa duração para TARV e PrEP; implementação da biologia molecular para detecção de clamídia, gonococo, tricomonas em gestantes nos serviços de pré-natal e pesquisa no tratamento da sífilis em gestantes com cefixima.

Quanto às doenças negligenciadas, esta área de foco deverá facilitar a transferência de tecnologia e

implementação da plataforma Multiplex com objetivo de fortalecer a vigilância sorológica das doenças negligenciadas, imunopreveníveis, transmitidas por água/alimentos e malária. Deverá ainda apoiar a elaboração do Plano Nacional de Ação para o Enfrentamento da Esquistossomose e das Geohelmintiasis. A cooperação técnica deverá desenvolver as capacidades dos profissionais de saúde da APS para a integração do diagnóstico e do tratamento utilizando métodos de ensino a distância. Deverá também realizar mapeamento de áreas endêmicas de teníase/cisticercose; a prevenção, controle e tratamento da tungíase em comunidades indígenas e rurais com uma abordagem de saúde humana, animal e ambiental e a implementação de intervenções de prevenção e controle da Leishmaniose em áreas prioritárias e de fronteiras com uso de coleiras impregnadas.

A cooperação técnica deverá fortalecer a Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalhador; qualificar a Análise de Situação em Saúde do Trabalhador; apoiar o desenvolvimento e a implementação de estratégias para promover a saúde e os ambientes promotores de saúde. Fazem-se necessários: o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador; a qualificação das ações dos Centros de Referência em saúde do trabalhador; o apoio à implementação do Programa de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; o apoio a estratégias de saúde mental e atenção psicossocial aos profissionais de saúde; e o fortalecimento da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

No que diz respeito à Resistência aos Antimicrobianos, a cooperação estará focada na atualização do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle; no desenvolvimento e implementação de estratégias para o controle de infecções e gerenciamento de antimicrobianos na APS; no aprimoramento da formação e da capacitação de profissionais e gestores; na promoção de estratégias de comunicação e educação em saúde e na atualização da base científica.

2.3 Área de foco: Revigorar a atenção integral à saúde mental e doenças e agravos não transmissíveis

A interrupção parcial ou total dos serviços de saúde durante a pandemia agravou o cenário da carga de

doenças, fazendo-se necessário recuperar, reordenar e priorizar as ações de promoção, prevenção, tratamento e rastreamento das DCNT e agravos. Essa área de foco visa à qualificação da atenção à saúde, com destaque na APS, por meio de linhas de cuidado prioritárias para abordar as DCNT, como hipertensão, diabetes e obesidade. Está focada também na ampliação do papel de cuidado da enfermagem e equipe multiprofissional; na atualização dos medicamentos e simplificação dos protocolos clínicos de tratamento; na implementação de protocolos de aconselhamento para abordar fatores de risco e no desenvolvimento de novas tecnologias para ampliar o acesso aos serviços de saúde. Deverá ser priorizada a articulação entre vigilância em saúde e assistência, por meio do uso e da disponibilização de dados essenciais para o monitoramento, a avaliação e a melhoria da atenção à saúde.

No que se refere à prevenção e ao controle de câncer, essa estratégia foca em apoiar a implementação das estratégias globais e regionais por meio de políticas nacionais, especialmente a estratégia global para acelerar a eliminação do câncer do colo do útero, visando ao alcance das metas de 90,0% de cobertura da vacina contra o HPV; 70,0% de cobertura de rastreamento e 90,0% de cobertura de tratamento de doenças do colo do útero. Para isso, é importante priorizar a implementação do teste de HPV-DNA e qualificar a linha de cuidado para garantir a integralidade da atenção às mulheres em grupos vulnerabilizados e mais afetados pela Covid-19.

Também visa catalisar esforços para fortalecer e implementar a Política Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial. A ênfase será no fortalecimento da capacidade de liderança e governança; na integração do componente de saúde mental na APS e no desenvolvimento de ações para a promoção da saúde mental e prevenção de agravos, sobretudo em grupos vulnerabilizados e mais afetados pela pandemia de Covid-19, como mulheres, crianças, jovens, profissionais da saúde, pessoas com condições mentais preexistentes.

Prioridade estratégica 3

Contribuir ao desenvolvimento de um SUS mais resiliente, equitativo e eficaz, de acordo com as necessidades de saúde da população

O sistema de saúde deve ter capacidade de ajustar suas atividades diante de desafios e crises, mantendo sua funcionalidade em direção à saúde universal e de acordo com as necessidades de saúde da população. Um SUS mais resiliente e equitativo demanda o fortalecimento das capacidades dos agentes de saúde e das instituições para responder às necessidades da saúde das pessoas, famílias e comunidades, assim como para preparar e responder à crise, adaptando o sistema para manutenção de suas funções básicas em situações de crise e organizá-lo e transformá-lo se as condições assim exigirem, assim como ter sustentabilidade aos serviços e recuperação dos ganhos em saúde impactados (102).

Os sistemas de saúde resilientes são responsivos, preditivos, adaptativos, robustos, integrados, centrados nas pessoas e nas comunidades, e embasados na produção de informação e evidência. A cooperação técnica apoiará o aprimoramento da resiliência do SUS, a construção de processos para gerar evidências, promovendo processos participativos, contribuindo intrinsecamente para saúde e bem-estar individual e coletivo por meio de abordagem transversal (103).

3.1 Área de foco: Consolidar APS forte como base no sistema de saúde, com acesso e cobertura universais, em redes integradas de serviços de saúde e incorporação de novas tecnologias digitais

A APS é a porta de entrada ao sistema de saúde mais próxima das pessoas, famílias e comunidades, e onde se pode resolver 90,0% das necessidades de saúde da população de maneira integral com intervenções custo-efetivas e abrangentes, além do atendimento primário das doenças.



Trabalhadores da gestão em saúde formando a sigla "SUS". Foto: OPAS/OMS

A cooperação nessa área de foco estará centrada no fortalecimento dos atributos da APS ("o acesso, a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação, a competência cultural e as orientações familiar e comunitária") mediante a identificação de experiências na incorporação de novas tecnologias, modelos de organização em redes integradas, ferramentas de gestão, modelos de financiamento e remuneração na procura de melhorar sua capacidade resolutive e sustentabilidade. As ações propostas terão prioridade nos municípios de pequeno porte e nas comunidades em situação de vulnerabilidade. Será fundamental dar continuidade em pesquisas sobre a melhor organização e gestão nos municípios de pequeno porte e em municípios de fronteiras.

Também continuará o aprimoramento dos laboratórios de inovação em APS, com a sistematização das experiências bem-sucedidas e a análise das características que possibilitem sua replicabilidade em outros territórios; assim como a expansão do conhecimento internacional das aulas de ambiente virtual de aprendizagem do "Canal Mais CONASEMS" para contribuir para a troca de experiências e fortalecimento da plataforma de educação.

A cooperação também fomentará a incorporação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na APS, visando ao atendimento integral com ênfase na escuta acolhedora e na integração

das pessoas com o meio ambiente e a comunidade. Ademais, será apoiada regulamentação e expansão de telemedicina e recursos de saúde digital.

A cooperação fomentará a ampliação das ações da Política e do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, objetivando o acesso a fitoterápicos e produtos tradicionais em saúde, dentro do SUS, alicerçados no uso racional, qualidade, segurança e eficácia/efetividade.

A cooperação incentivar a divulgação e a qualificação da inserção de dados nos sistemas de informação, visando ao preenchimento correto dos sistemas de informação em saúde, bem como o compartilhamento de dados que subsidiem a tomada de decisão no âmbito da APS. Para tanto, reconhece-se o e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) como uma estratégia para reestruturar as informações da APS em nível nacional. Essa ação está alinhada com a proposta mais abrangente de reestruturação dos sistemas de Informação em saúde, com o entendimento que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população

Com vistas a fortalecer a APS e seus atributos, proporcionando a integralidade do cuidado, deve-se promover o desenvolvimento e avaliação de materiais técnicos, direcionados a revisão, atualização e elaboração de orientações clínicas, implementação das linhas de cuidado, Cadernos de Atenção Básica (CAB) e protocolos de encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde.

Incentivar o desenvolvimento sustentável de cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos, fomentar a pesquisa e inovação com plantas nativas brasileiras, respeitando o conhecimento tradicional e a repartição de benefícios com as comunidades.

Por fim, a cooperação também fornecerá apoio institucional, de referência técnica para estados e municípios, buscando promover uma gestão compartilhada do trabalho entre secretarias estaduais e municipais de saúde, objetivando a implementação das políticas pactuadas de forma tripartite e gestão compartilhada e colaborando para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela APS.

3.2 Área de foco: Fortalecer a governança, liderança, regulação, participação e controle social no SUS, com financiamento, modelos de remuneração e recursos humanos adequados, suficientes e sustentáveis

Nessa área de foco, a cooperação se centrará na produção de evidências que apoiem o fortalecimento das funções essenciais de saúde pública e que forneçam insumos para a formulação de políticas, programas, normas, guias e diretrizes que subsidiem as discussões e pactuações do SUS, em todas as suas esferas, tais como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR).

A consolidação da participação e o controle social do SUS é fundamental. A cooperação apoiará a realização de Conferências de Saúde e outros eventos de discussão e participação social, tais como seminários, encontros e plenárias de conselhos, entidades e movimentos sociais. O apoio ao CNS e conselhos estaduais e municipais de saúde será realizado para aprimorar sua autonomia e capacidade de atuação de controle social no País, por meio de cooperação técnica, para troca de experiências e identificação de melhores práticas de participação popular e comunitária no SUS, consolidação da rede de conselhos estaduais e municipais, entre outras ações. Também serão apoiados o aprimoramento da gestão, a análise de experiências exitosas de participação e o controle social do sistema de saúde em outros países.

A cooperação facilitará o desenvolvimento de pesquisas, avaliações e projetos-piloto que permitam identificar linhas e formas de financiamento, investimento e contratação mais equitativas, mais custo-efetivas e mais viáveis de integração e incentivo com as demais áreas de atuação do campo da APS. Também será apoiada a cooperação para o aprimoramento e integração dos sistemas de informação em saúde, no âmbito nacional e subnacional, com destaque a um sistema de informação integrado para a tomada de decisão e análise de tendências.

3.3 Área de foco: Revitalizar o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde

O foco estará no desenvolvimento de capacidades humanas para a saúde a partir da formação, provisão, qualificação e regulação. A valorização e a melhoria das condições de trabalho revestem-se de fundamental importância para o alcance de uma distribuição satisfatória da força de trabalho e de potencializar atividades inovadoras e sustentáveis, assim como as funções dos diferentes profissionais nas equipes de saúde da família, que, por meio da expansão de competências, poderiam exercer outras funções importantes na APS, “os agentes comunitários e profissionais de enfermagem”.

A cooperação técnica dará prioridade ao apoio à estratégia de educação permanente. Essa dimensão será desenvolvida também na interface entre os campos da Saúde, da Educação e da Comunicação, ou seja, na produção de práticas de Educomunicação visando à conexão das comunidades, entre outras, por meio das tecnologias de informação e

comunicação em saúde, de ensino a distância e da produção de multimídias. Tudo isso será materializado a partir de trabalho conjunto com diferentes parceiros no país como Conselhos de Secretários de Saúde, universidades, Centros Colaboradores e outros atores fortemente interessados e envolvidos no desenvolvimento ativo do SUS, além de possibilitar um contato direto com a população.

Também será oferecida cooperação técnica para aprimorar ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde da população trabalhadora, assim como para melhor recuperação e reabilitação da saúde da população trabalhadora submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, com especial foco para a saúde da população trabalhadora da saúde, particularmente impactados com a pandemia de Covid-19. Nesse sentido, a cooperação apoiará geração de evidências para conhecer a realidade da saúde da população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho; intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, entre outros.

Prioridade estratégica 4

Impulsionar a pesquisa, a inovação e a geração de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, incluindo aqueles voltados à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção de medicamentos, fitoterápicos e produtos tradicionais em saúde, vacinas, biotecnológicos e tecnologias em saúde

Essa prioridade está alinhada com os pressupostos da Estratégia Mundial e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual da OMS, que, entre suas orientações em nível regional, deve fortalecer o desenvolvimento produtivo nos Estados Membros com foco no financiamento público para atividades de: Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I); Rede de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas (RedETSA); modelos de organização para compra de medicamentos e insumos de saúde pública (consórcios, compras conjuntas



Produção de vacina contra COVID-19 por Bio-Manguinhos/Fiocruz.

Foto: Karina Zambrana/OPAS/OMS

e os fundos Estratégico e Rotatório da OPAS), Plataforma Regional sobre Acesso e Inovação para Tecnologias em Saúde (PRAIS); e implementação da política sobre pesquisa para a saúde da OPAS/OMS (CD49/10) no País; aumento da capacidade

de produção de medicamentos e tecnologias em saúde essenciais (CD59/8).

A Rede EVIPNet Brasil, gerida pelo MS, tem atuado para o fortalecimento dos ecossistemas de evidências, promovendo o trabalho em rede entre instituições brasileiras, e também fazendo intercâmbio com instituições internacionais, podendo subsidiar estratégias de tradução do conhecimento em todo o ciclo de políticas públicas, de forma inovadora e sustentável.

Além de incentivar pesquisa e geração de evidências, a cooperação técnica também apoiará a discussão para reforçar as capacidades nacionais de desenvolvimento e produção de medicamentos, fitoterápicos e produtos tradicionais em saúde, vacinas, biotecnológicos e tecnologias em saúde essenciais, além das tecnologias digitais e outras ferramentas inovadoras e relevantes em saúde.

4.1 Área de foco: Incentivar a pesquisa, a geração, a disseminação e a implementação de evidências em ciência e tecnologia na saúde, bem como a avaliação de políticas e de tecnologias em saúde

O fortalecimento da pesquisa e de tecnologia na saúde, principalmente nas instituições públicas, figura como a principal estratégia para diminuição da dependência externa em relação ao acesso às tecnologias em saúde e, conseqüentemente, para a redução do déficit da balança comercial do setor, já que estimula a geração do conhecimento e da produção nacional de medicamentos, fármacos, fitoterápicos e produtos tradicionais em saúde, hemoderivados, vacinas, reagentes para diagnóstico, biomateriais, equipamentos e dispositivos médicos.

A ampliação do acesso às tecnologias em saúde perpassa outras demandas sociais como a geração de oportunidades de investimento, emprego e renda, acentuando a importância de iniciativas como as parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP) de tecnologias para o SUS, que se dão no âmbito do complexo econômico-industrial da saúde (CEIS) e propiciar a internalização de conhecimentos e novas tecnologias, favorecendo a produção nacional e utilizando o poder de compras

do Estado como catalisador para a celebração das referidas PDPs.

4.2 Área de foco: Reforçar as capacidades nacionais de regulação, desenvolvimento e produção de matérias-primas, medicamentos, vacinas e outras tecnologias

Promover o acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde é condição essencial para se atingir elevados níveis de resolutividade das ações sanitárias. Contudo, a promoção do acesso deve ser acompanhada da promoção do uso racional do arsenal diagnóstico e terapêutico, sob o risco de não serem obtidos os benefícios inerentes a cada tecnologia ou da ocorrência de iatrogenias.

Incorporar medicamentos e outras tecnologias por meio do uso de evidências orienta a aquisição e o fornecimento de tecnologias seguras, eficazes, de qualidade e que apresentem uma relação custo-benefício favorável. A incorporação de tecnologias no SUS sob essa ótica é garantida pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), criada com o intuito de coordenar as análises e emitir parecer técnico sobre as avaliações daquelas tecnologias que são pleiteadas para incorporação ao SUS.

Fortalecer a expansão do parque tecnológico produtor de medicamentos, fitoterápicos e produtos tradicionais em saúde, imunobiológicos e tecnologias para a saúde com olhar não somente para o País como também para outros países da Região das Américas e de outras regiões do mundo. Como exemplo desses esforços, a OMS fez uma convocatória de manifestação de interesse promovida em abril de 2021, na qual fabricantes e instituições de pesquisa públicas e privadas foram convidados a contribuir para o estabelecimento de centros de transferência de tecnologia para vacinas de mRNA contra a Covid-19 (Hub OMS para desenvolver vacinas de mRNA contra Covid-19) em economias emergentes. A iniciativa teve o apoio de parceiros globais da OPAS/OMS, como a *Medicines Patent Pool*. O Brasil, juntamente com a Argentina, foi selecionado para integrar o Hub, a partir de projeto desenvolvido pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz (Bio-Manguinhos/Fiocruz).

