



SÉRIE SAÚDE UNIVERSAL

# AS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA NAS AMÉRICAS

UMA RENOVAÇÃO PARA O SÉCULO 21

*Marco conceitual e descrição*

**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
CENTRO REGIONAL DE AMÉRICAS



# AS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA NAS AMÉRICAS

UMA RENOVAÇÃO PARA O SÉCULO 21

*Marco conceitual e descrição*

Washington, D.C.

2021



As funções essenciais de saúde pública nas Américas. Uma renovação para o século 21. Marco conceitual e descrição

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2021**

ISBN: 978-92-75-72264-0 (impresso)

ISBN: 978-92-75-72265-7 (pdf)

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 3.0 OIG de Creative Commons; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>.



De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

**Adaptação:** No caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS”.

**Tradução:** No caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução”.

**Referência bibliográfica sugerida:** As funções essenciais de saúde pública nas Américas - uma renovação para o século 21. Marco conceitual e descrição. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275722657>.

**Dados da catalogação na fonte (CIP).** Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

**Vendas, direitos e licenças.** Para adquirir publicações da OPAS, escrever a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para solicitar uso comercial e indagar sobre direitos e licenças, acesse <http://www.paho.org/permissions>.

**Materiais de terceiros.** Para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

**Termo geral de isenção de responsabilidade.** As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

HSS/HS/2021

*Desenho gráfico: Carlos Acosta*

*Fotos da capa e do interior: © OPS*

## SUMÁRIO

Prefácio.....	v
Agradecimentos .....	vii
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
Antecedentes às funções essenciais de saúde pública.....	2
<b>PARTE I. POR QUE É NECESSÁRIA UMA ATUALIZAÇÃO DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA NAS AMÉRICAS? .....</b>	<b>5</b>
Mudanças na conjuntura da saúde pública.....	5
Desafios pendentes para a saúde pública.....	6
Estratégias regionais recentes em saúde pública .....	7
Estratégias globais recentes em saúde pública.....	9
<b>PARTE II. PILARES PARA ATUALIZAR E REVITALIZAR O CAMPO DE ATUAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>13</b>
<b>Pilar 1:</b> Aplicar valores éticos da saúde pública para abordar as iniquidades relacionadas à saúde e suas causas .....	15
<b>Pilar 2:</b> Abordar as condições sociais, econômicas, culturais e políticas que determinam a saúde das populações .....	16
<b>Pilar 3:</b> Assegurar o acesso universal a serviços de saúde pública integrais e integrados, individuais e coletivos .....	17
O que são serviços integrais de saúde pública?.....	17
Qual a relação entre as funções essenciais de saúde pública e as funções próprias do sistema de saúde e seus processos de transformação? .....	19
<b>Pilar 4:</b> Expandir a função de reitoria das autoridades de saúde para abordar os desafios da saúde pública .....	22
<b>PARTE III. ABORDAGEM INTEGRADA PARA FORTALECER A SAÚDE PÚBLICA E SUAS FUNÇÕES .....</b>	<b>31</b>
Modelo integrado com base no ciclo de políticas .....	32
<b>PARTE IV. NOVAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>39</b>
<b>Avaliação .....</b>	<b>40</b>
<b>FESP 1.</b> Monitoramento e avaliação da saúde e bem-estar, da equidade, dos determinantes sociais da saúde e do desempenho e impacto dos sistemas de saúde .....	40
<b>FESP 2.</b> Vigilância em saúde pública: controle e gerenciamento de riscos e emergências em saúde.....	43
<b>FESP 3.</b> Promoção e gestão da pesquisa e do conhecimento no campo da saúde.....	49

<b>Formulação de políticas .....</b>	<b>52</b>
FESP 4. Formulação e implementação de políticas de saúde e promoção de leis que protejam a saúde da população .....	52
FESP 5. Participação e mobilização social, inclusão de atores estratégicos e transparência.....	56
<b>Alocação de recursos .....</b>	<b>59</b>
FESP 6. Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.....	59
FESP 7. Assegurar o acesso e uso racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde essenciais com qualidade, segurança e eficácia .....	62
FESP 8. Financiamento da saúde eficiente e equitativo .....	65
<b>Acesso .....</b>	<b>69</b>
FESP 9. Acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade.....	69
FESP 10. Acesso equitativo a intervenções que buscam promover a saúde, reduzir os fatores de risco e promover comportamentos saudáveis.....	71
FESP 11. Gestão e promoção de intervenções que atuam sobre os determinantes sociais da saúde .....	73
<b>PARTE V. RECOMENDAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ABORDAGEM DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>77</b>
Integração da abordagem das funções essenciais de saúde pública à tomada de decisões .....	78
Análise de situação: o contexto local como referência para o processo .....	80
Economia política e políticas de saúde pública .....	81
Considerações finais sobre o marco conceitual.....	81
<b>GLOSSÁRIO .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
<b>FIGURAS, TABELAS E QUADROS</b>	
<b>Figura 1.</b> Modelo integrado da saúde pública .....	34
<b>Figura 2.</b> Caracterização das funções essenciais da saúde pública na abordagem integrada à saúde pública .....	39
<b>Tabela 1.</b> Tipos de intervenções com enfoques intersetoriais em saúde .....	25
<b>Tabela 2.</b> Etapas da abordagem integrada às funções essenciais da Saúde pública com base no ciclo de políticas.....	35
<b>Quadro 1.</b> Objetivo da saúde pública .....	14
<b>Quadro 2.</b> O Regulamento Sanitário Internacional e sua interseção com as funções essenciais de saúde pública .....	20
<b>Quadro 3.</b> Sobre as autoridades de saúde .....	24

## PREFÁCIO

“Não deixar ninguém para trás” é um princípio fundamental e transformador para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e o eixo central da *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde*. A ênfase desse princípio é promover políticas nacionais de saúde com estratégias e ações concretas e viáveis que garantam a equidade e o gozo do direito à saúde para todas as pessoas. Para alcançar essa visão inclusiva, é necessário atualizar abordagens e usar ferramentas que nos ajudem a identificar e avaliar as novas capacidades indispensáveis para assegurar o acesso universal e equitativo a todas as intervenções necessárias para melhorar a saúde da população. Este documento apresenta o trabalho de atualização do campo de atuação da saúde pública para abordar os desafios enfrentados pela Região das Américas mediante o uso pleno e explícito dos valores fundamentais da saúde universal, do direito à saúde, da equidade e da solidariedade como pilares fundamentais desta proposta.

Sabemos que a saúde pública engloba diversas atividades que visam atender às necessidades e problemas de saúde coletiva e suas causas. Isso não só visa assegurar a oferta de bens e serviços públicos essenciais para a proteção da saúde da comunidade e dos indivíduos, mas inclui também trabalhar nos determinantes sociais da saúde e estabelecer critérios e parâmetros para orientar o fortalecimento e a reforma dos sistemas de saúde. No entanto, reconhecer e alcançar contribuições para a saúde pública não é uma tarefa fácil. A melhoria da saúde das comunidades, considerando as necessidades específicas e diferenciadas dos diversos grupos populacionais, só pode ser alcançada por meio da inter-relação entre o setor da saúde e os demais setores do desenvolvimento. Da mesma forma, é necessária uma visão mais integral da saúde pública e o fortalecimento de suas funções essenciais para enfrentar os desafios do século XXI.

A pandemia de COVID-19, doença causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2) que se espalhou pelos 54 países e territórios da Região das Américas desde que os primeiros casos foram notificados em janeiro de 2020, é um exemplo incontornável da necessidade de fortalecer as funções essenciais de saúde pública (FESP). A vida cotidiana de todas as pessoas ao redor do mundo foi alterada de uma maneira sem precedentes na história recente. A pandemia evidenciou as lacunas na capacidade de resposta dos sistemas de saúde, cujo nível de fragmentação e iniquidade impede uma resposta efetiva às necessidades de saúde da população mesmo em condições normais. Como resultado, os setores mais vulneráveis da população foram afetados de forma desproporcional pela COVID-19. Por isso, é necessário apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de planos e políticas integrais que fortaleçam as FESP como agenda setorial e intersetorial.

Nesse contexto, reconhecemos a importância desta publicação oportuna do marco conceitual e da descrição das FESP nas Américas. A renovação das FESP apoia os objetivos e o espírito dos ODS e da *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde*, e oferece um guia para os Estados Membros desenvolverem políticas públicas de saúde integradas por meio do fortalecimento setorial e intersetorial nas diferentes etapas da formulação de políticas. Adaptável ao contexto e às necessidades dos países, o documento apresenta um novo paradigma para a saúde pública, que será complementado com uma ferramenta específica, desenvolvida para ajudar os governos a avaliarem sua capacidade de realizar ações de saúde pública e construir opções de políticas para fortalecimento de sistemas de saúde que reconheçam e priorizem as ações de saúde pública.

**Jarbas Barbosa da Silva Jr.**

*Vice-diretor*  
Organização Pan-Americana da Saúde

**James Fitzgerald**

*Diretor do Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde*  
Organização Pan-Americana da Saúde



## AGRADECIMENTOS

Este documento foi preparado por meio de um processo iterativo de diferentes etapas e de consulta entre os Estados Membros e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), sob a liderança e supervisão geral de Amalia Del Riego, Chefe da Unidade de Serviços de Saúde e Acesso (HS), e James Fitzgerald, Diretor do Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde (HSS).

Ernesto Báscolo, Assessor Regional de Governança, Políticas, Liderança e Planejamento da Unidade de Serviços de Saúde e Acesso (HSS/HS), foi coautor e responsável pelo desenvolvimento conceitual do conteúdo da proposta, bem como pela coordenação das reuniões realizadas com as partes interessadas, especialistas de escolas de saúde pública, profissionais dos Estados Membros e especialistas da OPAS. Natalia Houghton, Especialista em Análise, Monitoramento e Avaliação de Sistemas de Saúde (HSS/HS), foi coautora no desenvolvimento desta proposta e co-facilitadora das reuniões técnicas.

Gostaríamos de expressar nosso especial agradecimento a Ximena Aguilera, diretora, professora e pesquisadora da Universidad del Desarrollo de Chile, e a toda a equipe de consultores dessa universidade por suas valiosas contribuições durante a revisão deste documento.

Este documento foi elaborado considerando como pano de fundo as várias tipologias de Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) já existentes, entre as quais se destacam o estudo Delphi da Organização Mundial da Saúde (OMS); a dos Estados Unidos da América; a dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC); e a do Centro Latino-Americano de Pesquisa em Sistemas de Saúde (CLAISS)/OPAS. Para auxiliar neste trabalho, foram consultados diversos instrumentos publicados por organizações nacionais e internacionais que realizaram avaliações sobre os serviços e as capacidades da saúde pública. O desenvolvimento desta proposta também incluiu a harmonização com as atuais resoluções, normas e principais estratégias de cooperação técnica da OPAS.

Diferentes especialistas fizeram importantes contribuições para o desenvolvimento desta proposta. Primeiramente, este documento se baseia nas experiências e contribuições das equipes e funcionários dos ministérios nacionais da Saúde da (em ordem alfabética) Argentina, Bolívia (Estado Plurinacional da), Costa Rica, Equador, Panamá e República Dominicana, que participaram de workshops nacionais entre 2017 e 2019 em torno desta proposta conceitual.

Em segundo lugar, esta proposta incorpora as contribuições de especialistas em saúde pública da Região das Américas reconhecidos por suas destacadas carreiras acadêmicas ou profissionais na área e experiência comprovada como líderes e profissionais envolvidos na tomada de decisões em matéria de saúde pública. Esse grupo de especialistas participou de duas atividades sequenciais. Primeiro, um workshop presencial realizado em Bogotá, em agosto de 2018, onde foram discutidos os componentes essenciais de um marco conceitual para as FESP, incluindo definições, fundamentos, estrutura e escopo das áreas de atuação. Em seguida, uma pesquisa do tipo Delphi modificada, realizada entre outubro e dezembro de 2018, para explorar áreas de consenso na elaboração deste documento.

Agradecemos especialmente a participação e as contribuições de, em ordem alfabética: Althea La Foucade (Universidade das Índias Ocidentais, Trinidad e Tobago), Anderson Langdon (Associação de Planejamento Familiar de Barbados, Barbados), Amparo Hernández (Pontifícia Universidade Javeriana, Colômbia), Carina Vance Carlos (Instituto Sul-Americano de Governança em Saúde, UNASUL), David Bishai (Escola de Saúde Pública Bloomberg, Universidade Johns Hopkins, Estados Unidos da

América), Donald T. Simeon (Universidade das Índias Ocidentais, Trinidad e Tobago), Douglas Slater (CARICOM), Gerardo Espinoza (Universidade da Fronteira, Chile), Guillermo Bernai (Aliança Caribenha de Associações Nacionais de Psicologia, Bahamas), Howard Spencer (Associações Caribenhas de Conselhos Médicos, Universidade das Índias Ocidentais, Barbados), Jeannie Haggerty McGill (Professora Titular de Pesquisa em Medicina da Família e Comunidade, St. Mary's Hospital Center/McGill University), José Selia (Universidade Autônoma de Santo Domingo, República Dominicana), Joy St. John (Agência Caribenha de Saúde Pública, Trinidad e Tobago), Juan Maximilian Herman (Universidade Nacional de Rosário, Argentina), Julio Bello (Associação Argentina de Saúde Pública), Laura Altobelli Meier (Universidade Peruana Cayetano Heredia, Peru), María Eugenia Ocampo (Instituto Nacional de Saúde Pública do México), María Patricia Arbeláez (Universidade de Antioquia, Colômbia), Mauricio Vargas Fuentes (Universidade da Costa Rica, Costa Rica), Miguel Orozco Valladares (Centro de Pesquisa e Estudos em Saúde, Nicarágua), Natalia Yavich (Conselho Nacional de Pesquisas Científicas e Tecnológicas da Argentina – CONICET), Oscar Noel Oito (Universidade das Índias Ocidentais, Trinidad e Tobago), Óscar Arteaga (Universidade do Chile), Peter Adams (Universidade das Índias Ocidentais, Barbados), Patricia Pittman (Política e Gestão de Saúde, Diretora do Centro de Pesquisa sobre a Força de Trabalho em Saúde, George Washington University), Peggy Da Silva (Ministério da Saúde, Bem-Estar e Meio Ambiente, São Vicente e Granadinas), R. Clive Landis (Universidade das Índias Ocidentais, Barbados), Raúl del Pozo (Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba), Rian Extavour (Agência Caribenha de Saúde Pública), Rosa Souza (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Brasil), Trevor Hassell (Coalizão Caribe Saudável, Barbados), Tricia Penniecook (Associação de Escolas e Programas de Saúde Pública, Estados Unidos da América), Velma Newton (Universidade das Índias Ocidentais, Barbados), Wayne Wesley (Caribbean Examinations Council, Barbados) e Wendy Sealy (Universidade das Índias Ocidentais, Barbados).

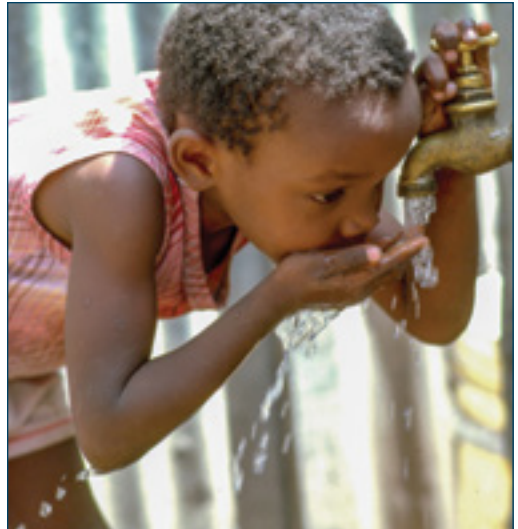
Em terceiro lugar, esta revisão foi realizada e complementada com a experiência e opinião de uma equipe interdepartamental de especialistas da OPAS, composta por coordenadores de todos os departamentos e áreas técnicas da Organização envolvidos nas linhas de ação das FESP (Doenças Transmissíveis e Determinantes Ambientais da Saúde [CDE], Evidência e Inteligência para Ação em Saúde [EIH], Sistemas e Serviços de Saúde [HSS], Família, Promoção da Saúde e Curso de Vida [FPL], e Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental [NMH]), que participaram de oficinas realizadas em julho de 2016, agosto de 2017 e novembro e dezembro de 2019 na sede da OPAS, em Washington, D.C.. As oficinas contaram com sessões plenárias nas quais foram organizados debates em torno dos desafios atuais da saúde pública, lições aprendidas com a agenda passada das FESP e as principais dimensões conceituais da função de reitoria das autoridades de saúde no exercício da saúde pública.

Agradecemos a participação e as contribuições inestimáveis de Adriana Bacelar Gomes, Adriana Blanco, Adrienne Cox, Analía Porras, Benjamín Puertas, Camilo Cid, Claudia Pescetto, Enrique Pérez, Enrique Vega, Fabio da Silva Gomes, Fernanda Lanzagorta Cerecer, Franz Herrera, Gabriel Vivas Francesconi, Gerry Eijkemans, Hernán Luque, Ignacio Ibarra, Jessie Schutt-Aine, Jonás Gonseth-García, José A. Escamilla, José Francisco García, José Luis Castro, Julietta Rodríguez Guzmán, Leendert Neverdeen, Luis Alfonso, Luis Gabriel Cuervo, Luis Gerardo Castellanos, Marcelo Kork, Maristela Monteiro, Marta Sabolla, Murilo Freitas, Orielle Solar, Óscar Mujica, Pilar Ramón-Pardo, Roberta Andraghetti, Rosa Sandoval, Soledad Urrutia, Steven Constantinou, Silvana Luciani e Tomás Pippo.

Gostaríamos também de externar nosso agradecimento especial aos seguintes colegas nas representações da OPAS nos países, por suas valiosas contribuições em vários estágios da elaboração desta proposta: Alejandra Carrillo (Panamá), Gustavo Mery (Costa Rica), Hernán Rodríguez (República Dominicana), Javier Uribe (Argentina), Julio Pedroza (Estado Plurinacional da Bolívia), Laura Ramírez (Colômbia), Mario Cruz-Peñate (Chile), Pedro López Puig (Paraguai), Ricardo Fábrega (Peru) e Wilson Benia (Uruguai).

