

# Capítulo 6

## PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE REGIONAL

Os países das Américas alcançaram um importante progresso na redução da mortalidade e da morbidade nos últimos dez anos, ainda que, contudo, persistam as desigualdades entre os países e as desigualdades no interior dos mesmos. Tanto esse progresso como essas desigualdades ocorrem em circunstâncias com um padrão de fluxo constante. Ao olhar em direção ao futuro, a continuidade desse progresso e a correção dessas desigualdades dependerão de inumeráveis fatores e tendências dinâmicas e da forma como as pessoas, as populações, os governos, e a comunidade internacional os abordem.

### **Tendências condicionantes do futuro da saúde**

A saúde nas Américas nos anos e décadas vindouros se configurará à medida que se desenvolvam as tendências atuais. Predominarão três macro-tendências que guardam relação com o panorama sócio-econômico, a situação de saúde e a resposta dos sistemas de saúde, o que explica a estrutura do conteúdo, a saber, o contexto geral, as condições de saúde e a resposta setorial, nos volumes desta publicação que tratam tanto da Região como dos países.

**Tendências sócio-econômicas.** Como foi descrito nas páginas anteriores, uma gama de tendências sócio-econômicas, a saber, as relacionadas com a economia, a população, a educação, o ambiente, o acesso à saúde e a ajuda internacional incidem na saúde da população da Região. Ainda que o produto interno bruto per capita na América Latina e no Caribe tenha aumentado mais de 4% no período 2001 a 2005 e o número de pobres diminuído, 40% da população (205 milhões de pessoas) continuam vivendo na pobreza e mais de 15% (79 milhões), em condições de pobreza extrema. A renda e sua distribuição influem muito no estado da saúde.

Ainda que o crescimento demográfico da Região tenha desacelerado, uma porção cada vez maior dessa população tem mais de 60 anos. Os sistemas de saúde terão que levar em conta o perfil de saúde da população que envelhece e as repercussões que essa situação terá para a natureza e a prestação de serviços de saúde. Um segundo fator demográfico importante que influi na saúde é a urbanização que, apesar de permitir que as pessoas tenham maior acesso aos serviços sociais, também tende a promover padrões de comportamento nocivos à saúde, entre eles a nutrição deficiente, o abuso de drogas e álcool, a alienação e a violência.

O progresso alcançado em matéria de educação nas Américas — ainda que esteja comprometido por desigualdades no que diz respeito a gênero, grupo étnico e localização geográfica — tem se caracterizado por importantes aumentos nas duas últimas décadas. Cerca de 94% da população sabe ler e escrever e em torno de 95% das crianças estão matriculados em programas de educação primária.

A América Latina e o Caribe alcançaram altas taxas gerais de cobertura de abastecimento de água (91%) e saneamento (77%), ainda que as zonas rurais costumem ter menos cobertura. Os principais desafios ambientais procedem da contaminação do ar, da água e do solo, dos riscos da industrialização e do desenvolvimento sem planejamento, assim como do impacto destruidor dos desastres.

Milhões de pessoas na Região carecem de cobertura de seguro de saúde (218 milhões) e de acesso a serviços de saúde (mais de 100 milhões). Esta exclusão da assistência de saúde é o resultado da pobreza, da marginalização e de várias formas de discriminação e estigmatização que, por sua vez, guardam relação com a diferença de idiomas, o emprego informal, o desemprego e subemprego, o isolamento geográfico, e a falta de educação e de acesso à informação.

Uma tendência sócio-econômica final guarda relação com a ajuda oficial para o desenvolvimento. Grande parte dessa ajuda se destina agora a outras regiões do mundo, o que resulta em uma menor proporção para as Américas ou, no caso da assistência bilateral, enfoca-se em determinados países ao invés de concentrar-se no desenvolvimento geral da Região.

**Tendências na situação da saúde.** As doenças transmissíveis — como a malária, a dengue, a tuberculose, a infecção pelo HIV/Aids e as zoonoses — continuam representando grandes ameaças para a saúde da população da América Latina e do Caribe e certas doenças “não atendidas” — entre elas a filariase, a leptospirose e a doença de Chagas — afligem desproporcionadamente os pobres da Região. Todavia, com frequência cada vez maior, as principais causas de morte e enfermidades em todos os países das Américas são as doenças crônicas não transmissíveis — particularmente, as doenças cardiovasculares, o câncer e a diabete — junto com a violência, os traumatismos, as doenças ocupacionais e a doença mental.

Ainda que, em geral, os indicadores de saúde tenham melhorado em um passado recente, em grande medida como resultado das intervenções em assistência primária, persistem as desigualdades em matéria de saúde. Os grupos indígenas, as mulheres, os pobres e as pessoas carentes de instrução, os habitantes das zonas rurais e os idosos são menos saudáveis que os outros grupos da sociedade.

**Tendências nos sistemas de saúde.** Entre as tendências mais predominantes características dos sistemas de saúde da Região estão a segmentação dos serviços, a deficiência das políticas de financiamento da saúde, a destinação deficiente de recursos de saúde e a insistência na assistência terciária e individual sacrificando a assistência primária e pública. As reformas no setor de saúde iniciadas na década de 1990 em realidade debilitaram a posição dos Ministérios de Saúde, ao deteriorar sua capacidade de assumir a liderança do setor e executar suas funções essenciais da saúde pública.

O gasto nacional em saúde na América Latina e no Caribe representou menos de 7% do produto interno bruto da Região (em torno de US\$ 500 per capita ao ano) e compreendeu duas rubricas principais, a saber, gasto em saúde pública (principalmente em serviços governamentais) e gasto privado (incluindo os gastos diretos em bens e serviços).

A força de trabalho em saúde apresenta vários problemas: em muitos países, há muito poucos trabalhadores disponíveis para atender as necessidades da população (menos de 25 trabalhadores de saúde por 10.000 habitantes, o que se considera uma cobertura mínima); esses trabalhadores de saúde têm uma distribuição desigual e não receberam a devida formação nem a capacitação para atender as necessidades de saúde da população. Além disso, a atenção dessas necessidades no futuro exigirá políticas e investimentos de capital enfocados em ciência e tecnologia aplicadas à saúde.

## Resposta às tendências regionais: A Agenda de Saúde para as Américas, 2008–2017

Como ocorreu muitas vezes em mais de um século, e ao encarar hoje as tendências e os desafios descritos nos parágrafos precedentes, os países das Américas têm se unido uma vez mais em seu compromisso de trabalhar juntos para melhorar a saúde da população de toda a Região. Com esse fim, elaboraram coletivamente uma Agenda de Saúde para as Américas, 2008–2017 que “considerará as tendências e os desafios previstos para a década e se centrará em melhorias concretas para a saúde dos povos das Américas”. Aprovada por delegações dos países das Américas diante da Assembléia Mundial da Saúde (Genebra, maio de 2007) e lançada na Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos (Cidade de Panamá, junho de 2007), a Agenda de Saúde é um “instrumento político de alto nível” que estabelece metas regionais específicas de saúde pública em oito “áreas de ações”

## Uma tradição de planos regionais de saúde

Entre outras funções importantes, os governos estabelecem metas para melhorar a saúde de suas populações e, dentro do contexto dessas metas, avaliam as condições e os hiatos de saúde. Em uma determinada conjuntura na história de um país, essa evolução assinalará invariavelmente o progresso alcançado e pendente. Os países das Américas têm trabalhado juntos por mais de um século para enfrentar coletivamente os desafios nacionais e regionais no tema da saúde, e seus esforços têm se cristalizado por mais de meio século em planos regionais de saúde. Por definição, esses planos nacionais de saúde constituem projetos básicos para a ação continental e nacional com objetivo de melhorar a saúde e o bem estar dos povos das Américas.

Em 1961, com a Carta de Punta del Este e, em particular, o **Programa Decenal de Saúde Pública** da Aliança para o Progresso, os países da Região, nas mais altas esferas políticas, concordam pela primeira vez com um programa continental para promover a saúde. Esse programa estabelece a meta de “aumentar em um mínimo de cinco anos a esperança de vida ao nascer e elevar a capacidade de aprender e produzir, melhorando a saúde individual e coletiva”. Com esse fim, o programa recomenda a preparação de planos nacionais e a formulação de uma política geral de saúde.

Em 1972, os Ministros de Saúde das Américas, ao retomar o trabalho onde terminou a Carta de Punta del Este, formulam um novo **Plano Decenal de Saúde para as Américas** que declara a saúde como um direito universal, reconhece a importância da participação social na adoção de decisões e fixa como nova meta principal a extensão dos serviços de saúde às populações desatendidas e sub-atendidas “para possibilitar a cobertura total da população pelo sistema de serviços de saúde em todos os países da Região”, prevendo assim o que se converteria na aspiração mundial de saúde para todos.

Tal como haviam feito ao princípio das duas décadas precedentes, no começo dos anos oitenta os países da Região se propuseram a tarefa de avaliar os êxitos e as deficiências na realização dos planos anteriores de saúde para as Américas e de preparar um novo plano à luz da experiência adquirida até então. Já em 1980, a maioria dos países havia definido ou confirmado suas estratégias nacionais para atingir a meta de saúde para todos, em consonância com a Declaração de Alma-Ata feita em 1978 pela Conferência Internacional sobre Assistência Primária de Saúde e adotada anteriormente pela Assembléia Mundial da Saúde em 1979. Essas estratégias nacionais se convertem na base para formular as **Estratégias regionais de saúde para todos no ano 2000**. Nos anos noventa, houve uma série de planos de ação regionais e de orientações estratégicas e prioridades programáticas.

Neste contínuo de planejamento regional em saúde, a **Agenda de Saúde das Américas, 2008–2017**, é a última de uma série de expressões da vontade coletiva dos países da Região de conseguir uma melhor saúde para suas populações.

principais, cujo fim conjunto é reduzir as desigualdades entre os países e as desigualdades no interior dos mesmos.<sup>1</sup> Essas áreas de ação são resumidas a seguir:

**1. Fortalecer a autoridade sanitária nacional.** As autoridades sanitárias devem buscar um amplo compromisso com o desenvolvimento da saúde da população e a vontade política das altas esferas para apoiar esse desenvolvimento, para o qual necessitam assegurar a devida governança, uma liderança eficaz e uma rendição de contas transparente. Para lograr esses fins, as autoridades sanitárias nacionais deverão seguir várias estratégias de importância crítica, a saber, assumir o papel diretor da saúde; realizar funções essenciais de saúde pública; conseguir a participação de outros setores, da sociedade em geral e das comunidades, com uma clara delimitação das respectivas funções das diversas partes; fortalecer os enfoques de assistência primária de saúde e abordar os determinantes sociais da saúde; fazer os reparos para criar marcos jurídicos que permitam a gestão apropriada do sistema de saúde; basear-se na adoção de decisões em provas validadas; estabelecer sistemas confiáveis de infor-

mação para a administração financeira, a preparação de orçamentos e da contabilidade; e defender uma função central para a saúde como parte da agenda de desenvolvimento continental.

**2. Abordar os determinantes da saúde.** A educação, o emprego, a renda e outros fatores sociais têm um impacto direto na saúde. Disso se apreende que os êxitos no tema da saúde não dependem totalmente dos esforços do setor de saúde; melhor dito, a melhora da saúde da população exige a ação em várias frentes sociais e a colaboração entre muitas outras instituições e setores, educação, agricultura, aplicação da lei, transporte e outros similares. Será importante assegurar que os planos de desenvolvimento nacional abordem os determinantes da saúde e destinem recursos para superar os problemas de exclusão social, exposição a riscos e violência, urbanização não planejada e os efeitos da mudança climática. Os países quererão manter e ampliar as campanhas de promoção da saúde, enfocando-se particularmente nas mães, nas crianças e nas famílias, por meio de nutrição apropriada, lactância materna, vacinação e prevenção e controle das doenças respiratórias e infecciosas.

**3. Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade.** Na atualidade, a incerteza do mercado de

<sup>1</sup>A versão completa da Agenda de Saúde está disponível em [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda\\_de\\_Salud.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf).

trabalho nos países da Região compromete a renda da família e, por extensão, o seguro social e o acesso a uma assistência de saúde. Para as famílias carentes de proteção, o gasto em serviços de saúde pode ser catastrófico. Os governos devem respaldar as políticas públicas que protejam a todos os seus cidadãos; que assegurem o acesso da população aos serviços de assistência de saúde, os medicamentos e as tecnologias necessários; que levem a prestar serviços integrais, eficazes e eficientes mediante a remissão direta e cruzada, práticas baseadas em provas científicas e modelos de assistência da família e da comunidade centrados na promoção da saúde e da prevenção da doença; e que regulem a assistência de saúde no setor privado para que contribua a atingir as metas nacionais de saúde pública.

**4. Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as desigualdades em saúde no interior dos mesmos.** Ainda que os indicadores regionais mostrem que se tenham conseguido importantes melhorias na saúde da população em décadas recentes, persistem grandes desigualdades entre os países e profundas desigualdades no interior dos mesmos. As pessoas sistematicamente privadas dos benefícios da inclusão social — os pobres, as pessoas com um grau mínimo ou nulo de educação, os habitantes das zonas rurais, os povos indígenas e outros grupos étnicos, as mulheres e os idosos, entre outros — sofrem os piores níveis de saúde ou estão expostos aos maiores riscos para a saúde ou têm menos acesso aos serviços de saúde. Os governos necessitam proporcionar intervenções em saúde que respondam às necessidades especiais de cada grupo: serviços de saúde culturalmente aceitáveis para os grupos indígenas, que respeitem seus direitos como cidadãos; serviços de saúde sexual e reprodutiva para as mulheres, desde a concepção até a assistência ao recém nascido; assistência integrada aos adolescentes e adultos jovens que aborde suas necessidades de desenvolvimento, saúde mental e tendências a padrões de comportamento de risco; manutenção da qualidade de vida dos idosos e sua participação em seu próprio cuidado; e garantia de paridade nas políticas e programas de saúde para homens e mulheres. A assistência para o desenvolvimento internacional deve se concentrar em atividades de financiamento que contribuam para reduzir as desigualdades na saúde.