Este conta com uma longa trajetória na fabricação de vacinas e fez avanços promissores no desenvolvimento de uma vacina de mRNA inovadora contra a Covid-19.

Promover ações e medidas que viabilizem a reconfiguração geográfica mundial dos sites farmoquímicos destinados à produção de Insumo Farmacêutico Ativo (IFA), material de partida, intermediários de síntese, produtos de degradação etc. Fortalecer o parque industrial farmoquímico na região, de modo a prover a disposição estratégica de Hub/distritos industriais/complexos farmoquímicos ao redor do mundo.

Promover a expansão do parque tecnológico produtor de medicamentos biológicos, sintéticos, semissintéticos, vacinas, entre outros insumos estratégicos, por meio da adoção de projetos baseados nas melhores práticas operacionais, de controle e de melhoria contínua. Tais como, quando tecnicamente viável, aqueles ancorados na Avaliação Avançada de Fabricação (*Advanced Manufacturing Assessment*), performados por meio da manufatura contínua (*continuous manufacturing*) e por meio de processos integrados, com menos etapas e tempos de processamento mais curtos, exigindo, por vezes, equipamentos menores e permitindo modulação de escala; entre outras estratégias.

Ainda, com o objetivo de reforçar as capacidades nacionais de regulação, desenvolvimento e produção de matérias-primas, medicamentos, vacinas e outras tecnologias, fazem-se necessários: apoiar o desenvolvimento de ações para a qualificação da Assistência Farmacêutica; aprimorar intervenções para a qualificação da prescrição e da dispensação, bem como ao uso racional de antimicrobianos; fomentar pesquisas e iniciativas para a promoção do acesso seguro e uso racional de medicamentos; apoiar a implantação e implementação dos serviços clínicos farmacêuticos nos três níveis de atenção do SUS; e promover a integração das soluções digitais de assistência farmacêutica com as demais ferramentas tecnológicas disponíveis no SUS.

4.3 Área de foco: Promover inovações relevantes em saúde

As experiências de colaboração entre as diferentes áreas de governo e o setor privado foram destaque durante a pandemia para compensar, em certa medida, necessidades não atendidas de proviões para a saúde. Nesse contexto, destaca-se a importância de diversificar geograficamente as cadeias globais de valor, a necessidade de reduzir a dependência do restante do mundo e aumentar o comércio intrarregional e garantir a sustentabilidade da rede de abastecimento na região. Com isso adquire especial relevância a cooperação técnica para facilitar diálogos e impulsionar pesquisa, inovação e produção no país, considerando o parque industrial e tecnológico nacional, Hub de tecnologias e laboratórios de referência, assim como a capacidade de geração, transferência e uso de evidências e conhecimento em matéria de saúde, e potencial de cooperação com outros países na região (104).

Consórcios de estados e municípios têm sido estabelecidos há anos no País. Com a pandemia e falta de EPI e insumos estratégicos de saúde, estados e municípios se adequaram para realizar ações cooperativas em um determinado território para ganho de escala e escopo para a mitigação da pandemia. Os consórcios públicos são associações formadas por entes federados para uma gestão cooperativa de serviços públicos, promovem inovações relevantes no processo de gestão regional, pois são uma forma de se trabalhar dentro do federalismo de cooperação no Brasil, e para o processo de cooperação técnica da OPAS para compras de insumos internacionais via fundo rotativo e fundo estratégico.

Em parceria com a Organização, o Brasil pode desempenhar um papel importante na cooperação entre países para o desenvolvimento de inovações na saúde, por possuir uma política bem estabelecida de fomento à PD&I nacional, e-SUS, ter a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats) e várias instituições atuando ativamente na RedETSA e por ser um dos incentivadores ao desenvolvimento e uso da PRAIS.

4.4 Área de foco: Promover a inovação na área de plantas medicinais e fitoterápicos a partir da biodiversidade nativa, reconhecendo saberes, práticas e garantindo repartição de benefícios oriundos da comercialização desses produtos com as comunidades tradicionais

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos é uma das referências mundiais no tema. O cultivo de plantas medicinais é uma realidade em mais de dois terços dos municípios brasileiros que oferecem serviços de fitoterapia no Sistema Único

de Saúde (SUS). Portanto, a cooperação técnica deve sobretudo fortalecer essa política nacional desenvolvendo atividades de qualificação e promoção do Programa Farmácia Viva.

Além da internacionalização e do compartilhamento de experiências do país, a cooperação técnica apoiará a construção de estratégias regionais para plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do BRICS, IBSA e Mercosul. Outro aspecto importante é fortalecer e qualificar o âmbito da fitovigilância dos insumos fitoterápicos, através da revisão e atualização das diretrizes, normas técnicas para garantir a segurança do uso.

Prioridade estratégica 5

Reforçar a prevenção, preparação, resposta oportuna e recuperação nas emergências e desastres, com a participação das comunidades afetadas

A resposta às emergências em saúde pública não é propriamente uma novidade para o País. As respostas do SUS em ocasiões anteriores possibilitaram a organização das capacidades do sistema. Diante da magnitude, da escala e do impacto da pandemia da Covid-19, o sistema de saúde brasileiro foi posto à prova e foi exigida uma forte articulação intersetorial. A pandemia de Covid-19 mostrou que o Brasil tem um alto poder de resposta, a rede hospitalar cresceu, a vigilância laboratorial se expandiu, foram implementadas ações de monitoramento e avaliação e foram implantados centros operacionais e de informação estratégica; porém, mesmo se mostrando responsivo, há de se qualificar e reforçar a preparação a respostas nas emergências, desastres e futuras pandemias, além de definições de estratégias para melhorar o acesso das comunidades afetadas.

As áreas de foco para a cooperação referem-se à qualificação e à disseminação para os estados e municípios das melhores ações para: preparação, pronta resposta e recuperação às emergências, desastres e futuras pandemias.



Agente comunitária de saúde entregando senha para moradora tomar dose fracionada de vacina contra febre amarela em unidade básica de saúde, de modo a evitar transmissão urbana do vírus. Foto: Sonia Mey-Schmidt/OPAS/OMS

5.1 Área de foco: Fortalecer a organização e os recursos do sistema de saúde relacionados à prevenção e preparação de emergências e desastres

A preparação para as emergências inclui ações de vigilância, monitoramento e detecção rápida de potenciais eventos, capacidade laboratorial e agilidade e flexibilidade dos sistemas de informação. A cooperação técnica incluirá a qualificação e a expansão da vigilância dos centros de inteligência epidêmica, das unidades para investigação do óbito, da metagenômica nas cinco macrorregiões do País.

Além disso, almeja-se a modernização e interconexão dos sistemas de informação e a implantação de laboratórios de nível de biossegurança 4 (BSL-4) e laboratórios de nível de biossegurança 3 (BSL-3) móveis também nas cinco macrorregiões.

A cooperação técnica deverá trabalhar pelo aprimoramento da capacidade nacional de produção de insumos e de equipamentos, com o objetivo de reforçar a preparação para as emergências e desastres, fomentando a soberania e autossuficiência do seu parque tecnológico para as respostas às emergências.

A cooperação incluirá o fortalecimento da organização e dos recursos do SUS, incluindo a revisão de marcos normativos e acesso a recursos financeiros estratégicos para potencializar as ações de preparação e de prevenção de emergências e desastres. Ao mesmo tempo, está prevista a preparação e a manutenção de equipes de pronta resposta, a ampliação e a qualificação da Força Nacional do SUS com a participação das comunidades afetadas. Além disso, prevê-se o desenvolvimento de equipes de resposta médica para apoiar outros países da Região das Américas e outras regiões do mundo.

A estratégia de cooperação também deverá incluir ações de educação, comunicação, mobilização social referentes à área de vigilância em saúde e imunizações, o que inclui apoio para a implementação de Programa de Formação em Emergências em Saúde Pública e apoio técnico para oferta do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS).

5.2 Área de foco: Fortalecer a resposta coordenada, integrada e oportuna às emergências e aos desastres com especial ênfase nas áreas de fronteiras

A cooperação técnica incluirá o fortalecimento da capacidade de rápida expansão e de adequação do SUS, incluindo os sistemas de informação e o parque tecnológico durante emergências e desastres. A OPAS deverá também trabalhar para

apoiar a articulação e a interconexão das salas de situação, salas de crises e centros de operações de emergência intersetoriais e multiameaças no País (nível federal, estados e municípios), como também com outros países.

Com a expertise adquirida na resposta às últimas emergências em saúde pública, uma área de foco relevante é a cooperação técnica para preparação e resposta às emergências entre Brasil e outros países. O Brasil pode se tornar uma referência para OMS na formação de profissionais (capacitações de vigilância às epizootias, arboviroses e outros patógenos de potencial zoonótico), deslocamento rápido de equipes de pronta resposta às emergências e desastres, incluindo o deslocamento de equipes médicas de emergência, manutenção de centro de armazenamento e distribuição de insumos e de medicamentos para os países em situações de emergência; e, por fim, desenvolvendo um centro de inteligência e análise estratégica para eventos de saúde pública na Região das Américas.

5.3 Área de foco: Desenvolver capacidades do sistema de saúde na recuperação oportuna e efetiva

Nesta área de foco a cooperação apoiará o Brasil no desenvolvimento de sistema de informação, e análises de indicadores de saúde, para monitoramento do impacto das emergências e desastres na condição de saúde da população; implantação de equipes e serviços habilitados para apoiar estados e municípios na realização de planejamento de ações de monitoramento e avaliação das condições de saúde na fase de recuperação de emergência e desastres, com participação da comunidade afetada.

A cooperação incluirá o fortalecimento do SUS para a organização de fluxos, diretrizes e serviços relacionados a sequelas, impacto e recuperação de emergências e desastres. A cooperação trabalhará também para fomentar estudos em parceria com a academia para avaliação dos processos de vigilância, alerta, assistência e resposta na fase de recuperação.

The background features a collage of diverse people's faces, including men, women, and children of various ethnicities. Overlaid on this is a white map of Brazil with a blue and orange border. In the center of the map is a blue cross symbol.

Colaboração entre a OPAS/OMS e o País

5

A OPAS/OMS aporta cooperação técnica no Brasil alinhada às prioridades do governo brasileiro e da Organização, baseada no marco normativo vigente e especialmente no Ajuste Complementar ao Convênio Básico entre a Organização e a República Federativa do Brasil.

O Brasil contribui significativamente à agenda regional e global, e participa ativamente nos corpos de governança da OPAS e da OMS. Além disso, também contribui em uma diversidade de foros como: Mercado Comum do Sul (Mercosul), Cimeira Ibero-americana, G-20, BRICS, entre outros.

O País conta com uma diversidade de instituições de excelência reconhecidas como Centros Colaboradores da OMS, em temáticas diversas, de muita relevância internacional. Estes estão organizados na Rede Brasileira de Centros Colaboradores para a cooperação técnica nacional e global.

As Prioridades Estratégicas apresentadas neste documento precisam ser abordadas a partir das modalidades de cooperação que reconheçam a multiplicidade de processos e de iniciativas desenvolvidas pelo País, das funções da OPAS/OMS e pelos valores norteadores como o direito de gozar do grau máximo de saúde, a solidariedade pan-americana, a equidade em saúde, a universalidade e a inclusão social. Deverão também considerar um cenário de atuação integrada com a incorporação de temas transversais como direitos humanos, equidade, gênero, etnicidade e raça, assim como o alinhamento de capacidades humanas, técnicas e financeiras para sua execução.

Para a colaboração no Brasil, é fundamental ter uma estrutura de cooperação descentralizada nos entes que compõem o SUS, e a articulação com os diferentes níveis da OPAS/OMS, assim como o acompanhamento da cooperação sub-regional.

A cooperação técnica é realizada de maneira descentralizada para o fortalecimento das capacidades nacionais, estaduais e locais, conforme o modelo federativo do Brasil e a organização do sistema de saúde, tendo em vista a situação em cada território, seja com o apoio técnico às autoridades sanitárias para tomada de decisão, quanto à implementação de ações e de políticas para o fortalecimento do SUS. Além disso, a OPAS/OMS trabalha fortemente para impulsionar a liderança do Brasil por meio de intercâmbio de experiências e de boas práticas entre países, cooperação Sul-Sul e regional, e cooperação nas fronteiras.

Assim, para aportar a cooperação técnica com vistas ao alcance das Prioridades Estratégicas e áreas de foco desta ECP, fazem-se necessários:

1. A geração permanente de evidências para políticas, sistemas e prática clínica, tradução do conhecimento, gestão e disseminação do conhecimento por meio de redes de cooperação, assim como identificação, sistematização e disseminação de experiências inovadoras, boas práticas, comunidades de práticas, observatórios, laboratórios de inovação, plataformas integradas de inteligência e evidência para a tomada de decisões, modernização dos sistemas de informação alinhada aos princípios da transformação digital no setor saúde.
2. A cooperação Sul-Sul e triangular com a priorização da cooperação nas fronteiras visando a troca de experiências, transferência de práticas e tecnologias, mobilização de recursos nacionais e internacionais e insumos estratégicos para a saúde.
3. A articulação de espaços de diálogo, debate e concertação para o posicionamento em temas relevantes e geração de consensos.
4. A identificação de instituições nacionais e redes de cooperação em saúde pública para o desenvolvimento de parcerias estratégicas, diálogo e elaboração de propostas entre atores diversos.
5. O fortalecimento das capacidades institucionais, fazendo uso preferencial dos recursos nacionais, a mobilização de talento humano do MS e outras contrapartes; desenvolvendo Hubs em áreas estratégicas que contribuam ao País e também em nível regional e global como núcleos e centros de produção de vacinas RNA.
6. O apoio na liderança do País na harmonização e no alinhamento da cooperação técnica.
7. A abordagem da saúde em todas as políticas a partir da intersectorialidade de acordo com a política nacional.
8. A utilização do Fundo Estratégico e Rotatório na viabilização de acesso a medicamentos, insumos estratégicos de qualidade para os entes públicos (MS, estados e municípios).

9. A realização do trabalho coordenado e articulado nas fronteiras, considerando toda a vulnerabilidade das populações vivendo nesses territórios.

Os Termos de Cooperação e Termos de Ajustes (TC/TA) são instrumentos que viabilizam a execução da cooperação técnica da OPAS com o MS, os estados e os municípios, e visam contribuir para a implementação das prioridades consensuadas.

Para a cooperação é primordial a implementação e o aprimoramento da gestão dos TCs como um processo de melhoria contínua da sua implementação, impulsionado pelo aprendizado institucional, pelos resultados alcançados, pelos avanços metodológicos e pelo estabelecimento de práticas de avaliação. Essa dinâmica leva a um olhar constante sobre a atualização das boas práticas de gestão e do que há de mais avançado e adequado na condução de projetos e programas em saúde.

Implicações para o nível sub-regional

A participação do Brasil em processos de integração apresenta oportunidades e desafios para a implementação da ECP. Por um lado, os compromissos que o País assume em fóruns sub-regionais oferecem a oportunidade de incorporar a cooperação de outros países na implementação da ECP, por meio de modalidades de cooperação como Sul-Sul, triangular ou para o desenvolvimento. E, por outro lado, a equipe técnica do Escritório do Brasil deve estar atenta às decisões que as entidades do nível sub-regional tomam, identificando as oportunidades que podem surgir para a implantação da ECP.

Implicações para o nível regional

A resposta das entidades técnicas, além de ser rápida, deve ser abrangente e sempre coordenada com o escritório do País. Intervenções relacionadas, em particular, à prioridade de desenvolvimento de tecnologias em saúde, produção biológica e suprimentos médicos exigirão apoio sustentado. Além disso, em reconhecimento à participação do Brasil em diversos processos de integração sub-regional, entidades técnicas e membros da Gestão Executiva apoiarão os esforços do escritório no País na gestão da cooperação entre os países e na mobilização de recursos, que servirão para a implantação da



Varredura de vacinação contra gripe e sarampo, em parceria com o estado do Amapá e Ministério da Saúde do Brasil. Foto: Karina Zambrana/OPAS/OMS

ECP. Os membros da Gestão Executiva também deverão articular colaborações com os diretores regionais de outras regiões da OMS, das quais os países interessados na cooperação com o País são membros. Para a gestão dos recursos financeiros, humanos e institucionais, as entidades regionais que gerenciam recursos nos temas relacionados às prioridades identificadas na ECP devem compartilhar informações estratégicas e orientar os recursos necessários, inclusive os de natureza institucional, como os Centros Colaboradores da OPAS/OMS, outros centros de excelência e redes regionais poderiam oferecer.

