

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS

MARJORIE DA NÓBREGA STADŃIK BERDÚN

**COOPERAÇÃO EM SAÚDE E SAÚDE GLOBAL: A ATUAÇÃO DA OMS E A
SAÚDE NA AMÉRICA LATINA**

Porto Alegre

2017

MARJORIE DA NÓBREGA STADÑIK BERDÚN

**COOPERAÇÃO EM SAÚDE E SAÚDE GLOBAL: A ATUAÇÃO DA OMS E A
SAÚDE NA AMÉRICA LATINA**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Relações Internacionais da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Relações Internacionais.

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Chaves Cepik

Porto Alegre

2017

MARJORIE DA NÓBREGA STADŃIK BERDÚN

COOPERAÇÃO EM SAÚDE E SAÚDE GLOBAL: A ATUAÇÃO DA OMS E A SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Relações Internacionais da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Relações Internacionais.

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Chaves Cepik

Aprovado em: Porto Alegre, ____ de _____ de 2017.

Prof. Dr. Marco Aurélio Chaves Cepik - orientador
UFRGS

Profa. Sonia Maria Ranincheski
UFRGS

Prof. Luis Gustavo Mello Grohmann
UFRGS

AGRADECIMENTOS

Aos meus avós, Lúcia e Walter Berdún, por terem me proporcionado uma criação segura e repleta de questionamentos políticos e sociais. Ao meu pai, Claudio Stadník, meu grande exemplo, principalmente no gosto pelas ciências médicas e na importância do atendimento humanitário em saúde. À minha mãe, Iracema Nóbrega, por incitar o gosto pelas ciências humanas, pela confiança e pelos inúmeros comentários e correções, que possibilitaram a concretização deste trabalho. À toda minha família, especialmente meus quatro irmãos, Raissa, Diego, Rafael e Letícia e minha prima Thaís, pela amizade e incentivo. Agradeço em especial ao meu orientador, Prof. Marco Cepik, por ser um grande exemplo – a quem dedico minha admiração pessoal e profissional –, pelos anos de incentivo, paciência e confiança e por ter me proporcionado a oportunidade de conviver e compartilhar minhas atividades acadêmicas com uma equipe de talentos únicos. A todos que trabalharam comigo no CEGOV, que contribuíram intensamente na minha formação, em especial aos colegas Diego Canabarro e Ana Júlia Possamai, amigos e mentores acadêmicos, e aos colegas Marcelo, Eduardo, Gustavo e Thiago, com quem tive a oportunidade de compartilhar as frustrações e as gratificações da correria diária, e que tornaram a experiência divertida e inesquecível. Aproveito para agradecer aos meus amigos, dentro e fora do curso de Relações Internacionais, especialmente Rafaela, Márcio, Arthur, Mariana e Ana Carolina, pelos momentos de descontração, lamentações e redirecionamentos de vida. Finalmente, agradeço a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por me proporcionar uma educação de qualidade e gratuita, em um ambiente de questionamentos e excelência acadêmica.

“Sin embargo, frente a la opresión, el saqueo y el abandono, nuestra respuesta es la vida. Ni los diluvios ni las pestes, ni las hambrunas ni los cataclismos, ni siquiera las guerras eternas a través de los siglos y los siglos han conseguido reducir la ventaja tenaz de la vida sobre la muerte.”

Gabriel Garcia Marques

RESUMO

O fim dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, no ano de 2015, e lançamento dos Objetivos Sustentáveis do Milênio ressaltam a importância da discussão sobre o papel das organizações internacionais no estabelecimento de metas específicas para o desenvolvimento do bem-estar social das populações. A crescente noção de que a saúde é um fator fundamental para o desenvolvimento socioeconômico dos países se mostrou na ampla presença da área nas metas e nos indicadores dos ODM, implementados pela OMS e seus braços regionais. Ao longo dos seus quinze anos de vigência, buscou-se identificar quais seriam os maiores desafios para a melhoria na qualidade da saúde e quais as políticas que deveriam ser adotadas para que se atingisse o fim almejado. O objetivo deste trabalho é identificar a abrangência de atuação da OMS e da OPAS no contexto da formulação e implementação dos ODM, além de promover uma análise mais detalhada do progresso desencadeado na América Latina na área da saúde. Para isso, o trabalho apresenta a história das organizações de saúde e evolução dos conceitos e prioridades nessa área, assim como o contexto em que foram desenvolvidos os ODM e a evolução dos seus indicadores na América Latina.

Palavras-chave: Organização Mundial da Saúde, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Organização Pan-Americana de Saúde.

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 - Alvos e indicadores dos ODM para a saúde.....	35
Figura 1 – Objetivos Sustentáveis do Milênio.....	38
Figura 2 - Organograma da OPAS.....	43
Figura 3 – Fragmentação dos serviços de saúde.....	47
Figura 4 – Cadeia de Resultados da OPAS/OMS, 2014-2019.....	48
Figura 5 – Condições de Saneamento: Porcentagem da população Rural e Urbana.....	53
Figura 6 – Desigualdade nos países da América Latina.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS¹

- AFRO – Escritório Regional para a África
- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*
- AMRO – Escritório Regional para as Américas
- AMS - Assembleia Mundial da Saúde
- BIREME – Biblioteca Regional de Medicina
- BM – Banco Mundial
- BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
- CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA
- CISOL – Cidades Solidárias
- CMCT – Convenção Marco para o Controle do Tabaco
- DDT – Dicloro Difenil Tricloroetano
- DECIDES – Democratizando o Conhecimento e a Informação para o Direito à Saúde
- DOTS – Tratamento Diretamente Observado*
- DNC – Doenças Não-Comunicáveis
- DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ECLAC - Comissão para a América Latina e Caribe*
- ECP – Estratégia de Cooperação com o País
- EMRO – Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental
- EURO – Escritório Regional para a Europa
- FAO – Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
- FONASA – Fondo Nacional de Salud
- FMI – Fundo Monetário Internacional
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana*
- INS – Índice de Necessidades em Saúde
- ISAGS - Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
- LNHO – Organização de Saúde da Liga das Nações*
- MAHR – Mortalidade Passível de Cuidados
- MERCOSUL - Mercado Comum do Sul

¹ *Abreviatura referente à nomenclatura na língua inglesa.

NCHS – National Center for Health Statistics

OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos Sustentáveis do Milênio

OIHP - Office International d'Hygiène Publique

OIs – Organizações Internacionais

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organizações Não-Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

ORAS – Organismo Andino de Saúde

OSPA – Organização de Saúde Pan-Americana

OTCA - Organização do Tratado de Cooperação Amazônica

PAFNCD - Fórum Pan-Americano de Ação Contra Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

PIB – Produto Interno Bruto

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

REDIISAL – Rede de Intercâmbio de Investigadores

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

SEARO – Escritório Regional para o Sudeste Asiático

SEGIB – Secretaria Geral Ibero-americana

SGT – Subgrupo de Trabalho

TCC – Cooperação Técnica entre Países.

UHC – Cobertura Universal de Saúde*

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids*

UNASUL – União das Nações Sul-Americanas

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNRRA - Administração das Nações Unidas de Socorro e Reabilitação*

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

WPRO – Escritório Regional para o Pacífico Ocidental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.....	14
2.1 Histórico.....	14
2.2 Constituição e Estrutura	20
2.3 Programas e Pesquisas.....	22
2.4 Financiamento e Orçamento.....	25
2.5 Reforma.....	27
3 SAÚDE GLOBAL E OS ODM.....	29
3.1 Saúde Global.....	29
3.2 ODM – Histórico.....	31
3.3 ODM – Resultados.....	33
3.4 Objetivos Sustentáveis do Milênio.....	38
4 OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE.....	40
4.1 Histórico.....	40
4.2 Constituição e Estrutura.....	42
4.3 Programa e Estratégias.....	44
4.4 Financiamento e Orçamento.....	47
4.5 Cooperação.....	49
5 AMÉRICA LATINA E OS ODM.....	51
5.1 O progresso dos Indicadores.....	51
5.2 Sistemas e Políticas de Saúde.....	54
5.3 Cooperação.....	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
7 REFERÊNCIAS.....	63
8 ANEXOS.....	69

1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (WHO, 1946). Atualmente, a OMS é a principal organização na área, exercendo um papel central na formulação e implementação de políticas de saúde, assim como no monitoramento e avaliação dos progressos. Segundo Villa (1999), o crescimento e fortalecimento das ONGs, com temáticas específicas, está vinculado principalmente a quatro fatores: a quantidade de recursos exigidos, a necessidade de coordenação de programas de atuação e de cooperação, a capacidade de resposta a emergências e a intensidade e extensão do problema proposto.

Nas últimas duas décadas as organizações de saúde adotaram a perspectiva de saúde global, tendo em vista o aumento da circulação de pessoas e mercadorias, assim como o aumento dos riscos e das dificuldades no controle da disseminação de doenças (PANG et al., 2006). A saúde global vai além da proteção de fronteiras e do esforço em evitar a disseminação de doenças transmissíveis, defendendo a ideia de que qualquer questão que seja uma ameaça à saúde das populações, independentemente de onde elas estejam ocorrendo, deve ser tratada como um interesse global (KOPLAN et al., 2009).

As diretrizes da OMS se encaminham para a promoção do acesso universal à saúde (UHC) e para a equidade no fornecimento de saúde, ideal que está presente nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) para a saúde. O UHC implica na formulação de políticas que dividam os custos internos dos gastos com saúde, garantindo que todas as pessoas tenham acesso, desde a condições melhoradas de saneamento até a sistemas de saúde de qualidade e, também, medicamentos (LATKO et al., 2010). A inequidade, definida por Whitehead (1991) como: “O termo inequidade tem uma dimensão moral e ética. Refere-se a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas também são consideradas injustas e indesejáveis”². As desigualdades – tanto no fornecimento de saúde, quanto na qualidade dos serviços fornecidos – podem ser observadas em nível global, na diferença entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (e seus diferentes níveis de renda), mas também na distribuição interna de saúde por níveis sociais e de renda, e por urbanização (WHITEHEAD, 1991).

Durante a década de 1990 se fortaleceu a ideia de que as condições de saúde às quais estão submetidas as populações são determinantes no índice de desenvolvimento dos países. A

² Tradução livre. Texto original: “*The term inequity has a moral and ethical dimension. It refers to differences which are unnecessary and avoidable but, in addition, are also considered unfair and unjust.*”

alta taxa de mortalidade e incidência de doenças e a baixa expectativa de vida e limitado acesso à sistemas de saúde têm um impacto direto no número da população economicamente ativa e em sua produtividade (WHO, 2001). A subnutrição, especialmente infantil, impacta na formação de crianças e adolescentes, aumentando a incidência de problemas de aprendizagem, o que resulta em uma menor escolaridade e em menor número de profissionais capacitados (WB, 1993). O custo de fomentar melhores atendimentos de saúde e de adotar práticas mais saudáveis é inferior em relação à perda, que a elevada incidência de doenças – muitas vezes passíveis de prevenção à baixo custo, por atendimento primário – impõe sobre o crescimento econômico (WHO, 2001).

As populações mais carentes são as mais vulneráveis. Não apenas por estarem mais sujeitas à subnutrição, mas por estarem em situações mais precárias de saneamento e tendo menor acesso à educação e a atendimentos de saúde. Segundo o Banco Mundial (2004), os países em desenvolvimento mais pobres, com elevadas dívidas externas, são os que enfrentam as maiores dificuldades, por terem uma provisão de recursos mais limitada. Além disso, os países enfrentam crises na capacidade interna de atuação, fundamental para o sucesso das políticas de saúde implementadas. Tão importante quanto destinar a quantia de recursos necessário para promover melhoras reais na saúde das populações, é o fortalecimento das políticas e instituições nacionais para a implementação de políticas de saúde sustentáveis e para uma distribuição de recursos humanos e financeiros mais eficaz (ROSLIN et al., 2007).

A OPAS tem como maior desafio enfrentar a desigualdade no continente americano. Dentro de sua abrangência de atuação se encontram países como o Canadá, que destina 10,4% do PIB para a saúde e possui uma expectativa de vida de 84 anos, e a Bolívia, com o gasto de 6,3% e expectativa de 73 anos³. No sentido de aprimorar a saúde no continente e diminuir as desigualdades, a Organização incentiva projetos de cooperação técnica e estruturantes, especialmente na área de capacitação de profissionais, desenvolvimento de pesquisas, captação e coleta de dados, auxílio na resposta à emergências e desenvolvimento e estruturação dos sistemas internos de saúde (BUSS & FERREIRA, 2010; SANTANA, 2011).

No sentido de contribuir para o entendimento da importância das organizações internacionais na promoção e no desenvolvimento de políticas de saúde, o presente trabalho tem como objetivo analisar a história, o papel e a atuação das principais OIs no plano global e regional – a OMS e a OPAS, respectivamente –, buscando identificar suas prioridades de

³ Dados referentes ao ano de 2014, disponíveis no Global Health Observatory (<http://apps.who.int/gho/data/node.country>). Último Acesso em: 11 de junho de 2017.

atuação e modos de planejamento em relação à área de saúde. A partir da atuação das organizações, o trabalho procura analisar o contexto e a formulação dos ODM, os esforços realizados e o progresso dos indicadores, focando o caso da América Latina.

O capítulo um apresenta a história da OMS, ressaltando a evolução da sua visão de saúde e da sua forma de atuação dentro do contexto em que se encontra inserida, além de identificar a estruturação e financiamento e a definição dos programas e assuntos prioritários. O capítulo dois faz uma revisão histórica dos ODM e foca na apresentação dos resultados globais, lançados no ano de 2015, assim como nos desafios identificados para a melhora nas condições de saúde das populações e para o alcance dos ODS (Objetivos Sustentáveis do Milênio). O capítulo três mostra a construção da OPAS, incluindo seu histórico e sua estrutura, e a visão da Organização para a formulação de estratégias na alocação de recursos e definição de prioridades, ressaltando seu papel no fomento à cooperação internacional. Por fim, o capítulo quatro faz uma análise dos resultados dos ODM na América Latina, buscando identificar os maiores sucessos e fracassos na promoção de saúde na região, assim como os maiores desafios enfrentados e as políticas implantadas mais relevantes e de sucesso.

É interessante o estudo sobre a situação da América Latina, incluída dentro do contexto da dinâmica do continente americano, pois mesmo regida pela mesma organização de saúde (a OPAS) a região enfrenta problemas específicos e necessita de planejamentos estratégicos na área da saúde, que sejam voltados para suas capacidades e demandas. Os esforços realizados para o alcance dos ODM, assim como seus sucessos e fracassos, são fundamentais para que sejam delimitados os planos de ação com vistas a uma agenda de saúde pós-2015, no sentido de identificar os pontos de vulnerabilidade a que estão submetidos os países latino-americanos e, assim, se torne possível formular políticas de ação e distribuir os escassos recursos de forma mais eficiente e eficaz, de modo a que venham se traduzir em benefícios reais para as populações.

2 Organização Mundial da Saúde como Organização Internacional

2.1 Histórico

A Organização Mundial da Saúde é o órgão especializado da Organização das Nações Unidas (ONU) em saúde global. Ela foi estabelecida no dia 7 de abril de 1948, em Genebra, Suíça, e foi o primeiro órgão especializado a ser ratificado por todos os países signatários da Organização. Atualmente a OMS conta com a assinatura dos 194 países membros da ONU e com um orçamento superior a \$4 bilhões para o período 2016/2017 (WHO, 2015a). Nos seus 69 anos de existência, a Organização se dedicou a diversas causas, desde a melhora dos sistemas de saúde e das condições sanitárias nacionais, até ao combate a graves epidemias.

Os primeiros esforços para a cooperação em saúde tiveram início, oficialmente, em 1851, com a primeira Conferência Sanitária Internacional, que ocorreu em Paris, e contou com a participação de doze países. Segundo Prentzas (2009) as transformações que ocorreram no século XIX foram fundamentais para que os países dessem esses primeiros passos. Apesar de já haverem preocupações relativas a epidemias desde o século XIV – ocasionadas pelo início das grandes navegações –, a Revolução Industrial e as consequentes alterações sociais e tecnológicas deram uma maior relevância para o assunto. O processo de urbanização e o maior tráfego de pessoas e mercadorias entre os países têm um impacto direto na proliferação de doenças, que passaram a se propagar pelo continente europeu mais rápida e intensamente, preocupando os políticos da região.

Durante as décadas de 1830 e 1840 a Europa passou por surtos de cólera que, embora esta não fosse desconhecida, nunca haviam atingido proporções tão devastadoras, matando milhares de pessoas. No esforço de pensar qual era o modo de propagação da doença e qual seria a melhor estratégia para combatê-la, diversos países – tanto da Europa quanto da América do Norte – organizaram comissões e juntas sanitárias nacionais que buscavam os melhores métodos para conter o contágio, já que as quarentenas, a que eram submetidos os navios, não haviam dado o resultado esperado (SANTOS, 1994). Esse movimento culminou com a formação da primeira Conferência Internacional, que tinha como principais objetivos discutir a política de quarentenas⁴ e os principais meios de prevenir novas epidemias de cólera. Ainda

⁴ Políticas de quarentena – A estratégia era utilizada desde o século XIV, para impedir a propagação da peste negra. Ao longo da história as políticas de quarentena não apenas restringiam o desembarque de bens e pessoas, mas também incluíam processos de desinfecção e fumigação (TOGNOTTI, 2013).

nesse século foram organizadas outras nove conferências na tentativa de controlar a entrada de ameaças, vindas principalmente das colônias, e de estabelecer uma regulamentação segura e comercialmente viável (HOWARD-JONES, 1975).

Na primeira Conferência Sanitária Internacional do Século XX, em 1903, os países acordaram sobre a necessidade de formar uma organização permanente, que atendesse às novas descobertas científicas. A recente teoria dos germes⁵ trouxe a ideia de que os males eram causados por microrganismos, e que estes tinham meios de propagação diversos, o que alterou a forma como era vista a saúde pública. Assim, esforços nacionais deveriam se concentrar no fornecimento de água potável, construção de esgotos e programas de vacinação, demandas que exigiam um maior investimento por parte dos Estados. Para suprir essas necessidades, em 1907 foi criado, por meio do Acordo de Roma, o *Office International d'Hygiène Publique* (OIHP) (Escritório Internacional de Higiene Pública). Inicialmente o acordo foi ratificado por nove países europeus, além de Brasil, Egito e Estados Unidos, entretanto esse número cresceu para 60 em um período de apenas sete anos.

A Organização tinha como principais objetivos vistoriar e melhorar quarentenas internacionais, administrar acordos sanitários, além de adotar um sistema de alerta, onde os países deveriam notificar a insurgência de epidemias de cólera, febre amarela e peste bubônica. Com a ocorrência da I Guerra Mundial e a degradação das condições de vida da população, a Europa passou a sofrer com diversas epidemias, que vitimaram uma significativa parte da população. A influenza matou, em apenas dois anos, cerca de 15 a 20 milhões de pessoas, e mais de dois milhões de casos de tifo foram relatados na Polônia e na União Soviética. O alto número de casos e a velocidade de transmissão dificultavam a ação do OIHP que, no período, não possuía recursos para manter ações efetivas (PRENTZAS, 2009).

Com o fim da I Guerra Mundial, 44 países assinaram o acordo que estabeleceu a Liga das Nações, que tinha como objetivo amenizar contendas entre países, para que não evoluíssem para um conflito armado. Dentro do escopo da Liga, foi criada a Organização de Saúde da Liga das Nações (LNHO) que “inspirou-se no ideal de que a previsão equitativa de saúde e bem-estar social poderia reduzir conflitos sociais internos e ajudar na prevenção de guerras” (WEINDLING, 2006). O primeiro objetivo da Organização era lidar com as epidemias que surgiram na Europa pós-guerra, mas também com as questões referentes ao desenvolvimento social dos países que haviam emergido. A Organização da Saúde da Liga das Nações foi

⁵ Teoria dos germes: Idealizada no século XVI, ganhou destaque no final do século XIX devido aos experimentos do Louis Pasteur e Robert Koch. Visava identificar doenças infecciosas e cultivá-las, prevendo sua taxa de crescimento e período de incubação.

responsável por uma visão inovadora da saúde pública, especialmente no estudo dos determinantes sociais e nutricionais das doenças. Além disso, fez parcerias com a OIHP⁶ para garantir o investimento e distribuição de vacinas em diversas partes do mundo. Outro ponto importante foi a atenção dada a doenças específicas, com a criação da Comissão sobre Malária e sobre Câncer.

A II Guerra Mundial selou o fracasso da Liga das Nações e, portanto, da sua Organização da Saúde. Com o final da II Guerra, os Estados criaram a Organização das Nações Unidas (ONU), mais robusta e institucionalizada que a Liga das Nações, com o intuito de que não voltassem a ocorrer guerras nessas proporções. Inicialmente, as preocupações com a disseminação de doenças no pós-guerra foram delegadas à Administração das Nações Unidas de Socorro e Reabilitação (UNRRA) e ao Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), criados em 1943 e 1946, respectivamente. Entretanto, durante a Conferência da ONU em São Francisco, em 1945, Brasil e China apontaram para a necessidade da criação de um organismo dedicado especificamente à saúde, pois este seria um dos pilares para a paz, e apresentaram uma declaração conjunta recomendando que os países se unissem para a criação de uma organização de saúde vinculada à ONU e que fosse realizada uma conferência, nos próximos meses, com este intuito, o que foi apoiado por todos os países presentes.

