



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2003

Tema 3.1 da Agenda Provisória

CE132/5 (Port.)
29 abril 2003
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO DA 37ª SESSÃO DO SUBCOMITÊ DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

1. O Subcomitê de Planejamento e Programação realizou a sua 37ª Sessão na sede da Organização, em Washington, D.C., em 26 e 28 de março de 2003.
2. A sessão contou com a presença de representantes dos seguintes Membros do Subcomitê, eleitos pelo Comitê Executivo ou designados pelo Diretor: Canadá Cuba, Dominica, El Salvador, Estados Unidos da América, Honduras Peru e Uruguai. Estiveram também presentes observadores de Argentina, Bolívia, França, Guatemala, México e Panamá.
3. Foram eleitos para fazer parte da mesa os representantes de Dominica (Presidente), Honduras (Vice-presidente) e dos Estados Unidos da América (Relator).
4. Durante a sessão, consideraram-se os seguintes temas da agenda provisória :
 - Orientações de Política para a Organização Pan-Americana da Saúde e Reorganização da Repartição Sanitária Pan-Americana para implementação do Plano Estratégico;
 - Proposta de Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde para o Exercício Financeiro 2004-2005;
 - Globalização e Saúde;
 - Família e Saúde;
 - Monitoramento da Redução da Morbidade e Mortalidade Materna;

- Obesidade, Nutrição e Atividade Física;
 - Pandemia de Gripe: Preparação no Hemisfério Ocidental; e
 - Etnicidade e Saúde.
5. Em anexo, encontra-se o relatório final da sessão.

Anexo



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



37ª SESSÃO DO SUBCOMITÊ DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., 26-28 março 2003

CE132/5 (Port.)
Anexo

SPP37/FR (Port.)
27 março 2003
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Mesa Diretora	3
Abertura da Sessão	3
Aprovação da Agenda e do Programa de Reuniões	4
Apresentação e Discussão dos Temas	4
Orientações de Política para a Organização Pan-Americana da Saúde e Reorganização da Repartição Sanitária Pan-Americana para Execução do Plano Estratégico 2003-2007	4
Projeto de Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício financeiro 2004-2005	8
Globalização e Saúde.....	13
Família e Saúde.....	25
Monitoração da Redução da Morbidade e Mortalidade Materna	29
Obesidade, Alimentação e Atividade Física	32
Pandemia de Gripe: Preparativos no Continente Americano	36
Grupo Étnico e Saúde	43
Encerramento da Sessão	48
 Anexo A: Agenda	
Anexo B: Lista de Documentos	
Anexo C: Lista de Participantes	

RELATÓRIO FINAL

1. A 37ª Sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação (SPP) do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) realizou-se na Sede da Organização, em Washington, D.C., em 26 e 27 de março de 2003.

2. A Sessão contou com a presença de representantes dos seguintes Membros do Subcomitê eleitos pelo Comitê Executivo ou indicados pelo Diretor: Canadá, Cuba, Dominica, El Salvador, Honduras, Peru, Estados Unidos da América e Uruguai. Estiveram também presentes observadores da Argentina, Bolívia, França, Guatemala, México e Panamá.

Mesa Diretora

3. Os seguintes Estados Membros foram eleitos para fazer parte da Mesa Diretora do Subcomitê na 37ª Sessão:

<i>Presidente:</i>	Dominica	(Herbert Sabaroche)
<i>Vice-Presidente:</i>	Honduras	(Dra. Fanny Mejía)
<i>Relatora:</i>	Estados Unidos da América	(Mary Lou Valdez)

4. A Dra. Mirta Roses Periago (Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana) atuou como Secretária *ex officio*, e a Dra. Karen Sealey (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento por Programas e Apoio a Projetos) atuou como Secretária Técnica.

Abertura da Sessão

5. A Diretora abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes a Washington, assinalando que a primavera também havia chegado para formar um cenário agradável para suas deliberações e que o dia glorioso parecia ainda mais glorioso com a notícia de que o hemisfério havia completado 18 semanas sem sarampo. Isso era algo para todos celebrarem, já que foi um progresso importante em direção à meta determinada por insistência dos países do Caribe. Observando que a presente reunião era a segunda reunião do Subcomitê que ela tinha o privilégio de abrir como Diretora—após a reunião sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento do dia anterior—ela acredita que os representantes iriam ajudá-la mostrando paciência e boa vontade. Ela esperava discussões interessantes e incentivou os participantes a serem francos e contribuírem com seu conhecimento e experiência para o bem de todos.

6. O Presidente também deu as boas-vindas e agradeceu aos membros seu voto e confiança pela eleição de Dominica para atuar como Presidente do Subcomitê. Ele também parabenizou a Dra. Roses por se tornar a primeira mulher a ser Diretora nos 100 anos de existência da OPAS.

Aprovação da Agenda e do Programa de Reuniões (Documentos SPP37/1, Rev. 2, e SPP37/WP/1, Rev. 1)

7. De acordo com o Artigo 2 do Regulamento Interno, o Subcomitê aprovou a agenda provisória e o programa de reuniões.

Apresentação e Discussão dos Temas

Orientações de Política para a Organização Pan-Americana da Saúde e Reorganização da Repartição Sanitária Pan-Americana para Execução do Plano Estratégico 2003–2007 (Documento SPP37/3 e Add. I)

8. A Diretora descreveu algumas das mudanças que foram introduzidas na estrutura e nas funções organizacionais da Secretaria desde que ela assumiu o cargo em fevereiro de 2003. Essas mudanças foram feitas em resposta à Resolução CSP26.R18, mediante a qual a 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana solicitou à Diretora que apresentasse uma análise das características organizacionais existentes e as exigidas para a implementação do Plano Estratégico 2003–2007 e enviasse ao próximo Conselho Diretor uma proposta refletindo seus pontos de vista em relação ao Plano e à sua implementação.

9. Para começar, descreveu alguns dos desafios da saúde e do desenvolvimento e os objetivos da saúde pública que moldaram sua visão para a OPAS no século 21, os quais, junto com o Plano Estratégico, formam a base para as mudanças na estrutura organizacional. Sua visão era de uma região unida e comprometida num trabalho harmonioso e coordenado para alcançar o nível mais alto possível de saúde para seus habitantes, de governos exercendo liderança e responsabilidade para alistar a sociedade como um todo no esforço para melhorar a saúde do povo, e de indivíduos, famílias, comunidades e instituições habilitadas a buscar a justiça social promovendo a saúde e protegendo a vida. A OPAS aspira a ser um fórum no qual os países das Américas poderiam discutir seus problemas de saúde; formador de consenso e criador de parcerias; defensor da igualdade social, proteção social e acesso a serviços de saúde eficazes; defensor de uma visão integrada da saúde pública, enfatizando as relações entre a assistência primária, a promoção da saúde e a cidadania e os direitos humanos; e um gerador, divulgador e repositório de informação sanitária confiável.

10. Visando a equipar a Secretaria para realizar essa visão e executar o Plano Estratégico aprovado pelos Estados Membros no ano anterior, identificaram-se alguns atributos organizacionais necessários e foi estabelecido um conjunto de objetivos estratégicos para a mudança organizacional. Esses objetivos eram: fazer do trabalho nos países e com eles o foco da OPAS; assegurar que a organização esteja a par dos debates sobre políticas de saúde e relacionadas à saúde em todos os níveis; construir capacidade nos níveis local, sub-regional e nacional; agir coordenadamente com mais parceiros de desenvolvimento da saúde; concatenar e partilhar conhecimento dentro da organização e entre a organização e seu ambiente, especialmente os países; formar ligações mais íntimas no planejamento e programação da saúde entre vários níveis, tanto dentro da Secretaria quanto nos países; maximizar os recursos extra-orçamentários, assegurando atenção às prioridades estabelecidas pelos órgãos diretores; alcançar maior integração programática e capacidade para planejamento estratégico do trabalho da Secretaria a fim de melhorar o uso de recursos físicos, humanos e da tecnologia do conhecimento e da informação; e aumentar a eficiência, transparência e produtividade.

11. As mudanças na estrutura organizacional descritas no Documento SPP37/3, Add. 1, visavam, de acordo com aqueles objetivos estratégicos, a fortalecer a ênfase no apoio aos países, assegurar integração vertical e horizontal do planejamento dentro da Secretaria e com os países e consolidar a administração da informação e do conhecimento. Como parte da transição para a nova estrutura, a Secretaria realinhou projetos e orçamentos no Programa Orçamentário Bienal 2002–2003, sem—o que ela anunciava com satisfação—qualquer ruptura da cooperação técnica atualmente em andamento. Ao mesmo tempo, desenvolveu uma nova proposta de programa orçamentário para 2004–2005, que o Subcomitê estaria examinando em outro tema da agenda. Além disso, com base nos processos de reforma em andamento na OMS e no resto do sistema das Nações Unidas, assim como nos processos de reforma do Estado nos países, a Secretaria procurou introduzir novos métodos de trabalho que permitiriam maior flexibilidade, trabalho de equipe e maior participação dos funcionários na formulação de políticas e programas, e uso inovador de especialistas nos países e entre parceiros. O processo de transição até aqui foi marcado por consultas e colaboração extensa com os funcionários e os Estados Membros e outras partes interessadas e parceiros, com ênfase na comunicação e intercâmbio, bem como na avaliação contínua do impacto das mudanças a fim de fazer qualquer ajuste necessário.

12. À medida que a transição para a nova estrutura prosseguia, a Secretaria continuaria a buscar contribuições das partes interessadas e fazer ajustes conforme necessário. A Secretaria também aproveitaria os fundos disponíveis das Nações Unidas e outras fontes para iniciativas de reforma organizacional. A OPAS nunca buscou tal assistência para sua própria reestruturação interna, mas o faria agora a fim de assegurar a disponibilidade de recursos suficientes para aproveitar plenamente o processo de mudança organizacional. Ao concluir, a Dra. Roses assinalou que um dos pontos fortes

da OPAS sempre foi a capacidade de mudar. Essa capacidade habilitou a organização a prever e responder às necessidades de saúde da região nos últimos 100 anos e essa capacidade possibilitaria que a organização enfrentasse os desafios do século 21.

13. O Subcomitê concordou que era essencial que a OPAS respondesse a mudanças e considerava que a estrutura organizacional mais moderna iria permitir a flexibilidade necessária para fazer isso eficazmente. O Subcomitê também elogiou a transparência e inclusão do processo de reestruturação e elogiou a Diretora por sua receptividade aos comentários e sugestões dos Estados Membros. Os representantes elogiaram a apresentação oral da Diretora, que ajudou a elucidar a justificativa para as mudanças organizacionais resumidas no documento. Sugeriu-se que, no interesse da maior transparência, a próxima versão do documento contivesse mais explicações sobre onde e quando essas mudanças foram feitas.

14. Buscou-se o esclarecimento em relação a algumas modificações, notadamente a mudança um tanto significativa no papel do Vice-Diretor e a separação das unidades de orçamento e financeira, que tradicionalmente estavam juntas. Expressou-se preocupação acerca da possível sobreposição nas funções do Vice-Diretor e do Diretor de Administração de Programas em relação aos Órgãos Diretores. Enfatizou-se a necessidade de linhas claras de autoridade e delineação dos papéis e responsabilidades respectivos dos dois serviços. Além disso, foi sugerido que alguns dos cargos seniores de administração podem estar sobrecarregados com funções. Também solicitou-se informação sobre o impacto orçamentário das mudanças organizacionais.

15. Embora a incerteza que inevitavelmente acompanha qualquer mudança pudesse prejudicar a capacidade da Organização de responder a problemas urgentes que surgiram na região, a Secretaria foi incentivada a completar o processo de reestruturação organizacional da forma mais rápida possível. Instou-se a Secretaria também a desenvolver indicadores para monitorar o impacto das mudanças organizacionais e, especialmente, da maior ênfase na colaboração horizontal através dos programas.

16. O Subcomitê recomendou que o documento fosse encaminhado para consideração do Comitê Executivo em junho, quando a Diretora deveria atualizar os Estados Membros sobre o progresso do processo de reorganização e como isso aumentou a eficiência, sensibilidade e produtividade da Secretaria. Ela também foi solicitada a fornecer informação sobre como as recomendações dos grupos de trabalho estavam sendo implementadas.

17. A Dra. Roses assinalou que a Constituição da OPAS identifica somente três cargos dentro da repartição—os de Diretor, Vice-Diretor e Diretor Assistente—mas não especifica suas funções. Além do mais, isso dá à Diretora uma ampla latitude para decidir como melhor organizar os recursos institucionais, humanos e financeiros da Secretaria a fim de executar os mandatos confiados a ela pelos Órgãos Diretores. Ela considera que os “fundadores” mostraram grande sabedoria no estabelecimento desse quadro legal para a organização, já que proporcionou maior flexibilidade e permitiu que a Secretaria se adaptasse a mudanças e continuasse sensível às necessidades e expectativas dos Estados Membros.

18. Todas as mudanças estruturais e funcionais introduzidas tinham um propósito fundamental: possibilitar que a Secretaria servisse melhor aos países. Por essa razão, ela estava buscando a participação dos Estados Membros. Através dos anos, os Diretores anteriores alteraram a organização da Secretaria e as funções dos funcionários—às vezes radicalmente—mas essas mudanças nunca foram discutidas pelos Órgãos Diretores. Ela acreditava ser importante envolver os países no processo de reestruturação a fim de assegurar que a organização estava realmente respondendo às necessidades dos seus Membros.

19. Voltando-se para algumas das preocupações específicas levantadas por representantes, ela enfatizou que as mudanças na Secretaria foram inspiradas principalmente pelas mudanças que aconteceram nos países e pelas reformas importantes introduzidas nos sistemas das Nações Unidas e interamericanos nos anos recentes. Por exemplo, a criação do Escritório do Diretor de Administração de Programas foi uma tentativa de alinhar a estrutura da OPAS mais de perto com a do resto da OMS—já que entidades parecidas existiam na sede da OMS e em todos os outros escritórios regionais—e refletia o esforço dentro da OMS de aumentar o apoio aos países e tornar mais transparente a coordenação da administração dos programas. Em relação às funções e responsabilidades respectivas do Diretor de Administração de Programas e do Vice-Diretor em relação aos Órgãos Diretores, ela indicou que este último nunca havia sido inteiramente responsável pelos Órgãos Diretores. O Vice-Diretor iria continuar a exercer a supervisão geral de questões relacionadas aos Órgãos Diretores e também continuaria a atuar como Secretário Técnico para suas reuniões, mas outras funções de apoio diretas seriam transferidas da área da administração para a área de administração dos programas.

20. Quanto à preocupação de que alguns dos cargos de administração seniores pudessem estar sobrecarregados com funções, a Secretaria empreendeu uma análise cuidadosa das linhas de responsabilidade, funções e recursos humanos e financeiros alocados para cada área, e introduziu mudanças com a intenção de corrigir alguns desequilíbrios que existiam na estrutura organizacional anterior. Ela acreditava que a nova estrutura era certamente mais equilibrada em termos de distribuição das funções.

Em relação a separar as unidades de orçamento e financeira, o orçamento era visto como um instrumento para executar o programa da organização, e a Secretaria considerava que, como tal, deveria então ser colocado dentro da área de administração de programas, enquanto que a financeira deveria continuar sob a administração. Contudo, a Secretaria estaria desenvolvendo indicadores para avaliar os efeitos dessa mudança no desempenho da organização e, se fosse verificado que não estava rendendo os resultados desejados, faria os ajustes necessários. O mesmo se aplica a todas as outras mudanças que foram introduzidas na estrutura organizacional.

21. Finalmente, com respeito ao impacto orçamentário das mudanças, não houve custos associados com o processo de reestruturação, exceto em termos de trabalho extra para os funcionários. A Secretaria não manteve nenhuma firma consultora externa para ajudá-la com a reorganização, embora tenha buscado assessoria de alguns membros aposentados da equipe. Um fundo de renovação foi criado transferindo os fundos do orçamento de 2003 alocados para cargos vagos. Até esse ponto, cerca de \$150.000¹ foram gastos desse fundo, principalmente para cobrir os custos de viagem de funcionários transferidos e para pagar salários dos funcionários aposentados que foram contratados como consultores. Não se esperava que a reorganização tivesse qualquer impacto orçamentário. Pelo contrário, já que modernizou a estrutura da Repartição, iria liberar recursos adicionais para apoiar o trabalho nos países.