## INTRODUÇÃO

As funções essenciais de saúde pública (FESP) constituem o núcleo da agenda de fortalecimento do setor da saúde na Região das Américas desde a década de 1980. Seu desenvolvimento conceitual e mensuração regional ocorreram em resposta às reformas setoriais que ameaçavam reduzir o papel do Estado e da saúde pública, especialmente o exercício da função de reitoria das autoridades de saúde (1). Nesse contexto, no ano 2000, os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) se propuseram a promover um marco conceitual e metodológico da saúde pública e suas funções essenciais, surgindo assim a iniciativa regional denominada *Saúde Pública nas Américas* (1).



Como parte da iniciativa, as funções essenciais das autoridades de saúde pública foram identificadas, sua relevância foi debatida e um amplo consenso regional foi alcançado (2-6), conforme explicado na próxima seção. Mais de 15 anos depois, e em resposta às necessidades atuais, este documento apresenta uma revisão e atualização do marco conceitual das FESP para a Região das Américas. Esta renovação tem como base as experiências e lições aprendidas com a implementação e mensuração regional das FESP, os desafios novos e persistentes para a saúde da população e seus determinantes sociais e também as novas condições institucionais, econômicas, sociais e políticas que afetam a região.

O documento está estruturado em cinco partes. A primeira parte apresenta as principais experiências e desafios que justificam a renovação das FESP. A segunda parte atualiza os fundamentos do exercício da saúde pública, que devem subsidiar o exercício das novas funções essenciais. A terceira parte propõe uma nova abordagem integrada para a implementação das FESP. A quarta parte apresenta uma nova lista de 11 FESP relacionadas a cada etapa da abordagem integrada. A última seção formula considerações que servem de guia para a implementação da abordagem das FESP nos processos de fortalecimento do setor da saúde.

## Antecedentes às funções essenciais de saúde pública nas Américas

A *Essential Public Health Functions Initiative* foi impulsionada na década de 1980 pelo Institute of Medicine (atual National Academy of Medicine) dos Estados Unidos em resposta ao enfraquecimento da saúde pública no país, e tinha três funções centrais: a avaliação das políticas de saúde, a formulação de políticas e a garantia de prestação dos serviços. A intenção era definir essas funções como parte fundamental do papel do Estado para garantir a eficiência e eficácia dos serviços dos programas de saúde pública do país (6).

Com base nessas recomendações, diferentes iniciativas nacionais, regionais e globais foram desenvolvidas. Por exemplo, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos definiram os 10 serviços essenciais da saúde pública em 1994 (7), e a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou uma pesquisa Delphi que resultou na primeira lista global de FESP em 1997, com objetivo de ajudar a estabelecer um consenso internacional sobre as prioridades de saúde pública e garantir um fornecimento mínimo desses serviços para os países em desenvolvimento (8).

Durante as décadas de 1980 e 1990, quase todos os países da Região das Américas iniciaram – ou estavam considerando iniciar – reformas do setor da saúde com o objetivo de melhorar a equidade em saúde, o acesso aos serviços de saúde e a eficiência dos serviços de saúde, com foco especial em mudanças estruturais e organizacionais nos sistemas de saúde e ajustes na prestação de serviços de atenção individual (1, 9, 10). No entanto, o fortalecimento da função de reitoria das autoridades de saúde, com o exercício da saúde pública como sua responsabilidade social e institucional, foi amplamente negligenciado justamente quando era mais necessário (1, 10).

Nesse contexto, em 2000, os Estados Membros da OPAS decidiram promover um marco conceitual e metodológico para a saúde pública e suas funções essenciais nas Américas, visando fortalecer o papel de reitoria das autoridades de saúde na saúde pública (1, 4, 10, 11). Assim, em 2002, a OPAS apresentou a primeira versão conceitual e metodológica das FESP para a Região das Américas, na publicação *Saúde Pública nas Américas* (1).

Essa iniciativa foi um grande marco no desenvolvimento das capacidades institucionais dos países da Região. Por exemplo, países e territórios como Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Porto Rico, República Dominicana, Antilhas Holandesas e Caribe anglófono usaram a abordagem metodológica proposta em 2002 como diagnóstico para fortalecimento institucional e implantação de planos de melhoria dos sistemas de saúde (1). Esse processo também promoveu estratégias e ações de cooperação, como as desenvolvidas no âmbito da Rede de Serviços de Saúde da América Central e da República Dominicana (RESSCAD), da Comunidade Andina e do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) (1).

Mais de 15 anos depois, vários países adaptaram o instrumento às suas realidades locais, como o Brasil, que adaptou a ferramenta original da OPAS ao seu sistema de saúde descentralizado, redefinindo as 11 funções e implementando programas de avaliação em vários estados para apoiar a gestão e a tomada de decisões (12). Entre 2001 e 2007, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Peru, República Dominicana e os estados do Caribe Oriental também continuaram a trabalhar nas FESP (13).

Até 2017, países como a Argentina (11), Chile (14), Colômbia (15), Costa Rica (16) e Panamá (17) realizaram exercícios em locais e provinciais que permitiram identificar oportunidades e desafios para revitalizar e melhorar o exercício das FESP, incorporando programas de formação (11, 18, 19).



PARTE I



## POR QUE É NECESSÁRIA UMA ATUALIZAÇÃO DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA NAS AMÉRICAS?

### Mudanças na conjuntura da saúde pública

O primeiro motivo para revisar e atualizar a abordagem das funções essenciais de saúde pública (FESP) vem da necessidade de uma visão mais integral da saúde pública para enfrentar os desafios do século XXI. O surgimento de doenças infecciosas emergentes representa uma ameaça crescente à saúde da população, que deve ser levada em consideração como componente central da agenda de fortalecimento da saúde pública nos países, bem como nos níveis regional e global. Os imensos desafios para responder à pandemia de COVID-19 têm antecedentes importantes e recentes durante este século, que não devem ser esquecidos. Nesse sentido, é necessário citar a pandemia causada pelo vírus da gripe A (H1N1) em 2009, o surto de doença causada pelo vírus Ebola na África Ocidental em 2014 e 2015 e a introdução dos vírus chikungunya em 2013 e Zika em 2015 (20). Em todos esses casos, a ocorrência de surtos de doenças desafiou a capacidade de resposta do sistema de saúde para assegurar o acesso a intervenções de saúde de qualidade.

Ao mesmo tempo, existem aspectos políticos, sociais e econômicos que determinam a saúde e a equidade na saúde da população que tradicionalmente estiveram fora da esfera de atuação da saúde pública (21), e que exigem respostas inovadoras. As mudanças socioeconômicas e políticas ocorridas desde o desenvolvimento das FESP em 2002 levaram ao surgimento de novos problemas de saúde pública com alta prevalência e custos associados, que exigem cada vez mais que os sistemas de saúde estejam mais bem preparados para responder aos desafios colocados pelos agravos à saúde e seus determinantes (11, 20).

O envelhecimento e as novas condições epidemiológicas e socioeconômicas têm levado a um aumento das doenças não transmissíveis, do sofrimento mental, da deficiência, dos acidentes de trânsito e da violência doméstica e interpessoal, e essas situações passaram a ocupar o primeiro lugar entre os principais agravos à saúde que requerem uma abordagem intersetorial e o fortalecimento dos sistemas de seguridade social e de saúde (20).

Da mesma forma, a migração irregular e forçada, impulsionada em grande parte por fatores econômicos, atividades ilegais (tráfico de drogas e crime organizado), conflito armado e violência, coloca as populações afetadas por esses deslocamentos em situação de vulnerabilidade, com maior risco de violência, abuso, trauma e doença, além de limitar o acesso a cuidados e serviços. As mudanças climáticas também representam uma ameaça à saúde pública que requer atenção imediata (20). A Região das Américas é uma área sujeita a desastres naturais, como furacões, erupções vulcânicas, terremotos e inundações, que muitas vezes causam a perda de vidas humanas e danos ao meio ambiente e à infraestrutura (20).

Por outro lado, a integração do mercado global e o aumento dos fluxos internacionais de patógenos, informações, mercados, finanças e pessoas trazem desafios crescentes para as políticas e práticas de saúde pública. Um desses efeitos é a mudança nos padrões epidemiológicos das doenças transmissíveis, uma vez que a abertura de rotas de viagens e comércio entre os países tem sido acompanhada pela disseminação dessas doenças e de seus vetores (22). Mudanças nas normas internacionais de proteção de patentes que afetam o acesso a medicamentos essenciais também são exemplos importantes (23). Esses problemas evidenciam a necessidade de cooperação entre países e organizações em espaços supranacionais para abordar os determinantes sociais da saúde nas políticas globais (24).

### Desafios pendentes para a saúde pública

A próxima razão para atualizar as FESP surge da agudização da piora ou mesmo negligência com a saúde pública, que continua a ser um motivo de reivindicação social na Região (11, 25). Cabe ressaltar que intervenções como programas relacionados à segurança alimentar, água potável, imunização e controle de doenças transmissíveis ficaram desprotegidas nos últimos anos, com menor investimento nessas intervenções e redução do valor percebido das mesmas (26). Em alguns países da Região, a carga atribuível às doenças transmissíveis e o número de mortes maternas e infantis, inclusive as causadas por deficiências nutricionais, ainda são elevados (20). A persistência e reemergência de algumas doenças infecciosas associadas à pobreza e às mudanças socioeconômicas e ambientais, como as arboviroses e a cólera, evidenciam a necessidade de fortalecer as atividades de saúde pública (20).

As conquistas mais importantes das últimas duas décadas, como a redução dos níveis de pobreza extrema e fome, a redução da mortalidade em menores de 1 ano e 5 anos e avanços notáveis na sustentabilidade ambiental (20), são mascarados por grandes lacunas nesses triunfos, tanto entre os países da Região quanto entre diferentes grupos sociais da população de um mesmo país, fazendo com que persistam iniquidades evitáveis em saúde (20).



Soma-se a isso a persistente fragilidade dos sistemas de saúde para responder às necessidades da população, o que repercute na saúde individual e coletiva. Sistemas inadequados de vigilância, resposta e informação em saúde; má implementação de estratégias de prevenção e promoção; falta de profissionais de saúde; persistência de várias barreiras de acesso; e a infraestrutura inadequada de muitas instituições de saúde, somadas ao baixo investimento, constituem deficiências estruturais importantes que seguem presentes nos sistemas de saúde atuais (20, 27).

Essas deficiências também representam a falta de coerência e capacidade de execução no planejamento das atividades de saúde pública, incluindo a falta da vinculação e coordenação necessárias entre os serviços de saúde individuais e os serviços de saúde coletivos (20) e, de forma mais ampla, as dificuldades enfrentadas pelas autoridades de saúde em atuar de forma coerente e sistemática com uma interpretação integrada de sua função de reitoria do sistema de saúde (28). As ações de saúde pública são geralmente dirigidas por diferentes agências governamentais que funcionam sob estruturas institucionais fragmentadas e muitas vezes incoerentes, com diferentes intervenções e programas de saúde pública (28). Ao mesmo tempo, muitas políticas de saúde pública permanecem verticais, com foco exclusivo em doenças específicas, e não estão bem articuladas com outros campos sociais relacionados, o que limita seu real impacto na saúde da população (29). Nesse cenário, é necessário fortalecer uma abordagem integrada para ajudar os programas individuais de saúde pública a obter rigor e coerência em seu planejamento (30).

### Estratégias regionais recentes em saúde pública

Nos últimos anos, as autoridades sanitárias têm adotado estratégias regionais que especificam linhas estratégicas de ação relacionadas ao exercício das FESP. Tais estratégias dão ênfase a uma abordagem voltada para o fortalecimento das capacidades das autoridades sanitárias com uma perspectiva dos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde, entendida como uma estratégia integral de “organização e operação do sistema de saúde como um todo” (31), cujo principal objetivo é alcançar o direito universal à saúde (31, 32); e baseados na atenção integral e integrada às ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenções de base populacional, ampliando os limites de uma concepção de sistemas de saúde antes limitada à prestação de serviços de atenção individual.

A primeira dessas referências inescapáveis para o exercício das FESP é a *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde*, aprovada pelos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em outubro de 2014 (33). Essa estratégia surge em resposta aos desafios persistentes enfrentados pelos sistemas de saúde da Região, especialmente as desigualdades nas condições de acesso e a ênfase em serviços curativos às custas dos serviços de prevenção e promoção, que abordam os determinantes da saúde (33).

Para enfrentar esses desafios, a estratégia pressupõe a necessidade de melhorar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, ampliando o acesso equitativo a serviços integrais de saúde, entendidos como aquelas “ações populacionais e/ou individuais apropriadas do ponto de vista cultural, étnico e linguístico, que enfoquem as questões de gênero e considerem as diferentes necessidades ao promover a saúde, prevenir doenças, proporcionar o atendimento em caso de doença [...] e oferecer os cuidados necessários de curto, médio e longo prazo” (33).

Da mesma forma, a estratégia preconiza a construção de um modelo de atenção centrado nas pessoas e comunidades e propõe o desenvolvimento de mecanismos para a colaboração entre os diversos setores governamentais e não governamentais para enfrentar os determinantes sociais da saúde (11). Nesse sentido, garantir o exercício das FESP é fundamental para a universalização do acesso, entendida como a “ausência de barreiras geográficas, econômicas, socioculturais, de organização ou de gênero [...] que impedem que todas as pessoas utilizem os serviços de saúde integrais” (33), na medida em que as FESP orientam ações críticas para fortalecer a saúde pública e os sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde.

A renovação do exercício das FESP é motivada também pela recente aprovação do marco de *Sistemas de saúde resilientes* durante o 55º Conselho Diretor da OPAS em setembro de 2016 (34). Essa resolução, juntamente com a *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde* (33), tem papel central como expressão da necessidade de encarar os problemas e desafios que os sistemas de saúde enfrentam ao responder a surtos de doenças e desastres com repercussão direta na saúde da população, com opções de políticas integrais, além dos limites dos serviços curativos.

A transcendência e as implicações disruptivas da pandemia de COVID-19 em termos de saúde, sociais e econômicos vêm no rastro de um histórico recente de outras epidemias, como a gripe H1N1 e o surto da doença pelo vírus Ebola na África Ocidental. Na Região das Américas, os surtos de febre chikungunya e do vírus Zika, desastres causados por fenômenos naturais (como os terremotos no Chile e Equador e o furacão Matthew no Haiti e nas Bahamas) e os efeitos da mudança climática sobre a saúde e o meio ambiente (como na região do Chaco paraguaio) são fenômenos que têm revelado a fragilidade dos sistemas nacionais de saúde. As resoluções acima elencadas (33, 34) também oferecem orientação sobre políticas que assegurarão que os sistemas de saúde sejam resolutivos e adaptáveis mesmo em face de riscos imediatos e de curto prazo para a saúde da população. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de os países fortalecerem o exercício das FESP como componente do fortalecimento dos sistemas de saúde, incluindo as capacidades básicas detalhadas no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005). Além disso, observa-se que as atividades para alcançar a resiliência dos sistemas de saúde devem ser expandidas para além do fortalecimento da resposta a riscos, desastres e surtos de doenças, passando a enquadrar o desenvolvimento sustentável como um componente dos sistemas de proteção social e saúde e a abordar outros riscos contínuos para a saúde e o bem-estar da população, incluindo a instabilidade social e o aumento da carga de doenças não transmissíveis.

A fim de alcançar melhorias sustentáveis, preconiza-se uma abordagem integrada nas áreas de preparação e resposta a emergências e redução do risco de desastres, vigilância de doenças e manejo de surtos bem como fortalecimento dos sistemas de saúde como um todo, inclusive com relação a governança e regulamentação do setor da saúde. O marco de sistemas de saúde resilientes ressalta que é essencial investir em serviços de atenção primária e assegurar que haja capacidade de reserva, provida adequadamente de pessoal de saúde apropriado e financiamento, medicamentos e tecnologias de saúde, para permitir rápida expansão dos serviços de saúde pública durante eventos de saúde graves prolongados ou de rápida evolução.

Outra referência importante é a *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na Região* (35), aprovada em 2017 na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana. A agenda define objetivos, metas e indicadores como expressão dos compromissos dos países em relação aos desafios pendentes e novos desafios na saúde pública, e faz menção explícita à necessidade de fortalecer as FESP como um elemento chave para fortalecer a gestão e a governança, com uma perspectiva transversal de fortalecimento dos outros objetivos definidos. A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 também integra a *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde* (33), bem como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (36) e as metas não atingidas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

### Estratégias globais recentes em saúde pública

O debate internacional sobre a necessidade de fortalecer as FESP adquiriu um foco renovado com a aprovação da resolução sobre o *Fortalecimento das funções essenciais de saúde pública para contribuir para o alcance da cobertura universal de saúde* pela Assembleia Mundial da Saúde, no final de maio de 2016 (37). A resolução promoveu a necessidade de fortalecer as capacidades de saúde pública em face do surto da doença do vírus Ebola na África Ocidental, que destacou a necessidade de fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde para responder melhor às necessidades da população (38). Além disso, forneceu ímpeto renovado para aproveitar, agilizar e promover a agenda das FESP nos diferentes escritórios regionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhecendo que as FESP são um componente importante para alcançar a cobertura universal de saúde (para assegurar as capacidades em saúde e fortalecer o acesso a serviços de promoção, proteção e prevenção, entre outras contribuições) e um enfoque sólido na análise e desenvolvimento institucional do RSI.

Nesse contexto, a OMS pediu uma discussão mais aprofundada das experiências regionais com as FESP e suas ligações com o RSI e os sistemas de saúde. A atual ênfase na resiliência dos sistemas de saúde e no cumprimento do RSI pelos Estados Membros oferece uma oportunidade de destacar como os sistemas de saúde resilientes podem ser construídos mediante o fortalecimento da saúde pública. Análises preliminares mostram uma clara sobreposição entre muitas das estruturas regionais sobre FESP, sistemas de saúde e RSI, o que é respaldado por vários exemplos práticos de eventos de saúde pública de interesse. Esses vínculos são essenciais para o planejamento dos sistemas de saúde e, portanto, é necessário esclarecer e operacionalizar os vínculos entre as FESP, o RSI e o fortalecimento dos sistemas de saúde (38).

Da mesma forma, a resolução recente *Resposta à COVID-19*, aprovada durante a Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2020 (39), destaca a necessidade de uma resposta multissetorial, com participação de todos os entes governamentais e da sociedade como um todo, para fortalecer os sistemas de saúde e de apoio social de forma sustentável, bem como sua capacidade de preparação, vigilância e resposta. Nesse contexto, os Estados Membros da OMS reconhecem o impacto desproporcional da pandemia de COVID-19 sobre a população mais vulnerável e suas repercussões no progresso em saúde e desenvolvimento. Também se comprometem a assegurar o funcionamento sustentado dos sistemas de saúde, necessário para fornecer uma resposta eficaz de saúde pública à pandemia de COVID-19 e a outras pandemias em curso, bem como acesso ininterrupto aos serviços individuais e coletivos dos quais a população precisa.