No ano de 1946 foi realizada a primeira Conferência Internacional da Saúde, em Nova York, da qual participaram os então 51 membros da ONU, além de 13 países não-membros e diversas organizações internacionais de saúde, como a OIHP e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O Comitê Técnico Preparatório, do qual participaram 16 especialistas no assunto, designados em 1945, apresentou uma proposta de constituição e de pauta, sendo que as discussões da conferência girariam em torno da localização do quartel-general da Organização e do grau de participação das organizações já existentes.

Apesar de os membros terem chegado a um acordo quanto à constituição, dissolução da OIHP e terem estabelecido comissões temporárias para assumir as responsabilidades que antes eram da LNHO, a OMS ainda demorou dois anos para ser ratificada por todos os países. Isso se deveu ao início da Guerra Fria, que trouxe preocupações em relação tanto à formação de organismos internacionais, quanto à ideais defendidos na Conferência de Saúde, como a importância da medicina social. Entretanto, um surto de cólera no Egito voltou a chamar atenção para a necessidade de maior cooperação em saúde: 33 mil casos foram registrados em

⁶ O Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP) havia mantido seu funcionamento e sua independência, principalmente com o apoio estadunidense, que não ratificou o Tratado de Versalhes de 1919.

apenas um mês, mobilizando esforços internacionais para a doação e aplicação de vacinas, que vieram de diversos locais, incluindo os EUA e a URSS, e incentivando os países a ratificarem a constituição da Organização Mundial da Saúde, que oficializou sua existência em 7 de abril de 1948 (LEE, 2009).

Logo após seu estabelecimento, surgiram duas vertentes para o modo de condução e a agenda da OMS – a social e a biomédica. A primeira vinculava a atuação da Organização com ações governamentais, visando a melhoria das condições sociais e de vida da população, sendo vista com certo receio devido ao início da Guerra Fria e a adoção da perspectiva da medicina social (LEE, 2009). A segunda, defendia a atuação em doenças específicas e em áreas que eram antes lideradas pela OIHP e pela LNHO – definição de medidas sanitárias e regulamentações.

As primeiras ações da OMS foram norteadas pelas necessidades dos países que haviam sido devastados pela II Guerra Mundial e, portanto, foi adotada a perspectiva biomédica. A destruição de instalações sanitárias, de postos de atendimento e as péssimas condições de habitação ocasionadas pela guerra levaram à irrupção de diversos surtos de malária, cólera, tifo, tuberculose e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em diversos países europeus (LITSIOS, 2015), levando a Organização a destinar seus recursos para o estudo, tratamento e prevenção de tais doenças, assim como para a assistência na reconstrução dos sistemas de saúde dos países atingidos. Além disso, foi dada continuidade, ainda nos primeiros anos, aos esforços já realizados pelo OIHP e pela LNHO na instituição de regulamentações sanitárias. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI)⁷, revisado e ratificado em 1951, estabelecia qual deveria ser a conduta dos países signatários para o controle de epidemias, a notificação de doenças e o transporte de cargas e passageiros.

Com o processo de descolonização da África e da Ásia na década de 1950, um grande número de países passou a integrar a OMS e, com isso, vieram novas discussões sobre o caminho que deveria ser trilhado pela Organização. A maioria dos países recém- independentes tinha novas necessidades que, até então, não haviam sido apropriadamente abordadas. A Organização estava voltada para a cura específica de doenças e, muitas vezes, isso demandava, além de um alto orçamento, recursos técnicos e tecnológicos muito avançados, aos quais os países menos desenvolvidos não tinham acesso. Portanto, durante as décadas de 1960 e 1970 esses países passaram a definir suas necessidades e a demandar auxílio na estruturação de medicina social e comunitária, que utilizasse o orçamento e a tecnologia disponíveis. Nesse

⁷ O RSI foi atualizado em 1969 e expandido em 1973 e 1985. Sua última atualização foi aprovada em 2005 e entrou em vigor em 2007 (FIOCRUZ, 2007).

sentido surge, na década de 1970, com a Declaração de Alma-Ata, a ideia de atenção primária à saúde, que é definida como:

“(…) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. (OMS, 1978)

Assim, a Organização passou a direcionar parte de seus recursos para o fornecimento de água e alimentos, saneamento e vacinação básica, além de desenvolver métodos e acessibilidade para a capacitação de profissionais da saúde e auxiliar na criação de centros de atendimento básico, fortalecendo a saúde pública (PRENTZAS, 2009).

Entretanto, essa perspectiva gerou diversos conflitos. Muitos países acreditavam que a OMS deveria assumir um papel menos técnico e mais normativo, estabelecendo nomenclaturas, normas e regulamentações internacionais referentes à saúde, sem se envolver em assuntos internos. O papel técnico seria exercido por outros órgãos especializados, como a UNICEF e o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento).

Além dos conflitos internos referentes às prioridades e modo de atuação, a OMS, ao longo dos anos, também enfrentou contendas relacionadas à entrada e participação de países e territórios, e às disputas pelos recursos limitados e área de atuação. O caráter universalista da Organização, que coloca como seu objetivo “a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível” (WHO, 1946), e que permite a participação de qualquer Estado, desde que este obtenha a aprovação da maioria simples dos membros, gerou problemas desde a aprovação da Constituição da OMS, em 1946.

Dentro do contexto da Guerra Fria, ainda na década de 1950, houve o questionamento de como ficariam os países aliados da URSS, mas que não faziam parte desta, como a Coreia do Norte, Alemanha Oriental e Vietnã. Havia uma recomendação de países centrais, como EUA, Reino Unido e França de que eles não fossem aceitos como membros da ONU; entretanto, na Assembleia Mundial da Saúde (AMS), com o apoio da URSS, decidiu-se que a Organização deveria estar acessível a eles, como previa a sua Constituição. Esse foi um dos fatores de confronto com os EUA, que passaram a diminuir a contribuição financeira para a Organização e defender avidamente seu caráter normativo. Outro ponto problemático foi a participação de Taiwan, que se retirou da Organização em 1950, depois do reconhecimento da República Popular da China pela Organização das Nações Unidas. Desde 1997, o governo do país vem

solicitando sua participação como membro associado, apoiado pelos EUA e pelo Japão, o que vem sendo negado pela AMS.

Outro conflito que estremeceu a relação da Organização com os EUA, foi o israelense-palestino. Em 1988, a Palestina declarou suas intenções de se juntar à OMS, afirmando que o povo da Palestina deveria ter reconhecidos seus representantes legítimos. Por pressão estadunidense, que ameaçou cortar ainda mais os fundos destinados para a OMS, o pedido foi indeferido por tempo indeterminado. Entretanto, em 1998, a AMS seguiu a decisão da Assembleia Geral da ONU e garantiu o *status* de observador, expandindo esse direito para as comissões internas da Organização em 2000 (LEE, 2009). Independentemente de tais reconhecimentos oficiais, a OMS vem atuando na região desde a década de 1990, principalmente no atendimento aos feridos nos conflitos. Nos anos 2000, juntamente com diversos países, também colabora no envio de apoio técnico e nutricional e na cooperação para a criação do Instituto de Saúde Pública (WHO, 2011).

Outro desafio que a OMS teve que enfrentar ao longo de sua história, refere-se à competição por recursos e por espaço no cenário internacional. Durante a década de 1960 houve uma notória diversificação das entidades relacionadas à saúde. A percepção do vínculo entre saúde e desenvolvimento fez com que as preocupações na área passassem a integrar objetivos e atividades de outros órgãos dentro das nações, o que, nas décadas seguintes, gerou disputas por recursos e áreas de atuação. Além da Cruz Vermelha, que já atuava em programas técnicos e de assistência, no início da década de 1960 (considerada a primeira Década do Desenvolvimento) a UNICEF aumentou os esforços em ações humanitárias referentes à nutrição e saúde materna e infantil (UNICEF, 1990) paralelamente ao Banco Mundial, durante a presidência de Robert McNamara, que via *desenvolvimento* não apenas como fortalecimento em capital e infraestrutura, mas também como capacitação das pessoas e melhoria em seu bem-estar (RUGER, 2005). Na década de 1990, o Banco Mundial, que até então era a maior fonte de empréstimos destinados à área da saúde dos países, passou a investir na contratação de pessoal e em pesquisa para criar suas próprias diretrizes em sistemas de saúde.

Os diretores-gerais da OMS, com a intenção de dar maior notoriedade à Organização, passaram a investir em grandes planos de ação, como o Programa Global contra a AIDS, e a se esforçar na busca por financiamento. Destacam-se as diretoras-gerais Gro Harlem Brundtland⁸ – direcionou seus esforços à diversificação de financiamentos e ajuste de parcerias

⁸ Gro Harlem Brundtland foi diretora-geral da OMS de 1998 até 2003. Foi a primeira mulher a ocupar o cargo dentro da OMS, além de ser a primeira mulher eleita como Primeira Ministra da Noruega, na década de 1980.

internacionais, estatais e privadas que aumentassem o orçamento da Organização; a atual, Dra. Margareth Chan, lidera o processo de reforma da OMS.

2.2 Constituição e Estrutura

A Organização Mundial da Saúde está dividida em três níveis: Mundial, representado pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS); pelo Conselho Executivo, regional (comitês regionais); e Estatal (comitês nacionais).

A Assembleia Mundial da Saúde (AMS) é o órgão decisório da Organização Mundial da Saúde. Tem como principais objetivos a escolha do diretor-geral, a supervisão das finanças e a aprovação de orçamentos, assim como a determinação das diretrizes políticas da Organização. Além disso, escolhe os 34 membros do Conselho Executivo e discute, anualmente, a agenda proposta pelo Conselho. Participam da Assembleia, além das organizações não-governamentais e Estados não-membros, que tem *status* de observadores, todos os 194 países membros da Organização, cada um com direito a um voto, independentemente de seu tamanho, influência ou contribuição financeira.

Os encontros são organizados pelo Conselho Executivo e acontecem, normalmente, em maio. A aprovação de resoluções requer a aquiescência de dois terços dos membros; entretanto, é muito comum a aprovação por consenso. Os temas são, em geral, direcionados para os acontecimentos do ano anterior e para a forma como foram abordados pela Organização e quais as precauções e mudanças que devem ser tomadas. Nos anos de 2015, 2016 e 2017, os principais temas foram relacionados a respostas emergenciais a epidemias – considerando os surtos de dengue, ebola, malária e zika –, a prevenção das doenças por meio de vacinação e a resistência a antimicrobianos. Além disso, encontram-se em discussão as implementações da agenda de desenvolvimento pós-2015 – como alcançar os progressos almejados nos Objetivos do Milênio e os desafios para os Novos Objetivos do Milênio para 2030 – e a reforma interna da Organização, que está em andamento (WHO, 2015a; WHO, 2016a).

O Conselho Executivo é formado por 34 membros com mandatos de três anos, passando, a cada ano, pela renovação de um terço de seus integrantes. A AMS irá eleger quais Estados farão parte do Conselho, e cada país membro tem o direito de indicar um nome que irá compor a Comissão, não com a finalidade de representar o país, mas para contribuir com sua capacidade técnica. As reuniões ocorrem duas vezes por ano: uma em janeiro, com o objetivo de organizar o encontro da Assembleia e a agenda que será discutida; outra, logo em seguida à primeira, tem entre suas funções o aconselhamento e apresentação das questões mais importantes a serem discutidas pela AMS, assim como os orçamentos a serem aprovados. Além disso, o Conselho Executivo é responsável por supervisionar a execução das atividades e implementar as políticas

aprovadas e previstas na Assembleia, desenvolver o Programa Geral de Trabalho da OMS e tomar decisões em situações de emergência.

O órgão que irá, de fato, efetuar as ações estabelecidas pela AMS é o Secretariado. Segundo a Constituição de 1946, ele é descentralizado e tem seu quartel-general localizado em Genebra, mas é composto, também, por seis comitês regionais e 147 escritórios nacionais em diversos países. O presidente do secretariado é o diretor-geral, indicado pelo Conselho Executivo e aprovado pela AMS para mandato de cinco anos, sendo permitida a reeleição. O diretor-geral chefia as áreas administrativas e técnicas do Secretariado, tendo como principais funções estabelecer a equipe, organizar e apresentar finanças e orçamentos, representar a OMS em cerimônias oficiais e presar pela atuação e integridade da Organização. Até a presente data, a OMS teve apenas sete diretores-gerais, todos seguindo a Constituição que exige serem especialistas na área da saúde e que tenham experiência com saúde pública e gestão. As lutas e o direcionamento dos esforços de cada um mostram as dificuldades e os desafios políticos e humanitários que a Organização teve que enfrentar ao longo de sua história – desde o início, com o Dr. Chisholm, que buscou organizar a OMS e estabelecer seus apoios geográficos, passando pelo Dr. Candau e o Dr. Nakajima, que expandiram o escopo de atuação da Organização e buscaram inseri-la nas discussões e ações internacionais de diversas áreas; depois com a Dra. Gro Harlen, que estabeleceu como metas aumentar o financiamento da Organização e fazer com que a OMS se tornasse o ponto de referência em saúde, até chegarmos à atual diretora-geral, a Dra. Chan, que se encontra à frente do processo de reforma da OMS em busca de maior autonomia de atuação e mais transparência nas ações e finanças (LEE, 2009).

Os comitês regionais têm a função de implementar as decisões e as ações da OMS e monitorar os dados e acontecimentos em sua respectiva área de atuação, além de manter uma boa relação com os países que estão sobre seu escopo, em especial com os Ministérios da Saúde que, de forma geral, serão os responsáveis por realizar as atividades. Na prática, os comitês regionais têm alto grau de autonomia dentro da Organização, sendo responsáveis, também, por desenvolver e aplicar programas e iniciativas que sejam mais adequados dentro de suas regiões, assim como administrar e aprovar seus próprios orçamentos. Segundo Lee (2009), isso se deve a dois fatores: a ideia de que as subdivisões seriam benéficas para a cooperação e de que são difíceis as negociações para a incorporação de organizações regionais que já existiam antes da OMS, principalmente em relação à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Atualmente existem seis comitês: AFRO (para a África, da qual fazem parte 47 países), AMRO (para as Américas, 35 países), EMRO (para o Mediterrâneo Oriental, com 23 países), EURO (para a

Europa, 53 países), WPRO (para o Pacífico Ocidental, 37 países) e SEARO (para o Sudeste Asiático, com 11 países). Todos os países membros se encontram alocados em um comitê regional, normalmente por critérios geográficos – com exceções como a de Israel, que é representado pelo EURO por causa da oposição dos países árabes a sua entrada no EMRO.

Os escritórios nacionais (ou locais) são o ponto de apoio da OMS dentro de cada país. Eles possuem três funções principais: trabalhar com o governo central para realizar as campanhas e implementar programas recomendados pela Organização; coletar dados e informar o comitê regional sobre epidemias e situações emergenciais; aconselhar e auxiliar o governo na implementação e formulação de serviços e políticas de saúde. Cada escritório local tem um representante da OMS como chefe técnico e administrativo. Este deve provar experiência na área médica e ser de nacionalidade diferente da do país onde está alocado, devendo agir como conselheiro e observador imparcial. As dimensões e verbas de cada escritório variam de acordo com o tamanho de sua área de atuação, população e *status* da saúde do país. No início dos anos 2000, após estudos que mostraram a eficácia de um sistema descentralizado (LEE, 2009), a OMS buscou dar maior atenção para os escritórios locais e lançou um plano estratégico (Estratégia de Cooperação com os Países - CCS), que visava concentrar maiores recursos em países com maiores necessidades e determinar a melhor abordagem para cada país, focando a saúde pública. Além disso, a OMS desempenha um papel importante na promoção de parcerias e recepção de recursos direcionadas para cada país especificamente (WHO, 2006).

2.3 Programas e pesquisas

A OMS atua em diversas áreas da saúde, tanto na promoção de programas e iniciativas de prevenção e emergência, quanto em programas de pesquisa. Os programas podem ser divididos em cinco grandes áreas: doenças comunicáveis, doenças não-comunicáveis, curso de vida, sistemas de saúde e prevenção, vigilância e resposta (PRENTZAS, 2009). Desta forma é possível observar que a Organização está envolvida tanto com o estudo e tratamento de doenças específicas, como doenças transmissíveis, câncer e doenças cardiovasculares, quanto com a acessibilidade a sistemas de saúde e a resolução de questões sanitárias, além de ser referência na contenção e controle de situações emergências e na contingência da eclosão de epidemias. Nas primeiras décadas estavam em discussão as formas como deveriam ser alocados os escassos recursos da Organização. Gonzales (1965) abordou o problema por perspectivas distintas – mas não excludentes: uma, “horizontal”, com a criação e fortalecimento de instituições de saúde, que traria resultados a longo prazo; outra, vertical, que se concentraria em doenças endêmicas e epidêmicas.

Os primeiros programas de saúde tiveram início nas primeiras duas décadas da OMS, e tinham como objetivos conter, tratar e prevenir doenças específicas e de fácil transmissão, como a febre amarela e a malária, que assolavam países. A Campanha Mundial para a Erradicação da Malária foi a primeira grande campanha a ser lançada pela Organização, em 1955. A estratégia inicial visava, principalmente, o transmissor da doença – o mosquito fêmea do *Anopheles* –, sensível ao DDT (dicloro difenil tricloroetano), um potente inseticida. Houve um sucesso inicial da campanha, principalmente em países com maior infraestrutura, de onde a doença foi erradicada em 1967. Entretanto, nos países com menores recursos o resultado não foi o mesmo e, somados à situação os perigos causados pelo DDT, a estratégia foi abandonada e muitas regiões ainda enfrentam o problema. Em 1998, foi lançado o RBM (Roll Back Malaria Partnership), uma parceria da OMS com o UNDP, UNICEF e o Banco Mundial para conter a doença. Segundo os dados da RBM, no ano de 2013 foram computados cerca de 198 milhões de casos que resultaram em 540 mil mortes, em 97 países, sendo a maioria destes africanos. Segundo o plano de ação da Organização seriam necessários \$5,1 bilhões de dólares anuais para o tratamento e prevenção da doença (RBM, 2008), entretanto, em 2013 os recursos eram de apenas \$2,6 bilhões.

Um dos programas mais bem-sucedidos da Organização foi o “Programa Intensificado para a Erradicação da Varíola”, uma doença de fácil transmissão e alta mortalidade. A varíola é documentada desde a época dos antigos egípcios, mas foram as grandes navegações que se mostraram eficientes para espalhar a doença por todos os continentes, e sua incidência se intensificou ainda mais com o aumento da população e a urbanização (FENNER et al., 1988). Já em 1950, a OMS discutia qual seria a melhor estratégia global para abordar o problema, sem chegar a um acordo. Entretanto, alguns países e regiões já realizavam esforços para controlar a doença e a URSS teve êxito, decretando, em 1958, suas terras livres da doença por meio da vacinação compulsória.

O Estado Soviético buscou incrementar um programa, doando 25 milhões de vacinas para a OMS e oferecendo ajuda especial para os países mais afetados e mais próximos da fronteira da URSS, como o Paquistão e a Índia. Houve uma forte resistência de alguns países, dentro da Organização, para a implementação desse programa, com a alegação de inúmeras dificuldades e dos elevados custos; especialmente os EUA, que acreditavam em uma atuação mais regulatória da OMS. O projeto ganhou nova força em 1965, com a invenção da injeção por jato, demonstrada pela primeira vez no Brasil, em uma parceria do CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA) e da OPAS, demonstrando que as inoculações poderiam ser realizadas de forma mais rápida e eficiente, com a mobilização de um menor

número de funcionários e de recursos. O estudo culminou com o lançamento da campanha e o último caso da doença foi registrado na Índia, em 1975⁹.

A UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids) é um dos programas de maior visibilidade até os dias atuais. Criada em 1996, tem como principal liderança a OMS. Os primeiros registros da doença datam da década de 1970, entretanto, tanto o reconhecimento da doença, quanto o início da atuação da Organização aconteceu apenas na década de 1980 (1983 e 1987, respectivamente). Isso se deveu, principalmente, ao *status* da doença que, desde suas primeiras ocorrências, foi considerada uma doença de gays e de pessoas promíscuas, gerando uma tardia admissão de que a doença também poderia ser transmitida por relações heterossexuais (UNAIDS, 2008). O aumento alarmante no número de casos e a tendência global da epidemia fez com que, sob a liderança da OMS, fosse lançado o “Programa Especial para a Aids”, depois transformado no “Programa Global para a Aids” (em 1988), que tinha como objetivos diminuir os casos de infecção, reduzir o impacto social e mobilizar os países na luta contra a doença. Até o início dos anos 1990, o programa conseguiu aumentar os fundos de \$30 milhões para \$90 milhões de dólares, e tinha uma abordagem descentralizada, buscando auxiliar cerca de 130 países na criação de programas nacionais contra o HIV/Aids.

