

Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*



Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012



Brasília, 2007

© Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)

Representação no Brasil

Representante

Diego Victoria

Coordenação editorial

Carlos Wilson de Andrade Filho

Luciana de Deus Chagas

Apoio administrativo

William Rodrigues

Apoio secretarial

Alessandra Sorôa

Susana Damasceno

<http://www.opas.org.br>

Projeto gráfico e editoração: Formatos design gráfico

Revisão: Alex Cojorian e Alessandra Sorôa

Tiragem: 1.500 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

Organização Pan-Americana da Saúde.

Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012. / Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília, 2007.
76 p.: il.

1. Brasil – cooperação técnica. 2. Cooperação Técnica Internacional – saúde. I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título.

NLM: WA 530

Sumário

Prefácio	5
Agradecimento.....	7
Seção I.....	9
Introdução	
Seção II.....	13
Desafios para o desenvolvimento e a saúde no Brasil	
Seção III.....	35
Cooperação para o desenvolvimento e alianças estratégicas: tendências, instrumentos e coordenação	
Seção IV	39
Atividades atuais de cooperação da OPAS/OMS	
Seção V	45
O marco político da OPAS/OMS: diretrizes mundiais e regionais	
Seção VI.....	49
Agenda Estratégica: prioridades da cooperação da OPAS/OMS no Brasil, pactuadas com o país	
Seção VII	55
Implementação da Agenda Estratégica: implicações para a Secretaria da OPAS/OMS, seguimento e próximos passos em cada nível	
Documento de compromisso assinado entre o Governo Brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde em 20 de agosto de 2007	59
Anexos	67

Prefácio

A OPAS/OMS no Brasil possui um expressivo sinergismo entre as prioridades de saúde do Estado e da sociedade brasileiros, conformadas no Plano de Saúde 2008/2011 e no Pacto da Saúde 2007. Isso é percebido também com relação às prioridades definidas, no nível global, pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo XI Programa de Médio Prazo 2008-2015 da OMS; no nível regional, pela Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, aprovada pelos governos dos países americanos; pelo Plano Estratégico da OPAS/OMS para 2008-2012; e pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Nesse contexto, a OPAS/OMS no Brasil realizou um trabalho intenso na elaboração e na definição estratégica da Cooperação Técnica a ser prestada no Brasil para o período 2008-2012. Esse documento foi assinado em agosto de 2007 pelas diretoras da OMS, Margaret Chan, da OPAS, Mirra Roses, e pelo Governo Brasileiro, representado pelo Ministro da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão, e tem como principais objetivos:

- buscar equilíbrio entre prioridades do país e da OPAS/OMS;
- orientar a ação da OPAS/OMS no país, conforme a Avaliação Conjunta do País/Matriz de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento (CAA/UNDAF);
- iniciar um Orçamento-Programa Único da OPAS/OMS;
- definir os papéis e as funções da OPAS/OMS no apoio ao país;
- constituir um processo de aprendizado para ambas as partes;
- basear-se em consultas ao país e aos três níveis da OPAS/OMS;
- ser um processo flexível e capaz de adaptar-se a mudanças.

Para o biênio 2008-2009, seguindo as orientações do presente documento, a Cooperação Técnica da OPAS/OMS no Brasil se estruturou com base em projetos voltados ao fortalecimento e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde brasileiro e ao acompanhamento sistematizado do processo de Cooperação Sul-Sul. As ações estratégicas da Organização objetivam o fortalecimento de seu papel junto ao governo brasileiro e aos demais países. Para isso, visa a ampliar a participação de instituições nacionais e internacionais, Representações, Centros e Unidades Técnicas da OPAS/OMS, além das demais agências do Sistema das Nações Unidas.

O principal propósito é constituir uma cooperação articulada e com capacidade de inteligência para atuar de maneira flexível e no momento oportuno. Dessa forma, espera-se que a cooperação técnica a ser prestada pela OPAS/OMS ao Brasil durante o período 2008-2012 possa contribuir para o desenvolvimento socioeconômico e político do país através da melhoria da saúde individual e coletiva de todos os brasileiros.

Diego Victoria

Representante da OPAS/OMS no Brasil

Agradecimento

O conteúdo deste documento é fruto das recomendações e das discussões realizadas por técnicos nacionais e internacionais. Nossos agradecimentos aos integrantes da Missão Conjunta OPAS/OMS (Abel Packer, Albino Belotto, Carlos Florencio Corvalan, César Vieira, Daniel Purcallas, Guillermo Mendoza, Hernán Montenegro, Janis Karlin Lazdins-Helds, Juan Manuel Sotelo, Lucimar Coser Cannon, Michael Boorstein) e ao Grupo Interprogramático da OPAS/OMS no Brasil (Diego Victoria, James Fitzgerald, José Antonio Escamilla, José Paranaguá de Santana, Julio Suárez, Luis Fernando Rocabado, Rubén Figueroa, Guillermo Gopceovich). Agradecemos também às várias instituições nacionais e internacionais que colaboraram com o processo de aprovação deste documento: ministérios da Saúde, das Cidades, da Educação, do Meio Ambiente, de Política para as Mulheres, da Integração, do Desenvolvimento Social, da Ciência e Tecnologia; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde (AISA), Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), Cooperação Técnica Alemã (GTZ), Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos (USAID), Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID), Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), BIREME, PANAFETOSA. Especial reconhecimento às contribuições prestadas pelo grupo que identificou as bases para a elaboração do documento durante a reunião sobre os desafios do SUS: Carlyle Guerra de Macêdo, César Vieira, Eugênio Villaça Mendes, Gilson Carvalho, Helvécio Magalhães, José da Rocha Carneiro, Nelson Rodrigues, Antônio Ivo de Carvalho, Sérgio Piola, Sônia Fleury, Gisele Bahia, Claunara Mendonça.

Seção I



Introdução

A Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com o Brasil para o período de 2008/2012 contempla as prioridades, o enfoque estratégico e as modalidades desta cooperação. Sua elaboração foi realizada em consulta com autoridades do Governo Brasileiro, instâncias representativas dos Governos Estaduais e Municipais, ONGs interessadas na saúde e outras Organizações Internacionais que cooperam com o Brasil em campos do desenvolvimento relacionados com a saúde. Além disso, a pactuação desta Estratégia envolveu consultas a diferentes departamentos e unidades da OPAS/OMS em nível nacional, regional e mundial.

A preparação da Estratégia foi realizada através de uma minuciosa revisão das prioridades e políticas de saúde e desenvolvimento que deverão ser implementadas pelo Brasil nos próximos anos. Neste sentido, ela faz parte do esforço do Sistema das Nações Unidas relativo ao UNDAF.

Ela também se baseou numa avaliação criteriosa dos avanços, desafios e oportunidades de aperfeiçoamento da cooperação da OPAS/OMS com o Brasil, assim como das prioridades e políticas que a Organização e o País deverão seguir neste período, no marco dos compromissos nacionais, regionais e globais para o desenvolvimento.

Uma dimensão que facilitou muito este processo – e certamente contribuirá para alcançar seus objetivos – tem a ver com o fato de que a preparação da Estratégia coincide com a preparação do Plano Plurianual do Governo Brasileiro e do Programa de Aceleração do Crescimento em Saúde – PAC/Saúde.¹ Além disso, o PPA, o PAC/Saúde e a Estratégia de Cooperação da OPAS/OMS coincidem nos respectivos períodos de implementação.

Para a elaboração dessa Estratégia, foram considerados o IX Programa Geral de Trabalho da OMS 2006-2015 e o Plano Estratégico da OPAS 2008-2015, assim como a Avaliação Conjunta do País/Matriz de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento (CCA/UNDAF).

Por estas razões, há bastantes evidências de um crescente sinergismo entre as políticas e os programas prioritários do Brasil e a cooperação da OPAS/OMS nos próximos quatro anos.

Como parte de uma iniciativa em nível global centrada no país, a estratégia deverá orientar todas as atividades de cooperação que a OPAS/OMS desenvolverá com o Brasil no período mencionado. Ela também será divulgada pela Representação da OPAS/OMS no Brasil a outras agências que cooperam com o Brasil no campo da saúde, buscando alcançar um alinhamento das respectivas atividades com o conteúdo deste documento.

Do ponto de vista do Brasil, as prioridades para a cooperação técnica da OPAS/OMS estão baseadas no Plano Plurianual 2008-2012, no Programa de Aceleração do Crescimento e nas prioridades de saúde definidas para o segundo mandato do atual Governo Nacional. Elas também refletem as prioridades que estão sendo consideradas para fazer parte do PAC/Saúde e do PPA, atualmente em fase de preparação.

O conteúdo da Estratégia está distribuído nas seis seções seguintes, que abordam os Desafios para o desenvolvimento e a saúde no Brasil (Seção II); Cooperação para o desenvolvimento e alianças estratégicas: tendências, instrumentos e coordenação (Seção III); Atividades atuais de cooperação da OPAS/OMS (Seção IV); O marco político da OPAS/OMS: diretrizes mundiais e regionais (Seção V); Agenda Estratégica: prioridades sobre a cooperação da OPAS/OMS no Brasil (Seção VI) e a Implementação da Agenda Estratégica: implicações para a Secretaria da OPAS/OMS, seguimento e próximos passos em cada nível (Seção VII). Ao final do documento, incluem-se vários anexos que completam ou detalham os conteúdos das seções anteriores.

1 Este é um título provisório até que este Plano esteja disponível.

A Agenda Estratégica da Cooperação da OPAS/OMS com o Brasil para o período 2008-2012 (Seção VI) foi pactuada entre o Governo Brasileiro e a OPAS/OMS. Neste processo de pactuação, o Governo Brasileiro foi representado por autoridades do Ministério da Saúde, do Ministério das Relações Exteriores e de outros ministérios diretamente relacionados com o setor saúde.² A OPAS/OMS foi representada por uma missão conjunta integrada por funcionários sediados em Genebra, Washington e Brasília.

² Ministérios: Agricultura, Cidades, Ciência e Tecnologia, Desenvolvimento Social, Educação, Integração, Meio Ambiente, Planejamento e Gestão, Políticas de Mulheres.

Seção II

Desafios para o desenvolvimento e a saúde no Brasil

1. Contexto geral e determinante da saúde

A República Federativa do Brasil tem fronteiras com todos os países da América do Sul, exceto Chile e Equador. Seu sistema constitucional de governo é presidencialista e se compõe de três poderes independentes: o Executivo, o Legislativo e o Judiciário. Sua organização político-administrativa compreende a União, vinte e seis estados agrupados em cinco macro-regiões, 5.561 municípios e o Distrito Federal.

O Brasil ocupa o 63º lugar na classificação dos países-membros das Nações Unidas de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano, que passou de 0,71 em 1990 para 0,79 em 2003. O menor IDH se encontra no estado de Alagoas (0,65) e o maior no estado de Santa Catarina (0,82).

O PIB *per capita* brasileiro em 2003 chegou a R\$ 8.694 (cerca de US\$ 4.350), variando de R\$ 4.305 (US\$ 2.150) na região Nordeste a R\$11.257 (US\$ 5.628) na região Sudeste. Em 2004, 32% da população nacional era pobre, proporção que variava entre 55,5% no Nordeste e 17,8 no Sul. Enquanto isso, 5,7% da população vivia em pobreza extrema (menos de US\$ 1 PPC/dia) em 2003, variando entre 13,5% nas áreas rurais e 4,2% nas áreas urbanas.

Nos últimos anos, tanto a pobreza como a indigência vêm declinando nacional e regionalmente. Como consequência, o índice de Gini passou de 0,593 em 2001 para 0,569 em 2005. Apesar disso, a disparidade entre os grupos populacionais de maior e menor renda não diminuiu significativamente neste mesmo período. A pobreza se concentra sobretudo entre a população negra e parda.

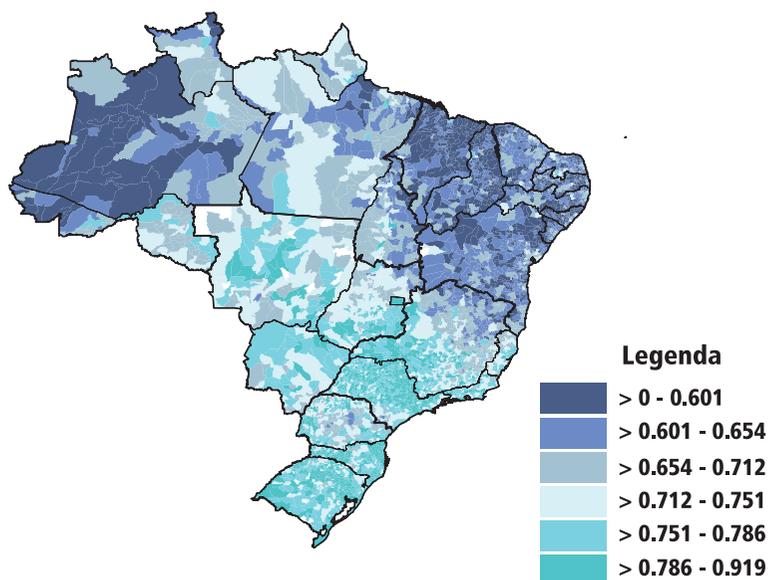
A taxa de analfabetismo entre os grupos com mais de 15 anos era de 11,1% em 2005, variando entre 8,4% na população urbana e 25,0% na população rural. Enquanto na região Nordeste a taxa era de 21,9%, na região Sul era de 5,9%. A população negra tem grau de analfabetismo bem mais elevado que a população branca.

A taxa de desemprego passou de 6,2% da população em 1993 para 9,3% em 2005, enquanto nas regiões metropolitanas ela cresceu de 9,2% para 13,0% neste mesmo período. O emprego no setor formal da economia passou de 55,5% para 49,7% da População Economicamente Ativa (PEA) neste período. O crescimento do desemprego vem afetando mais duramente as mulheres, os negros e os grupos com menor escolaridade.

Enquanto se reduzia a população com baixo peso, crescia a população com sobrepeso, principalmente nas regiões mais pobres e na zona rural. Em 2004, 34,8% dos domicílios – correspondentes a 72 milhões de pessoas – viviam numa situação de insegurança alimentar, sobretudo no caso de famílias chefiadas por mulheres ou pessoas de raça negra.

A proporção da população urbana com acesso a água potável passou de 88,3% em 1992 a 92,0% em 2005. Neste mesmo período, a população rural com acesso a água potável passou de 12,3% a 26,8%. A cobertura de esgoto sanitário ou fossa séptica cresceu de 66,1% em 1992 a 77,3% em 2005. Mais de 70% do esgotamento ainda é lançado em mananciais e 64% dos municípios continuam despejando o lixo em depósitos inadequados a céu aberto. O uso de agrotóxicos tem aumentado consideravelmente, enquanto ocorrem desastres naturais como desmatamento e secas.

Os dados acima indicam que o Brasil não é um país pobre, mas apresenta muitas desigualdades socioeconômicas entre grupos de população e regiões (Figura 1). Como parte deste perfil, a violência urbana tem crescido aceleradamente, afetando a qualidade da vida e a segurança da população. Apesar dos esforços do governo para equacionar este problema, os resultados correspondentes ainda deixam muito a desejar.

Figura 1**Brasil mostra importantes disparidades no desenvolvimento humano****Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
2000**

Fonte: Atlas de desenvolvimento humano PNUD.

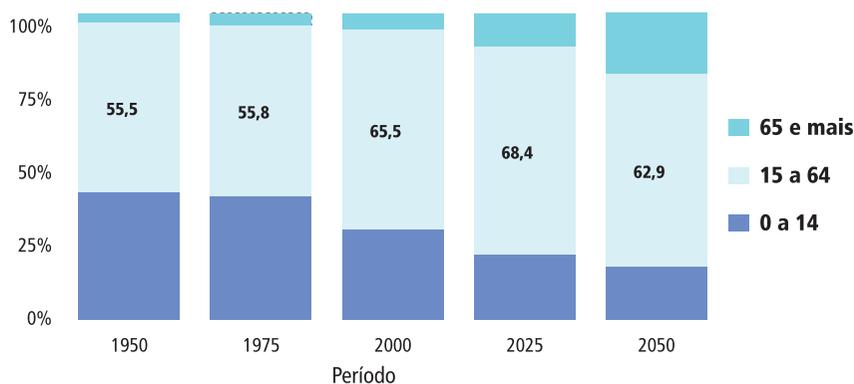
2. Situação de saúde da população³

Nas últimas décadas, o quadro demográfico brasileiro vem apresentando grandes mudanças, caracterizadas pela modificação da estrutura etária e por rápido declínio do ritmo de crescimento populacional, que decorrem da queda da mortalidade e, principalmente, da fecundidade. Essa tendência impõe consideráveis desafios para as políticas sociais nas próximas três ou quatro décadas, sobretudo em função do envelhecimento populacional (Figura 2).