Projeto de Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício financeiro 2004–2005 (Documento SPP37/4)

22. O Dr. Daniel López Acuña (Diretor, Administração de Programas, OPAS) apresentou a proposta de orçamento por programas para 2004–2005, notando que o documento diante do Subcomitê era o resultado de um processo de consultoria e identificação de prioridades que começou vários meses antes. Esse processo envolveu não só os funcionários da Secretaria, mas também os representantes de países da OPAS/OMS e funcionários do governo de todos os Estados Membros. Ele começou examinando os mandatos de planejamento que formaram a base para a formulação do orçamento, notadamente o Plano Estratégico 2003–2007, e outros mandatos dos Órgãos Diretores da OPAS e da OMS, as políticas globais da OMS e regionais da OPAS, a Estratégia Institucional e as prioridades da OMS, e os objetivos relacionados à saúde que surgiram da Cúpula do Milênio das Nações Unidas.

23. Em harmonia com a nova estrutura organizacional, a proposta de orçamento continha várias novas verbas e uma lista revisada e classificada de programas, ou áreas de trabalho, dentro de cada uma das nove categorias de alocação: Direção Executiva, Governo e Parcerias, Apoio aos Programas dos Países, Ação Intersetorial e

¹ Salvo indicação em contrário, todas as cifras nesse relatório são expressas em dólares americanos.

Desenvolvimento Sustentável, Informação e Tecnologia da Saúde, Acesso Universal a Serviços de Saúde, Controle de Doenças e Administração do Risco, Saúde da Família e da Comunidade, e apoio administrativo. A lista revisada de programas, que reduziu o número de áreas de trabalho de 61 para 41, refletiu uma abordagem mais integrada, direcionada e concentrada à execução dos programas. Também convergia mais com a estrutura de programas da OMS. Na formulação do orçamento, a Secretaria seguiu uma estratégia que dirigiu recursos para programas e países prioritários, manteve o financiamento no nível atual para os cinco países prioritários identificados no Plano Estratégico e maximizou economias nas áreas de administração e apoio administrativo. Somente aumentos de custo essenciais foram considerados.

24. O orçamento da OPAS/OMS proposto para 2004–2005 era de US\$ 264.773.000. Essa cifra é \$3.291.000, ou 1,3%, maior do que a cifra para 2002–2003 de \$261.482.000. O aumento incluiu \$1.991.000 para o aumento do custo dos cargos determinado pela Assembléia Geral das Nações Unidas e \$1.300.000 para aumentos obrigatórios na contribuição da OPAS para o fundo de seguro de saúde dos aposentados da OMS. Prevê-se que a parte da OMS no orçamento para 2004–2005 seja de \$75.399.000, e a parte da OPAS seria de \$264.773.000. Contudo, essas cifras supõem que o aumento na parte da OMS seria aprovado pela Assembléia Mundial da Saúde em maio de 2003. Se não, a parte da OMS continuaria no nível de 2002–2003 de \$73.293.000, e a OPAS seria obrigada a cobrir a diferença de \$2.106.000. Em todo caso, era importante notar que, com a aplicação da resolução WHA51.31, a contribuição da OMS para o orçamento total caiu cerca de \$9 milhões desde o biênio 1998–1999. Essa redução sobrecarregou severamente a capacidade da OPAS de cumprir seus compromissos, necessitando de esforço crescente no nível regional.

25. A porção da OPAS seria financiada por \$175.874.000 em contribuições dos Estados Membros e \$13,5 milhões em receita diversa projetada. As cotas iriam subir em 3,3%, um dos menores aumentos na história da OPAS. A quantia de receita diversa esperada era substancialmente menor do que a projeção para 2002–2003, devido a taxas de juros em queda e um clima de investimento desfavorável. Seria necessário, portanto absorver algumas reduções em recursos de programas não referentes a cargos. De fato, desde 1986, o orçamento regular do programa diminuiu 21% em termos reais. Ao mesmo tempo, o número de cargos caiu de 1.222 para 835. Contudo, graças a enormes ganhos de eficiência e produtividade, foi possível manter um alto nível de desempenho do programa apesar da base de recursos humanos e financeiros diminuída.

26. O Subcomitê elogiou a apresentação informativa sobre o orçamento para 2004–2005. Contudo, vários representantes expressaram a esperança de que o documento do orçamento enviado ao Comitê Executivo contivesse informação mais detalhada sobre o programa, incluindo indicadores de resultados para cada área do programa e uma discriminação dos recursos no nível regional e de cada país, assim como dados

comparativos que possibilitassem aos Estados Membros apreciar como as mudanças na estrutura organizacional afetaram as alocações orçamentárias para as várias áreas de trabalho. Os representantes também apontaram a necessidade de mais informação sobre como o orçamento iria contribuir para a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milênio, objetivos da saúde pública para as Américas identificados pela Diretora em sua apresentação sobre a nova estrutura organizacional e outros mandatos de planejamento da OPAS e da OMS.

27. As delegações do Canadá e dos Estados Unidos declararam que seus governos continuam a favorecer o crescimento nominal zero nos orçamentos de todas as agências do sistema das Nações Unidas, embora o Representante do Canadá tenha indicado que sua delegação estava ciente da situação financeira da OPAS e levaria isso em conta quando discutisse a proposta de orçamento com as autoridades nacionais. Vários representantes expressaram preocupação com o aumento proposto das cotas, especialmente devido à dificuldade que muitos Estados Membros estavam tendo para cumprir até suas obrigações atuais. Recomendou-se que todos os Estados Membros pagassem suas cotas de 2003, bem como qualquer dívida que pudessem ter, já que isso ajudaria a aliviar a situação financeira da Organização e possibilitaria que ela cumprisse seus compromissos com os países.

28. Elogiou-se o esforço para alinhar as áreas de trabalho da OPAS mais de perto com as da OMS. Ao mesmo tempo, a necessidade de integração e colaboração através dessas áreas foi enfatizada, especialmente em relação à área de saúde da família e comunidade, que foi considerada de importância crucial. A importância de construir alianças com outras instituições internacionais e nacionais também foi sublinhada. Indicou-se que, entre outras vantagens, tal esforço conjunto iria aumentar significativamente o impacto dos recursos orçamentários alocados para cada área. A Organização foi incentivada a maximizar eficiências e economias e a buscar soluções criativas para acomodar aumentos compulsórios nos custos de pessoal, mas assegurando que os fundos limitados disponíveis fossem usados para atender às necessidades críticas de saúde na Região. Várias perguntas foram feitas sobre a receita diversa e sobre o volume de recursos extra-orçamentários que estariam disponíveis para apoiar o trabalho da OPAS nas várias áreas do programa.

29. O Dr. López Acuña agradeceu aos representantes por seus comentários, que seriam muito úteis no segundo estágio do processo de apresentação do orçamento: a preparação do documento a ser enviado para o Comitê Executivo em junho. Ele assegurou ao Subcomitê que esse documento seria muito expandido e iria conter informação muito mais detalhada sobre as atividades do programa, resultados esperados e indicadores, assim como dados que possibilitariam comparações entre o biênio atual e o

próximo. Vários documentos adicionais foram distribuídos fornecendo mais informação sobre as áreas de trabalho e alguns dados comparativos preliminares.

30. Respondendo aos comentários relacionados à necessidade de integrar atividades, ele enfatizou que as várias áreas do programa não funcionavam como compartimentos herméticos, mas como componentes inter-relacionados que trabalhavam juntos para alcançar os objetivos de saúde pública para as Américas. O modelo de administração apresentado pela Dra. Roses buscou intensificar essa sinergia e interação a fim de aumentar o impacto do trabalho da Organização em cada país.

31. Em relação à incorporação dos vários mandatos de planejamento no orçamento, ele explicou que a formulação do orçamento era um processo interativo que incluía numerosos estágios de revisão e análise. Buscou-se a participação de autoridades nacionais de saúde, assim como funcionários da sede da OPAS e nas representações e centros pan-americanos, e a proposta foi continuamente refinada para assegurar que fosse coerente com os vários mandatos globais e regionais e respondesse a prioridades nacionais.

32. Quanto aos recursos extra-orçamentários, ele indicou que era intrinsecamente difícil estimar a quantia de tal financiamento que iria realmente se materializar. A Secretaria tinha algumas projeções, que teria satisfação em disponibilizar, mas os representantes devem estar cientes de que a realidade sempre era diferente das projeções, às vezes drasticamente. Outro fator para estimar o financiamento extra-orçamentário era a medida em que os recursos mobilizados pela sede da OMS estavam sendo canalizados para operações regionais e nacionais. A questão foi recentemente discutida pelos diretores de administração de programas das várias regiões, e houve um consenso geral de que muitos desses recursos estavam sendo concentrados dentro das estruturas centrais da OMS e que mais recursos deveriam ir para as regiões.

33. O Sr. Eric Boswell (Diretor de Administração, OPAS), falando sobre a sugestão do Dr. López Acuña, respondeu às questões relacionadas à receita diversa. Ele indicou que, embora a Secretaria sempre tenha baseado suas projeções em informação e análise sólida, e acreditava que a cifra para 2004–2005 estava bastante correta, prever a receita diversa era uma arte, não uma ciência. Fatores além do controle da organização muitas vezes afetaram resultados reais. Em 2000–2001, por exemplo, a receita diversa excedeu as expectativas, mas no biênio atual, embora a OPAS tenha orçado \$16,5 milhões, a cifra real seria provavelmente mais próxima dos \$11,5 milhões, devido à forte queda nos retornos sobre instrumentos fixos.

34. Refletindo os comentários do Dr. López Acuña, a Diretora disse que o documento diante do Subcomitê era a primeira iteração da proposta de orçamento. A Secretaria

refinou a proposta desde que o documento foi publicado e iria continuar a trabalhar nele antes da Sessão do Comitê Executivo em junho, tendo em mente os comentários que recebeu dos Estados Membros, tanto em reuniões formais quanto em consultas informais.

35. Alguns dos comentários do Subcomitê foram relacionados a mudanças na estrutura organizacional e como elas afetaram as alocações orçamentárias. Era importante distinguir entre a estrutura da organização e a estrutura do orçamento por programas. Em ciclos orçamentários anteriores, a estrutura do orçamento correspondeu exatamente à estrutura organizacional. Contudo, várias avaliações constataram que essa abordagem limitava a flexibilidade e tornava difícil a abordagem de questões de forma integrada e horizontal. A Secretaria acreditava que o trabalho da Organização poderia ser melhorado se as estruturas orçamentária e organizacional fossem complementares, mas não necessariamente idênticas. A estrutura do orçamento resumida no documento tinha o propósito de facilitar o trabalho em equipe e a colaboração interprogramática que os Estados Membros favoreciam.

36. Ao mesmo tempo, a estrutura do orçamento procurou fomentar uma nova concepção dos programas regionais. No passado, o termo “programa regional” foi usado para designar as unidades estruturais da Secretaria. Como resultado, os programas foram vistos como parte da Secretaria, e não como um veículo para o esforço coletivo da organização como um todo, incluindo a Secretaria e os Estados Membros, para abordar problemas de saúde comuns e alcançar objetivos de saúde comuns. O programa de imunização, que talvez seja o programa principal da Organização, exemplifica os elementos necessários de um programa regional eficaz: incentiva a ação coletiva em busca de uma solução para um problema específico, com indicadores e estratégias claramente delineadas e uma alocação de recurso específica, uma abordagem que, além disso, facilite a mobilização de recursos extra-orçamentários, não só de países ou instituições de fora da região, mas, mais importante ainda, de países das Américas.

37. Assinalando que vários representantes fizeram alusão ao formato do orçamento da OMS como um exemplo a ser seguido pela OPAS, indicou que a Região poderia sentir orgulho da recepção favorável que o orçamento recebeu do Comitê Executivo da OMS em janeiro. Muitas das características desse modelo de orçamento foram baseadas na experiência da OPAS, que foi reconhecida como a região que fez mais progresso na transparência e confiabilidade do orçamento.

38. Outra consideração no orçamento eram as necessidades e demandas imprevistas dos países que inevitavelmente surgiriam depois que o orçamento fosse aprovado. A Organização sempre tentou responder a essas contingências, e iria continuar a fazer isso. Contudo, os Estados Membros também tinham uma responsabilidade de aproveitar o apoio disponível através de outros fóruns internacionais nos quais eles participam. Um exemplo é o Fundo Global para a Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária, que ofereceu

uma oportunidade excelente para os países buscarem recursos adicionais para enfrentar essas epidemias. Contudo, para a OPAS, a emergência dessa oportunidade criou um mandato adicional. Não era um mandato formal dos Órgãos Diretores, mas um que veio diretamente dos países que queriam participar do Fundo, que havia solicitado a assistência da organização para formular projetos. Em resposta, a OPAS mobilizou cerca de \$400.000 redirecionando fundos dentro do orçamento a fim de ajudar os países a desenvolver e negociar financiamento para seus projetos. Como resultado, os países das Américas tinham uma das maiores porcentagens de aprovação de projetos. Isso sem dúvida era devido à qualidade dos projetos, que, por sua vez, refletia o nível de cooperação técnica fornecido pela Organização.

39. Esse tipo de assistência era um dos novos papéis que a Organização devia representar em relação à mobilização de recursos. Outro era apoiar os ministérios da saúde em seus esforços para mobilizar recursos de instituições financeiras internacionais e de outros países e através da cooperação horizontal. Embora a OPAS estivesse satisfeita em fornecer essa assistência, deve-se reconhecer que essas mudanças em seus papéis não significavam que a organização poderia fazer seu trabalho com menos recursos. Os papéis podem ser diferentes, mas a OPAS ainda precisava de recursos a fim de desempenhá-los eficazmente. E precisava da solidariedade dos países a fim de canalizar mais recursos para aqueles que precisavam mais e para colocar os países em uma posição onde eles pudessem aproveitar as oportunidades que surgiam de obter financiamento adicional.

40. Outro foco de trabalho recente e muito importante para a OPAS era a geração de informação e dados sólidos para ajudar os ministérios da saúde a defender a saúde junto às autoridades nacionais do orçamento. Era de se esperar que esses orçamentos nacionais fossem então refletir a necessidade de fornecer à organização os meios para continuar seu trabalho.

Globalização e Saúde (Documento SPP37/5)

41. Esse tema foi discutido em uma reunião conjunta com o Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento, que realizou sua 20ª Sessão em 25 e 26 de março de 2003. O Dr. César Vieira (Gerente de Área interino, Gestão e Política, OPAS) introduziu o tema, e apresentações sobre vários aspectos da globalização e da saúde foram feitas por quatro participantes externos.

42. O Dr. Vieira resumiu os pontos principais do Documento SPP37/5, que examina as repercussões da globalização, com atenção particular aos impactos sobre a saúde da população. Embora muitos desses impactos fossem positivos—maior acesso a bens saudáveis a preços mais baixos, por exemplo—alguns eram negativos, como o maior consumo de alimentos não saudáveis e maior potencial para a disseminação de doenças.

Globalização resultou em maior circulação de produtos e serviços, conhecimento, comportamento e padrões de consumo entre países. Embora até recentemente os serviços de saúde não fossem considerados bens comerciáveis, especialistas em comércio internacional reconheciam agora que o desenvolvimento tecnológico e organizacional no setor da saúde tornou possível comerciar esses serviços internacionalmente. O documento identifica quatro modos de comércio internacional nos serviços de saúde nas Américas: prestação transfronteiriça, movimento de pacientes, presença comercial de provedores de serviços de saúde estrangeiros e migração de profissionais da saúde. Esses vários modelos tinham implicações positivas e negativas, tanto para os países exportadores quanto para os importadores.

43. O caso dos medicamentos e equipamento médico ilustra algumas das questões que cercam o comércio internacional de bens de saúde. Uma dessas questões era a emergência do conceito de “bens públicos globais”, que seria abordada em maior detalhe por alguns dos participantes. Entre os efeitos positivos do debate sobre bens públicos globais estava a criação de fundos globais para facilitar o acesso a medicamentos e vacinas, como o Fundo Global para a Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária e a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI).