Contudo, em 1991, começaram a surgir dúvidas sobre a eficiência do programa, especialmente pela dificuldade de encontrar uma abordagem que conseguisse atingir o público alvo, mas também pela inoperância de muitos dos países mais atingidos em estabelecer programas nacionais de saúde. Assim, foram iniciadas em 1994 – e concluídas em 1995 – as discussões para um programa de ação conjunta (a UNAIDS), com o envolvimento de diversos atores da própria ONU, como o Banco Mundial, o PNUD, a UNESCO e a UNICEF. A UNAIDS iniciou suas atividades em 1996; neste ano, a estimativa da OMS era de que 3,6 milhões de pessoas já haviam morrido da doença e 17,9 milhões conviviam com ela, das quais 15,4 milhões se encontravam na África subsaariana.

Atualmente, a UNAIDS tem objetivos amplos, que vão desde a prevenção e tratamento da doença e das doenças oportunistas, até ações para diminuir o preconceito e cuidar da saúde mental dos atingidos. Os avanços da Organização foram intensos, principalmente na disponibilização dos medicamentos para o tratamento, no treinamento de pessoal, na prevenção da transmissão do HIV da mãe para o recém-nascido e no fortalecimento dos sistemas de saúde nacionais. Hoje, o programa trabalha com o plano estratégico de atingir 90% dos afetados pelo

⁹ O vírus da varíola ainda é mantido por alguns laboratórios seguros, para pesquisas na Rússia e nos EUA, regulamentados pelo Comitê para Pesquisas com o Vírus da Varíola, da OMS. Atualmente estima-se que existam cerca de 570 milhões de doses da vacina espalhadas pelo mundo (WHO, 2013c)

vírus em todo mundo até o ano de 2020. Para isso, o programa prevê que sejam investidos, anualmente, mais de US\$30 bilhões, provenientes de diversas fontes, públicas e privadas, e divididos de acordo com as necessidades e desafios enfrentados por determinado país e por sua renda (UNAIDS, 2015).

O “Programa de Erradicação da Poliomielite” é, entre os programas da OMS, o que apresenta maior possibilidade de êxito completo nos próximos anos e recebe a maior verba da OMS, sendo destinado a ele, para o biênio 2016/2017, \$800 milhões de dólares. A luta pela erradicação da doença teve início no final dos anos 1980, e se intensificou com a implementação de um método de vacinação rápido e prático – a administração de gotas, na infância. Em 1990, a doença era endêmica em 125 países, número que caiu para apenas 17 em 2000 e apenas três em 2013; entretanto, vêm sendo registrados surtos esporádicos em alguns países (GPEI, 2013). O método de ação consiste na manutenção do amplo programa de vacinação e na comunicação de casos da doença, para que se possa intervir e controlar o contágio. O maior problema enfrentado na erradicação da doença, além dos precários sistemas de saúde e deficiente prevenção em alguns países, é a resistência à vacinação. Na Nigéria, em 2007, o governo e líderes islâmicos interromperam a inoculação, acusando o perigo que ela poderia representar (LEE, 2009).

2.4 Financiamento e orçamento

O financiamento da Organização Mundial da Saúde se dá de duas formas: fundos regulares ou voluntários. Os fundos regulares provêm dos países membros da Organização e são estabelecidos de acordo com o Produto Interno Bruto e com a população do país. Os fundos voluntários são recebidos de diversas fontes, tanto dos próprios países membros, quanto de organizações não-governamentais, outras agências da própria ONU e instituições e empresas privadas.

As contribuições regulares representam, atualmente, cerca de 20% da receita da Organização, sendo estabelecidas a partir do orçamento bianual proposto e aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde. Calculada previamente para cada país,¹⁰ o país que não repasse o valor pode ser suspenso da Organização e impedido de votar na AMS. Como o orçamento é bianual, os pagamentos à Organização acontecem em duas parcelas, geralmente iguais, que variam de acordo com os programas propostos. Cabe ao Conselho Executivo e ao Diretor-Geral garantir a aplicação desse montante nos programas e na manutenção da estrutura da Organização (WHO, 2017a). Nos primeiros 40 anos da OMS esse foi o principal tipo de

¹⁰ A contribuição de cada país para o biênio 2016/2017 se encontra no Anexo I.

financiamento recebido, embora as doações já estivessem estabelecidas na Constituição. Entretanto, o lançamento de programas com visibilidade mundial fez com que o financiamento voluntário aumentasse, como o “Programa de Erradicação da Malária”. Durante a década de 1980, quando se intensificaram os questionamentos sobre quais deveriam ser as prioridades e o papel da OMS, as contribuições dos países caíram intensamente e, pela primeira vez, os fundos regulares foram ultrapassados pelos fundos voluntários em 1990 (LEE, 2009).

As contribuições voluntárias representam 80% do total recebido pela Organização. Estão nesta categoria não apenas doações em dinheiro, mas também em serviços e em materiais necessários para a manutenção das operações e do funcionamento diário. Os estados membros doaram para programas específicos, em 2015, pouco mais de um bilhão de dólares, sendo que os EUA, a China e o Canadá foram os maiores doadores. Entre as instituições privadas o total de doações, ainda em 2015, chegou a mais de US\$1,8 bilhão, proveniente de diversos tipos de instituições; tanto as parceiras, como a UNDP, como institutos, universidades e, ainda, empresas privadas (como as do ramo farmacêutico). Dentro deste grupo se destaca a Fundação Bill e Melinda Gates, que doou mais de 185 milhões, montante que supera a contribuição de muitos dos países membros (WHO, 2016b). Entretanto, tais contribuições não são permanentes e podem variar consideravelmente de ano para ano, o que gera certa insegurança financeira para a Organização e deve ser considerado pelo Conselho Executivo na formulação do orçamento.

O orçamento é apresentado pelo Diretor-Geral à Assembleia Mundial da Saúde como um projeto bianual. São colocadas quais serão as prioridades do biênio, juntamente com um balanço dos acontecimentos e uma previsão dos gastos, além de demonstrar e justificar quais as mudanças de um orçamento para o outro, principalmente no caso de aumento do orçamento. Este é dividido em seis categorias, sendo que para cada uma delas são detalhados os programas e o valor que lhes será destinado: doenças comunicáveis; saúde no curso de vida; sistema de saúde; preparação, vigilância e saúde; e serviços corporativos. Além disso, estão discriminados o fundo para emergências e o investimento no programa de erradicação à poliomielite. No programa também são detalhados o orçamento destinado e quais são as atribuições que caberão ao quartel-general e aos escritórios locais e regionais na alocação destes recursos.

Para o biênio 2018/2019, está sendo proposto um orçamento de mais de \$4,4 bilhões de dólares (o biênio anterior teve um orçamento aprovado de \$4,3 bilhões), onde foi ressaltada a importância da saúde global e a necessidade de melhorar a abrangência e o tempo de resposta às epidemias. Além disso, o orçamento demonstra preocupação com a agenda pós-2015 e com

o alcance dos objetivos do milênio, o que é refletido nos recursos destinados à saúde materna e da infância (WHO, 2015a).

2.5 Reforma

Ao longo dos anos, a Organização Mundial da Saúde passou por diversas críticas, controvérsias e pequenas reformas. Ventura e Perez (2014), a partir de um estudo dos documentos da Organização, colocam que os principais elementos de crise na Organização são: “a erosão de seu protagonismo, a escassez e a natureza do seu financiamento, os conflitos de interesse dos seus especialistas, as dificuldades de comunicação e os problemas de governança interna”.

A erosão do protagonismo da OMS é creditada ao aumento da participação de outras organizações em assuntos relacionados à saúde. Esse movimento vem acontecendo desde a sua formação, quando da definição de seu escopo de atuação e de como seria a implementação das normas emitidas. Os recursos limitados da Organização para a alta abrangência dos assuntos de saúde, fez com que outras organizações passassem a realizar seus próprios programas (como a UNICEF e o Banco Mundial) gerando uma competição por recursos.

Um dos mais desafiadores problemas que a OMS enfrenta é a escassez de recursos, especialmente os advindos das contribuições regulares. Durante a década de 1980 dois fatores agravaram a situação: a entrada de diversos países recém-independentes e o comprometimento da Organização com a ideia de “saúde para todos”. A demanda dos países que acabavam de ingressar era por uma alteração no modo de operação da OMS, por um maior alinhamento com as suas condições de saúde interna e com a infraestrutura disponível. Isso provocou uma crise entre os países, ao se retomar a ideia de saúde comunitária. A visão de que a saúde deveria ser acessível para toda a população sofreu intensas repressões de países com uma visão neoliberal, como os Estados Unidos (LEE, 2009). A estratégia estadunidense, apoiada pelos países industrializados, foi a de conter o crescimento das verbas destinadas à Organização, o que trouxe como consequência o declínio intenso das contribuições regulares (de 50% para 20%) no orçamento bianual. Assim, a Organização foi forçada a buscar recursos em parcerias com instituições privadas e outras organizações internacionais, no esforço de viabilizar a execução de seus projetos. Entretanto, as contribuições voluntárias acabam por restringir a autonomia e capacidade de atuação da OMS. Os contribuintes com maior poder aquisitivo acabam por determinar o curso das ações, reforçando programas de acordo com seus interesses.

A elevada participação de empresas privadas e da indústria farmacêutica também colocou em questionamento a integridade dos funcionários e tomadores de decisão da Organização, como ocorreu durante a pandemia da gripe H1N1, em 2013 (VENTURA &

PEREZ, 2014). Foram levantados questionamentos sobre a real importância do surto, sendo, inclusive, aberta uma comissão para a averiguação dos fatos e da atuação da Comissão de Emergência e do grau de envolvimento de indústrias farmacêuticas na divulgação do alerta. No ano seguinte, o surto de ebola também trouxe publicidade negativa para a Organização. A demora no alerta internacional e na resposta à crise, fez com que a própria organização admitisse a necessidade de reformas internas, especialmente no Comitê de Emergência, (WHO, 2015).

Segundo o site da Organização,¹¹ a reforma tem três pilares: (1) reforma programática: determinação de prioridades que reforce o foco em determinados projetos para que a OMS possa concentrar seus esforços, aumentando a eficiência e a eficácia; (2) governança: capacidade de interação entre os países, para que se possa construir um esforço conjunto e maior coerência nas propostas e nos objetivos da Organização; (3) administrativas: aumento da capacidade de resposta da Organização em situações de crise, melhorias na comunicação interna e na interface com os Estados-membros e com a população em geral. Nesse sentido, foram lançadas estatísticas para o acompanhamento dos objetivos a serem alcançados (WHO, 2015b). Até o presente momento, os procedimentos mais adiantados são os que se referem às contratações técnicas necessárias ao empreendimento e às tratativas de melhor conexão com os países para o estabelecimento de prioridades¹².

Contudo, o maior problema no processo de reforma da Organização tem sido a captação de recursos, o que coloca em risco todo o processo. A OMS procura envolver mais Estados, e atores não estatais que participam da Organização, para garantir o financiamento de seus programas, especialmente com projetos que melhorem a visibilidade e a transparência. No documento “A Crise Financeira e a Saúde Global”¹³, 2009, a OMS reafirma a necessidade da continuidade de investimentos na saúde, alertando para as possíveis consequências a que a crise global pode levar. O relatório coloca a importância da saúde para o desenvolvimento e reitera sua posição de que o acesso à saúde, com um sistema de saúde e boas condições de moradia e trabalho, são parte fundamental dos direitos humanos.

¹¹ Disponível em: <<http://www.who.int/about/whoreform/en/>> Acesso em:

¹² Progresso da reforma pode ser acompanhado no site da Organização. Objetivos especificados por categorias. Disponível em: <<http://spapps.who.int/WHOREform/SitePages/Reports/Dashboard.aspx>> Acesso em:

¹³ Tradução própria. Título em inglês: *The Financial Crisis and Global Health*.

3 Saúde Global e os ODM

3.1 Saúde Global

Kickbush e Lister (2006, p.7) definem saúde global como

“aquelas questões de saúde que transcendem fronteiras nacionais e governos e demandam intervenções nas forças e fluxos globais que determinam a saúde das pessoas. Requer novas formas de governança em nível nacional e internacional, as quais procuram incluir uma ampla gama de atores”.

Ao contrário do termo “saúde internacional”, que era utilizado comumente no contexto do controle de epidemias e questões de saúde que atravessavam fronteiras, o termo “saúde global” busca se referir aos assuntos de saúde das populações de todos os países, independente das tendências e objetivos de governos específicos (BROWN et al., 2006). Portanto, a saúde global se preocupa com ameaças à saúde em um mundo globalizado e não com onde elas estão localizadas. Essa abrangência faz com que os assuntos vinculados à saúde global passem, tanto pelo controle de epidemias e emergências, por meio da promoção de programas que estimulem hábitos mais saudáveis, como pelo incentivo à formulação de políticas de saúde mais eficientes (KOPLAN et al., 2009).

O processo de globalização tem influências diretas nas questões de saúde. A intensa circulação de pessoas faz com que doenças infecciosas tenham sua disseminação acelerada, gerando epidemias de maiores proporções e uma maior dificuldade em contê-las. No caso da epidemia de ebola, que se iniciou em 2014, em cinco meses já haviam casos registrados em 6 países e mais de 5 mil mortos, e a OMS considerou o fim da epidemia apenas em 2016, deixando mais de 11 mil mortos (WHO, 2014; WHO, 2016c). Além disso, o processo de globalização ressalta as desigualdades no desenvolvimento da assistência à saúde ao redor do mundo, seja por investimentos insuficientes em sistemas de saúde e pesquisa, seja por dificuldade de acesso a medicamentos adequados e a preços acessíveis, ou, ainda, pela elevada emigração de profissionais de saúde qualificados e pela disparidade dos investimentos internacionais (KICKBUSH & LISTER, 2006).

A globalização evidencia a importância do papel do setor privado na saúde. O controle de empresas privadas na distribuição de medicamentos e tecnologia é um empecilho para a sua aquisição por países mais pobres. Além disso, é crescente o papel do setor privado no fornecimento de atendimentos de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento com renda média, permitindo que o setor tenha um papel importante no direcionamento das políticas públicas (WHO, 2010). Nesse sentido, torna-se necessária uma maior organização por parte do Estado e da sociedade civil na regulamentação desses setores e em seu comprometimento com

a promoção de saúde pública e global, mas também na promoção e direcionamento das políticas de saúde de forma mais igualitária (KICKBUSH & LISTER, 2006).

A maior conectividade também abre espaço para cooperação e melhoras. A rápida difusão de tecnologia e informação auxilia na coleta mais eficiente de dados e, assim, também na melhor distribuição de recursos e de novas técnicas e conhecimentos. Além disso, a aceitação do conceito de saúde global aumenta a permeabilidade das organizações internacionais e de seus programas dentro dos Estados, no sentido de incentivar melhores práticas de saúde, políticas de saúde mais eficientes e aumentar a velocidade no reconhecimento e resposta diante de ameaças à saúde (PANG & GUINDNDON, 2004).

Entretanto, para que o processo trabalhe em benefício da saúde é fundamental que se volte a atenção para a capacidade interna dos países. O fortalecimento das economias e dos sistemas de saúde públicos diminui a vulnerabilidade a crises e epidemias (WOODWARD et al., 2001). Questões relacionadas à saúde global podem ser identificadas, também, como entraves para o crescimento econômico dos países. Uma população mais atingida por doenças tem uma menor contribuição para a produção, e o número excessivo de mortes diminui o capital humano disponível para força de trabalho produtiva. Outra desvantagem são as dificuldades na formação de crianças e adolescentes. A desnutrição e as baixas condições de vida levam crianças a serem menos produtivas na escola e, conseqüentemente, diminui os anos de escolaridade, prejudicando a formação de uma mão de obra qualificada (WORLD BANK, 2004).

O fortalecimento das instituições pode garantir a implementação e a disseminação de políticas e práticas que tenham impacto direto na vida da população, assim como o compromisso com o cumprimento de regulamentações e a adoção de diretrizes que associem o aumento na qualidade da saúde com o desenvolvimento interno (WOODWARD, 2001). A tomada de decisão em estratégias de saúde deve considerar não apenas o total dos recursos disponíveis, mas também as necessidades específicas de regiões e populações determinadas.

Maiores gastos não significam melhorias. Para que os gastos sejam revertidos em melhorias de fato para a população é necessário fortalecer as instituições e aprimorar as políticas internas de saúde dos países. Tornar os sistemas de saúde mais eficientes, principalmente por meio de reformas na gestão e no aumento da prestação de contas, para que a comunidade também esteja envolvida, tanto para que possa procurar a assistência de saúde quando for necessário, quanto para fornecer dados para uma melhor alocação dos recursos. É fundamental, também, uma análise de gastos e a alteração da distribuição do financiamento. Segundo Wagstaff e Claeson (2004) muitos dos objetivos podem ser atingidos com algumas alterações

internas, como o desenvolvimento de políticas simples e mais abrangentes, focando energia e recursos em políticas de atendimento primário¹⁴, na prevenção de doenças e na descentralização, buscando alocar recursos humanos e financeiros também nas regiões rurais e em regiões mais pobres.

Melhores resultados podem ser atingidos através de interligações com políticas de infraestrutura e saneamento, assim como entre políticas de educação e igualdade de gênero. É possível reduzir consideravelmente a mortalidade e a incidência de doenças por meio de medidas simples, como o acesso à água potável e a alteração de comportamentos, como lavar as mãos com frequência. O empoderamento das mulheres também é benéfico para a melhora nos indicadores, de forma que elas tenham maior participação nas decisões domésticas e estejam mais dispostas ao uso de métodos contraceptivos e na busca por atendimento pré-natal. Esses cuidados e conhecimentos se estendem para os filhos, auxiliando na diminuição da mortalidade infantil. Os governos devem fazer um esforço no sentido de aumentar a confiança das populações carentes no sistema de saúde, para que este seja visto como eficaz e seguro, aumentando o índice de inoculações contra doenças, instruindo sobre a utilização correta dos tratamentos e incentivando a busca por atendimento precoce –, pois a atenção primária tem menores custos e maiores chances de reduzir a evolução de doenças simples para estágios mais graves, que exijam a internação em hospitais e tratamentos de custo mais elevado.

3.2 ODM - Histórico

No ano de 2000, chefes de Estado e de governo dos países membros da ONU se reuniram em Nova York e lançaram a Declaração do Milênio das Nações Unidas. No documento, os países reafirmam a fé na Carta das Nações Unidas e seu compromisso com a manutenção da paz entre os povos, com o desenvolvimento e com a promoção da democracia e igualdade, direitos humanos e proteção ao meio ambiente. O documento foi o primeiro passo para a criação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, principalmente por reafirmar a preocupação com a erradicação da pobreza e com a melhoria da condição de vida de todas as populações, estabelecendo algumas metas específicas, como a redução da pobreza extrema e da mortalidade materna e infantil (ONU, 2000). Os líderes e representantes dos 189 países participantes reconhecem suas responsabilidades em promover e cooperar para o desenvolvimento dos países e suas populações.

¹⁴ O atendimento primário tem como foco a prevenção de doenças e o envolvimento comunitário, com profissionais de conhecimento amplo e genérico. Os níveis secundário e terciário têm o foco e a necessidade de conhecimentos específicos, além de utilizarem um montante maior de recursos e tecnologia (CAMPOS, 2003).

Os antecedentes dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, entretanto, se encontram ainda na década de 1990. O fim da Guerra Fria e da bipolaridade, ressaltou a diminuição no interesse de financiamento e cooperação com os países em desenvolvimento. Assim, passa-se a pensar em novas estratégias de cooperação e de desenvolvimento. Pela primeira vez, organizações como o Banco Mundial e a OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico) colocam em sua agenda a relação entre pobreza e desigualdade como impeditivos e fundamentais para o desenvolvimento dos países (CARVALHO & BARCELLOS, 2014).

No ano de 2000, Kofi Annan, o então Diretor-Geral da ONU, assinou o documento “*We the Peoples*”, onde estabelece uma série de metas para os próximos 20 anos, considerando quais deveriam ser as prioridades da Organização. Como uma reflexão de início do novo milênio, a publicação ressalta a importância de se pensar em um mundo globalizado e em como a globalização deve servir em benefício de todos os países, principalmente por meio da cooperação e do desenvolvimento (ANNAN, 2000). Baseados nesse documento foram apresentados, pelas Nações Unidas, oito resoluções – os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio –, com metas e finalidades práticas: (1) acabar com a fome e a miséria, (2) educação básica de qualidade para todos, (3) igualdade entre os sexos e valorização da mulher, (4) redução da mortalidade infantil, (5) melhorar a saúde materna, (6) combater AIDS, malária e outras doenças, (7) garantir a sustentabilidade ambiental, (8) criar uma parceria global para o desenvolvimento.

