



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



139ª REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C, EUA, 19-23 de junho de 2006

Tema 5.1 da Agenda Provisória

CE139/5 (Port.)
24 de setembro de 2006
ORIGINAL: ESPANHOL

AGENDA DE SAÚDE PARA AS AMÉRICAS 2008–2017 Proposta para discussão regional

A Diretora tem o prazer de encaminhar ao Comitê Executivo o projeto de Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017. Este documento é um produto dos esforços dos sete Estados Membros participantes do Grupo de Trabalho da Agenda de Saúde. Trata-se de um projeto de documento, redigido apenas para fins de discussão; não se pretende que seja citado ou usado como base para políticas a esta altura.

O Comitê Executivo está convidado a fazer comentários sobre este projeto e fornecer observações gerais com respeito aos conceitos e áreas de ação nele descritos. No período posterior a esta sessão do Comitê Executivo, o projeto será mais refinado com base em suas observações e depois difundido em toda a região num processo consultivo amplo, que durará sete meses. Após este processo, a Agenda de Saúde para as Américas será lançada pelos Ministros da Saúde da Região em meados de 2007.

I. ENUNCIADO DA INTENÇÃO

1. Os governos da Região das Américas estabelecem conjuntamente esta Agenda de Saúde para orientar a ação coletiva dos parceiros nacionais e internacionais interessados em contribuir para melhorar a saúde dos povos desta Região na próxima década.
2. Os governos reiteram seu compromisso com a visão de uma região mais saudável, mais equitativa em aspectos da saúde, com melhoras nos determinantes da saúde e no acesso a serviços e bens individuais e de saúde pública. Uma região onde todas as pessoas, a família e a comunidade tenham a oportunidade de desenvolver todo o seu potencial.
3. A Agenda de Saúde para as Américas é uma resposta às necessidades de saúde de nossas populações e reflete o compromisso de todos os países para trabalhar em conjunto, com uma perspectiva regional e de forma solidária, a favor do desenvolvimento da saúde na Região.
4. Esta Agenda é o instrumento político de mais alto nível para aspectos da saúde. Nela se definem as grandes áreas de ação, com o propósito de retomar os compromissos assumidos pelos Estados nos fóruns internacionais e fortalecer a resposta para seu efetivo cumprimento.
5. A Agenda incorpora e complementa a agenda global incluída no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde, aprovado pelos Estados Membros na 59ª Assembléia Mundial da Saúde, em maio de 2006. Está alinhada também com os objetivos da Declaração do Milênio.
6. A Agenda orientará a elaboração dos futuros planos nacionais de saúde e os planos estratégicos de todas as organizações interessadas na cooperação em saúde com os países das Américas, inclusive o da Repartição Sanitária Pan-Americana. A avaliação das áreas de ação definidas nesta Agenda será feita por meio da avaliação do cumprimento das metas desses planos.
7. Os Governos das Américas ressaltam a importância de que os parceiros que trabalham pela saúde e as instituições se beneficiem de uma agenda de saúde concisa, flexível, dinâmica e de alto nível, que oriente suas ações, facilite a mobilização de recursos e influencie as políticas de saúde na Região.

II. PRINCÍPIOS E VALORES

8. A agenda se inscreve no quadro do respeito e adesão aos seguintes princípios e valores:

9. Direitos humanos, universalidade, acessibilidade e inclusividade. A Constituição da OMS assinala que “o gozo do grau máximo de saúde que se possa conseguir é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política, condição econômica ou social...” Com o propósito de tornar realidade esse direito, os países devem buscar alcançar a universalidade, acessibilidade e inclusividade nos sistemas de saúde oferecidos aos indivíduos, famílias ou comunidades.

10. Solidariedade pan-americana. A solidariedade, definida como a colaboração para o avanço de interesses e responsabilidades compartilhadas a fim de alcançar metas comuns, é fundamental para o desenvolvimento da saúde na Região. Isto é particularmente importante para a superação das desigualdades e para a segurança sanitária pan-americana em condições de crise, emergência e desastre.

11. Igualdade em Saúde. Os países das Américas procuram eliminar as desigualdades evitáveis, injustas e remediáveis em saúde entre populações ou grupos definidos por sua condição social, econômica, demográfica, étnica ou geográfica. A igualdade entre os gêneros, entendida como a resposta correta às necessidades de saúde diferenciadas dos homens e das mulheres, é fundamental para a redução da desigualdade em saúde.

12. Participação. A participação social na definição e execução de políticas públicas e na avaliação de seus resultados é de importância crucial para o desenvolvimento e execução da Agenda de Saúde.

III. TENDÊNCIAS DA SITUAÇÃO DA SAÚDE NAS AMÉRICAS

A. *Tendências no contexto*

13. Considerando a evidência existente quanto à importância dos *determinantes sociais* da saúde como variáveis que explicam o gradiente da situação de saúde de uma região ou de um país,¹ é importante revisar a situação dos principais indicadores socioeconômicos na descrição das tendências da situação de saúde que ilustram a Agenda de Saúde para as Américas. No período 2001-2005 o Produto Interno Bruto por Habitante da Região da América Latina e Caribe cresceu 4,2%² e a pobreza foi reduzida de 42,5%

¹ Commission on Social Determinants of Health. Action on the social health determinants: learning from previous experiences. Geneva: OMS, 2005.

² CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2005.

para 41% da população, o que significa que o número de pessoas vivendo nesta condição passou de 207 milhões em 2000 a 213 milhões em 2005. Esta Região continua entre as mais desiguais do mundo quanto à distribuição da riqueza³.

14. As desigualdades em saúde têm relação com os determinantes socioeconômicos. Nos países de melhor nível econômico há, em geral, uma esperança de vida mais longa do que nos mais pobres; entretanto, as diferenças na esperança de vida caem quando se considera a distribuição da renda. Os países que têm uma distribuição de renda mais equitativa alcançam níveis de esperança de vida equivalentes, e algumas vezes superiores, aos de países que são mais ricos mas têm uma distribuição da renda mais desigual⁴.

15. O crescimento da população desacelerou-se em todos os países das Américas⁵. Quanto à estrutura da população, as tendências de incremento da proporção de pessoas maiores de 60 anos⁶ impõem a necessidade de responder às mudanças no perfil epidemiológico, ligadas a uma população que envelhece. Embora se observem diferenças marcadas entre os países, o crescimento das zonas urbanas prosseguiu, com a conseqüente ampliação no acesso a serviços básicos e saneamento⁷. No entanto, a urbanização foi acompanhada por uma massificação de padrões de consumo e estilos de vida, pela deterioração das redes sociais de apoio, pelo sedentarismo, obesidade, abuso de drogas e aumento dos acidentes e da violência.

16. A melhoria no acesso da população à educação reflete-se na elevação do nível de alfabetismo, que passou de 88% a 93,7% entre 1980 e 2005, bem como em incrementos variáveis da escolaridade na maior parte dos países. A cobertura educacional é maior para os homens que para as mulheres, sobretudo nas áreas rurais, e sua qualidade é claramente diferenciada segundo o nível de renda das famílias. Como conseqüência, são reduzidas as oportunidades de adquirir comportamentos saudáveis e se limita, no futuro, o acesso a emprego de qualidade e a melhores condições de vida.

³ CEPAL Panorama Social de América Latina, 2005. LC/G.2288-P/E. Novembro de 2005.

⁴ Ao final de 1990, a expectativa de vida ao nascer mostrou um gradiente decrescente entre os grupos de população mais ricos e os mais pobres, com uma diferença de 9,8 anos (75,6 e 65,8, respectivamente). Em 2000, calculou-se que a esperança de vida ao nascer situava-se entre 54,1 e 79,2 anos nos países da Região, com uma diferença de mais de 25 anos entre os países com a esperança de vida ao nascer mais longa e aqueles com a mais curta. Entre 1950-1955 e 1995-2000, a diferença na esperança de vida entre os homens e as mulheres aumentou de 3,3 para 5,7 anos na América Latina, de 2,7 para 5,2 anos no Caribe e de 5,7 para 6,6 anos na América do Norte.

⁵ O crescimento varia entre 0,4% no Caribe não-latino e 2,1% na América Central.

⁶ World Population Ageing 1950-2050. Population Division. Department of Economic and Social Affairs. Nações Unidas, 2002

⁷ A proporção da população que habita zonas urbanas varia entre 53,2% na América Central e 89,9% no Cone Sul. Em média, a população urbana cresceu de 68,8% em 1980 para 78,8% em 2005.

17. O meio ambiente da Região sofreu uma crescente deterioração, causada por contaminação do ar, água e solos, além de desastres naturais ou causados pelo homem. Os desastres naturais, principalmente os derivados de furacões, têm sido especialmente severos nos países da América Central e do Caribe. Nos últimos dez anos, pelo menos 20 grandes desastres naturais afetaram mais de 17 milhões de habitantes, provocando cerca de 50.000 mortes. No que diz respeito ao saneamento, 93% da população está coberta com serviços de água potável, mas continuam ocorrendo consideráveis déficits de água potável nas áreas rurais. A situação é menos favorável em matéria de eliminação de excrementos, resíduos domiciliares, tratamento de águas servidas e higiene dos alimentos.

18. A exclusão em saúde na Região aparece estreitamente vinculada à pobreza, à marginalidade, à discriminação (racial, social e de gênero), a outras formas de exclusão social e a padrões culturais, entre os quais figuram o idioma, o emprego informal, o desemprego e subemprego, o isolamento geográfico e o nível de educação e de informação dos usuários dos sistemas de saúde. A situação em resumo: 218 milhões de pessoas sem proteção contra riscos de doença por falta de cobertura de algum tipo de seguro social de saúde; 100 milhões de pessoas sem acesso aos serviços de saúde por razões geográficas, por barreiras de tipo econômico e pela falta de estabelecimentos que prestem serviços de saúde perto de sua residência ou local de trabalho⁸. Quanto às imunizações, estima-se que aproximadamente 40% dos municípios da América Latina e do Caribe não alcançam a meta de vacinar rotineiramente 95% das crianças menores de 1 ano contra a pólio e a difteria, o tétano e a tosse ferina, e que na América Latina pelo menos 800.000 crianças ainda não foram adequadamente protegidos contra essas doenças ao completar um ano de idade⁹.