3 Um sumário de indicadores e dados básicos sobre a situação de saúde e o sistema de saúde do Brasil está disponível na página <http://www.datasus.gov.br/idb>

Figura 2

Brasil: distribuição da população, por grandes grupos etários (%), 1950-2050



Fonte: Wong, Laura Rodríguez; Carvalho, José Alberto M. de; Perpétuo, Ignez H. Oliva. Dados básicos, United Nations, 2005.

Em 2005 a população brasileira alcançou 184 milhões de habitantes, dos quais 83,0% viviam em áreas urbanas e 17,0% em áreas rurais. O crescimento da população se reduziu de 1,93% nos anos oitenta para 1,64% na década seguinte. Os brancos representam 51,4% da população, enquanto os pretos alcançam 5,9% e os pardos 42,1%. Estas proporções variam muito entre as regiões do país.

A taxa de fecundidade total decresceu de 2,7 filhos por mulher em 1991 para 2,0 em 2004. Tal decréscimo foi mais acentuado entre as mulheres brancas que entre as negras e pardas. A escolaridade também se associa positivamente à queda da fecundidade.

A esperança de vida ao nascer passou 67 anos em 1991 para 72,1 anos em 2005, sendo sete anos maior entre as mulheres que entre os homens. A população branca também teve um maior incremento de esperança de vida que a população negra.

Nesse mesmo intervalo, enquanto se reduzia de 11,3% para 8,9% a proporção de crianças com menos de cinco anos de idade na população total, a população masculina com mais de 60 anos passou de 6,8% para 8,3% e a feminina de 7,8% a 10,0%.

A região Nordeste continua apresentando o mais alto fluxo emigratório para outras regiões (17,7% da população em 2004), tendo como destino principal a região Sudeste.

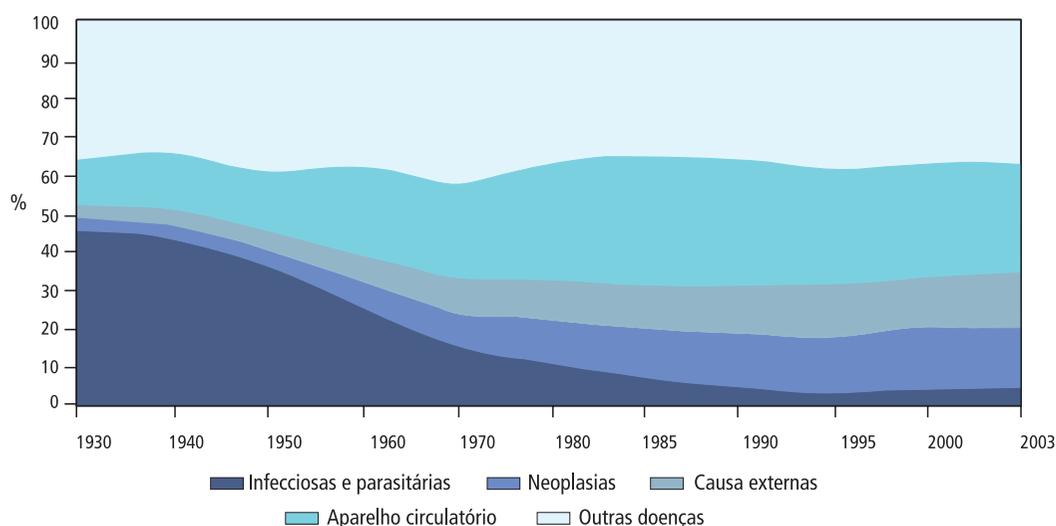
2.1 Mortalidade

A distribuição da mortalidade por causas vem se modificando nas últimas décadas, em função de um processo de transição epidemiológica, no qual as doenças não transmissíveis e as decorrentes das causas externas (violências) ocupam progressivamente o lugar das doenças infecciosas e parasitárias (Figura 3).

Figura 3

Brasil vive uma clara transição demográfica

Mortalidade proporcional entre 1930 e 2003 nas capitais brasileiras



Em 2004, as dez principais causas – responsáveis por 52,5% dos óbitos no país – foram enfermidades cerebro-vasculares (10,1%), enfermidades cardíacas isquêmicas (9,7%), homicídios (5,4%), diabetes (4,4%), enfermidades crônicas respiratórias (4,3%), *influenza* e pneumonia (4,2%), acidentes de transporte terrestre (3,9%), insuficiência cardíaca (3,6%), problemas perinatais (3,5%) e enfermidades hipertensivas (3,4%). Não obstante, 12,4% dos 1.024.073 óbitos ocorridos no mesmo ano se deram por causas mal definidas.

Entre as crianças em idade pré-escolar (9% da população), a mortalidade infantil foi responsável por 87% dos óbitos. Cerca de 8% dos nascidos vivos tiveram baixo peso. Enquanto isso, a mortalidade infantil declinou de 33,7/1.000 em 1996 para 22,6/1.000 em 2004, com um aumento de 57,0% para 61,0% das causas perinatais. Estas taxas e proporções também variam entre raças, regiões e áreas urbanas e rurais.

Os principais problemas de internação de crianças em idade escolar (entre 5-9 anos, correspondendo a 9% da população) foram enfermidades respiratórias e transmissíveis. Entre os adolescentes (de 10-19 anos, correspondendo 20,3% da população) as principais causas de mortalidade foram a violência, os acidentes e as causas maternas.

Na população adulta (20-59 anos, equivalente a 52,7% da população e a 32,1% dos óbitos) a taxa de mortalidade entre os homens (501,5 por 100 mil) foi mais que o dobro da taxa entre as mulheres (219,8 por 100 mil). Aqui predominaram as agressões (12,7%), acidentes (8,4%), enfermidades crônicas cardíacas (7,7%), cérebro-vasculares (7,1%) e hepáticas (4,8%). Desde 1996 o risco de morte por agressões aumentou 6,1%, enquanto o risco pelas outras causas se reduziu, sobretudo aquele atribuído à HIV/aids (38,1%).

Em 2005 o Sistema Único de Saúde realizou 11,4 milhões de internações, 60% delas destinadas a mulheres, 38% das quais relacionadas com gravidez, parto e puerpério. Dados de 3 milhões de partos realizados em 2004 indicam que 53% das mães tiveram sete ou mais consultas de pré-natal, enquanto 43% dos partos foram realizados por cesariana.

Os adultos maiores, correspondendo a 8,3% da população, contribuíram com 58,6% da mortalidade. O aumento progressivo da participação desse grupo na população resulta da combinação de altas taxas de natalidade em décadas passadas e da redução da mortalidade em idades jovens nas décadas recentes. As causas de morte que mais afetam os idosos são enfermidades crônicas.

2.2 Morbidade

Enquanto cresce a prevalência das enfermidades crônicas, as doenças transmissíveis em geral diminuem sua importância epidemiológica. Entretanto, doenças transmissíveis como a malária permanecem endêmicas na Amazônia brasileira, com taxas semelhantes às prevalentes na década dos setenta.

A febre amarela urbana está eliminada desde 1942, enquanto sua forma silvestre mantém-se em patamares muito baixos. Contudo, a progressiva reinfestação do *Aedes aegypti* tem causado surtos de dengue na maioria dos estados. A transmissão da doença de Chagas está praticamente interrompida no país graças ao esforço consistente nas últimas décadas. Algo nessa direção também está ocorrendo com relação a outras doenças transmissíveis que foram historicamente importantes no Brasil, como a filariose, a esquistossomose e a leishmaniose.

A continuidade e persistência de programas nacionais de vacinação conseguiram manter sob controle doenças imuno-preveníveis como sarampo, rubéola, difteria, tétano, poliomielite e hepatite. Iniciativas mais recentes têm conseguido reduzir a incidência de *influenza*, sobretudo entre a população de adultos maiores.

Nos últimos dez anos a incidência de tuberculose parece estável, equivalendo a 45,2 casos por 100.000 habitantes em 2004. Enquanto isto a incidência da hanseníase diminuiu de 190 a 14,8 casos por 100.000 habitantes entre 1985 e 2005.

Ao mesmo tempo, a epidemia de HIV/aids se mantém ativa com uma taxa de 19,2 casos por 100.000 habitantes. Entretanto, vem crescendo a participação de mulheres e negros entre os portadores desta infecção, que se estima afetar cerca de 600.000 pessoas atualmente.

Entre os problemas crônicos que têm adquirindo uma relevância crescente no país se encontram doenças circulatórias, neoplasias, transtornos mentais e problemas de saúde oral.

2.3 Grupos especiais

Entre outros grupos que tem merecido uma atenção especial, se encontram os indígenas. Eles somam cerca de 770 mil pessoas vivendo em 210 sociedades e falando 170 idiomas. Causas externas (16,8%), enfermidades circulatórias (16,5%), respiratórias (13,9%) e infecciosas (13,8%) são responsáveis pela maioria das mortes neste grupo.

Outro grupo é representado pelos negros, denominação que inclui indivíduos de cor preta (10,7 milhões) e parda (76,6 milhões), correspondendo a 48,0% da população do país. Doenças circulatórias (29,9%), causas externas (20,6%), neoplasias (12,4%) e enfermidades respiratórias (9,1%) foram responsáveis por mais de 70% dos óbitos deste grupo em 2003.

Finalmente, entre os 31,4 milhões de trabalhadores do setor formal, 70% das concessões de auxílio-enfermidade em 2004 deveram-se a enfermidades ósteo-musculares (30,0%), causas externas (18,0%), enfermidades circulatórias (11,0%) e transtornos mentais (10,8%).

3. O Sistema Nacional de Saúde

A Política Nacional de Saúde está fundamentada na Constituição Nacional de 1988, que definiu a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Para pôr em prática este direito foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de acesso universal e igualitário à atenção integral às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integradas numa rede regionalizada e hierarquizada de serviços sob a responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

A iniciativa privada participa deste esforço em caráter complementar.

O sistema de saúde brasileiro está formado por uma rede complexa de instituições públicas e privadas dedicadas à

- prestação, financiamento e gestão de serviços;
- pesquisa, produção e distribuição de insumos;
- capacitação de recursos humanos; e
- regulação, legislação e jurisdição do sistema.

Principal rede de instituições públicas dedicada à prestação, ao financiamento e à gestão de serviços de saúde, o SUS é o responsável pela cobertura exclusiva de 75% da população brasileira. Os 25% restantes da população – que são cobertos pelo Sistema Suplementar – também têm o direito de acessar os serviços prestados pelo SUS. Além disto, o SUS igualmente se responsabiliza pela prestação de serviços coletivos de vigilância sanitária, controle de enfermidades e regulação setorial.

A prestação de serviços pelo SUS se dá por meio de redes públicas federal, estaduais e municipais, além de unidades privadas ou filantrópicas contratadas pelo Sistema. O Sistema Suplementar está constituído por empresas, unidades e profissionais de natureza privada, que oferecem serviços e/ou seguros de saúde aos seus afiliados.

O SUS é dirigido em nível federal pelo ministro da saúde e seus subsistemas estaduais e municipais pelos respectivos secretários de saúde. Para a negociação e a pactuação de suas políticas e programas, o SUS conta com organismos colegiados que são os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde. Nestes conselhos participam as diferentes esferas governamentais, além de representantes de segmentos do setor saúde e da sociedade civil. Além disso, há também comissões inter-gestoras bi-partites (envolvendo as esferas municipais e estadual de cada unidade da federação) e tri-partite (envolvendo as três esferas em nível nacional).

A função de regulação é cumprida pelas Agências Nacionais de Vigilância Sanitária (ANVISA, dedicada a insumos de saúde, alimentos, portos, aeroportos e fronteiras) e de Saúde Suplementar (ANS, dedicada aos seguros e planos privados de saúde). Estados e municípios também cumprem funções regulatórias de serviços de saúde nos respectivos âmbitos, em coordenação com ambas agências federais.

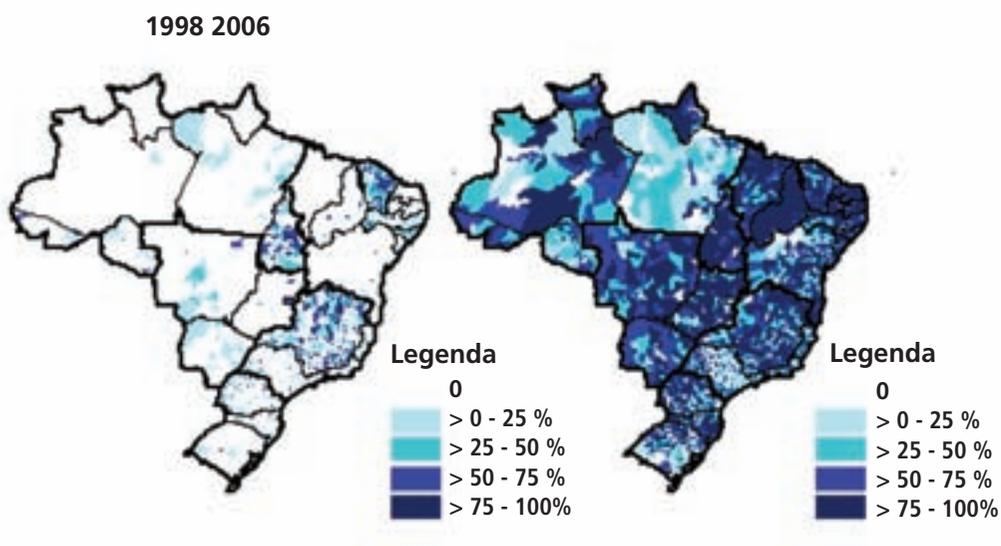
3.1 Serviços de saúde

A atenção básica à população tem como seu principal instrumento o Programa de Saúde da Família (PSF), que em 2005 cobria a 73 milhões de pessoas (40% da população) em 4.837 municípios através de 22.683 equipes multi-profissionais. Desde 2002 o Ministério da Saúde, em cooperação com a OPAS/OMS, vem trabalhando no desenvolvimento e capacitação das equipes do PSF (Figura 4).

Os serviços ambulatoriais do SUS se classificam em atenção básica (promoção, prevenção, especialidades básicas e controle de enfermidades), atenção especializada de média complexidade e atenção de alta complexidade. Em 2003 o sistema produziu 2,4 consultas *per capita* ano (ou 1,8 na área rural). Ainda persistem acentuadas disparidades de cobertura ambulatorial entre as regiões.

Figura 4

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia fundamental do SUS



A partir de 2004 vêm sendo incorporadas à rede de atenção básica equipes de saúde oral e 137 centros de especialidades odontológicas em 86 municípios de 21 estados, como resultado do programa Brasil Sorridente. Apesar disso, pesquisas indicam que 22% da população entre 5-19 anos nunca teve acesso a serviços odontológicos.

Ações de vigilância e saneamento ambiental são realizadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, que também se dedica à atenção às comunidades indígenas e negras – quilombolas), empresas estaduais de saneamento e municípios.

O controle das doenças transmissíveis é liderado pelo Ministério da Saúde, através dos sistemas nacionais de vigilância epidemiológica, de laboratórios de saúde pública e de informação epidemiológica em saúde, assim como do Programa Nacional de Imunizações, que conta com a participação das secretarias estaduais e municipais de saúde.

3.2 Medicamentos

A facilitação do acesso a medicamentos essenciais faz parte da atenção básica, e se dá por meio de mecanismos especiais de financiamento e das chamadas farmácias populares. A importação dos 1.028 fármacos mais importantes aumentou de 535 milhões para 1,095 bilhões entre 1990 e 2000. 83% dos fármacos importados em 1999 foram patenteados antes de 1977 e 43% antes de 1962. As importações de medicamentos terminados aumentaram de 212 milhões para 1,28 bilhões de dólares entre 1990 e 2000. E o valor de vendas no mercado interno (excluídos os impostos) foi de 6,7 bilhões de dólares em 2004.

O gasto com medicamentos é o mais importante item dos gastos familiares, alcançando 76% do gasto em saúde das famílias com mais baixo nível de renda. Em 1998 foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos, dedicada a garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a racionalidade de seu uso e o acesso da população a produtos essenciais.

Com base nesta política, os governos federal, estaduais e municipais compartilham o financiamento da compra e distribuição de medicamentos à população. Nesse processo o governo federal tem a responsabilidade de disponibilizar produtos estratégicos (anti-retrovirais, hemoderivados e antimicrobianos especiais) e medicamentos de alto custo.