Para cada objetivo foram desenvolvidas metas específicas, ao total 21, apoiadas por 60 indicadores, escolhidos para que se pudesse avaliar os progressos. A relação completa dos alvos específicos e dos indicadores foram apresentadas em 2001, no documento “*Road Map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration*”, que buscava integrar a idealização de diversas organizações internacionais, como a OCDE, Banco Mundial e FMI (Fundo Monetário Internacional) (CARVALHO & BARCELLOS, 2014). Duas modificações foram feitas posteriormente: a inclusão de quatro novos alvos e a alteração da linha de pobreza, de US\$1,00 para US\$1,25, em 2007 e 2008, respectivamente. Segundo a OMS, seis, dos oito Objetivos do Milênio, estão diretamente relacionados a questões de saúde e, vinculados a eles, nove alvos e dezoito indicadores estão diretamente relacionados e devem ser monitorados no sentido de melhorar a saúde global (Anexo III) (OMS, 2005).

Foi estabelecido considerável consenso de que a fixação de metas com alvos específicos é benéfica para nortear o desenvolvimento; entretanto, foram levantadas críticas na escolha dos Objetivos e seus indicadores – sua motivação e viabilidade. Autores como Carvalho e Barcellos

(2014) apontam a falta de sensibilidade nas escolhas dos alvos e indicadores em relação à diversidade de desenvolvimento e capacidade dos países. Os alvos foram determinados considerando os países mais pobres – embora a desigualdade faça com que muitas das pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza nos países de renda média tenham dificuldade de acesso à saúde e à educação – e muitos Estados passaram a coletar dados após o lançamento dos Objetivos, embora, ainda hoje, grande parte deles ainda não tenha o alcance institucional para a obtenção de dados completos e confiáveis. Além disso, muitos acreditam que os pontos deveriam incluir, como base para o alcance das metas, também objetivos específicos para a capacitação e fortalecimento das instituições, principalmente em relação aos países em desenvolvimento.

No ano de 2004, foi organizado o Fórum Político de Alto Nível para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para a Saúde. Deste, participaram representantes de diversos países, especialmente de países em desenvolvimento, assim como doadores, organizações bilaterais e multilaterais e organizações regionais de saúde. O encontro teve como objetivo identificar os maiores desafios e quais as soluções para estes, de modo que se alcançassem as metas estabelecidas para o ano de 2015. A análise inicial dos indicadores mostrou que se faziam necessários maiores esforços no sentido de harmonizar a evolução do progresso, para que este alcance de forma mais igualitária países desenvolvidos e em desenvolvimento (OMS, 2005). Isso demonstrou a importância de se formularem guias e políticas eficientes e de baixo custo para uma melhor utilização dos recursos destinados à saúde.

3.3 ODM – Resultados

Os resultados mundiais dos Objetivos foram lançados em 2015, no *Relatório dos Objetivos do Milênio*, onde a Organização lança os resultados alcançados e os próximos desafios. A OMS, no relatório *Health in 2015: from MDG to SDG* (WHO, 2015) faz a análise dos objetivos relacionados à saúde, especificando as dificuldades por região do mundo, ressaltando o papel das desigualdades socioeconômicas e culturais na diferença dos resultados (Tabela 1). Dentro da meta um, encontramos entre os objetivos reduzir à metade o número de pessoas que sofrem com a fome, sendo a desnutrição e as doenças correlatas responsáveis, no ano de 2004, por 45% das mortes e disfunções em crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento (WAGSTAFF & CLAESON, 2004). Entre 1990 e 2015, desastres naturais, como secas, e alta do preço das *commodities* geraram instabilidade e dificuldade para os países atingirem a segurança alimentar, mas, ainda assim, passamos de 23% de pessoas subnutridas para 13%. A porcentagem de crianças desnutridas diminuiu 44%. Nesse contexto, a África é o continente com maior dificuldade para alcançar as metas, tendo diminuído apenas

35% (WHO, 2015a). Na África Subsaariana, apesar de se ter alcançado uma redução de 23% nas projeções de 2015-2016, houve um aumento de 44 milhões de pessoas em estado de subnutrição, devido ao aumento populacional (UN, 2015).

O objetivo quatro, inclui um esforço conjunto para melhorar as condições de vida das crianças e aumentar a taxa de vacinação em países em desenvolvimento. No ano de 2000, 11 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade morreram, considerando que os países mais pobres são os mais atingidos – apenas 1% das mortes ocorreram em países desenvolvidos e 42% apenas na África Subsaariana (WAGSTAFF & CLEASON, 2004) que, ainda em 2015, possuía os números mais alarmantes, com quase metade do número absoluto de mortes – aproximadamente 3 milhões (UN, 2015). O objetivo, embora não atingido, chegou a uma redução de 53% da mortalidade infantil mundial, e a inoculação de crianças até um ano de idade contra o sarampo chega a marca de 85%, diminuindo os casos em 67%, de 2000 até 2013. A situação familiar e a escolaridade materna também são determinantes para a sobrevivência infantil; em famílias com baixa renda a mortalidade é quase duas vezes maior; a sobrevivência é três vezes maior quando a mãe tem escolaridade igual ou superior à secundária.

A questão da saúde materna é mais abrangente. Envolve desde o processo de educação sexual e métodos contraceptivos eficazes e seguros – no sentido de reduzir a taxa de gravidez na adolescência e o número de abortos –, passando pelo acompanhamento pré-natal, até o parto, que deve ser realizado por profissionais qualificados e em locais adequados. As dificuldades são visíveis, sendo este o objetivo que os países tiveram menos sucesso em alcançar e onde é possível se observar as maiores desigualdades. As taxas de mortalidade materna são quatorze vezes maiores em regiões em desenvolvimento do que em países desenvolvidos. Os Estados das regiões AMR, EUR e WPR chegaram mais próximo de alcançar os objetivos do que nas demais regiões, estas prejudicadas por problemas no alcance à população ou por questões culturais. Apesar de nenhuma das regiões ter reduzido em 75% a mortalidade materna, em quesitos como atendimento a partos por pessoal qualificado e cobertura de atendimento pré-natal essas regiões passam dos 95%, enquanto a AFR tem apenas 54% dos partos realizados nessas condições e apenas 79% das mulheres fazem pelo menos uma consulta pré-natal na região EMR.

O ponto seis tem sido um dos mais desafiadores e um dos maiores focos da OMS. O controle do HIV, tuberculose e outras doenças tropicais é um desafio pois inclui educação sexual, disponibilidade de infraestrutura e acesso a medicamentos. Não é apenas necessário melhorar a qualidade de vida e aumentar a longevidade de pessoas portadoras, mas também realizar um esforço no sentido de diminuir o número de novos infectados. O número de mortes

Tabela 1 – Alvos e indicadores dos ODM para a saúde

Alvo	Indicador	Objetivo	Global	AFR	AMR	SEAR	EUR	EMR	WPR
Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a proporção de população afetada pela fome	Redução na percentagem de crianças com menos de cinco anos abaixo do peso normal, 1990 e 2015	50	44	35	63	49	85	39	82
Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos	Redução na taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos, 1990 e 2015	67	53	54	65	64	65	48	74
	Imunização contra sarampo de crianças de até 1 ano	90	85	73	92	84	94	77	97
Reduzir em 3/4 a mortalidade materna (1990 - 2015)	Porcentagem de redução da mortalidade materna (1990 - 2015)	75	44	44	49	69	63	54	64
	Porcentagem de partos atendidos por pessoal habilitado (2013)	90	73	54	96	59	99	79	95
Atingir, até 2015, acesso universal à saúde reprodutiva	Cobertura de atendimento pré-natal (%): pelo menos uma visita (2013)	100	88	81	99	84	99	79	95
	Necessidades não atendidas de planeamento familiar (%) (2015)	0	24	55	19	27	28	42	10
Parar até 2015 e começar a inverter a propagação do HIV/AIDS	Percentual de redução na incidência de HIV (2000 - 2014)	>0	45	59	28	50	-16	>-50	27
Parar e inverter, até 2015, a incidência da malária e de outras doenças graves	Redução percentual na incidência de malária (2000–2015)	>0	37	42	78	49	100	70	65
	Redução no percentual da incidência de tuberculose (1990–2014)	>0	17	1	49	17	14	12	48
Reduzir para metade, até 2015, a percentagem de população sem acesso sustentável a água potável e saneamento básico	Redução na proporção da população que utiliza uma fonte de água potável melhorada, 1990 e 2015	50	62	38	62	74	67	39	84
	Redução na proporção da população que utiliza uma estrutura de saneamento melhorada, 1990 e 2015	50	31	7	47	32	28	54	54

A tabela apresenta os resultados de indicadores dos ODM, divididos pelas regiões da OMS. A tabela divide o progresso nos indicadores como alcançados, em progresso e insuficientes.

(WHO, 2015, pg. 5)

relacionadas ao HIV passou de 2,4 milhões em 2005 para 1,5 milhões em 2013, principalmente pelo aumento do acesso ao tratamento – em 2014, 13,6 milhões de pessoas estavam seguindo o tratamento com antirretrovirais, contra 800 mil em 2003. Embora o número absoluto de infectados ainda esteja aumentando, o número de novos casos caiu 40% entre 2000 e 2013. O controle das demais doenças depende de uma evolução em infraestrutura, de melhorias das condições sanitárias e do acesso a água potável, assim como da distribuição de mosquiteiros com inseticidas (mais de 900 milhões, entre 2004 e 2014), repelentes e medicamentos adequados para o tratamento. Os esforços foram recompensados e todas as regiões tiveram melhoras significativas. Ainda que a malária seja endêmica em 97 países, o número global de casos caiu 37% até 2015 e diminuiu sua mortalidade em 58%. No caso da tuberculose, já em 2012, 85% das pessoas diagnosticadas tinham acesso ao tratamento indicado, levando a uma diminuição de 45% das mortes pela doença. Os principais empecilhos para maiores avanços ainda são a falta de conhecimento sobre as doenças e métodos de prevenção, os preconceitos enfrentados pelos portadores, o alto valor dos medicamentos e a falha ao serem reportados os novos casos (UNAIDS, 2015; UN, 2015).

Os pontos sete e oito estão intimamente ligados às necessidades de cooperação internacional e direta com os governos dos países envolvidos. O objetivo de reduzir pela metade o número de pessoas sem acesso à água potável teve consideráveis avanços, sendo alcançado cinco anos antes do prazo final. 90% da população já possui condições melhoradas de saneamento, entretanto, o progresso tem sido desigual ao redor do mundo, com uma maior dificuldade de ser alcançado nos países mais pobres. Nos países desenvolvidos a porcentagem dos que possuem água potável é de 99%, ao que se contrapõem os 71% dos países em desenvolvimento. Isso mostra um ganho de acesso de 2,1 bilhões de pessoas, desde a década de 1990. Dentro do ponto oito, de cooperação internacional, o que mais interessa à saúde é a interação entre as indústrias farmacêuticas para fomentar a produção e distribuição de medicamentos acessíveis a todo os países, especialmente no tocante ao controle de disseminação de doenças infecciosas, como HIV, malária e febre amarela. Além disso, o ponto oito é um reconhecimento internacional, especialmente por parte dos países mais ricos, de que, para que todos os países possam progredir nos Objetivos do Milênio é necessário um mundo mais próspero e menos desigual (WHO, 2005).

O Relatório dos Objetivos do Milênio (UN, 2015) lançou as principais conclusões das ações dos Objetivos e os avanços nos indicadores. Além disso lança, também, a base para os novos desafios e para os Objetivos Sustentáveis do Milênio. De forma geral, os avanços são bem consideráveis e, segundo a UN (2015), mostram que a determinação de objetivos

específicos, aliada com a disposição de governantes e instituições, ações estratégicas e disponibilidade de recursos, pode gerar melhoras mundiais. Apesar da melhora nos indicadores, muitos desafios ainda persistem. O progresso dos ODM foi desigual ao redor do mundo, sendo que os países em desenvolvimento, e entre estes os que possuem menor renda, tiveram mais dificuldade em alcançar avanços. Além disso, dentro dos próprios países, os avanços são desiguais entre as populações em situação de maior vulnerabilidade – por desigualdades socioeconômicas, religiosas, raciais e de gênero – e, considerando diferentes regiões, as populações que moram nas áreas rurais se encontram em maior vulnerabilidade do que as da área urbana.

O relatório ressalta a importância da coleta de dados para a promoção e eficiência de melhorias na vida da população. O conhecimento específico dos indicadores pode melhor direcionar políticas públicas e incentivar a atuação governamental a diminuir desigualdades internas e auxiliar na alocação mais apropriada dos recursos. O simples estabelecimento das metas do ODM fez com que houvesse um esforço no aprimoramento dos indicadores e uma maior concentração na coleta e compilação de dados, fazendo com que os governos incentivassem suas instituições na coleta, assim como uma participação maior das comunidades, valorizando uma cooperação mais efetiva com as agências e organizações internacionais. A falta de dados assertivos e abundantes afeta as populações mais carentes, onde a coleta é insuficiente, deixando essas populações à margem das ações governamentais. A dificuldade de acesso a determinadas regiões ou a insuficiente presença do Estado torna mais difícil a promoção de políticas públicas e o levantamento das necessidades das minorias.

Na área da saúde, além da coleta, se mostrou fundamental a rapidez com que os dados chegam aos órgãos responsáveis. No surto de ebola, em 2014, a utilização de mensagens de texto para localizar e direcionar recursos foi fundamental na contenção da epidemia, mostrando como a tecnologia pode ser utilizada em favor da administração (WHO, 2015). Um esforço no sentido de elencar a chegada dos dados com a tecnologia de localização geoespacial também é fundamental para aumentar a eficiência das ações de saúde, auxiliando os órgãos responsáveis em uma resposta mais rápida e assertiva em casos de epidemias. Confiabilidade, disponibilidade, acessibilidade e rapidez são as palavras-chaves para a eficácia no uso de dados. O relatório coloca o acesso a essas informações como cruciais para a determinação e desenvolvimentos dos recém lançados Objetivos Sustentáveis do Milênio.

3.4 Objetivos Sustentáveis do Milênio

Os Objetivos Sustentáveis do Milênio foram pensados e desenvolvidos a partir de uma análise dos resultados dos Objetivos do Milênio, apresentando as prioridades para a agenda até 2030. O sucesso dos ODM não se mostra apenas no alcance dos objetivos, mas na forma como os Estados interiorizaram as responsabilidades e implementaram políticas visando melhorar os indicadores (SACHS, 2012). Em 2012, durante a Rio+20 já se demonstravam os interesses em adotar um novo conjunto de objetivos, que nortearia a agenda pós-2015. Os dezessete novos objetivos foram oficialmente lançados em 2015, durante a Assembleia Geral da ONU e, com eles, 169 metas e mais de 300 indicadores para serem acompanhados (ver Figura 1). Além de reafirmar a preocupação com as questões já abordadas pelos ODM, os países demonstram seu engajamento em promover o desenvolvimento sustentável e garantir segurança alimentar a todos, reiterando o foco em exterminar a pobreza, diminuir as desigualdades e fomentar a cooperação internacional (UN, 2015 – Assembleia Geral).

Figura 1 - Objetivos Sustentáveis do Milênio



Fonte: Itamaraty

Segundo a OMS, 35 metas estão envolvidas com as questões de saúde, distribuídas em 14 dos objetivos. Essa visão atende à ideia de que a saúde está envolvida em diversas áreas e que para alcançar o bem-estar das populações é fundamental uma visão interdisciplinar e cooperativa (WHO, 2015). O terceiro objetivo – assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades – e suas 13 metas, é o principal foco das organizações de saúde. As metas buscam atingir uma visão mais abrangente de saúde, ampliando as preocupações e garantindo que elas possam enquadrar as necessidades de países em diversos estágios de desenvolvimento.

Os ODS defendem a ideia de uma cobertura de saúde Universal, o que explica a adoção de uma agenda tão abrangente na área da saúde. Schimidt et al. (2015) ressaltam que, apesar de estar vinculado a ideias importantes e necessárias, sem o adequado acesso à indicadores e sem força institucional o incentivo de uma cobertura universal pode acabar aumentando as desigualdades e a distância entre a qualidade e o tipo de serviços fornecidos para as populações com maior e menor renda. A tendência de governos e instituições de saúde, assim como da pressão popular, é de incentivar o tratamento intensivo e de doenças específicas, que demandam alta tecnologia e recursos, em detrimento das necessários e eficientes políticas de atendimento primário.

Portanto, um dos maiores desafios para a implementação de políticas eficientes e para a análise do progresso dos Objetivos, são as dificuldades na coleta de dados, na formulação dos indicadores e nos mecanismos e forças nacionais de monitoramento e avaliação de políticas e programas de saúde, o que torna os dados de algumas regiões pouco confiáveis e baseados em estatísticas (WHO, 2016a). No sentido de cobrir essas falhas, a OMS conta com a promoção de parcerias com organizações como a OCDE e o BM, além de fortalecer a cooperação e a troca de informações com seus braços regionais e outras organizações de cooperação regional como a União Africana e a UNASUL (União das Nações Sul-Americanas). O lançamento do “*Universal Health Coverage Data Portal*”, no final de 2016 é um primeiro esforço e um incentivo para aumentar e concentrar a coleta de dados e indicadores de saúde.

4 OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

4.1 Histórico

A OPAS, criada em 1902, foi resultado dos esforços dos países do continente americano, especialmente Estados Unidos, com o objetivo de estabelecer regulamentações sanitárias e controlar a disseminação de doenças, possibilitando, assim, intensificar as redes de comércio (FEE & BROWN, 2002). A epidemia de febre amarela da década de 1870, que teve início no Brasil, Argentina e Paraguai, e havia chegado aos Estados Unidos em apenas oito anos, alertou o país para a necessidade de medidas preventivas, especialmente no que era considerada sua área de influência.

A Primeira Conferência Sanitária das Américas, que deu origem ao Escritório Sanitário Internacional, foi idealizada, ainda em 1902, durante o segundo encontro da União Internacional das Repúblicas Americanas – que viria a se tornar a Organização dos Estados Americanos. Inspirada nas recentes descobertas da forma de transmissão e dos vetores de doenças como a cólera e a febre amarela, desde seu início adotou uma perspectiva diferente das demais organizações sanitárias, ressaltando não apenas o controle da disseminação, mas a necessidade de um esforço interno para a erradicação de doenças transmissíveis, e a importância da cooperação entre os países na área da saúde, no sentido de fomentar o comércio entre as repúblicas (KIERMAN, 2002).

Inicialmente, os encontros eram realizados de quatro em quatro anos, com a participação de sete membros, sendo três dos Estados Unidos, incluindo seu diretor, Dr. Walter Wayman. Apesar das diretrizes relevantes, o baixo orçamento (US\$5000) e as elevadas distâncias fizeram com que o Escritório tivesse uma baixa produtividade em seus primeiros vinte anos, contando, principalmente, com contribuições independentes de seus membros. Seu principal papel consistia na coleta de relatórios individuais dos países e no recebimento e repasse de regulamentações sanitárias internacionais (HOWARD-JONES, 1975). Após o fim da I Guerra Mundial, o Escritório renovou seus esforços, na Sexta Conferência Sanitária Pan-Americana, buscando aumentar seu orçamento – que passou a ser de US\$50 mil – e seu compromisso com a formulação e implementação de resoluções, o que culminou na aprovação do Código Sanitário em 1924 e sua implementação em todos os países, isto, apenas em 1936. Durante a década de 1920, o Escritório reafirmou seu compromisso com ações internacionais para a erradicação de doenças prioritárias que, agora, também incluíam a tuberculose e a malária. Além disso, passou

a atuar como fiscalizador de regulamentações e legislações nacionais vinculadas à saúde, e a produzir mais intensamente conhecimento sobre as doenças tropicais.

A Crise de 1929 e o agravamento das condições econômicas e sociais da população, chamou a atenção do Escritório para a mortalidade infantil e materna, assim como para a importância da nutrição adequada para o desenvolvimento. Apesar disso, as limitações financeiras e de pessoal impediam uma atuação mais efetiva e o Escritório volta a se fortalecer apenas com o início da II Guerra Mundial, quando os Estados Unidos passam a se voltar com mais intensidade para seu escopo de influência (KIERMAN, 2002). Nesse período o orçamento chega a dobrar, tanto pelo aumento da contribuição dos países quanto pelo estreitamento de parcerias, especialmente com a Fundação Rockefeller. Passam a ser incentivadas ações de cooperação para o treinamento de pessoal de saúde especializado e para a formulação de estratégias e políticas de saúde. Ao final da guerra, a Organização já contava com dezessete funcionários fixos e dois escritórios regionais, no Peru e na Guatemala.

Com a criação da OMS, a agora denominada Organização Sanitária Pan-Americana (OSPA) passa a ser parte integrante da Organização, como seu braço no continente americano. Apesar de vinculada à OMS, a autonomia da OSPA foi mantida, principalmente devido à força de sua capacidade de arrecadação, três vezes maior que o orçamento inicial da OMS. Em 1958, sob a liderança do Dr. Soper, a Organização adota seu nome atual, assumindo comprometimento com questões que ultrapassam as sanitárias. Em 1959 assume o primeiro diretor latino-americano da Organização, o chileno Dr. Horwitz, que irá permanecer no cargo até 1975, quando passa a exercê-lo um mexicano, o Dr. Acuña. Durante estes dois mandatos, a OPAS ampliou e diversificou seus esforços em pesquisa, montando centros com esse fim por todo o continente. As pesquisas ultrapassam as barreiras da produção de conhecimento sobre medicamentos ou técnicas médicas, passando a incorporar, também, pesquisas sobre o desenvolvimento da saúde das populações e suas necessidades básicas, passando a diferenciá-las por classes socioeconômicas e por condições rurais ou urbanas (FEE & BROWN, 2002).