Ainda, os Estados Membros assumem a necessidade de implementar planos de ação nacionais integrais que levem em conta a idade, a deficiência e o gênero, assegurando o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, prestando especial atenção às necessidades das pessoas em situação de vulnerabilidade, promovendo coesão social, adotando as medidas necessárias para garantir proteção social e proteção contra as dificuldades financeiras e prevenir a insegurança, a violência, a discriminação, a estigmatização e a marginalização.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, aprovada em setembro de 2015 pela Assembleia Geral das Nações Unidas (36), representa mais uma importante mudança no cenário internacional desde a iniciativa *Saúde Pública nas Américas (1)*. O alcance dos 17 ODS associados a essa agenda requer abordagens mais integradas e colaborativas para enfocar a melhoria da saúde e reduzir as causas das iniquidades em matéria de saúde na Região, colocando a saúde como um direito humano em todas as suas dimensões. Esse roteiro exige que os sistemas de saúde assumam um papel mais decisivo nas ações que visam a melhoria da equidade e da saúde da população e contribuam para uma maior coerência e sinergia entre as ações dos outros setores, em nível tanto nacional como local (36).

Para abordar essa tarefa, é necessário, portanto, envolver vários setores do governo, da economia e da sociedade civil e, assim, enfrentar os desafios contemporâneos de saúde pública. Dessa forma, a renovação das FESP faz parte de uma ação integral e inclusiva para abordar metas específicas de todos os ODS e contribuir de forma significativa para a saúde da população.

Essa necessidade é reforçada por outros marcos, estratégias e resoluções recentes, como a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, de 2011 (40), e a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas, de 2014 (41). Essas declarações reforçam o enfoque de abordar os determinantes sociais da saúde, incluindo sistematicamente todos os setores cuja ação tem impacto na saúde e aproveitando as sinergias para evitar consequências nocivas para a saúde. Portanto, constituem referências relevantes para o exercício das FESP que permitem a identificação de ações intersetoriais e políticas públicas integrais, que são essenciais para o avanço rumo ao direito à saúde e o alcance da equidade.

Finalmente, a recente Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde, aprovada em outubro de 2018 em comemoração do 40º aniversário da Declaração de Alma-Ata (42), oferece outro incentivo para revisar e atualizar as FESP. Essa declaração estabelece uma visão transformada dos sistemas de saúde baseados na atenção primária ao explicitar a necessidade de melhorar a capacidade e a infraestrutura do primeiro nível de atenção e priorizar as FESP, as ações de prevenção de doenças e a promoção da saúde (42). A declaração inclui temas de alta prioridade para a saúde pública ao reconhecer que os sistemas de saúde baseados na atenção primária devem fornecer uma ampla gama de serviços integrais de prevenção, promoção, cura, reabilitação e cuidados paliativos, que devem ser acessíveis, equitativos, de alta qualidade e integrais, de modo a atender às necessidades de saúde de todas as pessoas ao longo do ciclo de vida (42).

PARTE II



## PILARES PARA ATUALIZAR E REVITALIZAR O CAMPO DE ATUAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

À medida que a compreensão das causas das doenças (como os determinantes sociais da saúde) se aprofundou, o campo de atuação da saúde pública ampliou seu foco para abranger diversas atividades destinadas a atender aos problemas e necessidades coletivos da saúde da população e suas causas (21, 43). Essa perspectiva mais ampla, explicitada pelas agendas de saúde globais e regionais discutidas na seção anterior, não se traduziu em um marco analítico da saúde pública e das funções essenciais de saúde pública (FESP) que permita repercussões efetivas em termos de linhas de ação das autoridades sanitárias e colaboração com outros agentes estatais e da sociedade civil (26).

Isso levou a intensos debates sobre os limites operacionais da prática de saúde pública (44), principalmente em sua relação com a prática médica e, mais recentemente, com outros setores além da saúde cujas atividades afetam a saúde da população. As questões centrais incluem as responsabilidades dos atores públicos, privados e individuais; as estruturas governamentais necessárias para formular e supervisionar as políticas dentro e fora do sistema de saúde; e a integração dos serviços de atenção individual com os serviços de saúde pública tradicionais (26).

A dificuldade de definir o campo de atuação da saúde pública não é uma questão de desacordos sobre seus objetivos fundamentais (11, 21, 25). Proteger e melhorar a saúde da população foi, e continua sendo, uma missão amplamente aceita e fundamental para todas as definições de saúde pública (Quadro 1). O desafio, então, consiste em operacionalizar o campo da saúde pública com reconhecimento suficiente de seu propósito e missão. Qual é, então, a principal justificativa para ampliar o campo de atuação das FESP e oferecer uma orientação operacional que influencie a formulação de políticas?

Esta seção propõe quatro pilares que servem para desenvolver uma resposta, com uma explicação da justificativa para a criação de um novo marco conceitual para as FESP:

- **Pilar 1.** Aplicar valores éticos da saúde pública para abordar as iniquidades relacionadas à saúde e suas causas.
- **Pilar 2.** Abordar as condições sociais, econômicas, culturais e políticas que determinam a saúde das populações.
- **Pilar 3.** Assegurar o acesso universal a serviços de saúde pública integrais e integrados, individuais e coletivos.
- **Pilar 4.** Expandir a função de reitoria das autoridades de saúde para abordar os desafios da saúde pública.

### Quadro 1. Objetivo da saúde pública

A maioria das definições modernas de saúde pública<sup>a-c</sup> remontam a Charles-Edward Amory Winslow, que em 1920 afirmou que a saúde pública é a ciência e a arte de prevenir doenças, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física por meio de esforços organizados da comunidade em prol do saneamento do ambiente, do controle de infecções na comunidade, da educação do indivíduo em higiene pessoal, da organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo das doenças e do desenvolvimento do maquinário social que assegure a cada indivíduo da comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde<sup>d</sup>.

Na iniciativa de 2002 *Saúde Pública nas Américas*, o conceito de saúde pública em que se baseou a definição das FESP foi o de “intervenção coletiva, tanto do Estado como da sociedade civil, visando a proteção e a melhoria da saúde das pessoas”<sup>e</sup>. Nesse sentido, o campo de atuação da saúde coletiva foi articulado por meio do rol das FESP, entendidas como “as condições estruturais e elementos de desenvolvimento institucional que permitem um melhor desempenho do exercício da saúde coletiva”<sup>e</sup>.

Essa concepção de saúde pública tentou superar dicotomias fragmentárias, como serviços pessoais x ambientais, preventivos x curativos ou públicos x particulares. Nesse sentido, ofereceu uma visão mais abrangente ao vincular a responsabilidade das autoridades de saúde em assegurar o direito de acesso aos programas e serviços populacionais de prevenção e promoção da saúde, bem como aos serviços de atenção individual à saúde. Ampliou também o conceito anteriormente limitado a bens públicos com externalidades positivas para a saúde, ao incorporar bens semiprivados ou privados com repercussões na saúde coletiva<sup>e</sup>.

a Significados.com [Internet]. Matosinhos (Portugal): 7Graus; c2013-2018. Significado de “saúde pública” [consultado em 3 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: <https://www.significados.com/salud-publica>.

b American Public Health Association — For Science. For Action. For Health [Internet]. Washington, D.C.: APHA; c2018. What is public health? [consultado em 3 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: <https://www.apha.org/what-is-public-health>.

c CDC Foundation [Internet]. Atlanta, GA: CDC Foundation; c2018. What is public health? [consultado em 3 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: <https://www.cdcfoundation.org/what-public-health>.

d Winslow CE. The untilled fields of public health. *Science*. 1920;51:23-33.

e Organização Pan-Americana da Saúde. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPAS; 2002.



## Pilar 1. Aplicar valores éticos da saúde pública para abordar as iniquidades relacionadas à saúde e suas causas

Há muitos anos, mas especialmente nas últimas duas décadas, tem-se demonstrado que existem diferenças importantes no estado de saúde das pessoas de acordo com diferentes atributos socioeconômicos, geográficos, étnicos e de gênero. A disseminação sistemática dessas diferenças tem permitido uma mudança na política de saúde dos governos e organismos internacionais para incluir em suas agendas a garantia do direito à saúde e à equidade como elementos éticos, ou seja, normativos e não meramente descritivos (45).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos constitui o principal marco ético que norteia a prática da saúde pública (21). Os direitos humanos e o direito à saúde não apenas proclamam o direito à saúde para todas as pessoas, mas também conferem aos Estados a atribuição de respeitá-los, protegê-los e cumpri-los de maneiras que promovam a saúde da população (46). Essa abordagem enfoca as iniquidades socioeconômicas, a distribuição desigual de poder e a negação da dignidade humana, todas condicionantes das doenças evitáveis, da morte prematura e da incapacidade (47, 48).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou o princípio dos direitos humanos e do direito à saúde, ambos focados na salvaguarda da dignidade humana e na promoção da justiça social (49). Os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) fizeram o mesmo na *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde* (33), explicitando os valores do direito à saúde, solidariedade e equidade como princípios e bases centrais para orientar a transformação e o fortalecimento dos sistemas de saúde. A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (35) agrega aos valores do direito à saúde, equidade e solidariedade os princípios da universalidade e inclusão social. Dessa forma, pauta-se uma agenda de desenvolvimento social e sustentável mais integral. Mais recentemente, governos de todo o mundo ratificaram, por meio da declaração política da reunião de alto nível sobre cobertura universal de saúde aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas em 2019 (50), seu compromisso político de garantir o direito de todas as pessoas, sem discriminação de qualquer espécie, a gozar do mais elevado estado de saúde mental e física que seja possível atingir.

Levando em consideração as diretrizes éticas das atuais agendas de saúde, é imprescindível que a efetivação do direito à saúde, à solidariedade e à equidade em saúde passe a ser um dos principais objetivos do exercício da saúde pública, a fim de orientar e melhorar sua prática. Com base nisso, entende-se o direito à saúde como o direito de toda pessoa ao gozo do mais elevado grau de saúde e como princípio basilar e organizador dos sistemas de saúde (51). A solidariedade é considerada um princípio que apoia o desenvolvimento do sistema de proteção social, com mecanismos de redistribuição por meio de contribuições definidas em função da capacidade econômica das pessoas e das necessidades da população. Por último, o conceito de equidade se refere à ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis entre grupos populacionais em termos do estado de saúde e do acesso à saúde e a ambientes saudáveis. A equidade norteia a priorização das políticas e intervenções de saúde para atender às necessidades de saúde da população em situação de vulnerabilidade social e econômica (51). Nesse contexto, as FESP devem ser encaradas como as capacidades de ação coletiva e integrada pelas autoridades de saúde e pela sociedade civil para atingir essas finalidades.

## **Pilar 2. Abordar as condições sociais, econômicas, culturais e políticas que determinam a saúde das populações**

A evolução do conhecimento e das práticas de saúde pública avançou em direção a um consenso global sobre a necessidade de abordar as condições sociais, econômicas, culturais e políticas que afetam a saúde da população (21). No entanto, tendo em vista que essas condições muitas vezes estão fora do âmbito do setor da saúde, esse tipo de resposta apresenta uma complexidade institucional e política altamente relevante (21).

O reconhecimento da influência de fatores externos ao âmbito de atuação do setor da saúde foi acompanhado desde o início, com a inclusão em versões anteriores das FESP da abordagem da saúde pública ambiental como determinante da saúde com maior desenvolvimento em termos dos serviços de saúde pública. Em contrapartida, os determinantes sociais, como causas subjacentes e estruturais dos problemas de saúde da população, tiveram pouca visibilidade e atenção.

A introdução do conceito de determinantes sociais nos últimos anos incorporou à agenda da saúde pública a necessidade de abordar as condições sociais, econômicas, culturais e políticas que afetam a saúde e a forma como essas condições reproduzem iniquidades persistentes e evitáveis em matéria de saúde, e prejudicam as conquistas obtidas na Região (21, 52-56). Questões como globalização, urbanização, segregação racial, distribuição de renda e envelhecimento foram incorporadas às agendas de saúde pública nacionais e regionais.

Assim, por exemplo, a *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde* reconhece a necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde por meio de medidas intersetoriais destinadas a garantir o acesso à saúde para todos, o que inclui não apenas o acesso à assistência médica, mas também medidas voltadas aos determinantes sociais da saúde e a reduzir as iniquidades em saúde.

A abordagem dos determinantes sociais da saúde também está presente na *Estratégia e Plano de Ação para a Promoção da Saúde no Contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2019-2030* da OPAS. Esse documento reconhece que “vínculos inalienáveis entre as pessoas e os ambientes que ocupam são a base para uma abordagem sócio-ecológica à saúde” (57). Nessa proposta, os ambientes, constituídos por escolas, universidades, residências, locais de trabalho, mercados e outros espaços comuns em territórios e comunidades urbanos e rurais, são abordados por meio de intervenções de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população, considerando os aspectos diversos e multiculturais das comunidades, especialmente no caso das que vivem em condições mais vulneráveis. Nesse contexto, os governos assumem a responsabilidade de formular políticas de saúde que abordem a justiça social e os efeitos prejudiciais da produção e do consumo insustentáveis. Os governos locais podem desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde, com enfoques intersetoriais em todos os níveis de governo para reduzir as desigualdades e iniquidades em saúde.

Essas estratégias da OPAS expressam o apoio regional e global para expandir o alcance da saúde pública visando abordar os determinantes sociais e as condições de vida da população que influenciam o processo saúde-doença. Esses determinantes sociais incluem não somente as condições sociais do entorno da população do ponto de vista territorial, mas também as estruturas e mecanismos do Estado que oferecem cobertura e proteção social à população.

### **Pilar 3. Assegurar o acesso universal a serviços de saúde pública integrais e integrados, individuais e coletivos**

O debate e a confusão sobre os limites operacionais da saúde pública foram alguns dos fatores que trouxeram a saúde pública de volta à consciência coletiva, enquanto o componente médico voltado para os serviços de saúde individuais continuou a crescer e se posicionou na vanguarda, com presença quase hegemônica na agenda de reformas e fortalecimento do setor da saúde (21). Nesse contexto, argumenta-se que a agenda de fortalecimento das FESP deve garantir o acesso a serviços públicos de saúde integrais, tanto individuais quanto coletivos, e ser parte integrante dos processos de reforma ou fortalecimento dos sistemas de saúde.

O conceito de acesso à saúde utilizado neste documento é definido como “capacidade de utilizar serviços de saúde integrais, adequados, oportunos e de qualidade no momento necessário”, conforme adotado pelos Estados Membros da OPAS em 2014 no âmbito da *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde* (33). Por serviços integrais de saúde, entendem-se aquelas “ações populacionais e/ou individuais apropriadas do ponto de vista cultural, étnico e linguístico, que enfoquem as questões de gênero e considerem as diferentes necessidades ao promover a saúde, prevenir doenças, proporcionar o atendimento em caso de doença [...] e oferecer os cuidados necessários de curto, médio e longo prazo” (33).

Do exposto, surge a necessidade de responder a duas questões. A primeira é: o que são serviços integrais de saúde pública? E a segunda é: qual a relação das FESP com as funções do sistema de saúde e seus processos de transformação?

#### ***O que são serviços integrais de saúde pública?***

O desafio para se chegar a essa definição, tanto no campo acadêmico quanto no político, gira em torno do grau em que a garantia da prestação de serviços de saúde individuais pode ser considerada uma função básica e essencial da saúde pública (26, 58). É importante começar por reconhecer o vínculo que existe entre os serviços de saúde individuais e coletivos, dada a sua influência na saúde da população. Embora possam persistir tensões entre os serviços de saúde individuais e coletivos, agora se reconhece que os dois são inevitavelmente, e cada vez mais, interdependentes (59), compartilhando a meta comum e definidora de maximizar os benefícios para a saúde para o maior número possível de pessoas (60).

Nesse sentido, pode-se reconhecer que a saúde pública inclui a organização de serviços de saúde integrais com uma base populacional definida (61). Entendem-se por serviços integrais, conforme assinalado acima, aquelas ações populacionais e individuais de promoção à saúde, prevenção de doenças, atenção à doença (diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos e reabilitação) e oferta de cuidados de curto, médio e longo prazo necessários (33). Da mesma forma, os serviços de saúde individuais e coletivos constituem intervenções de saúde pública que buscam incidir sobre as condições sociais, econômicas, culturais e políticas que afetam a saúde das populações (61).

Na Região das Américas, existe uma trajetória na definição de serviços de saúde pública, originada na formulação dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, que tem como base a prestação de tais serviços associados a serviços de promoção e prevenção em caráter populacional, garantindo também que as pessoas sejam encaminhadas à

atenção individual quando necessário (6). A formulação da iniciativa *Saúde Pública nas Américas* de 2002 (1) assume uma perspectiva mais abrangente, que inclui a prevenção de doenças em caráter populacional e os serviços de promoção da saúde como serviços de saúde pública, bem como os serviços de saúde individuais (ou seja, o atendimento médico). Nesse quadro, a garantia e a melhoria de ambos os tipos de serviços constituem uma função essencial da saúde pública (1).

A partir dessa perspectiva, torna-se possível caracterizar os serviços públicos de saúde pela identificação de cinco níveis de intervenção. O primeiro nível é caracterizado pelas intervenções focadas em abordar os determinantes sociais da saúde (por exemplo, redução da pobreza e melhoria da educação); o segundo, pelas intervenções que buscam mudar fatores contextuais que afetam a saúde (por exemplo, acesso a água potável e estradas seguras); o terceiro, pelas intervenções de proteção com benefícios de longo prazo (por exemplo, acesso a imunizações e serviços de triagem); o quarto, pelo atendimento médico individual; e, finalmente, o quinto nível, pelas intervenções de educação em saúde, geralmente prestadas em unidades de saúde, que visam promover mudanças de comportamento (por exemplo, aumento da atividade física e adoção de uma alimentação saudável) (62).

Em geral, as intervenções nos dois primeiros níveis têm o maior potencial para melhorar a saúde da população, mas são as que requerem maior compromisso político, pois exigem transformações sociais mais profundas. Por outro lado, as intervenções nos três últimos níveis constituem serviços de saúde individuais que podem ter impacto em nível populacional conforme são qualificados e universalizados. Uma ação de saúde pública pautada pela integralidade deve geralmente assegurar a implementação de medidas em cada um dos níveis de intervenção, a fim de maximizar as sinergias e a probabilidade de sucesso a longo prazo.