Implicações para o nível global

A implementação da ECP requer uma resposta abrangente e coordenada em nível global. O apoio e a advocacia da cooperação com países de outras regiões interessadas na cooperação bilateral com o Brasil devem ser levados em conta.

O apoio à expansão de capacidade de produção nacional de biológicos, medicamentos, fitoterápicos e produtos tradicionais em saúde, e outras tecnologias de saúde exigirá apoio significativo da sede da OMS, assim como para a criação e manutenção de um Hub regional de inteligência para pandemias e epidemias no Brasil. Em ambos os casos, o incentivo ao progresso no Brasil por meio de ações de cooperação estreita com a OPAS/OMS resultará igualmente em ganhos para a Região das Américas.



Implementação

6

O lançamento da ECP, com assinatura oficial pelo ministro da saúde e a diretora da OPAS/OMS, e participação de todos os atores envolvidos no seu processo de elaboração, marca o início da fase de implementação.

Nessa fase, será preciso garantir que os planos operacionais da OPAS/OMS estejam alinhados com a ECP, começando com a revisão do plano bianual, aprovado para o período 2022-2023, e a revisão dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos disponíveis na organização, verificando que sejam adequados para aportar a cooperação esperada. A primeira fase da implementação da ECP contemplará a definição de linha de base e metas para os indicadores consensuados para as prioridades estratégicas da ECP em 2027, conforme tabela em anexo.

O Plano Estratégico da OPAS 2020-2025 contempla 28 indicadores de impacto, 28 desfechos e 99 indicadores de desfecho. O desempenho na implementação do Plano Estratégico da OPAS e dos respectivos Programas e Orçamentos será monitorado em relação ao alcance das metas de impacto, desfechos e resultados de saúde, com frequência bianual. A presente ECP, além de possibilitar a revisão do Programa de Trabalho Bienal (PTB) da OPAS/OMS no Brasil do biênio 2022-2023, será o ponto de partida para a elaboração dos PTBs dos biênios 2024-2025 e 2026-2027, contribuindo ao mesmo tempo para os resultados esperados regionais e globais.

A OPAS/OMS coloca o foco no trabalho desenvolvido em e para os países, reconhecendo a existência de três níveis com trabalho articulado para impulsionar a agenda de saúde, sempre orientada para resultados. A transformação da OMS reconhece a complementaridade dos três níveis da organização onde cada um deles tem suas funções que, articuladas em nível de país, tornam a cooperação muito mais forte e permitem que os objetivos e resultados desejados sejam alcançados.

É relevante que se crie um grupo de trabalho entre os signatários e atores estratégicos para construção de um processo de monitoramento e avaliação para subsidiar os ajustes necessários na sua implementação, bem como acompanhar a tomada de decisão visando otimizar os resultados esperados da ECP. O Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e o CNS destacam-se como principais sócios estratégicos que fizeram parte da validação desta ECP e continuarão a ser atores-chave no processo de implementação, trabalhando sempre em conjunto com os demais parceiros fundamentais na cooperação técnica.

Importante reconhecer o trabalho a ser fortalecido nas áreas de fronteiras com acesso a cuidados em saúde

e ações coordenadas e cooperativas entre os países, e com o foco, em especial, às populações vulneráveis. O Brasil é o país da Região das Américas com o maior território de fronteiras. O trabalho de cooperação entre os países é cada vez mais urgente e necessário diante do aumento do fluxo transfronteiriço e das emergências em saúde pública. Há de se buscar pelo desenvolvimento conjunto das nações com os preceitos da equidade e solidariedade.

A ECP também oferece a oportunidade de fortalecer a relação do País com as agências da ONU considerando os desafios e as oportunidades de cooperação, gerando assim uma resposta multissetorial às suas prioridades, já que muitos dos problemas requerem ações externas ao setor saúde. Os parceiros da ONU estão ativamente envolvidos em muitas questões relativas aos determinantes sociais da saúde, e a ECP fornece informações importantes para a definição das intervenções planejadas. As Agências da ONU também podem influenciar setores em que os relacionamentos da OPAS/OMS não sejam tão sólidos. Além disso, a utilização das evidências, prioridades e áreas de foco da ECP favorece a mobilização de recursos dos fundos comuns da ONU em intervenções de saúde, garantindo uma abordagem de ganhos mútuos, outorgando maior relevância política e atraindo financiamento de outros doadores, considerando a Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2030 e o Marco de Cooperação das Nações Unidas para Desenvolvimento Sustentável para apoiar as atividades da ONU no Brasil.

Um aspecto estratégico da implementação da ECP é a identificação e a sistematização das boas práticas em cooperação técnica entre a OPAS/OMS e o Brasil. As atividades de cooperação técnica necessariamente implicam a realização de intercâmbio de informações, de conhecimento e de experiências e práticas acumuladas. A identificação de experiências e/ou práticas bem-sucedidas, a sua sistematização e seu compartilhamento são fundamentais para avaliar o que funciona ou não em um determinado contexto, e dar visibilidade ao que foi (ou não) uma boa prática de forma que outras iniciativas possam ser replicadas e/ou redirecionadas. Ainda são importantes para aplicar melhor os diferentes recursos disponíveis que serão investidos.

As boas práticas carregam a potencialidade de inspiração para outros contextos nas Américas, contribuindo para o fortalecimento das ações de Cooperação Técnica. A troca de conhecimento não apenas pode proporcionar o aperfeiçoamento das práticas implementadas, mas também apoiar aqueles que iniciam novas intervenções para evitar erros comuns e catalisar o desenvolvimento de ações.



Monitoramento e avaliação

7

Os processos de monitoramento e avaliação contribuem significativamente para a identificação dos resultados alcançados, para o aprendizado organizacional e para o compartilhamento das experiências com os parceiros nos âmbitos nacional, regional e global. Os indicadores das prioridades estratégicas da ECP serão monitorados para as revisões de meio período e final, conforme tabela em anexo. A primeira fase de implementação consiste na definição de linha de base e metas para os indicadores consensuados para as prioridades estratégicas da ECP. Vale destacar que a contribuição para os indicadores dos ODS relacionados com a saúde e da Estrutura de Impacto do 13º PGT da OMS e para as metas da ASSA2030 estão relacionadas no Anexo B do Plano Estratégico da OPAS 2020-2025.

Embora o monitoramento da ECP seja de responsabilidade do Escritório Nacional da OPAS/OMS, esse trabalho deverá ser realizado em colaboração com o governo nacional e subnacionais, e envolver os três níveis da Organização, quando apropriado, para incentivar a responsabilização conjunta pelos resultados a serem alcançados. O processo de

monitoramento e avaliação se consolida por três processos distintos: o monitoramento, a avaliação intermediária e a avaliação final.

Monitoramento

O monitoramento assegura que as ações estejam sendo implementadas de modo oportuno e eficiente, fornecendo um sistema de alerta precoce para identificação de problemas relacionados ao alcance das prioridades estratégicas e áreas de foco, além de oferecer uma oportunidade para ajustar quaisquer de seus aspectos, se necessário.

Os relatórios do Monitoramento e Avaliação do Desempenho (PMA) e a Avaliação do fim de cada biênio do escritório do País servirão de base para o monitoramento da implementação da ECP. Os processos de monitoramento acumulam base de evidência para a avaliação intermediária e final da ECP.

É relevante que o processo de monitoramento da ECP seja uma prática rotineira entre os signatários deste documento, com um grupo de trabalho devidamente identificado.



Comunidade em situação vulnerável. Foto: Joshua Cogan/OPAS/OMS

Avaliação intermediária

Deve ocorrer na metade da implementação para apoiar os ajustes necessários das prioridades, áreas de foco e/ou as necessidades contextuais no Brasil. O foco da avaliação intermediária é determinar se a implementação das prioridades estratégicas e áreas de foco está progredindo, com base no esquema de resultados do País; e, caso não esteja, identificar impedimentos e possíveis riscos que possam exigir mudanças nas prioridades estratégicas e áreas de foco, bem como nas ações para acelerar o progresso na segunda metade do ciclo da ECP.

Poderão ser realizadas avaliações intermediárias específicas na medida em que os signatários ou o grupo de trabalho de monitoramento identificarem a necessidade, principalmente quando algum evento importante ocorrer no País como, por exemplo, uma situação de emergência, desastres ou mudanças da política governamental.

A avaliação intermediária da ECP sinaliza uma oportunidade para ajustes eventualmente necessários com a aprovação de novo Plano Estratégico da OPAS com início em 2026, com identificação de prioridades em saúde pública e metas atualizadas.

Avaliação final

A avaliação final é a fase mais completa e conclusiva e descreve as realizações, as deficiências, os desafios, os aprendizados, e fornece recomendações para colaboração futura entre a OPAS/OMS e o Brasil. Essa etapa pode ser conduzida por uma equipe independente. A avaliação final deve começar quando a implementação da ECP for finalizada, e deve ser diretamente empregada na elaboração de uma nova ECP.

O desempenho na implementação do Plano Estratégico da OPAS 2020-2025, assim como do primeiro biênio do Plano 2026-2030 e dos respectivos Programas e Orçamentos, será avaliado pelo acompanhamento do progresso em direção ao alcance das metas de impacto, desfechos e resultados de saúde, com frequência bianual. Os resultados da avaliação intermediária devem servir como base para alinhamento da cooperação técnica da OPAS/OMS caso as prioridades do País mudem por qualquer motivo e caso ocorram mudanças nos Esquemas Estratégicos de Planejamento da OPAS/OMS.

Referências Bibliográficas

- 1 Documento de síntese sobre o 13º programa geral de trabalho da OMS para 2019-2023 [Internet]. [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334363>.
- 2 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável | As Nações Unidas no Brasil [Internet]. [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.
- 3 THIRTEENTH GENERAL PROGRAMME OF WORK. 2019 [cited 2022 Jun 16]; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>.
- 4 Agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na Região. Disponível: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49172>.
- 5 Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025: Equidade, o coração da saúde [Internet]. Washington, D.C.; 2020 [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52968>.
- 6 Armando Raggio NPM e LO. Modelo de Gestão da Saúde Indígena [Internet]. 2009 Jun [cited 2022 Jun 16]. Available from: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_gestao_saude_indigena.pdf.
- 7 Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? [Internet]. 2018 Nov [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>.
- 8 As Redes de Atenção à Saúde – Português (Brasil) [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1>.
- 9 Mendes EV. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. 2ª. 2011. 1-549 p.
- 10 PORTARIA N° 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 [Internet]. 2010 [cited 2022 Jun 16]. Available from: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
- 11 e-Gestor AB. Informação e Gestão da Atenção Básica (Ministério da Saúde) [Internet]. [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://egestorab.sau.de.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>.
- 12 Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. O que é Atenção Primária? [Internet]. [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://aps.sau.de.gov.br/smp/smpoquee>.
- 13 Estratégia Saúde da Família – Português (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://www.gov.br/sau.de/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-sau.de-da-familia>.
- 14 Simões CC da S. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. IBGE C de P e IS, editor. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2016. 107-113 p.
- 15 Panorama das Administrações Públicas: América Latina e Caribe 2020 | OECD iLibrary [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/governance/panorama-das-administracoes-publicas-america-latina-e-caribe-2020_9e6d37a1-pt.
- 16 Ministério da Saúde FO, Cruz I de PEA. Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional : conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019 [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2022 [cited 2022 Jun 16]. 90 p. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1355065/220202-livro-contas-de-sau.de.pdf>.
- 17 IBGE C de P e, Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [cited 2022 Jun 16]. 206 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>.

- 18 Castilho EP de. BRASIL FRONTEIRAS TERRESTRES [Internet]. [cited 2022 Jun 16]. Available from: <http://scdl.itamaraty.gov.br/pt-br/>.
- 19 Municípios da faixa de fronteira | IBGE [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html?=&t=sobre>.
- 20 Biomas brasileiros | Educa | Jovens – IBGE [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2022 [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/territorio/18307-biomas-brasileiros.html>.
- 21 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Clima | Educa | Jovens – IBGE. 2022 [cited 2022 Jun 16]; Available from: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/territorio/20644-clima.html>.
- 22 Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação | IBGE [Internet]. [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>.
- 23 Áreas Territoriais | IBGE [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=o-que-e>.
- 24 IBGE – Educa | População rural e urbana [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18313->
- 25 Aglomerados subnormais 2019 : classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19 : notas técnicas [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101717>
- 26 Diretoria de Pesquisas, Gerência Técnica do Censo Demográfico, Diretoria de Geociências, Coordenação de Estruturas Territoriais. Dimensionamento Emergencial de População Residente em Áreas Indígenas e Quilombolas para Ações de Enfrentamento à Pandemia Provocada pelo Coronavírus [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [cited 2022 Jun 17]. 126 p. Available from: <https://ds.saudeindigena.icict.Fiocruz.br/bitstream/bvs/5329/1/dimensionamento%20emergencial%20de%20populacao%20residente%20em%20areas%20indigenas%20e%20quilombolas%20para%20a%20enfrentamento.pdf>.
- 27 Mariano Dota E, Nunes de Queiroz S. Migração interna em tempos de crise no Brasil Internal migration in times of crisis in Brazil. 2019 [cited 2022 Jun 17];4(2):5. Available from: <https://doi.org/10.22296/2317-1529.2019v21n2p415>.
- 28 Cavalcanti L, de Oliveira T, Silva BG. Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. 2021 [cited 2022 Jun 17]; Available from: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>.
- 29 Brazil | R4V [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.r4v.info/pt/brazil>.
- 30 Divulgação anual | IBGE [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=32275&t=resultados>.
- 31 Síntese de Indicadores Sociais | IBGE [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?edicao=32373&t=resultados>.
- 32 Aliança para a Proteção da Criança em Ações Humanitárias. Nota técnica: Proteção da Criança durante a Pandemia do Coronavírus (v.1) 1. 2020 Mar [cited 2022 Jun 17]; Available from: https://www.unicef.org/brazil/media/7516/file/nota-tecnica_protecao-da-crianca-durante-a-pandemia-do-coronavirus.pdf.
- 33 Pesquisa Resposta Educacional à Pandemia de COVID-19 – Inep [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-escolar/pesquisas-suplementares/pesquisa-Covid-19>.
- 34 IBGE. Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019 - PNAD contínua. 2020 [cited 2022 Jun 17];9. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf.
- 35 Coronavírus Brasil [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://Covid.saude.gov.br/>.

- 36 Campos JADB, Martins BG, Campos LA, de Fátima Valadão-Dias F, Marôco J. Symptoms related to mental disorder in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Brazil. *International Archives of Occupational and Environmental Health* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2022 Jun 17];94(5):1. Available from: /pmc/articles/PMC7871020/
- 37 Washington DC. The COVID-19 Health caRe wOrkErs Study (HEROES) INFORME REGIONAL DE LAS AMÉRICAS. 2022;
- 38 Nogales Vasconcelos AM, Ishitani L, Abreu DMX, França E. Covid Adult Mortality in Brazil: An Analysis of Multiple Causes of Death. *Frontiers in Public Health*. 2022 Jan 17;9:2262.
- 39 Duncan BB, Cousin E, Schmidt MI, Stein C, Carvalho De Aquino , De E, et al. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical Premature mortality due to four main non-communicable diseases and suicide in Brazil and its states from 1990 to 2019: A Global Burden of Disease Study. *Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine* [Internet]. [cited 2022 Jun 17];55:328–2021. Available from: www.scielo.br/rsbmt/www.rsbmt.org.br.
- 40 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília; 2011 [cited 2022 Jun 17]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
- 41 Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGIAE/DASNT/SVS). Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019 [Internet]. Vol. 52. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2022 Jun 17]. p. 32. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf.
- 42 Atlas On-line de Mortalidade [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb>.
- 43 World Health Organization. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2021 Apr [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340937>.
- 44 PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL – 2021-2030 – Português (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view.
- 45 Saúde materna – OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.paho.org/pt/node/63100>.
- 46 Indicadores de mortalidade que utilizam a metodologia do Busca Ativa – Indicadores – Busca Ativa – Indicadores, Ações e Programas – Acesso à Informação – DASNT – SVS/MS [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <http://svs.aids.gov.br/dantps/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/busca-ativa/indicadores-de-saude/mortalidade/>.
- 47 Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis da Secretaria, de Vigilância em Saúde (CGIAE/DASNT/SVS). Mortalidade infantil no Brasil. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2021 Oct 20 [cited 2022 Jun 17];52:15. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf.
- 48 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. [Internet]. Rio de Janeiro; 2021 [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.
- 49 IBGE C de T e R. Pesquisa nacional de saúde : 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 113 p.