As duas administrações seguintes, tanto a do Dr. Macedo (1983 a 1995) como a do Dr. Allayne, se concentram em fortalecer os ideais da Organização e aumentar a participação e a atenção para com os países e populações mais vulneráveis. Sob essas lideranças, a Organização reforçou seus esforços no sentido de aumentar a abrangência do atendimento primário, além de incentivar a implementação de políticas públicas de saúde básica e de saneamento, assim como o fortalecimento dos sistemas públicos de saúde nacionais. Em concordância com as demais organizações internacionais, a saúde passa a ser parte fundamental no projeto de

desenvolvimento, e a cooperação também ganha destaque. A Organização aumenta seus investimentos em pesquisas multinacionais e no compartilhamento de conhecimentos, por meio de congressos e bibliotecas espalhadas pelo continente; mas também na promoção de cooperação técnica e no fornecimento de cursos de capacitação (ALLAYNE, 2002). A equidade, a coleta de dados eficiente e a cooperação continuam sendo prioridade no mandato da atual diretora, a Dra. Etienne. O incentivo para a coleta, análise e distribuição de dados permitiu que a Organização venha sendo mais assertiva e eficiente em sua alocação de recursos, seja na resposta a epidemias e a catástrofes naturais, seja na identificação e auxílio à países com sistemas públicos mais vulneráveis (PAHO, 2016).

4.2 Constituição e Estrutura

A atual Constituição da OPAS foi aprovada durante a XII Conferência Sanitária Pan-Americana, em 1947, onde foram deferidas as propostas de alterações como uma reação ao novo cenário internacional, com o fim da II Guerra Mundial e a Criação da ONU. A Constituição garante a participação, a título de membro, para todos os Estados americanos, além de propor a participação de qualquer território ou grupo de territórios que assim o desejem, sujeitos à aprovação do Conselho Diretor, na condição de Governos Participantes.

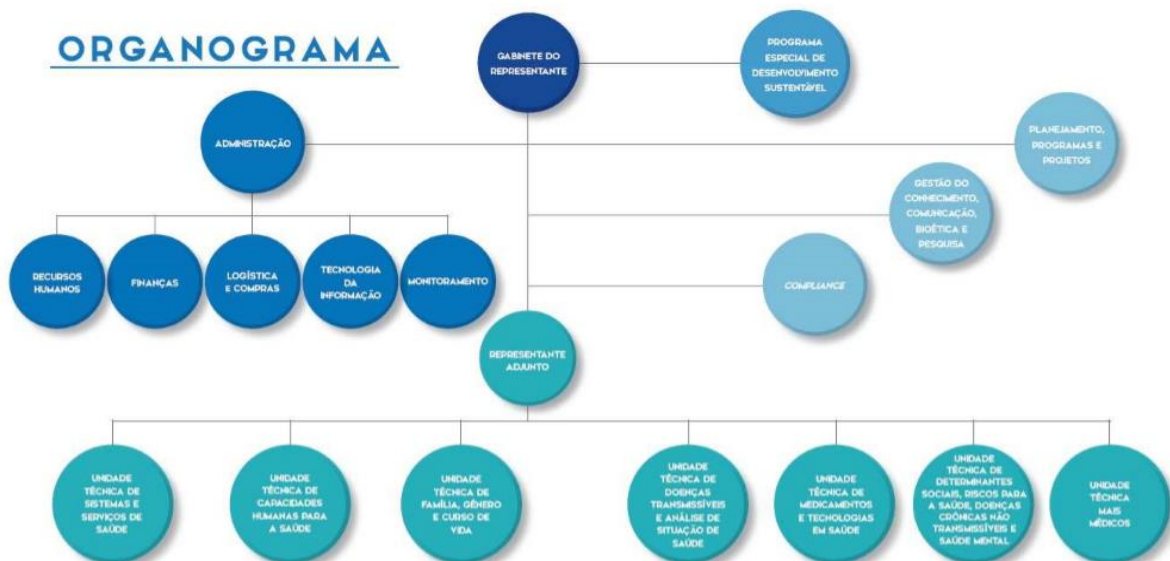
A Organização está dividida em (1) Conferência Sanitária Pan-Americana, (2) Conselho Diretor, (3) Comitê Executivo do Conselho Diretor e (4) Repartição Sanitária Pan-Americana. A Conferência é o órgão máximo de tomada de decisão dentro da Organização, servindo como fórum para discussão dos problemas de saúde do continente e de compartilhamento de informações. É responsável por eleger o Diretor e os governos que irão compor o Comitê Executivo, cuja reunião deve ocorrer a cada cinco anos, quando serão analisadas e aprovadas tanto as propostas de orçamento e as políticas e programas para o quinquênio vindouro, submetidas à Conferência pelo Conselho Diretor, quanto os Relatórios Diretores do ano anterior e os relatórios dos programas e ações desenvolvidos pela Organização. Dela participam todos os Estados membros, os governos participantes e em condição de observadores, além de ser garantida a presença de representantes da OMS ou outras organizações internacionais de saúde. Cada Estado membro tem direito a um voto, que pode ser suspenso caso o Estado falhe com suas contribuições financeiras, e a aprovação se dá por maioria simples, excetuando-se emendas e alterações na Constituição, que devem ser aprovadas por dois terços dos membros.

O Conselho Diretor é o que terá uma atuação mais próxima com os trabalhos da Organização. É o órgão que realizará a revisão e aprovação do programa e orçamento bianual. Os membros são especialistas, indicados pelos governos membros do Conselho, com direito a voto, que deverão analisar a agenda proposta e apresentada pelo Conselho Executivo em

reuniões anuais. O Comitê Executivo deve se reunir duas vezes por ano, responsabilizando-se por organizar as reuniões do Conselho Diretor e formular a agenda. O Comitê tem suas próprias regras de procedimentos, aprovadas por seus próprios membros e independente da Conferência. Dele participam, com direito a voto, representantes dos mesmos países eleitos para o Conselho Diretor.

A Repartição Sanitária, liderada pelo Diretor, é que irá de fato analisar e implementar as políticas, segundo o Código Sanitário Pan-Americano. O Código especifica as funções e objetivos da Organização, enfatizando a importância e as estratégias necessárias para a prevenção e controle de doenças transmissíveis, para a coleta e análise de dados e indicadores e para o fomento da cooperação no sentido de diminuir a mortalidade, aumentar a longevidade e melhorar as condições de vida das populações das Américas. A Repartição também deve delegar ações e realizar a conexão com os Escritórios Nacionais, além de implementar comissões, permanentes ou não, para a implementação e pesquisa dos assuntos prioritários (ver Figura 2) (PAHO, 2012).

Figura 2 - Organograma da OPAS



Fonte: PAHO, 2012; pg 1

Atualmente, a OPAS tem como membros 47 países do continente americano. Além do escritório regional, localizado na cidade de Washington DC, nos Estados Unidos, existem mais de 180 centros de pesquisa e mais de 20 escritórios nacionais espalhados pelo continente, que têm como objetivo principal servir de ponte entre a Organização e as instituições nacionais de saúde, atuando no lançamento de relatórios sobre as condições

nacionais na área e no incentivo à implementação de regulações e políticas de saúde mais adequadas para as capacidades internas.

4.3 Programa e Estratégias

Atualmente a OPAS divide seus recursos em nove áreas de atuação, que buscam estar em concordância com a agenda da OMS: (1) capacidades humanas para a saúde, (2) determinantes sociais e riscos para a saúde, doenças crônicas não transmissíveis e saúde mental, (3) doenças transmissíveis e análise de situação de saúde, (4) família, gênero e curso de vida, (5) gestão do conhecimento, comunicação, bioética e pesquisa, (6) medicamentos e tecnologia em saúde, (7) programa de cooperação internacional em saúde, (8) sistemas e serviços de saúde e (9) “Unidade Técnica Mais Médicos”.

No documento que lança o Planejamento Estratégico da OPAS (2014-2017) - *Championing Health: Sustainable Development and Equity* - a Organização reafirma seu compromisso com a equidade e com o desenvolvimento da saúde nos países americanos, ressaltando os progressos que já foram feitos e as prioridades da agenda para os anos vigentes, já considerando e respaldando o lançamento dos Objetivos Sustentáveis do Milênio (PAHO, 2014). A formação do plano deve incorporar não apenas os valores e as metas internacionais para a saúde, mas também a Agenda de Saúde para as Américas, documento lançado de dez em dez anos para nortear as ações da Organização. A Agenda para o decênio 2008 - 2017 foi focada na gestão e alcance dos ODM, e o enfoque principal foi na promoção nacional de assistência à saúde, na importância da saúde para o desenvolvimento e no respeito às diferentes capacidades internas dos países. As diretrizes apresentadas estão ligadas à ideia de que os governos devem intensificar sua atenção e investimentos nos sistemas públicos de saúde, aumentando sua eficácia, governabilidade e prestação de contas (PAHO, 2007). Os sistemas nacionais têm um papel central na promoção de segurança social para a população e de acessibilidade a serviços de saúde de qualidade, o que pode ser alcançado por meio de uma legislação que incentive a disponibilidade universal à saúde, pela oferta de medicamentos e tecnologia adequada e por uma disponibilização abrangente e abundante de centros que foquem no atendimento primário, dando uma atenção maior para as populações em estado de maior vulnerabilidade, como as pessoas que vivem em meios rurais, as com rendas mais baixas e as comunidades indígenas.

O plano de ação considera, também, os desafios enfrentados pela América, em especial os países da América Latina e Caribe, para a promoção de saúde. Nessa região, segundo a OPAS, os determinantes sociais que mais impactam nas condições de saúde da população são a renda, emprego, educação e moradia, sendo que ainda 22% da população está abaixo da linha da pobreza. A Organização ressalta que as condições ambientais são um determinante

importante para as dificuldades enfrentadas, além de a região ser vulnerável a desastres naturais, como terremotos e furacões. A seca, permanente ou intermitente, enfrentada por algumas regiões, impacta desde no aumento da incidência de doenças respiratórias, até na diminuição dos hábitos de higiene da população, o que aumenta a incidência de parasitoses e doenças infecciosas alimentares, como a hepatite A, endêmica na América Latina. Também aumenta a desigualdade na produção de alimentos e dificulta a produção para subsistência em determinadas áreas, exercendo influência direta na subnutrição de diversas regiões (FIOCRUZ, 2015).

No sentido de melhorar a saúde dos povos americanos a Organização lança suas próprias metas e indicadores, que devem ser atingidos até 2019, considerando os números de 2014. As nove metas e 26 indicadores incluem: o aumento na expectativa de vida em um ano (chegando aos 65,3 anos); a redução em 10% da disparidade nas taxas de mortalidade infantil, entre os países com os melhores e os piores indicadores; redução em 9% da mortalidade por doenças acessíveis aos sistemas de saúde; redução em 30% e 24% nas taxas de mortalidade pela dengue e pela tuberculose, respectivamente; estancar o aumento no número de mortes por suicídio e acidentes de trânsito entre os jovens; aumentar o tempo de resposta a emergências, retornando às taxas de mortalidade anteriores ao desastre em três meses¹⁵ (PAHO, 2014).

Em relação às doenças transmissíveis, a Organização promove programas de identificação e reconhecimento dos casos, lançando campanhas e diretrizes de vacinação para populações em áreas de risco e viajantes. A questão das doenças transmitidas por mosquitos é central; assim, a Organização investe em parcerias e pesquisas no sentido de aumentar a rapidez no diagnóstico e, portanto, na resposta a possíveis epidemias. O programa RELDA (Rede de Laboratórios de Diagnóstico de Arbovírus) é fundamental na identificação específica da malária, febre amarela, zika, chikungunya e dengue, defendendo que um melhor diagnóstico ajuda na aplicação de tratamentos mais assertivos, diminuindo a mortalidade, e na verificação da real incidência destas doenças na América (PAHO, 2017a).

A atuação da Organização em doenças não comunicáveis e em fatores de risco acontece tanto na promoção de capacitação de profissionais de saúde, como na promoção de programas que incentivem hábitos mais saudáveis, especialmente por meio do Fórum Pan-Americano de Ação Contra Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (PAFNCD¹⁶). O fórum busca trabalhar diretamente com os sistemas nacionais e ministérios da saúde dos países, com o objetivo de

¹⁵ A lista completa das metas e indicadores pode ser encontrada no Anexo IV.

¹⁶ Sigla relativa ao nome da instituição em língua inglesa: Pan American Forum for Action on NCDs (Non-Communicable Diseases).

lançar campanhas publicitárias, estratégias e políticas que atuem na conscientização das populações quanto à importância de adotar hábitos alimentares saudáveis, reduzir o tabagismo e praticar exercícios, com a finalidade de reduzir a obesidade, doenças respiratórias e cardiovasculares e, inclusive, a incidência de câncer (PAHO, 2014; PAHO, 2017b).

A Organização entende que, para que os países consigam alcançar as metas estabelecidas, é fundamental o fortalecimento de suas capacidades internas, no sentido de aumentar a eficiência e eficácia da distribuição de recursos. Com esse fim são lançadas, periodicamente, diretrizes e estratégias para o incremento dos sistemas públicos de saúde. Segundo o Plano Estratégico para 2014 - 2017 (PAHO, 2014), o aumento dessa capacidade se concentra em cinco pontos principais.

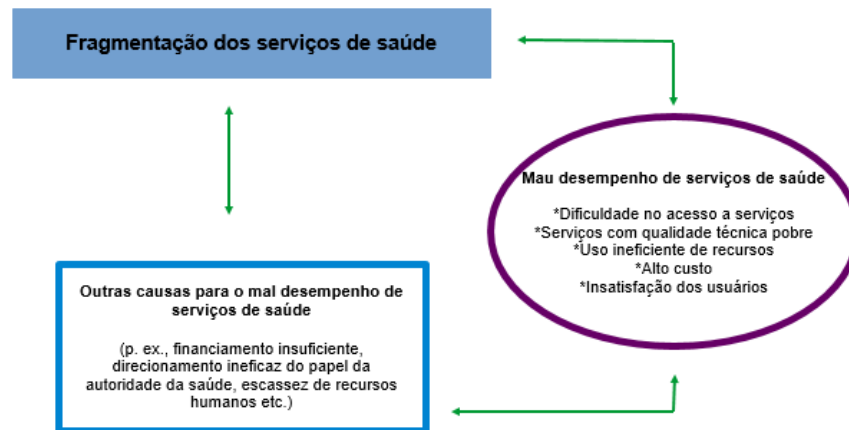
O primeiro, refere-se à arrecadação, financiamento e gastos dos sistemas públicos, de forma que a Organização indica que os países devem aumentar a porcentagem do PIB destinada para a saúde, estabelecendo uma meta de 9% para a região. Além disso, devem ser feitos estudos internos para a organização destes gastos, para que alcancem maior número de pessoas e estejam disponíveis em maior número de regiões. Assim, – segundo ponto – os recursos devem considerar o aumento na capacidade de diagnóstico e tratamento de doenças, fornecendo acesso viável a medicamentos e tecnologia, além de garantir a implementação de regulamentações e procedimentos indicados e aprovados pelos ministérios de saúde.

O terceiro ponto foca na qualidade dos serviços e em promover um atendimento mais humanitário e integrado, ajudando o governo na redução dos custos, fornecendo um amplo atendimento primário e fortalecendo as comunicações, de forma a verticalizar a estrutura do fornecimento de acordo com o escalonamento das condições individuais de saúde, evitando o desperdício de recursos. Dessa forma o investimento em coleta e análise de dados e em tecnologia (quarto ponto) está no centro do monitoramento e avaliação das políticas de saúde implementadas pelos Estados. O aumento das capacidades governamentais, ao ter à sua disposição indicadores e informações sobre as condições de vida, moradia e saúde da população, fortalece a assertividade das políticas, tanto de saúde quanto de saneamento e distribuição de renda, reduzindo a fragmentação das ações, um dos maiores desafios para a melhoria dos sistemas nacionais (ver Figura 3).

Por último, a Organização coloca a centralidade da qualificação dos profissionais de saúde e de suas condições de trabalho. A região deve reforçar seus esforços na formação de profissionais, hoje ainda insuficientes para a população (menos de 25 para cada dez mil habitantes). Além disso, a permanência e distribuição dos trabalhadores da saúde nas diferentes

regiões leva em consideração as condições de trabalho, segurança e salários aos quais estão submetidos.

Figura 3 - Fragmentação dos serviços de saúde



Fonte: OPAS, 2010; pg 35

4.4 Financiamento e Orçamento

O Orçamento apresentado pela OPAS já no biênio 2014 - 2015 incorpora as orientações e alterações, resultantes da reforma da ONU, na distribuição dos recursos para as organizações regionais. O orçamento e a distribuição dos recursos seguem as diretrizes e estratégias lançadas pela OMS. A Organização, além das verbas destinadas para a região das américas, conta com a contribuição compulsória dos países membros e com doações voluntárias, tanto de instituições privadas e ONGs, quanto dos próprios países membros.

Durante a formulação e implementação do orçamento de 2014 - 2015, a Organização levou em consideração a crise econômica enfrentada pelo continente, reduzindo as arrecadações em 8,2%, em relação ao biênio anterior. Enfrentou, ainda, uma redução de 2,1% em seu orçamento regular e de 13,5% nas contribuições voluntárias (PAHO, 2013). Nesse contexto, para que fossem continuadas as melhorias na saúde, a Organização adotou a estratégia de aumentar a equidade e a solidariedade entre os países, fomentando as estratégias de cooperação, a partir da implementação das seis principais áreas abrangentes de atuação.

Assim, as dificuldades enfrentadas fizeram com que a OPAS alterasse sua estratégia de funcionamento e de distribuição de recursos. O Orçamento para o biênio 2016 - 2017 defende a consolidação e prática de uma gestão baseada em resultados (ver Figura 4), de forma que, a partir da evolução dos indicadores nacionais, a Organização possa dar prioridades ao destino dos recursos, considerando a distância existente nos indicadores de saúde de uma região que inclui países com alta capacidade na área, como o Canadá, e países que enfrentam dificuldades institucionais e naturais, como o Haiti. Para que isso fosse possível foram estreitadas as relações

com os braços nacionais da Organização, objetivando maior rigor na coleta de dados e a formulação de planejamentos que levassem em consideração a gestão baseada em resultados, no intuito de aumentar a eficiência e a eficácia da atuação da Organização (OPAS, 2010).

Figura 4 - Cadeia de Resultados da OPAS/OMS, 2014-2019



Fonte: OPAS, 2014; pg. 12

A utilização de um enfoque de baixo para cima aumentou a participação individual dos países na formulação e identificação das prioridades, de forma que os Estados apontaram quais as áreas que necessitavam de mais recursos e como, e em que áreas, se deveria dar a cooperação (PAHO, 2015). Dessa forma, foi possível não apenas alocar maiores recursos nas áreas mais vulneráveis, mas também priorizar a atenção aos países que enfrentam maiores dificuldades na promoção de saúde, como Bolívia, Haiti, Paraguai e Nicarágua.

Para o biênio foi aprovado um orçamento de mais de US\$600 milhões, 8.8% maior do que no biênio anterior. Desse montante, 67% estão destinados para a execução dos programas técnicos e 33% para a área de serviços institucionais e funções facilitadoras, o que inclui projetos de liderança, governança, gestão e prestação de contas. A OPAS, como as demais organizações, enfrenta dificuldades ao contar com orçamentos dependentes de contribuições voluntárias, que totalizam mais de US\$200 milhões do orçamento total, e que, de forma geral, já estão atrelados a programas e projetos específicos. A OMS, com 80% de seus recursos advindos de doações, destina, desse montante, US\$170 milhões para a região das Américas.

4.5 Cooperação

Desde sua formação a OPAS ressalta a importância da formação de estratégias de cooperação, tanto da Organização com os governos, quanto entre países. A OPAS tem como missão

“Orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas” (OPAS, 2007)

Nesse sentido ela atua por meio da formulação de planos, estratégias e gestão de cooperação que visam adequar os programas às necessidades individuais e regionais.

No plano individual a Organização trabalha com a Estratégia de Cooperação com o País (ECP), adotada como parte do processo de reforma da ONU. O programa tem como objetivo garantir que as demandas específicas dos países sejam atendidas levando em consideração suas capacidades e favorece o modelo de gestão de baixo para cima (WHO, 2016d). Cada país deve desenvolver um plano de trabalho bianual em conjunto com a OPAS, e a OMS sugere que sua formulação siga passos que vão desde a discussão inicial com as instituições nacionais, passando por uma análise do contexto do país e de suas capacidades, a identificação da agenda do país e das organizações internacionais, até a sua implementação, monitoramento e avaliação. O Escritório de Suporte aos Países é a subdivisão da Organização que procura estreitar as relações com os Ministérios de Saúde e auxiliar os países a desenvolverem seus planos de trabalho.