44. Uma série de fóruns e acordos nos níveis global, regional e sub-regional forneceram orientação para a cooperação internacional na globalização e na saúde. Eles incluíram o Acordo Geral sobre Comércio de Serviços (GATS), o Acordo sobre Aspectos Relacionados ao Comércio dos Direitos de Propriedade Internacional (TRIPS), a Área de Livre Comércio das Américas e órgãos sub-regionais como o Mercado Comum do Sul (Mercosul) e a Comunidade do Caribe (CARICOM). Esses acordos eram descritos no documento e também seriam examinados pelos participantes.

45. As áreas propostas para a cooperação técnica da OPAS/OMS em relação à globalização e a saúde incluíam estudos e avaliações para identificar os impactos positivos e negativos da globalização sobre a saúde, regulamentação do comércio sob a perspectiva da saúde, estabelecimento de tarifas e preços que fossem sensíveis às necessidades e realidades da saúde, criação de bancos de dados e disseminação de informação sobre o comércio de bens e serviços de saúde e incorporação de perspectivas de saúde em negociações comerciais e estratégias de desenvolvimento discutidas na Região.

Bens de Saúde Pública Global e Governo Global

46. A Dra. Ilona Kickbusch (Divisão de Saúde Global, Universidade de Yale) apresentou uma visão geral de algumas das formas em que a globalização estava afetando

a gestão e vice-versa, e examinou alguns dos desafios da gestão global na saúde e o papel de organizações internacionais de saúde no novo contexto globalizado.

47. Uma das alegações no debate sobre globalização foi que ela enfraquecia o Estado-nação, e os Estados-nação tinha uma dificuldade crescente para executar as quatro funções que os Estados modernos deviam assegurar para suas populações: segurança, bem-estar social, o império da lei e identidade nacional e canais de participação. A globalização provocou mudanças no contexto que exigiam novas políticas. Uma nova atitude também era necessária, uma que visse a globalização não só como uma internacionalização, mas como uma mudança em um sistema no qual não só existissem ligações e redes entre Estados-nação, mas envolvessem toda uma ampla gama de atores. Essa mudança de atitude pode ter implicações importantes para organizações internacionais e sistemas multilaterais que eram baseadas no princípio do Estado-nação.

48. Enquanto o governo era definido como uma responsabilidade dos Estados-nação, agora estava sendo definido como uma responsabilidade conjunta do sistema global, que abrangia não só Estados, mas empresas multinacionais, organizações da sociedade civil e as muitas instituições internacionais que existem atualmente. Os desafios globais de governo mais importantes eram a segurança humana e os direitos humanos, justiça na distribuição dos recursos nacional e global, um império internacional da lei e uma ética global, bem como forjar uma identidade comum como cidadãos globais. Em cada uma dessas áreas, a saúde representa um papel importante e crucial. As Metas de Desenvolvimento do Milênio aprovadas recentemente também refletiam plenamente os desafios conjuntos do governo global.

49. Uma resposta aos desafios do governo global era a procura da “intencionalidade coletiva,” isto é, a definição de prioridades conjuntas. Esse esforço deu origem à identificação de bens públicos globais, e a saúde foi definida como um desses bens. Nesse novo contexto, a saúde estava sendo debatida de novas formas. Não era mais vista como uma questão estritamente de saúde e técnica, mas como uma questão de segurança, uma questão de política externa, uma questão macroeconômica, uma questão de direitos humanos, e como um bem público global para o qual todos precisavam contribuir. Essa mudança despertou atenção crescente para a saúde em fóruns internacionais. Também deu origem a novas estruturas de governo global, como os fundo globais mencionados pelo Dr. Vieira, e novas alianças e parcerias entre os setores público e privado, nas quais as organizações internacionais participavam, mas não eram mais a força condutora.

50. O período atual pode ser descrito como um intervalo na busca do governo global: um período de transição entre um sistema de saúde global que não estava mais trabalhando bem e um novo sistema que forneceria um meio de abordar questões que transcendiam fronteiras nacionais e estabelecer “regras do jogo” internacionais definidas mais pelas relações do que pelas instituições. De certo modo, a gestão global da saúde

descreve o papel das organizações de saúde nesse momento. Elas enfrentam dois desafios importantes para desempenhar esse papel. Primeiro, a gestão da saúde ainda era vista principalmente como uma responsabilidade dos Estados-nação, mas os determinantes da saúde e os meios de cumpri-los eram cada vez mais globais. Segundo, no intervalo, havia um sentimento de que ninguém estava no comando e que o sistema de saúde internacional atual estava sujeito ao fracasso. Essa percepção era em parte devida ao fato de que os problemas de saúde ainda estavam sendo definidos em termos de interesses nacionais e não como um bem público global, as políticas externa e interna ainda estavam sendo abordadas como questões separadas, e conceitos antiquados de ajuda externa estavam sendo aplicados. Provavelmente o maior desafio, contudo, consistia em abordar as questões dos sistemas e os determinantes políticos que estavam contribuindo para a crise atual na saúde global, sem o que essas crises iriam certamente continuar.

Comércio de serviços de saúde no Hemisfério Ocidental

51. O Prof. David Warner (Faculdade de Assuntos Públicos Lyndon B. Johnson, Universidade do Texas) focalizou suas observações nos quatro modos de comércio nos serviços de saúde e as questões mais importantes que cercavam cada um, identificando possíveis papéis para a OPAS na área do comércio de serviços de saúde. No caso da prestação transfronteiriça, os serviços eram originados em um país, mas recebidos em outro. Esse tipo de serviço era prestado principalmente por meios de telecomunicação. Até internamente, as telecomunicações estavam sendo cada vez mais usadas para prestação de serviços de diagnóstico e tratamento. A educação de saúde e os serviços de informação também poderiam ser prestados por esses meios. A Biblioteca de Saúde Virtual da OPAS era um exemplo. A OPAS também pode ajudar a avaliar e classificar sites que fornecem informação relacionada à saúde. Melhorar a disponibilidade da informação em espanhol, a língua da maioria dos países da região que não falam inglês, também era outra função importante para a Organização.

52. O segundo modo de comércio de serviços era o movimento de pacientes. Tipicamente, as pessoas cruzavam fronteiras para receber serviços de saúde por razões de qualidade ou econômicas. Contudo, o seguro de saúde internacional pode ser outra razão para cruzar fronteiras no caso de pessoas que viviam em um país, mas trabalhavam em outro ou que viviam e trabalhavam em um país, mas suas famílias viviam em outro. A principal questão, especialmente do ponto de vista econômico, na cobertura transfronteiriça era provavelmente a disponibilidade dos benefícios de saúde da aposentadoria para pessoas que trabalhavam em um país, mas queriam se aposentar em seu país de origem. Mais pesquisa era necessária sobre a qualidade, acesso e aspectos de custo dessa questão.

53. Em relação ao terceiro modo, a presença comercial de provedores de serviço estrangeiros, as questões mais importantes eram provavelmente a regulamentação dos provedores públicos e do seguro privado e se os provedores estrangeiros estariam sujeitos aos mesmos regulamentos que os nacionais. O quarto modo era a migração de profissionais de saúde, que levantou muitas questões complexas. Nas Américas, os Estados Unidos era de longe o maior importador de trabalhadores da saúde. Contudo, estavam importando a grande maioria dos trabalhadores de países de fora da região. Apesar da existência do Acordo Norte-Americano de Livre Comércio, praticamente nenhuma enfermeira veio do México, embora houvesse oito milhões de mexicanos vivendo nos Estados Unidos e houvesse uma enorme necessidade de enfermeiras que falassem espanhol. Com relação aos médicos, somente 2,3% dos participantes treinados no exterior em programas de residência nos Estados Unidos eram da América Latina. Limitar o acesso a programas avançados de treinamento médico nesse país poderia ter sérias conseqüências para a medicina na região e poderia atrasar a cooperação futura na pesquisa, prestação de serviços e outras áreas.

54. Um papel importante para a OPAS pode ser o de ajudar a desenvolver cooperação mais eficaz entre os programas de treinamento. Outros papéis potenciais incluem o estabelecimento de padrões, promoção da capacidade do setor da saúde em toda a região, ajudar as nações da região a se beneficiarem da globalização e do comércio mundial crescente e promover a modernização dos sistemas e serviços de saúde.

Impacto da Globalização sobre a Saúde da Mulher

55. A Dra. Maitreyi Das (Rede de Desenvolvimento Humano, Banco Mundial) descreveu algumas das vinculações potenciais entre a globalização e a saúde da mulher, explicou alguns dos problemas inerentes à identificação e estudo dessas ligações e sugeriu algumas formas em que os ministérios da saúde podem ajudar a assegurar que a globalização não tenha impacto negativo sobre a saúde da mulher.

56. Conforme outros oradores indicaram, a globalização significava a integração global dos mercados mundiais. Em termos de saúde, isso significa investimento estrangeiro direto no setor da saúde, migração de pessoas e serviços, fluxo livre de bens e serviços entre países e fluxo global de idéias (a “revolução da informação”). Também significa, contudo, que doenças infecciosas que antigamente se concentravam em determinadas áreas se tornam agora problemas globais.

57. Os dados disponíveis sobre as vinculações entre a globalização e a saúde da mulher eram muito dúbios. O fenômeno era intrinsecamente difícil de estudar. Um problema era a atribuição da causalidade. Era difícil determinar se as mudanças na saúde da mulher aconteciam somente devido à globalização ou se outros fatores entravam em ação. Definir e medir a globalização era outro obstáculo, assim como a falta de dados

confiáveis. As vinculações eram difíceis de localizar porque podiam ser diretas ou indiretas, de curto ou longo prazo, e positivas ou negativas, às vezes simultaneamente. Às vezes, os efeitos da globalização eram contraditórios ou involuntários. Por exemplo, em alguns países, o grande aumento no emprego feminino significou que a mulher estava atrasando a idade do casamento, o que tem efeitos na fecundidade e outros aspectos da saúde da mulher. Desigualdades e fatores culturais também influenciam as vinculações entre a globalização e a saúde da mulher. Além do mais, a saúde poderia afetar a globalização. Estudos atuais da economia da saúde estavam observando o efeito da saúde da mulher sobre o comércio ou o crescimento macroeconômico, por exemplo, bem como outros exemplos dessa causalidade reversa.

58. A globalização poderia ter impacto na saúde da mulher através de três mecanismos principais: emprego da mulher, acordos comerciais e reforma do setor da saúde. Em todas as três áreas, os efeitos podem ser positivos ou negativos. Por exemplo, o emprego feminino cresceu maciçamente desde que a globalização começou. Do lado positivo, isso levou a uma renda maior, auto-estima maior e maior mobilidade para a mulher, que aumentou seu acesso a estruturas de saúde e de apoio. Contudo, o aumento no emprego da mulher também teve conseqüências negativas, como cargas de trabalho mais pesadas, perda de tempo para o lazer, mais estresse e exposição a riscos ocupacionais. Com respeito aos acordos comerciais, os impactos positivos incluíram maior acesso potencial a medicamentos, tecnologias, informação e serviços. Mas o custo desses medicamentos e serviços pode ser proibitivo. Outra conseqüência negativa pode ser a emigração de pessoal capacitado. Quanto às reformas do setor da saúde, a principal questão era se eles estavam criando uma compensação em termos de equidade e eficiência. Embora algumas tendências como a maior concorrência e participação do setor privado possam aumentar a eficiência e qualidade dos serviços, também podem comprometer o acesso das mulheres mais vulneráveis. Similarmente, os esquemas de recuperação de custo podem melhorar a sustentabilidade financeira, mas também podem negar serviço às pessoas mais necessitadas.

59. Os ministérios da saúde poderiam ajudar a minimizar os efeitos potencialmente negativos sobre a saúde da mulher sensibilizando os ministérios das finanças e do comércio e construindo alianças com os ministérios do trabalho, chamando atenção para as prioridades da saúde da mulher no quadro das negociações do comércio internacional e assegurando que a análise dos possíveis efeitos da saúde da liberalização do comércio seja feita *ex ante* e não *ex post*, promovendo as necessidades da mulher e questões de igualdade e acesso no debate sobre financiamento da assistência de saúde, envolvendo os ativistas da saúde da mulher e organizações comunitárias na monitoração e avaliação da reforma do setor da saúde e das políticas macroeconômicas, e fazendo com que a reforma do setor da saúde favoreça a saúde da mulher e as mulheres mais vulneráveis.

Negociações Globais sobre Saúde e Comércio

60. O Dr. Nick Drager (Unidade de Estratégia, Escritório do Diretor-Geral, OMS) resumiu o trabalho que estava sendo empreendido pela OMS, grande parte dele em parceria com a OPAS, para tentar informar os processos de negociação comercial a fim de priorizar os interesses da saúde pública na agenda do comércio, focalizando o comércio de serviços de saúde e GATS.

61. A OMS procurou assumir uma visão equilibrada da globalização, considerando tanto as oportunidades quanto os riscos. O Subcomitê estava bem ciente dos riscos, que incluíam a transmissão transfronteiriça de doenças, comercialização de produtos prejudiciais e comportamentos não saudáveis e degradação ambiental, para citar alguns exemplos. Contudo, onde havia riscos, havia também oportunidades. Algumas das oportunidades de saúde associadas com a globalização incluíam uma disseminação mais ampla do conhecimento, mais incentivos para pesquisa sobre doenças dos pobres, maior disponibilidade de recursos para intervenções eficazes, e novas regras para controle dos riscos transfronteiriços. Similarmente, havia oportunidades e riscos associados com os quatro modos de comércio dos serviços de saúde. A OMS procura ajudar os países a aproveitar as oportunidades e mitigar os riscos potenciais.

62. O objetivo geral do trabalho da OMS em relação à saúde e ao comércio era de aumentar a capacidade na Organização e nos Estados Membros de reconhecer e abordar as implicações para a saúde de acordos comerciais multilaterais. Esse trabalho tem quatro funções: desenvolvimento de políticas e abordagens estratégicas para a OMS, análise e pesquisa, desenvolvimento de ferramentas e treinamento, e apoio aos países. Os cinco acordos comerciais com os quais a Organização estava preocupada eram o Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (GATT), que governava o comércio de bens; o Acordo sobre Barreiras Técnicas ao Comércio (TBT) e o Acordo sobre Aplicação de Medidas Sanitárias e Fitossanitárias (SPS), TRIPS e GATS. As três questões mais importantes da saúde pública abordadas por esses acordos eram a segurança alimentar, acesso a medicamentos e comércio de serviços de saúde.

63. O GATS era um dos mais importantes acordos comerciais que surgiram da Rodada Uruguai das negociações comerciais, já que fornecia um quadro normativo multilateral para o comércio de serviços. Ele também criou vários desafios para as pessoas que trabalham na saúde pública. O GATS se tornou um tema de bastante controvérsia, especialmente com respeito a se o acordo representava uma oportunidade ou um risco em relação à prestação de serviço público. As negociações do GATS abrangiam questões relacionadas às normas e ao acesso ao mercado. Muitos países já estavam abordando a questão do acesso ao mercado na saúde e outros teriam sem dúvida que abordá-la no futuro próximo. Porque o GATS ainda estava sendo negociado, o setor da

saúde tinha a oportunidade de contribuir e exercer influência a fim de assegurar atenção adequada às implicações sanitárias do acordo.

64. Algumas das atividades da OMS em relação ao GATS e ao comércio dos serviços de saúde incluíam o desenvolvimento de orientações para ajudar os Estados Membros a executar uma análise para informar a formulação de políticas e as negociações, colaboração com a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico para desenvolver conjuntos essenciais de dados, uma análise legal do GATS sob a perspectiva da saúde pública, monitoração e acompanhamento das negociações do GATS, e publicação de um livro de bolso sobre o comércio de serviços de saúde e o GATS. Além disso, a OMS colaborou com a Organização Mundial do Comércio (OMC) na produção de um livro que apresenta uma visão equilibrada e científica do assunto. Esse livro era um recurso básico sobre comércio e saúde. Estava disponível em inglês, francês e espanhol, e seria disponibilizado para todos os Estados Membros.