- 50 VIGITEL BRASIL 2021 – ESTIMATIVAS SOBRE FREQUÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS – Português (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view>.
- 51 Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) – Português (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar-pense-1>.
- 52 Pesquisa nacional de saúde : 2019 : ciclos de vida : Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, [Ministério da Saúde] [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [cited 2022 Jun 17]. 132 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>.
- 53 Calendário Nacional de Vacinação – Português (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>.
- 54 Global leprosy (Hansen disease) update, 2020: impact of COVID-19 on the global leprosy control [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9636-421-444>.
- 55 Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9536>.
- 56 Boletim Epidemiológico de Tuberculose – 2022 | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-2022>.
- 57 Salla LC, Rodrigues PT, Corder RM, Johansen IC, Ladeia-Andrade S, Ferreira MU. Epidemiology and Infection Molecular evidence of sustained urban malaria transmission in Amazonian Brazil, 2014-2015. *Epidemiology and Infection* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jun 17];148:1-8. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0950268820000515>.
- 58 Katz N. Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose mansoni e Geo-helminthoses [Internet]. Belo Horizonte; 2018 [cited 2022 Jun 17]. 76 p. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0208>.
- 59 Esquistossomose – Português (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/e/esquistossomose-1/esquistossomose>.
- 60 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de monitoramento clínico do HIV 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. [Internet]. Brasília; 2021 [cited 2022 Jun 17]. 113 p. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>.
- 61 Boletim Epidemiológico de Sífilis 2021 | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>.
- 62 Home | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <http://www.aids.gov.br/>.
- 63 Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais. 2021 Jul [cited 2022 Jun 17];80. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-de-hepatite-2021.pdf>.
- 64 Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGARB/DEIDT/SVS). Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas causados por vírus transmitidos pelo mosquito Aedes (dengue, chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 7, 2022. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2022 Feb 25 [cited 2022 Jun 17];53:36. Available from: <http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/boletim-epidemiologico-SVS-07-2022.pdf>.

- 65 Incidência de Dengue. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 1998 a 2019 – Português (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue/arquivos/serie-historica-1998-a-2019-incidencia_dengue_site.pdf/view.
- 66 IBGE | Biblioteca | Detalhes | Indicadores IBGE : pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua [mensal] [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73086>.
- 67 PADILHA ARS. PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012 [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.
- 68 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL – Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. 2022 Jan 14 [cited 2022 Jun 17];95. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/Covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-95-boletim-coe-coronavirus.pdf>.
- 69 Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023 [Internet]. Brasília; 2020 [cited 2022 Jun 17]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf.
- 70 IBGE | Biblioteca | Detalhes | Atlas de saneamento : abastecimento de água e esgotamento sanitário / IBGE, Coordenação de Geografia e Coordenação de Recursos Naturais e Meio Ambiente [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101885>.
- 71 SEVENTY-SECOND WORLD HEALTH ASSEMBLY, Provisional agenda item 11.6. Health, environment and climate change [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43457>
- 72 Página inicial | Observatório de Clima e Saúde [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://climaesaude.icict.fiocruz.br/>.
- 73 Atlas de Saneamento – PGI [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: https://www.ibge.gov.br/apps/atlas_saneamento/#/home.
- 74 Cassio de Moraes J, Maria Sarmento de Souza Aranda C, Hage Carmo E, Stella Guzman Barrera L, José Cortez-Escalante J, Padilla H. Imunização no Sistema Único de Saúde Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde.
- 75 Inquérito de cobertura vacinal – Fiocruz Minas [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/pg/inquerito-de-cobertura-vacinal/>.
- 76 SI-PNI Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: http://pni.datasus.gov.br/consulta_hpv_14_selecao.php.
- 77 Cervical Cancer Elimination Initiative [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative#cms>.
- 78 World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem and its associated goals and targets for the period 2020-2030. United Nations General Assembly [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 17];2(1):1-3. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>.
- 79 XXVI Reunião do Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis. As vacinas nos aproximam, 14 a 16 de julho de 2021 (virtual) [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55101>.
- 80 Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 – PNO – Português (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Aug 04]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19%20>.
- 81 Arroyo LH, Ramos ACV, Yamamura M, Weiller TH, de Almeida Crispim J, Cartagena-Ramos D, et al. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2020 Apr 6 [cited 2022 Jun 17];36(4). Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/qw4q8qKlKvC4fDj5S3BrDkjl/>.

- 82 ARCA: Vacinas e vacinação no Brasil: horizontes para os próximos 20 anos [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45003>.
- 83 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de imunizações (PNI): 40 anos [Internet]. Brasília; 2013 [cited 2022 Jun 17]. 236 p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf.
- 84 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos [Internet]. Brasília; 2003 [cited 2022 Jun 17]. 212 p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf.
- 85 Zhang Y, Zeng G, Pan H, Li C, Hu Y, Chu K, et al. Safety, tolerability, and immunogenicity of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine in healthy adults aged 18–59 years: a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 1/2 clinical trial. *The Lancet Infectious Diseases* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Jun 17];21(2):181–92. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S1473309920308434/fulltext>.
- 86 Fiocruz lança a vacina contra a Covid-19 100% fabricada no Brasil – CONASEMS [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.conasems.org.br/Fiocruz-lanca-vacina-contra-a-Covid-19-100-fabricada-no-brasil/>.
- 87 Ten threats to global health in 2019 [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.who.int/vietnam/news/feature-stories/detail/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
- 88 Sobre a Assistência Farmacêutica no SUS – Português (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/sobre-a-assistencia-farmacautica-no-sus>.
- 89 Capa Farmácia Popular – Português (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmacautica-no-sus/farmacia-popular>.
- 90 Qualifar-SUS – Português (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/componentes-da-assistencia-farmacautica-no-sus/cbaf/qualifar-sus>.
- 91 Uso Racional de Medicamentos – Português (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/u>.
- 92 Mastrodi J, Fulful EC de SF. O problema da judicialização da saúde no brasil: sugestão de novos rumos / The problem of health judicialization in brazil: suggesting a new path. *REVISTA QUAESTIO IURIS* [Internet]. 2017 Apr 26 [cited 2022 Jun 17];10(2):593–614. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/22425>.
- 93 Oliveira LCF de, Nascimento MAA do, Lima IMSO. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. *Saúde em Debate*. 2020 Jun 19;43(spe 5):286-98.
- 94 Perfil da indústria farmacêutica e aspectos relevantes do setor. 2021 [cited 2022 Jun 17]; Available from: https://sindusfarma.org.br/uploads/files/229d-gerson-almeida/Publicacoes_PPTs/Perfil_da_IF_2021_SINDUSFARMA_po.pdf.
- 95 Brasil. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde : a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde [Internet]. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2022 Jun 17]. 28 p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf.
- 96 Organização Pan-Americana da Saúde. Mapeamento das Atividades Relacionadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)/Agenda 2030 dos Centros Colaboradores da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53039>
- 97 World Health Organization. Sustainable Health Financing, universal coverage and social health insurance. WHA58.22. (2005)
- 98 CD53/5, Rev. 2 – Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde – OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd535-rev-2-estrategia-para-acesso-universal-saude-e-cobertura-universal-saude>.

- 99 Washington DC. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 52 O CONSELHO DIRETOR 65 A SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL. [cited 2022 Jun 17]; Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-17-p.pdf>.
- 100 CD59/10 - Revigoração da imunização como um bem público para a saúde universal – OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd5910-revigoramento-da-imunizacao-como-um-bem-publico-para-saude-universal>.
- 101 Global Tuberculosis Programme [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy>.
- 102 CD59/11 - Estratégia para a construção de sistemas de saúde resilientes e recuperação pós-pandemia de COVID-19 para manter e proteger os ganhos em saúde pública – OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd5911-estrategia-para-construcao-sistemas-saude-resilientes-e-recuperacao-pos-pandemia>.
- 103 55 o CONSELHO DIRETOR 68 a SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS. SISTEMAS DE SAÚDE RESILIENTES. CD 55/9 [Internet]. Washington, D.C; 2016 [cited 2022 Jun 17]. p. 23. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-9-p.pdf>.
- 104 CD59/8 – Aumento da capacidade de produção de medicamentos e tecnologias em saúde essenciais – OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd598-aumento-da-capacidade-producao-medicamentos-e-tecnologias-em-saude-essenciais>.

Anexos

TABELA 1 – Evolução de financiamento do SUS (Milhões R\$) e participação (%) dos entes federados. Brasil, 2015 a 2019

Entes Federados	2015		2016		2017		2018		2019	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Federal	100.410	45,5	108.833	46,0	111.841	45,0	118.985	45,9	128.154	46,2
Estadual	54.461	24,7	57.177	24,1	62.048	24,9	62.981	24,3	67.605	24,4
Municipal	65.571	29,7	70.779	29,9	74.880	30,1	77.425	29,8	81.632	29,4
TOTAL SUS	220.443	100,0	236.789	100,0	248.769	100,0	259.390	100,0	277.390	100,0

Fonte: IBGE, Conta Satélite da Saúde, 2022

TABELA 2 – População estimada segundo porte populacional dos municípios. Brasil, 2021

Porte populacional	Municípios		População	
	n	%	n	%
< 20 mil	3.770	67,7	31.623.332	14,8
De 20 a <100 mil	1.474	26,5	58.671.795	27,5
De 100 a <500 mil	277	4,9	54.999.084	25,8
De 500 mil a <1 milhão	32	0,6	21.313.720	10
>= 1 milhão	17	0,3	46.709.708	21,9
Total	5.570	100	213.317.639	100

Fonte: IBGE.

FIGURA 1 – Taxa de mortalidade infantil, comparação entre a população indígena e população geral. Brasil, 2010-2019

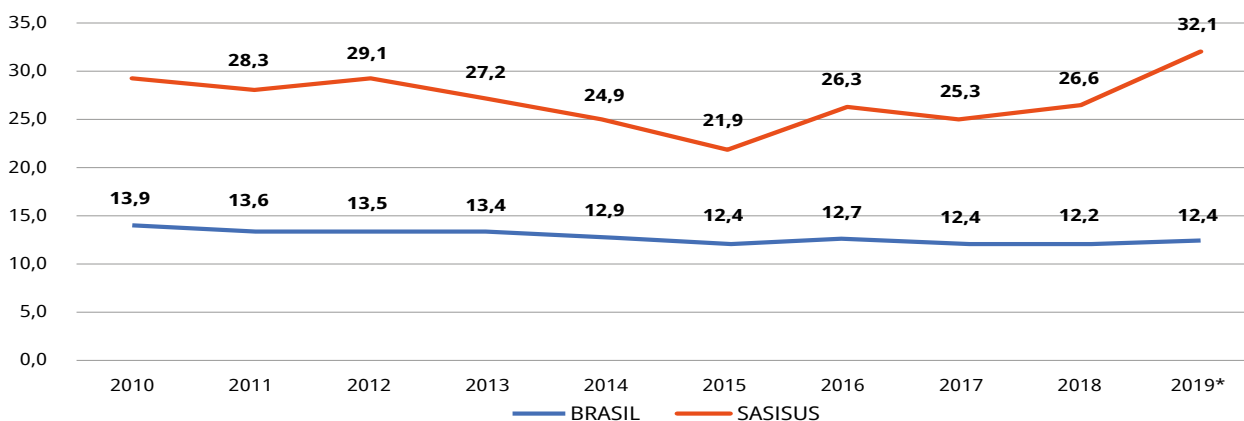


TABELA 3 – Indicadores básicos em saúde. Brasil, 2000 a 2021

Indicadores	2010	2015	2019	2020	2021
1 População (em milhões)	190,74	204,45	210,15	211,76	213,32
2 Esperança de vida ao nascer (em anos)	73,9	75,5	76,6	-	-
3 Taxa Bruta de Natalidade (TBN) (nv por 1.000 hab)	14,60	14,80	13,50	12,90	12,50
4 Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) (óbitos por 1.000 hab)	5,82	6,18	6,41	7,34	8,52
5 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	0,727	0,756	0,765	-	-
6 Salário mínimo - paridade do poder de compra (US\$)	310,5	368,3	431,1	433,9	443,8
7 Despesas com bens e serviços de saúde (per capita em US\$)	896,7	785,3	853,4	-	-
8 Despesas com bens e serviços de saúde (% do PIB)	8,0	8,9	9,6	-	-
9 Desembolso direto (out-of-pocket), % dos gastos atuais com saúde	29,4	24,7	24,9	-	-
10 Pobreza extrema (% da população) US\$ 1,90 PPC	5,8	4,9	6,8	5,7	-
11 Pobreza (% da população) US\$ 5,50 PPC	26,5	23,7	25,9	24,1	-
12 Número de leitos de internação (por 10.000 habitantes)	23,7	21,8	20,6	20,9	-
13 Médicos (por 10.000 hab.)	14,9	17,2	19,4	20,0	-
14 Enfermeiros (por 10.000 hab.)	4,4	7,7	9,9	10,9	-
15 Quantidade de municípios com população < 20.000 hab.	-	3.824	3.796	3.781	3.770
16 Índice de atendimento total de água (% da população do País que é atendida)	81,1	83,3	83,7	84,1	-
17 Abastecimento de água (quantidade de municípios com abastecimento)	-	5.088	5.191	5.350	-
18 Tratamento de esgoto gerado (% do quanto é tratado)	37,8	42,7	49,1	50,8	-
19 Índice de atendimento total de esgoto (% da população do País que é atendida)	46,2	50,3	54,1	55,0	-
20 Esgotamento sanitário (quantidade de municípios com esgotamento)	-	3.799	4.225	4.744	-
21 Adultos (≥18 anos) que, nos últimos 30 dias, beberam abusivamente (%)	18,1	19,1	18,8	20,9	18,3
22 Tabagismo (% de fumantes no conjunto da população adulta (≥18 anos))	14,1	10,4	9,8	9,5	9,1
23 Inatividade física em adultos (≥18 a) (%)	14,0	16,0	13,9	14,9	15,8
24 Excesso de peso em adultos (% de adultos (≥ 18 anos) com IMC ≥ 25 kg/m²)	52,6	53,9	55,4	57,5	57,2
25 Obesidade (% de pessoas com IMC a partir de 30 kg/m²)	15,0	18,9	20,3	21,5	22,4
26 Hipertensão arterial (% de indivíduos que referiram diagnóstico médico de hipertensão)	23,3	24,9	24,5	25,2	26,3
27 Diabetes (% de indivíduos com diagnóstico médico prévio)	6,3	7,4	7,4	8,2	9,1
28 Tríplex Viral D1 (cobertura (%) vacinal de SCR - sarampo/caxumba/rubéola)	99,9	96,1	93,1	79,6	73,1
29 Tríplex Viral D2 (cobertura (%) vacinal de SCR - sarampo/caxumba/rubéola)	-	79,9	81,6	62,8	51,4
30 Cobertura vacinal contra a poliomielite (%)	99,3	98,3	84,2	76,1	69,5
31 Cobertura vacinal BCG (%)	100,0	100,0	86,7	74,3	68,5
32 Prevalência de aleitamento materno (%) (exclusivo até os 6 meses)	37,1 ⁽²⁰⁰⁶⁾	-	45,8	-	-
33 Prevalência de aleitamento na 1ª hora de vida (%) (crianças <2 anos)	-	-	62,4	-	-
34 Taxa de incidência de tuberculose (por 100 mil hab.)	35,9	34,3	37,1	32,6	-
35 Taxa de mortalidade por tuberculose (por 100 mil hab.)	2,3	2,3	2,2	2,1	-
36 Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT (por 100 mil hab.)	140,0	142,3	146,8	145,3	-
37 Razão de mortalidade materna (RMM) (por 100.000 nv)	68,9	62,0	57,9	74,7	-
38 Taxa de mortalidade na infância (por 100.000 nv)	18,6	15,8	15,4	14,0	-
39 Taxa de mortalidade infantil (TMI) (por 100.000 nv)	16,0	13,3	13,3	12,2	-
40 Taxa de mortalidade neonatal (por 100.000 nv)	11,1	9,4	9,2	8,8	-
41 Taxa de mortalidade por lesões de trânsito (por 100 mil hab)	22,0	19,0	14,4	-	-
42 Taxa de mortalidade por agressões (por 100 mil hab.)	27,8	28,9	22,8	-	-
43 Taxa de mortalidade por autoagressão (por 100 mil habitantes)	5,4	6,7	6,1	-	-

Nota:
Indicadores 23, 24, 34, 35 o primeiro registro na tabela corresponde a 2011.
Indicadores 10 e 11 o primeiro registro na tabela corresponde a 2011.