No âmbito regional, a OPAS desenvolve o programa Cooperação Técnica entre Países (TCC), que tem como missão auxiliar na construção de capacidades nacionais, estreitar as relações entre os países, capacitar profissionais e promover a pesquisa e disseminação de técnicas e conhecimentos científicos. A OPAS, em um relatório formulado para a XXX reunião da Organização, lança a base para a cooperação técnica entre países em desenvolvimento, identificando quais as áreas que deveriam ter prioridade e aceitando o compromisso de financiar as ações, destinando verbas específicas para o programa por meio de orçamentos bianuais (PAHO, 1984), sendo, ainda hoje, o único escritório regional a fazer isso. Os termos de cooperação seguem os princípios da cooperação sul-sul, na busca por interações mais horizontais e de mútuo benefício. A escolha da modalidade de cooperação triangula, auxilia na garantia de horizontalidade, por meio da atuação da Organização como terceira parte nos projetos de cooperação (SANTANA, 2011). No ano de 2013 foi registrada a execução de 264 programas, projetos e ações de cooperação na área da saúde, não apenas triangular, mas também sul-sul bilateral e sul-sul regional, sendo que cerca de um terço se deu no âmbito de fortalecer

as capacidades nacionais e sistemas de saúde, seguida de estratégia de preparação, vigilância e respostas a emergências (SEGIB, 2017). Brasil e Argentina lideram a promoção da cooperação horizontal, sendo responsáveis, juntas, por mais de 50% dos projetos e ações de cooperação na América Latina.

5 América Latina e os ODM

5.1 A saúde na América Latina e o progresso dos Indicadores¹⁷

Os países da América Latina, tiveram um intenso progresso no alcance dos Objetivos do Milênio. De forma geral, todos os países conseguiram significativos progressos na redução da pobreza e nos indicadores de subnutrição, com uma queda de mais de 60% no número de pessoas que padecem com a fome e no número de crianças com menos de cinco anos com desnutrição grave ou severa (no ano de 2015)¹⁸. Ainda assim, cerca de 600 mil crianças ainda se encontram nessa situação. Segundo a FAO (2017), entre 2000 e 2014, a produção agrícola cresceu na média de 2,7% ao ano, mostrando um aumento na disponibilidade de alimentos e da segurança agroalimentar. Segundo a Organização, a região não enfrenta problemas relativos à disponibilidade de alimentos, mas sim em sua má distribuição e dificuldade de acesso, influenciada pelo perfil agroexportador dos países, o que os torna mais suscetível a flutuações de preços (FAO, 2017).

Na redução da mortalidade infantil, a região como um todo conseguiu diminuir os números na mortalidade de crianças com menos de cinco anos já em 2013, sendo que cinco países, Bolívia, Brasil, El Salvador, Peru e México, conseguiram resultados superiores à meta. Cuba foi o primeiro país da América Latina a alcançar os indicadores dos países desenvolvidos, com a mortalidade infantil menor que 5 mortes a cada 1.000 nascidos vivos, além de ter alcançado o nível de imunização contra sarampo de 99% e eliminado a transmissão vertical de DSTs. Os programas de vacinação também tiveram sucesso, com exceção do Haiti (65%) e da República Dominicana (79%) todos os países já haviam atingido taxas acima de 85% em 2013. Segundo a ECLAC (2015) é necessário que se dê uma atenção especial para a imunização, pois ela ainda apresenta desigualdades internas importantes, entre as áreas rurais e as áreas urbanas. Além disso, mais de 50% das mortes ocorre antes que a criança complete um ano, por asfíxia ou infecções, que podem ser evitadas por cuidados básicos de atendimento e incentivo à amamentação.

A redução na mortalidade materna apresenta o maior desafio para a região – e para o mundo -, e é onde se mostram as maiores desigualdades. A região passou de 130 mortes a cada

¹⁷ Os resultados foram obtidos em diversas fontes: além do Millennium Development Goals Indicators (disponível em: <<https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>>, foram consultados dados dos relatórios da FAO (2017), ECLAC (2015), WHO (2016), WHO (2017), PAHO (2015), WHO (2015a), GLAAS (2014) e do banco de dados da UNAIDS, Aidsinfo (disponível em: <<http://aidsinfo.unaids.org/>>),

¹⁸ A desnutrição é diagnosticada por meio do desvio padrão do peso/altura em relação aos valores estabelecidos pelo NCHS (*National Center for Health Statistics*).

100.000 nascimentos para 77, ainda longe do alcance do Objetivo de 43. Os países com melhores resultados foram Uruguai, Chile e Costa Rica, com indicadores entre 16 e 17 mortes a cada 100.00 nascimentos. Haiti, Guatemala e República Dominicana enfrentam os maiores desafios, com taxas acima de 100 a cada 100.000 nascimentos. Avanços foram feitos, especialmente na porcentagem de partos atendidos por pessoal qualificado, superior a 90%, com exceção do Haiti (62%) e do Peru (89%). Entretanto, a saúde materna é influenciada por diversos fatores, como o uso de anticoncepcionais, educação sexual e planejamento familiar, para evitar o número de abortos, gravidez indesejada e gravidez na adolescência. A falta de dados e indicadores dificulta o acompanhamento dos progressos, entretanto a estimativa é de que a taxa de gravidez na adolescência na região da América Latina e Caribe é de 75,5 para cada 1.000 mulheres (ECLAC, 2015), sendo o caso da Venezuela, dentro dos dados disponíveis, com a maior taxa, de 101,2 no ano de 2011.

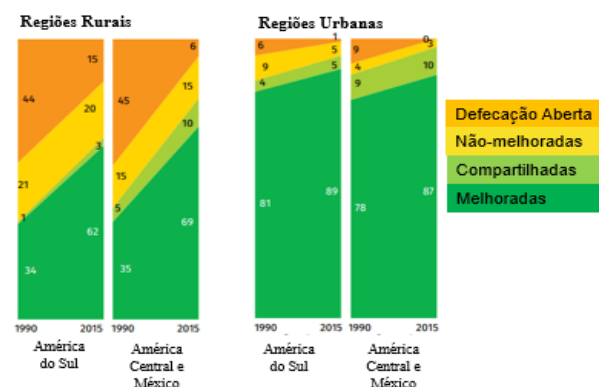
Os resultados referentes ao Objetivo 6 (combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças) foram amplos entre os países e entre as doenças. Atualmente, a taxa de prevalência de HIV na região latino-americana é de 0,4 – se manteve estável ao longo dos anos de 2000 e 2015 - e os países tiveram evoluções diferentes ao longo dos anos. Entre os anos de 2000 e 2015, três países tiveram sucesso na redução da prevalência de HIV, Honduras, República Dominicana e Haiti que em 2000 os indicadores apontavam uma prevalência de 1,3%, 2,3% e 5,5%, reduzida para 0,4%, 1% e 1,7%, respectivamente. A América Latina mundialmente lidera os indicadores de cobertura de antirretrovirais, com 55% das pessoas que vivem com HIV tem acesso à medicamentos e 75% das pessoas com infecções relacionadas graves estão sob tratamento. Cuba e Brasil são os casos de maior sucesso, onde 95% das pessoas acometidas por infecções graves tem acesso a antirretrovirais de forma gratuita e a Bolívia enfrenta as maiores dificuldades, com apenas 15% dos casos atendidos (dados de 2012). Apesar no sucesso do atendimento a pessoas que vivem com a doença, o número de novas infecções tem aumentado anualmente, de forma geral, em quase todos os países da região, com exceção da Costa Rica e Uruguai, que mantiveram taxas baixas e da Nicarágua e Honduras, que conseguiram reverter os números. O Brasil tem o caso mais impactante em números absolutos, subindo de 39 mil novas infecções anuais em 2000, para 44 mil em 2014. Cuba também chama a atenção, em 2000 o país teve menos de 500 casos registrados, número que passou para mais de 3 mil em 2014.

A região teve sucesso na redução da incidência e mortalidade de tuberculose e malária. A incidência de casos de malária foi reduzida 63%, em comparação com a redução mundial de 37%, e a mortalidade da doença diminuiu em 78%. Segundo os dados disponíveis, em 2014 pelo menos onze países da região disponibilizaram tratamento com antimaláricos em 100% dos

casos registrados (WHO, 2015b). 77% dos casos foram registrados em apenas três países, Brasil (37%), Venezuela (23%) e Colômbia (17%) e os casos estão concentrados especialmente na região amazônica. O Brasil tem os piores indicadores de prevenção, tendo disponibilizado mosquiteiros tratados com inseticidas ou inseticidas para uso interno para apenas pouco mais de 30% da população de risco. Quanto à tuberculose, a região conseguiu, em números gerais, diminuir a prevalência de novos casos em mais de 50%, entretanto os resultados foram desiguais entre os países, que inclui o México e o Equador, que conseguiu uma redução de mais de 75% e a Venezuela, com uma redução de apenas 2%. Os maiores desafios consistem na implementação do DOTS¹⁹, que deveria ser implementado em 85% dos casos, em 2013 apenas 77% dos casos utilizaram a diretriz e o tratamento teve sucesso em 74% dos casos.

Por último, a meta que visa o acesso a saneamento básico e água potável, apesar das significativas melhorias quanto a este segundo fator, apresenta grandes desigualdades em relação ao primeiro, tanto entre os países, quanto entre as regiões urbanas e rurais. Embora a proporção da população, hoje, com acesso à água potável seja de mais de 85% em quase todos os países da região (excetuando o Haiti), sendo que o Uruguai conseguiu atingir 100% da população, quando se trata das condições de saneamento básico, apesar de todos os países estarem promovendo políticas para atingir o objetivo de reduzir, em 50%, o número de pessoas sem acesso a saneamento melhorado, muitos ficaram longe da meta. Peru, Venezuela, Haiti e Colômbia ainda tem mais de 20% de sua população praticando defecação aberta. Além disso, as políticas de saneamento atingiram as áreas rurais e urbanas de forma diferente e uma em cada dezpessoas das regiões rurais do continente ainda praticam defecação aberta.

Figura 5 - Condições de Saneamento:
Porcentagem da população Rural e Urbana



Fonte: Inequalities in sanitation and drinking water in Latin America and the Caribbean (JMP, 2016; pg. 3)

¹⁹ DOTS (Tratamento Diretamente Observado) é o plano indicado pela OMS para a tuberculose, apresentando uma estratégia de cinco etapas: (1) detecção de casos, (2) tratamento padronizado de curta duração, (3) fornecimento regular de medicamento, (4) sistema de registro que possibilite a avaliação do tratamento e (5) compromisso dos governos em garantir a prioridade da tuberculose nas políticas de saúde (SÁ et al., 2011).

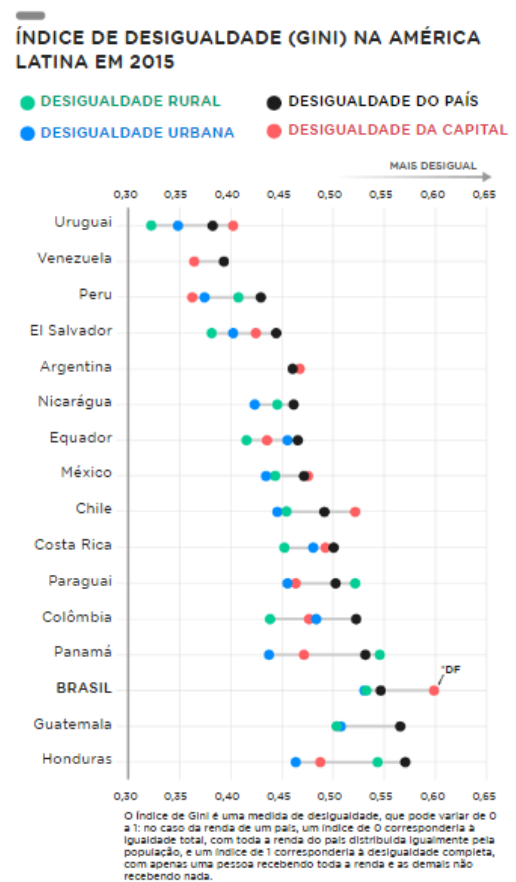
5.2 Sistemas e Políticas de Saúde

O alto nível de desigualdade na América Latina, ao lançamento dos ODM, representava o maior obstáculo para o alcance dos Objetivos, e ainda é considerado o maior desafio para a região. Não apenas os Estados mostram diferentes capacidades na promoção de saúde entre si, como as condições socioeconômicas, especialmente sua condição rural ou urbana, determinam qual será a experiência da população dentro dos sistemas de saúde (Figura 6).

A abertura econômica da década de 1990 tornou os países da região mais vulneráveis às flutuações do mercado internacional, o que impactou em crescimentos inconstantes do PIB (UN, 2005). O crescimento econômico é fundamental para o desenvolvimento, entretanto, ele não é suficiente para o alcance das metas, que podem ser aceleradas pela promoção da equidade – no nível regional e interno – que, inclusive, tem um impacto positivo no crescimento (Ferranti et al., 2003). Já no início dos anos 2000, diversos países latino-americanos fortaleceram a formulação de políticas sociais, de distribuição de renda e de reforma agrária, além de programas e projetos voltados para a distribuição de serviços e bens públicos. Países como Venezuela e Bolívia, onde as reformas levaram a conflitos, não tiveram um sucesso tão grande na promoção da equidade quanto em países onde houve uma inclusão de partições sociais mais diversas, como Argentina, Chile e Brasil (WEYLAND et al., 2010).

De forma geral, os sistemas de saúde da América Latina se concentram em duas frentes – particular e pública –, sendo a primeira destinada aos trabalhadores formais e financiada por empresas privadas; a outra, de acesso universal, destinada a pessoas em condições sociais desfavoráveis (DMYTRACZENKO & ALMEIDA, 2015). Os países da região reafirmaram seu compromisso com a promoção igualitária de saúde e com a ideia de acesso universal, inclusive a maioria incluiu o direito de acesso à saúde em suas constituições – um total de 18 países. Desde as décadas de 1980 e 1990, após o início do processo de redemocratização, vê-se um movimento no sentido de reforma nos sistemas de saúde, especialmente na tentativa de diminuir

Figura 6 - Desigualdade na América Latina



Fonte: Nexo, 2015

a diferença de acesso e qualidade no fornecimento público e privado, sendo que a maioria dos países adotou uma visão de equidade de financiamento vertical, onde a população é atendida de acordo com suas necessidades, e os financiamentos são uma combinação de investimentos do Estado com o privado (ALMEIDA, 2002). Apesar das intenções iniciais, para que o UHC chegue à população de forma eficiente, deve vir acompanhado da construção da capacidade do Estado em promover os serviços, do fortalecimento de suas instituições e de uma base sólida de continuidade e financiamento.

Os gastos com saúde, de acordo com o PIB do país, vêm aumentando em toda a região, com exceção da Guatemala, que manteve a porcentagem desde 2005, e da Argentina, que vem sofrendo flutuações de acordo com as condições econômicas do país²⁰. O financiamento público da saúde tem aumentado em relação aos gastos totais com saúde, na América Latina, de forma geral, com um aumento de 50%, entre os anos de 2000 e 2014. Entretanto, países como Argentina, Brasil, Costa Rica, Uruguai e Chile, não apenas mostraram um aumento significativo nos gastos públicos, mas também nos gastos privados individuais. O Brasil, incluindo financiamentos públicos, privados individuais e empresariais, dobrou os gastos totais com saúde. A Costa Rica foi ainda mais longe, triplicando os gastos totais.

Segundo Wagstaff et al. (2015), as reformas na América Latina, nas áreas de gestão e governança, foram direcionadas a quatro questões principais: (1) redução da fragmentação estrutural, (2) descentralização da tomada de decisão para municípios e estados, (3) aumento da capacidade regulatória e (4) separação do financiamento em saúde. A redução da fragmentação teve resultados importantes no Brasil e na Costa Rica, que implementaram sistemas unificados de saúde. A desfragmentação é base para uma promoção de serviços mais eficaz, pois diminui a duplicação e a falta de cobertura (VARGAS et al., 2002). A gestão dos recursos de saúde pelos municípios auxiliou para que as políticas adotadas fossem mais direcionadas às necessidades de cada região, tendo um impacto fundamental na melhora das condições de saúde em áreas rurais (WAGSTAFF et al., 2015). O sistema foi adotado na Bolívia, Brasil, México, Peru, Uruguai e Venezuela, resultando, também, no aumento da participação popular na formulação da agenda prioritária de saúde.

A capacidade regulatória consiste tanto na implementação de RSI, quanto na imposição regulatória legal para a garantia de atendimento pelos sistemas públicos e privados. Apesar de todos os países terem adotado o RSI, as outras áreas ainda têm dificuldade de implementação, seja por não possuírem legislação específica – como o caso do Brasil –, seja pela dificuldade

²⁰ Os dados estão disponíveis no Global Health Observatory Data. Disponível em: <apps.who.int/gho/data/node.home>. Último acesso em 10 de junho de 2017.

de implementação das leis – caso da Bolívia. Em relação ao financiamento dos sistemas de saúde, os países caminharam pelos caminhos mais diversos. Desde a promoção de um sistema de saúde completamente financiado pelo governo, em Cuba, até países onde a participação individual é a mais significativa, como no México, onde os gastos privados individuais representam mais de 60% dos gastos totais. Na maior parte dos países as reformas levaram ao incentivo de parcerias público-privadas, e à estratificação dos sistemas de saúde, onde a parte da população mais vulnerável, sem emprego formal, depende exclusivamente dos serviços públicos; os trabalhadores formais são atendidos por uma parceria de gastos individual-empresarial e a população mais rica conta com a contratação individual de planos de saúde (WAGSTAFF et al., 2015).

A população coberta pelo sistema de saúde público é de 100% no Brasil e em Cuba, Chile, Colômbia e Uruguai – mesmo que com sistemas de saúde bem diferentes -, portanto o sistema é acessível a toda a população. Outros países como Argentina, México e Peru destinam seus sistemas públicos para a parcela da população não coberta por seguros de saúde, ou em situação de vulnerabilidade, como as populações indígenas. Além disso, esses países contam com a formulação de programas específicos de acesso total, como para imunização e saúde materna e infantil.

Nos últimos 30 anos tornou-se possível observar uma rápida alteração nas causas de mortes nos países latino-americanos, abandonando-se um perfil onde mais de 60% da mortalidade estava relacionada a doenças comunicáveis, para um aumento das mortes por doenças não-comunicáveis, especialmente circulatórias e relacionadas ao tabagismo, o que demonstra a necessidade de os países atualizarem seus pontos focais de atuação (ECLAC, 2015). O Uruguai foi o primeiro país a implementar as recomendações antitabagismo do Convênio Marco do Controle de Tabaco (CMCT), com a lei de 2006 que proibia o fumo dentro de qualquer lugar fechado público ou privado, obtendo uma redução de mais de 20% no consumo, com contínua tendência de queda (TRIUNFO et al, 2016). Outro foco de mudança nos sistemas de saúde é o envelhecimento da população, pois a expectativa de vida na região aumentou mais de cinco anos nos últimos 30 anos. Mesmo com as diferenças entre os países, todos mostram uma tendência de aumento desse fator. No Uruguai, as implementações da FONASA (Fondo Nacional de Salud), demonstra preocupações especiais em garantir segurança em saúde para as populações idosas.

Além disso, diversos programas de atendimento familiar e básico foram promovidos na região. Cuba possui um sistema baseado no atendimento primário preventivo, com uma abordagem domiciliar, sendo atualmente o país com os melhores indicadores em saúde. Outros

países também apostaram nesse sistema, e o Brasil, com a Estratégia de Saúde da Família, conseguiu ampliar a população coberta pelo atendimento primário, além de fornecer informações de saúde e educação sexual (SENNÁ, 2002).

5.3 Cooperação

A região latino-americana concentra sua cooperação em duas frentes: por meio das organizações regionais e por acordos bilaterais ou multilaterais. Dentro das organizações, não apenas a OPAS tem programas para a saúde, mas também o Mercosul e a Unasul. Além disso, diversas parcerias para a promoção de saúde são fomentadas na região, especialmente para a capacitação de profissionais, cooperação técnica e científica.

No final dos anos 1990 e início da década de 2000, a OPAS voltou sua atenção para as TIC e para como poderiam ser utilizadas em benefício da divulgação e criação de conhecimento. Assim, a organização buscou cooperar com organizações como o Mercosul e, mais tarde, com a ISAGS e com fundações como a Fiocruz, na intenção de desenvolver novos programas e reavivar outros no sentido de aumentar a cooperação técnica e científica. Uma das plataformas criadas para a democratização do conhecimento foi a BVS, Biblioteca Virtual em Saúde, que conta com a colaboração, além de todos os países latino-americanos, de mais de 700 centros de pesquisa e instituições de saúde da região. A BVS foi desenvolvida dentro do BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. O BIREME, que tem sede na cidade de São Paulo, foi criado em 1967, inicialmente como Biblioteca Regional de Medicina, e, desde então, vem promovendo ações de disseminação e democratização do conhecimento, tanto na descentralização de pesquisas, quanto na garantia ao acesso linguístico, para o quê disponibiliza suas publicações nas três principais línguas da região: espanhol, português e inglês. Além disso atua com projetos de capacitação de profissionais e de gestão de conhecimento.