B. Tendências na situação de saúde

19. O panorama regional de saúde caracteriza-se pela coexistência de danos devidos a doenças transmissíveis, algumas delas relativamente controladas, como a tuberculose e a malária, e outras emergentes, como a HIV/AIDS¹⁰, com doenças de tipo crônico-degenerativo e traumas, que têm substituído aos transmissíveis como causas principais de

⁸ Panorama da exclusão da proteção social em Saúde na América Latina e Caribe. Relatório da Organização Internacional do Trabalho/Organização Pan-Americana da Saúde apresentado à Reunião Regional Tripartida sobre “Extensão da proteção social em saúde aos grupos excluídos na América Latina e Caribe”. México, 29 nov.-1º dez., 1999.

⁹ Fonte: Relatórios anuais dos países à Unidade de Imunização da OPAS mediante as tabelas PAI/Formulário Conjunto para a Notificação da OPAS-OMS/UNICEF para as Américas (dados de 2005).

¹⁰ Nos países com maior acesso a tratamentos anti-retrovirais a mortalidade por HIV/AIDS começou a baixar, mas persiste a progressão da epidemia, com maior força nos países do Caribe.

morte e doença na totalidade dos países¹¹. Também surgiram ameaças derivadas de mudanças nas características de agentes como os vírus da influenza, cujas variantes poderiam provocar uma pandemia de graves conseqüências.

20. Embora nos últimos anos seja possível apreciar melhoras nos principais indicadores de saúde tradicionais¹², a característica principal da situação de saúde na Região é a grande diferença que os indicadores mostram, tanto entre os países como dentro deles. As desigualdades em saúde se manifestam por significativas diferenças por razões geográficas, de idade, gênero, etnia, educação e distribuição da renda¹³. Os indicadores disponíveis para os 45 milhões de pessoas que formam os povos indígenas são consistentemente piores que os da população não-indígena¹⁴.

21. Os avanços na redução da mortalidade precoce e evitável têm sido obtidos em grande medida por ações específicas do setor da saúde, especialmente de atenção primária, como o aumento da cobertura de imunizações, do planejamento da família e da reidratação oral. Embora a mortalidade materna tenha diminuída, em 2005 a Região tinha uma taxa de 71,9 por 100.000 nascidos vivos. Essa taxa sobe a 94,5 quando se considera só a América Latina e Caribe e alcança o valor máximo de 523 no Haiti e o mínimo de 13,4 no Chile¹⁵. As gravidezes de adolescentes, em sua maioria não desejadas, chegam a 20% do total de gravidezes em muitos países e implicam um desafio evidente para as futuras mães e seus filhos. Causas evitáveis de morte, como o câncer do colo do útero, as septicemias, a desnutrição e as infecções respiratórias agudas, podem ser reduzidas com maior efetividade e cobertura do atendimento primário à saúde.

22. Em muitos casos o avanço que se pode conseguir com ações específicas do sistema de saúde parece estar chegando a seus limites. Cada vez mais se reconhece que os fatores de risco das principais causas de doença e morte, nos quais é necessário intervir, escapam ao controle direto do setor da saúde. Por exemplo, as mortes por causas externas e por algumas morbidades (como as cardiovasculares, o diabetes, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas e o HIV/AIDS), dependem muito do estilo de vida e do comportamento das pessoas. Assim, para reduzir mais o ônus de doenças evitáveis, é necessário passar em revista os grandes determinantes e os fatores de risco dos principais problemas de saúde e atuar sobre eles. Com este fim, requer-se a análise da evidência que sustenta decisões políticas e alianças estratégicas, intersetoriais e interinstitucionais, com base na experiência internacional, a fim de assegurar a efetividade de tais intervenções.

¹¹ Alguns autores cunharam o termo “Polarização Epidemiológica” para referir-se a este perfil de morbimortalidade.

¹² Na América Latina e Caribe, no período 1980-2005, a mortalidade infantil baixou de 56,6 para 24,8 por 1.000 nascidos vivos.

¹³ Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Metas de Desenvolvimento do Milênio: uma visão da América Latina e Caribe. Santiago: CEPAL, 2005

¹⁴ OPAS. A saúde dos povos indígenas das Américas. CE138/13. 12 de junho de 2006.

¹⁵ OPAS. Indicadores Básicos, 2005

23. Em termos da contribuição da saúde à efetivação da igualdade na distribuição da riqueza, a experiência mostra que as intervenções voltadas para possibilitar o máximo desenvolvimento do potencial da infância melhoram seu acesso a emprego produtivo e podem resultar em gerações com maior possibilidade de mobilidade social, a qual continua seriamente limitada na maior parte dos países da região^{16, 17}.