Conseqüentemente, garantir o acesso a todas as ações de saúde pública — individuais e populacionais, em todos os níveis de intervenção — faz parte do campo de atuação da saúde pública e das suas funções. Embora se possam distinguir serviços de saúde individuais de serviços de saúde coletivos (63), isso não significa que devam ser separados; pelo contrário, ambos precisam atuar de forma integrada para melhorar a saúde da população (1, 64, 65). Tendo em vista a aplicação prática dessa relação, diferentes atores nacionais e internacionais têm clamado pela integração dos serviços individuais geridos desde o primeiro nível de atenção com os serviços coletivos de saúde, reconhecendo que ambos têm o objetivo comum de prevenir doenças e promover a saúde da população (42, 66-68). Em algumas áreas, como imunizações e preparação para emergências, essa colaboração tem uma longa história, mas há um interesse e necessidade crescentes de que o primeiro nível de atenção e os serviços de saúde pública coletiva ampliem e aprofundem sua relação para ter maior impacto na saúde da população (69-72).

### *Qual a relação das funções essenciais de saúde pública com as funções próprias do sistema de saúde e seus processos de transformação?*

Apesar de haver clara sobreposição entre as atividades e os interesses do sistema de prestação de serviços de saúde e os da saúde pública, a concepção mais comum é identificar o sistema de saúde como o sistema de prestação de atendimento médico, com menos reconhecimento da interação que existe, ou deveria existir, entre este e outras atividades da saúde pública. Essa concepção é um reflexo da estrutura atual da maioria dos sistemas de saúde da Região, onde a separação dos arranjos financeiros, institucionais e de prestação dos serviços coletivos de saúde pública e dos serviços de atendimento individual contribui significativamente para a fragmentação dos sistemas de saúde.

Desde a versão de 2002 das FESP, a saúde pública é reconhecida como um componente do sistema de saúde (1). Entende-se por saúde pública o conjunto de organizações, pessoas e ações que têm como objetivo principal a promoção, restauração ou manutenção da saúde (73). Compreende uma rede organizada de atividades para influenciar os determinantes da saúde, bem como ações diretas para a melhoria da saúde, independentemente da natureza dos agentes públicos, estatais, não estatais e privados que as realizam (1)<sup>1</sup>.

A separação operacional entre saúde pública e atenção individual resulta da predominância do modelo assistencial voltado para a doença, atenção ao paciente agudo e manejo em ambiente hospitalar, somada a uma concepção de cobertura restrita dos serviços clínicos preventivos e a uma abordagem limitada dos determinantes da saúde (74). Como disciplinas e campos profissionais, a medicina e a saúde pública têm evoluído de maneira divergentes e distintas, com níveis mínimos de interação e, frequentemente, sem o reconhecimento das oportunidades perdidas de melhorar a saúde dos indivíduos e da população.

Essa concepção contribui para cercar a legitimidade da saúde pública, o que acarreta na destinação de menos recursos para ela e menor influência dela nas políticas públicas, o que representa uma barreira importante para o alcance de uma abordagem integral e integrada. O desprezo pela importância da saúde pública na organização e funcionamento dos sistemas de atenção é, talvez, a principal causa da baixa eficácia social dos sistemas de saúde, dos baixos níveis de satisfação da população com relação à atenção recebida e dos fracassos de algumas reformas setoriais realizadas nas últimas duas décadas (74).

Em face do exposto, é importante que qualquer iniciativa de renovação e revitalização da saúde pública e de suas funções identifique as implicações dessa separação e defenda uma melhor colaboração, abordando os determinantes sociais da saúde, especialmente no que diz respeito à garantia do acesso às intervenções de saúde que priorizam a prevenção e à formação de parcerias em prol de esforços mais amplos de promoção da saúde dentro do sistema de saúde (60, 74).

1 No uso corrente, os termos sistema de saúde e setor da saúde são praticamente intercambiáveis, especialmente quando se trata das reformas do setor/sistema de saúde. Se um sistema de saúde for definido de forma mais restrita (por exemplo, como o sistema de prestação de serviços), o setor de saúde incluirá mais prestadores e serviços. Inversamente, o sistema de saúde poderia incluir funções importantes não valorizadas. Em todo caso, define-se o setor da saúde como o conjunto de valores, normas, instituições e atores que realizam atividades de produção, distribuição e consumo de bens e serviços que tenham como objetivo principal ou exclusivo a promoção da saúde de indivíduos ou grupos populacionais. Ver Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2002 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Salud\\_Publica\\_en\\_Las\\_Americas.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_Las_Americas.pdf).

Tal abordagem apresenta novos desafios para as autoridades de saúde e sua execução das FESP, particularmente no tocante ao papel de garantir que o sistema de prestação de serviços de saúde cumpra com suas responsabilidades de saúde pública e direcionar os provedores e receptores de serviços de saúde para envolvê-los mais plenamente na saúde pública.

A saúde pública tem a oportunidade de desempenhar um papel importante na transformação dos sistemas de saúde para promover a prevenção e a vida saudável. Seu foco na prevenção e nos determinantes sociais da saúde pode fazer contribuições inestimáveis para a prestação de cuidados (60, 74). Experiências recentes em torno de epidemias e emergências de saúde pública, exemplificadas pela pandemia de COVID-19, pela epidemia de gripe H1N1 e pelo surto de doença do vírus Ebola na África Ocidental, demonstram inequivocamente a necessidade de integrar medidas para fortalecer os sistemas de saúde com esforços para garantir capacidades básicas em saúde pública, muitas das quais estão presentes no Regulamento Sanitário Internacional (RSI), como estratégia para garantir o exercício integrado e contínuo das funções de saúde pública e do sistema de saúde (75, 76) (Quadro 2).

Portanto, é necessário incorporar as FESP em um marco de fortalecimento dos sistemas de saúde, a fim de apoiar as autoridades de saúde no desenvolvimento de planos e políticas integrais em colaboração com a comunidade e com as diferentes agências dentro e fora do setor da saúde, reduzindo assim a atual fragmentação institucional.

### **Quadro 2. O Regulamento Sanitário Internacional e sua intersecção com as funções essenciais de saúde pública**

A avaliação das capacidades básicas do RSI (2005) como instrumento internacional para ajudar a comunidade a prevenir e enfrentar riscos à saúde pública<sup>a</sup> é útil, do ponto de vista conceitual e prático, para visualizar como e onde as interseções entre as FESP e o bom funcionamento do sistema de saúde podem ser melhor aproveitadas. A capacidade de um país de detectar, notificar e responder a ameaças à saúde requer o fortalecimento dos componentes próprios dos sistemas de saúde que se refletem no marco de fortalecimento dos sistemas de saúde da OMS<sup>b</sup>. Em primeiro lugar, o papel de liderança das autoridades de saúde é essencial para melhorar a implementação do RSI e para combater surtos em geral. Esta é a pedra angular de qualquer esforço para fortalecer a segurança da saúde.

Além disso, as funções básicas e essenciais da saúde pública, como vigilância e monitoramento, são um pilar central do RSI (2005) e requerem contribuições do sistema de saúde. A capacidade de ativar rapidamente outros componentes básicos do sistema de saúde, inclusive a prestação de serviços, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos, é prioridade tanto durante as emergências como para garantir o autofortalecimento dos sistemas de saúde. No que diz respeito aos serviços, a forma como são organizados, administrados e prestados é a demonstração mais visível do funcionamento geral e da eficiência do sistema de saúde, especialmente durante situações de crise. Em relação ao RSI (2005), também há uma necessidade de melhorar a coordenação dos sistemas de prestação em relação à saúde pública e atendimento clínico em emergências<sup>b,c</sup>.

A colaboração com outras partes interessadas, especialmente o setor privado, também é necessária para melhorar a logística em emergências. Os prestadores de serviços de saúde locais e as comunidades locais, juntamente com a sociedade civil, também podem desempenhar um papel crucial na prestação rápida de serviços essenciais. Produtos médicos, vacinas e tecnologias de saúde são essenciais para prestar uma resposta de emergência no marco do RSI (2005). Outra questão fundamental para a preparação e resposta a emergências são os recursos humanos para a saúde, em termos de quantidade e disponibilidade, experiência relevante, capacitação e mobilização. Por fim, a importância do financiamento não pode ser subestimada no planejamento do RSI (2005). Os países devem investir em saúde pública, instituições e infraestrutura, como laboratórios locais e serviços de diagnóstico para identificar riscos e eventos que podem levar a emergências e possíveis surtos, bem como pessoal e suprimentos especializados<sup>b,c</sup>.

Esses esforços ajudam a cumprir os requisitos do RSI (2005) como parte integrante dos sistemas de saúde, ao invés de serem percebidos como um conjunto de estipulações impostas externamente. Mandatos recentes sobre cuidados primários de saúde<sup>d</sup> e acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde<sup>e</sup>, bem como a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável<sup>f</sup>, conclamam ao fortalecimento dos sistemas de saúde como maneira de melhorar as condições de acesso aos serviços públicos de saúde. Essas referências recentes reforçam a expectativa de que a saúde pública seja parte inerente e prioritária do sistema de saúde; portanto, a renovação da iniciativa das FESP deve, inquestionavelmente, operacionalizar as áreas de coordenação e componentes específicos de um sistema de saúde que integra e dá preferência à saúde pública.

- a Organização Mundial da Saúde. Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005) [Internet]. 3ª ed. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es>.
- b Organização Mundial da Saúde. Health systems, international health regulations, and essential public health functions. Report of the WHO Interregional Internal Working Meeting. Copenhagen, Dinamarca. 15-16 de março de 2016 [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 12 de novembro de 2018] (WHO/HIS/SDS/2016.13). Disponível em inglês em: <https://www.who.int/service-delivery-safety/areas/qhc/CopenhagenMeetingReport.pdf>.
- c Organização Mundial da Saúde. Fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública para contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da Saúde; 23 a 28 de maio de 2016; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2016 [consultado em 12 de novembro de 2018] (resolução WHA69.1). Disponível em espanhol em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69-REC1/A69\\_2016\\_REC1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-sp.pdf).
- d Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância. Declaração de Astana. Conferência Mundial sobre Atenção Primária à Saúde: De Alma-Ata à cobertura universal de saúde e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; 25 e 26 de outubro de 2018; Astana (Cazaquistão). Astana: OMS/UNICEF; 2018 [consultado em 12 de novembro de 2018] (WHO/HIS/SDS/2018.61).
- e Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2).
- f Nações Unidas. Transformando o nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 70ª período de sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas; 15 de setembro de 2015 a 12 de setembro de 2016, Nova Iorque, Estados Unidos. Nova Iorque: Nações Unidas; 2015 [consultado em 12 de novembro de 2018] (resolução A/RES/70/1). Disponível em: [http://www.itamaraty.gov.br/images/ed\\_desensust/Agenda2030-completo-site.pdf](http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desensust/Agenda2030-completo-site.pdf).

#### **Pilar 4. Expandir a função de reitoria das autoridades de saúde para abordar os desafios da saúde pública**

Atualmente, a visão de que a saúde pública é uma atividade exclusiva do Estado foi complementada pelo amplo reconhecimento de que a saúde pública é multissetorial e requer a coordenação de agentes de outros setores do governo, da comunidade acadêmica, do setor privado e de outros setores não diretamente responsáveis pela saúde para poder fazer frente a problemas de saúde cada vez mais complexos, como doenças crônicas, envelhecimento, violência e mudanças climáticas (21, 43).

Essa perspectiva se baseia nos antecedentes da OPAS, que preconizam a ampliação da proteção social em saúde para atender às necessidades e demandas de saúde da sociedade e combater a exclusão social em relação à saúde, que deve ser enfrentada por meio de intervenções públicas que busquem assegurar o acesso tanto aos serviços existentes do sistema de saúde quanto a intervenções capazes de mitigar o impacto econômico e social negativo de eventos adversos pessoais (como doença ou desemprego) ou populacionais (como desastres), especialmente na população em condições de maior vulnerabilidade (77).

Da mesma forma, resoluções regionais e internacionais recentes, inclusive a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (36), a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (40), a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas (41) e a Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde (42), entre outras, fazem um apelo inequívoco para que as autoridades de saúde convoquem e liderem atividades de saúde pública que devem ser conduzidas coletivamente por vários parceiros externos às autoridades de saúde e ao setor da saúde.

Tudo isso evidencia a necessidade de uma perspectiva de reitoria não associada a uma concepção autossuficiente do poder de influência das autoridades de saúde, expressa exclusivamente pelo papel dos ministérios da saúde ou da autoridade nacional equivalente. Ao contrário, considera seu papel de liderança em uma ação coletiva na qual também estão incluídos outros atores, sejam eles integrantes ou não da estrutura do Estado (71). No entanto, é importante esclarecer que o engajamento dos atores da sociedade em nada desloca o protagonismo da função de reitoria das autoridades de saúde em relação ao exercício da saúde pública. Essa função tem o papel central de garantir que os atores sociais sejam responsáveis em relação às funções e ações que lhes são atribuídas e à apresentação de resultados mensuráveis.

De fato, as transformações pelas quais os sistemas de saúde passaram na Região das Américas nas últimas décadas, incluindo maior participação do setor privado e uma ênfase renovada na ação multissetorial, expandiram o campo de atuação das autoridades de saúde para além de seu papel tradicional na administração de programas e serviços do setor público e passaram a incluir inovações e novas capacidades para o exercício de sua função de reitoria na regulação e administração de recursos e atividades de inteligência e empoderamento de pessoas, entre outras. No entanto, essa expansão tem enfrentado restrições frequentes de pessoal, prioridades de saúde internacionais em rápida evolução e muitas vezes concorrentes e relações complexas entre agentes estatais e não estatais nos níveis nacional e subnacional.



A resposta adequada das autoridades de saúde para enfrentar os desafios atuais requer que possuam capacidades e habilidades específicas. Essas capacidades são diversas, e entre elas merecem destaque: capacidades estruturais (como a existência de mecanismos de tomada de decisão), capacidades para assumir as funções atribuídas (como o poder e legitimidade associados a tais funções), capacidades pessoais (ou competências individuais, como conhecimentos e habilidades técnicas, administrativas e interpessoais), capacidades para assumir a carga de trabalho (como pessoal suficiente e a existência de diretrizes claras), capacidades para melhoria do desempenho (como a alocação dos recursos necessários) e capacidades de supervisão (como a disponibilidade de sistemas de notificação e monitoramento, mecanismos para assegurar a transparência e disponibilidade de incentivos e sanções para facilitar o desempenho das funções).

Recentemente (2017), a OPAS definiu a reitoria, ou direção, como a capacidade de liderança das autoridades de saúde para moldar e apoiar uma ação coletiva que permita a criação, o fortalecimento ou a mudança das estruturas de governança do sistema de saúde (78). Por governança entendem-se os arranjos institucionais que regulam os atores e recursos críticos que influenciam as condições de cobertura e acesso aos serviços de saúde (78).

A função de reitoria, assim definida, não pode ser transferida para outras instâncias da sociedade. A ação do governo é essencial para orientar o setor e a política pública de saúde, no seu papel de destinatário ativo do consenso social em matéria de saúde e no que se refere ao uso legal do poder de autoridade que a democracia lhe atribui (79). As autoridades de saúde também devem buscar a excelência em seu trabalho, para que os grupos que trabalham na solução de problemas de saúde pública queiram seguir fazendo essa contribuição para a sociedade. Nesse sentido, as ações de saúde pública são de responsabilidade específica ou compartilhada entre múltiplos atores sociais, situação em que as autoridades de saúde (ver Quadro 3) devem liderar e garantir que esses diferentes atores façam contribuições alinhadas com a construção de sistemas e políticas de saúde pública equitativos, com o objetivo final de defender a saúde como direito social (79).

Diante do exposto, o cumprimento das FESP deve ser considerado expressão do pleno exercício da função de reitoria das autoridades de saúde, especialmente por sua liderança em relação à criação de condições para garantir, diretamente ou por meio de outros atores sociais, o fortalecimento da saúde pública. Nesse sentido, as FESP devem ser suficientemente amplas e versáteis para serem aplicadas em diferentes níveis de autoridade e em diversos contextos políticos e legislativos. Desse modo, seu exercício manteria uma abordagem sistêmica que abarque não só todos os níveis de autoridade, mas também todos os atores que participam da promoção, prevenção, restabelecimento e manutenção da saúde.

### Quadro 3. Sobre as autoridades de saúde

As autoridades de saúde apresentam diferenças estruturais em sua composição dependendo do caráter federal ou unitário do país e da organização institucional do setor da saúde<sup>a</sup>. As autoridades de saúde são definidas como o conjunto de organizações, entidades ou atores do Estado responsáveis por garantir o bem público em matéria de saúde<sup>b</sup>. O ministério da saúde, ou autoridade sanitária nacional equivalente, é o principal órgão público depositário de autoridade na área da saúde e, nesse sentido, é o principal responsável pelo exercício da função de reitoria no setor. Porém, de acordo com o grau de descentralização das ações setoriais e as características da separação estrutural de poderes atribuída pela organização institucional em cada país, o ministério da saúde terá um espectro maior ou menor de competências<sup>c</sup>.

Na estrutura do Estado, também cabe mencionar outras organizações de outros setores ou jurisdições (habitação, educação, economia, comércio, desenvolvimento social, etc) essenciais para sustentar iniciativas intersetoriais que abordem os determinantes sociais da saúde<sup>d,e</sup>. Também é necessário considerar tanto os atores das jurisdições subnacionais (estaduais ou municipais), que desempenham um papel fundamental na adaptação ou implementação de iniciativas em contextos locais, quanto agentes não estatais (da sociedade civil, organizados ou não, e organizações privadas com ou sem fins lucrativos, com maior ou menor formalidade e visibilidade) que desempenham funções de controle social, promoção de causa e influência<sup>f,g</sup>.

a Organização Pan-Americana da Saúde. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Washington, D.C.: OPAS; 2007.

b Vega Romero R, Torres Tovar M. El papel de la sociedad civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011;37(2):145-54. Disponível em espanhol em: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n2/spu08211.pdf>.

c Organización Pan-Americana da Saúde. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPAS; 2002.

d Organización Pan-Americana da Saúde. Guía para el mapeo de la autoridad sanitaria nacional. Washington, D.C.: OPAS; 2005.

e Organización Pan-Americana da Saúde. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional. Desempeño y fortalecimiento. Edición especial nº 17 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2007 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion\\_Rectora\\_ASN.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf).

f Báscolo EP, Yavich N, Denis JL. Analysis of the enablers of capacities to produce primary health care-based reforms in Latin America: a multiple case study. Fam Pract. 2016; 33(3):207-18.

g Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. Cad Saude Publica. 2006;22(Sup.):S35-S45.