Adotada em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica vem incentivando a comercialização de produtos genéricos cujo custo médio é 40% inferior aos produtos de referência. Até 2006 foram concedidos 1.847 registros relativos a 310 substâncias ativas em 91

classes terapêuticas produzidas por 66 laboratórios. D estes produtos 1.449 (79%) já se produzem nacionalmente e 398 são importados, principalmente da Índia (51%) e do Canadá (16%).

3.3 Imunobiológicos

O suprimento de imunobiológicos para os programas implementados pelo SUS é da responsabilidade de laboratórios públicos nacionais que produzem vacinas (tuberculose, sarampo, tétano, difteria, coqueluche, febre amarela, raiva humana e canina) e soros heterólogos (anti-oftálmico, anti-tetânico, anti-diftérico e anti-rábico). O fortalecimento desta rede de laboratórios tem sido prioritário nos últimos anos, com investimentos do governo federal da ordem de 200 milhões de reais entre 2002-2005. O Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos, unidade da FIOCRUZ) é o maior fornecedor de vacinas do Ministério da Saúde. Somente em 2002 ali foram produzidas mais de 120 milhões de doses, equivalentes a 60% da demanda nacional de vacinas. Este e outros laboratórios públicos nacionais abastecem o Ministério da Saúde com os imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações.

3.4 Sangue e hemoderivados

O controle da qualidade do sangue se iniciou em 1980, com o incentivo à doação voluntária e com a implantação da rede pública de hemocentros. O uso de sangue, tecidos, células e órgãos humanos para tratamento é regulado pela ANVISA, que coordena o Sistema Nacional de Hemovigilância. Em 2006 a rede contava com 33 hemocentros coordenadores e mais de dois mil serviços de hemoterapia cadastrados na ANVISA. Os hemocentros atuam associados a universidades, contribuindo para a formação de pessoal especializado e para o desenvolvimento científico e tecnológico da área.

3.5 Recursos humanos

Entre 1999-2004, o número de médicos registrados aumentou de 237 para 292 mil, o de dentistas de 145 a 178 mil e o de enfermeiros de 72 a 98 mil. Nesse período a disponibilidade de médicos por 1.000 habitantes passou de 1,4 para 1,6, variando de 2,2 no Sudeste e 0,8 no Norte. Enquanto isto a disponibilidade de odontólogos passou de 0,9 para 1,0 e a de enfermeiros de 0,4 a 0,5, com similares desequilíbrios regionais.

Dos 730.000 postos de trabalho nas categorias de nível superior em 2003, 64% eram ocupados por médicos, 12,2% por enfermeiros e 7,8% por odontólogos. Entre 1999 e 2002, o crescimento dos postos de enfermagem (26,7%) foi superior ao de médicos (9,7%). Nesse momento o setor público absorvia 45% dos postos médicos e 65% dos postos de enfermeiros. A participação do setor público nos postos de trabalho era mais elevada nas regiões Norte (76%) e Nordeste (65%) que na região Sul (48%).

A formação do pessoal de nível superior em saúde se dá em instituições públicas e privadas, com uma crescente participação destas últimas tanto de caráter lucrativo como comunitário-filantrópico. Desta forma, em 2002, 53 dos 115 cursos de medicina, 81 dos 275 cursos de enfermagem e 52 dos 159 cursos de odontologia estavam vinculados ao setor público.

3.6 Desenvolvimento científico e tecnológico

O incentivo e financiamento da investigação e do desenvolvimento tecnológico em saúde são responsabilidades compartilhadas pelos ministérios da Ciência e Tecnologia, da Saúde e da Educação. Alguns estados contam com fundações financiadoras de pesquisa e desenvolvimento tecnológico. O Ministério da Saúde realiza suas atividades de coordenação, fomento e desenvolvimento científico e tecnológico através da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos e da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

O Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde define prioridades e promove a avaliação tecnológica, buscando incorporar produtos e processos novos aos serviços de saúde. A inversão nacional em pesquisa e desenvolvimento tecnológico aumentou de 0,8% a 1,0% do PIB entre 2001-2003. A produção científica publicada e na LILACS passou de 5.916 a 7.221 publicações entre 1999-2003. Além disso, o desempenho na base MEDLINE duplicou neste período, passando de 3.123 para 6.418 artigos.

3.7 Capacidade instalada

Em 2002 os serviços de atenção individual eram prestados por 46.000 unidades ambulatoriais, 76% das quais eram públicas e 24% privadas. Destas, somente 1.619 (15%) eram contratadas pelo SUS. Cerca de 95% das unidades de diagnóstico e apoio terapêutico eram privadas e somente 35% delas prestavam serviços ao SUS.

Naquele ano o país contava com 7.397 hospitais, sendo 4.809 privados (70% dos quais prestavam serviços ao SUS) e 2.588 públicos. Dos 471.171 leitos existentes no país (2,5/1.000

habitantes), 146.319 eram públicos (31%) e 324.852 privados (69%). Destes últimos cerca de 269.627 (83%) eram contratados pelo SUS, que assim contava com um total de 415.946 leitos ou cerca de 88% da capacidade nacional. Graças a esta disponibilidade, o SUS realizou em 2005 cerca de 13 milhões de hospitalizações, com uma média de permanência de 5,9 dias.

Parte do SUS, o Sistema Nacional de Transplantes está presente em 22 estados com 540 estabelecimentos e 1.338 equipes médicas credenciados. Este sistema produziu 13 mil transplantes de órgãos e tecidos em 2004.

3.8 Gasto e financiamento setorial

Em 2004 o Brasil dedicou 7,9% do PIB nacional para a atenção à saúde. 48,1% deste gasto foi financiado por recursos do setor público e 51,9% do setor privado. Do total do gasto público 50,7% foram financiados pelo governo federal, 26,6% pelos estados e 22,7% pelos municípios. O governo federal contribui com 62% do gasto público em saúde *per capita* na região Nordeste e apenas 49% na região Sudeste. Apesar disso, ainda existem graves distorções na alocação do gasto público em saúde *per capita* que, em 2002, variou de R\$ 168,43 na região Nordeste para R\$ 250,56 na região Sudeste.

A saúde é o segundo setor que mais recebe recursos do governo federal, superado apenas pela previdência social. Embora o orçamento do Ministério da Saúde tenha declinado de R\$ 36,8 bilhões em 1995 para R\$ 30,8 bilhões em 2003, as transferências para os estados e municípios aumentaram de 8% para 50% dos orçamentos destes anos. Em 2004 R\$ 1,9 bilhões ou 5,08% do orçamento do Ministério foi dedicado ao financiamento de inversões, realizadas pelo Ministério (40%) ou por estados e municípios (60%).

Um terço dos gastos privados foi efetivado por empresas proporcionando serviços ou seguros de saúde para seus empregados e por doações filantrópicas do país ou do exterior. Os dois terços restantes do gasto privado foram financiados por desembolsos diretos de indivíduos e famílias – equivalentes a 9% das despesas de consumo deste grupo – na compra de medicamentos (37%), seguros privados (29%), serviços odontológicos (17%) e outros serviços (17%).

Os 30% mais ricos da população foram responsáveis por 68% do gasto das famílias com atenção à saúde, enquanto os 30% mais pobres se responsabilizaram por 7% deste gasto. Enquanto o decil de mais alta renda dedicou 33% de seu gasto direto em saúde a seguros de saúde e 24% a compra de medicamentos, o decil de mais baixa renda dedicou 54% à compra de medicamentos e 6% a seguros de saúde.

4. Prioridades e políticas de saúde do Brasil

O presidente Lula iniciou em janeiro o seu segundo período presidencial, tendo recentemente completado a nomeação de seu gabinete ministerial. Atualmente encontra-se praticamente concluído o processo de nomeação dos responsáveis pelos postos de segundo escalão nos diferentes ministérios, inclusive o da Saúde.

Neste momento o governo está redefinindo as prioridades para o desenvolvimento sócio-econômico do país e as políticas que serão adotadas para alcançar tais prioridades. A revisão das prioridades e das políticas foi realizada com base em documentos que são referidos em notas ao longo desta seção.

Na cerimônia da posse de seu segundo mandato, o presidente Lula anunciou um Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).⁴ Este programa trata principalmente dos investimentos em infra-estrutura que o país deverá fazer entre 2007-2010 para romper as barreiras e superar os limites para seu crescimento.

Os investimentos contemplados pelo PAC totalizam R\$ 503 bilhões, dedicados principalmente aos setores de saneamento básico, habitação, eletricidade, transportes, recursos hídricos e portos. Para que possa ser implementado, o PAC necessita antes receber a aprovação do Congresso Nacional.

Posteriormente, alguns ministérios – como o da Educação, o da Justiça e o do Turismo – também anunciaram o lançamento de programas de investimento a médio prazo para os respectivos setores, que estão sendo referidos como “PACs setoriais”. Desta forma, se espera que em breve seja também lançado um programa semelhante no âmbito do setor saúde, conforme já mencionado pelo ministro da saúde.⁵

Por outro lado, todo o governo federal está envolvido desde o ano passado na preparação da proposta do Plano Plurianual 2008-2011 (PPA), que constitui o instrumento de política e planejamento de médio prazo adotado nos últimos quadriênios.⁶ Tão logo seja concluída no segundo semestre deste ano, essa proposta deverá ser submetida à consideração do Congresso Nacional, para que a implementação do PAC possa ter início a partir do próximo ano.

4 <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/01/22/materia.2007-01-22.1909859633/view>

5 <http://clipping.planejamento.gov.br/Noticias.asp?NOTCod=343339>

6 <http://planejamento.sir.inpe.br/boletins/Boletim-n5-novembro06.pdf>

O Ministério da Saúde vem trabalhando na elaboração de seus insumos para o PPA 2008-2011 desde 2006, conforme uma portaria do então Secretário de Atenção à Saúde, que hoje é o ministro da saúde.⁷ Essa portaria dá uma idéia da complexidade do capítulo da saúde do PPA 2008-2011. Tal complexidade também pode ser avaliada pela revisão do PPA 2004-2007, que se encontra no seu último ano de implementação, assim como da avaliação dos seus resultados preliminares realizada em 2006.⁸

Tendo em vista a situação descrita nos tópicos anteriores, podemos dizer que a maioria das prioridades e políticas para o próximo quadriênio – inclusive as de saúde – ainda estão sendo definidas. Dada a necessidade da identificação das prioridades e políticas nacionais de saúde nos próximos anos para completar a formulação da Estratégia de Cooperação Técnica com Países (ECP), esta nota tratou de identificar alguns preditores das mesmas.

A principal fonte para esta edição foi o discurso de posse do ministro da saúde José Gomes Temporão, indicando 22 prioridades para o setor saúde neste período governamental.⁹ Estas prioridades incluem, entre outros tópicos, a busca de uma maior equidade, efetividade e eficiência pelo setor saúde; a atenção a grupos vulneráveis e problemas especiais de saúde; o aperfeiçoamento da gestão dos recursos setoriais; a cooperação com outros setores do desenvolvimento; o desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde e a presença ativa do Brasil no cenário internacional da saúde.

Outra fonte de edição das prioridades e políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) utilizada neste documento foi o relatório publicado em dezembro passado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA),¹⁰ vinculado à Secretaria de Planejamento de Longo Prazo da Presidência da República, intitulado *Desafios e Perspectivas da Política Social*.¹¹

Um terceiro documento foi levado em consideração para a identificação e análise das prioridades e políticas de saúde do Brasil nos próximos anos. Trata-se do relatório *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade*,¹² elaborado pelas ONGs dedicadas à saúde: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO),¹³ Centro Brasileiro de Estudos

7 <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-451.htm>

8 http://www.planejamento.gov.br/arquivos_down/spi/Modelo_Gestao.pdf e http://www.planejamento.gov.br/planejamento_investimento/conteudo/relatorio_ppa/index_relatorio_ppa.htm

9 http://www.planejamento.gov.br/planejamento_investimento/conteudo/relatorio_ppa/index_relatorio_ppa.htm e http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25744

10 <http://www.ipea.gov.br/default.jsp>

11 http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1248.pdf

12 http://www.redeunida.org.br/arquivos/manifesto_final.pdf

13 www.abrasco.org.br/

de Saúde (CEBES),¹⁴ Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES),¹⁵ Rede Unida¹⁶ e Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA).¹⁷

Conforme demonstra a matriz apresentada no Anexo 1, parece existir uma acentuada convergência entre os conteúdos destes três documentos no que diz respeito às prioridades e políticas para o setor saúde para o período 2007-2010. Nesse sentido, cada uma das prioridades enunciadas pelo ministro Temporão recebe algum suporte por parte das prioridades enunciadas pelo IPEA ou pelas ONGs setoriais. Pode-se, desta maneira, esperar que tanto o PAC-Saúde como o PPA setorial venham a reiterar a convergência de prioridades encontradas entre estes três documentos.

5. Prioridades e políticas extra-setoriais relevantes para o setor saúde

Continuando com este exercício, foram revisadas as prioridades e políticas de outros setores do poder público federal, cujas áreas de atuação apresentam uma estreita relação com o setor saúde.

Estes setores correspondem aos ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;¹⁸ das Cidades;¹⁹ da Ciência e Tecnologia;²⁰ do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior;²¹ do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;²² da Educação;²³ do Meio Ambiente;²⁴ da Previdência Social;²⁵ do Planejamento, Orçamento e Gestão;²⁶ das Relações Exteriores²⁷ e do Trabalho e Emprego;²⁸ às Secretarias de Políticas de Promoção da Igualdade Racial;²⁹ de Políticas

14 <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/cebes/>

15 <http://www.abres.cict.fiocruz.br/>

16 www.redeunida.org.br/index.asp

17 www.ampasa.org.br/

18 <http://www.agricultura.gov.br/>

19 <http://www.cidades.gov.br/index.php?option=content&task=category&id=433>

20 <http://www.mct.gov.br/>

21 <http://www.desenvolvimento.gov.br/sitio/inicial/index.php>

22 <http://www.mds.gov.br/institucional/secretarias/secretaria-de-articulacao-institucional-e-parcerias>

23 <http://portal.mec.gov.br/ai/>

24 <http://www.mma.gov.br/index.php?ido=conteudo.monta&idEstrutura=2>

25 <http://www.mpas.gov.br/>

26 <http://www.planejamento.gov.br/>

27 <http://www.mre.gov.br/>

28 <http://www.mte.gov.br/>

29 <http://www.planalto.gov.br/seppir/>

para as Mulheres³⁰ e de Direitos Humanos,³¹ assim como ao Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional;³² ao Congresso Nacional³³ e ao Poder Judiciário.³⁴

Como resultado desta revisão foi possível identificar várias prioridades e políticas extra-setoriais que se articulam diretamente com prioridades e políticas do setor saúde, conforme se demonstra no quadro do Anexo 2. Como se pode verificar nesse quadro, cada um dos temas de prioridade e política extra-setorial está relacionado com pelo menos duas prioridades do setor saúde. Vários dos campos, porém, encontram convergência com três ou mais prioridades do setor saúde.

Desta forma, pode-se assegurar que a lista completa das prioridades e políticas do setor saúde do Brasil para os próximos anos deverá contemplar também as prioridades e políticas extra-setoriais que têm relevância para o desenvolvimento da saúde nacional. E com base nessa lista intersectorial é que serão explicitadas as demandas de cooperação internacional em saúde do Brasil.

6. Discussão sobre desafios do SUS

6.1 Introdução

Como um insumo adicional para a preparação da ECP, no dia 27/04/07 reuniu-se na Representação da OPAS/OMS em Brasília um grupo de expertos para discutir o tema dos desafios do SUS, sob a coordenação do Dr. Carlyle Guerra de Macêdo, diretor emérito da OPAS, conforme se detalha no Anexo 3.

Durante a reunião foram considerados vários elementos referenciais pelo grupo de especialistas para identificar os desafios do SUS, entre os quais se mencionam:

- a) a reforma do setor saúde e a criação do SUS como resultados de um movimento político – o movimento sanitaria;

30 http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/

31 http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/

32 <https://www.planalto.gov.br/consea/exec/index.cfm>

33 http://www.brasil.gov.br/pais/estrutura_uniao/poder_legislativo/senado_federal e http://www.brasil.gov.br/pais/estrutura_uniao/poder_legislativo/camara_deputados/

34 http://www.brasil.gov.br/pais/estrutura_uniao/poder_judiciario/stf

- b) os parâmetros do Sistema como seus antecedentes históricos, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Assembléia Constituinte de 1988 e a nova Constituição Federal;
- c) as reformas do sistema de saúde de diferentes países;
- d) os conceitos básicos sobre o SUS, como a participação pública e a complementaridade com o Sistema Suplementar;
- e) a evolução e a etapa atual do processo permanente de definição e construção do SUS; e
- f) a relação do SUS com o processo de desenvolvimento nacional.