**5. Reduzir os riscos e a carga de doenças.** Em cada país das Américas, o perfil epidemiológico está mudando — projeta-se uma intensificação das mudanças nos anos vindouros — e o setor de saúde necessita adaptar suas políticas e programas em conformidade com tanto. A prevenção e o controle das doenças transmissíveis continuam sendo importantes e devem ser feitos esforços intensivos para controlar e eliminar as doenças “desatendidas” que tendem a afligir de forma desproporcionada os pobres. Ao mesmo tempo, os países necessitaram abordar as principais causas de doenças e morte: as doenças não transmissíveis — a diabete, as doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, o

câncer, etc. — e as causas externas, como as lesões de trânsito, os homicídios e outras formas de violência. Com esse fim, as pessoas, os setores de saúde e educação, os meios de comunicação e a sociedade em geral devem promover ativamente modos de vida e padrões de comportamento saudáveis, dentre os quais os principais são a disponibilidade de alimentos, hábitos de alimentação mais saudáveis, uma maior atividade física, e o abandono do hábito de fumar.

**6. Fortalecer a gestão e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.** Os países da Região, inclusive os mais desenvolvidos, assim como as zonas ao interior de todos eles, experimentam escassez crítica de médicos e de pessoal de enfermagem. Para atender as necessidades crescentes e mutantes de trabalhadores de saúde, os governos devem embasar suas políticas e planos sobre a força de trabalho em saúde em provas referentes a essas necessidades; buscar a distribuição equitativa de trabalhadores de saúde para assegurar a disponibilidade de seus serviços aos mais necessitados; promover condições de trabalho que permitam frear a emigração de trabalhadores de saúde; melhorar a gestão do pessoal de saúde, e vincular a capacitação dos trabalhadores de saúde às necessidades dos serviços desse setor.

**7. Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia.** A investigação permite que os países entendam melhor a relação existente entre os determinantes da saúde e suas conseqüências e selecionem intervenções apropriadas e eficazes. O projeto de políticas de saúde e a realização de programas de saúde devem se basear nas provas da investigação mais atualizada. Os países devem encorajar a investigação sobre a natureza e o alcance dos determinantes sociais da saúde, fortalecer a investigação sobre medicinas tradicionais e complementarias, vigiar a observância dos princípios de bioética e assegurar a aplicação equitativa das melhorias científicas e tecnológicas.

**8. Fortalecer a segurança sanitária.** A segurança individual e coletiva em todas as Américas se vê ameaçada quando atacam as pandemias e os desastres naturais e aqueles causados pelo homem. Os deslocamentos migratórios e as práticas pouco seguras observadas no comércio de alimentos podem acelerar a transmissão de doenças. Os governos devem se preparar para atender as emergências sanitárias e os surtos de doenças e estar prontos para proporcionar socorro quando ocorram. Para prevenir e controlar a propagação de doenças dentro e além de suas fronteiras, os países devem assegurar o cumprimento com a última versão do Regulamento Sanitário Internacional. Os esforços conjuntos entre os setores de saúde e de agricultura devem se concentrar em prevenir e controlar as zoonoses, incluindo os preparativos para fazer frente a uma possível pandemia de gripe aviária. Além disso, os países devem colaborar com as organizações internacionais para responder com rapidez e eficácia a circunstâncias que ameacem a segurança sanitária.

### Perspectivas referentes à ação em saúde

Em sua apresentação da Agenda de Saúde à comunidade internacional, os Ministros e Secretários de Saúde dos países das Américas solicitaram encarecidamente “a todos os governos, à sociedade civil e à comunidade internacional que contribuam com a cooperação técnica e o financiamento para o desenvolvimento, a considerar esta Agenda como um guia e inspiração para a formulação de políticas públicas e a execução de ações para a saúde, em pró do bem-estar da população das Américas”. Para apoiar essa declaração, a Secretária da Organização Pan-Americana da Saúde convidou um seleto grupo de especialistas internacionais em saúde pública que ofereceram sua orientação com respeito ao futuro da saúde nas Américas e à execução da Agenda de Saúde. Em particular, perguntou-se aos especialistas: **“Qual orientação você daria às autoridades normativas e decisórias sobre a execução da Agenda de Saúde para as Américas e que perspectivas de mudança lhes recomendaria que levassem em conta?”** A seguir se apresentam as respostas a esta dupla pergunta dada por 10 diferentes líderes com profunda experiência no campo da saúde internacional: George A.O. Alleyne, Stephen Blount e Jay McAuliffe, Paolo Buss, Nils Kastberg, Gustavo Kourí, Sylvie Stachenko, Muthu Subramanian, Ricardo Uauy, e Marijke Velzeboer-Salcedo. Estas respostas mencionam uma ampla gama de temas, desde as prioridades epidemiológicas e as considerações relacionadas com grupos de populações e grupos de idade, até os desafios para o setor de saúde e para a força de trabalho sanitária. Há três temas recorrentes: a necessidade de corrigir as desigualdades em saúde, a importância da colaboração inter-setorial e a cooperação internacional, e a função da informação, os conhecimentos, a ciência e a tecnologia para garantir a saúde, que sublinham a riqueza destas perspectivas sobre o futuro da saúde nas Américas; esses temas são destacados em todo este capítulo (“Temas recorrentes”).

### Comentários do Dr. George A.O. Alleyne

Ao proporcionar orientação às autoridades normativas e decisórias sobre a execução da Agenda de Saúde para as Américas e as perspectivas de mudança que devem ser lavadas em conta, assumirei que essas pessoas representam o mesmo “tipo” de pessoa, de maneira que não haverá nenhuma distinção entre elas em minha resposta e me referirei a elas, em geral, como “autoridades normativas”; além disso, assumirei que estas são autoridades normativas no setor de saúde. Minha resposta compreende seis “orientações” principais.

**Apreciar a natureza da política pública e a função das autoridades normativas.** O processo de mudança em matéria de política necessita ser abordado com uma clara compreensão do processo político. Como assinala Michael Reich em “The Politics of Reforming Health Policies” (A política da reforma das políticas de saúde):

A primeira atitude consiste em avaliar as intenções e as ações políticas dos interessados diretos. Os interessados diretos incluem pessoas, grupos e organizações que tenham interesse em uma política e a possibilidade de influir nas decisões relacionadas com ela. . . . Em geral são necessárias estratégias políticas para abordar quatro fatores que determinam a factibilidade política de uma mudança de políticas. Os quatro fatores são: atores, poder, posição e percepção.

Com demasiada freqüência, as autoridades normativas em saúde são ingênuas ao crer que, como sua causa é nobre, suas propostas serão aceitas instantaneamente. Assim, a primeira orientação de importância crítica para as autoridades normativas, em particular para as novas, é ter consciência da maneira em que se forma a política pública e dos diferentes interessados diretos participantes. A todo custo, devem se abster de substituir o pessoal técnico, freqüentemente muito competente que têm a sua disposição. Um dos graves problemas enfrentados no setor de saúde é o do profissional de saúde antigo que se converteu em autoridade normativa no setor público sem perceber que sua função mudou. O reconhecimento da diferença básica entre a política pública em geral e a política pública saudável é imprescindível. Não há problema em poder dirigir a política em um campo estreito de saúde, porém — como a saúde é determinada por muitos fatores fora do setor de saúde tradicional — é importante deixar claro que a política pública saudável, que se reveste importância crítica para lograr grande parte da Agenda de Saúde, exige um conjunto específico de instrumentos, além de compreensão. A autoridade normativa tem que entender que uma política pública saudável compreende insumos técnicos, éticos e políticos e que todos esses insumos devem ser manejados. A tendência no setor de saúde é se concentrar exclusivamente nos aspectos técnicos e deixar de lado os demais. Nenhuma agenda de saúde, por louvável que seja, é independente de sua solidez técnica ou deseabilidade social, tem qualquer possibilidade de êxito sem uma clara apreciação da natureza da política pública e da função das autoridades normativas, fatores que, infelizmente, as organizações de saúde que elaboram essas agendas tendem a deixar de enfatizar suficientemente.

**Adquirir os instrumentos para expor um argumento em pró da saúde frente a outros setores.** A Agenda de Saúde fala definitivamente das desigualdades em saúde, os determinantes da saúde e a necessidade de que a autoridade normativa exponha o fato de que essas desigualdades e determinantes merecem atenção. Todavia, a tarefa primordial e de maior importância é poder articular claramente o valor da saúde ante os demais setores e, assim, diante da sociedade em geral. A Agenda de Saúde aborda a saúde quase exclusivamente no que diz respeito ao bem que a saúde representa o que, incontestavelmente, é verdade. Todavia, se as autoridades normativas sanitárias vão expor um argumento em pró da destinação apropriada à saúde, têm que fazê-lo não somente sobre a base da importância essencial da saúde,

mas também sobre a importância da contribuição da saúde da população a todos os demais aspectos do desenvolvimento nacional. Já está abundantemente claro que até agora temos subestimado o valor da saúde para o bem-estar econômico. Se bem que o fato de recomendar a necessidade de ampliar a proteção social e a responsabilidade governamental di per se seja correto desde o ponto de vista ético, de igual ou maior importância é o argumento de que prover proteção social ajuda as pessoas e as famílias a evitar que caiam na armadilha da pobreza e que escapem desta última, pontos que se revestem de importância crítica tanto econômica como política. Há provas mais do que pontuais que servem para testemunhar a deficiência das exposições sobre o setor de saúde nos fóruns onde se adotam as decisões referentes à destinação de recursos. Esta falta de persuasão da parte do setor de saúde têm como resultado direto a atribuição permanentemente baixa de recursos à saúde nas Américas. Portanto, a autoridade normativa deve ter os instrumentos necessários para expor um argumento em favor do valor decisivo da saúde e, a menos que esse argumento seja convincente, a Agenda de Saúde não terá recursos adequados e, portanto, não cumprirá suas expectativas. Agora temos os instrumentos que nos permitem expor um argumento a favor da função da saúde no desenvolvimento humano, e as organizações que impulsionam a Agenda de Saúde têm a responsabilidade de dotar a autoridade normativa com esses instrumentos.

A autoridade normativa pode demonstrar o benefício que as intervenções apropriadas em saúde significarão, ao comparar intervenções que tenham o mesmo denominador; por exemplo, o abandono do hábito de fumar poderia ser avaliado no que diz respeito ao custo por ano de vida ajustado em função da deficiência (AVAD) evitado ou por outra medida de saúde, da mesma forma que se poderia avaliar a cirurgia de revascularização coronária, posto que ambas empregariam o mesmo denominador. Com o fim de comparar as intervenções em saúde com as realizadas em outros setores, contudo, as autoridades normativas devem poder apresentar dados que mostrem o custo-benefício relativo da saúde e da atividade ou do programa não relacionado com ela. Por exemplo, como uma autoridade normativa em saúde poderia expor um argumento para apoiar o controle das doenças não transmissíveis diante argumentos competitivos para construir novas estradas?

Ao fazer um vago chamamento à colaboração inter-setorial que, na realidade, é necessária para abordar muitos dos componentes da Agenda de Saúde, a autoridade normativa frequentemente está em uma situação de mendicância em lugar de sócio em igualdade de condições que busca a colaboração de outros setores para uma política pública saudável. As doenças não transmissíveis, destacadas na Agenda de Saúde, representam um excelente exemplo da necessidade de política pública saudável e de colaboração inter-setorial. Os instrumentos para a prevenção e o controle primários de muitas, se não da maioria destas doenças está fora do setor de saúde tradicional; por exemplo, a aplicação

de impostos sobre o tabaco, em geral, não está nas mãos da autoridade normativa de saúde e as soluções para toda uma gama de problemas de saúde exigem modificações das políticas sobre comércio e agricultura. A participação inter-setorial na promoção da saúde só pode ser conseguida caso seja exposto o argumento de que a saúde tem um valor que vai além do essencial ou constitutivo.

**Enfatizar a informação como recurso chave.** É de importância crítica prestar atenção muito cuidadosa à coleta de dados apropriados e, a partir deles, à geração de informações. A necessidade de dados e informações confrontará a autoridade normativa a cada passo e, em realidade, o argumento a favor da saúde da forma esboçada anteriormente só poderá ser exposto a partir de dados confiáveis regularmente coletados: o valor dos dados aumenta quando são coletados de forma regular com certa periodicidade estabelecida. Agora existem provas do custo-eficácia da informação como intervenção para assegurar os bons resultados em saúde. Todo chamamento sério para acabar com as desigualdades deve ser baseado primeiramente em uma demonstração das desigualdades e a autoridade normativa deve entender a diferença entre estes dois conceitos. A Agenda de Saúde enfatiza os determinantes da saúde e as desigualdades em saúde e pede aos governos que os abordem. Contudo, qualquer programa satisfatório para abordar a desigualdade depende de uma determinação prévia das desigualdades, sua gênese e seus fatores contribuintes ou de risco modificáveis. Um chamamento a acabar com a desigualdade se torna vazio sem a capacidade de juntar os dados pertinentes e de vigiar os resultados de qualquer intervenção que se apliquem aos fatores de risco modificáveis. A autoridade normativa deve ser orientada para entender a diferença entre a equidade vertical e horizontal — ou seja, tratar a todos por igual e concentrar-se nos mais necessitados — posto que os enfoques corretivos são muito diferentes. Em todo caso, cada enfoque depende da existência de um bom sistema de informação para saber o que “afeta às pessoas” e poder conseqüentemente abordar esse conhecimento.

**Estabelecer prioridades.** Se abordarmos cada problema ao mesmo tempo e com o mesmo grau de urgência ou prioridade, o resultado será um caos. Pronto será óbvio para a autoridade normativa que a mudança ocorre somente em resposta a intervenções específicas, de maneira que deve ficar claro quem é responsável por introduzir e vigiar essas intervenções. As intervenções disponíveis dentro do setor de saúde para abordar os determinantes da saúde, diminuir as desigualdades em saúde e reduzir o risco e a carga da doença são de dois tipos — as que abordam problemas específicos e as que fortalecem o sistema de saúde — e os enfoques para ambos os tipos têm seu lugar dentro da Agenda de Saúde. Todavia, a autoridade normativa não deve se deixar levar por uma discussão inútil sobre a importância relativa de abordar intervenções específicas para determina-

das doenças comparada com a de aplicar medidas para fortalecer o sistema de saúde. O modelo de funções essenciais de saúde pública mostra claramente a necessidade de um duplo enfoque.