A ampliação do campo de atuação das autoridades de saúde e a inclusão de outros atores também acarreta a necessidade de um enfoque intersetorial. Nessa perspectiva, promove-se que diversos setores (não apenas governamentais), de forma articulada, atendam às necessidades sociais ou previnam problemas de saúde cujas causas são complexas, diversas e relacionadas em suas origens. Isso implica que os setores atuem juntos para conseguir uma mudança em relação à situação atual. Implica também relações colaborativas, não hierárquicas e até extracontratuais, além de coordenação entre setores. A coordenação é particularmente importante para combinar e alavancar recursos limitados, evitar a duplicação de esforços e aproveitar os talentos e ativos que cada parceiro oferece (80).

Em vista do exposto, reconfiguram-se o campo de atuação da saúde pública e suas funções, com ampliação da necessidade de articulação do setor da saúde com os demais setores do Estado, a comunidade acadêmica, o setor privado (com a devida atenção a possíveis ou efetivos conflitos de interesse) e outros setores cujo trabalho tem impacto na saúde. Essa intersectorialidade é um critério central para a intervenção sobre os determinantes sociais da saúde, responsáveis pelas condições de vida e processos saúde-doença da população. A ampliação das áreas de atuação das FESP para além do setor da saúde passa, então, pelo reconhecimento da crescente complexidade das condições de saúde da população, explicada pela determinação social, bem como pelas ações intersectoriais que servem como intervenções do Estado para influenciar tais determinantes.

A OMS promove abordagens intersectoriais à saúde desde a Declaração de Alma-Ata em 1978 (81), com marcos importantes recentes, incluindo a Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas (82), a Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (83), a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (40), a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas (41) e a Declaração de Astana, que reafirmou o compromisso global com a atenção primária à saúde (42). Nas últimas décadas, os modelos e estruturas de organização da ação intersectorial adquiriram um alcance muito amplo e heterogêneo nos países da Região das Américas (84), com implicações conceituais e operacionais sobre o que constitui as FESP, bem como sobre o grau em que as autoridades de saúde podem (ou devem) assumir a liderança no planejamento e implementação do trabalho intersectorial em saúde. Dependendo da questão a ser abordada, cinco diferentes tipos de intervenções podem ser caracterizados com efeito intersectorial, conforme mostra a Tabela 1.

### **Tabela 1. Tipos de intervenções com enfoques intersectoriais em saúde**

#### **1. Ação intersectorial promovida a partir dos serviços em contato com a população**

Em nível territorial, é possível reconhecer as atividades de articulação intersectorial promovidas a partir dos espaços de gestão e prestação de serviços de saúde, onde as autoridades de saúde assumem a função de reitoria na coordenação de intervenções que afetam as condições de vida de uma determinada comunidade. A abordagem territorial permite caracterizar as condições de vida de uma comunidade e seus fatores demográficos, culturais, ocupacionais, infraestrutura social, etc. Nesses casos, a liderança das autoridades de saúde se justifica pelo fato de que o setor da saúde possui o nível máximo de conhecimento, experiência e controle sobre as estratégias para melhorar a equidade no acesso à saúde e os desfechos de saúde. Essas iniciativas intersectoriais estão focadas na reconfiguração da forma e do alcance das intervenções em saúde. Em geral, são orientadas para estratégias de fortalecimento da capacidade resolutiva do primeiro nível de atenção, incorporando serviços de promoção e prevenção, seja

ampliando o caráter multidisciplinar dos serviços de saúde ou ampliando a participação social na definição ou implementação de prioridades. Nesses casos, procura-se promover mudanças no modelo de atenção em busca de uma maior orientação às necessidades das pessoas, famílias e comunidades, a fim de melhorar a equidade no acesso aos serviços integrais de saúde<sup>a</sup>. Parte dessas atividades de coordenação visa facilitar o acesso aos diferentes tipos de serviços sociais e garantir ou facilitar a continuidade entre eles, principalmente para atender às necessidades de pessoas em situação de vulnerabilidade que necessitam de cuidados profissionais sociais e de saúde. Existem também atividades intersetoriais com um papel ativo da comunidade nas intervenções de saúde pública promovidas desde o primeiro nível de atenção. Dentre elas, destaca-se a formação e a capacitação de equipes de agentes comunitários de saúde, essenciais para o sucesso de muitos esforços para a melhoria dos indicadores de saúde da população<sup>b</sup>. Destaca-se também a criação de espaços de participação social (como os fóruns e conselhos de saúde) que incorporem diversos interesses e enfoques de saúde e doença, bem como as alternativas para a formulação de políticas.

## 2. Ação intersetorial para melhorar diretamente a saúde da população

São iniciativas intersetoriais que identificam explicitamente a melhoria dos desfechos de saúde como um de seus principais objetivos. Nesses casos, as autoridades sanitárias assumem uma importante função de reitoria, mas assegurando uma estreita colaboração com os demais setores. Parte dessas ações é voltada para públicos específicos e busca a promoção de direitos de forma integral a um segmento específico da população.

Alguns exemplos dessas iniciativas são os programas de promoção da saúde nas escolas, os programas antiviolença, os programas de desenvolvimento na primeira infância e as políticas para os idosos, que, a partir de uma abordagem intersetorial, buscam criar condições para que essas populações sejam saudáveis. Da mesma forma, alguns casos podem ser reconhecidos no campo da saúde pública ambiental, quando se busca reduzir a exposição humana aos poluentes atmosféricos ou durante uma emergência química.

Nesse tipo de programa, as autoridades de saúde assumem a liderança devido ao seu papel central na supervisão e coordenação dos serviços de saúde e sociais, ou então contribuem com forte articulação e forte apoio do setor da saúde.

### 3. Ação intersetorial para ampliar os sistemas de proteção social

Este tipo de iniciativa caracteriza-se pelo surgimento de sistemas de proteção social com uma perspectiva integral e um enfoque de direitos, que exigem a colaboração dos diferentes setores de governo e entre os diferentes níveis de governo para trabalhar em prol de um sistema integral de proteção social. Essas iniciativas articulam políticas que buscam garantir a assistência social por meio do estabelecimento de benefícios, transferências e serviços para públicos especialmente vulneráveis e ampliar a cobertura de benefícios e serviços sociais relacionados à vida ocupacional, além de promover uma sólida estrutura de oportunidades na área de regulamentação dos mercados de trabalho e das políticas de emprego, renda e acesso ao crédito relacionadas ao campo da promoção social<sup>c</sup>.

Nesses casos, as autoridades de saúde desempenham um papel de liderança na medida em que essas políticas explicitam as condições de saúde da população como um dos eventos de risco com repercussões para a proteção social ou para determinadas condições sociais (pobreza) ou demográficas (infância ou envelhecimento), com consequências na saúde da população. Nesse caso, a relação do setor da saúde com outros setores é complementada pelos mecanismos de regulação dos sistemas de proteção social e pela inclusão de benefícios e beneficiários específicos de saúde nas iniciativas de extensão de cobertura.

Outros tipos de ações intersetoriais buscam articular e integrar políticas sociais com o objetivo de enfrentar a pobreza e ampliar as condições de acesso aos serviços básicos. Um exemplo emblemático são os programas de transferência condicionada de renda que surgiram nos anos 2000, como os programas *Chile Solidario* e *Oportunidades* no México<sup>d</sup>. Nesses casos, o setor da saúde tem conhecimento de medidas eficazes para melhorar a saúde, mas não tem controle do cenário ou carece de meios para implementá-las. As autoridades de saúde, então, podem assumir a liderança na promoção de estratégias, mas garantindo uma estreita cooperação com outros setores e fazendo com que adotem a iniciativa como sua. O problema subjacente a essas iniciativas é a necessidade de integrar as políticas sociais e melhorar sua efetividade. Consequentemente, caracterizam-se pela criação de entidades ou estruturas estatais, como departamentos, organismos ou agências, pelas quais se buscam a coordenação e colaboração em torno de atividades, recursos (econômicos, organizacionais, sociais e políticos) e atores vinculados a diferentes setores e jurisdições institucionais do Estado<sup>e</sup>. Essas inovações resultam em programas integrados de benefícios voltados para um mesmo grupo populacional, com marco institucional único e execução local.

#### 4. Ação intersetorial para abordar um determinante da saúde

Esses tipos de iniciativas têm como objetivo melhorar os desfechos de saúde por meio de certos fatores de risco e determinantes ambientais. Exemplos incluem o desenvolvimento de infraestrutura (água potável, saneamento, energia limpa) e a regulamentação de bens e serviços (álcool, drogas e tabaco) que afetam a saúde e que estão sob a égide de outros setores institucionais (por exemplo, comércio, agricultura, habitação, indústria, transporte ou energia). Nesses casos, a promoção de causa e a capacidade técnica das autoridades de saúde são fatores essenciais para obter maior influência nos espaços reguladores, que antes eram de responsabilidade exclusiva de outras áreas de governo (ministérios da fazenda, comércio ou agropecuária, por exemplo).

Esse tipo de mecanismo intersetorial se expressa, conseqüentemente, por meio de um papel ampliado da função de reitoria das autoridades de saúde, que ampliam seu campo de atuação e influência sobre a agenda de outras políticas públicas do Estado para o alcance de um objetivo comum e de uma resposta integrada do Estado a problemas específicos<sup>f</sup>. Essas intervenções buscam fortalecer a governança para a saúde<sup>g</sup>, que, por sua vez, busca influenciar os mecanismos regulatórios que estão além dos limites do setor da saúde mas que influenciam a saúde da população. As autoridades de saúde, em todos os níveis, têm funções essenciais para facilitar esse tipo de ação: 1) como coordenadoras da análise e comunicação do estado de saúde da comunidade e seus fatores causais ou associados e 2) como convocadoras e facilitadoras de ações independentes e colaborativas de outras organizações e setores<sup>h</sup>.

#### 5. Ação intersetorial para abordar os determinantes sociais da saúde

Esse tipo de iniciativa se concentra em abordar os fatores socioeconômicos estruturais que afetam a saúde, mas alguns determinantes não estão necessariamente sob controle direto do setor da saúde. Por exemplo, a qualidade da educação, a força do mercado de trabalho, a segurança do ambiente de trabalho e a qualidade dos bairros<sup>i-q</sup>. Nessas circunstâncias, a principal função das autoridades de saúde é atuar como parceiras no desenvolvimento e implementação das iniciativas, uma vez que o setor da saúde não controla por si só os meios de implementação dessas estratégias, nem tem maior conhecimento de como as atividades devem ser demarcadas<sup>r</sup>.

Esse tipo de ação intersetorial é geralmente encontrada em nível macro/nacional, mas também inclui ações em nível regional e local. Neste último caso, os governos locais muitas vezes influenciam diretamente os fatores que têm impacto sobre a saúde e a equidade na saúde, por meio de processos de promoção da saúde e gestão territorial, como transporte e políticas de uso da terra<sup>s</sup>. As autoridades de saúde do governo local podem se tornar organizações líderes dessa ação coletiva, reunindo atores comunitários e outros setores do governo como parceiros em atividades, programas e políticas de promoção da saúde<sup>b</sup>. Esses programas de saúde comunitária são um investimento crítico na expansão do acesso aos serviços de saúde pública.

De forma complementar, o próprio sistema de saúde também pode ser considerado um dos determinantes sociais da saúde, na medida em que sua arquitetura institucional define a cobertura e o acesso aos serviços de saúde, com óbvias repercussões para as condições de saúde da população. Embora as autoridades de saúde ocupem a função de reitoria do setor da saúde, é necessário um esforço de coordenação setorial, uma vez que muitos de seus próprios arranjos institucionais requerem a ação de outros setores. Neste marco, é possível reconhecer que o modelo de financiamento requer a intervenção dos setores financeiro, econômico e laboral na estrutura do Estado. Igualmente, assim como a regulação dos recursos humanos requer a participação do setor da educação, a regulação da tecnologia na área da saúde depende de normas derivadas dos setores de ciência e tecnologia e comércio.

- a Organização Pan-Americana da Saúde. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional. Desempeño y fortalecimiento. Edición especial nº 17 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2007 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion\\_Rectora\\_ASN.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf).
- b Health Affairs Blog [Internet]. Bethesda (MD): Project HOPE; [2017-]. Implementing the Astana Declaration—What Alma-Ata taught us; 25 de outubro de 2018 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20181024.24072/completo>.
- c Cecchini S, Filgueira F, Martínez R, Rossel C, eds. Instrumentos de protección social: Caminos latinoamericanos hacia la universalización. Santiago de Chile: CEPAL; 2015 (Libros de la CEPAL, 136).
- d Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gest Polít Publica* [Internet]. 2014;23(1):5-46. Disponível em espanhol em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gpp/v23n1/v23n1a1.pdf>.
- e Institute of Medicine (Estados Unidos da América). For the public's health: Revitalizing law and policy to meet new challenges. Washington, D.C.: National Academies Press; 2011. Intersectoral action on health: p. 73-110.
- f Kickbusch I, Buckett K, eds. Implementing health in all policies: Adelaide 2010. Adelaide, Austrália do Sul: Governo da Austrália do Sul; 2010.
- g Báscolo E, Cid C, Pagano JP, Urrutia MS, Del Riego A. El desafío de la sostenibilidad de los programas ampliados de inmunizaciones. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e160.
- h Pomeranz J. The unique authority of state and local health departments to address obesity. *Am J Public Health*. 2011;101(7):1192-7.
- i The Marmot Review. Fair Society, Health Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010. Londres: The Marmot Review; 2010.
- j Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2008.
- k Adler N, Stewart J, Cohen S, Cullen M, Diez Roux A, Dow W, et al. Reaching for a healthier life: Facts on socioeconomic status and health in the U.S. Chicago (IL): The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health; 2007.
- l Lovasi GS, Hutson MA, Guerra M, Neckerman KM. Built environments and obesity in disadvantaged populations. *Epidemiol Rev*. 2009;31(1):7-20.
- m Marmot MG, Bell RG. Improving health: Social determinants and personal choice. *Am J Prev Med*. 2011;40(1 Suppl):s73-s77.
- n Alstona JM, Sumnera DA, Vostia SA. Farm subsidies and obesity in the United States: National evidence and international comparisons. *Food Policy*. 2008;33(6):1-4.
  - o Harvie A, Wise TA. Sweetening the pot: Implicit subsidies to corn sweeteners and the U.S. obesity epidemic. Medford (MA): Global Development and Environment Institute (Tufts University); 2009 (Policy Brief No. 09-01).
- p Wallinga D. Agricultural policy and childhood obesity: A food systems and public health commentary. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(3):405-10.
- q Wier M, Sciammas C, Seto E, Bhatia R, Rivard T. Health, traffic, and environmental justice: Collaborative research and community action in San Francisco, California. *Am J Public Health*. 2009;99(Suppl 3):s499-s504.
- r Organização Mundial da Saúde/Agência de Saúde Pública do Canadá. Equidad en salud a través de la acción intersectorial: un análisis de estudios de casos en 18 países [Internet]. Sem local: OMS/Health Canada; 2008 [consultado em 10 de dezembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://www.who.int/social\\_determinants/resources/health\\_equity\\_isa\\_2008\\_es.pdf](https://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_es.pdf).
- s Rantala R, Bortz M, Armada F. Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promot Int*. 2014;29(Suppl 1):i92-i102.

PARTE III





## ABORDAGEM INTEGRADA PARA FORTALECER A SAÚDE PÚBLICA E SUAS FUNÇÕES

Os fundamentos analisados acima indicam que as abordagens da saúde pública mudaram de um enfoque mais centrado nos aspectos relacionados à vigilância e controle de doenças e determinantes ambientais para uma abordagem mais ampla no marco da equidade em saúde pública e dos determinantes sociais da saúde.

Da mesma forma, os argumentos desenvolvidos reforçam a ideia de que a prática da saúde pública deve ser norteada por um arcabouço de valores amplamente aceitos. Neste marco, é importante garantir o direito à saúde e a ideia fundamental de que a saúde pública é uma ação coletiva, de responsabilidade compartilhada entre o Estado e a sociedade civil, visando proteger e melhorar a saúde da população através de intervenções na população e na comunidade, mas também através do acesso a cuidados de saúde de qualidade (11, 21).

Apesar da dificuldade de sintetizar todos esses aspectos em uma única noção conceitual, este documento interpreta a saúde pública como a prática e campo de conhecimento da ação coletiva do Estado, junto à sociedade civil, para proteger e melhorar a saúde das pessoas e garantir o direito à saúde da população.

A inclusão da prática e campo de conhecimento da saúde pública denota a necessidade de somar o acervo de produção acadêmica no âmbito da saúde pública às intervenções e práticas realizadas pelo Estado em conjunto com outros agentes sociais para melhorar a saúde da população. O direito à saúde como finalidade de tais ações responde à necessidade de explicitar esse valor como elemento central do marco conceitual.

A expressão funcional desta definição e deste objetivo de saúde pública está articulada nas funções essenciais de saúde pública (FESP), entendidas como as capacidades das autoridades de saúde, em todos os níveis institucionais e em conjunto com a sociedade civil, de fortalecer os sistemas de saúde e garantir o pleno exercício do direito à saúde, atuando sobre os fatores de risco e determinantes sociais que repercutem na saúde da população.

Esta definição enquadra as FESP como competências das autoridades de saúde, mais que a mera existência ou realização das intervenções de saúde exigidas no exercício das FESP. Por isso, a proposta tem uma perspectiva institucional no que se refere às capacidades do Estado e da sociedade exercerem as funções essenciais para proteger a saúde da população.

Outra característica marcante da definição é o reconhecimento das autoridades de saúde como principais responsáveis pelo exercício das FESP em todos os níveis institucionais. Essa consideração reforça que o exercício das FESP faz parte da função de reitoria das autoridades sanitárias. Complementarmente, a necessidade de considerar todos os níveis institucionais mostra que a responsabilidade pode abranger não somente as autoridades de saúde a nível nacional, mas também os níveis subnacionais, como províncias e municípios, dependendo da estrutura política institucional de cada Estado.

No entanto, a responsabilidade das autoridades de saúde pelo exercício das FESP não basta por si só; faz-se mister a participação da sociedade civil. Esta proposta reforça uma abordagem, já destacada em versões anteriores, de forjar lideranças consolidadas nas autoridades de saúde e construir alianças para alcançar a integração e coordenação das atividades de saúde pública dessas autoridades. Essa visão reconhece que, embora seja o Estado (e, especialmente, as autoridades de saúde) o responsável primário pelo exercício das FESP, parte dessas mesmas responsabilidades é promover a inclusão de atores da sociedade civil para participarem desse exercício.