C. Tendências na resposta dos sistemas de saúde

24. Quanto aos sistemas de saúde, não se conseguiu superar sua segmentação¹⁸ e persistem graves deficiências no desempenho das políticas de financiamento da saúde. Percebe-se uma situação de alta vulnerabilidade, refletida no fato de que alguns países apresentam um nível de gasto insuficiente em saúde, outros têm alta dependência de recursos externos, e as despesas dos próprios pacientes sobem na maioria dos países. Tudo isto afeta maior as populações mais empobrecidas. A forma de distribuição de recursos continua, em geral, desvinculada dos resultados e do desempenho dos serviços, e não privilegiou as ações de saúde pública.

25. A prestação dos serviços de saúde caracteriza-se pelo predomínio de um modelo curativo, centrado nos hospitais e nos cuidados individuais, relegando a segundo plano a atenção primária e dos serviços de saúde pública. Este modelo caracteriza-se por um sistema de serviços fragmentados¹⁹, que não se orienta efetivamente para as necessidades dos usuários, não incorpora suficientemente a promoção da saúde e, quando o faz, convoca principalmente as mulheres, esperando que ofereçam voluntariamente o seu serviço. Frequentemente não baseia suas decisões na análise do conhecimento e na sistematização de experiências prévias, nem considera a diversidade cultural existente.

26. Os processos de reforma do setor da saúde impulsionados na década de 90 centraram sua atenção em aspectos financeiros e organizacionais, marginalizando

¹⁶ Banco Mundial. Evidência internacional sobre políticas da primeira infância que estimulem o desenvolvimento infantil e facilitem a inserção laboral feminina. Documento de trabalho 01/06 do Escritório para a Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai. Banco Mundial, maio de 2006.

¹⁷ Bedregal P., Margozzini P. e Molina, H. Revisão sistemática sobre eficácia e custo de intervenções para o desenvolvimento biopsicossocial da infância. Organização Pan-Americana da Saúde, Washington D.C., 2002.

¹⁸ Segmentação é a coexistência de subsistemas com modalidades diferentes de financiamento, filiação e prestação, “especializados” conforme os distintos segmentos da população, que são determinados por sua renda e posição econômica. A segmentação se manifesta, tanto para a prestação como para o asseguramento, em um subsistema público orientado para os pobres; no subsistema de Seguridade Social, especializado nos trabalhadores formais e seus dependentes; e num subsistema privado com fins lucrativos, concentrado nos segmentos mais ricos da população.

¹⁹ Fragmentación es la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud. Esto limita la estandarización de los contenidos y un trabajo coordinado de complementariedad.

aspectos chaves da saúde pública. Esses processos debilitaram o papel do Estado em áreas chaves, e registrou-se uma deterioração sustentada da capacidade dos Ministérios da Saúde para o exercício de sua função dirigente e de desenvolvimento das funções essenciais da saúde pública.

27. Por volta de 2005 o gasto nacional em saúde do conjunto de países da Região da América Latina e Caribe representava aproximadamente 6,8% do Produto Interno Bruto da Região, o que equivale a um gasto anual de US\$500 dólares per capita²⁰. Cerca de 48% deste gasto era de natureza pública, abrangendo o gasto em serviços de atenção à saúde das instituições de saúde do governo central e dos governos locais e municipais, e os gastos com serviços de saúde cobertos por contribuições obrigatórias a fundos de saúde de administração privada, ou a instituições de seguro social. Os 52% restantes correspondiam a gasto privado, que incluía as despesas dos próprios pacientes com a compra de bens e serviços de saúde, inclusive os serviços consumidos mediante esquemas de seguros de saúde privados ou esquemas de medicina pré-paga²¹.

28. A escassez, má distribuição e inadequação do pessoal às necessidades de saúde são acentuadas pela migração de profissionais dentro do território nacional e pela emigração para países mais ricos. A maioria dos países das Américas está sendo afetada por este fenômeno, que deve ser enfrentado nacionalmente e também no quadro interamericano e mundial, já que um número considerável de países da Região não conta com o pessoal necessário para ter uma cobertura mínima (25 RH por 10.000 habitantes²²), enquanto outro grupo de países tem cinco vezes essa disponibilidade. A distribuição de trabalhadores de saúde é muito desigual, pois as áreas urbanas têm 8 a 10 vezes mais médicos que os rurais. Alguns países têm consideráveis desequilíbrios em sua oferta de capacidades, com muito poucas enfermeiras por médico e ausência de outras profissões imprescindíveis. As mulheres, que ocupam quase 70% da força de trabalho em saúde, são minoritárias nos cargos de direção e são as primeiras a ser afetadas pelo desemprego.

29. O panorama das tendências da saúde e de seus determinantes na Região das Américas revela a necessidade de elaborar estratégias para reduzir a desigualdade existente entre os países e dentro deles. Tais estratégias devem permitir continuar avançando na proteção social da população, mediante sistemas de saúde baseados na

²⁰ Dólares ajustados por paridade do poder aquisitivo – ppa.