Com base nestes elementos e tendo em conta a classificação proposta na convocação de sua reunião, o grupo de expertos identificou os principais desafios atualmente enfrentados pelo SUS, que são descritos com mais detalhe nas seções seguintes.

6.2 Desafio da produção

Existe ainda uma divergência significativa entre as necessidades de saúde cambiantes da população e a oferta de serviços pelo SUS. Esta última tende a manter suas características históricas, sem se dar conta das transformações do perfil epidemiológico, do aumento do envelhecimento da população e dos determinantes sociais da saúde. Desta maneira, os desafios predominantes neste tópico se referem, portanto, aos seguintes problemas pendentes:

- a) limitações quanto à informação, medição e definição das necessidades e demandas prioritárias de saúde da população;
- b) desajuste do modelo de atenção em relação às necessidades e demandas que estão mudando e se diferenciando no território;
- c) a organização dos serviços em forma de redes tem sido negligenciada, apesar dos esforços que a União, os estados e os municípios têm feito nesse sentido; é necessário, portanto, desenvolver um processo de regionalização da atenção à saúde;
- d) a incapacidade da APS, apesar de seu inegável crescimento e desenvolvimento, para transformar o sistema como um todo;
- e) a necessidade de converter a estratégia do Saúde da Família no eixo estruturador do SUS;
- f) o isolamento persistente entre as atividades de prevenção das enfermidades, promoção e recuperação da saúde, apesar dos avanços inegáveis nesses campos;
- g) apesar de a universalidade, a equidade e a integralidade continuar em sendo princípios não discutíveis do SUS, estas necessitam ser ajustadas com base na análise da experiência de implantação do sistema;

- h) embora a equidade não seja mencionada na Constituição de 1988, ela foi de certa forma contemplada pela Lei Orgânica que regulamentou o SUS ao estabelecer a igualdade de assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- i) por sua vez, a integralidade, por exemplo, deve ser regulada com base numa carteira de serviços, evitando os desvios causados pela judicialização da saúde, e
- j) a necessidade do aumento da eficiência do SUS, com o consequente aumento da satisfação social com seus serviços e resultados.

6.3 Desafio da organização e gestão

Desde sua criação, o SUS tem desenvolvido um amplo esforço para aperfeiçoar sua organização institucional e sua gestão operacional. Apesar desse esforço, os problemas abaixo continuam desafiando a capacidade do SUS de responder satisfatoriamente às demandas da população brasileira:

- a) regulação insuficiente e separação das funções de regulação e execução, impossibilitando uma responsabilização adequada no sistema;
- b) debilidades ainda existentes na pactuação entre os três níveis de governo, afetando a direção e a condução do sistema;
- c) necessidade de fortalecer o pacto social, que é tão importante quanto o pacto interinstitucional para a condução do SUS;
- d) falta de solução adequada para a relação público/privada tanto no âmbito do SUS como do Sistema Complementar, provocando efeitos regressivos com transferência de recursos do sistema público para o sistema privado;
- e) necessidade de aumentar a eficiência e a transparência, assim como reduzir a corrupção na gestão dos recursos do SUS;
- f) deficiências de gestão em todos os níveis do sistema, apesar dos avanços consideráveis, sobretudo no nível das unidades produtivas como os hospitais;
- g) limitações da capacidade de planejamento, gestão e avaliação do SUS, afetando a definição e o alcance dos respectivos objetivos, metas, prioridades e indicadores; e
- h) apesar de contribuir em para a solução de muitos dos problemas acima, os modelos de regiões prevalentes no SUS nem sempre satisfazem aos requerimentos de uma adequada regionalização do sistema de saúde.

6.4 Desafio do financiamento

Este é um tema que se encontra no centro dos desafios do SUS. A Constituição de 1988 definiu que a saúde integrava o sistema de seguridade social e tinha o direito de receber 30% dos recursos deste sistema. A retirada da saúde do sistema de seguridade social provocou uma queda imediata dos recursos federais para a saúde, que foi parcialmente compensada por empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador e outras fontes. Uma destas, a Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras, que foi estabelecida para compensar a perda dos recursos previdenciários, hoje cobre também outros setores, destinando ao setor saúde apenas 50% de seus recursos. Por outro lado, o volume de recursos estimados na aprovação da EC29 de 2000 ficou aquém do esperado. Por falta da aprovação de lei complementar regulamentando a emenda, as três instâncias de governo utilizam diversos subterfúgios para não cumprir integralmente seus compromissos com o SUS. Em consequência dessas questões, o SUS está enfrentando os seguintes desafios em relação ao seu financiamento:

- a) o setor saúde está sub-financiado em parte devido à redução dos recursos federais – que hoje correspondem a menos de 50% dos recursos do SUS quando antes chegaram a mais de 60%; também vários estados não cumprem a EC29 e, quanto aos municípios, acredita-se que venham cumprindo a emenda, embora o controle desse cumprimento, no caso destes últimos, seja mais difícil;
- b) o financiamento público da saúde hoje alcança 3,4% do PIB, sendo menor que o financiamento privado, o que é contraditório com a consolidação de um sistema público de acesso universal e assistência integral;
- c) apesar de a participação da União na receita tributária do país ser maior que a soma das receitas dos estados e municípios, e apesar de nos últimos doze anos ter passado de 15% para 30% do PIB, as transferências de recursos federais para estados e municípios são financiadas apenas com receitas tributárias, sem incluir as receitas provenientes de contribuições;
- d) apesar de a Emenda Constitucional 29 definir limites mínimos federais (valor empenhado em 1999 mais 5%, corrigido anualmente pela variação nominal do PIB), estaduais (12%) e municipais (15%) para serem destinados ao SUS, há várias formas de burlar estes requerimentos, como por meio da retenção de recursos para qualquer setor através da Desvinculação dos Recursos da União (DRU) ou da definição – mais ou menos abrangente – sobre o que é gasto de saúde; por esta razão é necessário regular a EC29 – cujo prazo de cinco anos vence este ano – sob pena de se enfrentar uma nova crise de financiamento semelhante àquela dos anos noventa;
- e) a dívida externa do Brasil diminuiu bastante nos últimos anos, mas a dívida interna continua alta (cerca de 48% do PIB) e submetida a elevadas taxas de juros – cuja redução poderia ser uma fonte adicional de recursos federais para o SUS;

- f) além disso, o SUS necessita tornar mais equitativa a alocação dos seus recursos, assim como aumentar a eficiência na sua utilização, para poder demandar um volume maior de recursos federais para a saúde; e, finalmente,
- g) a União transferir recursos aos estados e municípios com base em pactos de gestão. O problema, apesar da última consolidação das transferências em cinco ou seis blocos, é que estas continuam compartimentalizadas, inclusive porque sua negociação na CIT se faz dessa forma.

6.5 Desafio do desenvolvimento

O SUS também enfrenta importantes desafios relativos para aumentar sua contribuição ao desenvolvimento socioeconômico e político do país. Entre eles os seguintes são dignos de destaque:

- a) necessidade imperiosa de romper o isolamento do setor para inserir mais efetivamente a saúde no processo de desenvolvimento, numa perspectiva “salugênica”, como no caso específico da participação efetiva e consciente do setor no complexo produtivo da saúde;
- b) o SUS também precisa lutar por sua integração sinérgica com políticas públicas sociais que tenham uma interação mutuamente compensatória com as políticas de saúde;
- c) o SUS tem que convencer a sociedade do subfinanciamento da saúde como bem, assim como de sua capacidade para gerir com equidade e eficiência os recursos que lhe são confiados;
- d) é necessário um esforço permanente para aperfeiçoar a legislação e a regulação tanto do SUS como do Sistema Suplementar;
- e) o SUS deve enfrentar decididamente os problemas de formação e utilização dos recursos humanos da saúde, assim como suas condições de emprego e trabalho, estimulando seu compromisso com a prestação de serviço e com o sistema; e
- f) particularmente, deve ser dada uma atenção especial ao problema da crescente precarização e terceirização de pessoal, sobretudo do Programa de Saúde Familiar e das atividades de vigilância epidemiológica e sanitária.

6.6 Desafios de política e liderança

Por último, se mencionam os desafios de natureza política que resumem todos os demais desafios atualmente enfrentados pelo SUS. Nesse caso, o caráter político do SUS adquire uma relevância especial para:

- a) transformar a saúde numa questão de Estado mais que numa questão de governo, e numa questão da sociedade mais que numa questão social;
- b) lograr um diálogo produtivo e uma colaboração efetiva entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, em nível federal, estadual e municipal, para fortalecer o SUS e aumentar sua capacidade de resposta aos problemas de saúde da população;
- c) conquistar e utilizar o poder político, social e institucional para assegurar a sustentação do SUS, inclusive garantindo os recursos requeridos para o cumprimento adequado da sua missão e das suas responsabilidades;
- d) a necessidade de aumentar a capacidade da população para participar na política e condução do SUS, contribuindo para a construção da cidadania e a produção de capital social;
- k) que a saúde seja considerada cada vez mais como um produto social pela população e que esta assuma não somente a defesa de seus direitos mas também o cumprimento de suas responsabilidades em relação à saúde, através dos mecanismos de pactuação já existentes; e
- g) que a sociedade assuma o controle de sua saúde e seu papel na gestão do sistema, fortalecendo seu capital social em saúde e superando as debilidades corporativistas dos mais de cinco mil conselhos estaduais e municipais de saúde – que se constituem em mais de oitenta mil conselheiros.

Seção III

Cooperação para o desenvolvimento e alianças estratégicas: tendências, instrumentos e coordenação

1. Introdução

Para a formulação e negociação da Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com o país no período 2008-2012 foi realizada uma análise do contexto nacional e internacional da cooperação técnica com o Brasil. A análise considerou as demandas de cooperação técnica internacional e bilateral em saúde por parte de instituições do governo do Brasil – tanto do setor saúde como de outros setores relacionados com a saúde – e de ONGs brasileiras atuantes no campo da saúde.

Além disso, foram considerados as políticas e os mecanismos adotados pelo governo brasileiro referentes à cooperação técnica e financeira, internacional ou bilateral de que participa o país, seja como receptor ou prestador. Os documentos consultados nessa análise estão referidos junto às respectivas instituições.

Também se revisaram as políticas e prioridades das principais organizações multilaterais que prestam cooperação técnica e financeira relacionada com a saúde ao Brasil – como BID,³⁵ Banco Mundial,³⁶ CEPAL,³⁷ FAO,³⁸ OPAS/OMS,³⁹ OIT,⁴⁰ PNUD,⁴¹ PNUMA,⁴² UNESCO,⁴³

35 <http://www.iadb.org>

36 <http://www.bancomundial.org.br>

37 <http://www.eclac.cl/brasil/>

38 <https://www.fao.org.br/>

39 <http://www.opas.org.br/>

40 <http://www.oitbrasil.org.br/prgatv/index.php>

41 <http://www.pnud.org.br/home/>

42 <http://www.pnuma.org/brasil/>

43 http://www.unesco.org.br/areas/educacao/areastematicas/edsaude/index_html/mostra_documento

UNAIDS,⁴⁴ UNIFEM,⁴⁵ UNFPA,⁴⁶ UNICEF,⁴⁷ EU,⁴⁸ DFID,⁴⁹ GTZ,⁵⁰ USAID,⁵¹ entre outras – e que apóiam programas e projetos brasileiros relacionados com a saúde.

A cooperação internacional prioriza as áreas de serviços de saúde coletiva, prevenção e controle de enfermidades, gestão do sistema e capacitação de recursos humanos, por meio de projetos nacionais ou concentrados em alguns estados, principalmente no Nordeste. Entre os temas trabalhados nessas atividades de cooperação se destacam a redução da mortalidade infantil através do Programa Saúde da Família (PSF), a melhoria da qualidade dos serviços e a ampliação do acesso aos mesmos.

Diversas fundações internacionais igualmente apóiam projetos no país, sobretudo aqueles relacionados com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994) e com o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Além disso, o Brasil tem participação em iniciativas de Cooperação Sul-Sul com vários de seus países fronteiriços (Bolívia, Colômbia, Guiana, Peru, Paraguai e Venezuela) para o controle de endemias como malária, esquistossomose, leishmaniose, tuberculose, hanseníase e prevenção da aids. Existe também um intenso intercâmbio com os países do MERCOSUL para que se estabeleçam normas sanitárias comuns, assim como com a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) em diferentes áreas.

2. Prioridades, políticas e modalidades de cooperação técnica

Deve-se também considerar as prioridades, políticas e modalidades de cooperação técnica envolvendo o Brasil, definidas pelos organismos governamentais responsáveis por estas áreas. Tais definições devem ser levadas em conta pelo setor saúde e pelas organizações de cooperação internacional, inclusive a OPAS/OMS.

44 www.unaids.org

45 <http://www.unifem.org.br/>

46 <http://www.unfpa.org.br/>

47 <http://www.unicef.org/brazil/>

48 http://europa.eu/index_pt.htm

49 www.dfid.gov.uk

50 www.gtz.org.br/

51 www.usaid.gov

No caso do Brasil pelo menos os seguintes Ministérios estão envolvidos na definição destas prioridades, políticas e modalidades de cooperação:

- Ministério das Relações Exteriores, por meio da Divisão de Temas Sociais⁵² e da Agência Brasileira de Cooperação;⁵³
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio da SEAIN;⁵⁴
- Ministério da Saúde, por meio da AISA;⁵⁵ e
- outros ministérios envolvidos na cooperação da OPAS/OMS, conforme se menciona na Seção II.5.

As políticas e modalidades de cooperação internacional do país estão definidas pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC),⁵⁶ que trata especificamente da *Cooperação entre Países em Desenvolvimento (CTPD)*,⁵⁷ da *Cooperação Técnica Recebida Bilateral (CTRB)*⁵⁸ e da *Cooperação Técnica Recebida Multilateral (CTRM)*.⁵⁹

Além disso, também merecem destaque duas manifestações recentes do Ministério das Relações Exteriores especificamente dedicadas ao tema da cooperação internacional em saúde. Ambas as manifestações têm um significado especial para a ECP, tanto por seu conteúdo como pelo momento em que ocorreram.

A primeira é a Declaração Ministerial de Oslo, que trata da saúde global como um tema prioritário para a política exterior de nosso tempo, e que foi assinada em março passado pelos Ministros das Relações Exteriores da Noruega, França, Brasil, Indonésia, Senegal, África do Sul e Tailândia.⁶⁰ A segunda se refere ao pronunciamento do Ministro de Relações Exteriores do Brasil, embaixador Celso Amorim, na última Assembléia Mundial da Saúde, reiterando e enfatizando a relevância da cooperação internacional em saúde.⁶¹

Desta forma, realizou-se uma revisão detalhada das prioridades, políticas e modalidades de cooperação internacional desses órgãos para se ter um marco de referência compreensivo para a adequada formulação, negociação e implementação da ECP da OPAS/OMS para os próximos anos.

52 http://www.mre.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=783&Itemid=351

53 www.abc.gov.br

54 http://www.planejamento.gov.br/assuntos_internacionais/conteudo/competencia/seain.htm

55 <http://portal.saude.gov.br/saude/>

56 www.abc.gov.br/abc/abc_cgic.asp

57 http://www.abc.gov.br/abc/abc_ctpd.asp

58 http://www.abc.gov.br/abc/abc_ctrb.asp

59 http://www.abc.gov.br/abc/abc_ctrm.asp

60 <http://multimedia.thelancet.com/pdf/oslo.pdf>

61 http://www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/discursos/discurso_detalhe3.asp?ID_DISCURSO=3092

Seção IV

Atividades atuais de cooperação da OPAS/OMS

1. Estratégias da cooperação

A cooperação da OPAS/OMS segue os enfoques de direitos, equidade, gênero, decisão baseada em evidência e adequação às políticas do país. Mediante suas ações de comunicação e gestão do conhecimento, ela promove a integração das diferentes áreas técnicas facilitando a cooperação com o país.

Durante o biênio 2006-2007, esta cooperação procurou favorecer o desenvolvimento dos processos que consolidem a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e que permitam o Desenvolvimento Nacional da Saúde, a gestão do conhecimento e o uso racional dos recursos humanos e financeiros da Representação. Estas linhas de cooperação se baseiam nas tipologias das funções da OMS, que estão detalhadas no Anexo 4.

A OPAS acaba de ingressar no segundo século de trabalho e está construindo uma nova forma de cooperação com os países. Sua representação no Brasil deve atuar de forma coerente com as estratégias institucionais na cooperação com o país, contribuindo para o fortalecimento da capacidade nacional para a sustentabilidade de políticas, planos, programas e instituições de saúde.