Hoje em dia dispomos de excelentes instrumentos para determinar as prioridades que devem ser abordadas na prevenção e no controle da enfermidade e na governança do sistema de saúde e, com essa finalidade, a análise de custo-eficácia pode se revelar de importância crítica. Como consequência, por exemplo, a autoridade normativa poderá determinar os custos de oportunidade e deixar de utilizar uma intervenção eficaz em função dos custos para abordar um problema de doença que afete gravemente a população. Além disso, será possível determinar que intervenções ou programas têm um custo-eficácia tão baixo que seu uso e continuidade deveria ser examinado e justificado seriamente. Contudo, cabe enfatizar que as análises de custo-eficácia, apesar de serem um instrumento essencial para a autoridade normativa, serão apenas um dos fatores que deverão ser levados em conta ao se escolher entre prioridades. Por infelicidade, a autoridade normativa terá que enfrentar a realidade de que para algumas condições de saúde da população, como os problemas de saúde mental, na atualidade existem poucas intervenções eficazes em função dos custos disponíveis no plano pessoal e que praticamente não existem no âmbito da população.

**Ser realista e evitar a fantasia.** A autoridade normativa frequentemente deverá confrontar esquemas extremamente atrativos projetados por pessoas muito bem intencionadas, mas que não apreciam a natureza das forças sociais emergentes, como a globalização e a crescente desigualdade de poder e dos mercados. O campo dos recursos humanos e a força laboral sanitária é um deles. Neste campo tão crítico, é preciso ter uma grande dose de realismo quanto aos vários temas, entre eles, a migração. Chegou o momento que a comunidade sanitária se dê conta de que é impossível impedir que as pessoas se desloquem livremente; do mesmo modo, é irreal pensar que os países desenvolvidos desistiram de importar trabalhadores de saúde treinados e que este tráfico possa ser regulado no âmbito internacional. Mais realista seria um enfoque que abordasse os fatores sobre os quais a autoridade normativa tem algum controle. De maneira similar, é necessária uma boa dose de realismo ao se confrontar as aspirações louváveis, mas frequentemente irreais, que tendem a caracterizar as agendas de saúde em geral.

**Ser paciente.** No que se refere às perspectivas de mudanças que as autoridades normativas devem levar em conta, insto-lhes encarecidamente a terem paciência, já que as mudanças que afetarão a execução da Agenda de Saúde podem ser incrementais e evolutivas mais do que repentinas. Seguramente, uma mudança importante ocorrerá com o poder e a influência crescente dos atores do setor não governamental dentro e fora do Estado; as autoridades normativas do campo da saúde pública terão que buscar ativamente um *modus vivendi* com os demais atores estatais

do âmbito não governamental. Nem o governo nem o setor público podem realizar todas as atividades necessárias para a Agenda de Saúde. A autoridade normativa do setor de saúde necessitará de bastante paciência e aptidão de negociação para tratar com estes novos atores. Por último, a autoridade normativa também necessitará paciência ao interagir com a arquitetura internacional mutante, dado o crescente número de organismos interessados em saúde. A solução local está em na autoridade normativa ter a paciência e o valor de insistir na excelência do plano local e convencer aos demais a cumprir o mesmo. A função diretiva da autoridade normativa em saúde não se restringirá a nenhum organismo determinado, mas sim se ampliará a todos os atores no campo da saúde no âmbito nacional.

Para terminar, gostaria apenas de agregar a esta série de orientações a expressão de minhas mais fervorosas esperanças de que a Agenda de Saúde tenha êxito, como se comprovará pela melhora mensurável da saúde dos povos das Américas.

**Dr. George Alleyne**

**Diretor Emérito, Escritório Sanitário Pan-americano**

**Enviado especial das Nações Unidas sobre**

**o HIV/AIDS no Caribe**

**Reitor, Universidade das Índias Ocidentais**

**Presidente, Comissão sobre Saúde e Desenvolvimento**

**no Caribe**

### **Comentários dos Drs. Stephen Blount e Jay McAuliffe\***

Um desafio fundamental para as autoridades normativas e decisórias nacionais no campo da saúde encarregadas de colocar em prática a Agenda de Saúde para as Américas, 2008–2017, é transformar eficazmente as “áreas de ação” propostas em ação real. Como ponto de partida, cada país necessitará estabelecer seu próprio plano de implementação. Também necessitará aplicar regularmente um instrumento de vigilância objetivo, de uso fácil e transparente para cada área de ação, enfoque que documentará o *statu quo* ao começo e ao grau de progresso obtido anteriormente. Convirá empregar o mesmo instrumento para motivar as instituições apropriadas para que tomem as medidas contínuas necessárias.

**Temas transversais.** Os Ministérios de Saúde devem buscar *compromisso e associações* com outras organizações relacionadas com a saúde em campos de interesse parcialmente coincidente. Se bem que os Ministérios de Saúde estejam nas melhores condições de exercer a liderança no setor de saúde, é pouco provável que possuam todos os recursos necessários para poder responder cabalmente a todas as áreas de ação. Outros organismos

\*Os autores agradecem o aporte feito a este texto por vários colegas dos Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças dos Estados Unidos.

## TEMA RECORRENTE

**Corrigir as desigualdades em saúde e no direito à saúde.**

Devemos nos focalizar na questão essencial que constitui o substrato dos problemas mais inquietantes que nossos países enfrentam: a impossibilidade que quase a metade dos habitantes da América Latina e do Caribe tem de usufruir dos benefícios do desenvolvimento humano e, portanto, sua relegação a um grau de desigualdade inaceitável.

—*Paolo Buss*

. . . Para todo o que se refere ao desenvolvimento da saúde pública existe uma condição conceitual que se baseia no acesso à saúde de toda a população, independentemente de seu nível econômico, vínculo trabalhista, raça, localização em território nacional ou outros fatores afins.

—*Gustavo Kouri*

As autoridades normativas deverão assegurar que se preste a devida atenção a que se consiga maior equidade em saúde nesses grupos da população [afro-descendentes e populações indígenas] para que seja comparável com a predominante no resto da população . . . devemos enfatizar a “cobertura” para indicar a necessidade de que os serviços de saúde cheguem além do “acesso” e gerem demanda para assegurar a cobertura.

—*Nils Arne Kastberg*

A autoridade normativa deve se orientar para entender a diferença entre a equidade vertical e horizontal — ou seja, tratar a todos por igual e se concentrar nos mais necessitados — posto que os enfoques corretivos são muito diferentes. Em todo caso, cada enfoque depende da existência de um bom sistema de informação para saber o que “afeta às pessoas” e poder, conseqüentemente, abordar esse conhecimento.

—*George Alleyne*

Essa maior desigualdade seguramente se produzirá, a menos que se reexamine o marco regulador vigente para levar em conta a situação dos países com graves limitações de recursos, que desde agora lhes impedirão de ter acesso aos novos instrumentos diagnósticos e terapêuticos que o futuro trará.

—*Ricardo Uauy*

A execução da Agenda deve se focar em dois objetivos: (1) melhorar a saúde e o bem-estar da gente; e (2) reduzir as desigualdades evitáveis em saúde e em assistência de saúde ao abordar os determinantes básicos e os requisitos em matéria de saúde.

—*Muthu Subramanian*

No que diz respeito aos esforços para diminuir as desigualdades em saúde entre os países e no interior dos mesmos, o UNIFEM concorda enfaticamente com a distinção da saúde sexual e reprodutiva feita na Agenda como questão prioritária nas Américas.

—*Marijke Velzeboer-Salcedo*

públicos, instituições acadêmicas, organizações não governamentais e empresas no setor privado podem ajudar aos Ministérios de Saúde nesses campos. Todavia, requer-se o compromisso do Ministério de Saúde para apoiar essas associações, plena compreensão pela instituição associada dos resultados desejados e um compromisso para consegui-los, assim como um conjunto de termos de colaboração acordados e bem estabelecidos.

**Abordar os determinantes da saúde.** Ainda que o setor de saúde tenha uma capacidade limitada para abordar muitos determinantes da saúde, como a pobreza e a educação, os determinantes ambientais têm um enorme efeito na saúde em muitos países em desenvolvimento e apresentam oportunidades de mo-

dificação. Deve-se pedir a colaboração com outros setores — abastecimento de água e saneamento, educação, agricultura e regulação ambiental, somente para citar alguns — como meio de conseguir *ambientes saudáveis*.

**Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia.** Para entender totalmente os problemas de saúde que mais necessitam ser abordados e os métodos mais eficazes para fazê-lo, é preciso estabelecer uma cultura institucional dentro do setor de saúde pública que valorize a informação de alta qualidade, exija essa classe de informação e desenvolva a capacidade para gerá-la, ou seja, a busca da *epidemiologia e a investigação aplicadas*. As autoridades normativas devem ter pessoal que possa exami-

nar as publicações de saúde e traduzir os resultados das investigações mais recentes em um guia apropriado para uso das autoridades decisórias nacionais em orientação de planos de programas e a execução de atividades de saúde. O estabelecimento de programas de capacitação epidemiológica sobre o terreno tem sido uma estratégia bem sucedida para que os Ministérios de Saúde possam ampliar sua capacidade de coletar dados de alta qualidade e transformá-los em informação e conhecimentos aplicados às necessidades existentes nos programas. Estes programas têm realizado investigações rápidas sobre surtos de doenças, que são necessárias para entender essas crises e para definir as medidas mais eficazes para controlá-las. Ainda que a coleta de estatísticas essenciais e de dados de vigilância tenha sido por longo tempo uma função habitual dos Ministérios de Saúde, a incorporação da investigação operacional em seu exercício é limitada e precisa ser ampliada. Ao incluir-se o setor de saúde pública com maior frequência em iniciativas para abordar as doenças não transmissíveis, será importante estabelecer uma base de provas fundada em sólidas investigações para o êxito de novas estratégias que busquem influir nos padrões de comportamento relacionados com a saúde de importância crítica para os avanços necessários nesse campo. A investigação deve ser usada para orientar a formação de comunicações de saúde e a comercialização da mesma e para avaliar os resultados logrados.

O planejamento para a avaliação e o uso ampliado de *tecnologias* novas e eficazes no setor de saúde pública são críticos; entre os exemplos cabe citar novas vacinas, estudos de diagnóstico rápido, sistemas de informação geográfica e instrumentos de tecnologia de informação. As autoridades decisórias do setor de saúde pública devem se manter a par do desenvolvimento de novas tecnologias e serem inovadoras na busca de oportunidades para aplicá-las visando abordar com mais eficácia os problemas de saúde prioritários.

**Fortalecer a segurança sanitária.** Para abordar as ameaças para a saúde pública e as emergências nesse campo, é crítico dispor de capacidade institucional para executar com eficácia intervenções em *comunicação de riscos* e *mobilização social*. Os princípios para essas intervenções e os métodos para realizá-las devem ser incorporados aos planos de segurança da saúde pública. Seja em resposta a crises resultantes da gripe pandêmica, surtos graves de etiologia desconhecida e desastres naturais, os países necessitam ter uma capacidade estabelecida para realizar funções de comunicação de riscos e mobilização social quando chegar o momento.

Em épocas de crises, as *redes regionais* podem atender importantes necessidades, e seu desenvolvimento deveria ser promovido. A rede de programas de capacitação em epidemiologia sobre o terreno na América Central é um bom exemplo: assistimos a determinados países em sua resposta a desastres naturais de grande magnitude (por exemplo, o recente terremoto ocorrido em El Salvador), exposições tóxicas (por exemplo, a experiência

no Panamá com medicamentos contaminados com dietilenglicol, DEG) e a necessidade de fortalecer a capacidade para responder a uma pandemia de gripe.

**Reduzir os riscos e a carga de doença.** A Agenda de Saúde para as Américas reconhece devidamente a necessidade de ampliar os esforços para se concentrar nas *doenças não transmissíveis*. É indispensável promover padrões de comportamento e modos de vida saudáveis que contribuam para a prevenção das doenças não transmissíveis; o público deve avançar de sua atual etapa de conscientização sobre as doenças não transmissíveis para a etapa de ação que modifica os padrões de comportamento. Os países devem fortalecer a investigação operacional e as diretrizes para a prática da comunicação para a saúde e a comercialização desta última que ajude a identificar as necessidades e preferências do público em temas de informação, produtos e recursos que apoiem a adoção de padrões de comportamento mais saudáveis. É preciso adotar um sistema de vigilância regular da prevalência dos principais padrões de comportamento arriscado para avaliar a eficácia das atividades de prevenção.

As autoridades normativas e decisórias necessitam enfatizar mais as *lesões* como problema de saúde pública e ampliar o enfoque sobre este conceito além dos “acidentes de tráfico”. As estimativas da OMS para 2002 na América Latina e no Caribe mostram que as taxas de anos de vida ajustados em função da deficiência (AVAD) por lesões representam tipicamente de 10 a 20% do total das taxas de AVAD. Tem sido formuladas recomendações para os sistemas de vigilância que proporcionaram dados descritivos básicos sobre as lesões e podem levar a descobrir oportunidades para intervenções eficazes. A colaboração com outros setores — como os de transporte e de justiça — melhorará a coleta de dados e a formulação de intervenções.

Deve-se ter cuidado de para se estar atento para que não se diminua o compromisso existente para combater as doenças *transmissíveis*. No caso das doenças desatendidas como a oncocercose e a filariase linfática, que têm programas de eliminação estabelecidos, é preciso reafirmar os compromissos dos países e consolidar seus esforços para conseguir este objetivo. Devem-se divulgar amplamente as estratégias bem sucedidas, como a distribuição em grande escala de ivermectina doada para o tratamento da filariase linfática. As doenças desatendidas que, no geral, afetam aos segmentos mais vulneráveis ou marginalizados da população, merecem atenção prioritária para conseguir melhor equidade em saúde.

O êxito dos programas de *imunização* nas Américas — a erradicação da varíola e da poliomielite, a eliminação do sarampo, as atividades em curso para a eliminação da rubéola — estabelece a base para a introdução de novas vacinas e a evolução dos programas de imunização desde a criança até a família. As atividades de vacinação complementares, como a Semana de Vacinação da OPAS nas Américas, deve ser apoiada para reduzir as desigualdades e assegurar a proteção para quem carece de acesso

imediate e assistência de saúde. Quando possível, deve-se considerar a possibilidade de integrar outros serviços durante as campanhas de imunização.