65. O Subcomitê recebeu com satisfação o documento e as apresentações, indicando que forneceram uma boa visão geral das questões que cercam a globalização e a saúde e iriam servir bem para uma discussão sobre como a OPAS poderia abordar melhor os efeitos da saúde na globalização. Sugeriu-se que na próxima versão do documento o conceito de globalização deveria ser operacionalizado, no sentido de que a tarefa não deveria ser definir a globalização, mas identificar os elementos específicos do assunto que deveria ser abordado. Por exemplo, embora a apresentação tenha focalizado os acordos comerciais internacionais, outros aspectos da globalização certamente também eram relevantes, como o maior movimento de pessoas através das fronteiras. Isso também tinha implicações na saúde, como o risco de disseminação das doenças. Nesse contexto, o Representante do Canadá informou que seu país declarou recentemente uma emergência de saúde com respeito à síndrome respiratória aguda grave (SARS).

66. Sugeriu-se que cinco questões podem ajudar a ressaltar os elementos-chave da globalização sobre os quais a organização deveria se concentrar do ponto de vista dos impactos sobre a saúde e os sistemas de saúde: Quais os fatores-chave da globalização que causaram impacto na saúde na região? O que se sabia sobre o impacto desses fatores? Que objetivos e estratégias os ministérios da saúde deveriam adotar para abordar o impacto? Como a OPAS poderia aproveitar o que a OMS já fez? De que assistência os Estados Membros da OPAS precisavam para lidar bem com a globalização? Respondendo a essas perguntas, a Organização deveria procurar ver as questões através de uma perspectiva de gênero. Incentivou-se também a OPAS a continuar a pesquisa sobre as vinculações entre a saúde e o comércio, o que permitiria oferecer meios práticos para representantes do setor da saúde participarem de negociações ou discussões comerciais.

67. A manutenção da flexibilidade política foi vista como um fator-chave para países que queriam preservar os sistemas de assistência de saúde no contexto dos acordos do comércio internacional. Os Estados Membros da OPAS precisavam poder determinar a política, para assim alcançar os benefícios da globalização e ao mesmo tempo controlar alguns de seus aspectos negativos. A combinação de políticas iria variar de país para país dentro da região, mas uma coisa havia em comum: se a flexibilidade política não fosse protegida, então os resultados da globalização seriam menos do que ótimos. Conforme apontado no documento, a coerência política entre os ministérios responsáveis pelo comércio e os responsáveis pela saúde era importante para alcançar resultados benéficos da globalização. Esse seria um dos temas de um seminário conjunto da OMS e Ministério da Saúde do Canadá a ser realizado no próximo verão.

68. Os delegados viram com satisfação a ênfase colocada por um dos participantes sobre a saúde como um componente fundamental do desenvolvimento, indicando que a mesma visão havia sido realçada no Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD. Sugeriu-se que as questões levantadas por outro participante com relação à mobilidade da mão-de-obra e dos serviços seriam um importante adendo ao conteúdo do documento, que se beneficiaria de uma análise das condições estruturais do mercado de trabalho para profissionais de saúde e da identificação de meios para reduzir as disparidades econômicas entre países.

69. Vários delegados observaram que as apresentações ajudaram a ampliar a abordagem tomada pelo documento, já que em alguns lugares este dava a impressão de que as dimensões de saúde da questão da globalização basicamente tinham a ver só com o comércio de medicamentos e aparelhos médicos, enquanto as apresentações mostraram claramente que havia uma necessidade de ir adiante e considerar também o comércio de serviços. Adicionalmente, as apresentações tornaram claro que nas áreas específicas do comércio de medicamentos havia a necessidade de pensar não em termos nacionais, mas em termos regionais.

70. O representante dos Estados Unidos disse que a sua delegação também considerou as apresentações informativas e úteis. Contudo, os Estados Unidos estavam extremamente decepcionados com o Documento SPP37/5. Ele dava uma impressão preconceituosa e negativa do comércio e do intercâmbio econômico e fazia recomendações para a ação da OPAS que iam muito além do mandato e da competência da Organização. O tema da agenda não deveria seguir para o Comitê Executivo sem revisões importantes e um foco mais bem definido no papel específico da OPAS na saúde pública. O documento cobre uma ampla variedade de questões, algumas diretamente relacionadas à saúde e outras relacionadas marginalmente, mas muitas delas estavam obviamente dentro da competência do órgão internacional responsável pelas questões comerciais, a Organização Mundial do Comércio, e não da OPAS. A OPAS deveria se concentrar em ajudar os Estados Membros a abordar questões não comerciais, como

infra-estrutura e educação da saúde e a aquisição e distribuição de medicamentos necessários sob regras comerciais liberalizadas. Várias resoluções da Assembleia Mundial da Saúde deram orientação à OMS para lidar com questões de comércio e saúde. Quando a OMS queria oferecer assistência técnica para os Estados Membros em relação aos acordos da OMC, tinha que se dirigir à OMC ou à Organização Mundial de Propriedade Intelectual (WIPO) como especialistas técnicas. A OPAS, como Repartição Regional da OMS das Américas, também deveria encaminhar aos órgãos internacionais relevantes quando solicitada a fornecer assistência técnica substancial.

71. A Dra. Rocío Sáenz (Costa Rica, Presidente do Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento) observou que o documento e as apresentações não pareciam conter muita discussão das necessidades específicas de grupos vulneráveis, particularmente as mulheres. O papel da OPAS e da OMS não era só de levantar temas para discussão, mas também de advogar firmemente certas atitudes que deveriam ser levadas em conta nas negociações. Ela indicou que o Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento preparou recomendações relacionadas ao tema. Essas recomendações seriam enviadas para consideração pelo Comitê Executivo em junho.

72. Respondendo aos comentários do Subcomitê, a Dra. Kickbusch voltou à questão da interface entre globalização, gênero e saúde. Indicou-se que a mudança social rápida e a mudança no papel dos homens levaram a respostas com conseqüências imprevistas para as mulheres, talvez sob a forma de violência. Outro aspecto da questão do gênero era a forma em que a reestruturação global mudou as vidas dos homens jovens em países com uma população jovem muito grande, deixando-os com oportunidades insuficientes de emprego e papel masculino útil. Era muito importante considerar os impactos positivos e negativos da globalização, não tanto sobre a mulher ou o homem, mas sobre as relações entre eles.

73. A Dra. Das indicou que tudo o que estava disponível no momento era uma idéia *ex post* do impacto da globalização sobre a saúde da mulher e as relações de gênero. A evidência empírica era irregular e contraditória, mas as vinculações eram bastante claras. Também estava claro, por exemplo, que as necessidades de saúde do homem e da mulher eram diferentes. Era importante agora passar a um entendimento *ex ante* do que aconteceu, o que significa envolver organizações de mulheres em interação com ministérios da saúde, na formulação de políticas e em negociações comerciais. Em segundo lugar, a questão da saúde do adolescente era importante, particularmente em uma era de diminuição do setor público e de enorme liberalização econômica na qual o segmento de 15 a 19 anos da população, tanto homens quanto mulheres, tinha probabilidade de encarar um desemprego crescente. Em particular, deve-se dar atenção às necessidades de saúde das mulheres jovens, em termos dos seus direitos sexuais e

reprodutivos. Havia questões políticas enormes envolvidas nessa área, mas o fracasso no incentivo aos grupos mais vulneráveis de jovens para acessar os tipos de serviços de saúde reprodutiva de que elas precisam poderia ter impactos enormes sobre esse grupo no futuro.

74. O Dr. Warner reiterou que, já que havia uma migração maior de mão-de-obra e capital dentro do hemisfério, haveria também a necessidade de considerar quais eram as implicações mais amplas para a integração dos sistemas de saúde. O Dr. Drager disse que na área da coerência das políticas, particularmente entre a saúde e o comércio, a OMS certamente tinha um papel a desempenhar, no nível mundial e em cada país. Houve reuniões regulares entre os Diretores-Gerais da OMC e da OMS, e as duas organizações trabalharam juntas no nível técnico. A OMS deveria continuar apoiando os países e seus ministérios da saúde, em termos de fornecer os dados e a análise que proporcionassem insumos bem informados para as negociações entre os ministérios do comércio. A idéia não era tentar criar um enorme programa de saúde e comércio. O grupo na Sede da OMS que trabalha nessas questões era pequeno, e continuaria pequeno. A ação real estava nos níveis nacional e regional, que era onde a OMS esperava fortalecer a capacidade colaborando com centros de excelência nos vários países.

75. O Dr. Vieira agradeceu aos participantes seus comentários, especialmente os críticos, que eram necessários para melhorar e fortalecer o documento. As sugestões para operacionalizar o conceito de globalização e focalizar questões específicas que realmente importavam para o setor da saúde eram muito importantes e seriam consideradas na próxima versão do documento. Parte do trabalho que havia sido feito nessa área se beneficiou muito de experiências no Canadá, como a consulta entre o Ministério da Saúde e a sociedade civil sobre as implicações das questões da saúde que surgem de acordos comerciais. Outra experiência útil foi o empreendimento conjunto em Montevideu envolvendo pesquisadores na área do comércio e pesquisadores na área da saúde, que discutiram algumas das mesmas questões mencionadas pelos participantes. O encontro produziu algumas idéias muito boas em termos de acompanhamento e análise adicional. Em relação às várias sugestões sobre partilha de informação e experiência, indicou que a OPAS era ativa em vários fóruns nos quais esses intercâmbios poderiam acontecer. Um localizado nos Estados Unidos também cobre o Caribe e a América Latina, enquanto outro era dentro do Mercosul.

76. A interação das questões de comércio e de saúde era um campo no qual havia muito pouco conhecimento, principalmente dentro dos ministérios do comércio, que estavam assumindo a liderança nas negociações comerciais. A meta da OPAS era de promover um diálogo entre os ministérios da saúde e do comércio a fim de assegurar que as questões da saúde fossem abordadas apropriadamente nessas discussões. Mesmo dentro de organizações internacionais como a OMC e a Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), havia falta de conhecimento sobre a

saúde e, conseqüentemente, as dimensões sanitárias de acordos comerciais eram freqüentemente subestimadas. Por isso, eram necessários esforços conjuntos entre instituições para assegurar a atenção adequada às questões de saúde no âmbito das negociações comerciais.

77. A Diretora expressou sua gratidão aos participantes pelas apresentações interessantes, que contribuíram bastante para a consideração do tema pelo Subcomitê. As idéias que surgiram das apresentações e da discussão seriam muito úteis para a Secretaria melhorar o documento. Ela lembrou aos Membros do Subcomitê que a OPAS tinha uma longa história de envolvimento nas questões de saúde e comércio. Certamente, uma das razões pelas quais a OPAS foi criada há 100 era a de facilitar a troca de informação e melhorar as condições de saúde a fim de promover o comércio entre os países das Américas e os da Europa. A Organização continuou a responder aos pedidos de cooperação técnica dos países em áreas relacionadas com a saúde e o comércio. Um bom exemplo do envolvimento da OPAS nas questões de comércio ocorreu nos anos 90 no Uruguai, onde a liberalização do comércio de sal ameaçou desfazer os enormes ganhos alcançados em resultado de 70 anos de legislação sobre iodização do sal, que eliminou virtualmente o terrível problema de retardamento mental resultante da deficiência de iodo. Felizmente, assim que se soube da introdução do sal não iodado, medidas de controle de emergência foram introduzidas. Isso mostrou a necessidade de uma análise *ex ante*, conforme a Dra. Das disse, para identificar os efeitos negativos potenciais das decisões comerciais antes de eles ocorrerem.

78. De acordo com o mandato atribuído à OPAS desde o começo, a Organização estava trabalhando para maximizar os efeitos positivos e reduzir os impactos negativos de certos aspectos da globalização. Por exemplo, a OPAS empreendeu um projeto muito apreciado a pedido do Mercosul, que foi subseqüentemente adotado pela FAO no nível mundial, isto é, a organização de bancos de dados de regulamentos sobre alimentos. No Uruguai, essa informação é fornecida on-line para facilitar as negociações e acelerar a assinatura dos acordos.

79. A OPAS também estava trabalhando na difícil área de licenciamento de profissionais da saúde. Forneceu apoio técnico para a harmonização do licenciamento no Caribe e agora estava envolvida na harmonização de requisitos para licenciar e registrar novos profissionais de saúde no Mercosul. Nessa área e em outras, e em resposta a pedidos de países, a Organização estava tentando incentivar o diálogo entre os setores nos países. Um dos seus focos principais era a organização de equipes multissetoriais nos países para fornecer apoio às autoridades nacionais envolvidas em negociações sobre os vários aspectos da globalização. A OPAS empreendeu esse trabalho com recursos existentes. Não recebeu qualquer forma de apoio extra-orçamentário ou desviou qualquer

recurso do apoio aos países. Porque o trabalho abrangeu uma variedade de questões e áreas, envolveu muitas unidades diferentes dentro da organização.

80. Ao concluir, reiterou seus agradecimentos ao Subcomitê por seus comentários, que ajudariam a Secretaria a revisar e melhorar o documento e melhorar o trabalho da OPAS em relação à globalização e saúde.

Família e Saúde (Documento SPP37/6)

81. O Dr. Ernest Pate (Chefe interino, Unidade da Mulher e Saúde Materna, OPAS) descreveu a iniciativa para a família e a saúde da OPAS, que buscou melhorar os resultados da saúde e aumentar a qualidade de vida através de uma abordagem concentrada na família. Ele começou explicando alguns dos aspectos conceituais da família e da saúde. A família era a unidade básica da organização social e também era o contexto no qual os comportamentos de saúde e decisões sobre saúde eram estabelecidos primeiro. A Organização acreditava que a família deveria, portanto, ser considerada em todas as análises, desenhos e planejamentos para a saúde.

82. Diferenças sutis de sentido existiam entre “saúde da família” e “saúde familiar,” e essas diferenças eram fundamentais para a análise das intervenções de saúde em um cenário de família. A “saúde da família” se referia à família como uma unidade, enquanto que a “saúde familiar” se referia à saúde de indivíduos dentro dessa unidade familiar. A OPAS usa a expressão “família e saúde” para denotar tanto a saúde da família quanto a de seus membros individuais.

83. Nos 10 anos anteriores, uma série de reuniões de cúpula internacionais abordou questões relacionadas à família e saúde. Essas reuniões de cúpula declararam que a família tinha o direito de receber proteção e apoio abrangentes e recomendaram o desenvolvimento de políticas e leis que apoiassem e contribuíssem para a família e sua estabilidade. Também ressaltaram o papel da família na promoção da saúde e a necessidade de reorientar os serviços de saúde com um foco familiar.

84. Respondendo a esses mandatos e às mudanças demográficas, sociais e econômicas que estavam pressionando as famílias nas Américas, a OPAS formulou sua iniciativa para a família e a saúde. Ao fazer isso, a OPAS baseou-se na experiência dos países da Região que implementaram modelos ou programas de saúde da família. Esses programas possuíam várias similaridades: eram orientados para os médicos, focalizavam a família dentro da comunidade, eram financiados pelo Estado e prestavam serviços integrados. A maioria dos modelos via a família como o cenário onde a saúde era produzida e todos usavam uma abordagem de equipe para a prestação da assistência de saúde. Além disso, a maioria dos modelos colocava os recursos do sistema de saúde diretamente na

comunidade, colocando as equipes bem próximas às famílias. A OPAS propunha aproveitar essas experiências, usando uma combinação de estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde.

85. A Organização favorece uma abordagem do ciclo de vida, a qual reconhece que os fundamentos da saúde estavam nos períodos da pré-concepção, infância e adolescência. Suas intervenções procuram fortalecer a abordagem de promoção e proteção da saúde, abordar iniquidades, servir grupos marginalizados e fomentar o respeito e proteção aos direitos das famílias. Também procurava envolver as famílias no desenvolvimento de abordagens baseadas em intervenções concentradas na família. Oito áreas prioritárias para ação foram identificadas: saúde materna e da criança, saúde da criança e desenvolvimento, saúde do adolescente, habilidade dos pais, ambientes físicos e sociais seguros, cuidado familiar para os idosos, saúde mental e desenvolvimento psicossocial e violência. As estratégias que a OPAS iria empregar para seu trabalho nessas áreas foram descritas no Documento SPP37/6.