Dois ingredientes relevantes acompanham esta definição: a plena efetivação do direito à saúde como objetivo central deste exercício e a inclusão dos determinantes sociais como parte do objeto de intervenção, que está incorporado nesta proposta e que requer uma abordagem multissetorial e integrada.

### Modelo integrado com base no ciclo de políticas

Desde o surgimento da iniciativa FESP nas Américas, é reconhecida a necessidade de organizar a abordagem a essas funções com base em uma lógica de ciclo de políticas. Em 1988, o relatório do Institute of Medicine (atual National Academy of Medicine) dos Estados Unidos, intitulado *The future of public health*, foi pioneiro na compreensão da saúde pública como um ciclo de políticas, organizado nas seguintes três etapas: 1) avaliação, que incluía avaliação, pesquisa e análise das necessidades de saúde, riscos à saúde e seus determinantes; 2) desenvolvimento de políticas, que incluía promoção de causa, priorização e planejamento de políticas de saúde pública e 3) garantia, que incluía a gestão de recursos e a implementação de programas para garantir o acesso aos serviços de saúde pública (6). O envolvimento das autoridades de saúde em tais atividades deve resultar em uma maior ênfase na prevenção de doenças e na promoção da saúde (85). Embora o relatório de 1988 tenha sido revolucionário porque muitas secretarias

de saúde e similares não se configuravam em torno dessas funções centrais na época, ainda hoje a maioria das organizações e instituições que atuam como autoridades de saúde não têm conseguido atuar de maneira coerente com uma interpretação integrada de suas funções e com financiamento adequado para garantir seu funcionamento (85).

Como resultado, as funções de saúde pública ainda reproduzem dois problemas estruturais: apresentam uma configuração fragmentada e têm pouca prioridade e impacto nas agendas de reforma e fortalecimento dos sistemas de saúde.

A configuração fragmentada se manifesta na presença de várias agências ou programas governamentais com responsabilidades pelo desenvolvimento de intervenções ou programas de saúde pública, inseridos em muitas secretarias ou departamentos que operam sob diferentes estruturas institucionais, sem coordenação e muitas vezes com uma abordagem incoerente. Ao mesmo tempo, hoje muitas políticas públicas de saúde, principalmente aquelas relacionadas a doenças específicas, continuam focadas exclusivamente em determinadas doenças, com pouca articulação com outros campos sociais relacionados e pouco impacto na saúde da população (86).

Quanto à baixa priorização e presença limitada nas agendas de fortalecimento do sistema de saúde, é preciso lembrar que esses foram os argumentos centrais que embasaram as primeiras propostas sobre as FESP. Embora essas propostas – voltadas para a promoção de intervenções de saúde pública em contraposição às agendas de reforma da saúde suplementar ou privada e da simples prestação de serviços médicos – tenham alcançado visibilidade, mantiveram um curso paralelo a esse tipo de agenda e foram prejudicadas pela menor atenção e priorização.

Nessa conjuntura, faz-se necessário fortalecer um enfoque que permita priorizar os serviços de saúde pública para que se integrem a uma agenda de fortalecimento dos sistemas de saúde. A proposta dessa nova abordagem integrada, baseada na lógica do ciclo de políticas, contém duas inovações importantes.

Em primeiro lugar, os fundamentos que foram desenvolvidos anteriormente para justificar uma nova versão das FESP incluem assegurar o acesso ao conjunto das ações de saúde pública, tanto individuais quanto populacionais. Nessa visão, é necessário considerar como âmbito de atuação da saúde pública e suas funções todos os seus níveis de intervenção, sejam eles coletivos ou individuais (63). Por isso, uma abordagem integrada de ambos os tipos de ações não só amplia o campo de atuação, como também faz parte da abordagem integrada que se propõe a melhorar a saúde da população no âmbito das agendas de fortalecimento dos sistemas de saúde (1, 64, 65).

Em segundo lugar, a proposta do ciclo de políticas é organizada em quatro estágios: 1) avaliação, 2) formulação de políticas, 3) alocação de recursos e 4) acesso (Tabela 2).

A Figura 1 apresenta uma representação gráfica dessas ações. O processo inicia-se com a avaliação, onde são analisados os agravos à saúde da população e suas causas, bem como as limitações da capacidade de resposta dos sistemas de saúde para enfrentá-los. Essas evidências servem de subsídio para a formulação de políticas sociais e de saúde. Segue-se a fase de formulação de políticas, na qual as autoridades de saúde, em diálogo com a sociedade civil e a comunidade, definem as linhas de ação para enfrentar os agravos à saúde e suas causas. Em seguida, a alocação de recursos refere-se aos diversos recursos críticos (humanos, tecnológicos e financeiros) do

sistema de saúde que devem ser alocados para fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde aos agravos de saúde da população. O ciclo se encerra com a etapa do acesso, que se traduz nas condições de acesso equitativo e universal à saúde.

As inovações das duas últimas etapas merecem um comentário à parte. A introdução de uma terceira etapa, referente à alocação de recursos, mostra a necessidade de dar relevância e visibilidade às capacidades de produção e sustentação dos mecanismos de alocação de recursos que devem emergir dos processos de formulação de políticas. Sem a alocação de recursos suficientes — ou seja, com falta de recursos humanos, tecnologia e financiamento — a formulação de políticas tem pouca influência para garantir o acesso à saúde.

**Figura 1. Modelo integrado da saúde pública**



**Fonte:** Elaboração própria. Parcialmente adaptado de Institute of Medicine (Estados Unidos), Committee for the Study of the Future of Public Health. *The future of public health*. Washington, D.C.: National Academies Press; 1988.

**Obs.:** As duas primeiras etapas (avaliação e formulação de políticas) estão associadas àquelas previamente definidas pelo Institute of Medicine. A terceira e a quarta etapas (alocação de recursos e acesso) incorporam inovações que atendem aos critérios acordados nesta revisão das FESP. A terceira apresenta os elementos institucionais que envolvem mecanismos de alocação de recursos no setor da saúde, com repercussões no fortalecimento do sistema de saúde e nos objetivos da saúde pública. A quarta refere-se à implementação de políticas que garantam as condições de acesso ao amplo leque de intervenções que têm impacto na saúde da população. Procura-se, assim, integrar os serviços tanto individuais como coletivos (bem como os estritamente integrados) no setor da saúde com as intervenções intersetoriais que influenciam a saúde da população.

A última etapa, voltada para a produção de condições de acesso à saúde, inclui a capacidade de produzir intervenções de saúde pública individuais e coletivas que abordem fatores de risco, saúde pública ambiental e determinantes sociais da saúde. Esse escopo, maior que o das versões anteriores das FESP em termos das intervenções de saúde garantidas, explica por que o acesso à saúde é expresso mais do que certas intervenções definidas de forma mais seletiva.

Este processo do ciclo das FESP deve ser interpretado como um ciclo que se retroalimenta. Os resultados da avaliação são insumos que ajudam a definir o que está funcionando ou não e, portanto, devem ser considerados no processo de formulação de políticas, tanto para funções facilitadoras quanto para aquelas que garantem o acesso aos serviços públicos de saúde.

É importante esclarecer que, apesar da divisão em diferentes etapas, o ciclo não é um processo linear. Na verdade, muitas das etapas desse processo frequentemente se sobrepõem. Portanto, a Figura 1 deve ser interpretada como uma simplificação esquemática da complexidade do processo de formulação e aplicação das intervenções de saúde pública. Na prática, o fortalecimento da saúde pública requer uma melhor coordenação entre os diferentes níveis nacionais e subnacionais do Estado e entre os vários atores e agências dentro e fora do setor da saúde, tanto públicos quanto privados. A saúde pública engloba diferentes atividades e estruturas dentro dos sistemas de saúde, que se tornaram um conjunto de programas verticais, bastante distintos e separados na forma como são planejados, financiados e implementados.

A abordagem apresentada nesta seção busca apoiar o planejamento de diversas atividades que contribuam para a melhoria da saúde pública com uma abordagem sistêmica e colaborativa, visando atingir rigor e coerência no planejamento das ações de saúde pública. A partir disso, é possível ter clareza sobre a responsabilidade de cada ator e sobre a infraestrutura necessária para dar suporte à ação, a fim de tomar melhores decisões sobre os investimentos em saúde pública. Da mesma forma, o esquema promove a integração das ações por meio de uma análise exaustiva das causas dos problemas de saúde pública e da busca de soluções integrais. O reconhecimento de pontos comuns nas questões de saúde pública promove o trabalho colaborativo, e supera os limites artificiais da administração e as barreiras entre disciplinas e programas verticais (30, 87).

Nessa caracterização do exercício das FESP, cada função tem igual relevância e não pode ser isolada das demais. Da mesma forma, permite incorporar explicitamente o papel das FESP no fortalecimento dos mecanismos e estruturas institucionais do sistema de saúde. A formulação se adapta à necessidade de ampliar o campo de atuação da saúde pública e busca fortalecer a efetividade de seus resultados ao criar um vínculo efetivo entre a saúde pública e o planejamento do sistema de saúde. Também reconhece que há uma sobreposição entre os serviços e funções de saúde pública, que se beneficiam de uma abordagem integrada e intersetorial para responder à crescente complexidade dos problemas de saúde pública atuais e emergentes.

**Tabela 2.** Etapas da abordagem integrada às funções essenciais de saúde pública com base no ciclo de políticas

### Avaliação

Para cumprir o objetivo de melhorar a saúde pública, as autoridades de saúde devem primeiro avaliar o estado de saúde de suas comunidades, identificar variações no estado de saúde e analisar os fatores responsáveis por problemas de saúde. Isso envolve a análise das causas das necessidades de saúde e, portanto, dos fatores de risco e determinantes sociais da saúde. As autoridades de saúde também devem realizar uma avaliação dos serviços individuais, populacionais e comunitários. Para tanto, é necessário fortalecer as capacidades de inteligência que se referem à análise da situação de saúde da população e seus determinantes, à avaliação e monitoramento do desempenho dos sistemas de saúde

e à pesquisa na área da saúde. Os dados empíricos coletados durante esses processos fornecem evidências sobre a eficácia das políticas de saúde e sobre a capacidade dos sistemas de saúde de responder às necessidades de saúde da população. Todos esses são antecedentes necessários para o desenvolvimento de políticas que envolvam a mobilização das comunidades e a educação das pessoas em questões de saúde.

### Formulação de políticas

Esta etapa se refere às condições e capacidades necessárias para o desenvolvimento de políticas de saúde e políticas sociais e de desenvolvimento social voltadas para a melhoria da saúde da população por meio do fortalecimento dos sistemas de saúde, abordando os fatores de risco e determinantes da saúde por meio de políticas intersetoriais. Para isso, são necessárias capacidades técnicas para a formulação de políticas que abordem as causas dos problemas de saúde da população e que explicitem as intervenções destinadas a fortalecer os sistemas de saúde e enfrentar os fatores que causam problemas de saúde. Também é necessário fortalecer as capacidades do setor da saúde para trabalhar com outros setores, defender políticas em prol da saúde e colocar a saúde na agenda de outros setores para que considerem o impacto de suas políticas sobre a saúde. Por último, também são necessárias capacidades políticas para garantir mecanismos de participação dos atores-chave (inclusive a sociedade civil e a comunidade) nos processos de tomada de decisão e responsabilização, que viabilizem o processo de implementação de estratégias de fortalecimento dos sistemas de saúde e as mudanças promovidas.

### Alocação de recursos

Serviços de saúde, recursos financeiros, recursos humanos e tecnologias de saúde são considerados recursos críticos<sup>a-d</sup>. Em relação aos recursos financeiros, é necessário promover mudanças que permitam a geração e disponibilização de recursos públicos suficientes, bem como uma alocação de recursos financeiros que promova a prevenção, promoção, eficiência e equidade do sistema de saúde e da proteção social em relação à saúde. Em relação aos recursos humanos, é necessária uma formação que permita aos futuros profissionais atingirem um perfil alinhado a um modelo de atenção voltado para as pessoas e comunidades, com competências de saúde pública, e uma distribuição dos profissionais em serviços, organizações e territórios que permita responder às necessidades dos serviços de saúde de toda a população. No que se refere às tecnologias em saúde, é necessário impulsionar mecanismos que promovam a inovação tecnológica, voltada para atender às necessidades de saúde da população, favorecendo a transparência de preços e fortalecendo o sistema regulatório para garantir a qualidade dos medicamentos e melhorar a utilização dos mecanismos de compra conjuntas<sup>e</sup>.

## Acesso

Esta etapa se refere à implementação de políticas que garantam as condições de acesso ao amplo leque de intervenções, individuais e populacionais, que têm influência direta no estado de saúde da população. As condições de acesso a essas intervenções são o resultado de políticas e iniciativas que buscam melhorar o acesso aos serviços de atenção primária de promoção da saúde e prevenção de doenças, às intervenções multissetoriais e comunitárias com influência nos determinantes da saúde e à vigilância, prevenção e controle de eventos e emergências que afetam a saúde da população.

Esta etapa também inclui uma perspectiva abrangente de intervenções e problemas de saúde pública na qual o acesso a serviços de saúde pública integrais e integrados pode ser promovido por meio de um modelo de atenção centrado nas pessoas e comunidades, no qual os serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças são gerenciados com foco no risco familiar e comunitário, no curso de vida, nos determinantes sociais da saúde e na saúde em todas as políticas. A execução dessas FESP envolve a coordenação dos serviços de saúde com outros atores públicos e privados, com os setores de desenvolvimento e com os governos locais para atender às demandas e prioridades da comunidade.

- a Fligstein N, McAdam D. *A Theory of fields*. Nova Iorque: Oxford University Press; 2012.
- b Lawrence T, Suddaby R, Leca B. Institutional work: refocusing institutional studies of organization. *J Manage Inq*. 2011;20:52-8.
- c Greenwood R, Raynard M, Kodeih F, Micelotta ER, Lounsbury M. Institutional complexity and organizational responses. *Acad Manag Ann*. 2011;5:317-71.
- d Seo MG, Creed WD. Institutional contradictions, praxis, and institutional change: a dialectical perspective. *Acad Manage Rev*. 2002;27:222-47.
- e Organização Pan-Americana da Saúde. *Estratégia para o Acesso universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde*. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2).

# PARTE IV





## NOVAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

Esta seção apresenta 11 funções essenciais de saúde pública (FESP) que são consideradas apropriadas para a Região das Américas. Essas funções são definidas em torno dos quatro estágios da abordagem integrada discutida na seção anterior, onde cada função tem igual relevância e não pode ser isolada das outras (Figura 2).

**Figura 2.** Caracterização das funções essenciais de saúde pública na abordagem integrada à saúde pública



**Fonte:** Elaboração própria.

As FESP resultantes desta proposta, seu escopo, sua situação atual e as práticas associadas são apresentadas nas páginas seguintes.

## ■ AVALIAÇÃO ▶

As FESP relacionadas à avaliação, pesquisa e vigilância do estado de saúde das comunidades, identificação de iniquidades no estado de saúde e análise dos fatores responsáveis por problemas de saúde envolvem a análise das causas das necessidades de saúde e, portanto, dos determinantes sociais da saúde. Essas FESP são necessárias para fortalecer as capacidades de inteligência, ou seja, a análise da situação de saúde da população, a avaliação e o monitoramento do desempenho dos sistemas de saúde e a pesquisa na área da saúde. Os dados empíricos coletados durante esses processos fornecem evidências sobre a eficácia das políticas de saúde e sobre a capacidade dos sistemas de saúde de responderem às necessidades de saúde da população. Todos esses são antecedentes necessários para o desenvolvimento de políticas, e implicam a mobilização das comunidades e a educação das pessoas em questões de saúde.

### **FESP 1. Monitoramento e avaliação da saúde e do bem-estar, da equidade, dos determinantes sociais da saúde e do desempenho e impacto dos sistemas de saúde**

#### *Descrição da função*

A FESP 1 contém as ações que garantem a disponibilidade, análise e uso da informação sobre o estado de saúde e bem-estar da população, a equidade em relação à saúde, os determinantes sociais da saúde, a capacidade de resposta do sistema de saúde e ações de saúde pública de tipo populacional e individual. Esta função visa fortalecer as capacidades das autoridades de saúde para implementar processos de monitoramento e avaliação, incluindo o uso de tecnologias de informação, gestão de dados, previsão e definição de cenários e análise e uso dessas informações nos processos de formulação de políticas de saúde e planejamento setorial para responder às necessidades de saúde da população (88, 89).

#### *Situação da função*

A institucionalização dos sistemas de monitoramento e avaliação na Região, especificamente na América Latina e no Caribe, acelerou-se com maior força a partir do século XXI devido à criação de unidades e componentes dedicados a esta função por vários governos de países da Região, e devido ao crescente interesse das organizações da sociedade civil, que promoveram seu uso como estratégia para garantir transparência e prestação de contas (89).

No que se refere às estruturas de governo do setor da saúde, os principais destaques são a criação de unidades encarregadas de coordenar a avaliação e a produção de informações científicas sobre eficácia, custos e impacto das tecnologias em saúde. Essas avaliações constituem uma ferramenta fundamental para a tomada de decisões racionais em muitos países da Região. Da mesma forma, os órgãos encarregados da gestão dos serviços de saúde têm promovido o desenvolvimento de unidades que têm como função primordial coordenar e realizar a fiscalização, monitoramento e avaliação da gestão dos estabelecimentos de saúde.

Em muitos casos, essas iniciativas contribuíram para a criação de sistemas de informação setoriais na área da saúde, com avanços significativos particularmente na integração de dados

e indicadores de produção, qualidade, custos, cobertura e desempenho de bens e serviços, bem como indicadores sobre o estado de saúde da população. Esses sistemas registram e disponibilizam as informações de forma exaustiva e, em grande medida, articulam-se com o planejamento e os objetivos de médio prazo (90).

Por outro lado, existem desafios em termos das limitações da capacidade da maioria dos países de exercerem o monitoramento e a avaliação da equidade no campo da saúde e seus determinantes. Isso se deve principalmente à capacidade dos sistemas de informação em fornecer dados que permitam comparações entre subgrupos populacionais e o desenvolvimento de competências técnicas para monitorar, analisar e comunicar tais informações. Por exemplo, em muitos países, não há pesquisas domiciliares sobre saúde com dados sobre as diferentes dimensões da equidade, como situação econômica, residência urbana ou rural e sexo, entre outros aspectos (91).