**Fortalecer a gestão e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.** É preciso ampliar as atitudes e os conhecimentos da *força de trabalho* em saúde pública e assistência de saúde para que a educação e a capacitação sejam acessíveis em meios onde haja limitações de recursos e de tempo. As novas formas de proporcionar informação e capacitação baseada em aptidões aos trabalhadores de saúde em seu lugar de residência e de trabalho lhes permitirá permanecer nas comunidades onde mais são necessários. A expectativa de tecnologias ampliadas de informação e comunicação, junto com outras inovações, desempenhará uma função importante na oferta de oportunidades de educação e capacitação nos campos da saúde individual e pública a uma população mais ampla.

A *capacitação em saúde pública* deve estar no centro dos esforços feitos para melhorar a gestão dos sistemas de saúde pública — particularmente nos novos campos programáticos — e as ameaças emergentes. Um objetivo prioritário para essa capacitação deve ser o apoio prestado aos trabalhadores dedicados a elaborar a base científica para novas intervenções, que têm a responsabilidade de administrar esses programas.

**Stephen B. Blount, M.D., Diretor de M.P.H., Escritório de Coordenação da Saúde Mundial**

**Jay McAuliffe, M.D., M.P.H.  
Chefe Interino, Seção de Coordenação Geográfica e Programática  
Divisão de Coordenação de Preparativos e Programas Mundiais (proposta)**

**Escritório de Coordenação da Saúde Mundial dos Centros para o Controle e a Prevenção das Doenças  
Departamento de Saúde e Serviços Humanos  
Estados Unidos da América  
Atlanta, Geórgia**

### Comentários do Dr. Paolo Buss

Qualquer visão do futuro da saúde nas Américas não deve se concentrar exclusivamente na busca de aperfeiçoamento dos sistemas de saúde e na melhoria da qualidade dos serviços de assistência de saúde. No melhor dos casos, esse enfoque perpetuaria a situação regional de saúde em sua forma atual ou talvez em algum sistema que apenas seria um pouco melhor. Devemos nos focar na questão essencial que constitui o substrato dos problemas mais inquietantes que nossos países enfrentam: a impossibilidade de quase a metade dos habitantes da América Latina e no Caribe tem de usufruir dos benefícios do desenvolvimento

humano e, por fim, sua rejeição a um grau de desigualdade inaceitável.

Na América Latina e no Caribe, o progresso em direção à redução da pobreza tem procedido a um ritmo relativamente lento, em que transcorreu cerca de 60% do período proposto (1990–2015) e, a duras penas, logrou-se mais de 30% da redução prevista. No país da Região que melhor conheço, o Brasil, o progresso foi muito maior, conseguindo-se quase 80% da meta, graças a eficazes projetos sociais e à expansão da cobertura dos serviços de saúde. Contudo, esse progresso se viu comprometido pela persistência de grandes desigualdades de renda no país, que debilitam os laços de integração social e reduzem os níveis de capital social e de participação política.

Nesse contexto, e levando-se em conta os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, vale a pena assinalar que, ainda que três dos oito objetivos se relacionem à saúde, o primeiro deles é erradicar a pobreza extrema e a fome, sem o qual é duvidoso que se possa progredir para se conseguir os demais. Ao refletir sobre essa associação, a Organização Mundial da Saúde assinalou recentemente o fato de que os países mais pobres do mundo terão dificuldade em conseguir atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e de que, em muitos deles, observar-se-á um estancamento do progresso, medido pelos respectivos indicadores.

Em décadas recentes, o enfoque em melhorar as condições de saúde tem se centrado na reforma do sistema de saúde, visando enfrentar a dívida social e buscar a possibilidade de ajustar os custos crescentes às limitações impostas pelos setores econômicos. Não obstante, é óbvio que este enfoque exclusivamente setorial não parece ser suficiente para alcançar a universalidade, acessibilidade e inclusão em saúde a que toda a população tem direito.

A crise no setor de saúde não é necessariamente um reflexo de seu fracasso irremediável ou de sua deterioração irreversível. Ao invés, o problema está na dificuldade de superar o *status quo*, com dirigentes que se limitam a sua perspectiva convencional e resistem à emergência evolutiva de um novo espaço potencial. Ao mesmo tempo, a globalização tem importantes efeitos desfavoráveis que restringem a livre determinação de políticas dos Estados-Nações, o que leva a uma forma de colonialismo que subordina o desenvolvimento de nossos países à influência de orientações e políticas estrangeiras.

Entretanto, desde um ponto de vista mais positivo, a incorporação progressiva do conceito dos determinantes sociais da saúde e o correspondente aumento das atividades de promoção da saúde darão mais oportunidades para melhorar a qualidade de vida de muitos grupos da população na Região. Entre os fatores que mais influenciam sua saúde está uma ampla gama de condições sociais e econômicas: pobreza, injustiça, falta de educação, falta de proteção social, nutrição deficiente, exclusão e discriminação social, discriminação por questões de gênero, moradias inadequadas, deterioração urbana, falta de água potável, violência e falta ou deficiência dos serviços de assistência à

saúde. A reorientação política da maioria dos governos da América do Sul deve ser mais sensível a estes fatores e pode levar a introduzir mudanças favoráveis nesses campos.

Nesse contexto, merecem ser mencionadas duas importantes iniciativas que podem atenuar as condições desfavoráveis assinaladas. Ambas se baseiam em uma renovação do conceito da saúde como bem público — o objetivo das políticas públicas elaboradas com a participação coordenada de diferentes segmentos da população — em contraste com o conceito da saúde como bem privado, produzido na forma de assistência médica individual e governada pelas regras do mercado, um conceito que orientou muitas reformas de saúde realizadas na Região, particularmente nos anos noventa. A primeira dessas iniciativas é a participação social que, à medida que se tem propagado pela Região, tem reforçado o valor de se dar poder à sociedade com um todo. A segunda iniciativa se concentra no desenvolvimento da coordenação inter-setorial eficaz, como estratégia governamental para uma ação mais coesiva e forte baseada em um diálogo franco entre os setores social e econômico. Ambas as iniciativas poderão contribuir para superar as restrições sociais na América Latina e no Caribe, ao abrir um novo enfoque para a governança onde toda a sociedade, não apenas os poderes políticos que possam existir, promova a consecução coletiva de soluções na busca de objetivos comuns compartilhados.

Permitam-me fazer referência novamente às experiências de meu país ao citar exemplos de intervenções realizadas com êxito, ainda que esteja seguro de que existam exemplos similares, com resultados igualmente frutíferos, em outros países da América Latina e do Caribe. No Brasil, a participação social tem conseguido grandes progressos, graças a uma ampla rede de Conselhos Municipais de Saúde que tem se integrado em um esquema tripartite junto com as jurisdições estaduais e nacionais. Também tem sido eficaz o programa de saúde da família, que hoje em dia cobre 60% da população e que se destina a alcançar a metade da população restante até o final da presente década, e o programa de controle da infecção pelo HIV/Aids, que tem enfatizado a prevenção da doença, a produção e distribuição gratuita de medicamentos disponíveis a todos os pacientes e uma vigilância epidemiológica integral, enfoque adotado em vários outros países. Por último, os programas de imunização e de lactância materna têm se ampliado com excelentes resultados, o mesmo que os bancos de leite humano, estratégia muito utilizada em todo o país.

No âmbito internacional, nas cúpulas regionais de integração, os países da América Latina e do Caribe podem opor resistência a governança geral e conseguir, em um contexto de solidariedade regional, condições que apoiem as políticas locais; unir forças para acabar com o protecionismo dos países mais poderosos; e cooperar entre si para conseguir uma maior auto-suficiência para confrontar as exigências do desenvolvimento humano em geral e da saúde em particular. A convergência dos interesses da política exterior com os da saúde pode favorecer enormemente seu desenvolvimento, como se vê no exemplo do Convênio Marco

para o Controle do Tabaco; a execução do Regulamento Sanitário Internacional; a Estratégia mundial sobre regime alimentar, atividade física e saúde; a provável adoção da resolução da OMS sobre os Direitos de Propriedade Intelectual; e o desenvolvimento da ciência e da tecnologia no campo da saúde.

De forma similar, no plano internacional, a recente promoção da Década dos recursos humanos em saúde tem servido de catalisador importante para a execução, nas esferas internacionais e nacionais, de uma série de medidas destinadas a equilibrar o problema da falta e da distribuição deficiente de profissionais de saúde, e a reorientar a preparação desses profissionais para atender as necessidades reais da população. Os frutos dessa iniciativa já tem começado a surtir efeito nos programas que introduzem novos conteúdos teóricos na formação acadêmica, diversificam os campos de prática dos estudantes e promovem novas orientações pedagógicas. Sem dúvida alguma, estas experiências, influíram nas ações de saúde em nossa Região e ao redor do mundo. Nesse aspecto também, é digno de menção o programa apoiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento para formar uma massa crítica de auxiliares de enfermagem, uma metodologia de capacitação em grande escala que levou à agregação de 350.000 trabalhadores ao sistema de saúde e que se pensa em aplicar para a formação de técnicos de nível intermediário.

À medida que estas iniciativas procedem em um ritmo acelerado, continuaremos vivendo com vários problemas, posto que a Região ainda passa por um período de transição epidemiológica caracterizado pela coexistência dos problemas do subdesenvolvimento com os do mundo desenvolvidos.

De tudo isto se depreende que continuaremos dependendo das grandes companhias farmacêuticas para a aquisição de uma ampla variedade de medicamentos e abastecimentos porque não contamos com o devido desenvolvimento em investigação e tecnologia que nos permitirá alcançar certa independência, na produção não só dos medicamentos existentes, mas também de alguns novos para poder acompanhar com autonomia os avanços da ciência. A escassa importância que os países atribuem à coordenação inter-setorial significa que na maioria deles o setor de saúde não pode influir no desenvolvimento tecnológico.

Continuaremos enfrentando crescentes problemas resultantes do aquecimento da Terra, particularmente no Caribe e América Central, ainda que os efeitos deste fenômeno se propaguem para outras zonas. Não obstante, é pouco o que podemos fazer exceto reconhecer que a causa do aquecimento da Terra emana da degradação ambiental não em nossos países, mas sim no mundo desenvolvido. Não menos importante é a crescente ameaça da violência urbana na América Latina e no Caribe causada predominantemente pelo narcotráfico e pelos acidentes, problemas que têm alcançado proporções alarmantes em alguns países.

Enquanto isso continuaremos firmes em nosso compromisso de eliminar as influências desfavoráveis para a saúde de nossas populações e combater a pobreza, a exclusão social, a violência e a degradação ambiental. Igualmente continuaremos empenha-

dos em um esforço conjugado multi-setorial e uma maior participação social, com a esperança de conseguir um futuro melhor para a América Latina e o Caribe, com mais saúde e melhor qualidade de vida.

**Dr. Paolo Buss**  
**Presidente**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Rio de Janeiro, Brasil**

### Comentários do Dr. Nils Arne Kastberg

A UNICEF está satisfeita com esta Agenda de Saúde para as Américas, com sua alienação com os objetivos da Declaração do Milênio e com seu sólido enfoque nos valores referentes aos direitos humanos, à universalidade, ao acesso e à inclusão; na solidariedade pan-americana; na equidade em saúde; e na participação. A UNICEF acolhe com particular satisfação as importantes referências às crianças e adolescentes na Agenda. Consideramos que o trabalho dos Ministérios de Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde é de fundamental importância para o bem-estar das crianças e suas mães na Região. Dentro desta perspectiva geral favorável, quisemos oferecer a seguinte orientação complementar à proporcionada na Estratégia de Saúde às autoridades normativas e decisórias que tenham a cargo a execução desta Agenda.

**Fazer dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio uma realidade em nível local para abordar as disparidades em matéria de saúde.** A Agenda de Saúde sublinha a importância da alienação com a Declaração do Milênio e enfatiza as desigualdades que devem ser abordadas. Portanto, será importante estabelecer pontos de referência e vigiar o progresso em direção a se lograrem todos os ODM, não apenas como por meios nacionais, mas também como expressões da realidade em nível local. A importância de formular medidas que desagreguem dados com o propósito de que os serviços de saúde pública possam vigiar o progresso e os resultados dos ODM em nível local estão bem ilustrados pelo exemplo dado na Agenda, devido ao fato de que 40% dos municípios da América Latina e do Caribe não alcançam a meta de imunização que consiste em vacinar regularmente 95% das crianças menores de 1 ano de idade. A desagregação de dados poderia ajudar aos Ministérios de Saúde a advogar mais energicamente pela disponibilidade de recursos para fortalecer os serviços de saúde nas regiões onde os resultados de saúde sejam mais fracos.

**Proporcionar o “contexto da gente”.** As autoridades normativas e decisórias do setor de saúde deverão prestar atenção particular ao “contexto da gente” para poder fortalecer o empenho posto na prevenção das tendências pouco saudáveis. Entre outras considerações fundamentais da geografia humana cabe citar as seguintes: o número de gestações e de crianças nascidas,

o alto número de gestações de adolescentes, o número e a porcentagem de crianças que sofrem de desnutrição crônica e assim sucessivamente.

**Abordar a violência.** Será importante dar especial consideração à participação da saúde na detecção prematura da violência dentro da família e ao drama que os serviços de saúde enfrentam em sua interação com os outros serviços do Estado que têm a responsabilidade de proteger as mulheres e as crianças, mas que não a cumprem. O vínculo entre a violência, o abuso sexual e o incesto se comprova pela assombrosa cifra que indica que atualmente 20% das gestações — quase todas indesejadas — ocorrem em adolescentes. A contribuição da OPAS e da OMS ao Estudo das Nações Unidas sobre a violência contra as crianças apresentado na Assembléia Geral em 11 de outubro de 2006 foi decisiva. Nesse estudo estima-se que na América Latina e no Caribe 80.000 pessoas menores de 18 anos morrem anualmente como resultado da violência dentro da família. É de importância crítica continuar prestando atenção à notificação desses casos, às medidas de acompanhamento que os diversos serviços de saúde precisam tomar, e à traumática situação que ter que presenciar isso dia após dia representa para o pessoal de saúde, frequentemente sem a assistência de outros serviços setoriais. Com frequência cada vez maior em certos meios urbanos da Região, a principal causa de hospitalização de adolescentes são as lesões causadas pela violência. As autoridades normativas e decisórias devem se assegurar de que a violência desta natureza, observada durante o trabalho cotidiano dos serviços de saúde, seja captada e cuidada sistematicamente e que se tomem as medidas de acompanhamento necessárias.