86. O Subcomitê expressou forte apoio aos esforços da OPAS na área da família e da saúde. O maior foco da Organização sobre essa área foi considerado muito oportuno, já que coincidia com esforços para fortalecer a família e melhorar a saúde da família em muitos países e com a chegada do 10º aniversário do Ano Internacional da Família. A comemoração desse aniversário em 2004 apresenta uma oportunidade de dirigir a atenção para questões relacionadas à saúde familiar. Vários delegados descreveram as iniciativas para a saúde familiar em execução nos seus países e se ofereceram para intercambiar experiências com a OPAS e outros Estados Membros. A Organização foi incentivada a utilizar as lições aprendidas dessas experiências para refinar a abordagem à família e saúde. Ao mesmo tempo, contudo, indicou-se que não poderia haver uma “receita” única para a saúde familiar. O modelo aplicado deve ser desenhado de acordo com as características da família e do sistema de assistência de saúde de cada país. Além do mais, no desenvolvimento das intervenções da saúde familiar, deve-se levar em conta também os padrões culturais e religiosos, que tinham uma grande influência nos valores e na vida familiar e também nos comportamentos de saúde e provisão de cuidados.

87. Vários delegados expressaram preocupação com algumas tendências em seus países que estavam tendo um impacto negativo sobre a integridade e saúde da família. O aumento do divórcio e separação, gravidez adolescente e famílias de pais separados, em combinação com outros problemas sociais e econômicos, estava enfraquecendo a família e, basicamente, ameaçando o próprio tecido da sociedade. Qualquer iniciativa para melhorar a saúde da família deve levar em conta todos os fatores que afetam a estabilidade e a vida da família. Contudo, já que muitos desses fatores escapam ao controle imediato do setor da saúde, uma abordagem integrada, intersetorial, era

essencial. Também era imperativo aumentar a geração de informação e conhecimento sobre as variáveis que contribuem para a saúde familiar.

88. O Subcomitê concordou com as áreas prioritárias para ação identificadas no documento, embora os delegados tenham sugerido várias questões adicionais que deveriam ser abordadas em algumas dessas áreas. Por exemplo, em relação à saúde materna e da criança e à saúde da criança e o desenvolvimento, os delegados afirmaram que deveria haver uma referência explícita a outros componentes, como a imunização, prevenção de defeitos de nascença, promoção de fatores de proteção, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, educação da criança e uso saudável do tempo de lazer. Indicou-se que a pandemia de HIV/AIDS estava tendo um grave efeito sobre as famílias, e ressaltou-se a necessidade de promover escolhas e estilos de vida saudáveis, direcionados a adolescentes e jovens, em particular. Na área da saúde mental, outra questão séria que estava afetando as famílias era o uso abusivo do álcool, que era um problema crescente entre os adultos e, de modo ainda mais alarmante, entre adolescentes cada vez mais novos. A violência intrafamiliar também era uma preocupação grave que deveria ser abordada no âmbito da iniciativa. Vários delegados sublinharam a necessidade de maior atenção aos homens, tanto em termos das necessidades de saúde específicas quanto no seu papel como pais e provedores de cuidados.

89. Sugeriu-se que a OPAS considere uma abordagem focalizada ou em etapas para a implementação da iniciativa, devido ao grande número de áreas prioritárias nas quais ela se propôs a trabalhar. Sugeriu-se também que a próxima versão do documento forneça mais informação sobre como, especificamente, a OPAS iria aplicar as estratégias. Adicionalmente, sublinhou-se a necessidade de monitoração e avaliação para acompanhar o progresso da iniciativa.

90. O Dr. Pate observou que vários temas comuns emergiram da discussão. Um deles era a idéia da integração. A OPAS estava bem consciente da necessidade de uma abordagem integrada e intersetorial. Reconhecia que uma abordagem médica não iria render os resultados desejados. Os dados disponíveis, apesar de limitados, mostram claramente a necessidade de integrar intervenções sociais e econômicas com intervenções da saúde. Indicou que a “família e a saúde” não era um programa vertical; era uma iniciativa que abrangia as várias unidades da área de Saúde da Família e da Comunidade e também envolvia outras unidades dentro da Secretaria. Muitas das preocupações levantadas pelos delegados seriam abordadas no quadro desse esforço conjunto. A imunização e HIV/AIDS, por exemplo, eram o foco de outras unidades dentro da área de Saúde da Família e da Comunidade.

91. A Secretaria também conhecia as amplas diferenças culturais que existiam na Região e a necessidade de desenvolver modelos que fossem flexíveis e adaptáveis às características e exigências de cada país. Isso era essencial porque, conforme o

Subcomitê indicou corretamente, um modelo único não poderia ser aplicado em todos os casos. A monitoração e avaliação para avaliar o impacto da iniciativa também era importante. A Secretaria planejava se basear na experiência de países como o Brasil, Canadá, Cuba e Estados Unidos, que desenvolveram indicadores para medir os efeitos dos programas de saúde familiar.

92. Com respeito ao papel dos homens na saúde familiar, indicou que a OPAS estava atualmente colaborando com a agência de cooperação técnica alemã (GTZ) em um estudo sobre o envolvimento dos homens na saúde sexual e reprodutiva realizado em vários países. O projeto foi realizado por dois anos nos sete países da América Central, e esperava-se que os resultados preliminares estivessem disponíveis até o final de 2003. A informação proveniente do estudo seria usada para desenvolver modelos visando a aumentar o envolvimento do homem na saúde sexual e reprodutiva. Além dos componentes de saúde, esses modelos iriam abordar questões relacionadas a comunicação e mudança de comportamento.

93. Em conclusão, agradeceu aos países que se ofereceram a dividir sua experiência e assegurou que a OPAS solicitaria sua orientação enquanto continuasse a desenvolver a iniciativa para a família e a saúde.

94. A Diretora estava satisfeita com o fato de que a primeira versão do documento sobre família e saúde tenha sido tão bem recebida. Os comentários do Subcomitê iriam ajudar a Secretaria a melhorar a próxima versão. Ela considerava que a criação da área de Saúde da Família e da Comunidade iria possibilitar que a Secretaria adotasse uma abordagem integrada para a saúde familiar. Contudo, seria necessário também buscar insumo de outras áreas. Por exemplo, na área de informação e monitoração, acumulou-se uma grande quantidade de experiência através de pesquisas domiciliares. Apesar de “domicílio” e “família” não serem necessariamente sinônimos, havia uma associação próxima entre os dois conceitos, e essas pesquisas poderiam ser uma boa fonte de informação sobre a saúde familiar, assim como dados sobre variáveis econômicas, sociais, demográficas e outras que tivessem relação com a saúde familiar.

95. Também dever-se-ia utilizar o trabalho da Unidade de Gênero e Saúde, em particular o projeto sobre violência baseada no gênero e suas causas. A informação desse projeto poderia ser usada para identificar fatores protetores que poderiam ser incorporados nos esforços de promoção da saúde da iniciativa para a família e a saúde. O sistema de monitoração e inspeção associado com o projeto de violência também poderia ser bastante valioso.

96. A unidade que cuida da proteção social na saúde também poderia fazer uma contribuição valiosa para a iniciativa, principalmente identificando esquemas de seguros de saúde que fornecem a melhor cobertura para as famílias. Nesse contexto, indicou que os delegados da 20ª Sessão do Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento informaram que alguns sistemas não estendiam proteção aos esposos de trabalhadoras, apesar de os empregados terem direito a cobertura para suas esposas e famílias. A existência dessas práticas discriminatórias indica a necessidade de adotar políticas e leis que protejam e apoiem as famílias.

97. As políticas e a legislação também eram essenciais para legitimar os modelos de saúde familiar que fossem desenvolvidos eventualmente. Em relação a isso, na transformação dos modelos de assistência de saúde, especialmente a redução da assistência hospitalar, era importante evitar a transferência das responsabilidades de cuidado para as famílias sem fornecer os recursos e o apoio necessários, tanto financeiramente como em termos da reorganização necessária do sistema de saúde. Isso poderia sobrecarregar as famílias e exacerbar o problema da pobreza—já que alguns membros da família iriam sem dúvida ter que largar seus empregos a fim de cuidar de outros membros da família—o que, por sua vez, iria piorar, não melhorar, a saúde familiar e a qualidade de vida.

98. Por último, respondendo ao comentário relacionado ao uso abusivo do álcool e seu impacto sobre as famílias, assegurou ao Subcomitê que a OPAS estava tomando providências para abordar a questão. O Chefe da Unidade de Saúde Mental há muito defendia uma atenção ampliada ao uso abusivo do álcool e de drogas, e um consultor regional foi recrutado especificamente para trabalhar no problema.

Monitoração da Redução da Morbidade e Mortalidade Materna (Documento SPP37/7)

99. A Dra. Virginia Camacho (Consultora Regional, Iniciativa para Redução da Mortalidade Materna, OPAS) resumiu os pontos principais do documento, que foi preparado como acompanhamento à aprovação pelos Estados Membros da Estratégia Regional para Redução da Mortalidade e Morbidade Materna na 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana no ano anterior. A Resolução CSP26.R3 dessa Conferência solicitava que a Diretora fortalecesse os sistemas de informação e inspeção para monitorar o progresso na redução da mortalidade e morbidade materna.

100. A meta do documento era a de articular uma proposta para ajudar a Secretaria e os países, tanto no nível nacional como local, a monitorar o progresso em direção ao objetivo da Cúpula do Milênio de reduzir a mortalidade materna em 75% entre 1999 e 2015. Dois indicadores foram estabelecidos para essa meta: taxa de mortalidade materna e proporção de partos atendidos por pessoal qualificado. Além disso, a proposta especificada no documento visava a ajudar os Estados Membros a cumprir o

compromisso assumido na Resolução CSP26.R13 de reduzir as brechas na mortalidade materna que existiam entre os países na Região e em cada um deles.

101. O documento aborda a questão da monitoração sob três perspectivas: como medir o progresso em termos de indicadores de impacto (por exemplo, taxas de mortalidade materna), como medir os esforços que estavam sendo feitos na Região para abordar o problema da mortalidade materna (por exemplo, formulação de políticas, planos e programas), e como a Organização poderia apoiar melhor os esforços dos países. Na implementação dos sistemas de monitoração nos níveis regional, nacional e local, a OPAS propôs se basear em sistemas existentes e fazer um uso ótimo das boas práticas e lições aprendidas nos países da Região. A melhoria da capacidade de monitoração no nível local era considerada crucial, já que esse nível gerava a informação que ia para os sistemas de monitoração e era nesse nível que a população afetada vivia.

102. Com base na Estratégia Regional, o documento identifica componentes importantes de um sistema de monitoração da mortalidade e morbidade materna, junto com indicadores e questões afins a serem respondidas em cada um. Esses componentes eram: criação e implementação de políticas, planos e programas para a redução da mortalidade e morbidade materna; alocação de recursos do investimento público para esse fim; disponibilidade e uso de assistência obstétrica essencial (básica e abrangente) e atendimento hábil no parto; estratégias para habilitar mulheres, famílias e comunidades (o que, segundo a pesquisa, poderia ter um grande impacto na redução da mortalidade materna e na melhora da saúde materna); estatísticas vitais, sistemas de inspeção e uso da informação para ação; e a formação de parcerias, outro elemento que teve grande impacto, não só no desenvolvimento de políticas públicas, mas na revisão contínua da implementação de planos e programas e da participação da sociedade civil no processo.

103. O Subcomitê foi solicitado a fornecer comentários sobre a relevância desses componentes e como a cooperação técnica da OPAS poderia apoiar os países na implementação de sistemas para monitorar a morbidade e a mortalidade materna. Além disso, o Subcomitê foi convidado a expressar suas visões sobre como obter a participação ativa das partes interessadas, especialmente grupos de mulheres, e comentar sobre como identificar quais dos muitos indicadores disponíveis eram compatíveis com os mandatos internacionais, planos nacionais e locais e os objetivos das partes interessadas.

104. O Subcomitê considerou o documento bem escrito e bem organizado e via com satisfação a proposta da Organização para reduzir a mortalidade e morbidade materna. A redução da mortalidade materna era considerada uma alta prioridade para todos os países, até mesmo os países cujas taxas eram relativamente baixas, e a implementação de um sistema eficaz de monitoração era considerada um passo crucial para determinar onde e por que as mortes maternas continuavam a ocorrer. A monitoração também ajudaria a identificar as causas da morbidade materna. Nesse contexto, sublinhou-se a importância

de assegurar boa assistência pré-natal durante toda a gravidez, assim como atendimento hábil no parto. A melhora dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e o fornecimento de acesso oportuno e gratuito a métodos de planejamento familiar eram vistos como outra estratégia importante para melhorar a saúde materna.

105. Os delegados concordaram com os componentes básicos da proposta e consideram que isso serviria como um bom quadro para o desenvolvimento de planos de monitoração nos níveis nacional e local. O foco da proposta sobre os pobres e grupos carentes foi elogiado, já que sua ênfase estava no incentivo à participação local e determinação de áreas onde se sabia que as mortes maternas estavam sendo subnotificadas. Indicou-se que a saúde materna estava muito ligada à saúde geral da família, e sublinhou-se a necessidade de envolver as famílias e comunidades no esforço para reduzir a morbidade e mortalidade materna.

106. Expressou-se firme apoio aos esforços da Organização para evitar a duplicação do trabalho, expandir sistemas de informação existentes e formar alianças com outras organizações que estavam trabalhando para abordar as causas da morbidade e mortalidade materna. Vários delegados indicaram que organizações em seus países haviam desenvolvido ferramentas e metodologias para esse propósito e se ofereceram a partilhar suas experiências com a OPAS. Alguns delegados também indicaram que iriam enviar sugestões e comentários adicionais sobre o documento por escrito.

107. A Dra. Camacho esperava com interesse essas contribuições por escrito. Ela concordava totalmente com os delegados que enfatizaram a necessidade de focalizar a redução tanto da morbidade materna quanto da mortalidade materna. Embora o documento não tenha se estendido tanto sobre esse aspecto do trabalho da Organização, era um componente importante da cooperação técnica da OPAS na área da saúde materno-infantil, especialmente nos países que já tinham taxas baixas de mortalidade materna. Reduzir a morbidade durante a gravidez não só evitaria mortes maternas, mas ajudaria mães a evitar possíveis problemas de saúde mais tarde na vida. Os países com baixas taxas de mortalidade materna que continuavam a identificar a mortalidade materna como uma prioridade nas políticas públicas estavam dando um importante exemplo, ao reconhecer que até mesmo uma morte materna era demais. Assim como a Região determinou o objetivo de eliminar o sarampo, devia se esforçar para eliminar a mortalidade materna.

108. A Diretora considerava importante adotar uma abordagem estratificada para o problema da mortalidade materna. Embora, no caso de países com taxas intermediárias ou baixas, a monitoração fosse crucial para reduzir as taxas ainda mais e, especialmente, identificar as causas da morbidade materna, em países com altas taxas de mortalidade materna a prioridade deveria estar na ação. As causas já eram conhecidas e intervenções comprovadas existiam para abordá-las; era necessário assegurar a aplicação dessas

intervenções, tendo como alvo principalmente as áreas geográficas e grupos de população que corriam maior risco.

109. Ao mesmo tempo, era importante envolver grupos organizados de mulheres no esforço para reduzir a mortalidade materna porque esses grupos muitas vezes chamavam atenção para questões difíceis que precisavam ser abordadas. Por exemplo, em alguns países as mulheres se convenceram de que o parto por cesariana era melhor para elas e melhor para seus bebês, uma visão que era fomentada pela profissão médica. Como resultado, algumas mulheres estavam morrendo de complicações em cesarianas desnecessárias. Quando esses problemas viessem à tona, era necessário atacá-los de frente. De outra forma, as taxas de morte materna da Região iriam continuar inaceitavelmente altas.

Obesidade, Alimentação e Atividade Física (Documento SPP37/8)

110. O Dr. Enrique Jacoby (Consultor Regional, Unidade de Nutrição, OPAS) descreveu a estratégia proposta para combater o crescente problema da obesidade na Região. Essa estratégia enfatiza a prevenção e procura identificar os fatores que desencorajavam as pessoas de fazerem escolhas saudáveis com relação à alimentação e à atividade física. Ele começou apresentando estatísticas sobre a prevalência crescente do peso acima do normal e da obesidade em países das Américas. Esse aumento trouxe um aumento correspondente no colesterol alto, hipertensão e outras condições de saúde relacionadas à alimentação. O problema estava crescendo em todos os países, não somente nos de alta renda. Todavia, a renda influencia as taxas de obesidade. Tanto nos países ricos como nos pobres, até certo ponto, a renda crescente estava associada a um aumento na obesidade, mas além desse ponto entre os segmentos com maior renda da população as taxas de obesidade eram menores.