No caso das estratégias nacionais de saúde, muitos países da Região possuem algum tipo de mecanismo de monitoramento e avaliação, que inclui o desenvolvimento de pesquisas e sistemas de indicadores de resultados, bem como a avaliação dessas políticas, e que envolvem o uso de instrumentos diferentes. Além disso, destaca-se a existência de diversos projetos na área da saúde com financiamento internacional que apresentam, entre os seus compromissos, a realização de avaliações intermediárias e o monitoramento com a utilização de indicadores ou metas. Como complemento, também são realizadas avaliações externas, finais ou de impacto (90).

Apesar desses avanços, ainda são identificadas lacunas na institucionalização do monitoramento e avaliação como estratégia para melhorar a qualidade e a gestão das políticas, de forma que favoreça o uso de seus achados e recomendações (92). Embora um número crescente de governos de países da Região reconheça atualmente sua função de monitoramento e avaliação, principalmente por meio da promulgação de leis, decretos ou emendas administrativas que estabelecem sua obrigatoriedade, o nível de desenvolvimento em termos de planejamento e metodologias utilizadas é menor, pois poucos países desenvolveram de forma consistente regras e procedimentos que regulam formas específicas de avaliação ou a aplicação sistemática de técnicas específicas e com um processo de planejamento da atividade (92).

A abrangência e a utilização dos resultados também apresentam desafios importantes, uma vez que não existem mecanismos concretos pelos quais os achados se tornem insumos para o processo de formulação de políticas públicas (90). Estudos recentes sobre as estruturas e processos desenvolvidos em relação ao monitoramento e avaliação mostram que quase todos os países da Região apresentam pontuações muito baixas quando seus sistemas de monitoramento e avaliação são examinados com base na existência de instituições com função de realizar atividades de monitoramento, sua abrangência e articulação com programas e projetos, a utilização e divulgação da informação produzida, a qualidade dos sistemas de informação estatística e o marco jurídico e institucional (93).

Embora os países da Região tenham feito progressos substanciais na melhoria dos sistemas de informação em saúde, ainda enfrentam desafios significativos para garantir dados confiáveis, seguros e oportunos no formato apropriado (94). Por outro lado, a grande maioria dos esforços tem se limitado ao desenvolvimento de tecnologias de *software* e à adoção de soluções tecnológicas isoladas, enquanto o fortalecimento das capacidades para o uso efetivo da informação na tomada de decisões tem

recebido menos atenção. Ao mesmo tempo, vários desafios persistem em relação ao escopo limitado dos sistemas de informação atuais, devido à sua ênfase exclusiva na captura de dados do setor público, falta de capacidade de análise de dados, incapacidade de oferecer dados desagregados para a análise de equidade, viés para dados quantitativos e irregularidades em inquéritos populacionais. Existe também uma multiplicidade de sistemas de informação ligados a programas de doenças específicas, sem qualquer articulação entre si (94). Em muitos casos, esses sistemas de informação não atendem a todas as necessidades de monitoramento e avaliação das autoridades de saúde, em grande parte devido à falta de interoperabilidade e de procedimentos institucionalizados para compartilhar e gerenciar informações (95). Nesse mesmo sentido, também é necessário fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde de utilizarem e integrarem informações com uma produção mais informal e menos sistematizada, como a produzida nas redes sociais e outras mídias relacionadas à e-saúde.

### *Mecanismos para fortalecer a função*

A execução desta função requer a existência de instâncias legítimas e institucionalizadas com a incumbência e responsabilidade de definir e assumir as funções relacionadas com os componentes do sistema de monitoramento e avaliação das políticas e programas públicos de saúde. A existência de governança sólida e mecanismos de coordenação entre os atores, aliada a um amplo plano de monitoramento e avaliação, são componentes que auxiliam nesse processo (96). Considerando o caráter intersetorial da saúde pública e a abordagem dos determinantes sociais, também é necessário melhorar a coordenação intersetorial para alcançar a harmonização e promover uma abordagem estatal e integrada do monitoramento e avaliação (94).

Além disso, há uma necessidade de sistemas de informação integrados para a saúde que apoiem o papel de liderança e governança das autoridades de saúde. O *Plano de ação para fortalecer os sistemas de informação para a saúde 2019-2023* (94), aprovado pelos Estados Membros da OPAS em outubro de 2019, apresenta os principais elementos de ação para garantir inovação, integração e convergência, incluindo o fortalecimento dos mecanismos de governança dos sistemas de informação em saúde, mediante promoção do desenvolvimento de sistemas de informação interconectados e interoperáveis e a produção e intercâmbio de informação técnica e científica para apoiar a operação dos sistemas de informação, bem como o estabelecimento de uma rede de instituições e especialistas para assessorar a OPAS e os Estados Membros na introdução de modelos inovadores para o desenvolvimento de informação e para melhorar a formação de recursos humanos em todos os aspectos dos sistemas de informação para a saúde.

O processo de geração de informações relacionadas à situação de saúde e equidade requer um enfoque intersetorial e a interconectividade e interoperabilidade dos sistemas de informação participantes, o que promove a qualidade, transparência, segurança, privacidade e confidencialidade do fluxo de informação. A liderança das autoridades de saúde, priorizando o desenvolvimento de capacidades de longo prazo e não das necessidades urgentes, juntamente com uma abordagem integral para fortalecer um sistema de informação unificado em vez de abordagens pontuais que enfocam as necessidades de dados específicos, é um elemento que ajuda no desenvolvimento de sistemas de informação (97).

Também é necessário fortalecer o papel das autoridades de saúde para fiscalizar e garantir que o setor privado cumpra os requisitos de notificação de informações de saúde (98). A liderança das autoridades de saúde também é importante nos processos de negociação com organizações

internacionais em relação ao financiamento, para garantir um desenvolvimento holístico dos sistemas de informação em que as necessidades nacionais de monitoramento e avaliação são priorizadas em vez das necessidades externas (99).

Os marcos regulatórios e operacionais devem fortalecer as instituições que geram e analisam informações (por exemplo, institutos de estatística, cartórios ou salas de situação de saúde), bem como o desenvolvimento de padrões de interoperabilidade e a modernização dos processos de monitoramento e avaliação por meio de novas oportunidades para inovação e produção de dados.

Esse processo deve incluir todos os níveis institucionais do sistema, nacionais e subnacionais, interinstitucionais e entre países, com desagregação dos diferentes níveis populacionais e ênfase nas necessidades dos indivíduos, comunidades, populações e suas maiores vulnerabilidades (100). Nesse sentido, o fortalecimento dos sistemas de informação para a inclusão de métricas sobre os determinantes sociais da saúde nos sistemas de monitoramento e avaliação, como diferenças de renda, educação, emprego e necessidades básicas insatisfeitas, servem de base para o fortalecimento da gestão pública e das políticas e programas sociais que influenciam a saúde e a equidade (100).

Nesse marco, são necessárias iniciativas que melhorem a coleta, qualidade e uso dos dados para o monitoramento e avaliação da equidade no campo da saúde e o desenvolvimento das competências técnicas necessárias para o seguimento e análise desta informação. As fontes de dados precisam ser fortalecidas por meio de esforços para ampliar e realizar pesquisas domiciliares de maneira regular e recorrente, idealmente de poucos em poucos anos em todos os países, e para harmonizar os dados coletados nos estabelecimentos por meio de padronização de registros eletrônicos em todas as instituições (91).

Da mesma forma, é importante garantir que os delineamentos das avaliações incluam a análise dos aspectos políticos e sociais que geram iniquidades em saúde, como as desigualdades econômicas, a influência política e as deficiências dos sistemas de proteção social (101). Nesse marco, os sistemas de monitoramento e avaliação em saúde e as análises deles derivadas são instrumentos de planejamento, implementação e avaliação das políticas em saúde, processo que deve ser complementado por um diálogo social que permita uma prestação de contas pelas autoridades de saúde frente aos atores da sociedade.

## **FESP 2. Vigilância em saúde pública: controle e gerenciamento de riscos e emergências em saúde**

### *Descrição da função*

Esta função considera o fortalecimento das capacidades institucionais e de direção das autoridades de saúde para garantir vigilância, controle, gestão e resposta adequados aos riscos à saúde, inclusive surtos de doenças transmissíveis, emergências, fatores de risco de doenças para transmissíveis, saúde mental e lesões, entre outros temas.

Assim, essa função é constituída por diferentes tipos de práticas, cujo eixo comum reside no processamento sistemático da informação para a ação. Essas práticas incluem a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis (102) e a vigilância em saúde pública para subsidiar a tomada de decisões sobre medidas de prevenção e controle de eventos relacionados à saúde (riscos e danos) ou para recomendar ações de promoção da saúde (102).

Essa função também abrange outras condições de saúde positivas, como nutrição, crescimento e desenvolvimento, amamentação e saúde ocupacional (103, 104). Inclui também a vigilância dos determinantes da saúde em um dado território, sob responsabilidade do poder público local, fortemente vinculada às práticas de promoção da saúde individual e coletiva com uma perspectiva intersetorial (105).

A função também inclui a vigilância de riscos e problemas de saúde decorrentes dos processos de produção e consumo de bens (por exemplo, alimentos) e da prestação de serviços de saúde (por exemplo, medicamentos e tecnologias de saúde) (106, 107), que geralmente recaem sobre órgãos pertencentes às autoridades de saúde, arranjo administrativo que lhes confere alguma autonomia (108).

Por fim, inclui também a vigilância em saúde ambiental, incumbida de detectar os fatores ambientais que interferem na saúde humana, a fim de propor medidas de prevenção e controle (109, 110). Um escopo específico desta vigilância é a vigilância e resposta a emergências (111-113).

### *Situação da função*

Muitos países da Região apresentam avanços importantes nos diferentes componentes que compõem o sistema de vigilância epidemiológica, principalmente de doenças transmissíveis, incluindo elementos relacionados a eventos; normas e protocolos; articulação de estratégias de vigilância clínica, laboratorial e sentinela; redes e produtos (boletins e relatórios). Ou seja, geralmente atende às diretrizes que caracterizam a função de vigilância: a coleta sistemática e oportuna de informações para ações de controle (114-130).

Alguns países da Região também fizeram progresso na avaliação dos sistemas de vigilância (131, 132), bem como experiências inovadoras. Um exemplo disso é o desenvolvimento de estratégias para o controle da malária nas áreas de fronteira da região andina (133) e no Suriname (134), a vigilância de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em hospitais de Belo Horizonte (135) e ações de controle de grandes endemias, como a dengue no Brasil (136).

A Região iniciou o desenvolvimento de redes de vigilância no âmbito de aplicação supranacional. Um exemplo disso é a Rede Sul-americana de Vigilância e Resposta à Saúde, promovida pelo Conselho Sul-americano de Saúde da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL) em 2009 (137). Essa rede surgiu da integração de duas propostas sub-regionais: a elaborada pela comunidade de países da área andina em 1996, conhecida como Rede Andina de Vigilância Epidemiológica, e a do MERCOSUL em 1998, denominada Comissão de Vigilância Sanitária do MERCOSUL. A rede avançou com acordos sobre a priorização de eventos sob vigilância e o desenvolvimento de uma ferramenta informática comum para notificação (VIGISAS) (138), bem como a revisão e adaptação do instrumento da Organização Mundial da Saúde (OMS) para monitoramento das capacidades básicas previstas no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005 (139).

Outra experiência importante no que diz respeito à vigilância supranacional é a preparação do documento *Sistemas de vigilância para influenza e outros vírus respiratórios nas Américas*, coordenado pela OPAS. As informações fornecidas por cada país das Américas permitem a vigilância oportuna dos vírus respiratórios circulantes em todo o continente e, ao mesmo tempo, mostram que o desenvolvimento de extensas redes de vigilância é viável (140).

Essas capacidades foram cruciais para responder a emergências de saúde pública, como a pandemia de COVID-19 de 2020, mas também em outras experiências do passado recente, como a pandemia de gripe H1N1 de 2009, o surto do vírus Ebola em 2014 e os surtos de Zika vírus e cólera (no Haiti) em 2016. No entanto, essas crises também expuseram os desafios que a comunidade internacional e as autoridades de saúde dos países ainda enfrentam para responder a esses eventos graves e de rápida evolução. O ressurgimento da febre amarela foi o último evento que exigiu uma resposta coordenada entre os países e atores externos da Região (141).

Vários países também desenvolveram experiências por meio de organizações relacionadas com a regulamentação de tecnologias de alimentos e saúde: na Argentina, a Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologias Médicas (ANMAT); no Estado Plurinacional da Bolívia, a Diretoria de Medicamentos e Tecnologias em Saúde (Dinamed); no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); no Chile, a Agência Nacional de Medicamentos (Anamed); na Colômbia, o Instituto Nacional de Medicamentos e Alimentos (Invima); no Equador, a Agência Nacional de Regulação, Controle e Vigilância Sanitária (Arcsa); no Paraguai, a Diretoria Nacional de Vigilância Sanitária; no Peru, a Diretoria de Controle Sanitário e Vigilância; no Suriname e no Uruguai, as respectivas Diretorias de Avaliação Sanitária; e na República Bolivariana da Venezuela, o Serviço Autônomo de Controladoria Sanitária (108).

No âmbito de algumas dessas organizações, destacam-se várias experiências exitosas de vigilância sanitária. Um exemplo disso é o Observatório ANMAT na Argentina (142), a Educanvisa no Brasil (143) e a avaliação da incorporação de tecnologias no Uruguai (144). Nesse campo, especificamente no tocante à farmacovigilância, e com o apoio da Rede Pan-Americana de Harmonização da Regulamentação Farmacêutica promovida pela OPAS, foram desenvolvidas experiências de notório sucesso no Brasil, México, Peru e Uruguai (145).

Na última década, vários países da Região ampliaram o escopo de atuação da vigilância no campo da saúde pública, incluindo outros eventos e seus fatores de risco. Nesse sentido, vários países desenvolveram estratégias de vigilância para doenças crônicas não transmissíveis comuns e seus fatores de risco. A estratégia envolve a realização de inquéritos domiciliares de base populacional que permitem conhecer a prevalência de eventos e fatores de risco, como a ocorrência de diabetes, hipertensão, obesidade, sobrepeso, sedentarismo, tabagismo e hábitos alimentares (pesquisas nacionais de fatores de risco). Dependendo do país, a pesquisa é realizada a cada três a cinco anos e permite o monitoramento de eventos e a avaliação de políticas de prevenção e promoção. Alguns dos países da Região que avançaram nesse sentido são Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai (146).

Na linha de vigilância de eventos que não sejam doenças transmissíveis, existem várias experiências que respondem às necessidades locais. Exemplo disso são os sistemas implantados para vigilância de lesões e violência nas cidades do Rio de Janeiro (Brasil), Cali e Bogotá (Colômbia) e Quito (Equador) (103), vigilância da mortalidade materna na Jamaica (147) e análise de situação na Argentina (148).

A situação da função que acabamos de descrever aplicada a determinadas áreas contrasta com o menor desenvolvimento da vigilância em outros campos, como, por exemplo, incidentes causados por liberação natural, acidental ou deliberada de material químico, biológico ou radioativo; monitoramento ambiental; e, especialmente, o problema crescente da multirresistência aos antimicrobianos. Embora a prevalência de resistência aos antimicrobianos seja maior em doenças bacterianas, também é relatada em doenças fúngicas, parasitárias e virais, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (149). Portanto, em um contexto em que a multirresistência a antimicrobianos não está incluída nos programas de vigilância, prevenção e gerenciamento de risco, as projeções estimadas de mortes anuais atribuíveis a este problema até 2050 serão de cerca de 10 milhões, com um custo estimado mundial de US\$ 100 trilhões e redução do produto interno bruto (PIB) entre 2% e 3,5% (150, 151).

O uso inadequado e a falta de programas de uso racional de medicamentos, a presença de organismos multirresistentes em ambientes hospitalares, infraestruturas hospitalares e de diagnóstico microbiológico de baixa qualidade e a falta de controle das infecções associadas aos cuidados de saúde são alguns dos determinantes de multirresistência aos antimicrobianos. Até 2015, na Região das Américas, apenas 9% dos países relataram a existência de um plano de ação nacional sobre resistência aos antimicrobianos, 15% dos países apresentaram um relatório de progresso de cinco anos e 37% dos países apresentaram relatórios sobre seus sistemas de vigilância. Em relação ao uso inadequado de antimicrobianos, em 50% dos países da Região esses medicamentos são vendidos sem receita médica, apenas 49% dos países relataram possuir autoridade reguladora nacional, 40% possuem normas de qualidade e apenas 40% relataram processos de inspeção de suas normas de qualidade nesta área (151).

Em relação aos riscos ambientais, em 2016 houve um aumento significativo no número de pessoas afetadas por desastres (hidrológicos, meteorológicos ou geofísicos). Globalmente, o número chegou a 569,4 milhões de pessoas, e as Américas foram, novamente, a segunda região com o maior número de desastres registrados (24,3% do total) (152). Naquele ano, o terremoto no Equador e o furacão Matthew no Haiti foram os fenômenos naturais com maior mortalidade em todo o mundo. Além disso, os custos em danos atingiram US\$ 3,79 bilhões na América do Sul, US\$ 4,6 bilhões no Caribe e US\$ 48 bilhões na América do Norte (152). Na região da América do Sul, embora tenha havido algumas experiências importantes, como a Rede de Gestão de Risco de Desastres, a vigilância no contexto de desastres é uma área que precisa ser fortalecida (153).

No que diz respeito ao monitoramento dos determinantes sociais, as experiências são menores. No entanto, existem alguns exemplos interessantes, como o Programa Nacional de Municípios Saudáveis da Argentina (154), que, com foco nos governos locais, desenvolve estratégias integrais de vigilância, especialmente dos determinantes sociais, em conjunto com ações de promoção da saúde. Em 2009, os governos locais (municípios e comunas) deram início a um processo que culmina com a obtenção da denominação de “saudável”. Para isso, devem atender a diversas metas, como a institucionalização de uma mesa de gestão local, desenvolvimento de projetos de intervenção que abordem os determinantes sociais, monitoramento e avaliação do impacto do programa. Atualmente, 1.012 dos 2.200 municípios e comunas da Argentina participam do programa (155).