**Tendências nas respostas do sistema de saúde: mobilização para a promoção da saúde.** As autoridades normativas se beneficiariam do conhecimento dos exemplos dos países da Região onde a promoção da saúde tenha tido êxito. A oficina da UNICEF no Brasil considera que as 27.000 equipes de promoção da saúde nesse país cobrem uns 70 milhões de pessoas: um excelente exemplo de mobilização em pró da saúde. A Campanha de Vacinação das Américas promovida pela OPAS e apoiada pela UNICEF é outro exemplo de mobilização para a prevenção das doenças que cobriu a uma infinidade de pessoas até agora desatendidas. Poder-se-ia conseguir a participação dos jovens nas atividades de promoção da saúde como outra estratégia para transmitir mensagens que reforcem mais os serviços preventivos ao invés dos curativos.

**Os afro-descendentes e as populações indígenas na América Latina.** Em relação à média das populações, os afro-descendentes na América Latina, que representam uns 150 milhões de pessoas, enfrentam diferenças nos indicadores de saúde que são similares às observadas nas populações indígenas, cujo número chega a cerca de 40 a 50 milhões de pessoas. As autoridades normativas deveriam assegurar que se preste a devida atenção à consecução de maior equidade em saúde nesses gru-

pos da população para que seja comparável com a predominante no resto da população.

**A desnutrição crônica e a mãe jovem.** A desnutrição crônica não é parte dos 48 indicadores dos ODM no ODM 1b, Fome. Por meio do trabalho interinstitucional das Nações Unidas e do informe conjunto apresentado pelas Nações Unidas às Américas em 2005 sobre os ODM, coordenado pela CEPAL, a Equipe de Diretores Regionais das Nações Unidas na América Latina e no Caribe chegou à conclusão de que o indicador de desnutrição crônica era o mais pertinente para que nossa Região medisse o progresso com relação ao ODM 1b. Portanto, ao executar a Estratégia de Saúde para as Américas, a UNICEF recomenda que se preste atenção particular a este assunto. Consideramos que o maior enfoque na mãe adolescente — particularmente durante os nove meses anteriores ao nascimento e dos 9 aos 36 meses posteriores ao mesmo — confere importância crítica para várias medidas importantes de promoção da saúde, detecção prematura e prevenção de problemas de saúde. Convém que as autoridades normativas abordem este assunto, apoiem os programas nacionais em marcha que se concentrem na erradicação da desnutrição crônica e busquem uma ação nacional inter-setorial, inclusive acesso à água potável e ao saneamento nas zonas rurais, já que em muitos países uma grande parte da população rural carece de acesso a esses serviços. Ao chegar ao ano 2017, a desnutrição crônica deverá haver sido erradicada das Américas.

**Sugestões específicas.** No que diz respeito à infecção pelo HIV/Aids é importante enfatizar a feminização da pandemia em muitos países, a transmissão às mulheres jovens, a necessidade de se conseguir acesso e cobertura universais na Região, inclusive por meio da solidariedade Pan-americana, e a necessidade de reduzir a transmissão da mãe para os filhos a um valor tão próximo de zero quanto seja possível. Com respeito à participação da comunidade nos serviços de saúde, como já foi indicado com muita propriedade pela Diretora da OPAS em muitas ocasiões, devemos enfatizar a “cobertura” para indicar a necessidade de que os serviços de saúde cheguem mais além do “acesso” e gerem demanda para assegurar a cobertura. O tema da solidariedade Pan-americana sugere que, além da colaboração na consecução de objetivos comuns, é importante que os países reconheçam a questão do acesso à saúde para além das fronteiras, a dotação de pessoal de saúde para além das fronteiras e o aumento da colaboração de Sul a Sul para além das Américas.

De novo, a UNICEF deseja felicitar a OPAS por propor esta Agenda e continuará sendo um sócio muito próximo na mobilização da sociedade para conseguir um melhor estado de saúde nas Américas.

**Dr. Nils Arne Kastberg**  
**Diretor Regional**

**Escritório Regional para a América Latina e o Caribe**  
**Fundo das Nações Unidas para a Infância**

### Comentários do Dr. Gustavo Kourí

A Agenda de Saúde para as Américas, 2008—2017, estabelece um sentido de movimento para frente para a saúde em todo o Continente. Ao contemplar o futuro da saúde na Região, é útil considerar o exemplo de Cuba, onde para tudo o que diz respeito ao desenvolvimento da saúde pública existe uma condição conceitual que se baseia no acesso a saúde de toda a população, independentemente de seu nível econômico, vínculo trabalhista, raça, localização no território nacional e outros fatores afins. De fato, um sistema de saúde pública deve ser acessível, universal e gratuito e constituir uma força para a solidariedade. A vontade política, sem a qual não se pode conseguir nada, é decisiva para alcançar estas condições.

Ao mesmo tempo, devem existir serviços de excelência que permitam fazer os estudos necessários de altos níveis e custos aos pacientes no sistema de saúde pública. Habitualmente, a qualidade dos serviços de saúde pública é muito baixa e só nos serviços privados podem ser feitos determinados estudos.

A saúde pública se baseia em um princípio preventivo e não curativo. O setor privado exige muitos pacientes para fazer negócio; portanto, é curativo e se não tem pacientes, colapso. Como se pode comprovar a partir da Agenda de Saúde para as Américas, o problema é complexo. As modificações do setor de saúde foram um fracasso nas Américas e os poucos sistemas públicos que existiam foram privatizados.

Cuba tem um sistema único nas Américas e possivelmente no mundo. Além de ter os indicadores de saúde de um país desenvolvido, presta ajuda solidária a mais de 70 países, onde mais de 30.000 de seus trabalhadores de saúde ajudam os grupos da população mais necessitada. O princípio básico do sistema de saúde de Cuba não é dar o que lhe sobra, mas sim compartilhar o que tem.

Além disso, posto que muitos países estão elaborando planos de saúde integrais que incluem aspectos de desenvolvimento do capital humano para a saúde, Cuba, em demonstração de sua solidariedade com outros países, estabeleceu a Escola Latino-americana de Medicina (ELAM), que prepara milhões de estudantes da América Latina, de outros continentes e até mesmo dos Estados Unidos da América. Segundo linhas similares de solidariedade, o país trabalha com outros para enfrentar epidemias, como ocorreu nos casos de colaboração mais recente, principalmente no controle da malária em Gâmbia e na Jamaica.

Em seu compromisso com o desenvolvimento científico e tecnológico, Cuba produziu várias vacinas, tais como a vacina contra a meningite B, que é a primeira no mundo contra este grupo de meningococos; a vacina contra a hepatite B, que teve grande efeito na saúde pública nacional; a vacina DPT, que atualmente não é de interesse comercial; a primeira vacina sintética elaborada no mundo contra *Haemophilus influenzae* b; e outras vacinas usadas no sistema de saúde nacional e que determinaram que as doenças imuno-preveníveis tenham pouco efeito na morbidade e mortalidade no país, onde a população está imunizada contra 13 doenças. Até se preparou uma vacina contra o cólera, uma do-

ença que não existe em Cuba, porém que representa uma ameaça para a saúde pública em outros países, onde se tem facilitado essa vacina.

Cuba tem feito importantes aportes à compreensão científica da poliomielite, dengue, infecção pelo HIV/Aids, tuberculose e outras enfermidades transmissíveis.

Em resumo, estas melhorias foram conseguidas porque se considera a saúde um direito humano, uma responsabilidade total e absoluta do Estado, e não se contempla como um negócio. Além disso, a saúde deve estar acompanhada pelo desenvolvimento da ciência e da educação universal e gratuita, pois a saúde e a educação caminham de mãos dadas.

**Dr. Gustavo Kourí**  
**Instituto “Pedro Kourí”**  
**Havana, Cuba**

### Comentários da Dra. Sylvie Stachenko

Dado o que sabe sobre os determinantes básicos das doenças transmissíveis e não transmissíveis, e dada a clara relação existente entre a saúde e o desenvolvimento econômico e humano, as seguintes são três orientações de alto nível para a Agenda de Saúde das Américas, 2008—2017:

1. O investimento em saúde em âmbito da população implica o compromisso dos setores de saúde, os setores externos a este e as entidades públicas e privadas em relações de colaboração.
2. A saúde das populações e o sistema de saúde são bens nacionais que servem e suportam outros setores; o investimento em saúde em nível da população e entre as pessoas pode dar rendimentos do investimento que contribuem para que se atinjam as metas de política econômica dentro dos países e em âmbito sub-regional nas Américas, particularmente quando os investimentos se concentram em populações que experimentam relativa desigualdade em seu estado de saúde.
3. O relacionamento com a indústria mundial, cujos produtos e práticas podem comprometer a saúde da população, exige instrumentos mundiais de proteção da saúde.

Há provas fidedignas de que os investimentos estratégicos e coordenados por vários setores externos ao da saúde, que atuam dentro de seus campos tradicionais, permitem alcançar as metas de saúde e, ao mesmo tempo, as respectivas metas dos setores externos ao da saúde, o que se traduz em proteção e melhora da saúde das populações.

Quanto a propostas de mudança, os enfoques governamentais que abrangem a totalidade do governo com os correspondentes mecanismos de governança de nível executivo, que também abrangem a totalidade do governo, para coordenar a ação refe-

rente aos fatores básicos de saúde são os meios que convertem a saúde das populações e ao desenvolvimento humano em uma responsabilidade de vários setores públicos. As autoridades normativas e decisórias no setor de saúde necessitam buscar oportunidades para fazer seus homólogos nacionais participarem em outros setores públicos, em primeiro lugar, com o propósito de conscientizar os setores externos ao da saúde da responsabilidade de prevenir a doença e promover a saúde e, em segundo lugar, de inculcar-lhes essa responsabilidade.

Dentro dos mecanismos de coordenação que abrangem a totalidade do governo, é preciso elevar a função dos profissionais de saúde pública como administradores trans-setoriais das necessidades de saúde da população, com um aumento correspondente do gasto público para os componentes de população e saúde pública dos sistemas de saúde, e uma compreensão de que as propostas de política dos setores externos ao da saúde devem ser avaliadas quanto a seu efeito potencial no estado de saúde e nos determinantes básicos das doenças e das disparidades na questão da saúde.

Dada a natureza mundial de certas indústrias cujos produtos e práticas sabe-se contribuem para doenças ou que são causa delas, e dado que os países das Américas têm em mãos capacidades e formas de apoio notavelmente distintas, quando existentes, para exercer influência nestas indústrias mundiais das que podem depender sua população, são necessárias iniciativas e instrumentos transnacionais e sub-regionais para mudar as práticas da indústria para o benefício simultâneo das populações de vários países.

As autoridades normativas e decisórias no campo da saúde pública necessitam se unir a seus homólogos em outros países com o propósito de empregar sua voz coletiva para chamar a atenção para seus problemas comuns e aproveitar um grau de apoio mais amplo do público em geral e dos organismos nacionais e internacionais, das organizações não-governamentais e dos setores solidários externos ao da saúde visando criar a massa crítica de pressão pública e política para que determinadas indústrias mundiais mudem suas práticas e produtos, a tal ponto que as populações estejam protegidas e, onde possível, sejam simultaneamente alcançadas as metas empresariais, com o que se criam situações de benefício mútuo.

**Dra. Sylvie Stachenko**  
**Chefa Adjunta de Saúde Pública e**  
**Diretora, Centro Colaborador da OMS em**  
**Políticas sobre Doenças Crônicas não Transmissíveis**  
**Organismo de Saúde Pública do Canadá**  
**Ottawa, Ontário**

### Comentários do Dr. Muthu Subramanian

Nas três últimas décadas, desde que a Estratégia mundial de saúde para todos no ano 2000 foi lançada em 1977, a Região das

Américas obteve um progresso importante em direção à melhora da saúde da população em todos os países do Continente. Com a assistência primária de saúde (APS) como fundamento, reduziram-se as desigualdades em nível de saúde entre os países e no interior dos mesmos e aumentou-se o acesso a todos os elementos da APS, ainda que o ritmo desse progresso não tenha sido uniforme nem entre os países, tampouco entre os grupos de população dentro deles. O enfoque histórico na mortalidade para refletir o estado de saúde e os logros na questão da política sanitária levaram à atribuição de pouca prioridade às doenças que não são potencialmente letais. Como consequência disso, os progressos conseguidos na expectativa de vida foram acompanhados, em grande medida, por uma maior incidência de doenças e morte; ou seja, que a expectativa de vida na Região aumentou muito mais rapidamente que a “expectativa de vida sã”, conceito que se entende como o número de anos que se pode esperar que uma pessoa viva com boa saúde. Em termos gerais, os princípios básicos da Estratégia Mundial e do enfoque na assistência primária de saúde comprovaram sua pertinência e validade na melhora da saúde da população e na redução das disparidades nos níveis de saúde, ainda que seu efeito real não tenha alcançado seu potencial. A experiência coletiva obtida com a execução da estratégia e a aplicação do enfoque da APS para conseguir uma melhor saúde para todos tem contribuído aos aspectos conceituais e operacionais do exercício da saúde pública nos níveis nacional, regional e mundial. Surgiram preocupações com as crescentes disparidades — fontes comuns de tensão e distúrbios sociais — no estado da saúde e do acesso à assistência de saúde dentro dos países e com o hiato entre os valores da expectativa de vida e da expectativa de vida saudável. Nesse contexto, a execução eficaz da Agenda de Saúde para as Américas, 2008—2017, deve assegurar que o aumento do período de vida das pessoas seja acompanhado por anos adicionais sem sofrimento, dor e deficiência com o que se faz que a vida prolongada seja um prêmio e não um castigo.

**Orientação para a execução da Agenda.** Para conseguir os resultados de saúde estabelecidos na Agenda de Saúde, a orientação das autoridades normativas e decisórias deve deixar de acentuar a assistência de saúde: o enfoque deve se centrar em dar a todos os povos da Região um sentido favorável de saúde e permitir-lhes que façam pleno uso de suas capacidades físicas, mentais e emocionais e, a partir dessa base, escolher prioridades e destinar recursos. Esta mudança de enfoque será a fonte de inspiração para que as pessoas pensem com novas idéias, empreendam novas iniciativas e trabalhem juntas de formas inovadoras. Exigirá uma compensação de fatores entre o aumento da expectativa de vida — por meio de estratégias de redução da mortalidade — e o aumento dos anos de vida saudáveis, não somente com maiores possibilidades de sobrevivência, mas também com a prevenção da morbidade prematura e das incapacitações evitáveis com formas de vida saudável e a eliminação ou redução dos riscos preveníveis para a saúde entre as pessoas e o meio ambiente.