FIGURA 2 – Distribuição dos casos de sarampo, segundo mês e data de início do exantema e os óbitos. Brasil, 2018 a 2022

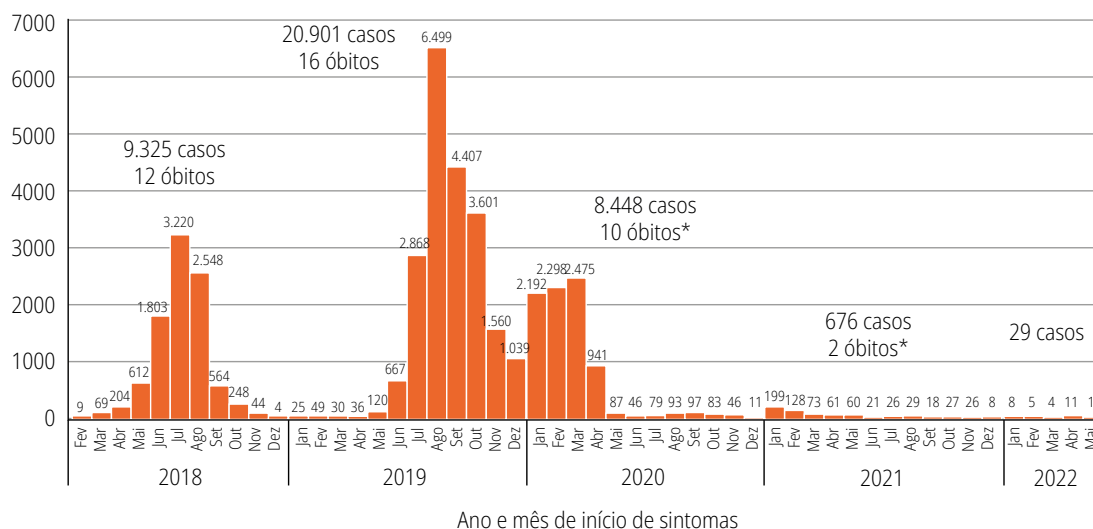


TABELA 4 – Casos e óbitos por sífilis notificados em 2020, e variação (%) em referência a 2019

	(n)	Coefficiente	Variação (%) do coeficiente em relação a 2019
Casos de sífilis adquirida	115.371	54,5 casos/100.000 hab.	-26,5
Casos de sífilis em gestantes	61.441	21,6/1.000 nascidos vivos	-0,9
Casos de sífilis congênita	22.065	7,7/1.000 nascidos vivos	-10,0
Óbitos por sífilis congênita	186	6,5/100.000 nascidos vivos	4,0

* Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Sífilis, 2020

FIGURA 3 – Abordagens do Plano Estratégico da OPAS/OMS 2020-2025

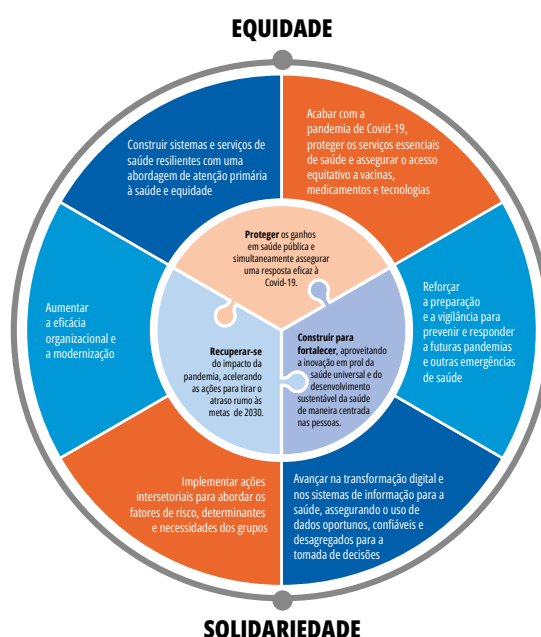


TABELA 5 – Implementação da agenda estratégica e implicações para o secretariado da OPAS e da OMS

	POLÍTICA			ESTRATÉGICA			TÉCNICA			ADMINISTRATIVA		
	OMS	OPAS	OPAS/OMS – Brasil	OMS	OPAS	OPAS/OMS – Brasil	OMS	OPAS	OPAS/OMS – Brasil	OMS	OPAS	OPAS/OMS – Brasil
PRIORIDADE DA ECP 2022-2027												
Advocacy e articulação política												
Planejamento e definição de estratégias de execução												
Produção de conhecimento, práticas e mecanismos de caráter técnico												
Identificação de processos e procedimentos administrativos para a execução das ações. Análise das capacidades de recursos humanos, financeiros e estrutura para dar resposta às prioridades da ECP												
Proteger e promover a saúde da população, centrada nas pessoas, famílias e comunidades, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Recuperar, melhorar e tornar mais fortes os serviços de saúde e os programas prioritários impactados pela pandemia de Covid-19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contribuir ao desenvolvimento de um SUS mais resiliente, equitativo e eficaz, de acordo com as necessidades de saúde da população	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Impulsionar a pesquisa, a inovação e a geração de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, incluindo aqueles voltados à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção de medicamentos, fitoterápicos e produtos tradicionais em saúde, vacinas, biotecnológicos e tecnologias em saúde	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reforçar a prevenção, preparação, resposta oportuna e recuperação nas emergências e desastres, com a participação das comunidades afetadas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

TABELA 6 – Relação entre Plano Nacional de Saúde 2020-2023, Plano Estratégico Institucional 2020-2023 e ECP OPAS-OMS 2022-2027

PNS 2020-2023	Plano Estratégico Institucional 2020-2023	ECP OPAS-OMS 2022-2027
<p>1 Promover a ampliação e a resolutividade das ações e dos serviços da atenção primária de forma integrada e planejada</p>	<p>(6) Ampliar a atenção primária de forma integrada</p>	<p>3 Contribuir para o desenvolvimento de um SUS mais resiliente, equitativo e eficaz, de acordo com as necessidades de saúde da população</p>
<p>2 Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e à redução das desigualdades regionais</p>	<p>(7) Ampliar a oferta de serviços de atenção especializada</p>	<p>3 Contribuir para o desenvolvimento de um SUS mais resiliente, equitativo e eficaz, de acordo com as necessidades de saúde da população</p>
<p>3 Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle</p>	<p>(3) Reduzir e controlar doenças e agravos</p>	<p>1 Proteger e promover a saúde da população, centrada nas pessoas, famílias e comunidades, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade</p> <p>2 Recuperar, melhorar e tornar mais fortes os serviços de saúde e os programas prioritários impactados pela pandemia de Covid-19</p>
<p>4 Fomentar a produção do conhecimento científico, promovendo o acesso da população às tecnologias em saúde de forma equitativa, igualitária, progressiva e sustentável</p>	<p>(15) Ampliar o conhecimento científico e a oferta de soluções tecnológicas em saúde</p> <p>(16) Modernizar os serviços de saúde, com foco na transformação digital</p> <p>(18) Desenvolver a gestão da informação e do conhecimento</p>	<p>4 Impulsionar a pesquisa, a inovação e a geração de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, incluindo aqueles voltados à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção de medicamentos, fitoterápicos e produtos tradicionais em saúde, vacinas, biotecnológicos e tecnologias em saúde</p>
<p>5 Promover ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos, com qualidade, segurança, eficácia, em tempo oportuno, promovendo seu uso racional</p>	<p>(4) Intensificar o acesso a vacinas, medicamentos e demais insumos estratégicos</p> <p>(10) Otimizar a aquisição e distribuição de medicamentos e demais insumos estratégicos</p>	<p>4 Impulsionar a pesquisa, a inovação e a geração de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, incluindo aqueles voltados à pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos, fitoterápicos e produtos tradicionais em saúde, vacinas, biotecnológicos e tecnologias em saúde</p>
<p>6 Fortalecer a proteção, promoção e recuperação da saúde indígena</p>	<p>(9) Aprimorar o subsistema de atenção integral à saúde dos povos indígenas</p>	<p>1 Proteger e promover a saúde da população, centrada nas pessoas, famílias e comunidades, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade</p>
<p>7 Aperfeiçoar a gestão do SUS visando à garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade</p>	<p>(1) Garantir a saúde universal e integral</p> <p>(2) Ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade e em tempo adequado</p> <p>(5) Fortalecer a imagem do SUS</p> <p>(8) Intensificar as ações de vigilância em saúde</p> <p>(11) Qualificar o trabalho e os profissionais em saúde</p> <p>(12) Aprimorar o modelo de financiamento do SUS</p> <p>(13) Aprimorar a gestão integrada da rede de saúde</p> <p>(14) Fortalecer o monitoramento e avaliação de políticas públicas em saúde</p> <p>(17) Aprimorar a governança e a integridade institucionais</p> <p>(19) Desenvolver a gestão estratégica de pessoas</p> <p>(20) Integrar sistemas e tecnologias c/ foco na transformação digital</p> <p>(21) Aprimorar a gestão orçamentária e financeira</p>	<p>3 Contribuir para o desenvolvimento de um SUS mais resiliente, equitativo e eficaz, de acordo com as necessidades de saúde da população</p> <p>5 Reforçar a prevenção, preparação, resposta oportuna e recuperação nas emergências e desastres, com a participação das comunidades afetadas</p>

TABELA 7 – Centros Colaboradores da OPAS/OMS no Brasil

Instituição	Título	Tema	Tipo de atividade
Instituto de Medicina Social (IMS) Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Centro Colaborador da OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Informações de saúde; estatísticas; medição & avaliação de tendências • Promoção da saúde & educação • Recursos humanos para a saúde (excluindo enfermagem) 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento e educação • Divulgação de informações • Desenvolvimento de produto (diretrizes; manual; metodologias; etc.)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Centro Colaborador da OMS em Inovação em Educação Virtual para a Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Educação virtual para a saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento e educação virtual para a saúde
Instituto Lauro de Souza Lima	Centro Colaborador da OMS para o Treinamento de Pessoal no Controle & Pesquisa de Hanseníase, principalmente para países de língua portuguesa	<ul style="list-style-type: none"> • Hanseníase 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento e educação
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos para a saúde (excluindo enfermagem) • Tecnologia da Saúde (incluindo serviços laboratoriais; mas excluindo a segurança sanguínea) 	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação de informações • Treinamento e educação • Investigação
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	Centro Colaborador da OMS para Políticas Farmacêuticas	Medicamentos (incluindo medicamentos e medicamentos essenciais)	<ul style="list-style-type: none"> • Coleta e colagem de informações • Treinamento e educação • Desenvolvimento de produtos (diretrizes; manual; metodologias; etc.)
Hospital Geral da Universidade de São Paulo	Centro Colaborador da OMS para reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência e reabilitação (excluindo prevenção de acidentes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento e educação • Implementação de programas e atividades da OMS em nível nacional • Coleta e colagem de informações
Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz)	Centro Colaborador da OMS para Leptospirose	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças bacterianas que não sejam aquelas especificamente mencionadas • Zoonoses • Doenças transmissíveis que não sejam aquelas especificamente mencionadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de programas e atividades da OMS em nível nacional • Treinamento e educação • Investigação
Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz)	Centro Colaborador da OMS para fortalecer bancos de leite humano	<ul style="list-style-type: none"> • Banco de leite humano 	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, tanto no nível intra-hospitalar buscando uma articulação com a atenção primária
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca)	Centro Colaborador da OMS para controle do tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação de atividades realizadas por diversas instituições (por exemplo, outros centros colaboradores da OMS) • Implementação de programas e atividades da OMS em nível nacional • Treinamento e educação

continua

conclusão

Instituição	Título	Tema	Tipo de atividade
Universidade Federal de Pelotas	Centro Colaborador da OMS para monitoramento da equidade em saúde	<ul style="list-style-type: none"> Equidade em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Coleta e colagem de informações Desenvolvimento de produto (diretrizes; manual; metodologias; etc.) Treinamento e educação
Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia "Alfredo da Matta" (FUAM)	Centro Colaborador da OMS para o Controle, Treinamento e Pesquisa de Hanseníase para as Américas	<ul style="list-style-type: none"> Hanseníase 	<ul style="list-style-type: none"> Treinamento e educação Investigação Desenvolvimento de produto (diretrizes; manual; metodologias; etc.)
Instituto Evandro Chagas, Ministério da Saúde	Centro Colaborador da OMS para Arboviroses Emergentes e Ressurgindo e outros Vírus Zoonóticos Emergentes	<ul style="list-style-type: none"> Arboviroses Emergentes e Ressurgindo e outros Vírus Zoonóticos Emergentes 	<ul style="list-style-type: none"> Treinamento e educação Investigação
Universidade de São Paulo	Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> Divulgação de informações Desenvolvimento de produto (diretrizes; manual; metodologias; etc.) Fornecimento de substâncias de referência e outros serviços
Secretaria de Estado de São Paulo	Centro Colaborador da OMS em Raiva	<ul style="list-style-type: none"> Raiva 	<ul style="list-style-type: none"> Treinamento e educação Prestação de assessoria técnica à OMS Fornecimento de substâncias de referência e outros serviços
Prefeitura de São Paulo	Centro Colaborador da OMS para Treinamento e Pesquisa em Controle de Zoonoses Urbanos	<ul style="list-style-type: none"> Zoonoses 	<ul style="list-style-type: none"> Treinamento e educação Divulgação de informações
Universidade de São Paulo	Centro Colaborador da OMS para Cidades Saudáveis e Promoção da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Cidades Saudáveis Promoção da saúde & educação 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de produto (diretrizes; manual; metodologias; etc.) Coleta e colagem de informações Coordenação de atividades realizadas por diversas instituições (por exemplo, outros centros colaboradores da OMS)
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	Centro Colaborador da OMS para saúde global e colaboração sul-sul	<ul style="list-style-type: none"> Promoção da saúde & educação Recursos humanos para a saúde (excluindo enfermagem) Política de pesquisa e desenvolvimento 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenação de atividades realizadas por diversas instituições (por exemplo, outros centros colaboradores da OMS) Implementação de programas e atividades da OMS em nível nacional Treinamento e educação
Fundação Pro-Sangue-Hemocentro de São Paulo	Centro Colaborador da OMS para Controle de Qualidade da Sorologia em Bancos de Sangue	Segurança da Transfusão de Sangue e Produtos sanguíneos	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação Fornecimento de substâncias de referência e outros serviços Treinamento e educação
Universidade de São Paulo	Centro Colaborador da OMS para pesquisa em prevenção à violência	Lesões; violência e prevenção de acidentes	<ul style="list-style-type: none"> Divulgação de informações Desenvolvimento de produto (diretrizes; manual; metodologias; etc.) Treinamento e educação

TABELA 8 – Estrutura de resultados e correlação ECP com Resultados Intermediários Plano Estratégico OPAS 2020/2025 e ODS