É de se esperar que, com a contribuição da Organização em geral e da Representação do Brasil em particular, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde possam exercer sua liderança e responsabilidade para colocar a saúde na agenda política nacional, estadual e municipal.

Além disso, a Representação realiza esforços para sensibilizar e ganhar sócios, buscando aumentar a participação da sociedade civil, de modo a tornar a comunidade o protagonista principal da mudança e da consolidação dos bons estados de saúde e bem-estar.

Com este marco, a cooperação busca focalizar a grande maioria de suas atividades a favor de grupos populacionais vulneráveis pela idade, mais afetados por doença ou carências biológicas, menos desenvolvidos economicamente e com mais problemas de atraso social e pobreza.

A cooperação da Representação com o Ministério da Saúde e as instâncias estaduais e municipais se fortalece com alianças, buscando melhor orientação e impacto na aplicação dos seus recursos, centrando o trabalho nas prioridades nacionais e no desenvolvimento das políticas, sistemas e serviços nacionais de saúde, com um maior foco nos níveis locais. Também são impulsionadas as iniciativas interagenciais, por meio do sistema de coordenação das Nações Unidas, com a liderança dos grupos temáticos da área de saúde pela OPAS/OMS.

As estratégias institucionais que orientam os processos de planejamento e execução da cooperação incluem:

- Desenvolvimento Nacional da Saúde, tratando de apoiar as instâncias nacionais tripartites (União, estado, município) para diminuir as desigualdades no campo da saúde, especialmente na gestão, nos serviços e no impacto sanitário;
- esforços para a identificação e o desenvolvimento das instituições nacionais de referência (INR) e a formação de consórcios técnicos com capacidades específicas em processos sanitários e controle de doenças para atender as prioridades nacionais;
- apoio aos processos políticos e técnicos necessários para que o país alcance os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;
- manutenção da presença política, estratégica e técnica na discussão da saúde nos níveis nacionais e locais;
- busca do reconhecimento da capacidade de convocação e resposta da OPAS/OMS por sua excelência técnica e de uma cooperação guiada por orientações e acordos programáticos;
- contínuo desenvolvimento institucional da OPAS/OMS no Brasil, buscando condições tecnológicas e recursos humanos de ponta, necessários para uma cooperação eficiente e eficaz;
- desenvolvimento de uma cooperação sinérgica entre as diferentes unidades técnicas da OPAS/OMS no Brasil, com uma dinâmica interprogramática, integrada e multidisciplinar;
- mobilização permanente e contínua de recursos financeiros extra-orçamentários, tanto de fontes nacionais como de doadores bi e multilaterais.

2. Resumo dos projetos de cooperação no biênio 2006-2007

A cooperação da OPAS/OMS com o Brasil no biênio 2006-2007⁶² se desenvolveu por meio dos projetos descritos abaixo:

- Projeto BRA 0029: Gestão estratégica da cooperação.
Objetivo: apoiar a presença eficiente e relevante do Ministério da Saúde na agenda nacional de saúde, como autoridade nacional das propostas políticas, estratégicas e técnicas definidas pelo país, de maneira colaborativa com os níveis estaduais e municipais.
- Projeto BRA 0030: Saúde coletiva e ambiente.
Objetivo: aumentar as capacidades nacionais para definir políticas públicas que favoreçam ambientes e padrões de vida saudáveis em populações específicas, assim como promover a prevenção e redução dos riscos, no marco do desenvolvimento sustentável, dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e dos processos de integração regional.
- Projeto BRA 0031: Informação e recursos humanos para políticas de saúde
Objetivo: Fortalecer as funções essenciais de saúde pública nas áreas de informação e de recursos humanos para a política setorial de saúde, considerando a formulação de ações estratégicas que favoreçam o Desenvolvimento Nacional de Saúde (DNS) e o monitoramento do cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).
- Projeto BRA 0032: Desenvolvimento e fortalecimento do SUS: gestão e atenção à saúde.
Objetivo: fortalecimento e desenvolvimento do SUS com ênfase na capacidade de gestão das três esferas do sistema e o desenvolvimento das redes de serviços, para o atendimento à saúde dos diferentes grupos etários, buscando a redução das desigualdades em saúde e contribuindo para o cumprimento das metas do Milênio.
- Projeto BRA 0033: Controle e prevenção de doenças.
Objetivo: contribuir para que as iniciativas, as estratégias e os programas desenvolvidos pelo país para a gestão, o controle e a prevenção de doenças sejam de relevância social, integrados ao Sistema Único de Saúde, com objetivos e metas claras a curto, médio e longo prazos, e que contribuam para melhorar a qualidade de vida da população, segundo os princípios de igualdade, universalidade e integralidade.

62 <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/IV-Paises-sept05-s.pdf>

3. Os Termos de Cooperação e seu papel na cooperação da OPAS/OMS

A implementação dos projetos acima mencionados se faz por meio de Termos de Cooperação, cujos detalhes se especificam no Anexo 5. Utilizados no Brasil desde 1973, os Termos de Cooperação (TCs) consistem em acordos de cooperação direta entre instituições do governo brasileiro – especialmente o Ministério da Saúde – e a OPAS/OMS.

Os TCs devem estar acompanhados de uma abertura de projetos e de um plano de trabalho que definam objetivos, justificativas, atividades, cronogramas de execução e de desembolso com os respectivos elementos de gasto, devidamente negociados entre o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS. A cada TC se agregam os chamados Termos de Ajuste (TA), com o objetivo de introduzir, quando as partes considerem necessárias, modificações no TC original e, especialmente, os desembolsos do Ministério da Saúde ou da instituição interveniente.

Devido ao grande aumento no número de TCs, especialmente a partir de 2000 e segundo foi recomendado na posse do novo Representante em janeiro de 2007, a OPAS/OMS decidiu realizar uma análise dos mesmos a fim de determinar sua adequação, eficácia e eficiência como mecanismos de cooperação.

Entre janeiro de 2000 e março de 2007 foram assinados 51 Termos de Cooperação – 28 dos quais estão vigentes – comprometendo recursos no valor total de R\$ 871,3 milhões, dos quais R\$ 744,8 milhões (85,5%) foram transferidos à OPAS/OMS. Cerca de 38% do total dos recursos comprometidos – correspondentes aos TCs 34, 36 e 40 – são destinados exclusivamente a compras.

No mesmo período estes TCs foram modificados por um total de 127 TAs, 90% dos quais relacionados com a transferência de recursos. Em muitos poucos casos os TAs se referem a prorrogações do TC ou a modificações nos respectivos planos de trabalho. Os TCs vigentes em março passado com os respectivos TAs comprometem um total de R\$ 871,3 milhões, e devem ser concluídos um em 2007, um em 2008, seis em 2009, nove em 2010 e onze em 2011.

Como resumo da revisão e análise da evolução dos TCs os seguintes aspectos devem ser ressaltados:

- a posição privilegiada da OPAS/OMS como mediadora qualificada, respeitada e, ao mesmo tempo, externa, capaz de facilitar o diálogo e o consenso em situações de interesses encontrados, como também de garantidora da continuidade dos processos nos momentos de transição política;

- o apoio simultâneo a políticas e prioridades nacionais e da OPAS/OMS, relacionadas com a universalização, a igualdade, a integralidade, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos sistemas e serviços de saúde é muito claro, além de sua contribuição à adaptação e incorporação ao sistema de saúde das funções essenciais da saúde pública;
- a participação da OPAS/OMS nas reuniões tripartites (União, estados e municípios) em que se tomam decisões sobre a condução do SUS, como também na coordenação da avaliação e na revisão das normas jurídico-legais, entre outras atividades importantes para a melhoria da qualidade da gestão do sistema;
- a demonstração da confiança do Ministério da Saúde na OPAS/OMS, não só para administrar os volumosos recursos a ela transferidos, mas, principalmente, para cooperar em projetos e atividades de importante conteúdo político-técnico e interesse estratégico para o país e para a Organização, como é o caso da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA);
- em geral, os TCs cumprem uma série de princípios básicos para assegurar eficácia e eficiência à cooperação – como, por exemplo, responder a políticas e prioridades nacionais, da OPAS/OMS e de acordos mundiais;
- o aumento dos TCs a partir de 2000, com o consequente incremento das atividades e dos recursos de cooperação ao país não se tem refletido, em alguns casos, no marco integrado de planejamento e gestão empregado atualmente pela Organização. Esta circunstância pode alterar o cumprimento de prioridades de algumas áreas de trabalho em função de aportes de recursos que não se integram adequadamente à estratégia do orçamento-programa único defendida pela OPAS/OMS;
- o processo de descentralização em marcha, voltado a fortalecer a capacidade da OPAS/OMS para cooperar mais eficaz e eficientemente com os países, exige das Representações um maior grau de responsabilidade e respeito às normas, para assegurar que a cooperação responda às políticas nacionais e da OPAS/OMS, assim como aos compromissos regionais e mundiais assumidos pelos países e pela Organização;
- a cooperação da OPAS/OMS, em geral, e os TCs em particular, devem basear-se em prioridades, objetivos, estratégias e resultados que incorporem os compromissos assumidos entre o governo e OPAS/OMS, como também os previstos em acordos regionais e mundiais, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o UNDAF/Brasil, as prioridades de saúde do governo brasileiro e os mandatos das conferências mundiais e pan-americanas.

Tendo em vista os pontos acima considerados, a definição e implementação dos TCs devem permanecer orientadas pelos seguintes princípios:

- fixação de prioridades de acordo com os compromissos regionais e mundiais com o país;
- gestão baseada em resultados, essencial para garantir a eficácia e a eficiência no desenvolvimento

da cooperação – exige o planejamento e a avaliação colegiada e a coordenação de atividades e recursos regulares com as atividades e recursos extra-orçamentários. Por esta razão os TCs devem ser elaborados conjuntamente entre a Organização e as autoridades nacionais, e incorporados ao orçamento-programa bienal (BPB) e aos programas de trabalho semestrais (PTS) para os períodos correspondentes, acompanhados dos respectivos orçamentos. Além disso, a primeira transferência de recursos deverá ser incorporada ao TC, e não em forma isolada como TA, posterior à assinatura do TC;

- o aumento da eficácia e da eficiência dos programas de cooperação exige seu monitoramento permanente e sua avaliação anual para determinar a utilização eficaz e eficiente dos seus recursos, assim como avaliar as respectivas necessidades futuras. Os resultados da avaliação podem implicar a redução ou supressão de algumas atividades, assim como a incorporação de novas atividades que sejam consideradas prioritárias, de acordo com as necessidades cambiantes do país;
- a incorporação dos TCs aos BPBs e PTSs facilitará a abordagem interprogramática que evite duplicações e conjugue enfoques e recursos, melhorando a eficácia e eficiência da cooperação.

Em resumo, a modalidade de cooperação mediante TC é considerada adequada sempre que responda às diretrizes resultantes da avaliação do orçamento-programa 2002-2003 da OPAS/OMS e das observações dos Estados-Membros nas reuniões dos Comitês Regionais realizadas em 2004 e da 115ª reunião do Conselho Executivo, celebrada em janeiro de 2005.

Seção V

Marco político para a cooperação técnica da OPAS/OMS com o Brasil

1. Diretrizes mundiais e regionais

A ECP deverá estar orientada pelas prioridades e políticas de cooperação internacional para o desenvolvimento global e setorial tanto no marco do Sistema das Nações Unidas como do Sistema Interamericano. Além disso, deverá também levar em conta as definições de prioridades e políticas por parte de outros organismos multilaterais de cooperação técnica e financeira cuja ação seja relevante para o setor saúde.

No primeiro caso se encontram as definições contidas no marco do planejamento conjunto das Nações Unidas para o Brasil, ou seja, os processos de CCA⁶³ e UNDAF.⁶⁴ Além disso, será necessário recopilar as prioridades e políticas de cooperação das diferentes agências especializadas do Sistema das Nações Unidas, cuja ação tem relevância para o setor saúde.

Também deverão ser analisados os acordos de integração e colaboração bilaterais e inter-regionais nos quais participa o Brasil, tais como aqueles que envolvem a Comunidade das Nações de Língua Portuguesa e o Grupo BRIC – Brasil, Rússia, Índia e China. Igualmente deverão ser consideradas as políticas adotadas pelo Banco Mundial que tenham um impacto relevante sobre sua cooperação financeira com o Brasil no âmbito do setor saúde.

63 http://www.onu-brasil.org.br/doc/CCABrasil2005_por.pdf, http://www.onu-brasil.org.br/doc/pnud_livro_portug_curva.pdf e http://www.onu-brasil.org.br/doc/pnud_livro_ingles_curva.pdf

64 <http://www.onu-brasil.org.br/doc/undafbrasil2002%20.doc>, <http://www.unodc.org/pdf/brazil/undaf%20Versao%20Final%20-%20Brazi.pdf> e http://www.onu.org.cu/uunn/c_interagencial/Brazil%202002-2006.pdf

Do ponto de vista do Sistema Interamericano, será necessário buscar as definições pertinentes tomadas no âmbito da Organização dos Estados Americanos⁶⁵ e dos Acordos de Integração Regional e Sub-regional de que participa o Brasil, tais como MERCOSUL, OTCA, ALCA e outros. Além disso, deverão ser igualmente revisadas as políticas adotadas pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento que possam ter um impacto em suas operações relacionadas com a saúde no país.

No que diz respeito aos marcos setoriais, deverão ser consideradas as definições adotadas pela OMS em nível global, conforme seu XI Programa Geral de Trabalho 2006-2015⁶⁶ e seu Plano Estratégico de Médio Prazo 2008-2013.⁶⁷ No plano regional, os marcos correspondentes serão proporcionados pelo Plano Estratégico da OPAS/OMS no período 2008-2012⁶⁸ e pela Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017.⁶⁹

2. Comparando ofertas de cooperação internacional e as prioridades de saúde

Inicialmente se faz uma comparação entre as prioridades de médio prazo do setor saúde brasileiro e as prioridades de cooperação técnica definidas tanto pela OMS nos termos do XI Programa Geral de Trabalho 2006-2015, como pela OPAS, conforme a Agenda de Saúde das Américas 2008-2017 e o Plano Estratégico 2008-2012.

Conforme se pode verificar no Anexo 6, existe bastante sincronismo entre as prioridades de saúde do país e as políticas de cooperação técnica que a OPAS/OMS estará implementando nos próximos anos. Desta forma é possível antecipar que, de um modo geral, a cooperação a ser oferecida pela OPAS/OMS poderá responder satisfatoriamente às demandas correspondentes expressadas pelos organismos setoriais ou extra-setoriais e pelas ONGs que atuam no campo da saúde.

No Anexo 7 se comparam as prioridades de cooperação das Nações Unidas (CCA/UNDAF), OMS (XI Programa Geral de Trabalho)⁷⁰, OPAS (Agenda de Saúde das Américas 2008-2017)⁷¹

65 www.oas.org

66 <http://www.who.int/about/finance/en/index.html>

67 http://www.who.int/gb/eb_e_amsps.html

68 <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/CD47-08-p.pdf>

69 http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf

70 <http://www.paho.org/spanish/d/csu/CCSGuide-2005.pdf>

71 http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf

e Plano Estratégico 2008-2012)⁷², Banco Mundial⁷³ e Banco Interamericano de Desenvolvimento,⁷⁴ com as prioridades de saúde do governo brasileiro para 2008-2012. De maneira geral pode-se afirmar que existe uma razoável convergência entre as ofertas e as demandas de cooperação.

Nesta análise se verifica que os organismos de cooperação técnica ou financeira multissetoriais tendem a concentrar sua cooperação em prioridades e políticas setoriais. Enquanto isso, a OPAS/OMS, apesar de sua vocação setorial, expande sua oferta de cooperação ao incluir nesta vários temas multissetoriais de relevância para a saúde.

Isso provavelmente tem a ver com diferentes visões prevalentes nessas instituições quanto ao âmbito dos diversos setores do desenvolvimento. Outra possível razão está no interesse de se buscar respostas intersetoriais para as prioridades e políticas de saúde, o que parece ser mais acentuado na OPAS/OMS que nas instituições de cooperação extra-setoriais.

Apesar destas diferenças, parece haver um clima propício para a cooperação entre diferentes setores do desenvolvimento para alcançar resultados positivos com as políticas de superação dos problemas encontrados em cada um destes mesmos setores.

Este é, portanto, o cenário otimista que se antecipa, da análise do contexto nacional e internacional, para a cooperação técnica em saúde no Brasil nos próximos anos.