A execução da Agenda deve se focar em dois objetivos:

1. Melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas e
2. Reduzir as desigualdades evitáveis em saúde e em assistência de saúde ao abordar os determinantes básicos e os requisitos no tema da saúde.

Além disso, para se conseguir e se manter um estado de saúde favorável para todos os povos da Região, será necessária uma ação sustentada para o seguinte:

- Agregar anos a vida aumentando a expectativa de vida e reduzindo a morte prematura.
- Agregar vida aos anos aumentando os anos vividos sem doença, reduzindo em grande parte ou a um mínimo os efeitos adversos da doença e da deficiência e melhorando a qualidade de vida por meio de modos de vida saudáveis assim como por meios físicos e sociais saudáveis.
- Agregar saúde a vida mediante a redução da doença e da deficiência.

Na execução do enfoque da Agenda nos modos de vida, no meio-ambiente e na assistência de saúde pelas autoridades normativas e decisórias, elas deverão assegurar a participação de todos os níveis da sociedade e a extensão a todos os sócios e setores que possam influir na saúde.

**Mudança de cenários e desafios resultantes.** O desenvolvimento da saúde prospera em um ambiente que reconhece os incontáveis benefícios de saúde que o progresso socioeconômico traz e leva e é receptivo ao que a ação em saúde atual ou futura seja parte integral das funções e atividades dos setores social e econômico. Diferentemente das décadas de 1980 e 1990, caracterizadas por perturbações políticas e econômicas, o século XXI começou com um ambiente favorável para o desenvolvimento da saúde na Região, como se descreve de forma sinótica nos parágrafos seguintes.

**Ambiente dos sistemas de saúde.** A regionalização da *paz* está cobrando impulso: não houve grandes guerras nem conflitos entre os países na Região nestes últimos dez anos. Começou a surgir um novo panorama político, mais caracterizado pela *democracia*, particularmente na América Latina: o ano de 2006 demonstrou ser um ano de grandes transformações políticas com o surgimento de dirigentes eleitos democraticamente em vários países Latino-americanos. Presta-se maior atenção em se reforçar a integração regional e a se consolidar as instituições democráticas. Enfatiza-se cada vez mais o gasto social e a consecução de justiça social, o que deve melhorar a participação popular no desenvolvimento, particularmente em atividades destinadas a melhorar a saúde e o bem-estar.

**TEMA RECORRENTE****Promover a colaboração inter-setorial e a cooperação internacional em saúde**

As autoridades normativas e decisórias no campo da saúde pública precisam se unir a seus homólogos em outros países com o objetivo de empregar sua voz coletiva para chamar a atenção para seus problemas comuns e aproveitar um grau de apoio mais amplo do público em geral e dos organismos nacionais e internacionais, as organizações não governamentais e os setores solidários externos ao da saúde visando criar a massa crítica de pressão pública e política para que determinadas indústrias mundiais mudem suas praticas e produtos, a tal ponto que as populações estejam protegidas e, onde seja possível, sejam simultaneamente alcançadas as metas empresariais, com o que se criam situações de benefício mútuo.

—*Sylvie Stachenko*

Com segurança, uma mudança importante ocorrerá no poder e influência crescentes dos atores não governamentais dentro e fora do Estado; as autoridades normativas do campo da saúde pública terão que buscar ativamente um *modus vivendi* com os demais atores estatais de âmbito não governamental. Nem o governo nem o setor público podem realizar todas as atividades necessárias para a Agenda de Saúde. A autoridade normativa do setor de saúde necessitará de muita paciência e atitude de negociação para lidar com esses novos atores. . . . A participação inter-setorial na promoção da saúde só pode ser conseguida caso se exponha o argumento de que a saúde tem um valor que vai mais além do intrínseco ou constitutivo.

—*George Alleyne*

É obvio que... [um] enfoque exclusivamente setorial não parece ser suficiente para alcançar a universalidade, acessibilidade e inclusão em saúde que toda a população tem direito. . . . A convergência da política exterior com a saúde pode favorecer enormemente seu desenvolvimento. . . . Igualmente, continuaremos empenhados em um esforço conjugado multi-setorial e em uma maior participação social, com a esperança de conseguir um futuro melhor para a América Latina e o Caribe, com mais saúde e melhor qualidade de vida.

—*Paolo Buss*

Ainda que os Ministérios de Saúde estejam em melhores condições de exercer liderança no setor de saúde, é pouco provável que possuam todos os recursos necessários para poder responder completamente a todas as áreas de ação. Outros organismos públicos, instituições acadêmicas, organizações não governamentais e empresas no setor privado podem ajudar aos Ministérios de Saúde nesses campos. . . . Em época de crise, as redes regionais podem atender importantes necessidades, e seu desenvolvimento deve ser promovido.

—*Stephen Blount e Jay McAuliffe*

O tema da solidariedade Pan-americana sugere que, além da colaboração na consecução de objetivos comuns, é importante que os países reconheçam a questão do acesso à saúde para além das fronteiras, a dotação de pessoal de saúde para além das fronteiras e o aumento da colaboração de sul a sul para além das Américas.

—*Nils Arne Kastberg*

O desenvolvimento da saúde prospera em um ambiente que reconhece os inumeráveis benefícios de saúde que o progresso socioeconômico traz e leva e é receptivo a que a ação em saúde atual ou futura seja parte integral das funções e atividades dos setores social e econômico. . . . Os executores da Agenda de Saúde devem abordar a necessidade de intensificar a identificação com os desafios para a saúde e o meio ambiente e assegurar a conscientização com relação a esses desafios por parte dos profissionais em exercício de disciplinas geralmente menos informadas sobre as questões de saúde, como os arquitetos, os construtores e os urbanizadores.

—*Muthu Subramanian*

Todos os interessados diretos na saúde do Continente devem aproveitar a vontade política em pró da saúde expressa em repetidas ocasiões em incontáveis cúpulas presidenciais. . . . É provável que a coletividade formada pelos membros da OPAS possa contribuir melhor ao formar associações estratégicas com outras organizações regionais ou internacionais que funcionam nas Américas.

—*Ricardo Uauy*

As autoridades decisórias [deveriam] tomar consciência do importante trabalho realizado entre os vários setores, instituições e os organismos das Nações Unidas, como a colaboração interinstitucional particularmente bem-sucedida da OPAS com o UNIFEM nos níveis regional, sub-regional e nacional.

—*Marijke Velzeboer-Salcedo*

A comunidade mundial reconhece com frequência cada vez maior que a ação nacional para melhorar a saúde da população tem benefícios mundiais. A Iniciativa sobre Saúde Mundial e Política Exterior lançada em 2006 destina-se a ampliar o alcance da *política exterior* para incluir a saúde; também tem se esboçado um conjunto de ações para elevar a prioridade da saúde na política externa na Agenda para a Ação Declaração Ministerial de Oslo). Estas iniciativas são um bom prognóstico para uma execução sem contratempos da Agenda de Saúde para as Américas.

Na América Latina e no Caribe, o *crescimento econômico* tem sido sólido nos últimos anos e pode-se esperar que continue, ainda que talvez a um ritmo mais lento. A demanda nacional se converteu em um grande impulsor desse desenvolvimento e as economias dos países parecem estar menos restritas pelos caprichos da demanda exterior. Os hiatos nas taxas de crescimento entre os países tem se reduzido ultimamente, o que produziu como resultado um crescimento de base ampla em toda a Região. Um maior crescimento econômico vai acompanhado de menor *desemprego*, que alcançou seu nível mínimo desde meados da década de 1990. Ao mesmo tempo, o mal estado de saúde das pessoas empregadas se reconhece cada vez mais como um importante fator que contribui para uma produtividade trabalhista sub-ótima. Com a redução da inflação, o *salário real* também aumentou.

No que respeita ao *alfabetismo*, mais de 90% dos adultos maiores de 15 anos de idade na América Latina e no Caribe sabem ler e escrever e o hiato entre os gêneros têm se reduzido; mais de 96% dos adultos jovens (de 15 a 24 anos) sabem ler e escrever. Estes jovens alfabetizados fazem agora a transição para a idade adulta em um mundo de mudanças rápidas com tecnologia emergente nos campos de informação e comunicação que reforma sua vida e seu comportamento. Um ponto de enfoque prioritário para os executores da Agenda deve estar em permitir que estes jovens observem um comportamento saudável e assegurar de que o façam e o mantenham com o tempo.

A *matricula* escolar pré-primária se converteu na norma nas Américas. Com o fim de não separar o “cuidado” da “educação”, envidaram-se intensos esforços, como o da Assistência e Educação na Primeira Infância (AEPI) para ampliar e melhorar a base da primeira infância, inclusive a boa saúde, a higiene, a nutrição e um ambiente são e acolhedor que apóie o bem-estar cognoscitivo e sócio-emocional das crianças. Uma grande dificuldade para a Agenda de Saúde será aproveitar essa sinergia entre a educação e a saúde para realizar ações de saúde que permitam que as crianças e os jovens sigam em um contínuo harmonioso de saúde à medida que se desenrolem e prosperem como adultos são.

A *saúde do meio-ambiente* — centrada na disponibilidade de alimentos mais saudáveis, água limpa e um meio-ambiente saudável — demonstrou ser um enorme fator de contribuição para a melhora da saúde no século XX. Em data mais recente, a saúde tem melhorado também através de iniciativas que se concentram na saúde ambiental das crianças e “nos ambientes construídos”

— ambientes artificiais que proporcionam um lugar para a atividade humana, que vai desde meios cívicos em grande escala até os lugares pessoais — enfocadas não tanto em casas urbanas, mas sim em comunidades fragmentadas e de crescimento desordenado que promovem a dependência do automóvel, a inatividade, a obesidade, a solidão, o consumo de recursos e de combustíveis fósseis e, naturalmente, a poluição ambiental. Os executores da Agenda de Saúde devem abordar a necessidade de intensificar a identificação com os desafios para a saúde e o meio ambiente e assegurar a conscientização com respeito a esses desafios por parte dos profissionais em exercício de disciplinas, geralmente menos informadas sobre as questões de saúde, como os arquitetos, construtores e urbanizadores; além disso, com o envelhecimento da população, em que muitos de seus membros viverão até mais de 80 e os 90 anos de idade, esses profissionais devem ter consciência das necessidades na questão dos projetos de casas onde habitam idosos. Além disso, para além das preocupações tradicionais por água limpa, deve-se dirigir a atenção para o controle dos “poluidores emergentes”, como os resíduos de produtos farmacêuticos e de higiene pessoal que chegam aos rios provenientes das usinas de tratamento de águas negras e por lixiviação proveniente de sistemas sépticos para a água subterrânea, e que possivelmente causam dano aos seres humanos.

O quadro do progresso alcançado até 2006 quanto ao lucro dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio mostra que as Américas tem cumprido, ou estão próximas de cumprir — as metas fixadas para 2015 com respeito à maioria dos ODM, com exceção das referentes ao desemprego dos jovens e ao desmatamento; Todavia existem disparidades nos níveis de lucro dentro da Região. A pobreza persistente parece ter se fragmentado e tanto o número como a porcentagem da população total de pobres se reduziu apreciavelmente nas Américas.

A Organização Pan-Americana da Saúde designou cinco países da Região para receberem apoio urgente e intensificado, devido à natureza intolerável de sua situação de saúde, nível de pobreza e endividamento. Em 2006, o Banco Interamericano de Desenvolvimento concordou em proporcionar recursos complementares para cumprir com os ODM, em conformidade com um conjunto de medidas de alívio da dívida. A Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD) destacou uma iniciativa de “capacidade produtiva” que escolhe a saúde como um elemento crucial da estratégia de redução da pobreza nos países menos desenvolvidos, como o Haiti.

As autoridades normativas e decisórias encarregadas de executar a Agenda de Saúde para as Américas em décadas vindouras devem aproveitar a vantagem estratégica que muitos desses sucessos favoráveis oferecem.

**Sistemas de assistência de saúde.** As mudanças na *população* das Américas terão importantes repercussões para o planejamento e a capacitação de recursos humanos para a saúde. Por um lado, a população idosa da América do Norte aumentará e, em torno do ano de 2015, será maior que a população infantil;

todavia, a população trabalhadora continuará crescendo. Por outro lado, na América Latina e no Caribe a população infantil tem se reduzido e espera-se que diminua para menos que o nível da população anciã em torno do ano de 2040, data aproximada quando a população em idade laboral deixará de crescer. Essa transformação no perfil da população exigirá um equilíbrio dos recursos humanos para a saúde com o objetivo de abordar a carga mutante da assistência de saúde em que as necessidades de cuidado infantil diminuirão e as de cuidado geriátrico aumentarão; a saúde dos adultos trabalhadores também exigirá maior atenção para assegurar que sua produtividade não se veja comprometida.

A Região está sumamente *urbanizada*, em particular a América Latina e o Caribe, onde em 2005 cerca de 77% da população vivia nas cidades; a proporção urbana tem probabilidades de passar de 80% em 2015 e de 85% em 2030. Ao organizar a prestação de serviços de assistência primária de saúde, os encarregados de executar a Agenda de Saúde necessitarão conhecer o desafio da urbanização crescente e de uma redução correspondente em crescimento da população rural.