DECIDES (Democratizando o Conhecimento e a Informação para o Direito à Saúde) é um programa da OPAS, em conjunto com o Mercosul e a ORAS, assim como outras fundações nacionais, que busca utilizar as TIC para promover a produção de conhecimento em centros espalhados pela América Latina. O programa usa a estratégia de incentivo e desenvolvimento de pesquisas sobre um mesmo assunto em andamento, concomitantemente, em diversos países, incluindo países de outros continentes, com o objetivo de descentralizar e democratizar a produção científica, seja nas áreas técnica, social ou comunitária (MERCOSUR, 2000). Ele consiste em três planos: (1) a Agenda Interativa de Investigação em Saúde, onde os atores interessados, públicos e privados podem contribuir para a construção de uma agenda, (2) REDIISAL, uma rede de intercambio de pesquisadores que promove a troca de conhecimentos

por meio de mecanismos de cooperação e (3) CISOL, que busca facilitar o acesso da população e dos tomadores de decisão na área da saúde às informações alcançadas pelas pesquisas desenvolvidas, (OPAS, 2000).

O Mercosul atua na área da saúde por meio do Subgrupo e Trabalho 11 (SGT 11), que age em três frentes: produtos de saúde, vigilância em saúde e serviços de saúde. A Organização entende que a saúde das populações dos países pertencentes ao grupo é fundamental para o incentivo ao comércio e à circulação de pessoas. Inicialmente, o SGT 11 tinha como objetivo a regulamentação das boas práticas de comércio em produtos voltados para higiene pessoal, medicamentos e tecnologia na área da saúde (LUCCHESI, 2001). Quanto aos medicamentos, no início dos anos 2000, a organização lançou diretrizes de políticas que buscavam aumentar o acesso, a qualidade e a segurança dos medicamentos por meio do controle de preços, financiamento sustentável e criação de centros de distribuição (SATO, 2014). Foi adicionada a essa atuação, em 2003, a implementação de políticas sanitárias que aumentassem a segurança na exportação e importação de produtos, especialmente tendo em vista o perfil agropecuarista da região e a alta circulação de pessoas. No ano de 2007, o SGT 11 amplia seu escopo para promover a cooperação técnica e científica entre os Estados membros. Também é levantada a necessidade de regulamentações de trabalho e migração dos profissionais de saúde, considerando as disparidades, tanto econômicas como na oferta de recursos humanos na área da saúde entre os países da região. A ORAS (Organismo Andino de Saúde) se insere em um contexto dos países andinos quanto à integração e promoção de cooperação para o desenvolvimento do bem-estar dos povos da região. Com uma atuação próxima a do Mercosul, a Organização fomenta a implementação de regulamentações sanitárias, controle epidemiológico e fomento da comercialização de medicamentos e tecnologia.

A Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), criada em 1978, visa atender às necessidades específicas e às dificuldades enfrentadas pelas populações da região amazônica. Apesar da emergência das questões, o tratado só passou a ter viabilidade e atuação de fato no início dos anos 2000. Ele tem como escopo promover programas que visem a contenção das doenças que mais atingem a região, tendo uma atuação fundamental na prevenção, identificação e tratamento de doenças comunicáveis, como a febre amarela e a malária. Além disso, podemos encontrar no centro de suas preocupações a situação da saúde das populações indígenas e a preservação do meio ambiente, a busca da defesa do desenvolvimento sustentável, assim como a preservação das bacias hídricas (BUSS & FERREIRA, 2011).

A ISAGS, Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, é vinculada a UNASUL e foi ratificada em 2012. Apesar de se referir às diversas questões de saúde presentes nos países membros, além de à necessidade de promover regulações internas, a Organização tem um foco maior na formulação e cooperação na área dos sistemas de saúde dos Estados membros. Nesse sentido, ela tem atuado na compilação de dados relativos aos sistemas internos dos países e na promoção de cooperação técnica (ISAG, 2012). Por sua recente criação, a ISAG ainda se encontra no processo de institucionalização, formação de equipes de especialistas em saúde e integração com as demais organizações regionais de saúde, mas, acima disso, a Organização tem objetivos abrangentes, buscando integrar e lançar um programa de políticas de saúde conjunto para toda a região (BUSS & FERREIRA, 2011).

6 Considerações Finais

Os ODM, dentro do contexto das relações entre os Estados, fomentaram melhoras inequívocas. O estabelecimento de metas específicas e a formulação de uma agenda conjunta única, com objetivos aparentemente alcançáveis, desencadeou um movimento de aderência único e abrangente. Na área da saúde, se disseminou a ideia da importância da elevação das condições de vida da população para o desenvolvimento e, assim, valorizou-se a promoção de um acesso universal à saúde. Entretanto, a definição dos objetivos também ressaltou as desigualdades entre os países e as populações e, conseqüentemente, a necessidade de formulação de políticas que atinjam os estratos sociais mais vulneráveis. Foi ressaltada a necessidade não apenas de aumentar os investimentos, mas de reformulação de políticas públicas capazes de disseminar os benefícios para todos (GWATKIN, 2005). Apesar dos avanços alcançados, os desafios identificados no início dos anos 2000 ainda não foram superados e se mostram centrais na formulação dos ODS. Os ODS, lançados em 2015, pretendem ser direcionados a todas as questões de saúde que afligem as populações de países com as mais diversas disponibilidades de recursos financeiros e humanos. A abrangência das metas mostra a necessidade de se refletir sobre os desafios que foram encontrados para a implementação dos ODM, e como poderão ser abordados, no futuro, especialmente quanto à capacidade dos Estados de formularem e implementarem políticas de saúde.

A formulação de uma agenda única se mostrou benéfica no comprometimento dos países com as questões relacionadas à saúde e sua abrangência. A ideia de saúde global ultrapassa as necessidades de controle de fronteiras e contenção de epidemias, direcionando a visão para o desenvolvimento de sistemas de saúde sustentáveis aos quais todas as populações tenham acesso (KOPLAN et al., 2009). Além disso, o alcance de objetivos comuns fomentou a cooperação no âmbito regional, multilateral e bilateral. Nesse sentido as OIs agem como fomentadoras e parceiras dos países na formulação de políticas públicas e na melhora dos indicadores. Na região da América Latina, se fortaleceram os programas e projetos para cooperação técnica e científica, assim como se ressaltaram as necessidades da democratização, não apenas do acesso ao conhecimento, mas também de sua produção, de forma que as necessidades específicas de cada região possam ser direcionadas. O uso da tecnologia para facilitar o acesso rápido à produção científica e para a troca de experiências no âmbito da saúde se tornou uma prioridade dentro da OPAS.

A utilização das TIC se mostrou fundamental, também, em dois pontos-chave: na formulação e direcionamento de recursos e no monitoramento e avaliação dos programas implementados. A tecnologia e o acesso rápido à informação auxiliaram na resposta a situações

emergenciais, com o reporte de casos de ebola, na epidemia de 2014, de forma que os órgãos de ajuda humanitária e os serviços nacionais de saúde pudessem diminuir o tempo de resposta e atender às necessidades de contenção. Além disso, o acesso à informação e à localização podem ressaltar as necessidades específicas de cada região, de forma que a promoção de saúde possa ser melhor direcionada. Na Bolívia, um programa realizado com a parceria da população, ajudou os municípios a direcionarem verbas para a saúde, de acordo com reportes individuais, por mensagens de texto, que colocavam quais eram as áreas mais deficitárias e quais eram as prioridades da região (WHO, 2015). O fortalecimento dos países e das instituições internacionais na coleta de dados, assim como na análise é fundamental para que os escassos recursos de saúde sejam aproveitados de forma assertiva. Além disso, os dados e indicadores podem ser utilizados no monitoramento dos programas e nos resultados que estão sendo alcançados no sentido de redirecionar ou alterar políticas de saúde conforme as necessidades. A coleta eficiente e confiável de dados passa pela disseminação de tecnologia e pelo desenvolvimento das capacidades internas e institucionais, de forma que o Estado esteja presente nas diferentes regiões.

Para que as políticas de saúde se revertam em benefícios diretos para as populações, a agenda pós-2015 ressalta a necessidade da promoção da equidade e do fortalecimento das instituições e políticas de saúde (ECLAC, 2015) para que sejam implementadas políticas de forma eficiente e eficaz. O desenvolvimento de capacidade estatal, institucional, técnica, administrativa e política, aumenta a capacidade de resposta dos países - a efetividade e assertividade na formulação de políticas públicas, a viabilidade econômica na manutenção de projetos, a cobertura e o acesso da população e a legitimidade na tomada de decisão (GRINDLE, 1998). As questões de saúde e suas soluções são amplas, envolvendo desde o acesso direto à atendimento, medicamentos e tecnologias, até a promoção de programas que incentivem hábitos mais saudáveis. Além disso, fatores como escolaridade, renda e estrutura de saneamento a que estão condicionadas as populações, influenciam na busca por atendimento, planejamento familiar, cuidados com exposições de risco e acesso à saúde.

As reformas de saúde na América Latina ainda enfrentam dificuldades nesse sentido, tanto na construção de sistemas de saúde que sejam financeiramente sustentáveis, quanto na cobertura do acesso. A formulação de políticas de saúde está ligada à capacidade tanto de gastos, quanto de identificação de fragilidades regionais e às características culturais. A ainda excessiva fragmentação e as dificuldade institucionais na coleta de dados dos sistemas de saúde geram gastos duplicados e deixam necessidades de saúde e populações descobertas. A promoção de programas de atendimento primário, focados na prevenção, são formas de

aumentar a cobertura e diminuir o número de mortes evitáveis, principalmente nos países que possuem menos recursos, por ser uma abordagem mais barata e abrangente e que possui uma necessidade menor de recursos humanos com alto grau de capacitação. Além disso, as novas características da população da região necessitam de maior atenção e uma reformulação das prioridades, que visem o aumento da expectativa de vida e a redução percentual no número de mortes por doenças infecciosas. Mostra-se necessária, em muitos países da região, especialmente Uruguai e Chile, a adoção de uma agenda de saúde mais próxima dos países desenvolvidos, que incluam projetos e programas direcionados para as doenças cardiovasculares, oncológicas, relacionadas à obesidade e ao tabagismo.

7 Referências

- ALLEYNE, George A. The Pan American Health Organization's first 100 years: reflections of the director. **Am J Public Health**. 2002 v92 p1890–1894.
- ALMEIDA, Celia. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Brasil. V.18. 2002. p23-36.
- ANNAN, Kofi. **We the peoples**. Nova York, EUA. United Nations. 80p. 2000.
- BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. The transition from “international” to “global” public health and the World Health Organization. **História Ciências Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro. v. 13. n. 3. p.623-647. 2006.
- BUSS, Paulo M.; FERREIRA, José R. Diplomacia da saúde e cooperação sul-sul: as experiências da Unasul saúde e do plano estratégico de cooperação em saúde da comunidade de países de língua portuguesa. **Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**. Rio de Janeiro, v. 4. n. 1. p. 106-118. 2010
- CARVAHO, Paulo G. M.; BARCELLOS, Frederico C. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM: uma avaliação crítica. **Revista Sustentabilidade em Debate**. Brasília, Brasil. v. 5. n. 3. p. 222-244. 2014.
- DMYTRACZENKO, Tania; ALMEIDA, Gisele. **Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean**. Washington, DC, EUA. WHO Press. 2015.
- ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN - ECLAC. **Latin America and the Caribbean: looking ahead after the Millennium Development Goals**. Commission for Latin America and the Caribbean. 2015. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38924/S1500708_en.pdf. Último acesso em: 7 de junho de 2017.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA - FAO. **América Latina y el Caribe – Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional**. 2017. Santiago, Chile. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>. Último acesso em: 10 de junho de 2017
- FEE Evans, BROWN Tom M. 100 years of the Pan American Health Organization. **Am J Public Health**. 2002. p1888–1889.
- FENNER, Frank; HENDERSON, Donald; ARITA, Isao; JEZEK, Zdenek; LADNYI, Ivan. **Smallpox and its Eradication**. Genebra, Suíça. WHO Press. 1988. 1460p.
- FERRANTI, David; PERRY, Guilherme E.; FERREIRA, Francisco H.G.; WALTON, Michel; COADY, David; CUNNINGHAM, Wendy; GASPARINI, Leonardo; JACOBSEN, Joyce; MATSUDA, Yasuhiko; ROBINSON, James; SOKOLOFF, Kenneth; WODON, Quentin. **Inequality in Latin America and the Caribbean: Breaking with History?** Washington DC, EUA. 2003. 493p.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Atuação do Setor Saúde Frente a Situação de Seca**. Brasil. Brasília, Brasil. 2015. 52p.

_____. **Saúde debate Regulamento Sanitário Internacional em Brasília.** 2007. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/5970>. Último acesso em: 18 de março de 2017.

GONZALE, Carlos L. **Mass Campaigns and General Health Services.** Genebra, Suíça. WHO Press. 1965. 86p.

GRINDLE, Merilee S. **Challenging the State: Crisis and Innovation in Latin America and Africa.** Cambridge University Press. 1998. 256p.

HOWARD-JONES, Norman. **The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938.** Genebra, Suíça. World Health Organization, 1975. 108p.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS – UNAIDS. **2008 Report on the Global AIDS Epidemic.** Genebra, Suíça. WHO Press. 2008. 356p.

KICKBUSCH, Ilona.; LISTER, Graham. **European perspective on global health: a policy glossary.** European Foundation Centre. Bruxela, Bélgica. 2006

KIERMAN, James P. 100 Years of Pan Americanism. **The Magazine of the Pan American Health Organization.** V6 No. 2. 2002. Disponível em: http://www1.paho.org/English/DD/PIN/Number12_article3_5.htm.

KOPLAN, Jeffrey P.; BOND, Christopher.; MERSON, Michael H.; REDDY, Srinath.; RODRIGUEZ, Mario H.; SEWANKAMBO, Nelson; WASSERHEIT, Judith N. Consortium of Universities for Global Health Executive Board. Towards a common definition of global health. **The Lancet.** v373. n.9679. 2009. p1993-1995.

LATKO, Brian; TEMPORÃO, José G.; FRENK, Julio; EVANS, Timothy G.; CHEN, Lincoln C.; PABLOS-MENDEZ, Ariel; LAGOMARSINO, Gina; FERRANTI, David. **The growing movement for universal health coverage.** 2010. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62006-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62006-5). Último acesso em 02 de junho de 2017.

LEE, Kelley. **The World Health Organization (WHO).** Nova York, EUA. Routledge, 2009.178p.

LITSIOS, Socrates. Re-imagining the control of malaria in tropical Africa during the early years of the World Health Organization. **Malaria Journal.** v. 15. n. 178. 2015.

LUCCHESI, Geraldo (2001). Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. Tese de doutorado. **Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.** Rio de Janeiro, Brasil. 2001.

MERCOSUR. **ANEXO 8 del Acta 1/2000 de la XXI Reunión Especializada de Ciencia y Tecnología del Mercosur.** 2000. Disponível em: <http://www.recyt.mincyt.gov.ar/files/Recyt/XXIReuniao/Anexo8.pdf>. Último acesso em: 10 de junho de 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração do Milênio.** Nova York, EUA. 2000. 20p. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/odm/declaracao-do-milenio.html>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários.** Alma-ata, URSS. 1978.

_____. **Relatório Mundial da Saúde: Cada Mãe e Criança Contam.** Brasília, Brasil. 2005. 243p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Democratizando la Información y el Conocimiento para el Derecho a la Salud. Organización Panamericana de la Salud.** XXXV Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Havana, Cuba. Julho, 2000.

_____. **Manual de Planejamento, Programação, Controle e Avaliação de Projetos da Representação da OPAS/OMS no Brasil.** Brasília, Brasil. 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).** 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>. Último acesso em: 20 de março de 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – PAHO. **Championing Health for Sustainable Development and Equity: Catalyzing Public Health Action.** 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/annual-report-2016/>. Último acesso em: 12 de junho de 2017.

_____. **Statement on Internal Control.** Washington DC, EUA. WHO Press. 2012. 56p.

_____. **Arbovirus Diagnosis Laboratory Network of the Americas (RELDA).** Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12906%3Athe-arbovirus-diagnosis-laboratory-network-of-the-americas. Último acesso em: 03 de maio de 2017a.

_____. **Basic Documents. Pan-American Health Organization.** Washington, EUA. 2012. 159p. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18859&Itemid=270&lang=pt.

_____. **Health Agenda for the Americas 2008-2017.** Pan-American Health Organization. 2007. Disponível em: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Health_Agenda_for_the_Americas_2008-2017.pdf

_____. **Pan American Forum for Action on NCDs.** 2017b. Disponível em: <http://www.paho.org/panamericanforum/>. Último acesso em 29 de maio de 2017.

_____. **Strategic Plan of the Pan American Health Organization 2014-2019 - “Championing Health: Sustainable Development and Equity”.** 2014. Disponível em:

_____. **Technical Cooperation among Developing Countries.** Washington DC, EUA. 1984. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6637/25906.pdf?sequence=1>.

PANG, Tikki; GRAY, Muir; EVANS, Tim. A 15THth Grand Challenge for Global Health. **The Lancet.** v. 367. n. 9507. p. 284-269. 2006.

PANG, Tikki; GUIDNDON, G. Emmanuel. **Globalization and risks to health**. EMBO Reports, v.5. p11-16. 2004.

POLIO ERRADICATION INITIATIVE – GPEI. **Polio Eradication & Endgame Strategic Plan 2013 – 2018**. 2013. Genebra, Suíça. 134p.

PRENTZAS, G. S. **The World Health Organization**. Nova York, EUA. Chelsea House Publishers, 2009. 137p.

ROLL BACK MALARIA – RBM. **The Global Malaria Action Plan**. Genebra, Suíça. WHO Press. 2008. 79p.

ROSLIN, Hans; REILLY, Marie; SCHELL, Carl O.; PETERSON, Stefan; EKSTROM, Anna M. Socioeconomic determinants of infant mortality: A worldwide study of 152 low-, middle-, and high-income countries. **Scandinavian Journal of Public Health**. v.35. 2007. 288-297p. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1080/14034940600979171>. Último acesso em: 11 de junho de 2017.

RUGER, Jennifer P. The Changing Role of the World Bank in Global Health. **American Public Health Association**. 2005. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2004.042002>. Último acesso em: 11 de maio de 2017.

SA, Lenilde D.; ANDRADE, Marclinede N.; NOGUEIRA, Jordana A.; VILLA, Teresa C. S.; FIGUEIREDO, Tânia M.; QUEIROGA, Rodrigo P. F.; Sousa, Maria C. M. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciência Saúde Coletiva**. 2011. 16v. 3917-3924.

SACHS, Jeffrey. Achieving Universal Health Coverage in Low-Income Settings. **The Lancet**. v. 380. n. 9845. p. 944-947. 2012. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61149-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61149-0). Último acesso em: 12 de junho de 2017.

SANTANA, José P. 2011. Um Olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n. 6, p. 33-61.

SANTOS, L. A. C. Um Século de Cólera: Itinerário do Medo. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 80-109, 1994.

SATO, Nathalie S. T. **A Evolução da Dimensão Social da Integração Regional: O caso das normas do Mercosul-Saúde**. 2014. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais do Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, 2014.

SCHMIDT, Harald; GOSTIN, Lawrence O; EMANU, Ezekiel J. Public Health, Universal Health Coverage, and Sustainable Development Goals: Can They Coexist? (June 29, 2015). **The Lancet**. 2015. Disponível em: SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2625208>.

SECRETARÍA GENERAL IBEROAMERICANA - SEGIB. **La Cooperación Sur-Sur y triangular en el Sector de la Salud en Iberoamérica**. Secretaria General Iberoamericana. 2017.

SENNA, Monica C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Brasil. v18. 2002. p203-211.

TEIXEIRA, Carlos F.; PAIM, Jairnilson S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**. 34v. 63-80p. 2000.

TOGNOTTI, E. Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza A. **Emerging Infectious Diseases**. v19, n2, p. 254-259, 2013. <https://dx.doi.org/10.3201/eid1902.120312>.

TRIUNFO, Patricia. Uruguay: balance de diez años y desafíos. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v.40. 256-262p. 2016.

TRIUNFO, Patricia; HARRIS, Jeffrey; BALSÁ, Ana. Evaluación de la campaña antitabaco en Uruguay: balance de diez años y desafíos. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v.40. 256-262p. 2016.

UN WATER GLOBAL ANALYSIS AND ASSESSMENT OF SANITATION AND DRINKING WATER - GLAAS. **Investing in Water and Sanitation: Increasing Access, Reducing Inequalities**. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204597/1/WHO_FWC_WSH_16.41_eng.pdf?ua=1. Último acesso em 07 de junho de 2017.

UNAIDS. **On the Fast-Track to End AIDS**. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf. 2015. Último acesso em: 13 de março de 2017

UNITED NATION - UN. **The Millennium Development Goals – A Latin American and Caribbean Perspective**. 2005.