Prioridades Estratégicas da ECP 2022-2027	Área de foco	Resultados Intermediários – Plano Estratégico OPAS 2020/25	Indicador do PE20-25 que contribui para o indicador do ODS	Indicador do ODS
1. Proteger e promover a saúde da população, centrada nas pessoas, famílias e comunidades, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade	1.1 Manter e acelerar os avanços de eliminação e de erradicação de doenças de interesse em saúde pública	OCM 17	<p>Indicador de impacto 24 Eliminação de doenças infecciosas negligenciadas nos países</p> <p>Indicador do resultado intermediário 17.c (a-b) Interrupção da transmissão de doenças infecciosas negligenciadas (DINS) nos países, segundo os critérios e diretrizes da OMS</p>	3.3.5 Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTNs)
			<p>Indicador de impacto 19 Taxa de mortalidade causada por hepatites virais crônicas</p> <p>Indicador do resultado intermediário 17.f Cobertura regional média de recém-nascidos com a vacina contra a hepatite B durante as primeiras 24 horas de vida</p>	3.3.4 Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes
			<p>Indicador de impacto 21 Taxa de incidência de malária</p> <p>Indicador do resultado intermediário 17.b Número de países e territórios com > 80% dos casos de malária investigados e classificados nas áreas assinaladas para a eliminação ou prevenção do restabelecimento da doença</p>	3.3.3 Incidência de malária por 1.000 habitantes
			<p>Indicador de impacto 17 Taxa de transmissão materno-infantil do HIV</p> <p>Indicador de impacto 18 Taxa de incidência de sífilis congênita (incluindo os natimortos)</p> <p>Indicador de resultado intermediário Número de países e territórios com pelo menos 95% de cobertura do tratamento da sífilis em gestantes</p>	3.7.1 Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) cuja necessidade de planejamento familiar é satisfeita com métodos modernos
			<p>Indicador de impacto 24 Eliminação de doenças infecciosas negligenciadas nos países</p> <p>Indicador de resultado intermediário 17.c (a-b) Interrupção da transmissão de doenças infecciosas negligenciadas (DINS) nos países, segundo os critérios e diretrizes da OMS</p> <p>Número de países e territórios em diagnóstico de Chagas implementado para todos recém-nascidos de mães com resultado positivo (para doença de Chagas) durante cuidados pré-natais</p>	3.3.5 Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTNs)
			<p>Indicador do resultado intermediário 17.g Número de países e territórios que notificaram casos de paralisia devido ao vírus selvagem da pólio ou à circulação de um vírus da pólio derivado da vacina no ano anterior</p>	WH468.3 Número de casos de poliomielite causados por poliovírus selvagens Meta da ASSA2030 10.4 Combater as doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis
			<p>Indicador de impacto 15 Taxa de incidência do sarampo para 0 por 1 milhão de habitantes</p>	Meta da ASSA2030 10.4 Combater as doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis
			<p>Indicador do resultado intermediário 4.g Número de países e territórios que informaram uma cobertura de pelo menos 95% no nível nacional da segunda dose da vacina contra o sarampo e a rubéola</p>	Meta da ASSA2030 10.4 Combater as doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis
			<p>Indicador do resultado intermediário 17.e Número de países e territórios em que a transmissão endêmica do vírus do sarampo ou da rubéola foi restabelecida</p>	Meta da ASSA2030 10.4 Combater as doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis
			<p>Indicador do resultado intermediário 17.f Cobertura regional média de recém-nascidos com a vacina contra a hepatite B durante as primeiras 24 horas de vida</p>	Meta da ASSA2030 10.5 Deter a transmissão da hepatite viral e acelerar a redução de infecções crônicas e mortes por hepatite, para acabar com a hepatite viral como grande ameaça de saúde pública na Região das Américas
OCM 5		<p>Indicador de impacto 10 Taxa de mortalidade causada por câncer do colo do útero</p> <p>Indicador de resultado intermediário 5.3 Número de países e territórios com programas de exame do colo do útero que alcançam, pelo menos, 70% de cobertura do exame em mulheres de 30 a 49 anos ou na faixa etária definida pela política nacional.</p>	3.4.1 Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias 3.6.1 Taxa de cobertura vacinal da população em relação às vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação	

Prioridades Estratégicas da ECP 2022-2027	Área de foco	Resultados Intermediários – Plano Estratégico OPAS 2020/25	Indicador do PE20-25 que contribui para o indicador do ODS	Indicador do ODS
1.2 Incidir nos determinantes sociais e ambientais e nos efeitos das mudanças do clima na saúde	OCM 18	<p>Indicador de impacto 27 Taxa de mortalidade atribuída à água insalubre, saneamento inadequado e falta de higiene</p> <p>Indicador do resultado intermediário 18.c Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura</p> <p>Indicador de impacto 27 Taxa de mortalidade atribuída à água insalubre, saneamento inadequado e falta de higiene</p> <p>Indicador do resultado intermediário 18.d Proporção da população que utiliza serviços de saneamento gerenciados de forma segura e instalações para lavagem das mãos com água e sabão</p> <p>Indicador de impacto 26 Taxa de mortalidade atribuída à poluição do ar nos domicílios e no meio ambiente</p> <p>Indicador do resultado intermediário 18.f Número de cidades com ≥ 500.000 habitantes (ou pelo menos a cidade principal do país) em cada país ou território que apresentem um nível adequado de progresso ou estão avançando rumo ao cumprimento das diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar com respeito aos níveis médios anuais de partículas finas em suspensão (2,5 µm)</p> <p>Indicador do resultado intermediário 18.g Número de países e territórios com capacidade para abordar a saúde na segurança química (incluindo a exposição da saúde humana a metais e/ou pesticidas)</p> <p>Indicador do resultado intermediário 18.h Número de países e territórios com capacidade para abordar os efeitos da mudança climática relacionados à saúde</p>	<p>3.9.2 Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene</p> <p>6.1.1 Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura</p> <p>3.9.2 Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene</p> <p>6.2.1 Proporção da população que utiliza serviços de saneamento gerenciados de forma segura e instalações para lavagem das mãos com água e sabão</p> <p>6.3.1 Proporção do fluxo de águas residuais doméstica e industrial tratadas de forma segura</p> <p>3.9.1 Taxa de mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica) do ar</p> <p>11.6.2 Nível médio anual de partículas inaláveis (ex: com diâmetro inferior a 2,5 µm e 10 µm) nas cidades (população ponderada)</p> <p>3.9.3 Taxa de mortalidade atribuída à intoxicação não intencional</p>	<p>3.9.2 Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene</p> <p>6.1.1 Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura</p>
1.3 Promover a saúde, inclusive saúde mental, e prevenir os agravos e fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis	OCM 16	<p>Indicador do resultado intermediário 26.a Número de países e territórios com respostas institucionais e mecanismos de prestação de contas que estão avançando rumo à equidade em saúde, à igualdade étnica e de gênero em saúde e aos direitos humanos</p>	<p>13.2.1 Número de países que comunicaram o estabelecimento ou a operacionalização de uma política/estratégia/plano integrado que aumente a sua capacidade e de adaptação aos impactos adversos das mudanças climáticas e promova a resiliência climática e o desenvolvimento de emissões de gases de efeito estufa baixas de maneira que não ameacem a produção alimentar (incluindo um plano nacional de adaptação, uma contribuição determinada em nível nacional, uma comunicação nacional, um relatório de atualização bienal ou outro)</p> <p>13.2.2 Emissões totais de gases de efeito estufa por ano. Relevante para a saúde, mas quem mede e controla esses dados é o meio ambiente</p> <p>11.1 Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)</p> <p>1.2.2 Proporção de homens, mulheres e crianças de todas as idades vivendo na pobreza em todas as dimensões de acordo com as definições nacionais</p> <p>5.1.1 Existência ou não de arcabouço legal em vigor para promover, reforçar e monitorar a igualdade e a não-discriminação com base no sexo</p> <p>5.2.1 Proporção de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que sofreram violência física, sexual ou psicológica, por parte de um parceiro íntimo atual ou anterior, nos últimos 12 meses, por forma de violência e por idade</p> <p>5.2.2 Proporção de mulheres e meninas de 15 anos ou mais que sofreram violência sexual por outras pessoas não parceiras íntimas, nos últimos 12 meses, por idade e local de ocorrência</p> <p>5.3.1 Proporção de países com sistemas para monitorar e fazer alocações públicas para a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres</p> <p>10.2.1 Proporção de pessoas vivendo abaixo de 50% da mediana da renda, por sexo, idade e pessoas com deficiência</p> <p>11.1.1 Proporção de população urbana vivendo em assentamentos precários, assentamentos informais ou domicílios inadequados</p> <p>11.3.2 Proporção de cidades com uma estrutura de participação direta da sociedade civil no planejamento e gestão urbana que opera de forma regular e democrática</p> <p>11.7.1 Proporção da área construída nas cidades que é espaço público aberto para uso de todos, por sexo, idade e pessoas com deficiência</p> <p>3.4.2 Taxa de mortalidade por suicídio</p>	<p>13.2.1 Número de países que comunicaram o estabelecimento ou a operacionalização de uma política/estratégia/plano integrado que aumente a sua capacidade e de adaptação aos impactos adversos das mudanças climáticas e promova a resiliência climática e o desenvolvimento de emissões de gases de efeito estufa baixas de maneira que não ameacem a produção alimentar (incluindo um plano nacional de adaptação, uma contribuição determinada em nível nacional, uma comunicação nacional, um relatório de atualização bienal ou outro)</p> <p>13.2.2 Emissões totais de gases de efeito estufa por ano. Relevante para a saúde, mas quem mede e controla esses dados é o meio ambiente</p>
1.3 Promover a saúde, inclusive saúde mental, e prevenir os agravos e fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis	OCM 16	<p>Indicador de impacto 14 Taxa de mortalidade em decorrência de suicídios</p> <p>Indicador do resultado intermediário 16.a Número de países e territórios com colaboração contínua entre serviços governamentais de saúde mental e outros departamentos, serviços e setores</p>	<p>11.1.1 Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)</p> <p>1.2.2 Proporção de homens, mulheres e crianças de todas as idades vivendo na pobreza em todas as dimensões de acordo com as definições nacionais</p> <p>5.1.1 Existência ou não de arcabouço legal em vigor para promover, reforçar e monitorar a igualdade e a não-discriminação com base no sexo</p> <p>5.2.1 Proporção de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que sofreram violência física, sexual ou psicológica, por parte de um parceiro íntimo atual ou anterior, nos últimos 12 meses, por forma de violência e por idade</p> <p>5.2.2 Proporção de mulheres e meninas de 15 anos ou mais que sofreram violência sexual por outras pessoas não parceiras íntimas, nos últimos 12 meses, por idade e local de ocorrência</p> <p>5.3.1 Proporção de países com sistemas para monitorar e fazer alocações públicas para a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres</p> <p>10.2.1 Proporção de pessoas vivendo abaixo de 50% da mediana da renda, por sexo, idade e pessoas com deficiência</p> <p>11.1.1 Proporção de população urbana vivendo em assentamentos precários, assentamentos informais ou domicílios inadequados</p> <p>11.3.2 Proporção de cidades com uma estrutura de participação direta da sociedade civil no planejamento e gestão urbana que opera de forma regular e democrática</p> <p>11.7.1 Proporção da área construída nas cidades que é espaço público aberto para uso de todos, por sexo, idade e pessoas com deficiência</p> <p>3.4.2 Taxa de mortalidade por suicídio</p>	<p>11.1.1 Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)</p> <p>1.2.2 Proporção de homens, mulheres e crianças de todas as idades vivendo na pobreza em todas as dimensões de acordo com as definições nacionais</p> <p>5.1.1 Existência ou não de arcabouço legal em vigor para promover, reforçar e monitorar a igualdade e a não-discriminação com base no sexo</p> <p>5.2.1 Proporção de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que sofreram violência física, sexual ou psicológica, por parte de um parceiro íntimo atual ou anterior, nos últimos 12 meses, por forma de violência e por idade</p> <p>5.2.2 Proporção de mulheres e meninas de 15 anos ou mais que sofreram violência sexual por outras pessoas não parceiras íntimas, nos últimos 12 meses, por idade e local de ocorrência</p> <p>5.3.1 Proporção de países com sistemas para monitorar e fazer alocações públicas para a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres</p> <p>10.2.1 Proporção de pessoas vivendo abaixo de 50% da mediana da renda, por sexo, idade e pessoas com deficiência</p> <p>11.1.1 Proporção de população urbana vivendo em assentamentos precários, assentamentos informais ou domicílios inadequados</p> <p>11.3.2 Proporção de cidades com uma estrutura de participação direta da sociedade civil no planejamento e gestão urbana que opera de forma regular e democrática</p> <p>11.7.1 Proporção da área construída nas cidades que é espaço público aberto para uso de todos, por sexo, idade e pessoas com deficiência</p> <p>3.4.2 Taxa de mortalidade por suicídio</p>