72 <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce140-od328-s.htm>

73 http://www.bancomundial.org.br/index.php/content/view_folder/1792.html e http://www.bancomundial.org.br/index.php/content/view_folder/2683.html

74 http://www.iadb.org/countries/strategy.cfm?language=Portuguese&ID_COUNTRY=BR&PARID=3

Seção VI

Agenda Estratégica: prioridades da cooperação da OPAS/OMS no Brasil pactuadas com o país para o período 2008-2012

A OPAS/OMS concentrará sua cooperação nas prioridades definidas abaixo, que estão voltadas para fortalecer as conquistas do Brasil no campo da saúde, enfrentar as questões ainda pendentes de uma solução adequada e apoiar as atividades internacionais em saúde definidas pelo governo. Além disso, é necessário manter uma preparação contínua frente a situações emergentes de enfermidades – como *influenza* – e ameaças – como mudanças climáticas. Essas prioridades se referem aos campos das políticas de saúde, da atenção a grupos sociais e problemas de saúde e da gestão do setor saúde e seus recursos.

1. Prioridades

1.1 Prioridades de políticas de saúde

- a. colaborar com a consolidação do SUS como projeto político fundamental em saúde no Brasil alinhado com o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados nos valores da Estratégia de Atenção Primária;
- b. apoiar o fortalecimento da participação social no desenvolvimento da saúde e da consciência nacional sobre os determinantes sociais da saúde, promovendo sua abordagem de acordo com o enfoque de direitos, igualdade, equidade e controle social desses determinantes e o cumprimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;

- c. promover uma abordagem sistemática e integrada com relação às políticas públicas de saúde e aos demais setores do desenvolvimento, orientada à busca da inclusão e proteção social;
- d. promover o reconhecimento da saúde como um setor diretamente produtivo por meio de políticas e processos voltados ao desenvolvimento do complexo industrial da saúde;
- e. acompanhar a participação internacional do Brasil em iniciativas, espaços e processos políticos de saúde, impulsionando parcerias baseadas nos princípios comparativos de equidade, universalidade, integralidade e participação social e do fortalecimento da saúde pública;
- f. contribuir para o fortalecimento da capacidade do Brasil para cooperar com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países das Américas e com os países de língua portuguesa da África no marco da Cooperação Sul-Sul.

1.2 Prioridades de atenção a grupos sociais e problemas de saúde

- a. colaborar com o fortalecimento da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família como a estratégia central de reordenamento do sistema, a partir dos princípios da integralidade, equidade e universalidade, no marco da Atenção Primária Renovada;
- b. colaborar com a prevenção de doenças, atenção aos principais fatores de risco e populações vulneráveis, bem como vigilância em saúde;
- c. priorizar a promoção da saúde no controle dos problemas resultantes da violência, dos acidentes de trabalho e de trânsito, de um meio ambiente degradado, do uso de drogas psicoativas e álcool, de hábitos alimentares insalubres e do tabagismo, entre outras;
- d. cooperar para o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde, da humanização dos serviços e da segurança do paciente;
- e. promover a implementação de municípios saudáveis, estimulando políticas locais de melhoria das condições de vida e de hábitos saudáveis da população, e a construção de um movimento de cultura de paz e não violência em que prevaleçam valores de justiça, liberdade, diálogo, solidariedade e respeito à cidadania;
- f. contribuir ao aperfeiçoamento da capacidade da autoridade sanitária nas três esferas do SUS para a condução e regulação do setor saúde, tanto público quanto privado, com o propósito de garantir o acesso universal a serviços de saúde integrais e de qualidade.

1.3 Prioridades de gestão do setor saúde

- a. contribuir para aperfeiçoar a gestão participativa, pactuada e descentralizada do SUS, por meio do fortalecimento das instâncias deliberativas, do controle social e da pactuação entre os atores representativos das três esferas do Sistema;

- b. contribuir para o fortalecimento do desempenho das funções essenciais da saúde pública nas três esferas dos SUS, com ênfase na capacidade de vigilância e regulação em saúde;
- c. apoiar o estabelecimento de novos modelos de gestão que garantam os princípios do SUS e também permitam que as instituições de saúde operem com mais eficiência e qualidade;
- d. colaborar com os diversos atores nacionais no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde destinada a fortalecer a gestão do trabalho e a formação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores do SUS;
- e. promover o uso de conhecimento e evidência científica para apoiar processos de gestão e formulação de políticas públicas.

2. Enfoque Estratégico da Cooperação da OPAS/OMS no período 2008/2012

A cooperação da OPAS/OMS com o Brasil no período 2008/2012 será desenvolvida de acordo com o enfoque estratégico descrito nos tópicos abaixo:

1. a cooperação deverá: a) desenvolver uma gestão inteligente baseada em uma informação adequada; b) saber atuar no momento oportuno com flexibilidade; e c) facilitar o desenvolvimento da capacidade nacional de mobilizar recursos nacionais e internacionais (humanos, científicos, tecnológicos e financeiros) para a implementação satisfatória das ações de saúde de alto valor político, epidemiológico e gerencial;
2. a cooperação deverá também facilitar o preenchimento oportuno das lacunas de conhecimento e tecnologia de intervenções em saúde. Além disso, deverá apoiar a construção e a manutenção da memória institucional, assim como a gestão da informação estratégica de alto valor para o desenvolvimento da saúde;
3. a cooperação deverá ser uma garantia para a continuidade e estabilidade dos processos de mudança que contribuam para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. Para tal fim, se fortalecerá a relação institucional entre o Ministério da Saúde, responsável pela condução das políticas públicas de saúde, e a OPAS/OMS;
4. os Termos de Cooperação deverão ser reorientados e redimensionados, buscando sua reorganização segundo as prioridades e modalidades de cooperação mencionadas, assim como sua consolidação, mediante um processo de ajuste progressivo a dois grandes eixos da Cooperação Técnica da OPAS/OMS: a) a política de governo de Cooperação Sul-Sul no campo da saúde e b) os programas e processos estratégicos para o fortalecimento e aperfeiçoamento do SUS;

5. a Cooperação Sul-Sul será potencializada com a participação triangulada da OMS, desempenhando funções estratégicas de mediação e catalisação e deverá atuar de modo proativo e sustentável na formulação, execução e avaliação dos programas de cooperação que se executem em forma triangulada entre o governo brasileiro, a OMS e os países receptores;
6. a cooperação da OPAS/OMS deverá organizar-se em três grandes eixos de trabalho que servirão para agrupar e reorientar os Termos de Cooperação com um sentido de complementação programática e pertinência política e gerencial. Estes eixos são:
 - a) apoio aos processos e projetos estratégicos do SUS;
 - b) apoio à intersetorialidade, atenção primária e promoção da saúde no contexto dos determinantes sociais da saúde; e
 - c) apoio à Cooperação Sul-Sul em saúde;
7. o fortalecimento da cooperação da OPAS/OMS com o Brasil se fará mediante a gradual adequação do programa de trabalho da Representação da OPAS/OMS no Brasil e do apoio dos programas regionais da OPAS em Washington, dos programas globais da OMS em Genebra e dos centros especializados da OPAS/OMS ao conteúdo desta nota estratégica. Para isto, a Representação da OPAS/OMS desempenhará um papel de articulação e harmonização entre as instituições nacionais e as diversas instâncias da Organização, além de se constituir em canal de comunicação entre as partes;
8. a OPAS/OMS poderá ainda melhorar significativamente o impacto de sua cooperação com o país – que tem sido avaliado muito positivamente – por meio do apoio à mobilização, ao fortalecimento e à utilização das capacidades e dos recursos nacionais, evitando substituí-los mesmo diante de demandas urgentes em curto prazo;
9. também deverá apoiar o país no preenchimento de vazios de saber e na superação de deficiências gerenciais que o afetam, ajudando-o na administração de um sistema de informação estratégica e, inclusive, na construção de uma memória institucional que é crítica para o desenvolvimento sustentável do SUS. Além disso, deverá apoiar o resgate de experiências exitosas existentes, mas desconhecidas e efêmeras, assim como contribuir para evitar a interrupção e o insucesso de experiências positivas, além de promover e apoiar a cooperação entre países;
10. neste sentido, a OPAS/OMS poderá e deverá facilitar a articulação das demais agências do Sistema das Nações Unidas e outras agências de cooperação para alcançar uma maior efetividade na cooperação internacional em saúde;
11. a OPAS/OMS fortalecerá a cooperação sub-regional com a participação do Brasil, aproveitando as capacidades nacionais ao mesmo tempo em que satisfaz necessidades e demandas do país. Privilegiará, nesse marco, a modalidade de Cooperação Técnica entre Países (TCC);
12. o convênio atual entre a OPAS e o governo brasileiro para a manutenção da BIREME será revisado e atualizado para dotar a BIREME de uma nova estrutura jurídico-institucional,

com gestão autônoma e flexível, por meio do aporte de recursos adicionais do governo brasileiro, com o objetivo de fortalecer e ampliar a sua capacidade de atuação global, regional e local como centro internacional especializado em cooperação técnica em informação e comunicação científica e técnica em saúde;

13. revisar o papel da PANAFITSA de contribuir com a erradicação da aftosa, a fim de incluir a segurança alimentar e os programas de controle das zoonoses como interesse comum da saúde e da agricultura, bem como promover uma política de financiamento por parte das chancelarias e dos ministérios do comércio exterior e da agricultura, com funções complementares e diferenciadas entre OIE, FAO, IICA e OPAS;
14. além de executar suas prioridades por meio dos enfoques anteriormente descritos, a cooperação da OPAS/OMS trabalhará no contexto e no cumprimento das políticas de cooperação técnica internacional do país, o que implica:
 - a. focalizar a cooperação na capacitação técnica com o menor componente operacional possível;
 - b. não priorizar a execução de programas públicos para a aquisição de bens e serviços, exceto a compra de insumos essenciais para a saúde pública;
 - c. atender à incorporação e à implementação de uma agenda crescente de iniciativas de cooperação triangular Sul-Sul;
 - d. trabalhar na promoção do desenvolvimento de capacidades inovadoras e não disponíveis no país;
 - e. elaborar programas específicos de cooperação que estejam dentro do contexto do UNDAF e que permitam racionalizar o uso de insumos nacionais e internacionais, além de fortalecer a articulação com outras agências de cooperação bilateral e multilateral; e
 - f. identificar, em conjunto com o governo brasileiro e com o Ministério da Saúde, os mecanismos necessários para garantir o acesso de estados e municípios brasileiros à cooperação internacional a fim de otimizar recursos e aumentar o impacto da cooperação.

3. Modalidades da Cooperação da OPAS/OMS com o Brasil

A cooperação técnica da OPAS/OMS com o Brasil, voltada para a concretização das prioridades e enfoques acima definidas, será desenvolvida por meio das seguintes modalidades:

1. fortalecimento da capacidade nacional para a gestão do conhecimento em saúde, incluindo os processos e mecanismos para sua adequada coleta, sistematização e disseminação;

2. apoio ao desenvolvimento da pesquisa científica e tecnológica com ênfase nos determinantes sociais da saúde, bem como na disseminação dos seus resultados em nível nacional e internacional e na implementação de políticas, projetos e programas baseados nos resultados dessas pesquisas;
3. identificação, sistematização, avaliação e documentação de boas práticas e experiências para a formulação, o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de políticas e programas de saúde;
4. acompanhamento do processo de Cooperação Sul-Sul em saúde, assim como o devido fortalecimento da capacidade nacional para participar do mesmo;
5. apoio à contribuição do país para o desenvolvimento da saúde em nível mundial, através da formação e do fortalecimento de parcerias políticas e comerciais relacionadas com as prioridades internacionais de saúde;
6. descentralização da cooperação da OPAS/OMS, em comum acordo com o Ministério da Saúde, para fortalecer a capacidade das instâncias estaduais e municipais, assim como da sociedade civil, no desenvolvimento de políticas voltadas para satisfazer as prioridades setoriais;
7. apoio dos Centros especializados BIREME e PANAFTOSA à cooperação técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil e à cooperação internacional do Brasil;
8. mobilização de recursos em nível nacional e internacional para permitir a implementação de políticas e programas que busquem o desenvolvimento nacional da saúde, incluindo a governabilidade, o desenvolvimento institucional e a transferência tecnológica no setor saúde;
9. apoio ao diálogo e à cooperação do setor saúde com outros setores do desenvolvimento, como ambiente, educação, energia, trabalho, transporte e outros, cuja atuação seja relevante para alcançar as prioridades da saúde, e priorização da saúde na agenda desses setores;
10. envolvimento crescente de entidades nacionais como parceiros da cooperação técnica da OPAS/OMS, buscando um sinergismo efetivo entre as respectivas experiências e habilidades e favorecendo a cooperação horizontal entre estados e municípios;
11. apoio ao diálogo e ao contato entre os atores governamentais e da sociedade civil que sejam relevantes para o desenvolvimento sustentável do setor saúde e suas políticas, com vistas a garantir a colaboração setorial para realizar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Seção VII

Implementação da Agenda Estratégica: implicações para a Secretaria da OPAS/OMS, seguimento e próximos passos em cada nível

A equipe do país é responsável por:

- realizar o alinhamento dos recursos humanos do escritório da Representação de acordo com a Estratégia de Cooperação Aprovada (ECP). O processo para análise institucional será desenvolvido por uma equipe integrada por especialistas do Escritório Regional, das áreas de recursos humanos e de apoio aos países, e por funcionários das unidades técnicas e da administração da Representação;
- elaborar um Plano de Desenvolvimento Institucional para que a reorganização e o alinhamento de recursos na Representação se executem em função da ECP, e os processos de mudança ocorram de forma planejada, gradual e acertadamente. O Plano de Desenvolvimento Institucional contemplará a consolidação das competências básicas requeridas para que a equipe do escritório local alcance os objetivos com eficácia e eficiência, assim como contemplará a consolidação de uma equipe de profissionais internacionais e nacionais que promovam a execução direta da cooperação técnica;
- reorientar os Termos de Cooperação vigentes à data de aprovação da ECP para serem convertidos às prioridades da Estratégia de Cooperação aprovada, mediante processo de análise conjunto da Representação, do Ministério da Saúde e da ABC/Chancelaria, com o apoio de uma missão de especialistas do Escritório Regional, do gabinete da diretora, e das unidades de apoio aos países, programas e orçamento, jurídico e finanças;
- definir o novo modelo de Termos de Cooperação que contemplará os aspectos estratégicos, políticos, prioritários, legais, orçamentários, administrativo-financeiros e de programação para alcançar os resultados esperados da cooperação técnica da OPAS/OMS, programados no Plano de Trabalho B anual 2008/2009 da Representação (PTB), e de *accountability*, pelas contribuições voluntárias;

- continuar com a mobilização de contribuições voluntárias como fonte de financiamento da cooperação interna e internacional, e com o apoio à participação de especialistas nacionais e estrangeiros e a iniciativas específicas requeridas pelas contrapartes da cooperação;
- destinar os recursos regulares a complementar e catalisar a Cooperação Técnica financiada com as contribuições voluntárias e a sustentar a gestão e execução das contribuições voluntárias, assegurando a infraestrutura física e operativa com o nível de qualidade necessário para oferecer segurança e conforto aos funcionários e demais atores da cooperação;
- executar a ECP com participação de sócios estratégicos da cooperação, evidenciados como instituições de excelência, centros especializados e redes de centros colaborativos, organismos de cooperação bilateral e multilateral e ONGs que trabalham no campo da saúde;
- elaborar um modelo de gestão que facilite a participação triangulada da OMS/AMR O/ AFRO e as respectivas representações na Cooperação Sul-Sul do governo brasileiro na área da saúde. Para tal fim, se contará com o apoio de AMRO e AFRO, em nível regional, e da OMS, em nível global;
- preparar o Plano de Trabalho Bianual 2008-2009 fundamentado na ECP, alinhado com os resultados esperados do país em nível regional e global, e com os Termos de Cooperação reorientados com foco nas prioridades definidas na ECP. O monitoramento da execução estará baseado em avaliações técnico-financeiras semestrais e na análise dos indicadores predefinidos por cada resultado programado no PTB;
- definir e implementar, com o propósito de executar a ECP de forma eficiente e eficaz, um modelo descentralizado de cooperação em conjunto com a direção, a unidade de apoio aos países da OPAS/OMS e o Ministério da Saúde, retomando experiências da OPAS/OMS em outros países em processos de descentralização da CT e adaptando-as às realidades e necessidades do Brasil.

Apoio do Escritório Regional (AMRO/OPAS)

A sede da OPAS/OMS desempenhará uma função importante na orientação e no apoio da execução da Agenda Estratégica. Os programas técnicos regionais prestarão o apoio técnico necessário para assegurar a coerência entre as prioridades definidas na Agenda e as estruturas técnicas revisadas apresentadas nos Termos de Cooperação, assim como sinergias entre os programas de trabalho bienais em nível nacional, sub-regional (MERCOSUL) e regional.