UNITED NATION CHILDREN'S FUND - UNICEF. **Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries**. Nova York, EUA. 1990. 38p.

UNITED NATIONS – UN. **The Millennium Development Goals Report**. 2015. Disponível em: [http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf). Último acesso em: 12 de junho de 2017.

VARGAS, Ingrid; VÁZQUEZ, Maria L.; JANÉ, Elisabet. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Brasil. v18. 2002. p927-937

VENTURA, Deisy; PEREZ, Fernanda A. Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde. **Revista de Cultura e Política**. n. 92. p. 45-77. 2014.

VILLA, Rafael D. Formas de influência das ONGs na política internacional contemporânea. **Revista de Sociologia Política**. 1999. No 2, pp.22-33.

WAGSTAF, Adam; ATUM, Rifat; ANDRADE, Luiz O. M.; ALMEIDA, Gisele; COTLEAR, Daniel; DMYTRACZENKO, Tania; FRENZ, Patricia; GARCIA, Patrícia; GOMEZ-DANTES, Octavio; KNAUL, Felicia M.; MUNTANER, Carles; DE PAULA, Juliana B.; RÍGOLI, Felix; SERRATE, Castell. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **The Lancet**. 2015. v385. 1230-1247p.

WAGSTAFF, Adam; CLAESON, Mariam. **Rising to the Challenges**. Washington, DC, EUA. 2004. 206p.

WEILAND, Kurt; MADRID, Raul L.; HUNTER, Wendy. **Leftist Governments in Latin America: Successes and Shortcomings**. Cambridge University Press. Nova York, EUA. 2010. 215p.

WEINDLING, P. As origens da participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações, 1920 a 1940. **História, Ciência e Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n.3 p. 555-570, 2006.

WHITEHEAD, Margaret. **The concepts and principles of equity in health**. World Health Organization - Regional Office for Europe. Copenhagen, Dinamarca. 1991. 18p.

WHO/UNICEF JOINT MONITORING PROGRAMME FOR WATER SUPPLY AND SANITATION - JMP. **Inequalities in sanitation and drinking water in Latin America and the Caribbean. 2016**. Disponível em: https://www.wssinfo.org/user_upload/resources/LAC-snapshot-wash-2016-for-web.pdf. Último acesso em 09 de junho de 2017.

WOODWARD, David; DRAGER, Nick; BEAGLEHOLE, Robert; LIPSON, Debra. Globalization and Health: a framework for analysis and action. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 79. n. 9. p. 875-881. 2001.

WORLD BANK – WB. **Making Services Work for Poor People**. Oxford University Press. Nova York, EUA. 2004. 289p.

_____. **World Development Report 1993 - Investing in Health**. Oxford University Press. Nova York, EUA. 1993. 12p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Constitution of the World Health Organization**. 1946. Disponível em http://www.who.int/eb/who_constitutive.pdf. Acesso em: 25 de março de 2017.

_____. **Ebola Situation Report**. World Health Organization. 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204714/1/ebolasitrep_30mar2016_eng.pdf?ua=1. Último acesso em:

_____. **Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property**. Genebra, Suíça. WHO Press. 2011. 52p

_____. **Health Systems Financing: The Path for Universal Health Coverage**. Genebra, Suíça. WHO Press. 2010. 128p.

_____. **Health in 2015 – from MDGs to SDGs**. WHO Press. 2015a. 216p.

_____. **Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health** Genebra. 2001.

_____. **Malaria Report 2015**. Country Profiles. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2015/wmr2015-without-profiles.pdf?ua=1>. Último acesso em: 15 de maio de 2017.

_____. **Programme budget 2018–2019**. Disponível em: http://www.who.int/about/finances-accountability/budget/B140_36-en.pdf?ua=1. 2017a. Último acesso em: 02 de março de 2017.

_____. **Relatório da Situação do Roteiro de Resposta do Ebola.** 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/143216/5/roadmapsitrep_14Nov2014_por.pdf?ua=1. Último acesso em:

_____. **Smallpox eradication: destruction of variola virus stocks.** Report by the Secretariat. 2013. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_34-en.pdf. Último acesso: 11 de junho de 2017.

_____. **Voluntary contributions by fund and by contributor.** 2015. 2016c. Disponível em: http://www.who.int/about/finances-accountability/reports/A69_INF3-en.pdf?ua=1. Último acesso em: 02 de março de 2017.

_____. **WHO Country Cooperation Strategy.** World Health Organization. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251734/1/WHO-CCU-16.04-eng.pdf?ua=1>. Último Acesso em: 02 de junho de 2017.

_____. **Working Together for Health.** 2006. Disponível em: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf . Último acesso em: 24 de maio de 2017.

_____. **World Health Statistics 2016 – Monitoring Health for the SDGs.** World Health Organization. 2016a. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/. Último acesso em: 14 de maio de 2017

8 Anexos

Anexo I – Países da OMS, separados por região



AMRO	AFRO	EMRO	EURO	WPRO	SEARO
Antigua e Barbuda	Argélia	Afeganistão	Albânia	Austrália	Bangladesh
Argentina	Angola	Bahrein	Andorra	Brunei Darussalam	Butão
Bahamas	Benim	Djibouti	Armênia	Camboja	Coréia do Norte
Barbados	Botswana	Egito	Austria	China	Índia
Belize	Burkina Faso	Irã	Azerbaijão	Ilhas Cook	Indonésia
Bolívia	Burundi	Iraque	Bielorrússia	Fiji	Maldivas
Brasil	Camarões	Jordânia	Bélgica	Japão	Myanmar
Canada	Cabo Verde	Kuwait	Bósnia e Herzegovina	Kiribati	Nepal
Chile	República Centro- Africana	Libano	Bulgária	Laos	Sri Lanka
Colômbia	Chade	Líbia	Croácia	Malásia	Taiilândia
Costa Rica	Comores	Morocos	Chipre	Ilhas Marshall	Timor-Leste
Cuba	Congo	Omã	República Checa	Micronésia	
Dominica	Costa do Marfim	Paquistão	Dinamarca	Mongolia	
República Dominicana	Rep. Dem. do Congo	Qatar	Estonia	Nauru	
Equador	Rep. Dem. do Congo	Arábia Saudita	Finlândia	Nova Zelândia	
El Salvador	Guiné Equatorial	Somália	França	Niue	
Granada	Guiné Equatorial	Sudão	Geórgia	Palau	
Guatemala	Eritreia	Síria	Alemanha	Papua Nova Guiné	
Guiana	Etiópia	Tunísia	Grécia	Filipinas	
Haiti	Gabão	Emirados Árabes	Hungria	Coréia do Sul	
Honduras	Gâmbia	Árabes	Islândia	Samoa	
Jamaica	Gana	lémen	Irlanda	Singapura	
México	Guiné Equatorial		Israel	Ilhas Salomão	
Nicaragua	Guiné-Bissau		Itália	Tonga	
Panamá	Quênia		Kazaquistão	Tuvalu	
Paraguai	Lesoto		Quirguistão	Vanuatu	
Peru	Libéria		Letônia	Vietna	
São Cristóvão e Neves	Madagascar		Lituania		
Santa Lúcia	Malawi		Luxemburgo		
São Vicente e Granadinas	Mali		Malta		
Suriname	Mauritânia		Monaco		
Trinidad e Tobago	Maurícia		Montenegro		
Estados Unidos da América	Moçambique		Países Baixos		
Uruguai	Namíbia		Noruega		
Venezuela	Níger		Polónia		
	Nigéria		Portugal		
	Ruanda		Moldávia		
	São Tomé e Príncipe		Romenia		
	Senegal		Rússia		
	Seychelles		San Marino		
	Serra Leoa		Sérvia		
	África do Sul		Eslováquia		
	Sudão do Sul		Eslovénia		
	Swazilândia		Espanha		
	Togo		Suiça		
	Uganda		Suécia		
	Tanzânia		Tajiquistão		
	Zâmbia		Macedónia		
	Zimbábue		Turquia		
			Turcomenistão		
			Ucrânia		
			Reino Unido		
			Uzbequistão		

Fonte: WHO – Regional Offices

Anexo II – Contribuição fixa dos Membros da OMS

Membros e Membros Associados	Contribuições para o biênio 2016/2017 (em US\$)
Afeganistão	46 460
África do Sul	3 455 880
Albânia	92 900
Alemanha	66 345 260
Andorra	74 320
Angola	92 900
Antígua e Barbuda	18 580
Arábia Saudita	8 027 500
Argélia	1.272 740
Argentina	4 013 280
Arménia	56 040
Austrália	19 268 400
Áustria	7 414 360
Azerbaijão	371 600
Bahamas	157 940
Bahrein	362 320
Bangladesh	92 900
Barbados	74 320
Bélgica	9 272 360
Belize	9 300
Benim	27 880
Bielorrússia	520 240
Bolívia	83 620
Bósnia e Herzegovina	157 940
Botswana	157 940
Brasil	27 258 729
Brunei Darussalam	241 540
Bulgária	436 640
Burkina Faso	27 880
Burundi	9 300
Butão	9 300
Cabo Verde	9 300
Camarões	111 480
Camboja	37 160
Canadá	27 723 210
Catar	1 941 620
Cazaquistão	1 124 100
Chade	18 580
Chile	3 102 860
China	47 828 640

Chipre	436 640
Colômbia	2 408 120
Comores	9 300
Congo	46 460
Coréia do Norte	55 740
Coréia do Sul	19 525 200
Costa do Marfim	102 200
Costa Rica	353 020
Croácia	1 170 540
Cuba	641 020
Dinamarca	6 270 760
Djibouti	9 300
Dominica	9 300
Egito	1 244 860
El Salvador	148 640
Emirados Árabes Unidos	5 527 560
Equador	408 060
Eritreia	9 300
Eslováquia	1 588 600
Eslovênia	929 000
Espanha	27 621 040
Estados Federados da Micronésia	9 300
Estados Unidos da América	227 026 320
Estônia	371 600
Etiópia	92 900
Fiji	25 880
Filipinas	1 430 660
Finlândia	4 821 520
França	56 326 140
Gabão	185 800
Gâmbia	9 300
Gana	130 060
Georgia	65 040
Granada	9 300
Grécia	5 927 020
Guatemala	250 840
Guiana	9 300
Guiné	9 300
Guiné Equatorial	92 900
Guiné-Bissau	9 300
Haiti	27 880
Honduras	74 320
Hungria	2 471 140
Iémen	92 900
Ilhas Cook (não-membro da UNO)	9 300

Ilhas Marshall	9 300
Ilhas Salomão	9 300
Índia	9 187 140
Indonésia	3 214 340
Irã	3 307 240
Iraque	631 720
Irlanda	3 883 220
Islândia	250 840
Israel	3 678 840
Itália	41 324 720
Jamaica	102 200
Japão	100 645 700
Jordânia	204 380
Kiribati	9 300
Kuwait	2 536 180
Laos	18 580
Lesoto	9 300
Letônia	436 640
Líbano	390 180
Libéria	9 300
Líbia	1 319 180
Lituânia	678 180
Luxemburgo	752 500
Madagascar	27 880
Malásia	2 610 500
Malawi	18 580
Maldivas	9 300
Mali	37 160
Malta	148 640
Marrocos	575 980
Maurícia	120 780
Mauritânia	18 580
México	17 113 120
Moçambique	27 880
Moldávia	27 880
Mônaco	111 480
Mongólia	27 880
Montenegro	46 460
Myanmar	92 900
Namíbia	92 900
Nauru	9 300
Nepal	55 740
Nicarágua	27 880
Níger	18 580
Nigéria	836 100

Niue (não-membro da ONU)	9 300
Noruega	7 906 720
Nova Zelândia	2 350 380
Omã	947 580
Países Baixos	15 366 600
Palau	9 300
Panamá	241 540
Papua-Nova Guiné	37 160
Paquistão	789 660
Paraguai	92 900
Peru	1 086 940
Polônia	8 557 020
Porto Rico (não-membro da ONU)	9 300
Portugal	4 371 430
Quênia	120 780
Quirguistão	18 580
Reino Unido	48 116 600
República Centro-Africana	9 300
República Checa	3 585 940
República da Macedônia	74 320
República Democrática do Congo	27 880
República Dominicana	418 060
Romênia	2 099 540
Ruanda	18 580
Rússia	22 650 880
Samoa	9 300
San Marino	27 880
Santa Lúcia	9 300
São Cristóvão e Nevis	9 300
São Tomé e Príncipe	9 300
São Vicente e Granadinas	9 300
Seicheles	9 300
Senegal	55 740
Serra Leoa	9 300
Sérvia	371 600
Singapura	3 567 360
Síria	334 440
Somália	9 300
Sri Lanka	232 260
Suazilândia	27 880
Sudão	92 900
Sudão do Sul	37 160
Suécia	8 919 340
Suíça	9 727 560
Suriname	37 160

Tailândia	2 220 320
Tajiquistão	27 880
Tanzânia	83 620
Timor-Leste	18 580
Togo	9 300
Tokelau (não-membro da ONU)	9 300
Tonga	9 300
Trinidade e Tobago	408 760
Tunísia	334 440
Turquemenistão	176 520
Turquia	12 338 060
Tuvalu	9 300
Ucrânia	919 720
Uganda	55 740
Uruguai	483 080
Uzbequistão	139 360
Vanuatu	9 300
Venezuela	5 824 840
Vietnã	390 180
Zâmbia	55 740
Zimbabwe	18 580
TOTAL:	955 977 360

Anexo III – Metas e indicadores para os ODM

Saúde nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio		
	Alvos	Indicadores
Objetivo 1	Erradicar a pobreza extrema e a fome	
Alvo 2	Diminuir em 50% até 2015, o número de pessoas que padecem de fome	Prevalência de crianças com menos de cinco anos abaixo do peso
		Proporção do número de pessoas com um consumo diário de energia abaixo do mínimo
Objetivo 4	Redução da Mortalidade Infantil	
Alvo 5	Reduzir em dois terços a taxa de mortalidade Infantil	Taxa de mortalidade infantil em crianças com menos de cinco anos
		Taxa de mortalidade infantil
		Percentual de crianças com um ano inoculadas contra o sarampo
Objetivo 5	Melhorar a Saúde Materna	
Alvo 6	Reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna	Taxa de mortalidade materna
		Percentual de partos atendidos por profissionais qualificados
Objetivo 6	Combate ao HIV/AIDS, Malária e outras doenças	
Alvo 7	Impedir, até 2015, e começado a reverter o número de infecções por HIV	Prevalência de HIV em mulheres grávidas entre 15 e 24 anos
		Taxa de uso de preservativos
		Porcentagem de frequência escolar de órfãos comparada com a de não-órfãos na idade de 10 a 14 anos
Alvo 8	Reduzir a metade e iniciar a reverter a incidência de malária e outras doenças	Prevalência das taxas de mortalidade associadas com a malária
		Porcentagem da população, em áreas de risco de malária que utilizam prevenção e tratamentos adequados
		Prevalência de mortes associadas com a tuberculose
		Proporção de casos de tuberculose detectados e tratados pelo DOTS
Objetivo 7	Garantir a sustentabilidade ambiental	
Alvo 9	Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável com políticas e programas internos e revestir a perda de recursos ambientais	Percentual de pessoas que utilizam combustíveis sólidos
Alvo 10	Reduzir pela metade o número de pessoas sem acesso sustentável a água tratada e saneamento	Percentual da população com acesso sustentável a uma fonte de água melhorada, urbana e rural

Alvo 11	Até 2020 alcançar uma melhora significativa na vida de 100 milhões de pessoas que moram em favelas	Proporção da população com acesso à saneamento, urbano e rural
Objetivo 8	Parceria global para o desenvolvimento	
Alvo 17	Em cooperação com empresas farmacêuticas, prover acesso viável a drogas essenciais para os países em desenvolvimento	Proporção de pessoas com acesso a drogas essenciais de forma sustentável

Anexo IV - Metas de Impacto da Organização Pan-Americana de Saúde

1. Aprimorar a saúde e o bem-estar com equidade
 - 1.1 Aumento de pelo menos 1.0% na Expectativa de Vida Saudável para as Américas, a ser alcançado até 2019 (65.3 anos), comparado aos dados de 2014 (64.6 anos).
2. Garantir um início de vida saudável a recém-nascidos e crianças
 - 2.1 Redução de pelo menos 15% na taxa de mortalidade infantil regional a ser alcançada até 2019 (10.5 a cada 1,000 nascimentos com vida).
 - 2.2 Redução relativa de pelo menos 10% na taxa de mortalidade infantil, da lacuna entre os grupos superiores e os grupos inferiores dos países do Índice de Necessidades em Saúde até 2019, comparada a 2014.
 - 2.3 Redução absoluta de ao menos 3 mortes infantis excessivas a cada 1,000 nascidos vivos entre 2014 e 2019 através do gradiente de países do INS.
3. Garantir maternidades saudáveis
 - 3.1 Redução de pelo menos 11% na taxa de mortalidade materna regional a ser alcançada até 2019 (43.6 a cada 100,000 nascidos vivos) comparada a 2014 (48.7 a cada 100,000 nascidos vivos).
 - 3.2 Redução relativa de pelo menos 25% na taxa de mortalidade materna, da lacuna entre os grupos superiores e os grupos inferiores dos países do INS até 2019, comparada a 2014.
 - 3.3 Redução absoluta de pelo menos 18 mortes maternas excessivas a cada 100,000 nascidos vivos entre 2014 e 2019 através do gradiente de países do INS.
4. Reduzir a mortalidade devida à pobre qualidade de cuidados com a saúde.
 - 4.1 Redução de pelo menos 9% na taxa regional de Mortalidade Passível de Cuidados (MAHR) com a Saúde a ser alcançada até 2019 (77.2 por população de 100,000 habitantes) comparada a 2014 (84.7 por população de 100,000 habitantes).
 - 4.2 Aumento relativo de não mais de 6% no MAHR, da lacuna entre os grupos superiores e os grupos inferiores dos países do INS até 2019 comparado a 2014.
 - 4.3 Redução absoluta de pelo menos 8 mortes evitáveis excessivas por população de 100,000 habitantes entre 2014 e 2019 através do gradiente de países do INS.
5. Aprimorar a saúde da população adulta com ênfase nas Doenças Não-Comunicáveis (DNC) e fatores de risco.
 - 5.1 Redução de pelo menos 9% no índice de mortalidade prematura por DNC regional (PNRM) a ser alcançada até 2019 (239.6 por população de 100,000 habitantes) comparada a 2014 (260.8 por população de 100,000 habitantes).
 - 5.2 Aumento de não mais de 6% na taxa de PNMR, da lacuna entre os grupos superiores e os grupos inferiores dos países do INS até 2019 comparado a 2014.
 - 5.3 Redução absoluta de pelo menos 18 mortes prematuras excessivas devidas a DNCs por população de 100,000 habitantes, entre 2014 e 2019 através do gradiente de países do INS.
6. Reduzir a mortalidade devida a doenças comunicáveis.
 - 6.1 Redução de pelo menos 15% na taxa de mortalidade causada por HIV/AIDS a ser alcançada até 2019 comparada a 2014.

6.2 Redução de pelo menos 30% na taxa de mortalidade por número de casos causada por dengue a ser alcançada até 2019 (0.05%) comparada a 2012 (0.07%).

6.3 Redução de pelo menos 24% na taxa de mortalidade por tuberculose a ser alcançada até 2019 (0.8 por população de 100,000 habitantes) comparada a 2014 (1.1 por população de 100,000 habitantes).

6.4 Redução de pelo menos 75% no número de mortes por malária a ser alcançada até 2019 (28 mortes) comparada a 2011 (112 mortes).

7. Refrear a mortalidade por violência, suicídios, e acidentes com adolescentes e jovens adultos (15-24 anos de idade)

7.1 Redução de pelo menos 6% na taxa de homicídios a ser alcançada até 2019 (25.7 a cada 100,000 de jovens com 15-24 anos de idade) comparada a 2014 (27.3 a cada 100,000 jovens com 15-24 anos de idade).

7.2 Estabilização da taxa de suicídio a ser alcançado até 2019 comparado a 2014 (7.8 a cada 100,000 de jovens com 15-24 anos de idade).

7.3 Estabilização na taxa de mortalidade por acidentes de trânsito a ser alcançado até 2019 comparado a 2014 (20.5 a cada 100,000 jovens com 15-24 anos de idade).

8. Eliminação de doenças comunicáveis prioritárias na região

8.1 Eliminação da transmissão de HIV e de sífilis congênita de mãe para filho em 16 países e territórios.

8.2 Eliminação de oncocercose em 4 países.

8.3 Eliminação da transmissão de Chagas em 21 países endêmicos.

8.4 Eliminação da malária em pelo menos 3 dos 7 países endêmicos na fase de pré-eliminação.

8.5 Zero casos de humanos com raiva transmitida por cães em 35 Estados Membros.

9. Prevenir mortes, doenças e deficiências originadas de emergências.

9.1 Retornar às taxas de mortalidade anteriores à desastres dentro de três meses em 70% das emergências atendidas.