Prioridades Estratégicas da ECP 2022-2027	Área de foco	Resultados Intermediários – Plano Estratégico OPAS 2020/25	Indicador do PE20-25 que contribui para o indicador do ODS	Indicador do ODS
OCM 15		<p>Indicador de impacto 13 Número de mortes em decorrência de traumatismos causados pelo trânsito</p> <p>Indicador de Resultado Intermediário 15.a Número de países e territórios com um comité consultivo em operação ou um órgão de liderança na segurança no trânsito que apoiou a formulação e/ou implementação de uma estratégia nacional de segurança no trânsito</p>	<p>3.6.1 Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito</p>	<p>Indicador do ODS</p>
OCM 6/15		<p>Indicador de impacto 11 Taxa de mortalidade por homicídio entre jovens de 15 a 24 anos de idade</p> <p>Indicador de impacto 12 Proporção de mulheres e meninas com idades entre 15 e 49 anos que já tiveram um parceiro e foram vítimas de violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo atual ou anterior nos últimos 12 meses</p> <p>Indicador de Resultado Intermediário 15.b Número de países e territórios que possuem um plano nacional ou multissetorial de enfrentamento à violência que inclua o sistema de saúde</p>	<p>5.2.1 Proporção de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que sofreram violência física, sexual ou psicológica, por parte de um parceiro íntimo atual ou anterior, nos últimos 12 meses, por forma de violência e por idade</p> <p>16.1.1 Número de vítimas de homicídio intencional, por 100.000 habitantes, por sexo e idade</p> <p>16.2.1 Proporção de crianças com idade entre 1 e 17 anos que sofreram qualquer punição física e/ou agressão psicológica por parte de cuidadores no último mês</p>	<p>5.2.1 Proporção de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que sofreram violência física, sexual ou psicológica, por parte de um parceiro íntimo atual ou anterior, nos últimos 12 meses, por forma de violência e por idade</p> <p>16.1.1 Número de vítimas de homicídio intencional, por 100.000 habitantes, por sexo e idade</p> <p>16.2.1 Proporção de crianças com idade entre 1 e 17 anos que sofreram qualquer punição física e/ou agressão psicológica por parte de cuidadores no último mês</p>
OCM 19		<p>Indicador do resultado intermediário 19.a Número de países e territórios que implementam a estrutura saúde em todas as políticas para melhorar tanto a equidade em saúde como a saúde e o bem-estar</p>	<p>11.1.1 Proporção de população urbana vivendo em assentamentos precários, assentamentos informais ou domicílios inadequados</p> <p>11.3.2 Proporção de cidades com uma estrutura de participação direta da sociedade civil no planeamento e gestão urbana que opera de forma regular e democrática</p> <p>11.7.1 Proporção da área construída nas cidades que é espaço público aberto para uso de todos, por sexo, idade e pessoas com deficiência</p> <p>11.a.1 Proporção de população que reside em cidades que implementam planos de desenvolvimento urbano e regional que incluem projeções de população e avaliação de recursos, por tamanho da cidade</p> <p>12.1.1 Número de países que incorporam o consumo e a produção sustentáveis em planos de ação nacionais ou como uma prioridade ou uma meta nas políticas nacionais</p>	<p>11.1.1 Proporção de população urbana vivendo em assentamentos precários, assentamentos informais ou domicílios inadequados</p> <p>11.3.2 Proporção de cidades com uma estrutura de participação direta da sociedade civil no planeamento e gestão urbana que opera de forma regular e democrática</p> <p>11.7.1 Proporção da área construída nas cidades que é espaço público aberto para uso de todos, por sexo, idade e pessoas com deficiência</p> <p>11.a.1 Proporção de população que reside em cidades que implementam planos de desenvolvimento urbano e regional que incluem projeções de população e avaliação de recursos, por tamanho da cidade</p> <p>12.1.1 Número de países que incorporam o consumo e a produção sustentáveis em planos de ação nacionais ou como uma prioridade ou uma meta nas políticas nacionais</p>
OCM 19		<p>Indicador do resultado intermediário 19.b Número de países e territórios que incorporaram a promoção da saúde aos serviços de saúde com base nos princípios da atenção primária à saúde</p>	<p>3.8.1 Cobertura da Atenção Primária à Saúde (definida como a cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, e sobre o acesso e capacidade dos serviços, junto da população geral e das populações mais desfavorecidas)</p>	<p>3.8.1 Cobertura da Atenção Primária à Saúde (definida como a cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, e sobre o acesso e capacidade dos serviços, junto da população geral e das populações mais desfavorecidas)</p>
COM 19		<p>Indicador do resultado intermediário 19.c Número de países e territórios que estão implementando políticas ou estratégias com base na orientação regional sobre escolas saudáveis</p>	<p>4.2.1 Proporção de crianças com menos de 5 anos que estão com desenvolvimento adequado da saúde, aprendizagem e bem-estar psicossocial, por sexo</p> <p>4.3.1 Taxa de participação de jovens e adultos na educação formal e não formal, nos últimos 12 meses, por sexo</p> <p>4.7.1 Em que medida (i) a educação para a cidadania global e (ii) a educação para o desenvolvimento sustentável, incluindo a igualdade de género e os direitos humanos, são incorporados a todos os níveis de: a) políticas nacionais de educação; b) currículos escolares; c) formação dos professores e d) avaliação dos alunos</p> <p>12.8.1 Grau com que a (i) educação para a cidadania global e a (ii) educação para o desenvolvimento sustentável, incluindo a igualdade de género e os direitos humanos, são disseminados a todos os níveis em: (a) políticas educativas nacionais; (b) programas educativos; (c) formação de professores e (d) avaliação de estudantes</p>	<p>4.2.1 Proporção de crianças com menos de 5 anos que estão com desenvolvimento adequado da saúde, aprendizagem e bem-estar psicossocial, por sexo</p> <p>4.3.1 Taxa de participação de jovens e adultos na educação formal e não formal, nos últimos 12 meses, por sexo</p> <p>4.7.1 Em que medida (i) a educação para a cidadania global e (ii) a educação para o desenvolvimento sustentável, incluindo a igualdade de género e os direitos humanos, são incorporados a todos os níveis de: a) políticas nacionais de educação; b) currículos escolares; c) formação dos professores e d) avaliação dos alunos</p> <p>12.8.1 Grau com que a (i) educação para a cidadania global e a (ii) educação para o desenvolvimento sustentável, incluindo a igualdade de género e os direitos humanos, são disseminados a todos os níveis em: (a) políticas educativas nacionais; (b) programas educativos; (c) formação de professores e (d) avaliação de estudantes</p>
OCM 14		<p>Indicador do resultado intermediário 14.b Prevalência da emaciação em crianças menores de 5 anos de idade</p> <p>Indicador do resultado intermediário 14.c Prevalência de sobrepeso na infância (menores de 5 anos)</p> <p>Indicador do resultado intermediário 14.f Porcentagem de lactentes com menos de 6 meses que são apenas amamentados</p>	<p>2.2.2 Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo de malnutrição (baixo peso e excesso de peso) (peso para a altura > +2 ou < -2 desvios-padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS)</p>	<p>2.2.2 Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo de malnutrição (baixo peso e excesso de peso) (peso para a altura > +2 ou < -2 desvios-padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS)</p>
OCM 14		<p>Indicador do resultado intermediário 14.d Prevalência de obesidade na infância e adolescência (5 a 19 anos)</p>		
OCM 13		<p>Indicador do resultado intermediário 13.c Ingestão média de sal (cloreto de sódio), padronizada por idade, pela população, por dia, em gramas, entre pessoas com 18 anos ou mais</p> <p>Indicador do resultado intermediário 13.d Número de países e territórios que eliminaram os açúcares trans produzidos industrialmente</p>		

Prioridades Estratégicas da ECP 2022-2027	Área de foco	Resultados Intermediários – Plano Estratégico OPAS 2020/25	Indicador do PE20-25 que contribui para o indicador do ODS	Indicador do ODS
		COM 13	<p>Indicador do resultado intermediário 13.e Prevalência, padronizada por idade, de pessoas de 18 anos ou mais que não fazem atividade física suficiente</p>	
2. Recuperar, melhorar e tornar mais forte os serviços de saúde e os programas prioritários impactados pela pandemia de Covid-19	2.1 Fortalecer acesso, atenção integral e implementação de intervenções efetivas ao longo do curso de vida, priorizando populações em situação de vulnerabilidade e as áreas das fronteiras	OCM 5	<p>Indicador de impacto 9 Probabilidade incondicional de morrer entre as idades de 30 e 70 anos em decorrência de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas</p> <p>Indicador de Resultado Intermediário 5.a Número de países e territórios que alcançam a meta mundial de 2025 para as DNTs de conter o crescimento do diabetes avaliado pela prevalência, padronizada por idade, de hiperglicemia/diabetes entre pessoas com 18 anos ou mais</p> <p>5.b Número de países e territórios que alcançam a meta de 35% de prevalência de hipertensão controlada em nível populacional (< 140/90 mmHg) entre pessoas com hipertensão com 18 anos ou mais</p>	3.4.1 Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias
		OCM 13	<p>Indicador do resultado intermediário 13.a Prevalência de fumantes na população de 15 ou mais anos</p> <p>Indicador do resultado intermediário 13.b Consumo total (registrado e não registrado) de álcool <i>per capita</i> entre pessoas de 15 anos ou mais em um ano civil, em litros de álcool puro, ajustado pelo consumo por turistas</p>	3.A.1 Prevalência de fumantes na população de 15 ou mais anos 3.5.2 Consumo nocivo de álcool, tendo por referência o limiar nacional definido para o consumo de litros de álcool puro <i>per capita</i> (pessoas com 15 ou mais anos) por ano 3.1.1 Taxa de mortalidade materna
		OCM 2	<p>Indicador de impacto 6 Taxa de mortalidade materna (mortes por 100.000 nascidos vivos)</p> <p>Indicador de impacto 7 Taxa de mortalidade por causas evitáveis mediante atenção à saúde (mortes por 100.000 habitantes)</p>	3.1.2 Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado
			<p>Indicador do resultado intermediário 2.c Proporção de partos em unidades de Saúde</p> <p>Indicador do resultado intermediário 2.d Proporção de partos acompanhados por profissional qualificado</p>	3.2.2 Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1.000 mulheres destes grupos etários 3.7.1 Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos modernos de planejamento familiar
			<p>Indicador do resultado intermediário 2.a Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) cuja necessidade de planejamento familiar é satisfeita com métodos modernos</p> <p>Indicador do resultado intermediário 2.b Taxa de fecundidade em mulheres de 10 a 19 anos (desagregada nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos) na América Latina e Caribe</p>	3.2.1 Taxa de mortalidade neonatal 3.2.2 Taxa de mortalidade em menores de 5 anos
			<p>Indicador de impacto 3 Taxa de mortalidade neonatal</p> <p>Indicador de impacto 4 Taxa de mortalidade de menores de 5 anos</p>	
		OCM 14	<p>Indicador do resultado intermediário 2.f Número de países e territórios que formulam, implementam e monitoram políticas ou estratégias com um enfoque integrado para abordar a saúde do homem</p>	2.2.1 Prevalência de atrasos no crescimento nas crianças com menos de 5 anos de idade (estatura para idade < -2 desvios-padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial da Saúde (OMS))
		OCM 2	<p>Indicador do resultado intermediário 14.a Prevalência do atraso no crescimento em crianças menores de 5 anos de idade</p> <p>Indicador do resultado intermediário 2.e Número de países e territórios com capacidade para implementar e monitorar políticas ou estratégias nacionais para melhorar a saúde e o desenvolvimento de crianças pequenas baseadas na estrutura da OMS/UNICEF. Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância</p>	
			<p>Indicador de impacto 5 Proporção de crianças com menos de 5 anos com bom desenvolvimento em termos de saúde, aprendizado e bem-estar psicossocial</p>	

Prioridades Estratégicas da ECP 2022-2027	Área de foco	Resultados Intermediários – Plano Estratégico OPAS 2020/25	Indicador do PE20-25 que contribui para o indicador do ODS	Indicador do ODS	
2.2. Aprimorar a prevenção, a detecção e o tratamento das doenças transmissíveis, emergentes e reemergentes, em especial aquelas de maior impacto à morbimortalidade	OCM 3	OCM 24	<p>Indicador de impacto 2 Expectativa de vida saudável</p> <p>Indicador de impacto 8 Proporção de adultos com mais de 65 anos dependentes de cuidados</p> <p>Indicador do resultado intermediário 3 Número de países e territórios com capacidade para prevenir a dependência de cuidados (3. Atenção de qualidade para os idosos)</p>	Indicador do ODS 3	
			<p>Indicador do resultado intermediário 24.b Número de países e territórios endêmicos com uma cobertura de 80% da vacinação contra a febre amarela</p>		
			<p>Indicador do resultado intermediário 8.a Suprimento de vacinas acessíveis, segura e de qualidade entregue efetivamente</p>		
			<p>Indicador do resultado intermediário 4.h Número de países e territórios que informam uma cobertura de pelo menos 95% de três doses da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DPT3) em 80% dos municípios</p>		
			<p>Indicador do resultado intermediário 4.i Número de países e territórios que informam uma cobertura de pelo menos 95% de três doses da vacina pneumocócica no nível nacional</p>		
			<p>Indicador do resultado intermediário 4.j Número de países e territórios que incorporaram vacinas contra o HPV em seu programa nacional de vacinação</p>		
			<p>Indicador de impacto 16 Taxa de incidência de infecções por HIV</p> <p>Indicador do resultado intermediário 4.a Porcentagem de pessoas infectadas pelo HIV que foram diagnosticadas</p> <p>Indicador do resultado intermediário 4.b Cobertura da terapia antiretroviral (TARV) nas pessoas infectadas pelo HIV</p> <p>Indicador do resultado intermediário 17.a Número de países e territórios que atingem a supressão viral de 90% (carga viral < 1.000 cópias/ml) em pessoas em terapia antiretroviral (TARV)</p>		Indicador do ODS 3
			<p>Indicador de impacto 20 Taxa de incidência de tuberculose</p> <p>Indicador do resultado intermediário 4.d Cobertura do tratamento da tuberculose</p>		
			<p>Indicador de impacto 21 Taxa de incidência de malária</p> <p>Indicador do resultado intermediário 4.e Número de países e territórios endêmicos com > 70% de casos de malária diagnosticados e tratados no prazo de 72 horas após o início dos sintomas</p>		
			<p>Indicador de impacto 19 Taxa de mortalidade causada por hepatites virais crônicas</p>		
<p>Indicador de impacto 24 Eliminação de doenças infecciosas negligenciadas nos países</p> <p>Indicador do resultado intermediário 12.b Número de países e territórios onde todo o território ou unidade territorial endêmica (por transmissão vetorial) tem um índice doméstico de infestação (pela principal espécie de vetor) triatomeo ou pelo vetor substituto, conforme o caso) igual ou inferior a 1%</p>					
<p>Indicador do resultado intermediário 18.b Número de países e territórios com capacidade para prevenir as principais doenças ocupacionais</p>					
<p>Indicador do resultado intermediário 18.a Número de países e territórios com capacidade para prevenir as principais doenças ocupacionais</p>					
<p>Indicador do resultado intermediário 18.c Número de países e territórios com capacidade para prevenir as principais doenças ocupacionais</p>					
<p>Indicador do resultado intermediário 18.d Número de países e territórios com capacidade para prevenir as principais doenças ocupacionais</p>					
<p>Indicador do resultado intermediário 18.e Número de países e territórios com capacidade para prevenir as principais doenças ocupacionais</p>					

Prioridades Estratégicas da ECP 2022-2027	Área de foco	Resultados Intermediários – Plano Estratégico OPAS 2020/25	Indicador do PE20-25 que contribui para o indicador do ODS	Indicador do ODS
			<p>Indicador de impacto 25 Número de casos de infecção da corrente sanguínea por 1.000 pacientes/ano causados por organismos produtores de carbapenemase</p> <p>Indicador de resultado intermediário 12.c Número de países e territórios em que houve um aumento da capacidade de vigilância da resistência antimicrobiana para orientar as intervenções de saúde pública a fim de reduzir o risco e evitar a transmissão de infecções multirresistentes, por meio de ação intersetorial</p>	<p>Porcentagem de infecções da corrente sanguínea por organismos resistentes aos antimicrobianos</p>
2.3 Revisar a atenção integral à saúde mental e às doenças e agravos não transmissíveis	OCM 5	<p>Indicador de impacto 9 Probabilidade incondicional de morrer entre as idades de 30 e 70 anos em decorrência de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas</p> <p>Indicador do resultado intermediário 5.a. Número de países e territórios que alcançam a meta mundial de 2025 para as DNTs de conter o crescimento do diabetes avaliado pela prevalência, padronizada por idade, de hiperglicemia/diabetes entre pessoas com 18 anos ou mais</p> <p>Indicador do resultado intermediário 5.b. Número de países e territórios que alcançam a meta de 35% de prevalência de hipertensão controlada em nível populacional (< 140/90 mmHg) entre pessoas com hipertensão com 18 anos ou mais</p> <p>Indicador do resultado intermediário 5.c. Número de países e territórios com programas de exame do colo do útero que alcançam, pelo menos, 70% de cobertura do exame em mulheres de 30 a 49 anos ou na faixa etária definida pela política nacional.</p> <p>Indicador do resultado intermediário 5.d. Número de países e territórios que aumentam o acesso a cuidados paliativos, avaliado pelo aumento do consumo de equivalentes de morfina de analgésicos opioides (excluindo a metadona)</p> <p>Indicador do resultado intermediário 5.e. Número de países e territórios cujos sistemas de vigilância têm capacidade para informar sobre os principais indicadores do Quadro de Monitoramento Global das Doenças Não Transmissíveis</p>	<p>3.4.1 Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias</p> <p>3.4.2 Taxa de mortalidade por suicídio</p> <p>3.5.1 Cobertura das intervenções (farmacológicas, psicossociais, de reabilitação e de pós-tratamento) para o tratamento do abuso de substâncias</p>	
3. Contribuir ao desenvolvimento de um SUS mais resiliente, equitativo e eficaz, de acordo com as necessidades de saúde da população	OCM 6	<p>Indicador do resultado intermediário 5.g Número de países e territórios que aumentaram a capacidade de gerenciar transtornos de saúde mental no primeiro nível de atenção</p> <p>Indicador do resultado intermediário 5.h Número de países e territórios que aumentaram a taxa de pessoas admitidas com transtornos mentais em hospitais gerais</p> <p>Indicador do resultado intermediário 5.i Número de países e territórios que aumentaram a taxa de pessoas que recebem tratamento (serviços farmacológicos, psicossociais e de reabilitação e pós-tratamento) para transtornos relacionados ao uso de substâncias na rede de serviços de saúde</p>	<p>Indicador do resultado intermediário 5.f Número de países e territórios que contam com centros de atendimento terciário que prestam serviços de reabilitação com equipes multidisciplinares para lesões complexas</p>	
	OCM 9	<p>Indicador do resultado intermediário 9.a Número de países e territórios que conseguiram alcançar, até 2025, uma redução de pelo menos 10 pontos percentuais da população que informa obstáculos ao acesso aos serviços de saúde em comparação com 2020</p> <p>Indicadores do resultado intermediário 1</p> <p>1.a Número de países e territórios que apresentaram uma redução de pelo menos 10% nas hospitalizações por doenças que poderiam ser tratadas na atenção ambulatorial</p> <p>1.b Número de países e territórios que implementaram estratégias para fortalecer a capacidade resolutiva no primeiro nível de atenção</p> <p>Indicador do resultado intermediário 10.b Número de países e territórios que destinaram pelo menos 30% do gasto público em saúde para o primeiro nível de atenção</p>	<p>3.8.1 Cobertura da Atenção Primária à Saúde (definida como a cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e acesso e capacidade dos serviços, junto da população geral e das populações mais desfavorecidas)</p>	