²¹ Base de dados de gasto em saúde OPAS, 2006.

²² A OMS e o *Joint Learning Initiative* propuseram utilizar uma medida chamada “Densidade de Recursos Humanos em Saúde”, formada pela soma dos indicadores disponíveis para todos os países: médicos e enfermeiras por 10.000 habitantes. A medição de densidade por este método é imperfeita, já que não leva em conta todos os demais trabalhadores da saúde, mas é a única viável para comparações globais.

estratégia de atenção primária da saúde e políticas públicas saudáveis construídas com a participação da comunidade e conduzidas por autoridades sanitárias sólidas e respeitadas. Com esta perspectiva, esta Agenda identifica oito áreas de ação.

IV. ÁREAS DE AÇÃO: Uma agenda de saúde para as Américas

a) Fortalecer a autoridade sanitária nacional

30. A fim de conseguir melhoras nas tendências da situação de saúde, a autoridade sanitária nacional deve fortalecer sua capacidade institucional para cumprir seu papel dirigente em saúde e exercer uma liderança intersetorial com capacidade para convocar e orientar os sócios na tarefa de impulsionar o desenvolvimento humano. Deve promover a participação social plena e comunitária, bem como a de todos os agentes de transformação, inclusive o setor privado, para alcançar as metas nacionais de saúde. Simultaneamente, a autoridade sanitária nacional deve contar com os quadros legais que respaldem e permitam auditar sua gestão.

31. O exercício da governança, da liderança e da prestação de contas é elemento chave para que a autoridade sanitária nacional consiga, no mais alto nível, o compromisso e a vontade política para fortalecer o desenvolvimento da saúde. Os Ministérios da Saúde devem cumprir plenamente as funções essenciais de saúde pública²³ e desempenhar eficientemente seu papel na condução, regulamentação e gestão dos sistemas sanitários. Uma tarefa substancial é o esclarecimento das responsabilidades que incumbem ao governo, à sociedade e às pessoas, respectivamente. A tomada de decisões baseada em evidências fortalece a autoridade sanitária nacional.

32. A autoridade sanitária nacional deve participar ativamente da abordagem de temas relacionados ao bem-estar humano, como: globalização, migração, proteção social, respeito e proteção aos direitos humanos relacionados com a saúde, segurança humana, mercado de trabalho, composição do gasto público, igualdade de oportunidades entre os homens e as mulheres, e as estratégias para reduzir a pobreza. O diálogo, coordenação e colaboração entre os Ministérios da Saúde e os de Finanças e Planejamento devem

²³ OPAS/OMS. Saúde Pública nas Américas. Washington, D.C. 2002. Identifica onze funções essenciais de saúde pública: (1) Seguimento, avaliação e análise da situação de saúde; (2) Vigilância da saúde pública, pesquisa e controle de riscos e danos à saúde pública; (3) Promoção da saúde; (4) Participação dos cidadãos na saúde; (5) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão em matéria de saúde pública; (6) Fortalecimento da capacidade institucional de regulamentação e fiscalização em matéria de saúde pública; (7) Avaliação e promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde necessários; (8) Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; (9) Garantia e melhoramento da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos; (10) Pesquisa em saúde pública; e (11) Redução no impacto das emergências e dos desastres da saúde.

centrar-se na previsão, estabilidade e continuidade da dotação de recursos financeiros para a consecução das metas nacionais do desenvolvimento humano.

33. Ao mesmo tempo em que se proporciona um maior investimento em saúde, deve-se consolidar um sistema de prestação de contas efetivo, eficiente e transparente, que apóie a mobilização de recursos e resguarde seu adequado manejo. Nessa mesma linha se identifica o requisito de que a autoridade sanitária nacional fortaleça sua capacidade para planejar, administrar e coordenar o uso de recursos tantos de origem nacional como da cooperação externa em saúde.

b) Abordar os determinantes da Saúde

34. A autoridade sanitária nacional deve advogar para a saúde uma posição mais alta na agenda do desenvolvimento humano sustentável. O reconhecimento do papel dos determinantes da saúde e a incorporação de linhas de trabalho e recursos aos planos nacionais de desenvolvimento serão um indicador de êxito deste mandato.

35. Para proteger efetivamente a população mais pobre, marginalizada e vulnerável, é imperioso abordar os fatores determinantes da saúde. Trata-se de elementos relacionados com: (a) a exclusão social, como renda, gênero, educação, etnicidade, incapacidade e orientação sexual; (b) a exposição a riscos, como más condições de vida e trabalho, estilos de vida insalubres, desinformação, dificuldade para dispor de alimentos e de água, e a contaminação do solo, da água e dos alimentos; (c) a urbanização não planejada, que acentua a provisão inadequada de serviços de água, saneamento e moradia; e (d) a mudança climática, que afeta com mais intensidade a população pobre quando se produzem inundações, secas e doenças transmitidas por vetores.