111. A maioria do peso acima do normal e da obesidade poderia ser evitada através de mudanças na alimentação e no nível de atividade física, que eram opções do estilo de vida. Contudo, essas escolhas eram influenciadas por fatores ambientais. Por exemplo, o desenho de muitas cidades incentiva a utilização de transportes motorizados e desencoraja caminhadas e outras formas de atividade física. Similarmente, o enorme crescimento na disponibilidade de alimentos processados ricos em energia e gordura mudou os padrões de consumo, aumentando o número de calorias consumidas por dia, mas reduzindo a ingestão de frutas e vegetais. O desafio para o setor de saúde pública, então, consistia em como tornar mais fácil para as pessoas fazerem escolhas mais

saudáveis, especialmente entre os grupos de média e baixa renda, onde o problema era mais sério.

112. A estratégia proposta no Documento SPP37/8 era uma abordagem múltipla que enfatizava a prevenção, reconhecendo que era muito mais fácil e menos oneroso prevenir que a obesidade ocorresse do que tratar suas conseqüências mais tarde. Além do mais, a maioria dos países na Região simplesmente não tinha recursos para enfrentar os problemas de saúde associados com obesidade em uma população que está envelhecendo. De modo relacionado, a estratégia promovia uma integração de esforços para prevenir a obesidade e doenças não-transmissíveis. A estratégia também procura modificar os fatores ambientais que dificultam a mudança de comportamento e as escolhas saudáveis para os segmentos da população com rendas mais baixas e menos instrução. Já que muitos desses fatores se encontram no campo de ação de outros setores, a construção de parcerias fora do setor da saúde também era um componente importante da estratégia. Gerar mais e melhores dados sobre o problema era outro aspecto importante.

113. O Dr. Jacoby concluiu sua apresentação ressaltando que todos os elementos e atividades propostas na estratégia estavam direcionados para um objetivo fundamental: fazer com que as escolhas saudáveis sejam as escolhas mais fáceis.

114. O Subcomitê elogiou a participação da Organização nessa área. Indicou-se que os esforços da OPAS iriam reforçar o objetivo maior da OMS de desenvolver uma estratégia global sobre dieta, atividade física e saúde. Vários delegados comentaram que a orientação preventiva da estratégia proposta da OPAS era coerente com iniciativas atuais em seus países que buscavam incentivar a mudança de comportamento e promover estilos de vida saudáveis através de uma abordagem integrada, intersetorial, envolvendo uma ampla gama de parceiros. Em relação a isso, destacou-se a necessidade de envolver a indústria de produção alimentícia na abordagem do problema da dieta e da obesidade. Um delegado sugeriu, por exemplo, que a indústria alimentícia pode ser uma fonte de financiamento para pesquisa nessa área. Outro indicou que era importante para o setor da saúde colaborar com a indústria alimentícia para melhorar a rotulagem de alimentos empacotados e assim dar aos consumidores a informação de que eles precisam para fazer escolhas mais saudáveis.

115. Em geral, o Subcomitê achou que o documento era um bom ponto de partida para se construir uma estratégia eficaz, embora vários delegados tenham sugerido temas adicionais que deviam ser incorporados, principalmente a identificação dos componentes e atividades necessários para implementar uma estratégia em cada país, recomendações sobre políticas e regulamentos nacionais e indicadores para monitoração e avaliação. Um delegado assinalou que em muitos países as pessoas faziam cada vez mais refeições em restaurantes e que a estratégia deveria levar em conta essa tendência. Sugeriu-se também que a estratégia deveria se concentrar em manter um peso saudável—através da boa dieta

e atividade física suficiente—em vez de perda de peso, e em incentivar a responsabilidade individual pela dieta e a atividade física, em vez de recurso excessivo a programas de perda de peso.

116. Muitos delegados indicaram que iriam fornecer mais sugestões por escrito. A delegada dos Estados Unidos disse que, além disso, sua delegação iria apresentar comentários por escrito sobre algumas preocupações acerca do documento, notadamente vários casos em que se faziam afirmações em relação ao impacto da publicidade sobre hábitos de dieta e a relação entre obesidade e consumo de certos tipos de alimento que não pareciam ser apoiadas pelos dados atuais. Sua delegação também estava preocupada com uma seção do documento que parecia propor que os países deveriam explorar regulamentos, tarifas e taxas como formas de modificar preferências alimentares e comportamento dietético. Parecia que a OPAS estava sugerindo que os Estados Membros deveriam considerar o não cumprimento dos acordos da Organização Mundial do Comércio. Essa era uma abordagem não-científica e simplista para o problema, e envolvia assuntos que claramente escapavam ao alcance e competência da Organização. Sua delegação, portanto solicitava que a Secretaria revisasse o artigo cuidadosamente para que refletisse mais precisamente uma posição de saúde pública.

117. Indicou-se que a recomendação no documento relacionada à atividade física—30 minutos por dia, cinco dias por semana—divergia da recomendação da OMS de 1 hora por dia, cinco vezes por semana. Solicitou-se que a Secretaria comentasse sobre essa diferença e também esclarecesse a recomendação no documento relacionada à participação ativa na Comissão do Codex Alimentarius.

118. Ressaltou-se a importância de promover mudanças nos comportamentos e percepções sobre a dieta e a obesidade entre agentes da saúde. Deve-se introduzir modificações no currículo e nos programas de treinamento para profissionais da saúde de modo a assegurar que a obesidade seja reconhecida como um problema sério de saúde pública. Os médicos deveriam ser incentivados a aconselhar seus pacientes sobre a importância da dieta e do exercício e a encaminhar os obesos para programas especiais desenvolvidos para ajudá-los a melhorar os hábitos alimentares e aumentar o nível de atividade física.

119. O Dr. Jacoby assegurou aos delegados que seus comentários, orais e escritos, seriam levados em conta na revisão do documento. Ele concordava sinceramente sobre a necessidade de envolver a indústria alimentícia para resolver o problema da dieta e da obesidade. Melhorar o abastecimento de alimentos disponíveis no mercado era essencial, bem como recrutar a indústria alimentícia para o esforço de oferecer aos consumidores uma ampla gama de escolhas alimentares mais saudáveis.

120. Respondendo às preocupações expressadas pelos Estados Unidos, disse que a intenção do documento certamente não era de promover o não-cumprimento dos acordos de comércio internacional. Sua intenção era a de indicar que algo deveria ser feito com relação ao abastecimento de alimentos. Por isso, a OPAS defendia a participação dos produtores de alimento e comerciantes na solução do problema. Essa também era a razão para a recomendação relacionada à participação ativa nas comissões do Codex Alimentarius. Muitas questões que afetavam os tipos de alimentos disponíveis aos consumidores estavam sendo discutidas no âmbito do Codex e da OMC. Já que essas questões muitas vezes tinham uma dimensão de saúde, era essencial que o setor da saúde estivesse envolvido nessas discussões. Em relação à evidência sobre as relações entre a publicidade, consumo de alimentos com altas taxas de gordura e calorias, e obesidade, esses dados estavam disponíveis. Ele cuidaria para que a próxima versão do documento incluísse mais informação sobre estudos que indicam, por exemplo, que a regulamentação da publicidade vista por crianças poderia ter um impacto sobre o consumo de alimentos com altas taxas de gordura e açúcar e pouco valor nutricional.

121. Quanto à recomendação relacionada à atividade física, dado que dois terços da população da Região não se exercita de nenhuma forma, a OPAS acreditava que era muito mais realista recomendar 30 minutos de atividade física por dia. Embora fosse verdade que a quantidade não era suficiente para reduzir a obesidade, 30 minutos era melhor do que nenhum, e está provado que até esse nível modesto de atividade poderia render melhoras importantes na saúde. Colocar uma meta muito alta seria apenas um convite ao fracasso. Além do mais, a OMS apoiou a recomendação de 30 minutos por dia como mínimo, embora tenha recomendado que, idealmente, as pessoas devam se exercitar por uma hora por dia ou mais, cinco dias por semana.

122. A Diretora concordou com a necessidade de trabalhar em parceria com a indústria. Em relação a isso, o problema da obesidade era similar a outros problemas de consumo, como o uso do tabaco. A questão de como influenciar as decisões do consumidor era algo que a Organização poderia olhar mais de perto no futuro. Embora isso não seja talvez uma área de atividade tradicional para a saúde pública, a fim de desenvolver estratégias de saúde pública eficazes que levem os consumidores a fazer escolhas mais saudáveis, era essencial obter um melhor entendimento sobre o que motiva os comportamentos. Isso era verdade não só em relação à dieta e obesidade, mas em muitas outras áreas de preocupação para a saúde pública, como o uso de remédios e álcool e a utilização dos serviços e tecnologias de saúde. Ao desenvolver essas abordagens orientadas para o consumidor, a Organização planeja trabalhar em colaboração com organizações de consumidores e produtores. Estes últimos, especialmente, poderiam ser uma fonte valiosa de informação, já que fizeram pesquisas consideráveis para identificar os fatores que influenciam as decisões dos consumidores.

123. Com relação ao Codex Alimentarius, conforme o Dr. Jacoby explicou, a meta da OPAS era a de aumentar a participação nas comissões nacionais do Codex. Era importante envolver uma variedade de setores, especialmente o setor da saúde, nas discussões desses órgãos.

124. Finalmente, ela informou que um esforço estava em andamento dentro da Organização para tornar mais saudáveis todos os escritórios da OPAS, tanto em Washington, D.C., como nos países. Algumas das mudanças que estavam sendo introduzidas envolviam a promoção de opções alimentares mais saudáveis e atividade física entre os funcionários. Dessa forma, a Organização espera dar um exemplo que seria seguido por suas contrapartes nos países.

Pandemia de Gripe: Preparativos no Continente Americano (Documento SPP37/9)

125. O Dr. Marlo Libel (Consultor Regional, Unidade de Doenças Transmissíveis, OPAS) introduziu o tema, assinalando que era muito atual considerando a epidemia da síndrome respiratória aguda grave (SARS). Embora a doença não fosse gripe, serviu para testar os sistemas de preparação em vários países do mundo. Adicionalmente, em fevereiro de 2003 também houve casos de transmissão do vírus avícola da gripe para humanos em Chong Kong, e os dois surtos ressaltaram a necessidade de focalizar na preparação para possíveis pandemias. O aspecto de maior preocupação em relação à gripe era a capacidade do vírus de mudar de repente e de maneira notável. As epidemias no passado resultaram em grande mortalidade, com conseqüências sociais enormes. Também muitas vezes causaram conseqüências econômicas graves, como o colapso da produção de aves na Ásia.

126. Os sistemas da OMS para lidar com a gripe se concentravam em duas áreas principais de atividade: preparação para pandemias, de um lado, e redução das possibilidades de disseminação da doença, do outro lado, através da identificação precoce de novas formas do vírus. Os Centros Colaboradores da OMS e os centros nacionais de gripe geneticamente seqüenciaram 1.000 amostras por ano com o intuito de produzir vacinas. Atualmente, cerca de 240 milhões de doses de vacina estavam sendo produzidos no mundo inteiro a cada ano, que eram insuficientes em relação ao que poderia ser necessário no caso de uma pandemia global.

127. A preparação para pandemias era inadequada na maioria dos países. Embora alguns países tivessem planos de resposta detalhados, outros tinham pouco mais do que estruturas básicas. O grau de preparação era incerto, e muito trabalho ainda tinha que ser feito em termos de vacinas e estratégias antivirais. A produção de vacinas estava atualmente limitada a nove países no mundo, dos quais somente o Canadá e os Estados Unidos se situavam nas Américas.

128. Os elementos-chave na preparação para pandemias eram a coordenação geral, vigilância, disponibilidade de vacinas e antivirais, planejamento dos serviços de saúde, sistemas de resposta a emergências e comunicações. Aspectos importantes da coordenação geral eram o estabelecimento de um comitê e uma cadeia de comando nacional de pandemia e a criação de um quadro normativo. Em termos de vigilância—que era importante entre e durante pandemias—era essencial identificar o início de uma pandemia e rastrear sua chegada e progresso em um país; assegurar a rápida identificação de novas cepas do vírus e a capacidade de fornecer dados sobre o impacto em tempo real; e monitorar a aplicação de vacinas e antivirais, eficácia e eventos adversos, assim como a resistência aos medicamentos antivirais. A vigilância virológica estava muito bem coberta na América do Norte e no Cone Sul, mas nos outros lugares havia necessidade de ampliar a base da população para obter resultados mais abrangentes, assim como integrar as vigilâncias humana e animal e, em particular, obter um entendimento melhor sobre os riscos dos humanos contraírem os vírus da gripe avícola e suína.

129. A questão principal com relação a vacinas e antivirais era a dificuldade na produção (devido particularmente ao baixo número de produtores e dificuldades no desenvolvimento do vírus em ovos embrionados). O ciclo de produção normal da vacina contra a gripe era de oito meses, desde a identificação de um vírus até a disponibilidade das primeiras remessas. Normalmente, era desejável desenvolver vacinas polivalentes, mas em uma pandemia seria necessário produzir vacinas monovalentes, específicas para a nova forma. Em tais circunstâncias, certas medidas de consulta e licenciamento poderiam ser omitidas, encurtando o tempo de produção para cerca de 5 a 6 meses.

130. Na área de planejamento dos serviços de saúde, o maior problema encontrado com a SARS foi a transmissão para os agentes de saúde. O controle da infecção era um problema sério, sendo necessário planos e procedimentos para lidar com isso. Outro aspecto era as medidas de controle da comunidade, como fechamento de escolas e instalações similares, que, além das características técnicas, acarretavam também decisões políticas. A resposta a emergências exigia uma abordagem intersetorial a fim de manter serviços cruciais de segurança da saúde e pública. O segmento das comunicações tinha dois aspectos principais: comunicação com equipes de resposta a emergências e comunicação com a população sobre os riscos. Todas essas áreas exigiam preparação: não são coisas que podem ser colocadas em prática uma vez que a crise já tenha começado.

131. As ações essenciais que os países deviam tomar incluíam o estabelecimento de uma força-tarefa nacional de planejamento de pandemias; preparação de planos específicos de contingência cobrindo pessoal, equipamento e organização; decisões iniciais sobre estratégia de vacinação, notadamente as quantidades que seriam necessárias; aumento dos sistemas de vigilância para proporcionar a cobertura mais ampla possível no maior número possível de países; estabelecimento de consenso entre as

comunidades médica e científica sobre o uso das vacinas e antivirais; reserva para o fornecimento e logística de medicamentos de todos os tipos; desenho de um plano de comunicações sobre risco; e melhora da cobertura anual de vacinação entre os grupos de alto risco.

132. O Subcomitê assinalou que as pandemias de gripe implicavam a necessidade de forte cooperação internacional e regional para o desenvolvimento de estratégias seguras de prevenção e controle. O momento para se preparar para a próxima pandemia era agora, e a OPAS poderia representar um papel-chave na facilitação de atividades de planejamento regional. Conforme indica o documento SPP37/9, a comunicação eficaz era uma estratégia importante na preparação e resposta a pandemias. Contudo, havia necessidade de esclarecimento do papel da OPAS no anúncio das diferentes fases de uma pandemia, conforme proposto no Anexo ao documento, e na facilitação da comunicação durante uma pandemia. A OPAS, em colaboração com a OMS, deveria estar permanentemente envolvida na coordenação e apoio ao treinamento, exames de laboratório e vigilância, assim como no estudo do ônus da doença e o impacto econômico da gripe.

133. A construção de capacidade local para gerar os dados necessários ao planejamento do programa nacional de imunização deveria ser considerada uma prioridade. Todos os países precisavam se preparar para uma escassez inevitável de vacinas e antivirais no caso de uma pandemia. Estabelecer objetivos e prioridades nacionais era o primeiro passo necessário em direção à preparação, e a OPAS deveria colaborar com os países para avaliar as necessidades regionais de vacinas e antivirais. Contudo, era preciso discutir mais o papel da OPAS na organização da distribuição equitativa das vacinas durante uma pandemia. Já que a capacidade de produzir vacinas contra a gripe dentro da região estava atualmente limitada, uma atividade de alta prioridade seria a OPAS estimular o interesse de produtores regionais e facilitar discussões entre atuais produtores de vacina.