**O setor de assistência de saúde.** Apesar da grande promessa do movimento de APS, duas restrições importantes têm inibido sua eficácia para melhorar a saúde da população, a saber:

1. Tem se prestado maior atenção ao *financiamento* dos serviços de saúde para conseguir um maior acesso da *destinação de recursos* para melhorar os resultados de saúde. Todos os países da Região conseguiram a meta de destinação de um mínimo de 5% do PIB à saúde, porém uma proporção suficiente desse aumento não tem sido destinada a acelerar o acesso à assistência primária de saúde e aos serviços orientados para melhores os resultados de saúde.
2. Não há havido empenho suficiente na reorientação e capacitação dos *recursos humanos para a saúde*, a conexão das práticas clínicas e de saúde pública no treinamento dos profissionais de saúde para funcionar com eficácia sob o novo paradigma da saúde dentro de um conceito positivo, definido na Constituição da OMS como não somente a ausência de afecções ou enfermidades e aperfeiçoado ainda mais pela meta de saúde para todos, que consiste em assegurar que todos os cidadãos do mundo possam levar uma vida social e economicamente produtiva. O novo paradigma implica não somente a consecução de aumento na expectativa de vida sem deficiências, mas também a criação de meios físicos, culturais e políticos que permitam que as pessoas *já* afetadas por alguma deficiência (que nasceram com ela) que restrinja sua capacidade funcional participem na sociedade e contribuam com ela, para que assim valha a pena viver. O novo paradigma oferece um contraste com a forma antiga, fragmentada e local de encarar os pro-

blemas de saúde da população com um enfoque audaz que aborda a inter-conectividade dos fatores inatos — genes, idade e sexo — e outras influências do ambiente social, econômico e físico, assim como dos padrões de comportamento e os modos de vida individuais e coletivos. Portanto, os princípios dirigentes em que se baseia a integridade da saúde da população encabeçarão as novas formas de abordar os problemas de saúde atuais, emergentes e futuros da população e transformarão a maneira de pensar e de trabalhar da comunidade de assistência de saúde.

**Prestação de serviços de assistência de saúde.** A Região enfrenta notáveis desafios devido às mudanças epidemiológicas e demográficas; igualmente, são necessárias reformas radicais no sistema vigente de prestação de serviços de saúde. Tampouco o sistema pode se isolar dos sucessos mundiais, quer nos campos da economia e do comércio, quer naqueles relacionados com as emergências em questão de saúde. Todavia, a capacidade de fazer frente a esses desafios depende do que ocorra nos níveis local e nacional. A diferença que a prestação de assistência de saúde representará nos anos vindouros deve emanar principalmente de um maior empenho na possibilidade de viver uma vida longa e *sã*, não apenas na sobrevivência.

Os oito elementos do conjunto de medidas de assistência primária assinalados na Declaração de Alma-Ata devem ser reconsiderados e examinados para refletir a atual situação de saúde. É preciso desconstruir as intervenções médicas sob cada um desses elementos, e em particular da saúde pública, baseadas em provas científicas para logo reconstruí-las em torno de um marco integrado de prestação de serviços de assistência primária de saúde com o objetivo de melhorar a saúde da população, de maneira individual e coletiva. Esse conjunto revisado de medidas de assistência primária de saúde deve receber a máxima prioridade e apoio apropriado no sistema de saúde que, em si, pode necessitar de fortalecimento para assegurar uma melhora da saúde, acesso justo, prestação eficaz de assistência de saúde apropriada, eficiência e sensibilidade para as necessidades individuais e comunitárias e, acima de tudo, devem ser enfocadas de tal forma que se permita conseguir um melhor estado de saúde. Os conceitos de complexidade, eficiência e profissionalismo devem abrir caminho à pertinência, eficácia e aceitabilidade. Há de se aproveitar o conhecimento e a experiência adquiridos nas três últimas décadas na Região e nos países na aplicação do conceito da APS ao desenvolvimento dos sistemas de saúde e das recentes melhorias nos campos científicos, tecnológicos, biológicos e de gestão pertinentes para a melhoria da saúde.

**Geração e uso compartilhado dos conhecimentos.** As décadas vindouras presenciarão de pelo menos três revoluções: uma revolução biológica e tecnológica, uma revolução de gestão e uma revolução na prestação de serviços de assistência de saúde. As condições para gerar informações relacionadas a estas revo-

luções e para compartilhar o conhecimento científico, em si, estão mudando, como conseqüências da maior intensidade da comunicação, da crescente intercomunicação das disciplinas e da interação mais estreita da ciência com a tecnologia. Surgem importantes repercussões econômicas e sociais e conseqüências éticas da interconexão mais estreita das descobertas científicas (como a mutação genética e a clonagem e suas respectivas aplicações), os conhecimentos tecnológicos e a exploração comercial, assim como entre as informações *di per se* e as tecnologias de comunicação que as divulgam. As pessoas têm “direito ao bem-estar” mediante o exercício de seu “direito” ao conhecimento e à investigação científica, a informação sobre experiências em sua aplicação, e aos resultados que emanar delas. O desafio está em facultar às pessoas e às comunidades, dando-lhes a capacidade de compreender as informações científicas e sua pertinência para abordar seus problemas de saúde, de maneira que possam participar de uma forma significativa na melhora de sua própria saúde.

Importantes contribuições têm sido feitas para o prolongamento da vida e a melhoria de sua qualidade na Região nos últimos dez anos. Contudo, é possível melhorar ainda mais a saúde da população, e ainda há muitos desafios. Uma melhor compreensão dos processos de doenças e dos determinantes da saúde individual e comunitária, assim como incríveis avanços nos campos médico, biológico, tecnológico, e outros afins, oferecem possibilidades para dar um salto gigantesco no tema de saúde da população. Todavia, ainda que com todos os seus êxitos e aspirações, as Américas não se verão livres dos estragos da doença e do sofrimento até que toda a sua população esteja protegida e até que se promova a saúde de toda a população. A Agenda de Saúde para as Américas, 2008—2017, aborda as preocupações da Região e, se executada com sensatez, oferecerá a promessa de melhor saúde para todos os povos do Continente nos anos vindouros. ¿Estamos dispostos?

**Dr. Muthu Subramanian**  
Ex-diretor, Organização Mundial da Saúde  
Princeton, Nova Jersey

### Comentários do Dr. Ricardo Uauy

A Agenda de Saúde para as Américas, 2008—2017, estabelece oito áreas de ação, cada uma das quais é muito importante desde o ponto de vista estratégico, por direito próprio, e pode ser um importante contribuidor para o resultado final desejado da Agenda, ou seja, para melhorar a saúde das populações das Américas. Portanto, seria inútil tratar de determinar qual dessas áreas é mais importante ou de sugerir que se tem deixado de lado outros campos, que podem ser igualmente importantes. Os parágrafos seguintes são apenas uma intenção para contribuir com o processo de estabelecimento da Agenda que os países da Região têm empreendido coletivamente.

A Organização Pan-Americana da Saúde — cujos membros compreendem todos os governos da Região — está obviamente em uma situação que lhe permite influir nos resultados de saúde das populações nos dez anos vindouros. Essa influência é particularmente pertinente para os países que se encontram em piores condições: em seu caso, as medidas da OPAS são essenciais para sua saúde futura; além disso, a OPAS tem a oportunidade de aproveitar os recursos humanos e materiais existentes a favor dos países que estão em piores condições dentro da Região. Mesmo os países que estão em melhores condições poderão se beneficiar de uma Organização previsiva que dirija a Região, proporcionando orientação técnica com uma perspectiva comum.

Todos os interessados diretos na saúde da população do Continente devem aproveitar a vontade política em prol da saúde expressa em repetidas ocasiões em inumeráveis cúpulas presidenciais (de chefes de Estado das Américas, dos países Ibero-americanos, hispano-americanos e Sul-americanos, do MERCOSUL, dos países Andinos e de outras reuniões similares). Como exemplo recente das oportunidades existentes, poder-se-ia fazer uso benéfico da convocação do Presidente do Brasil para um programa de “fome zero” não somente para o Brasil, mas sim para todos os países da Região, com o que se faz eco da vontade de terminar com a fome e a má nutrição, freqüentemente expressa pelos governos da Região. O que poderia ser mais energizante e galvanizante que uma convocação para erradicar a fome e a má nutrição em todas suas formas, comprometendo-se com isso a prevenir a morte de 40.000 crianças menores de 5 anos que hoje em dia sofrem de má nutrição grave e morrem de infecções preveníveis? A consecução desta meta não é um sonho impossível: a Região das Américas tem os recursos e os profissionais idôneos para alcançá-la. Surgem outras metas alcançáveis no campo das doenças imuno-previsíveis: assim como os governos membros da OPAS tiveram seus melhores momentos em um passado não muito distante na erradicação da varíola e da poliomielite, como também agora se vislumbra para eles a possibilidade de reduzir — se não eliminar por completo — o sarampo, o tétano e a difteria.

A Agenda de Saúde proporciona um marco conceitual que integra estas oito áreas de ação desde uma perspectiva regional em termos gerais. Juntos, os países, por meio dos Corpos Diretivos da OPAS, devem apresentar claramente a forma em que esta perspectiva pode orientar melhor as ações e políticas de cada governo. Cabe assinalar que as opções de política e a vontade no contexto político, em última instância, determinam o que se faz de fato. Tendo dito isso, o mandato definitivo da Organização é servir à população das Américas e não aos governos particulares. O fato indisputável é que, nas décadas que a Agenda cobre, a maioria dos países experimentará mudanças de governo e ainda dos marcos regulatórios tanto políticos como normativos que orientarão suas ações. Para assegurar a eficácia da cooperação técnica da OPAS a longo prazo, a Organização deve ter um marco de política que vá mais além de um contexto político específico. A OAPS deverá con-

tinuar fomentando a participação de grupos técnicos e comunitários que sejam parte da liderança nacional de cada país, com o objetivo de poder apoiar os governos membros no projeto, na execução e na avaliação das medidas propostas pela Agenda. Convém que as autoridades normativas considerem a dotação a cada “área de ação”, de uma meta ou de um conjunto de metas claramente enunciadas e dos indicadores correspondentes, para que dentro de 10 anos seja possível avaliar o efeito da Agenda.

Cada uma das oito áreas pode ser um alicerce para a cooperação técnica da Organização na década vindoura. Ainda que cada área tenha seu próprio mérito relativo, será importante considerar onde as maiores fortalezas da comunidade da OPAS estão e que valor potencial podem agregar a cada uma destas áreas. Em várias delas é provável que a coletividade formada pelos membros da OPAS possa contribuir melhor ao formar associações estratégicas com outras organizações regionais ou internacionais que funcionam nas Américas. Para ir mais além das nobres metas, das boas intenções e, francamente, das ilusões da Agenda, as autoridades normativas nacionais e internacionais no campo da saúde deverão confrontar os desafios vindouros mediante a atribuição de importância e substância às ações esboçadas na Agenda.

A Agenda se mostrou boa no que concerne aos antecedentes técnicos e tratou de cobrir, da forma mais ampla possível, cada uma das oito áreas. Isso é obviamente uma fortaleza desde o ponto de vista de análise. Todavia, ao mesmo tempo, deve-se entender plenamente que, para gerar as mudanças necessárias na atual situação de saúde regional, as autoridades normativas devem se assegurar de tomar medidas eficazes.

O conceito de alimentação da Agenda de Saúde com os ODM é muito bom; não obstante, os ODM são obviamente insuficientes para melhorar, de uma maneira integral, a situação de saúde em muitos dos países da Região. A OPAS proporciona um excelente fórum para a discussão regional necessária para adaptar os ODM à realidade regional. Essa discussão entre os governos membros da OPAS poderia servir para definir a forma pela qual cada um contribuirá para melhorar a saúde e o bem-estar não somente em um país, mas em todos aqueles que carecem dos recursos humanos e materiais necessários para abordar seus problemas.

Que orientação alguém daria às autoridades normativas e decisórias sobre a execução da Agenda de Saúde na década vindoura (2008—2017)? Como se indicou nos parágrafos precedentes, as opções na questão da política deverão ser ambiciosas e realistas. A necessidade de medidas críticas deve surgir da população propriamente dita. A única solução sustentável para os problemas de saúde permanente na Região, que representa a causa coletiva mais séria de morbidade e mortalidade no Continente, é a que começa com as exigências de melhor saúde e bem-estar feitas pela comunidade por meio dos canais democráticos de participação política. Por sua vez, as comunidades, guiadas por seus respectivos governos, podem se aproximar da OPAS sempre e quando se necessite da cooperação da Organização. Por sua parte, a OPAS deve promover o direito à saúde e um acesso mais equitativo aos serviços; deve proporcionar o apoio técnico

necessário para a promoção da causa da saúde, e o projeto, a execução e a avaliação de programas; e deve trabalhar com os governos para melhorar a saúde de uma maneira eficaz e eficiente. O que é mais importante, a OPAS deve assumir responsabilidade ante a si mesma e ante aos outros por sua observância da visão e da missão declaradas que justificam sua própria existência.

Que perspectivas de mudança devem ser levadas em conta ao se olhar para o futuro da saúde? A Agenda de Saúde reflete razoavelmente bem as tendências regionais previstas, porém não enfatiza suficientemente a redução da fecundidade e o notável aumento da proporção de pessoas de idade que ocorre na maioria da Região. A necessidade de manter as pessoas sãs, e em bom estado físico por mais tempo que até agora, será uma condição indispensável nos anos vindouros. Os países industrializados se enriqueceram antes de envelhecer; por contraste, a maioria dos países das Américas está envelhecendo antes de acumular o patrimônio necessário para cuidar devidamente das pessoas com as limitações impostas pela idade.

Por último, ao considerar a necessidade de contribuir para a diminuição das disparidades na questão da saúde deve-se levar em conta que a ciência e a tecnologia, da forma que são promovidas atualmente, são forças que muito provavelmente aumentarão ao invés de diminuir a desigualdade entre os países. Essa maior desigualdade seguramente será produzida, a menos que se reexamine o marco regulador vigente para levar em conta a situação dos países com graves limitações de recursos, que desde agora lhes impedem de ter acesso aos novos instrumentos de diagnóstico e de terapia que o futuro trará.

**Dr. Ricardo Uauy, M.D., Ph.D.**  
**Professor de Nutrição de Saúde Pública**  
**Instituto de Nutrição e Tecnologia dos Alimentos,**  
**Universidade do Chile, Santiago, Chile**  
**Faculdade de Higiene e Medicina Tropical de Londres,**  
**Londres, Reino Unido**  
**Presidente, União Internacional de Ciências da Nutrição**

### Comentários da Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo

O Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) felicita aos países das Américas por terem elaborado a Agenda de Saúde regional e assinalado explicitamente a equidade entre os sexos como um de seus princípios guia. Um tema geral de nossa orientação para consideração por parte das autoridades normativas e decisórias ao executar a Agenda seria que a equidade entre os sexos é um aspecto central de todas suas áreas de ação, em conformidade com o espírito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio:

Na formulação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio se reconhece que a potencialização da capacidade de ação da mulher e a igualdade entre homens e mulheres são requisitos prévios do desenvolvimento; **a consecução de todos os obje-**

**TEMA RECORRENTE****Garantir a saúde na informação, nos conhecimentos, na ciência e na tecnologia.**

A necessidade de dados e informações confrontará a autoridade normativa a cada passo e, de fato, o argumento a favor da saúde da forma esboçada anteriormente só pode ser exposto a partir de dados fidedignos regularmente ajustados: o valor dos dados aumenta quando são coletados de forma regular com certa periodicidade estabelecida.