36. As medidas necessárias para abordar a maior parte destes determinantes estão fora do mandato dos Ministérios da Saúde e requerem a participação de outras entidades governamentais. Assim, a autoridade sanitária nacional tem de ampliar o âmbito em que se desenvolvem as atividades de saúde pública, promovendo políticas públicas saudáveis mediante acordo interinstitucional e trabalho intersetorial.

37. É necessário que os países invistam mais na promoção da saúde e contem com quadros políticos que permitam seu desenvolvimento e a consecução de objetivos mensuráveis²⁴. Devem operar redes de atendimento de saúde com enfoque intercultural e de gênero, em que a participação social ativa seja o fator determinante. Tais medidas devem ser respaldadas por um fortalecimento dos sistemas de vigilância epidemiológica,

²⁴ Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Jakarta, 2005.

mediante a inclusão de variáveis sociais, comportamentais e de estilos de vida, que permitam avaliar as intervenções da promoção da saúde.

38. O investimento na proteção social da infância e no fortalecimento da família deve ser uma prioridade entre as estratégias voltadas para abordar os determinantes da saúde. Os países devem esforçar-se para garantir a todas as crianças uma proteção efetiva do cuidado pré-natal em diante, usando tecnologias de comprovada eficácia, como o estímulo ao apego efetivo entre pais e filhos e a estimulação precoce do desenvolvimento psicossocial e da resistência, por meio de redes de serviços integradas que assegurem o uso adequado dos subsídios por parte das famílias elegíveis. O manejo social do risco, por todos os setores responsáveis pelas políticas públicas, é essencial para alcançar estes resultados.

c) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia

39. Os países devem avaliar sistematicamente o estado do conhecimento e incorporá-lo ao selecionar intervenções com critério de eficácia. Para levar a cabo esta função, é mister desenvolver as capacidades para integrar, sintetizar e usar o conhecimento na tomada de decisões.

40. É necessário fortalecer a pesquisa para entender melhor a relação entre os determinantes da saúde e suas conseqüências, e identificar os atores com os quais buscar aliança ou influência por meio da política pública. Deve-se aproveitar o medicamento tradicional e os conhecimentos autóctones que possam contribuir para o bem-estar das populações. É preciso fomentar a capacidade de pesquisa e o uso do conhecimento no nível local.

41. A bioética tem que ser divulgada e mais aplicada nos países das Américas para resguardar a qualidade da pesquisa e o respeito à dignidade humana, preservar a diversidade cultural e a aplicação dos conhecimentos em saúde, e assegurar o acesso equitativo aos avanços científicos: ferramentas, tecnologias, produtos farmacêuticos, vacinas, etc.

42. Todas as pessoas devem ser beneficiadas com o progresso e ter acesso à informação e à educação em saúde. Os países necessitam fortalecer a capacidade e o nível da disseminação científica, a confiança do público na pesquisa e a qualidade do conhecimento que respalda as ações em saúde. Os Ministérios da Saúde têm que fortalecer a sua capacidade de gestão da informação e do conhecimento e suas alianças com os geradores do conhecimento.

43. A autoridade sanitária nacional, em seu papel regulador, deve garantir que os medicamentos, vacinas, tecnologias e materiais médicos usados por sua população em todos os serviços de saúde tenham a devida qualidade, segurança e eficácia. Deve-se contar com políticas nacionais que favoreçam o acesso a esses produtos e promovam seu uso racional.

44. A vigilância da saúde deve ser fortalecida em nível local, nacional, regional e global. Deve-se fortalecer a capacidade das equipes de saúde locais para executar processos analíticos epidemiológicos que gerem dados científicos para o planejamento sanitário e a vigilância e avaliação de intervenções. A tomada de decisões em saúde deve basear-se em evidências, para o que se deve considerar o conhecimento científico disponível, resumido em forma sistemática e transparente. Ademais, é necessária padronizar as informações em saúde para permitir a comparação entre os países e dentro deles e para monitorar e avaliar os avanços no cumprimento das metas de saúde.

d) *Fortalecer a solidariedade e a segurança sanitária*

45. Os países das Américas devem estar preparados e adotar medidas intersetoriais para enfrentar desastres naturais, pandemias e zoonoses que afetem a segurança sanitária individual, regional ou global. Deve-se prestar a devida atenção aos movimentos migratórios e ao comércio transfronteiriço de alimentos, que podem acelerar a transmissão das doenças.

46. Devem-se fomentar intervenções intersetoriais concretas para reduzir a violência social e interpessoal, a insegurança nas ruas e estradas, a insegurança pessoal e comunitária e os conflitos. Estes problemas estão relacionados ao conceito mais amplo de segurança humana, com implicações na segurança sanitária.

47. A segurança sanitária exige estratégias de preparação para contingências que ultrapassam o âmbito nacional, demandando processos efetivos e sustentáveis de integração sub-regional, regional e global.