134. Deve-se considerar o desenvolvimento de abordagens comuns para o planejamento e resposta a emergências do setor público, incluindo pandemias de gripe e eventos de bioterrorismo como a catapora. Uma área na qual o Subcomitê considera que a OPAS poderia representar um papel crucial era o fornecimento de informação para a mídia e para provedores de assistência de saúde, recrutando sua ajuda para administrar a percepção do público e evitar o pânico. A OPAS também poderia ajudar na comunicação regular que deveria ser empreendida nos níveis nacional e regional sobre a importância do planejamento para a epidemia anual de gripe na Região. Os delegados ressaltaram a necessidade de estender a cobertura da vacinação anual contra a gripe, principalmente entre os idosos e outros grupos de risco. A importância de uma boa vigilância para verificar corretamente o número de mortes atribuíveis à gripe também foi ressaltada.

135. Indicou-se que a epidemia de SARS revelou várias deficiências na preparação. Uma delas é a questão da evacuação médica de pacientes. Na Ásia, nas últimas semanas, algumas companhias se recusaram a transportar pacientes que haviam contraído a SARS, dificultando muito os esforços de transportar pacientes para facilidades com melhores níveis de assistência médica. Já que a questão foi considerada principalmente como de percepção e treinamento, sugeriu-se que a OPAS deveria estar envolvida na ajuda para treinar tripulações e companhias aéreas em técnicas de controle apropriado da infecção e talvez na discussão de acordos contratuais que podem permitir um transporte melhor e mais seguro de pacientes em estado crítico. A segunda área deficiente o transporte de espécimes. Houve grande dificuldade em muitas partes da Ásia com a remessa de espécimes para laboratórios do Centro Colaborador da OMS de forma oportuna e sem comprometer os espécimes no transporte.

136. O Subcomitê ressaltou a importância do intercâmbio multilateral e internacional de informação sobre práticas bem-sucedidas para lidar com a gripe e outras pandemias. Sugeriu-se também que as questões relacionadas com financiamento e apoio para a compra de vacinas deveriam ser ressaltadas, notadamente se as vacinas poderiam ser obtidas a preços mais baixos do que os atuais. Uma área de preocupação era o tempo que iria passar antes de uma vacina estar disponível nos vários países no caso de uma pandemia envolvendo uma nova cepa. Era importante estabelecer em nível internacional as medidas preventivas a serem tomadas antes da disponibilidade da vacina. Considerou-se também essencial revisar certas metodologias de exame a fim de padronizar o critério e assegurar a confiabilidade dos métodos usados.

137. O Dr. Libel agradeceu aos delegados seus comentários e contribuições, que iriam melhorar o documento e também melhorar a perspectiva da OPAS sobre como responder a essas ameaças à saúde. As observações feitas em relação à necessidade de treinamento coordenado e estudos sobre o ônus da doença foram muito valiosas. Era definitivamente necessário realizar mais trabalho nessa área. Com relação à comunicação e disseminação de informação, a informação estava sendo disseminada através dos sites da OPAS e da OMS, mas havia a necessidade de melhorar o fluxo de informação, para que se tornasse comunicação em tempo real sobre os riscos que os países enfrentam.

138. Com relação à produção e distribuição de vacinas, recebeu com satisfação a sugestão de envolver novos laboratórios na Região com a intenção de tentar acelerar a produção e encurtar o tempo para disponibilidade. Ele agradeceu aos participantes pelos comentários sobre custos e a necessidade de fundos para desenvolver atividades nos níveis nacional e regional. A informação dos Estados Unidos de que 100 milhões de dólares foram solicitados para lidar com a gripe em 2004 deu uma indicação da escala de recursos necessários. Ele encorajou os países que finalizaram seus planos a torná-los disponíveis a outros países, ajudando-os a desenvolver seus próprios planos.

139. O transporte de espécimes era um problema contínuo, que piorou depois dos acontecimentos do dia 11 de setembro de 2001. Através da Unidade de Serviços de Laboratório da OPAS, funcionários em cada país da Região, tanto em laboratórios nacionais de saúde pública quanto nas representações da OPAS, foram certificados para transportar amostras biológicas perigosas. O próximo e mais difícil passo seria estabelecer contratos com um só transportador para transportar essas amostras, em vez de ter que negociar cada vez com transportadores diferentes.

140. Com relação às políticas sobre vacinação, a melhor época do ano para vacinar era basicamente uma questão de onde as vacinas estavam disponíveis. Nos países tropicais e subtropicais, não havia um mês que fosse preferível, já que a gripe estava presente o ano todo. Um pré-requisito necessário para a compra centralizada de vacinas era que os países já deveriam ter estabelecido programas de imunização de rotina. A demanda resultante garantida tornaria fácil para os laboratórios produtores celebrar contratos de compra e reduzir os preços. Houve dificuldades no desenvolvimento de vírus em ovos embrionados, mas agora vários laboratórios produtores estavam mudando seus métodos de produção e se preparando para vender culturas, das quais o vírus poderia ser desenvolvido. Isso deve encurtar o tempo de produção. A nova abordagem estava atualmente em fase experimental, mas seria operacional nos próximos dois ou três anos.

141. A pedido da Diretora, o Dr. Libel apresentou uma breve atualização sobre dois outros vírus: o SARS e o vírus do Nilo Ocidental. Com relação ao SARS, 13 países notificaram casos, em três continentes, com um total de 487 casos e 17 mortes. Contudo, poucos países tinham transmissão local confirmada. Esses países eram Canadá, Hong Kong, Cingapura, Taiwan e Estados Unidos, e as transmissões se deram entre agentes de saúde ou membros imediatos da família. Em outras palavras, o SARS não era um vírus que parecia se espalhar amplamente através da comunidade. As pessoas que desenvolvem febre e sintomas respiratórios como tosse ou dificuldade para respirar deveriam ser consideradas potenciais pacientes com SARS somente se estiveram em contato com um caso ou viajaram para os países afetados.

142. Os antibióticos não são eficazes no tratamento, mas os antivirais parecem ter dado melhores resultados. A necessidade principal foi de assistência respiratória intensiva, com muitos dos pacientes necessitando de respiração auxiliada. A questão do controle de infecções em hospitais foi de grande importância.

143. Do ponto de vista do conselho a viajantes, a OMS não estava recomendando nenhuma restrição a viagens para os países afetados. Contudo, também recomendou que se deveria dar informação ou treinamento às tripulações de linhas aéreas para que pacientes potencialmente infectados com o vírus pudessem ser detectados no momento da

entrada no avião. A OPAS estava sendo notificada de casos na Região, com base nas definições estabelecidas que foram enviadas a todos os Estados Membros.

144. Os casos de vírus do Nilo Ocidental nos Estados Unidos aumentaram de poucas centenas em 2001 para cerca de 4.100 em 2002. A doença estava ocorrendo agora em 44 estados. Os pássaros migratórios eram o vetor mais significativo, junto com os mosquitos. A OPAS já executou treinamento para funcionários de laboratórios veterinários e entomologistas no diagnóstico e vigilância desse vírus. Esses funcionários foram selecionados de países que possuíam laboratórios disponíveis para trabalhar com esse tipo de vírus e capazes de executar inspeção local de pássaros mortos. Para maio de 2003, planejou-se um segundo curso de treinamento, que cobriria em particular a América Central e o México. Na Região, houve casos isolados nas Ilhas Caimã em 2001 e um caso importado no México, e o vírus foi encontrado em pássaros na República Dominicana. O trabalho com o vírus do Nilo Ocidental e da SARS envolve questões importantes de biossegurança.

145. Falando também a pedido da Diretora, o Dr. Stephen Corber (Gerente de Área, Prevenção e Controle de Doenças) disse que a experiência com a SARS demonstrou a importância de se ter um plano para controlar o surto na fonte. O êxito quase total de Hong Kong, Cingapura e Vietnã na contenção do surto dentro de suas fronteiras tornou o trabalho de todos os outros países muito mais fácil. Reenfatizando a importância da comunicação, ele disse que, embora os planos e treinamento em aspectos específicos fossem importantes, era essencial também testar o plano todo por meio de exercícios de simulação. Esses exercícios revelam as áreas que necessitam de mais trabalho, e essas áreas muitas vezes envolviam a comunicação. O surto da SARS poderia ser visto como um exercício de simulação para uma pandemia de gripe. Nesse caso, a comunicação realmente mostrou seu valor. Tanto a transmissão de informação da OPAS quanto a notificação de casos suspeitos dos países para a OMS foram cruciais nos esforços para conter a doença. Teleconferências diárias entre os países da OMS demonstraram mais ainda o valor da comunicação. Além disso, 11 laboratórios em 10 países estavam cooperativamente examinando os espécimes recolhidos de pacientes, o que exigia um grande volume de comunicação e coordenação.

146. O Dr. Corber indicou também que o que torna a gripe fundamentalmente diferente de outras doenças é ser o período de incubação tão curto e o vírus transmitido através do ar. As pandemias poderiam ocorrer muito rapidamente, matando milhões. Os componentes básicos da resposta a pandemias eram a detecção de novas formas do vírus da gripe e planos de tratamento oportunos. Os países tinham a tendência de treinar as pessoas em aspectos específicos, como detectar um vírus ou como melhorar a notificação, mas, além disso, havia uma necessidade de ter uma visão do plano como um todo.

147. A Diretora disse que a discussão e os comentários dos Membros do Subcomitê indicaram que a OPAS deveria progredir mais adiante nessa área. Ela concordou com a sugestão de que, ao estabelecer comitês nacionais e redigir planos nacionais, a OPAS deveria juntar os países para que assim eles pudessem trocar experiências e idéias. Ela também entendeu seu desejo de que tais planos e comitês deveriam ser estabelecidos dentro de mecanismos existentes para lidar com emergências e desastres, vigilância epidemiológica e controle das práticas de imunização, em vez de criar um mecanismo. Assim, a mensagem para a OPAS era claramente que os recursos tinham que ser combinados, não divididos, especialmente em vista das atuais limitações nos recursos.

148. Se os recursos não fossem usados sabiamente, a OPAS não poderia cumprir o mandato duplo que foi sugerido pelo Subcomitê, isto é, apoiar os níveis locais, por um lado, e responder às necessidades de intercâmbio internacional de informação, por outro lado. Isso tornava ainda mais importante juntar forças no nível nacional e consolidar todos os esforços dos países para o benefício de todos. Alguns países tinham mecanismos específicos, em particular desde 11 de setembro de 2001, desenvolvidos para lidar com o bioterrorismo, e esses também tinham que ser divididos. Dessa forma, a OPAS poderia auxiliar os ministérios que já estivessem trabalhando em uma abordagem intersetorial, por exemplo, defesa, polícia nacional, mecanismos de segurança interna, educação e outros setores.

149. O ponto crucial era que os países deveriam organizar seus comitês nacionais tentando combinar e consolidar mecanismos existentes em vez de criar novas estruturas, o que não seria sustentável com os recursos atuais. Um segundo aspecto importante se relacionava aos planos e à possibilidade de incorporar exercícios de simulação dentro dos planos. Os planos deveriam ser divididos e disponibilizados no nível local, principalmente em países grandes e que estão passando por um processo de descentralização.

150. Ela assinalou ser crucial uma estratégia de comunicações, que cubra tanto a comunicação interna como a externa. Deve haver uma estratégia para comunicação entre países e dentro de cada país. A informação tinha que fluir para os agentes de saúde nas áreas pelas quais eles eram responsáveis, e também para o público.

151. Alguns aspectos do trabalho necessário poderiam ser feitos através da Rede do Cone Sul para Doenças Infecciosas Emergentes, que existe há cinco anos. Adicionalmente, contudo, estava claro que a OPAS deveria negociar com alguns atores fora do setor da saúde, como as linhas aéreas envolvidas no transporte de amostras ou pacientes.

152. Ela assinalou a necessidade de dar apoio específico para os países da América Central e do Caribe, não só porque nesses países os surtos de gripe não eram periódicos, mas principalmente por causa do seu tamanho e porque eram destinos favoritos do turismo, o que significava que eles estavam constantemente recebendo pessoas de todo o mundo. As redes de laboratórios nesses países precisavam de apoio, em particular assistência na definição das políticas de imunização dos países.

153. Em vista da insuficiência de recursos disponíveis para abordar todas as necessidades da preparação para a gripe na Região, a Diretora disse que estaria muito interessada em explorar com os governos do hemisfério norte as possibilidades para mobilizar alguns recursos adicionais, em um espírito de pan-americanismo e reconhecendo que as pandemias não respeitam fronteiras nacionais. Havia necessidade de organizar reuniões com atores do setor privado, notadamente as linhas aéreas, talvez sob a égide da Organização Internacional de Aviação Civil (ICAO) ou da Associação Internacional de Transporte Aéreo (IATA), e a OPAS agradeceria qualquer apoio dos países, tanto político quanto material. Essas reuniões iriam fornecer uma oportunidade de analisar os obstáculos que teriam que ser superados conjuntamente a fim de facilitar o transporte de amostras biológicas. Seria necessário um diálogo similar sobre o transporte de pacientes, com a meta de desenvolver orientações e recomendações em cada país.

154. A discussão sobre esse tema foi extremamente instrutiva, e a OPAS iria se esforçar para executar todos os papéis de cooperação técnica que os Estados Membros identificaram. Ela esperava que os países fossem capazes de contribuir com alguns recursos adicionais para possibilitar isso.

Grupo Étnico e Saúde (Documento SPP7/10)

155. A Dra. Cristina Torres (Chefe interina, Unidade de Política e Governo, OPAS) explicou que esse tema surgiu do Plano Estratégico para 2003-2007, que declara, entre outras coisas, “Embora as desigualdades devam ser reduzidas no decorrer do ciclo de vida, a Repartição Sanitária Pan-Americana deve colaborar com os países na identificação dos grupos para os quais as desigualdades quanto aos resultados da saúde ou ao acesso a serviços possam ser combatidas mediante medidas eficazes em função do custo que estejam disponíveis”. Em 2001, um mandato mais extenso surgiu da Conferência Mundial Contra o Racismo, a Xenofobia e a Intolerância Correlata, cujo documento final incentivou a “OMS e outras organizações internacionais relevantes a promover e desenvolver atividades para o reconhecimento do impacto do racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância relacionada como determinantes sociais importantes da saúde física e mental”. Adicionalmente, a Declaração do Milênio das Nações Unidas recomenda o fortalecimento do respeito aos direitos humanos, incluindo os direitos da minoria, e a adoção de medidas contra atos de racismo e xenofobia.

156. Havia um consenso na comunidade científica de que as diferenças entre os seres humanos não tinham fundamento biológico ou genético, mas, pelo contrário, eram resultado de fatores sociais, políticos e culturais. Depois de falar sobre as definições de alguns dos conceitos usados no documento, a Dra. Torres indicou que a realidade demográfica da Região das Américas era complexa: os grupos são de origens muito diferentes, além de serem de tamanhos amplamente variáveis e somarem diferentes porcentagens das populações totais dos países. Quase todos os países da Região tinham grupos de pessoas indígenas e afrodescendentes. Esses grupos constituíam “minorias” não só por causa do seu tamanho relativo, mas também pelo alto nível de vulnerabilidade e exclusão social. Enquanto que, de acordo com as cifras da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), 43% da população da Região como um todo vivia abaixo da linha da pobreza, todos os estudos indicaram que as minorias étnicas eram sobre-representadas entre os pobres. Também é digno de nota que a renda média das minorias nos Estados Unidos era menor do que a da população branca, revelando que a disparidade não estava restrita aos países em desenvolvimento.

157. Voltando-se para a questão específica da saúde, ela disse que os estudos baseados nas medições tradicionais, como a mortalidade infantil, revelaram que membros de minorias étnicas mostraram resultados consistentemente fracos. Isso poderia estar relacionado com o grau de exclusão social: por exemplo, um estudo do Brasil demonstrou que os filhos de mulheres de descendência africana com oito ou mais anos de escola tinham a mesma taxa de mortalidade que os filhos de mulheres brancas com nenhuma escolaridade. Similarmente, em 1950, a expectativa de vida dos adultos brasileiros descendentes de africanos era de sete anos menos do que os brasileiros brancos. Em 1990, a expectativa de vida dos dois grupos tinha aumentado, mas a disparidade de sete anos permaneceu. A frequência com que as pessoas utilizavam os serviços de saúde, e se elas faziam isso logo após o surgimento de um problema médico, também variava muito por origem étnica.