O Escritório Regional proporcionará seu apoio por meio da identificação das melhores práticas regionais e das experiências e pesquisas em saúde pública no âmbito regional, além de promover a participação do Brasil nos eventos regionais, facilitando o estabelecimento de vínculos de cooperação em nível regional entre o Brasil, os países membros e as instituições de referências (incluindo centros colaboradores) na área da saúde.

O Escritório Regional apoiará, também, em colaboração com a OMS, a participação do Brasil em fóruns e discussões globais. Nesta direção, o Escritório Regional desempenhará uma função importantíssima ao facilitar a cooperação entre o Brasil e os outros países membros no âmbito regional e global, especificamente ao promover a triangulação da Cooperação Sul-Sul.

O Escritório Regional da OPAS/OMS continuará a captação de recursos adicionais para apoiar a implementação da Agenda. A análise dos requisitos de recursos humanos técnicos na OPAS/OMS no Brasil será realizada com a perspectiva de que a incorporação dos assessores da OPAS/OMS, com experiência regional nas áreas importantes, fortalecerá a Cooperação Sul-Sul, vinculando os programas de trabalho nacionais, sub-regionais e regionais. Além disso, o Escritório Regional continuará mobilizando recursos financeiros adicionais para a cooperação técnica, principalmente nas áreas prioritárias identificadas.

As unidades administrativas do Escritório Regional fornecerão uma orientação clara sobre normas e procedimentos, considerando o contexto especial da estrutura de cooperação técnica, assegurando a delegação de autoridade apropriada para garantir a execução eficaz do programa de trabalho de modo flexível.

Também, o Escritório Regional providenciará o apoio necessário ao desenvolvimento e implementação do Plano de Desenvolvimento Institucional da Representação, que facilitará decisões em nível político, administrativo e financeiro na reorganização do escritório, na administração de recursos humanos e financeiros, e na mobilização de recursos.

O Escritório Regional da OPAS/OMS também facilitará e apoiará a descentralização da cooperação técnica por meio de sua Representação no Brasil.

Apoio do Escritório Sede da OMS

Com base nos mandatos da OMS, da Estratégia da Cooperação Centrada nos países e as prioridades, enfoques e modalidades de cooperação identificadas na Estratégia de Cooperação do Brasil (ECB), se espera a participação da sede da OMS com as seguintes funções:

1. apoiar a formulação de opções de política de saúde que reúnam princípios éticos, evidências e fundamentos científicos, assim como a participação do Brasil em fóruns e espaços internacionais de produção e implementação de políticas, estratégias e marcos reguladores de saúde, em particular naqueles que têm sede fora da região das Américas;

2. contribuir com normas e padrões em temas cruciais para a saúde, transferir tecnologias de uso na saúde pública e participar em parcerias aproveitando a liderança da Organização;
3. identificar junto com a OPAS e o Brasil linhas de investigação, estimular e facilitar a produção de conhecimentos, assim como sua divulgação, com ênfase nos determinantes sociais da saúde;
4. apoiar e facilitar a Cooperação Sul-Sul do Brasil com o resto dos continentes, em coordenação com o Escritório Regional da OPAS/OMS e a Representação no Brasil;
5. em acordo com a ECB, coordenar, articular e canalizar as ações de cooperação com o Brasil por meio do Escritório Regional da OPAS/OMS e especialmente com a Representação no Brasil;
6. facilitar para que a Representação da OPAS/OMS no Brasil e o Escritório Regional da OPAS/OMS desempenhem a articulação e harmonização das relações técnicas entre as instituições nacionais de saúde e os diversos níveis da OMS.

Documento de compromisso assinado entre o Governo Brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde em 20 de agosto de 2007

Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012

Esta Estratégia contempla as prioridades, o enfoque e as modalidades da cooperação da OPAS/OMS com o Governo Brasileiro. Foi elaborada por uma Missão conjunta de consultores da OPAS/OMS mediante um processo de análises e debates internos e amplas consultas com as contrapartes nacionais. Sua preparação levou em conta as prioridades e políticas que o Brasil e a OPAS/OMS definiram para este período, no marco dos compromissos nacionais, regionais e globais para o desenvolvimento. Ela também faz parte do esforço do Sistema das Nações Unidas relativo ao Marco da Assistência para o Desenvolvimento (UNDAF).

O objetivo último da cooperação técnica a ser prestada pela OPAS/OMS ao Brasil durante o período 2008-2012 é contribuir para o desenvolvimento socioeconômico e político do país por meio da melhoria da saúde individual e coletiva de todos os brasileiros.

Como parte de uma iniciativa em nível global centrada no país, a estratégia deverá orientar todas as atividades de cooperação que a OPAS/OMS desenvolverá com o Brasil no período mencionado. Uma vez oficializada, ela também será divulgada pela Representação da OPAS/OMS entre outras agências que cooperam com o Brasil no campo da saúde, buscando alcançar um maior sinergismo das respectivas atividades com o conteúdo deste documento.

Existe um expressivo sinergismo entre as prioridades de saúde do Estado e da sociedade brasileiros e as prioridades definidas em nível global pela Assembleia Mundial da Saúde no XI Programa Geral de Trabalho 2006-2015 da OMS. Em nível regional, este sinergismo se veri-

fica em relação à Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, aprovada pelos Governos dos Países Americanos e com a proposta do Plano Estratégico da OPAS/OMS para 2008-2012 a ser considerada pela XXVII Conferência Sanitária Pan-Americana. Este sinergismo também se observa em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Do ponto de vista do Brasil, as prioridades para a cooperação técnica da OPAS/OMS estão baseadas no Plano Plurianual 2008-2011, no Programa de Aceleração do Crescimento e nas prioridades de saúde definidas para o segundo mandato do atual Governo Nacional. Elas também refletem as prioridades que estarão sendo contempladas no Plano de Desenvolvimento da Saúde (PAC-Saúde) atualmente em fase de preparação.

A preparação desta Nota Estratégica foi realizada mediante minuciosa revisão coletiva das políticas e prioridades mencionadas e de uma avaliação criteriosa dos avanços, desafios e oportunidades de aperfeiçoamento na cooperação da OPAS/OMS com o Brasil nos anos anteriores. Além disso, ela também se beneficiou de um intenso processo de diálogo entre autoridades, especialistas e ONGs relacionadas ao Setor Saúde e a vários outros setores do desenvolvimento.

PRIORIDADES DA COOPERAÇÃO TÉCNICA DA OPAS/OMS COM O BRASIL

A OPAS/OMS concentrará sua cooperação nas prioridades definidas abaixo, que estão voltadas para fortalecer as conquistas do Brasil no campo da saúde, enfrentar as questões ainda pendentes de uma solução adequada e apoiar as atividades internacionais em saúde definidas pelo Governo. Além disso, é necessário manter uma preparação contínua frente a situações emergentes de enfermidades – influenza e ameaças, por exemplo – assim como mudanças climáticas. Estas prioridades se referem aos campos das políticas de saúde, da atenção a grupos sociais e problemas de saúde e da gestão do setor saúde e seus recursos.

1. Prioridades de Políticas de Saúde

- a. Colaborar com a consolidação do SUS como projeto político fundamental em saúde do Brasil alinhado com o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados nos valores da Estratégia de Atenção Primária.
- b. Apoiar o fortalecimento da participação social no desenvolvimento da saúde e da consciência nacional sobre os determinantes sociais da saúde, promovendo sua abordagem de acordo

com o enfoque de direitos, igualdade, equidade e controle social desses determinantes e o cumprimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

- c. Promover uma abordagem sistemática e integrada com relação às políticas públicas de saúde e aos demais setores do desenvolvimento, orientada à busca da inclusão e proteção social.
- d. Promover o reconhecimento da saúde como um setor diretamente produtivo por meio de políticas e processos voltados ao desenvolvimento do complexo industrial da saúde.
- e. Acompanhar a participação internacional do Brasil em iniciativas, espaços e processos políticos de saúde, impulsionando parcerias baseadas nos princípios comparilhados de equidade, universalidade, integralidade e participação social e do fortalecimento da saúde pública.
- f. Contribuir para o fortalecimento da capacidade do Brasil para cooperar com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países das Américas e com os países de língua portuguesa da África no marco da Cooperação Sul-Sul.

2. Prioridades de Atenção a Grupos Sociais e Problemas de Saúde

- a. Colaborar com o fortalecimento da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família como estratégia central de reordenamento do sistema, a partir dos princípios da integralidade, equidade e universalidade, no marco da Atenção Primária Renovada.
- b. Colaborar com a prevenção de doenças, atenção aos principais fatores de risco e populações vulneráveis, bem como vigilância em saúde.
- c. Priorizar a promoção da saúde no controle dos problemas resultantes da violência, dos acidentes de trabalho e de trânsito, de um meio ambiente degradado, do uso de drogas psicoativas e álcool, de hábitos alimentares insalubres e do tabagismo, entre outras.
- d. Cooperar para o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde, da humanização dos serviços e da segurança do paciente.
- e. Promover a implementação de municípios saudáveis, estimulando políticas locais de melhoria das condições de vida e de hábitos saudáveis da população, e a construção de um movimento de cultura de paz e não violência onde prevaleçam valores de justiça, liberdade, diálogo, solidariedade e respeito à cidadania.
- f. Contribuir ao aperfeiçoamento da capacidade da autoridade sanitária nas três esferas do SUS para a condução e regulação do setor saúde, tanto público quanto privado, com o propósito de garantir o acesso universal a serviços de saúde integrais e de qualidade.

3. Prioridades de Gestão do Setor Saúde

- a. Contribuir para aperfeiçoar a gestão participativa, pactuada e descentralizada do SUS, por meio do fortalecimento das instâncias deliberativas, do controle social e da pactuação entre os atores representativos das três esferas do Sistema.
- b. Contribuir para o fortalecimento do desempenho das funções essenciais da saúde pública nas três esferas dos SUS, com ênfase na capacidade de vigilância e regulação em saúde.
- c. Apoiar o estabelecimento de novos modelos de gestão que garantam os princípios do SUS e também permitam que as instituições de saúde operem com mais eficiência e qualidade.
- d. Colaborar com os diversos atores nacionais no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde destinada a fortalecer a gestão do trabalho e a formação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores do SUS.
- e. Promover o uso de conhecimento e evidência científica para apoiar processos de gestão e formulação de políticas públicas.

ENFOQUE ESTRATÉGICO DA COOPERAÇÃO DA OPAS/OMS NO PERÍODO 2008/2012

A cooperação da OPAS/OMS com o Brasil no período 2008/2012 será desenvolvida de acordo com o enfoque estratégico descrito nos tópicos abaixo.

1. A cooperação deverá: a) desenvolver uma gestão inteligente baseada em informação adequada; b) saber atuar no momento oportuno com flexibilidade; e c) facilitar o desenvolvimento da capacidade nacional de mobilizar recursos nacionais e internacionais (humanos, científicos, tecnológicos e financeiros) para a implementação satisfatória das ações de saúde de alto valor político, epidemiológico e gerencial.
2. A cooperação deverá também facilitar o preenchimento oportuno das lacunas de conhecimento e tecnologia de intervenções em saúde. Além disso, deverá apoiar a construção e a manutenção da memória institucional, assim como a gestão da informação estratégica de alto valor para o desenvolvimento da saúde.
3. A cooperação deverá ser uma garantia para a continuidade e estabilidade dos processos de mudança que contribuam para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. Para tal fim, se fortalecerá a relação institucional entre o Ministério da Saúde, responsável pela condução das políticas públicas de saúde, e a OPAS/OMS.
4. Os Termos de Cooperação deverão ser reorientados e re dimensionados, buscando sua reorganização segundo as prioridades e modalidades de cooperação mencionadas, assim como sua consolidação, mediante um processo de ajuste progressivo a dois grandes eixos

da Cooperação Técnica da OPAS/OMS: a) a Política de Governo de Cooperação Sul-Sul no campo da Saúde e b) os Programas e processos estratégicos para o fortalecimento e aperfeiçoamento do SUS.

5. A Cooperação Sul-Sul será potencializada com a participação triangulada da OMS, desempenhando funções estratégicas de mediação e catalisação e deverá atuar de modo pro-ativo e sustentável na formulação, execução e avaliação dos programas de cooperação que se executem em forma triangulada entre o Governo Brasileiro, a OMS e os países receptores.
6. A cooperação da OPAS/OMS deverá organizar-se em três grandes eixos de trabalho que servirão para agrupar e reorientar os Termos de Cooperação com um sentido de complementação programática e pertinência política e gerencial. Estes eixos são:
 - a) apoio aos processos e projetos estratégicos do SUS;
 - b) apoio à intersectorialidade, atenção primária e promoção da saúde no contexto dos determinantes sociais da saúde; e
 - c) apoio à Cooperação Sul-Sul em Saúde.
7. O fortalecimento da Cooperação da OPAS/OMS com o Brasil se fará mediante a gradual adequação do programa de trabalho da Representação da OPAS/OMS no Brasil e do apoio dos Programas Regionais da OPAS em Washington, dos Programas Globais da OMS em Genebra e dos Centros Especializados da OPAS/OMS ao conteúdo desta nota estratégica. Para isto, a Representação da OPAS/OMS desempenhará um papel de articulação e harmonização entre as instituições nacionais e as diversas instâncias da Organização, além de se constituir em canal de comunicação entre as partes.
8. A OPAS/OMS poderá ainda melhorar significativamente o impacto de sua cooperação com o país - que tem sido avaliado muito positivamente - por intermédio do apoio à mobilização, ao fortalecimento e à utilização das capacidades e dos recursos nacionais, evitando substituí-los mesmo diante de demandas urgentes em curto prazo.
9. Também deverá apoiar o país no preenchimento de vazios de saber e na superação de deficiências gerenciais que o afetam, ajudando-lhe na administração de um sistema de informação estratégica e, inclusive, na construção de uma memória institucional que é crítica para o desenvolvimento sustentável do SUS. Além disso, deverá apoiar o resgate de experiências exitosas existentes, mas desconhecidas e efêmeras, assim como contribuir para evitar a interrupção e o insucesso de experiências positivas, além de promover e apoiar a cooperação entre países.
10. Neste sentido, a OPAS/OMS poderá e deverá facilitar a articulação das demais agências do Sistema das Nações Unidas e outras agências de cooperação para alcançar uma maior efetividade na cooperação internacional em saúde.
11. A OPAS/OMS fortalecerá a cooperação sub-regional com a participação do Brasil, aproveitando as capacidades nacionais ao mesmo tempo em que satisfaz necessidades e

demandas do país. Privilegiará, neste marco, a modalidade de Cooperação Técnica entre Países (TCC).

12. O convênio atual entre a OPAS e o Governo Brasileiro para a manutenção da BIREME será revisado e atualizado para dotar a BIREME de uma nova estrutura jurídico-institucional, com gestão autônoma e flexível por meio do aporte de recursos adicionais do Governo Brasileiro, com o objetivo de fortalecer e ampliar a sua capacidade de atuação global, regional e local como centro internacional especializado em cooperação técnica em informação e comunicação científica e técnica em saúde.
13. Revisar o papel da PANAFITSA de contribuir com a erradicação da aftosa, a fim de incluir a segurança alimentar e os programas de controle das zoonoses como interesse comum da saúde e da agricultura, bem como uma nova política de financiamento por parte das chancelarias e dos ministérios do comércio exterior e da agricultura, com funções complementares e diferenciadas entre OIE, FAO, IICA e OPAS.
14. Além de executar suas prioridades mediante os enfoques anteriormente descritos, a cooperação da OPAS/OMS trabalhará no contexto e no cumprimento das políticas de cooperação técnica internacional do país, o que implica:
 - a. Focalizar a cooperação na capacitação técnica com o menor componente operacional possível;
 - b. Não priorizar a execução de programas públicos para a aquisição de bens e serviços, exceto a compra de insumos essenciais para a saúde pública;
 - c. Atender a incorporação e a implementação de uma agenda crescente de iniciativas de cooperação triangular Sul-Sul;
 - d. Trabalhar na promoção do desenvolvimento de capacidades inovadoras e não disponíveis no país;
 - e. Elaborar programas específicos de cooperação que estejam dentro do contexto do UNDAF e que permitam racionalizar o uso de insumos nacionais e internacionais, além de fortalecer a articulação com outras agências de cooperação bilateral e multilateral; e
 - f. Identificar, em conjunto com o Governo Brasileiro e com o Ministério da Saúde, os mecanismos necessários para garantir o acesso de Estados e Municípios Brasileiros à cooperação internacional a fim de otimizar recursos e aumentar o impacto da cooperação.