—George Alleyne

Para entender plenamente os problemas de saúde que mais necessitam ser abordados e os métodos mais eficazes para fazê-lo, é preciso estabelecer uma cultura institucional dentro do setor de saúde pública que valorize a informação de alta qualidade, exija essa classe de informação e desenvolva a capacidade para gerá-la, ou seja, a busca da epidemiologia e da investigação aplicadas.

—Stephen Blount e Jay McAuliffe

. . . a saúde deve andar lado a lado com o desenvolvimento da ciência e da educação universal e gratuita, pois a saúde e a educação caminham juntas. . . . No sistema de saúde pública devem existir serviços de excelência que permitam fazer os estudos necessários de altos níveis e custos aos pacientes. Habitualmente, a qualidade dos serviços de saúde pública é muito baixa e somente nos serviços privados determinados estudos podem ser feitos.

—Gustavo Kourí

As pessoas têm “direito ao bem-estar” mediante o exercício de seu “direito” ao conhecimento e à investigação científicas, às informações sobre as experiências em sua aplicação e aos resultados que emanam deles. O desafio está em facultar às pessoas e às comunidades, dando-lhes a capacidade de compreender a informação científica e sua pertinência para abordar seus problemas de saúde, de maneira que possam participar de uma forma significativa na melhora de sua própria saúde.

—Muthu Subramanian

A desagregação de dados pode ajudar aos Ministérios de Saúde a advogar mais energicamente pela disponibilidade de recursos para fortalecer os serviços de saúde nas regiões onde os resultados de saúde sejam mais débeis.

—Nils Arne Kastberg

O planejamento para a avaliação e o uso ampliado de tecnologias novas e eficazes no setor de saúde pública é crítico; entre os exemplos cabe citar novas vacinas, estudos de diagnóstico rápido, sistemas de informação geográfica e instrumentos de tecnologia de informação. As autoridades decisórias do setor de saúde pública devem se manter a par do desenvolvimento de novas tecnologias e serem inovadoras na busca de oportunidades para aplicá-las visando abordar com mais eficácia os problemas de saúde prioritários. . . . O êxito dos programas de imunização nas Américas — a erradicação da varíola e da poliomielite, a eliminação do sarampo, as atividades em curso para a eliminação da rubéola — estabelece a base para a introdução de novas vacinas e a evolução dos programas de imunização da criança para a família.

—Stephen Blount e Jay McAuliffe

Surgem outras metas alcançáveis no campo das doenças imunopreveníveis: assim como os governos membros da OPAS tiveram seus melhores momentos em um passado não muito distante na erradicação da varíola e da poliomielite, assim também agora se vislumbra para eles a possibilidade de reduzir — se não de eliminar por completo — o sarampo, o tétano e a difteria.

—Ricardo Uauy

**tivos relacionados com a saúde depende da adoção de medidas a este respeito** [*negrito adicionado*]. A saúde das mulheres é prejudicada pela prevalência da pobreza, da falta de emprego, da violência e das violações entre elas, assim como pelo controle limitado de sua vida sexual e reprodutiva, de sua falta de influência na tomada de decisões. É fundamental ampliar o acesso à assistência de saúde sexual e reprodutiva. Quem trabalha com os governos e as autoridades de saúde pública devem promover ativamente a consideração das questões relativas à paridade entre os sexos na formulação e aplicação das políticas e dos programas sanitários. Nas atividades de

acompanhamento e avaliação devem ser utilizados sistematicamente dados desmembrados por sexo.

Nesse contexto e em relação com a análise das tendências de saúde nas Américas que se faz na Agenda, a exclusão da mulher é um assunto importante. Cabe assinalar, como exemplo de sua exclusão social, que uma elevada proporção de mulheres ainda não recebe assistência por pessoas treinadas no momento do parto nem tem acesso à tecnologia contraceptiva — fatores que têm relação direta com as elevadas taxas de mortalidade materna e fecundidade das adolescentes.

Uma das principais áreas de ação estabelecidas na Agenda de Saúde é o fortalecimento da autoridade sanitária nacional. Ao usar o termo “participação”, a UNIFEM considera importante sublinhar que se deve estender a tomada de decisões, já que o conceito de participação social freqüentemente tem sido promovido como um conceito decisivo pragmático com o fim de aprovar maquinalmente ou de executar as decisões tomadas por outros. A participação deve ser compreendida como um exercício dos direitos civis que influem nos processos que afetam ao bem comum. Nesse sentido, deve-se destacar particularmente as mulheres, posto que são e sempre tem sido participantes ativas com mais freqüência na execução de programas comunitários, em particular no setor de saúde, ainda que continue sendo excluídas das fases de formulação, projeto e destinação de recursos desses programas.

O UNIFEM considera que dotarem-se as mulheres de poder é uma estratégia chave para abordar os determinantes da saúde, uma das oito áreas de ação da Agenda. Segundo se esclareceu na Declaração do Milênio, o terceiro ODM, “promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher”, representa não somente um fim em si mesmo, mas também uma condição indispensável para lograr os outros sete ODM. Nesse contexto, elogiamos a referência específica ao gênero feita na Agenda, na seção chamada “Abordar os determinantes da saúde”, como determinante estrutural da desigualdade em saúde e sugerimos que as autoridades normativas e decisórias tomem consciência do importante trabalho realizado nos diferentes setores, instituições e organismos das Nações Unidas, como a colaboração interinstitucional particularmente bem-sucedida entre a OPAS e o UNIFEM em âmbito regional, sub-regional e nacional.

A execução da área de ação intitulada “Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia” exigirá que a informação para entender e vigiar a dinâmica da saúde seja habitualmente desmembrada por sexo, idade, condição socioeconômica e outras variáveis socioeconômicas, com o propósito de identificar as necessidades específicas de cada grupo, avaliar as desigualdades, planejar as respostas e vigiar as mudanças. Com esse objetivo e posto que a disponibilidade de informações sensíveis ao gênero é indispensável para observar o progresso na questão da igualdade entre os sexos, a UNIFEM e a OPAS colaboram na produção e divulgação de indicadores básicos de gênero relacionados com a saúde e seus determinantes.

Outra área de ação se concentra no fortalecimento da solidariedade e da segurança sanitária. Para os fins da execução da Agenda, em qualquer esforço por abordar a violência é preciso levar em conta a classe de violência mais freqüente, ou seja, aquela baseada no gênero. É indispensável que as autoridades normativas e decisórias entendam que a violência baseada no gênero não é somente um problema de saúde pública, mas sim uma questão de direitos humanos que afeta uma em cada três mulheres na Região.

No que diz respeito aos esforços para diminuir as desigualdades em saúde entre os países e no interior dos mesmos, a UNIFEM concorda decididamente com a distinção de saúde sexual e reprodutiva feita na Agenda como assunto prioritário nas Américas. Todavia, instamos encarecidamente as autoridades normativas a que não limitem o alcance deste assunto à esfera materna. A saúde sexual também deve ser enfatizada, em particular dentro do contexto do poder que uma pessoa tem para tomar decisões livres, fundamentadas, responsáveis e seguras, o que, por sua vez, contribuirá para reduzir o número de gestações indesejadas, diminuir as taxas de mortalidade materna e infantil, reduzir a violência baseada em gênero e as complicações de saúde afins, e deter a propagação da infecção pelo HIV/Aids.

Em realidade, o aumento da proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade exigirão um diálogo eficaz entre os interessados diretos pertinentes. Por causa de sua função no estabelecimento das prioridades de saúde, esses interessados diretos devem incluir, em termos gerais, a sociedade civil, particularmente os grupos femininos. Ao aplicar o conceito de financiamento coletivo, além da consideração dos subsídios entre gerações e grupos de renda, também são importantes os subsídios comuns a ambos os sexos. A falta desses subsídios, as mulheres transportam uma carga mais pesada do gasto em assistência de saúde que os homens por causa da maior necessidade que elas têm de obter serviços de assistência de saúde durante toda sua vida, uma maior necessidade que se deriva principalmente, porém não exclusivamente, de sua função reprodutiva. Além disso, por causa da centralidade cultural de sua função como provedoras de cuidado e donas de casa e de seu predomínio no setor informal da economia, as mulheres se vêem privadas, com mais freqüência, da proteção social que vem com o emprego de dedicação exclusiva.

No contexto dos trabalhadores de saúde, outra área de ação estabelecida na Agenda, é conveniente que as autoridades normativas levem em conta o tema do cuidado não remunerado que se oferece na casa. As mulheres continuam arcando com a principal responsabilidade de prover cuidados na casa e esse cuidado, segundo as estatísticas internacionais, representa mais de 80% de toda a assistência de saúde. Posto que esse trabalho não remunerado tende a deixar de ser reconhecido ou valorizado, as mulheres estão em desvantagem no que diz respeito ao tempo disponível e à proteção social relacionada com o trabalho remunerado. O sistema de assistência de saúde não pode continuar dependendo tanto como no passado deste trabalho não remunerado: por uma parte, a demanda de serviços aumentará devido ao envelhecimento da população e à intensificação das doenças crônicas; por outro lado, o tempo disponível para a dispensa de cuidado não remunerado diminui e continuará diminuindo à medida que as mulheres entrem em número cada vez maior para a força de trabalho. Nas políticas de recursos humanos essas tendências deverão ser lavadas em conta, particularmente ao tomar decisões sobre a redução ou a expansão dos serviços públicos. Esses temas

se revestem de particular interesse para a UNIFEM por causa de seu efeito na igualdade entre os sexos e na autonomia da mulher. Estivemos colaborando com a OPAS e a CEPAL para conscientizar ao público e aos governos nesse sentido e, juntos, estamos encabeçando a incorporação da atenção de serviços de saúde não remunerada no sistema de contas nacionais, com particular referência às contas satélite.

Expressamos nossos agradecimentos à Organização Pan-Americana da Saúde pela oportunidade de oferecer uma orientação às autoridades normativas e decisórias dos níveis local, nacional e internacional, que terão o desafio de materializar a Agenda de Saúde para as Américas em décadas vindouras. Posto que somos todos partes interessadas na busca dos objetivos da Agenda, a UNIFEM lhe deseja todas as classes de êxitos, de coração.

**Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo**  
**Chefe, Seção da América Latina e do Caribe**  
**Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas**  
**para a Mulher**

### **O compromisso regional contínuo: Planejamento para o futuro da saúde nas Américas**

A inclusão, nesta edição da *Saúde nas Américas*, de perspectivas referentes ao futuro da saúde e ao compromisso coletivo dos países para enfrentar seus desafios por meio de uma agenda coletiva dá continuidade a uma tradição de longa data. Desde o começo, nesta publicação em série, tem-se enfatizado a importância das políticas e dos planos regionais de saúde para alcançar as metas de saúde em todo o Continente. Desde a primeira edição, publicada em 1954, cada Diretor do Escritório Sanitário Pan-americano tem empregado a publicação para vincular os países, sua Organização regional e a Secretária que serve a essa Organização o desafio de abordar o futuro da saúde nas Américas por meio de compromissos coletivos expressos nos planos regionais:

A edição de 1954 começa com as palavras de **Fred Lowe Soper** (Diretor de 1946 a 1958):

Para o planejamento dos programas sanitários das Américas, é essencial o conhecimento e a medição dos problemas. Se devemos alcançar os progressos nas atividades sanitárias é preciso dispor de informações fundamentais em relação às populações servidas, às condições sanitárias dos países e às necessidades e recursos médicos de que se dispõe. Este princípio foi reconhecido nas disposições do Código Sanitário Pan-americano e da Constituição da Organização Sanitária Pan-americana [*sic*] que estipulam o intercâmbio de informações relativas à prevenção das doenças e à preservação da saúde no Hemisfério Ocidental. O progresso futuro depende, em grande parte, da apreciação dos problemas, mediante a integração de dados exatos que permitam o planejamento coordenado na questão sanitária.

Ao lançar a edição de 1966, **Abraham Horwitz** (Diretor de 1958 a 1975) assinala que:

Os Governos concordaram em cumprir, na década iniciada em 1962, uma série de objetivos para prevenir doenças, tratar e reabilitar oportunamente os doentes e promover o bem estar. Reconheceram o planejamento como o instrumento que permite estabelecer prioridades dos problemas e investir de acordo com elas de forma a beneficiar o maior número de pessoas.

**Héctor R. Acuña** (Diretor de 1975 a 1983) situa a edição de 1978 no ponto intermédio do Plano Decenal de Saúde para as Américas:

Pareceu particularmente apropriado concentrar a análise, na medida do possível, nos progressos alcançados na consecução das metas estabelecidas no Plano. Igualmente, chama-se a atenção sobre os campos que, para alcançar essas metas, exigirão um maior esforço por parte dos países.

**Carlyle Guerra de Macedo** (Diretor de 1983 a 1995) apresenta a edição de 1986 como uma obra que documenta:

as melhorias alcançadas pelos Países Membros da Organização Pan-Americana da Saúde no empenho por alcançar a meta comum de saúde para todos no ano 2000... e [apresentar] uma avaliação geral da situação relativa ao logro da meta de saúde para todos no final do presente século.

Em sua introdução da edição de 2002, **George A.O. Alleyne** (Diretor de 1995 a 2003) cria o marco para as páginas que seguiram:

Em termos gerais, a situação de saúde da Região pode ser considerada como um reflexo da repercussão das drásticas mudanças demográficas e dos novos perfis epidemiológicos. Reflete também a eficácia das políticas sanitárias...

Por sua parte, a atual Diretora da Organização Pan-Americana da Saúde, **Mirta Roses Periago** (2003—) espera que esta edição de 2007:

sirva como uma recordação de que cada número e cada estatística representam a vida de uma menina, um menino, uma mulher ou um homem em algum canto da Região [e expressa a esperança de que] a próxima edição de 2012 possa refletir os progressos e avanços significativos dos países com seu esforço constante, coletivo e solidário para conseguir uma melhor saúde e uma vida mais longa, plena e frutífera para todos os habitantes de nossa Região, porém, de maneira especial, daqueles grupos humanos mais atrasados e excluídos.