158. Na procura de programas que possam reduzir essas desigualdades, a OPAS descobriu vários elementos comuns. O primeiro era que as ações devem ser baseadas em dados recentes e informação confiável. O segundo era que eles precisavam incluir um alto grau de participação social. Um fator adicional importante era que esses programas deveriam ser baseados em alianças entre diferentes atores.

159. A informação exata de estatísticas e do censo era vital. Treze países da Região incluíram a variável da etnia no censo nacional de 2000 (além de quatro países que já faziam isso antes), embora ainda fossem necessárias algumas ações para incorporar a variável de etnia nas estatísticas da saúde e nos sistemas de informação da saúde. Alguns países já fizeram progresso, por exemplo, discriminando as estatísticas de mortalidade por grupo étnico. Essas mudanças iriam envolver o treinamento das pessoas que lidam com as estatísticas e a informação. Treze países estavam implementando programas

especiais de saúde direcionados para minorias étnicas. As áreas importantes para ação na Região, a fim de reduzir desigualdades de saúde baseadas na etnia, eram o desenvolvimento de indicadores etnicamente sensíveis para monitorar o progresso em relação ao cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio; a introdução da variável étnica nas estatísticas nacionais; coleta e intercâmbio de experiências bem-sucedidas com relação à informação e organização de serviços; reformulação de políticas, planos e programas de saúde para torná-los mais sensíveis etnicamente; e a introdução de uma perspectiva étnica nos planos de saúde desenvolvidos como parte das estratégias de redução da pobreza. Além disso, era muito importante desenvolver a sensibilidade étnica nos programas de saúde, notadamente os que têm relação com a prevenção do HIV/AIDS e com a redução de doenças específicas de certos grupos étnicos.

160. O Subcomitê considerou que o documento faz uma contribuição valiosa para o entendimento geral da situação de saúde das pessoas indígenas e descendentes de africanos. Vários membros descreveram iniciativas e projetos nos seus próprios países para atender às necessidades de saúde das minorias étnicas. O Subcomitê assinalou que os dados poderiam ser uma ferramenta poderosa para o desenvolvimento de políticas e programas para abordar as necessidades especiais das populações étnicas. Certamente, a falta de informação exata era por si só uma barreira ao acesso equitativo. A OPAS poderia desempenhar um papel mais importante na melhora da disponibilidade e qualidade dos dados. Muitos países não desagregavam rotineiramente os dados por etnia, que era o primeiro passo a ser dado. O desafio era o de desenvolver ferramentas e metodologias que levem a um melhor entendimento das dinâmicas da diversidade étnica e como isso afeta o acesso a serviços de saúde e sociais.

161. Contudo, o Subcomitê assinalou que nem o documento nem a apresentação abordaram a necessidade de levar os dados e a informação às populações afetadas, permitindo que representem um papel ativo no desenho e implementação de soluções que poderiam ajudar a melhorar a situação de saúde e os resultados da saúde, em vez de simplesmente serem beneficiários passivos. Com relação à inclusão da variável da etnia nas estatísticas e nos censos, a OPAS poderia desempenhar um papel importante na disseminação de melhores práticas. Havia necessidade de incluir os próprios grupos étnicos no desenvolvimento de indicadores e análises, e de equilibrar a necessidade de melhorar a informação desagregada por etnia, de um lado, e o direito de privacidade das pessoas, do outro.

162. O Subcomitê indicou também que a relação entre a etnia e a saúde era complicada e que a interação entre elementos raciais e étnicos, fatores socioeconômicos e níveis educacionais não era bem compreendida ou bem pesquisada. Conseqüentemente, todos os países deviam trabalhar individualmente e coletivamente nessa área. Outros subgrupos tinham necessidades especiais, como populações migrantes, refugiados e pessoas deslocadas por causa de condições violentas e econômicas. Esses grupos poderiam

transcender as linhas raciais e ter problemas desconhecidos pelas pessoas de fora, tornando assim a situação ainda mais complexa. A questão não era simplesmente se um grupo era minoria em termos de tamanho, mas se ele estava sendo marginalizado por ser minoria. Indicou-se também que uma razão adicional para a exclusão social pode ser simplesmente geográfica, por exemplo, se vivem em áreas remotas ou montanhosas.

163. Embora os delegados tenham expressado acordo geral com a seleção das cinco áreas principais da OPAS para ação, alguns sugeriram que o foco deveria estar nas duas primeiras, que iriam exigir investimentos maiores de recursos humanos e financeiros, assim como planejamento estratégico. O Subcomitê indicou que, em sua descrição dos programas e atividades da OPAS, o documento carecia de uma avaliação do impacto. Sugeriu-se a inclusão de resultados mensuráveis tanto nas atividades atuais da OPAS quanto nos esforços futuros.

164. Vários delegados assinalaram que seus países, como a OPAS, há anos mantêm um foco especificamente nos grupos indígenas, e recomendaram que esse foco especial não seja diluído. Isso pode ser prejudicial às condições de saúde dos povos indígenas que, conforme o documento indicou, estavam entre os mais pobres e mais em desvantagem nas Américas. Nesse contexto, sugeriu-se que, como o próximo ano marca o final da Década Internacional dos Povos Indígenas do Mundo, dever-se-ia produzir documentação para demonstrar todo o progresso que a OPAS fez nos últimos anos na melhora das condições de saúde dos povos indígenas. Essa documentação poderia também identificar problemas e apresentar recomendações para o próximo passo na continuação desse importante trabalho.

165. Sugeriu-se que a OPAS deveria colaborar com outras organizações relacionadas, como a CEPAL, nos esforços para cumprir as Metas de Desenvolvimento do Milênio relacionadas com o tema da etnia. A OPAS tinha um papel a representar no intercâmbio de experiências bem-sucedidas, já que os países, para formular suas políticas e planos, precisavam saber o que tinha sido bem-sucedido em outros lugares. Além disso, a OPAS deveria fornecer assistência técnica baseada nessas experiências. A informação deve ser compartilhada com outros setores dos países, em particular os envolvidos nas estratégias de redução da pobreza.

166. A Dra. Torres agradeceu aos delegados por seus comentários e relatórios de acontecimentos recentes importantes, que deveriam ser compartilhados e disseminados em toda a Região. Foram feitas sugestões valiosas que ajudariam a Secretaria a priorizar seu trabalho. Ela indicou que todos os participantes estavam de acordo em que esse trabalho deveria se concentrar na produção de indicadores para atender os mandatos da Cúpula do Milênio. Esses indicadores também seriam úteis para avaliar a implementação do Plano Estratégico 2003–2007 e, conseqüentemente, a Secretaria tinha intenção de desenvolver instrumentos que também seriam úteis para os países.

167. Em relação à necessidade de fortalecer os sistemas de estatísticas da saúde através da incorporação da variável da etnia, ela disse que já estavam sendo empreendidas atividades no contexto da Iniciativa para Saúde dos Povos Indígenas, incluindo uma reunião de funcionários responsáveis pelos sistemas de informação nos ministérios da saúde. A reunião serviu como troca de informação e também apontou o caminho para mais atividades, notadamente no sentido de tentar harmonizar tanto as perguntas estatísticas quanto o critério para fazê-las. Indicou-se que a saúde tinha algumas características específicas que não eram encontradas em outras áreas onde se tentou discriminar a informação por grupos étnicos. Por exemplo, não parecia apropriado juntar informação sobre certidões de nascimento ou de óbito, já que havia sido recomendado que os próprios respondentes deveriam definir seu grupo étnico. Outra excelente sugestão foi a de abordar a questão das desigualdades na saúde relacionadas a pessoas deslocadas, migrantes, etc., e isso deveria ser considerado no contexto da Região. Conforme indicado, nem todos os grupos deslocados eram grupos étnicos. Sugeriu-se também a promoção de modelos interculturais para interagir com os povos indígenas. Alguns países na Região já estavam buscando essa abordagem, e a OPAS considerava que essa linha de trabalho deveria ser mantida e expandida para outros países e outros grupos étnicos.

168. Em resposta à questão de se era possível ampliar a perspectiva sem perder o foco sobre os povos indígenas que estava sendo mantido há quase uma década, ela disse que a OPAS considerava que uma abordagem mais ampla iria beneficiar essencialmente os povos indígenas. O trabalho da Repartição sempre envolveu uma cooperação próxima entre as unidades responsáveis por diferentes aspectos da saúde, e a reorganização atualmente em andamento iria melhorar essa abordagem, contribuindo para a inclusão de algumas questões que deveriam ser tratadas de forma transversal. A etnia era uma questão tão forte quanto a equidade de gênero.

169. A Diretora disse que a discussão adicionou uma dimensão ao tema ao qual a OPAS estava atribuindo grande ênfase nos últimos anos, ou seja, o tema da equidade. Ela interpretou os comentários dos membros do Subcomitê como sendo indicadores para a OPAS de que o trabalho nesse campo deveria priorizar a administração da informação e a melhora dos sistemas de informação desagregada por etnia. Esse era um tema no qual a OPAS já estava trabalhando e a Organização iria aproveitar a experiência já acumulada.

170. Seria talvez benéfico juntar o pessoal que trabalha com etnia e saúde com os que estavam trabalhando na área da equidade de gênero em uma tentativa de produzir estatísticas mais refinadas, desagregadas tanto por sexo quanto por raça ou grupo étnico. Além disso, o trabalho anterior ensinou que uma abordagem baseada na análise de gênero era importante, já que permitia uma maior apreciação do valor da diversidade e mostrava que as respostas e políticas não deveriam ser homogeneizadas, mas, de preferência, ser sensíveis à diversidade. Adicionalmente, esse trabalho tornou possível evitar a

perpetuidade das desigualdades, o que às vezes acontecia quando as políticas eram elaboradas sem uma perspectiva de gênero.

171. Ela tomou nota das observações sobre os grupos de minoria que não compartilhavam nem a variável de gênero nem a da etnia. A OPAS estava trabalhando com alguns desses grupos, incluindo crianças de rua. Esse trabalho era muito importante, levando em consideração o mandato dos Estados Membros de que o trabalho da OPAS deveria agora se concentrar em dois aspectos principais, que eram complementares: (1) inclusão social e acesso universal aos serviços de saúde (2) determinar, considerando os desafios levantados pelas Metas do Milênio, que grupos realmente estavam sendo deixados de lado ou deixados para trás. Certamente, alguns grupos raciais foram seriamente deixados para trás—alguns até o ponto de estarem ameaçados de extinção. Esses eram os grupos que deveriam estar marcados como prioridades máximas. De outra forma, para eles, as Metas do Milênio se tornariam absolutamente irrelevantes.

Encerramento da Sessão

172. A Diretora expressou seu agradecimento ao Presidente pela maneira eficiente em que conduziu a reunião e agradeceu ao Subcomitê por sua orientação valiosa sobre o trabalho da Secretaria.

173. O Presidente agradeceu aos representantes por suas contribuições para as deliberações do Subcomitê e declarou encerrada a 37ª Sessão.

Anexos

AGENDA

1. Abertura da sessão
2. Eleição do Presidente, de dois Vice-Presidentes e do Relator
3. Adoção da agenda e do programa de reuniões
4. Orientações de Política para a Organização Pan-Americana da Saúde e Reorganização da Repartição Sanitária Pan-Americana para implementação do Plano Estratégico 2003-2007
5. Proposta de Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde para o Exercício Financeiro 2004-2005
6. Globalização e saúde
7. Família e saúde
8. Monitoramento da redução da morbidade e mortalidade materna
9. Obesidade, nutrição e atividade física
10. Pandemia de gripe: Preparação no Hemisfério Ocidental
11. Etnicidade e saúde
12. Outros assuntos
13. Encerramento da sessão

LISTA DE DOCUMENTOS*

SPP37/1, Rev. 2 SPP37/WP/1	Adoção da agenda e do programa de reuniões
SPP37/3 y Add.I	Orientações de Política para a Organização Pan-Americana da Saúde e Reorganização da Repartição Sanitária Pan-Americana para implementação do Plano Estratégico 2003-2007
SPP37/4	Proposta de Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde para o Exercício Financeiro 2004-2005
SPP37/5	Globalização e saúde
SPP37/6	Família e saúde
SPP37/7	Monitoramento da redução da morbidade e mortalidade materna
SPP37/8	Obesidade, nutrição e atividade física
SPP37/9	Pandemia de gripe: Preparação no Hemisfério Ocidental
SPP37/10	Etnicidade e saúde

* Disponível somente em inglês-espanhol.

LIST OF PARTICIPANTS*
LISTA DE PARTICIPANTES

Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité

Canada
Canadá

Mr. Martin Méthot
Director, International Health Division
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Mr. David Strawczynski
Program Officer
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Patricia Hoes
Senior Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Cuba

Dr. Víctor Ariosa Abreu
Departamento de Organismos Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel Fernández
Segunda Secretaria
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

* Disponível somente em inglês-espanhol.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

Dominique
Dominica

Hon. Herbert Sabaroche
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
Roseau

El Salvador

Dr. José Francisco López Beltrán
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Dr. Carlos Alfredo Rosales
Director Nacional de Planificación
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Honduras

Dra. Fanny Mejía
Vice Ministra de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

Peru
Perú

Dr. Luis Quiroz Avilés
Director General
Salud de las Personas
Ministerio de Salud
Lima

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

Peru (cont.)

Perú (cont.)

Dr. Juan Ortiz Fernández
Director de Salud, Mujer, Niño y Adolescente
Salud de las Personas
Ministerio de Salud
Lima

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. Stuart Nightingale
Chief Medical Officer
Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation
Senior Medical Adviser to the Deputy Assistant Secretary for
International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Ms. Carol J. Dabbs
Chief, Maternal and Child Health Division
Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. William Steiger
Director, Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Mr. Richard S. Walling
Director, Office for the Americas and Middle East
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

United States of America (cont.)
Estados Unidos de América (cont.)

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Ginny Gidi
International Health Officer for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Mr. David Piet
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Ann S. Blackwood
Director of Health Programs
Office of Technical & Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Jane Cowley
Foreign Affairs Officer
Office of Technical & Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

Uruguay

Dr. Diego Estol
Director General de la Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Observer Member States
Estados Miembros Observadores

Argentina

Sra. Silvia Meregá
Ministro
Representante Permanente Alterno de la República Argentina
ante la Organización de Estados Americanos
Washington, D.C.

Bolivia

Dr. Víctor J. A. Calderón C.
Director de Cooperación Externa
y Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Previsión Social
La Paz

France
Francia

Pr Jacques Drucker
Conseiller pour les Affaires Santé
Auprès de l'Ambassade de France
Washington, D.C.

Observer Member States (cont.)
Estados Miembros Observadores (cont.)

Guatemala

Dr. Israel Lemus Bojorquez
Director General del Sistema Integral de Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Mexico
México

Dr. Víctor Arriaga
Director General
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Manuel Herrera-Rábago
Representante Alterno de México
ante la Organización de Estados Americanos
Washington, D.C.

Panama
Panamá

Sra. Noris Vásquez Alderson
Consejera
Misión Permanente de Panamá
ante la Organización de Estados Americanos
Washington, D.C.

Panel on Globalization and Health
Panel sobre Globalización y Salud

Dr. Ilona Kickbusch
Division of Global Health
Yale University
New Haven, Connecticut

Prof. David Warner
Lyndon B. Johnson School of Public Affairs
University of Texas
Austin, Texas

Dr. Maitreyi Das
Human Development Network
World Bank
Washington, D.C.

Dr. Nick Drager
Strategy Unit
Director-General's Office
World Health Organization
Geneva, Switzerland

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud**

***Director and Secretary ex officio of the Subcommittee
Directora y Secretaria ex officio del Subcomité***

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

***Advisers to the Director
Asesores del Director***

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director/Director Adjunto
Assistant Director a.i./Subdirector a.i.

Mr. Eric J. Boswell
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Daniel López Acuña
Director of Program Management
Director de Gestión de Programas

***Technical Secretary
Secretaria Técnica***

Dr. Karen Sealey
Area Manager
Planning, Program Budget and Project Support
Gerente de Área
Planificación, Presupuesto por Programas y
Apoyo a Proyectos