MODALIDADES DA COOPERAÇÃO DA OPAS/OMS COM O BRASIL

A cooperação técnica da OPAS/OMS com o Brasil, voltada para a concretização das prioridades e enfoques acima definidas, será desenvolvida através das seguintes modalidades:

1. Fortalecimento da capacidade nacional para a gestão do conhecimento em saúde, incluindo os processos e mecanismos para sua adequada coleta, sistematização e disseminação.
2. Apoio ao desenvolvimento da pesquisa científica e tecnológica com ênfase nos determinantes sociais da saúde, bem como a disseminação dos seus resultados em nível nacional e internacional e a implementação de políticas, projetos e programas baseados nos resultados destas pesquisas.
3. Identificação, sistematização, avaliação e documentação de boas práticas e experiências para a formulação, o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de políticas e programas de saúde.
4. Acompanhamento do processo de Cooperação Sul-Sul em saúde, assim como o devido fortalecimento da capacidade nacional para participar do mesmo.
5. Apoio à contribuição do país para o desenvolvimento da saúde em nível mundial, por meio da formação e do fortalecimento de parcerias políticas e comerciais relacionadas com as prioridades internacionais de saúde.
6. Descentralização da cooperação da OPAS/OMS, em comum acordo com o Ministério da Saúde, para fortalecer a capacidade das instâncias estaduais e municipais, assim como da sociedade civil, no desenvolvimento de políticas voltadas para satisfazer as prioridades setoriais.
7. Apoio dos Centros especializados BIREME e PANAFTOSA à cooperação técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil e à Cooperação Internacional do Brasil.
8. Mobilização de recursos em nível nacional e internacional para permitir a implementação de políticas e programas buscando o desenvolvimento nacional da saúde, incluindo a governabilidade, o desenvolvimento institucional e a transferência tecnológica no setor saúde.
9. Apoio ao diálogo e à cooperação do setor saúde com outros setores do desenvolvimento, como ambiente, educação, energia, trabalho, transporte e outros, cuja atuação seja relevante para alcançar as prioridades da saúde, buscando também priorizar a saúde na agenda destes setores.
10. Envolvimento crescente de entidades nacionais como parceiros da cooperação técnica da OPAS/OMS, buscando um sinergismo efetivo entre as respectivas experiências e habilidades e favorecendo a cooperação horizontal entre estados e municípios.

11. Apoio ao diálogo e à concertação entre os atores governamentais e da sociedade civil que sejam relevantes para o desenvolvimento sustentável do setor saúde e suas políticas, com vistas a garantir a colaboração setorial ao logro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Brasília, 20 de agosto de 2007.

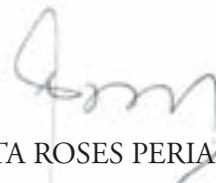


JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde



MARGARET CHAN

Diretora-Geral
Organização Mundial da Saúde



MIRTA ROSES PERIAGO

Diretora
Organização Pan-Americana da Saúde

Anexos

1. Convergência de prioridades do Ministério da Saúde, IPEA e ONGs setoriais para 2007-2010.
2. Convergência de prioridades para 2007-2010 entre outros setores e o setor saúde.
3. Grupo de especialistas que analisaram os desafios do SUS.
4. Funções da OPAS/OMS: tipologias existentes.
5. Termos de Cooperação da OPAS/OMS com o Brasil vigentes em março de 2007.
6. Prioridades do setor saúde no período 2007-2010 e respostas da OPAS/OMS.
7. Prioridades de outras agências de cooperação e do setor saúde.

ANEXO 1

CONVERGÊNCIA DE PRIORIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, IPEA E ONGs SETORIAIS PARA 2007-2010

Nº	PRIORIDADES PROPOSTAS PELO MS	IPEA	ONGs
01	Maior rigor no uso dos recursos públicos	6	7
02	Atenção básica como estratégia central do sistema	4	3
03	Pactos em defesa da vida, do SUS e de gestão	2	3
04	Lutar pelos recursos necessários ao sistema	6	9
05	Fortalecer o controle social do SUS	2	2, 6
06	Adotar uma visão interinstitucional da saúde	1	1
07	Fortalecer a política de humanização do SUS	4	2
08	Política nacional de direitos sexuais e reprodutivos	1	10
09	Atendimento às populações em situação de risco	4	4
10	Política nacional de atenção à saúde do homem	1	4
11	Atenção inovadora a grupos vulneráveis da população	3	4
12	Prevenção de doenças prevalentes	1	4
13	Implantação de uma "escola de governo em saúde"	2	5
14	Maior presença do Brasil em saúde internacional	5	1
15	Continuar e aperfeiçoar a reforma psiquiátrica	1	4
16	Integrar as atividades e políticas da ANS e do SUS	2	6, 8
17	Aperfeiçoar as políticas de trabalho em saúde	2	5
18	Pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde	5	1
19	Complexo produtivo de bens e serviços de saúde	5	1
20	Acesso da população a medicamentos essenciais	5	1
21	Gestão para maior eficiência e qualidade do SUS	2	6
22	Decifrar a "esfinge" do setor saúde do Rio de Janeiro	4	10

ANEXO 2

CONVERGÊNCIA DE PRIORIDADES PARA 2007-2010 ENTRE OUTROS SETORES E O SETOR SAÚDE

SETORES	TEMAS	MS
Agricultura	Saúde pública veterinária e proteção de alimentos	5, 6, 12
Cidades	Habitação, água, esgoto e lixo	5, 6
Ciência e Tecnologia	Ciência e tecnologia em saúde	13, 18, 19
Indústria e Comércio	Produção e comércio de insumos para serviços de saúde	18, 19
Desenvolvimento Social	Alimentação e nutrição	5, 6
Educação	Formação de RH para a saúde, hospitais universitários	6, 13, 17, 18
Meio Ambiente	Qualidade ambiental, câmbios climáticos	5, 6
Previdência Social	Saúde do trabalhador adulto	5, 6
Planejamento	PPA 2008-2011, PAC	1, 3, 4, 13, 21
Relações Exteriores	Cooperação internacional	14, 18, 19
Trabalho e Emprego	Saúde do trabalhador	5, 6
Igualdade Racial	Etnicidade e saúde	5, 9
Políticas para Mulheres	Gênero e saúde	5, 8, 9
Direitos Humanos	Saúde e direitos humanos	3, 5, 8
Segurança Alimentar	Alimentação e nutrição	5, 6
Congresso Nacional	Legislação sobre saúde	4, 5
Poder Judiciário	Legislação sobre saúde	4, 5

ANEXO 3

GRUPO DE ESPECIALISTAS QUE ANALISARAM OS DESAFIOS DO SUS 27/04/2007 - OPAS/OMS

LISTA DE PARTICIPANTES

1. Carlyle Guerra de Macêdo (diretor emérito OPAS/OMS, coordenador)
2. Diego Victoria (representante da OPAS/OMS no Brasil)
3. César Vieira (professor da Faculdade de Medicina da UFMG, relator)
4. Eugênio Villaça Mendes (consultor, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais)
5. Gilson Carvalho (médico pediatra e consultor em saúde pública)
6. Helvécio Magalhães (presidente do CONASEMS, secretário municipal de saúde de Belo Horizonte)
7. José da Rocha Carvalheiro (presidente da ABRASCO)
8. Julio Suárez (Coordenador da Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS/OMS no Brasil)
9. Nelson Rodrigues (assessor especial do ministro da saúde)
10. Antônio Ivo de Carvalho (diretor da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ)
11. Sérgio Piola (diretor adjunto, Estudos Sociais, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada)
12. Sônia Fleury (professora da Fundação Getúlio Vargas)
13. Gisele Bahia (assessora do gabinete do ministro da saúde)
14. Claunara Mendonça (diretora do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde)

AGENDA PROGRAMA

Abertura da reunião

1ª sessão: Desafios de organização e gestão

2ª sessão: Desafios do financiamento

3ª sessão: Desafios da produção

4ª sessão: Desafios de sustentabilidade e desenvolvimento

5ª sessão: Desafios políticos de políticas de liderança

Resumo e encerramento

ANEXO 4

FUNÇÕES DA OMS: TIPOLOGIAS EXISTENTES

FUNÇÕES PRINCIPAIS DA OMS:⁷⁵

- articular posições de **política e promoção** coerentes éticas e baseadas em evidência científica;
- **gerenciar a informação**, avaliando as tendências e comparando os resultados;
- estabelecer e estimular o programa de ação em prol da pesquisa e do desenvolvimento;
- catalisar o câmbio mediante **apoio técnico e normativo**, por meios que estimulem a cooperação e a ação e ajudem a criar capacidade sustentável em nível nacional e entre os países;
- negociar e sustentar formas de **associação** nacionais e mundiais;
- estabelecer, validar e vigiar **normas e critérios** e prosseguir sua adequada aplicação; e
- estimular o desenvolvimento de **tecnologias, instrumentos e diretrizes** inovadoras contra a luta das enfermidades, a redução dos riscos, a gestão da atenção sanitária e a prestação de serviços.

FUNÇÕES ESTRATÉGICAS DA OMS EM SITUAÇÕES DE CRISE:⁷⁶

- quantificar as deficiências sanitárias e avaliar as necessidades;
- coordenar ações conjuntas para a saúde;
- suprir (ou assegurar-se de que outros supram) deficiências graves na resposta sanitária; e
- revitalizar e desenvolver a capacidade dos sistemas de saúde.

75 OMS, *Programa geral de trabalho 2002-2005*, http://www.who.int/gb/e/e_wha54.html

76 OMS, *CAP Compendium, Health 2005*, <http://www.who.int/disasters/specials/cap2005/html>

ANEXO 5

TERMOS DE COOPERAÇÃO DA OPAS/OMS COM O BRASIL VIGENTES EM MARÇO DE 2007

TC	PROGRAMA	VIGÊNCIA	PONTO FOCAL	RECURSOS COMPROMETIDOS	SUBTOTAL	%
11	Aedes Aegypti – dengue	2000-2010	Rubén Figueroa	18.500.854	105.858.148	12,1
32	Controle da tuberculose	2003-2008		16.524.750		
35	Vigilância epidemiológica e ambiental	2004-2009		49.185.884		
40	Vigilância epidemiológica – prevenção e controle	2004-2009		21.646.660		
23	CNS	2001-2011	Fernando Rocabado	971.900	10.971.900	1,4
44	Gestão participativa e estratégica do SUS	2006-2011		10.000.000		
24	Assistência farmacêutica	2001-2011	James Fitzgerald	9.100.707	67.753.185	7,6
33	Vigilância sanitária para São Paulo	2004-2009		1.111.101		
36	Assistência farmacêutica SUS	2004-2009		16.998.857		
37	Vigilância sanitária	2005-2010		5.556.520		
47	Gestão e tecnologia em saúde	2006-2011		29.998.500		
51	Política nacional de sangue	2006-2011		4.987.500		
8	Capacitação em saúde	2000-2010	José Paranaguá	267.145.000	281.215.000	32,3
41	Saúde internacional	2006-2010		14.070.000		
39	Gestão do SUS	2004-2009	Julio Suárez	10.753.473	54.864.600	6,3
42	Saúde suplementar	2005-2010		6.000.000		
43	Sistemas de serviços de saúde	2005-2010		18.111.927		
45	Economia da saúde	2006-2010		3.259.200		
50	Qualidade do SUS	2006-2011		7.140.000		
49	Saúde da família, alimentação e nutrição	2006-2011		9.600.000		

TC	PROGRAMA	VIGÊNCIA	PONTO FOCAL	RECURSOS COMPROMETIDOS	SUBTOTAL	%
7	Promoção de saúde do adolescente e do jovem	2000-2007	Zuleica Albuquerque	392.000	392.000	0,1
15	Melhoria da gestão do SUS	2003-2011	SS/RRHH/EPI	26.341.255	26.341.255	3,0
14	RIPSA	2000-2010	José Moya	13.262.603	13.262.603	1,5
12	BVS	2000-2010	BIREME	8.502.364	8.502.364	1,0
38	Engenharia de saúde pública	2006-2011	Mara Oliveira	820.116	820.116	0,1
34	Programa de vacinação	2004-2009	Cristiana Toscano	300.622.844	300.622.844	34,5
48	Saúde no MERCOSUL	2006-2011	Diego Victoria	1.011.350	1.011.350	0,1
---	TOTAL	---	---	871.300.938,94	871.300.938,94	100

Nota: Os TCs 34, 36 e 40, destinados exclusivamente a compras, correspondem a 29,5% do total de recursos comprometidos no período analisado.

ANEXO 6

PRIORIDADES DO SETOR SAÚDE NO PERÍODO 2007-2010 E RESPOSTAS DA OPAS/OMS

Nº	PRIORIDADES	RESPOSTAS	
		OPAS	OMS
01	Maior rigor no uso dos recursos públicos	1	7
02	Atenção básica como a estratégia central do sistema	7	1, 5
03	Pactos em defesa da vida, do SUS e de gestão	7	7
04	Lutar pelos recursos necessários ao sistema	7	1, 2
05	Fortalecer o controle social do SUS	1, 8	4, 7
06	Adotar uma visão interinstitucional da saúde	2	4
07	Fortalecer a política de humanização do SUS	6, 7	3, 5
08	Política nacional de direitos sexuais e reprodutivos	2, 6	3, 6
09	Atendimento às populações em situação de risco	2, 5	3
10	Política nacional de atenção à saúde do homem	2, 6	3
11	Atenção inovadora a grupos vulneráveis da população	4, 5	1, 2
12	Prevenção de doenças prevalentes	2	2, 6
13	Implantação de uma "escola de governo em saúde"	8	5, 7
14	Maior presença do Brasil em saúde internacional	4, 5	2
15	Continuar e aperfeiçoar a reforma psiquiátrica	6	5
16	Integrar as atividades e políticas da ANS e do SUS	7	5
17	Aperfeiçoar as políticas de trabalho em saúde	8	5
18	Pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde	3	6
19	Complexo produtivo de bens e serviços de saúde	3	6
20	Acesso da população a medicamentos essenciais	3, 6, 7	2, 6
21	Gestão para maior eficiência e qualidade do SUS	7, 8	7
22	Decifrar a "esfinge" do setor saúde do Rio de Janeiro	7, 8	5

ANEXO 7

PRIORIDADES DE OUTRAS AGÊNCIAS DE COOPERAÇÃO E DO SETOR SAÚDE

PRIORIDADES		
OUTRAS AGÊNCIAS		SETOR SAÚDE
CCA/UNDAF	Populações excluídas e vulneráveis	9, 11
	Desigualdades de gênero e raciais/étnicas	9
	Violência reduzida, paz, conciliação e justiça	3, 6, 12
	Política e gestão pública transparente e participativa	1, 4, 5
	Desenvolvimento equitativo e sustentável	11, 14, 19
OMS	Investir em saúde para reduzir a pobreza	1, 4
	Construir uma segurança sanitária individual e global	7, 11, 12, 15
	Cobertura universal, igualdade de gênero e direitos humanos	8, 9, 10, 20
	Abordar os determinantes da saúde	6
	Fortalecer sistemas de saúde e acesso equitativo	2, 16, 22
	Aproveitar o conhecimento, a ciência e a tecnologia	13, 14, 18, 19
	Governança, liderança e responsabilidade do setor	3, 5, 17, 21
OPAS	Fortalecer a autoridade sanitária nacional	1, 2, 3, 4, 16, 21
	Abordar os determinantes da saúde	6, 12
	Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia	14, 19
	Fortalecer a solidariedade e a segurança sanitária	9, 10, 11
	Reduzir desigualdades de saúde entre e nos países	7
	Reduzir os riscos e o ônus da doença	15
	Proteção social e o acesso aos serviços de saúde	20
	Gestão e desenvolvimento do pessoal de saúde	5, 13, 17

PRIORIDADES		
OUTRAS AGÊNCIAS		SETOR SAÚDE
BANCO MUNDIAL	Maior autonomia e autoridade para gerenciar recursos	1, 21
	Compromisso de gestão com resultados mensuráveis	3, 4, 5
	Planejamento e gestão para o desempenho	21
	Financiamento orientado à melhoria do desempenho	3
	Sistemas robustos de monitoramento e avaliação	5
	Fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial	21
BID	Atenção aos pobres, inclusão e equidade social	2
	Aumentar a eficiência e alcançar objetivos estratégicos	3
	Melhorar a efetividade do sistema de serviços	2
	Abordagem intersetorial dos problemas de saúde	6



Organização Pan-Americana da Saúde

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

REPRESENTAÇÃO NO BRASIL

www.opas.org.br