Prioridades Estratégicas da ECP 2022-2027	Área de foco	Resultados Intermediários – Plano Estratégico OPAS 2020/25	Indicador do PE20-25 que contribui para o indicador do ODS	Indicador do ODS
	OCM 8	<p>Indicador do resultado intermediário 8.a Número de países e territórios que garantem que os produtos constantes da lista de medicamentos essenciais estão disponíveis sem a necessidade de pagamento do próprio bolso nos locais de atendimento</p> <p>8.f Número de países e territórios que implementaram quadros e estratégias institucionais ou arcabouços jurídicos para a avaliação, a seleção e o uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde, incluindo os antibióticos</p>	<p>3.b.3 Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais e relevantes disponíveis e a custo acessível numa base sustentável</p> <p>3.8.2 Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares</p>	<p>3.b.3 Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais e relevantes disponíveis e a custo acessível numa base sustentável</p> <p>3.8.2 Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares</p>
	OCM 20/21	<p>Indicador do resultado intermediário 20.a Número de países e territórios que implementam sistemas de informação integrados e interoperáveis para a saúde que façam a desagregação subnacional</p> <p>Indicador do resultado intermediário 21.b Número de países e territórios que geram, analisam e usam dados e informações de acordo com as prioridades de saúde, desagregados por estratos geopolíticos e demográficos, conforme apropriado ao contexto nacional</p>	<p>17.18.1 Proporção de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos em nível nacional com desagregação completa quando relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais</p>	<p>17.18.1 Proporção de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos em nível nacional com desagregação completa quando relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais</p>
<p>3.2 Fortalecer a governança, a liderança, a regulação, a participação e o controle social no SUS, com financiamento, modelos de remuneração e recursos humanos adequados, suficientes e sustentáveis</p>	OCM 9 OCM 10 OCM 11	<p>Indicador do resultado intermediário 9 9.a Número de países e territórios que conseguiram alcançar, até 2025, uma redução de pelo menos 10 pontos percentuais da população que informa obstáculos ao acesso aos serviços de saúde em comparação com 2020</p> <p>9.b Número de países e territórios que alcançaram pelo menos 60% de sua capacidade para implementar as funções essenciais de saúde pública</p> <p>Indicador do resultado intermediário 10 10.a Número de países e territórios que aumentaram os gastos públicos em saúde para pelo menos 6% do produto interno bruto</p> <p>10.b Número de países e territórios que destinaram pelo menos 30% do gasto público em saúde para o primeiro nível de atenção</p> <p>Indicador do resultado intermediário 11.a Número de países e territórios que reduziram em 20% a porcentagem de pessoas em domicílios que registram gastos catastróficos do próprio bolso com saúde</p> <p>Indicador do resultado intermediário 11.b Número de países e territórios que reduziram em 10% a porcentagem de pessoas em domicílios que passaram por empobrecimento devido a gastos do próprio bolso com saúde</p>	<p>3.3.2 Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares</p>	<p>3.3.2 Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares</p>
<p>3.3 Revitalizar o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde</p>	OCM 7	<p>Indicador do resultado intermediário 7.a Número de países e territórios que reduziram a lacuna da densidade com respeito a médicos, enfermeiras e parteiras, tendo alcançado pelo menos 25 profissionais de saúde por 10.000 habitantes em áreas subatendidas, levando em conta a meta mundial de 44,5 até 2030</p> <p>7.b Número de países e territórios que têm uma equipe de saúde interprofissional no primeiro nível de atenção, de forma compatível com seu modelo de atenção</p>	<p>3.C.1 Densidade e distribuição dos profissionais de saúde</p>	<p>3.C.1 Densidade e distribuição dos profissionais de saúde</p>
<p>4. Impulsionar a pesquisa e inovação e a geração de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, incluindo aqueles voltados à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção de medicamentos, fitoterápicos e produtos tradicionais em saúde, vacinas, biotecnológicos e tecnologias em saúde</p>	OCM 22 OCM 8	<p>Indicador do resultado intermediário 22.a Número de países e territórios que estão implementando uma política, estratégia e/ou agenda financiada de pesquisa e inovação em saúde</p> <p>Ministério das Finanças/das Relações Exteriores presta contas à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)</p> <p>Indicador do resultado intermediário 8.a Número de países e territórios que garantem que os produtos constantes da lista de medicamentos essenciais estão disponíveis sem a necessidade de pagamento do próprio bolso nos locais de atendimento</p> <p>Indicador do resultado intermediário 8.f Número de países e territórios que implementaram quadros e estratégias institucionais ou arcabouços jurídicos para a avaliação, a seleção e o uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde, incluindo os antibióticos</p>	<p>9.5.1 Dispendio em P&D como proporção do PIB</p> <p>9.b.1 Proporção do valor adicionado nas indústrias de média e alta intensidade tecnológica no valor adicionado total</p> <p>3.b.2 Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde</p> <p>9.b.1 Proporção do valor adicionado nas indústrias de média e alta intensidade tecnológica no valor adicionado total</p> <p>3.b.2 Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde</p> <p>3.b.1 Taxa de cobertura vacinal da população em relação às vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação</p> <p>3.b.3 Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais e relevantes disponíveis e a custo acessível numa base sustentável</p> <p>Padrões de consumo de antibióticos no nível nacional</p> <p>3.c.2 Porcentagem de infecções da corrente sanguínea, devido a organismos resistentes a antimicrobianos selecionados</p> <p>WHA68.7 Antibióticos: do grupo "ACCESSO" correspondem a 60% ou mais do consumo total de antibióticos</p>	<p>9.5.1 Dispendio em P&D como proporção do PIB</p> <p>9.b.1 Proporção do valor adicionado nas indústrias de média e alta intensidade tecnológica no valor adicionado total</p> <p>3.b.2 Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde</p> <p>9.b.1 Proporção do valor adicionado nas indústrias de média e alta intensidade tecnológica no valor adicionado total</p> <p>3.b.2 Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde</p> <p>3.b.1 Taxa de cobertura vacinal da população em relação às vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação</p> <p>3.b.3 Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais e relevantes disponíveis e a custo acessível numa base sustentável</p> <p>Padrões de consumo de antibióticos no nível nacional</p> <p>3.c.2 Porcentagem de infecções da corrente sanguínea, devido a organismos resistentes a antimicrobianos selecionados</p> <p>WHA68.7 Antibióticos: do grupo "ACCESSO" correspondem a 60% ou mais do consumo total de antibióticos</p>

Prioridades Estratégicas da ECP 2022-2027	Área de foco	Resultados Intermediários – Plano Estratégico OPAS 2020/25	Indicador do PE20-25 que contribui para o indicador do ODS	Indicador do ODS		
5. Reforçar a preparação, a resposta oportuna e a recuperação nos emergências e desastres, com a participação das comunidades afetadas	4.3 Promover inovações relevantes em saúde	OCM 22	Indicador do resultado intermediário 23.a Número de países e territórios que estão implementando uma política, estratégia e/ou agenda financiada de pesquisa e inovação em saúde	9.5.1 Dispendio em P&D como proporção do PIB 9.5.1 Proporção do valor adicionado nas indústrias de média e alta intensidade tecnológica no valor adicionado total		
	4.4 Promover a inovação na área de plantas medicinais e fitoterápicos a partir da biodiversidade nativa, reconhecendo saberes, práticas e garantindo reparação de benefícios oriundos da comercialização desses produtos com as comunidades tradicionais					
	5.1 Fortalecer a organização e os recursos do sistema de saúde relacionado à prevenção e preparação de emergências e desastres				Indicador do resultado intermediário 23.b Número de estados-sinalários que têm e mantêm as capacidades básicas previstas no Regulamento Sanitário Internacional	3.D.1 Capacidade para o Regulamento Sanitário Internacional (RS) e preparação para emergências de saúde
	5.2 Fortalecer a resposta coordenada, integrada e oportuna a emergências e desastres com especial ênfase nas áreas de fronteiras				Indicador do resultado intermediário 5.g Número de países e territórios que aumentaram a capacidade de gerenciar transtornos de saúde mental no primeiro nível de atenção	11.5.1 Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuído a desastres por 100.000 habitantes
	5.3 Desenvolver capacidades do sistema de saúde na recuperação oportuna e efetiva				Indicador de impacto 28 Taxa de mortalidade causada por desastres (por 100.000 habitantes)	11.5.1 Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuído a desastres por 100.000 habitantes

Obs: A primeira fase de implementação da ECP consiste na definição de linha de base e metas para os indicadores consensuados para as prioridades estratégicas e respectivas Áreas de Foco. Vale destacar que a contribuição dos indicadores do PE20-25 para os indicadores dos ODS relacionados com a saúde e da Estrutura de Impacto do 13º PGT da OMS e para as metas da ASSA2030 estão relacionadas no Anexo B do Plano Estratégico da OPAS 2020-2025.

RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS DO PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS 2020/2025

1. Acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade
2. Saúde ao longo de todo o ciclo de vida
3. Atenção de qualidade para os idosos
4. Capacidade resolutive para as doenças transmissíveis
5. Acesso a serviços de saúde para doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental
6. Capacidade resolutive para a violência e os traumatismos
7. Força de trabalho em saúde
8. Acesso a tecnologias em saúde
9. Fortalecimento da gestão e governança
10. Aumento do financiamento público para a saúde
11. Fortalecimento da proteção financeira
12. Fatores de risco das doenças transmissíveis
13. Fatores de risco das doenças não transmissíveis (DNTs)
14. Má nutrição
15. Resposta intersectorial a violência e traumatismos
16. Ação intersectorial sobre a saúde mental
17. Eliminação de doenças transmissíveis
18. Determinantes sociais e ambientais
19. Promoção da saúde e ação intersectorial
20. Sistemas de informação integrados para a saúde
21. Dados, informações, conhecimento e evidências
22. Pesquisa, ética e inovação para a saúde
23. Preparação para situações de emergência e redução de riscos
24. Prevenção e controle de epidemias e pandemias
25. Detecção de emergências de saúde e respectiva resposta
26. Temas transversais: equidade, género, etnia e direitos humanos
27. Liderança e governança
28. Gestão e administração

Base legal da Cooperação Técnica da OPAS/OMS no Brasil:

- **Decreto Legislativo n.º 11, de 1956** – Aprova o Convênio Básico entre o Brasil e a Organização Mundial da Saúde para Assistência Técnica de Caráter Consultivo.
- **Decreto n.º 59.308, de 23 de setembro de 1966** – Promulga o Acordo Básico de Assistência Técnica com a Organização das Nações Unidas, suas Agências Especializadas e a Agência Internacional de Energia Atômica.
- **Decreto Legislativo n.º 108, de 1983** – ACORDO ENTRE O GOVERNO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E A REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA, PARA FUNCIONAMENTO DO ESCRITÓRIO DE ÁREA.
- **Decreto n.º 97.590, de 22 de março de 1989** – Promulga o Adendo ao Acordo para o Funcionamento do Escritório de Área da OPAS/OMS no Brasil, entre a República Federativa do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.
- **Decreto n.º 3.594, de 8 de setembro de 2000** – Dispõe sobre a execução do Ajuste Complementar ao Convênio Básico entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização Mundial da Saúde e o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Repartição Sanitária Pan-Americana para o Funcionamento do Escritório de Área da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil, de 16 de março de 2000.

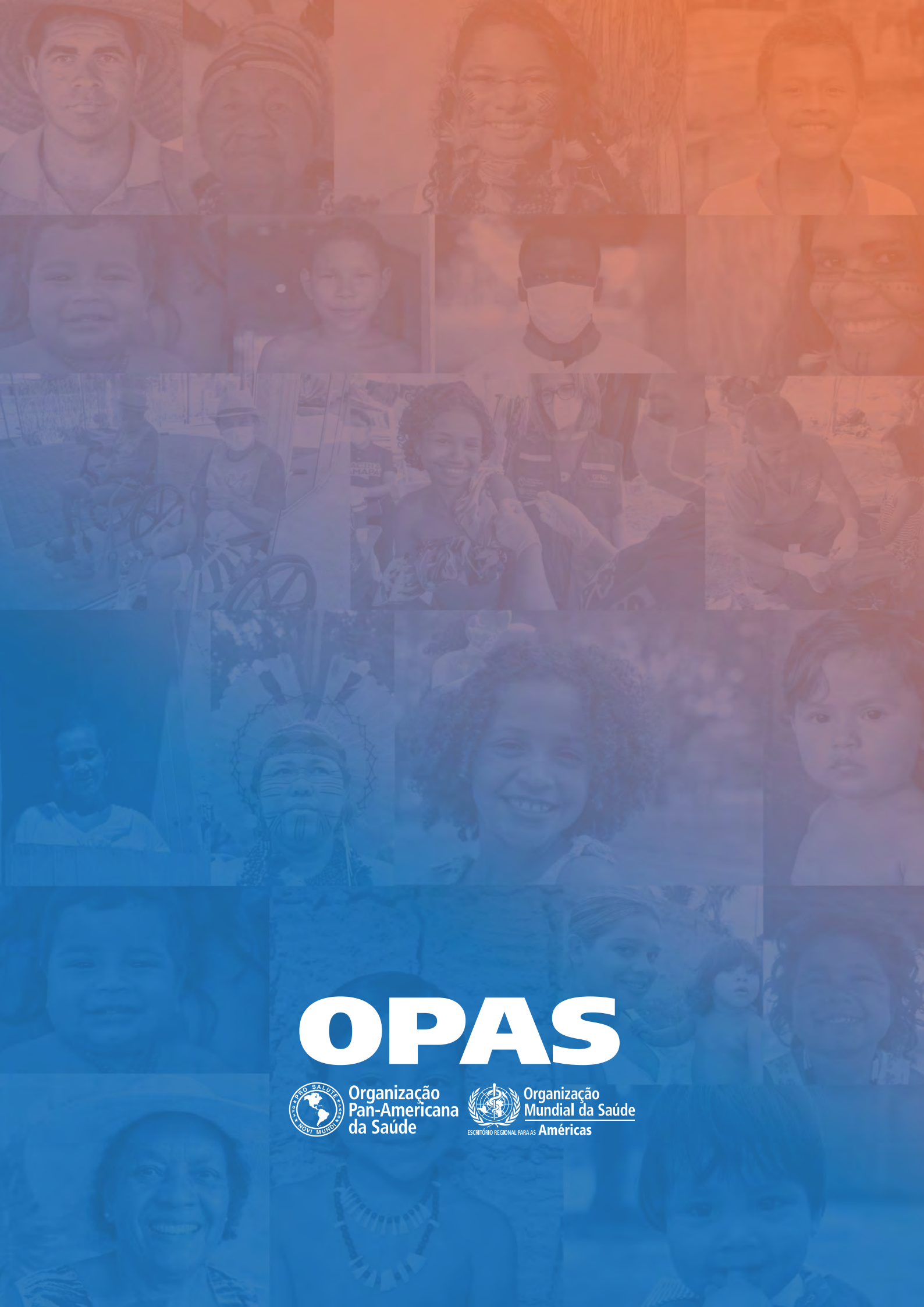
A Estratégia de Cooperação do País 2022-2027 – Brasil foi elaborada com base no diálogo com atores estratégicos nacionais e internacionais e à luz das orientações de documentos da OMS e da OPAS, “Guia de Estratégia de Cooperação do País 2020 – OMS” e “Orientações da OPAS para o uso do Guia de CCS 2020 da OMS”, respectivamente.

No Brasil, o diálogo e elaboração conjunta foi realizado com atores estratégicos do SUS, especialmente com o Ministério da Saúde, e também com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Conselho Nacional e Saúde.

Em âmbito internacional recebeu aportes de atores estratégicos tanto da OMS quanto da OPAS.

O Escritório do Brasil da OPAS/OMS foi responsável pela coordenação, elaboração, edição e revisão do documento. Todo o processo foi coordenado e realizado por Socorro Gross Galiano, Rodrigo Monrroy, Akemi Kamimura, Janine Giuberti Coutinho, Juan Cortez-Escalante e Sandro Terabe. Além disto, a equipe da OPAS/OMS no Brasil produziu informações para a elaboração do presente documento.

O projeto gráfico e diagramação: All Type Assessoria Editorial EIRELI.



OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
Américas