48. Ante situações que ameaçam a segurança sanitária, os países das Américas e as organizações internacionais devem colaborar solidariamente com as autoridades nacionais para responder de forma rápida, equitativa e efetiva em termos de custo, a bem da população.

e) *Reduzir as desigualdades em saúde entre os países e dentro deles*

49. Ao se buscar a igualdade, as intervenções para melhorar a saúde têm que priorizar os mais pobres, os marginalizados e os vulneráveis. Os povos indígenas e as comunidades tribais devem ser priorizados. Outros grupos importantes que merecem

atenção especial são os migrantes e deslocados, as minorias étnicas e as pessoas com incapacidade física ou mental. Os países devem assegurar a inclusão, o acesso a serviços de saúde culturalmente aceitáveis, a compilação e uso de dados específicos para a adequada tomada de decisões e o exercício da cidadania total destes grupos, permitindo que se sobreponham às adversidades, construam a partir delas e se projetem no futuro. As intervenções de saúde devem corresponder às características específicas de cada grupo.

50. A saúde sexual e reprodutiva é um tema prioritário nesta Região. É imprescindível prover à mulher uma atenção contínua, que comece com os cuidados na etapa pré-concepcional e prossiga durante a gravidez, o parto e o puerpério, incluindo a atenção do recém-nascido. Para as crianças deve-se promover a amamentação materna e prevenir as infecções, a desidratação, as doenças respiratórias e a desnutrição. As coberturas de vacinação devem ser mantidas ou expandir-se, introduzindo-se gradualmente novas vacinas e tecnologia quando pertinente. Em consonância com a busca de igualdade, a autoridade sanitária deve priorizar e enfatizar as ações específicas para reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil em todos os grupos da sociedade.

51. Com relação à população adolescente e jovem, deve-se generalizar a atenção integral à saúde e ao desenvolvimento, incluindo a promoção do desenvolvimento juvenil e a prevenção de condutas de risco e de seus problemas, como o tabagismo, o álcool e as drogas, a gravidez indesejada, as infecções sexualmente transmitidas, a HIV/AIDS e a violência.

52. O suporte à funcionalidade dos adultos mais velhos deve ser matéria de programas de saúde especialmente dirigidos a este grupo. A combinação de subsídios econômicos e alimentares com estas intervenções sanitárias é fundamental para conseguir-se a adesão dos adultos mais velhos aos programas de saúde. A formação de pessoas que trabalham em saúde em tecnologias próprias da atenção à velhice deve ser priorizada e ser tema de programas especiais de treinamento focalizados na atenção primária da saúde.

53. A autoridade sanitária nacional deve promover a paridade entre os sexos na formulação e aplicação das políticas e dos programas de saúde. Nas atividades de seguimento e avaliação devem-se usar sistematicamente dados discriminados por sexo.

f) Reduzir os riscos e o ônus da doença

54. Enquanto continuam seus esforços para controlar a transmissão de doenças infecciosas, os países das Américas deverão enfatizar as ações contra as doenças não transmissíveis, que se tornaram a principal causa de morte e morbidade.

55. Devem-se iniciar ou fortalecer ações específicas para controlar o diabetes, as doenças cérebro e cardiovasculares e os tipos de câncer de maior incidência, bem como fatores de risco como a hipertensão, as dislipidemias, a obesidade e a falta de atividade física. Também se devem enfrentar outros problemas, como os traumatismos por trânsito em vias públicas, o tabaco, álcool e drogas, a contaminação ambiental e aqueles que afetam a saúde mental.

56. A autoridade sanitária deve promover ativamente estilos de vida e ambientes saudáveis. As mudanças de conduta só serão sustentadas se acompanhadas por mudanças ambientais, institucionais e de políticas que levem as pessoas a optarem por uma vida com alimentação saudável e atividade física, e sem tabaco. Requer-se um trabalho colaborativo com a indústria para a produção e comercialização de alimentos mais saudáveis, e com o setor educacional, para que as escolas sejam o exemplo de boa alimentação e se promova a formação de hábitos saudáveis.

57. É preciso manter as ações e fazer inovações para combater as doenças transmissíveis, entre elas as imunopreveníveis, tuberculose, malária, dengue e HIV/AIDS, que continuam afetando a população das Américas. Deve-se conseguir que todo o sangue coletado na Região provenha de doadores voluntários, altruístas e não remunerados, e que todo o sangue passe por uma triagem antes de ser transfundido. Deve-se fazer um esforço mais intenso no controle das doenças transmissíveis “esquecidas” e daquelas que é possível erradicar. Deve-se reforçar o trabalho conjunto com a agricultura e a pecuária para a prevenção e controle de doenças zoonóticas e das doenças transmitidas por alimentos.

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

58. A universalização e melhoria da proteção social é um tema que cobra importância no diálogo político e acadêmico sobre o desenvolvimento humano sustentável na Região das Américas. Tenta-se responder à incerteza gerada pelo mercado de trabalho e seu impacto na renda familiar, na cobertura da seguridade social e na atenção à saúde. Neste contexto, as políticas públicas devem ampliar progressivamente o acesso, financiamento e solidariedade dos sistemas de proteção social.

59. Embora a maioria dos países da Região tenha legislações que estabelecem para sua população o direito à saúde universal, a realidade é que a cobertura efetiva é determinada pela disponibilidade de financiamento, na maioria dos casos sem critérios de priorização explícitos.

60. Esta realidade põe em relevo a necessidade de desenvolver sistemas de garantia com financiamento misto e solidário, que reduzam o ônus financeiro das famílias protegendo-as do risco da pobreza causado por gastos próprios catastróficos, e que

asseguem para a população um conjunto de serviços de saúde. Reconhecendo o dilema que se configura ao priorizar-se uma prestação em relação a outra, será preciso que todos os países levem a cabo um processo de diálogo nacional — com os atores relevantes — que permita tomar decisões abalizadas, levando em conta critérios epidemiológicos, econômicos, de igualdade e de viabilidade financeira e social.

61. Os países devem fortalecer as seguintes ações para que a prestação da proteção social seja efetiva: (a) acesso aos serviços: que existam os serviços necessários para prestar o cuidado de saúde e que as pessoas tenham acesso físico e econômico a eles; (b) segurança financeira: que o financiamento da saúde não ameace a estabilidade econômica dos lares ou o desenvolvimento de seus membros; (c) solidariedade no financiamento: que existam subsídios inter-geracionais e cruzados entre grupos de diferentes riscos e grupos de níveis diferentes de renda; e (d) dignidade no cuidado: que o cuidado seja de qualidade e prestado em um ambiente que respeite as características culturais, raciais e socioeconômicas das pessoas²⁵.

62. Será crucial enfatizar a estratégia da atenção primária da saúde, inclusive o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde nas áreas rurais e periurbanas marginalizadas, onde os serviços hoje são praticamente inexistentes. Deve-se garantir que estes serviços sejam culturalmente aceitáveis e incorporem adequadamente as práticas tradicionais locais. O fortalecimento dos sistemas de referência e contra-referência e a melhoria dos sistemas de informação sanitária no plano nacional e local facilitarão a prestação de serviços de forma integral e oportuna.

63. A fim de melhorar a cobertura efetiva da população será preciso aumentar a prestação de serviços eficazes e eficientes. Isto requer incorporar a evidência na definição das práticas e melhorar a capacidade de gestão dos serviços, ao mesmo tempo em que se dá seqüência ao compromisso de reorientar os serviços de saúde para modelos de atenção que favoreçam a promoção da saúde e a prevenção da doença e que tenham uma orientação familiar e comunitária. O controle de qualidade é uma demanda transversal a todos os sistemas e serviços de saúde.

64. No tocante à prestação de serviços se reconhece que o setor privado — com ou sem fins lucrativos — tem um papel importante, que deve ser regulada pela autoridade sanitária nacional a fim de que contribua para alcançar as metas nacionais de saúde.

²⁵ OIT-OPAS. Iniciativa conjunta da OIT e OPAS sobre prestação da proteção social em saúde. Washington, D.C 2005.

h) Fortalecer a gestão e desenvolvimento das pessoas que trabalham pela saúde

65. Os governos devem enfrentar, em forma colaborativa, estes cinco desafios críticos²⁶: (a) definir e implementar políticas e planos de longo prazo para o desenvolvimento da força de trabalho em saúde, baseados em boas informações; (b) encontrar soluções para resolver as desigualdades na distribuição dos profissionais de saúde, alocando mais pessoal junto às populações com mais necessidade; (c) criar condições nacionais e internacionais para regular as migrações dos profissionais de saúde, evitando a escassez de recursos nos países pobres; (d) melhorar a capacidade de gestão de pessoal e das condições de trabalho para aumentar o compromisso dos trabalhadores de saúde com a missão institucional; (e) acercar-se das instituições de formação e das de serviços de saúde para um planejamento conjunto de necessidades e perfis dos profissionais do futuro.

66. As condições do ambiente de trabalho e da própria saúde do trabalhador são fatores relevantes para reter as pessoas capacitadas e garantir a qualidade dos serviços à população. Deve-se enfatizar a formação de pessoal na área da saúde pública. Deve-se buscar um melhor equilíbrio nas profissões da equipe de saúde, especificamente entre médicos e enfermeiras.

67. Em aspectos de conhecimento e aprendizagem, devem-se desenvolver quadros técnicos comuns, avaliar o desempenho com sistemas de medição comparáveis entre países, financiar pesquisas e compartilhar as práticas adequadas baseadas na evidência. Em aspectos de políticas, é necessário promover métodos éticos de contratação e proteção para os trabalhadores migrantes, monitorar os fluxos migratórios maiores para assegurar a igualdade e a justiça, e apoiar a sustentabilidade fiscal.

- - - -

²⁶ OPAS/Health Canada: Llamado a la Acción de Toronto:

<http://www.observatoriorh.org/Toronto/index-sp.html>