### *Mecanismos para fortalecer a função*

O principal desafio dos sistemas de vigilância é sua integração às funções das autoridades de saúde, com uma abordagem baseada em eventos e a capacidade de detectar riscos e eventos de forma mais ágil (141, 156). Igualmente, o fortalecimento da vigilância requer um fluxo constante e ininterrupto de dados para o grupo de atores envolvidos na gestão da resposta aos eventos, tanto nacionais como internacionais. Finalmente, deve haver uma gestão adequada de recursos para poder transformar em tempo hábil esse fluxo de dados em evidências para a tomada de decisão adequada pelas autoridades de saúde, no momento de gerenciar a resposta (141, 156).

Nesse contexto, as autoridades de saúde devem fortalecer os sistemas de vigilância, priorizando a formulação de políticas que envolvam a sociedade civil para reduzir a incidência de infecções, otimizar o uso de antimicrobianos e promover investimentos sustentáveis que levem em conta o contexto de cada um dos países. Semelhante à vigilância de surtos de doenças, a vigilância laboratorial e a vigilância epidemiológica são funções que devem ser fortalecidas para a geração de informações que permitam a tomada de decisões pelas autoridades de saúde de forma custo-efetiva. Além disso, devem ser criados marcos regulatórios e de fiscalização do uso inadequado de antimicrobianos em humanos e animais, bem como um sistema de monitoramento que fortaleça o papel dos comitês de uso de antibióticos (75).

As organizações supranacionais exigem o fortalecimento das atividades de vigilância enquadradas nas capacidades básicas especificadas no RSI (156). Especificamente, o fortalecimento da governança e da reitoria e a institucionalização do sistema de vigilância e monitoramento são pilares fundamentais das capacidades que permitirão uma vigilância adequada no campo da saúde pública. No nível nacional, as lacunas e falhas na implementação do RSI podem ser resolvidas com a criação de uma base legal fortalecida que estabeleça um marco regulatório formal e assegure uma capacidade de resposta rápida e coordenada do sistema de saúde (75).

Também é essencial que as autoridades de saúde fortaleçam suas capacidades para prevenir e reduzir riscos e responder a desastres. Nesse sentido, devem considerar algumas prioridades, como o conhecimento da magnitude e das características do risco de desastres, o fortalecimento dos arranjos institucionais que permitam gerenciar esses riscos e o investimento para a criação de sistemas resilientes. Essas capacidades são essenciais para adaptar os sistemas de saúde aos diferentes desafios de saúde pública que devem ser enfrentados na preparação para uma resposta, recuperação e reconstrução eficazes. O desenvolvimento dessas capacidades também deve contemplar o cumprimento dos marcos internacionais, com responsabilidade compartilhada entre as autoridades de saúde, os atores nacionais e subnacionais relevantes e a cooperação internacional correspondente (157, 158).

Nesse contexto, é essencial uma otimização da avaliação de risco que conduza ao desenvolvimento de estratégias e intervenções baseadas em evidências. Isso permitirá fortalecer os sistemas de alerta precoce e previsão de perigos, estabelecer uma estrutura organizacional adequada para os escritórios de gestão de risco e coordenar esses escritórios com as autoridades de saúde (159). Da mesma forma, faz-se necessário fortalecer as capacidades de determinar os impactos das mudanças climáticas na saúde em nível nacional e subnacional, entendendo que esses impactos estarão diretamente associados aos determinantes sociais da saúde.

A capacidade do setor da saúde para monitorar e responder a esses riscos dependerá da qualidade e articulação dos centros de operações de emergência, equipes de resposta e equipes médicas de emergência. Além disso, deve-se fortalecer a definição de linhas de autoridade, responsabilidades e coordenação com a sociedade civil, voluntários, organizações comunitárias, a comunidade acadêmica e o setor privado (159).

A vigilância e a redução do risco de desastres implicam em uma alta capacidade de gestão de recursos críticos (humanos, financeiros, tecnológicos e físicos), especialmente aqueles localizados em áreas de alto risco de desastres. Desde 2005, vários marcos internacionais e o *Plano de ação para redução do risco de desastres 2016-2021* da OPAS (159) têm considerado como fundamental a implementação de estratégias e investimentos financeiros e tecnológicos para neutralizar os efeitos das mudanças climáticas e melhorar as redes de serviços de saúde com hospitais seguros e inteligentes. A implementação dessas estratégias não terá apenas repercussões estruturais e funcionais, mas também fortalecerá todo o processo de preparação, resposta e recuperação do sistema em face de desastres e emergências.

Desde o início do novo milênio, os processos de globalização, interconexão e interdependência entre países e regiões têm se acelerado. Nesse contexto, é de extrema importância garantir a saúde das populações em eventos extraordinários e imprevistos que constituam um risco para a saúde e que em alguns casos configurem emergência de saúde pública de interesse nacional e internacional; incidentes causados por liberação natural, acidental ou deliberada de material químico, biológico ou radioativo; e riscos emergentes em relação à saúde. Da mesma forma, os efeitos das mudanças climáticas e dos desastres naturais sobre a saúde constituem eventos que requerem uma capacidade de resposta adequada e célere por parte dos sistemas de saúde.

Como proposta para fortalecer essa função, as autoridades de saúde devem explorar o desenvolvimento de propostas de vigilância em saúde. Não se trata de levar em consideração apenas os possíveis danos e riscos à saúde, mas também os determinantes sociais da saúde. Essa abordagem envolve atores além do setor da saúde, como governos locais, outros setores e a comunidade, e está intimamente ligada à promoção da saúde (160).

### FESP 3. Promoção e gestão da pesquisa e do conhecimento no campo da saúde

#### *Descrição da função*

Esta função inclui a produção de conhecimento científico e sua integração no processo de formulação de políticas de saúde das autoridades de saúde, visando garantir essas contribuições fundamentais para o fortalecimento dos sistemas de saúde e da saúde pública.

#### *Situação da função*

Nos últimos anos, houve uma evolução considerável que alterou o quadro político, os paradigmas e as formas de realização e promoção da pesquisa na área da saúde. Em 2009, a OPAS aprovou um documento chamado *Política para a pesquisa em saúde*, e as Américas tornaram-se assim a primeira região da OMS a ter um instrumento específico sobre o tema (161). A Assembleia Mundial da Saúde, por sua vez, adotou a estratégia da OMS de pesquisa para a saúde (162) em 2010, que é sinérgica com a política da OPAS adotada no ano anterior. A formulação dessas políticas foi seguida pelo desenvolvimento de políticas, leis e agendas de pesquisa em vários países das Américas (163). Em 2017, 16 países informaram ter uma política sobre pesquisa em saúde e 18 países da Comunidade do Caribe (CARICOM) haviam adotado uma política comum (164).

Embora a maioria dos países da Região tenha uma política nacional de pesquisa em saúde, ainda existem diferenças notáveis em sua capacidade de oferecer, usar e organizar pesquisas em saúde ou monitorar sua capacidade de pesquisa e manter suas políticas e agendas nacionais em vigor conforme mudam as circunstâncias (por exemplo, condições epidemiológicas, conhecimento científico ou prioridades governamentais).

As Américas, incluindo a região do Caribe, produzem 46% da pesquisa mundial em saúde pública, mas a maior parte dessa pesquisa (37%) vem dos Estados Unidos (165), e essa produção nem sempre é relevante para o contexto nacional de outros países da Região (166). Ao mesmo tempo, os territórios caribenhos são os de menor produção científica da Região, apesar do aumento na produção científica observado em outros países (167) e dos esforços significativos que foram feitos para promover o desenvolvimento de equipes de pesquisa competitivas (168). O investimento regional em pesquisa também é baixo em comparação com outras regiões. Em média, os países da América Latina e do Caribe investem 0,6% do PIB em pesquisa e desenvolvimento, ante 2 a 3% investidos por outros países, como Alemanha, Estados Unidos e Japão (169). Poucos países relatam de forma sistemática e padronizada o investimento em pesquisas de saúde (170).

Na última década, as normas para relatórios de pesquisa melhoraram e os registros de ensaios clínicos trouxeram transparência à pesquisa. Também tem havido um desenvolvimento crescente da síntese de evidências e metodologias que facilitam a transferência de conhecimento, bem como uma ênfase no aumento do valor da pesquisa e na prevenção de seu desperdício (171). Os países desenvolveram plataformas para aumentar a transparência e a participação pública na pesquisa para a saúde (172), ao mesmo tempo em que enfatizaram a necessidade de impulsionar a pesquisa em saúde pública e sobre os serviços e sistemas de saúde (33, 173).

No entanto, permanece a necessidade de integrar esses avanços de maneiras que beneficiem os cidadãos, expandi-los para incluir outras formas de pesquisa e outros recursos e produtos de pesquisa

e fazer isso de forma consistente em todos os países. Além disso, a organização e a gestão da pesquisa simplesmente não existem em alguns lugares, e as estruturas e processos que melhor apoiam a pesquisa sobre políticas, sistemas de saúde e saúde pública ainda precisam ser desenvolvidos e aproveitados pela comunidade científica (163). Os processos de planejamento de investimentos em pesquisa também carecem de melhora para que os resultados se traduzam em benefícios para a saúde pública e os sistemas de saúde (173). O fato de não haver painéis que forneçam informações padronizadas, válidas e oportunas sobre os recursos, capacidades e produtos de pesquisa de cada país é significativo; além disso, muitos relatórios são produzidos com metodologias defasadas e, quando finalmente são disponibilizados, contêm informações já desatualizadas.

### *Mecanismos para fortalecer a função*

Essa função requer mecanismos de reitoria e governança de pesquisa eficazes e eficientes que contribuam para a formulação e financiamento de linhas de pesquisa alinhadas com as políticas e prioridades definidas pelas autoridades de saúde. Devem levar em consideração os determinantes sociais da saúde e os desafios dos marcos regulatório setoriais e intersetoriais e sua influência sobre as limitações e desafios da capacidade de resposta dos sistemas de saúde (161, 174), bem como as contribuições de pesquisa necessárias para que os países atinjam os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com os quais se comprometeram. O Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CONACYT) do México tem sido um modelo de financiamento sustentável da pesquisa de saúde nos países da Região. Outros países da Região, como Argentina, Chile, Colômbia e Uruguai, implementaram abordagens semelhantes para a distribuição de fundos para pesquisa, por meio de editais anuais de propostas de pesquisa, como estratégia para aumentar a coordenação entre financiamento e prioridades (175).

De forma complementar, a criação de capacidade de pesquisa para apoiar a formulação de políticas de saúde requer o fortalecimento do capital humano adequado, sua composição e sua formação. Além disso, é necessário criar ou reformular a governança da pesquisa para a saúde, com estruturas institucionais e mecanismos que implementem códigos de conduta sobre aspectos éticos e transparência nos processos de pesquisa e nos produtos obtidos (162, 176). Dessa forma, será possível favorecer a articulação entre a produção do conhecimento e os processos decisórios na formulação e implementação de políticas de saúde.

A articulação entre a gestão da produção do conhecimento e a formulação de políticas deve ir além da utilização pontual pelas autoridades de saúde dos resultados finais publicados em periódicos acadêmicos. As respostas desenvolvidas por meio de pesquisas em saúde precisam ser inteligíveis para aqueles que as usarão. Portanto, a integração das evidências científicas com os aspectos contextuais e de implementação na formulação de políticas, bem como todo o contínuo do processo de produção do conhecimento, requer mecanismos de colaboração entre a ciência, o setor acadêmico e a política. As iniciativas de transferência e aplicação de conhecimento nas Américas não passaram por uma revisão abrangente. No entanto, alguns estudos de caso destacam o estabelecimento pelas autoridades de saúde de estruturas formais (unidades) encarregadas de implementar propostas de transferência de conhecimento em nível nacional como estratégias eficazes para vincular a pesquisa à formulação de políticas de saúde (171).

Apesar dos vários desafios de capacitação em pesquisa nos países da Região, algumas experiências regionais mostram que é possível alcançar resultados positivos por meio do uso coordenado das redes existentes e de fundos limitados (177). Essas experiências destacam a promoção da colaboração internacional como mecanismo para potencializar a produção de conhecimento nos países e contribuir para a redução das lacunas em termos de desafios e capacidades instaladas, especialmente para os países com menor desenvolvimento de suas capacidades próprias (178, 179).

Essas experiências também destacam a importância da colaboração Norte-Sul e Sul-Sul para aumentar a capacidade de pesquisa para melhorar a saúde nas Américas. Os principais componentes do seu sucesso incluem o apoio a líderes comprometidos, o fornecimento de capacitação a partir de iniciativas regionais de treinamento já existentes e a construção de boas parcerias regionais e internacionais. A presença de instituições de pesquisa competentes na América Latina e no Caribe será fundamental para que a pesquisa em saúde seja sustentável e equitativa no futuro.

De forma complementar, é necessário fortalecer os sistemas de ética em pesquisa e garantir que a ética seja integrada nos processos de tomada de decisão que afetam a população dos países da Região das Américas. Para alcançar esses objetivos, é necessário desenvolver iniciativas de treinamento para integrar um enfoque ético nas pesquisas relacionadas a saúde, vigilância, resposta a emergências, imunização e formulação de políticas realizadas na Região.

Por fim, as autoridades de saúde devem garantir a participação social e divulgar novas evidências e novos conhecimentos com transparência e em formatos e meios que facilitem sua compreensão e uso (162). Deve ser ampliada a participação em avaliações abertas e debates políticos, bem como a divulgação pela mídia, com as adaptações necessárias para cada público.

## ■ FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS ▶

Essas FESP desenvolvem a capacidade técnica para formular políticas de saúde voltadas para a saúde da população, com intervenções explícitas destinadas a abordar as causas dos problemas de saúde e fortalecer os sistemas de saúde. Também incluem as capacidades políticas necessárias para garantir mecanismos de participação dos atores-chave em processos de tomada de decisão e de prestação de contas que viabilizem o processo de implementação das estratégias de fortalecimento dos sistemas de saúde ou das mudanças promovidas.

### **FESP 4. Formulação e implementação de políticas de saúde e promoção de leis que protejam a saúde da população**

#### *Descrição da função*

Esta função compreende, de forma abrangente, dois componentes: o desenvolvimento das capacidades das autoridades de saúde para formular e implementar políticas setoriais que abordem os problemas de saúde da população e sejam subsidiadas pelos melhores conhecimentos disponíveis e relevantes; e o fortalecimento de sua influência na produção de um conjunto de leis que defina uma estrutura institucional e regulatória formal para o setor da saúde. Ambos os componentes devem ser orientados pelos valores, premissas e objetivos de avançar rumo ao acesso e cobertura universais de saúde, fortalecendo a estrutura institucional do setor da saúde em resposta aos desafios e problemas de saúde da população<sup>2</sup>.

Para formular e implementar políticas de saúde, é necessário interpretar toda a problemática responsável pelas condições de saúde e iniquidades em saúde que afetam a população, traçar estratégias com intervenções eficazes, eficientes e seguras sobre os fatores institucionais, organizacionais e de responsabilidade social e contar com as competências técnicas e políticas para garantir a sua implementação e cumprimento. A formulação e implementação de políticas de saúde devem considerar também os determinantes sociais da saúde, tanto em seu processo de elaboração quanto em sua implementação, bem como a importância do trabalho intersetorial durante o ciclo de política, ou seja, durante a formulação, planejamento, implementação e avaliação.

A eficácia na execução desta função é expressa pelo conteúdo das políticas e das regulamentações que influenciam a alocação de recursos do sistema de saúde (incluindo recursos humanos, financeiros e tecnológicos). A promoção de um conjunto de leis deve contemplar os valores, concepções e estruturas institucionais formais do Estado que definem as competências institucionais das entidades e organismos que compõem o sistema de saúde.

<sup>2</sup> Essa função abrange as capacidades gerais necessárias para a formulação e a efetivação de políticas de saúde. A eficácia na execução desta função também se vê expressa na formulação de políticas que influenciem os determinantes sociais da saúde, os fatores de risco e a promoção da saúde. Essas políticas específicas são abordadas com mais detalhes nas funções 6, 7, 8 e 10.

### *Situação da função*

Os países da Região apresentam diversos avanços e desafios na formulação de políticas e legislações relacionadas à saúde.

A grande maioria dos países da Região elaborou planos de política no campo da saúde que especificam objetivos associados à expansão das condições de cobertura e acesso aos serviços de saúde (78); o melhor aproveitamento de conhecimentos e tecnologias para responder aos problemas locais; e a abordagem específica para fatores de risco comportamentais, ambientais e sociais (164). Essas políticas têm levado à priorização de temas e abordagens com intervenções em diferentes tipos de problemas de saúde, frequentemente alinhadas com as prioridades nacionais (78).

Apesar dos avanços alcançados, um dos desafios centrais é o desenvolvimento limitado das capacidades técnicas e políticas necessárias para construir uma visão integrada e consensual para o fortalecimento e transformação dos sistemas de saúde. Ter uma visão unificada assegurará a coerência das leis e políticas de saúde e a integração da perspectiva do direito à saúde no contexto dos direitos humanos (78, 180). Embora os países tenham pessoal treinado para a formulação de políticas, principalmente com conhecimento e experiência em planejamento e gestão estratégica, preparação de instrumentos jurídicos e priorização de políticas públicas de saúde, há uma distribuição desigual dessas capacidades e competências entre países diferentes e mesmo entre as divisões nacionais e subnacionais dentro dos países (180).

Da mesma forma, existe uma coordenação limitada entre o poder legislativo (principalmente as comissões de saúde) e as autoridades de saúde no que diz respeito à adoção e implementação de normas executivas, leis, decretos e regulamentos relacionados com a saúde (180), bem como há fragilidades na atualização de prioridades no campo da saúde, desconhecimento das obrigações firmadas (por exemplo, aquelas relacionadas à Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco [CQCT]) e limitações em relação à articulação e coerência entre as diferentes intervenções e o conhecimento dos efeitos e repercussões destas intervenções.

Os processos de formulação de políticas nem sempre contam com a participação de atores relevantes, como a sociedade civil, o setor privado (com a devida atenção aos conflitos de interesse), os gestores do conhecimento e a comunidade. Uma limitação importante é o pouco esforço para realizar atividades de mapeamento dos parceiros atuais e potenciais para determinar o grau de apoio e viabilidade na execução das políticas de saúde (78, 181). Em relação ao apoio a entidades subnacionais (estados/províncias e municípios), existem dificuldades em reconhecer as necessidades de apoio e desafios pendentes na capacidade de gestão dessas entidades.

Da mesma forma, nos últimos 15 anos, algumas constituições nacionais foram reformadas para garantir os direitos humanos no marco do fortalecimento dos sistemas de proteção social, enquanto outras incorporaram o direito ao “bem viver”, a diversidade cultural e étnica e o acesso à medicina tradicional, à água potável, ao saneamento e à alimentação adequada, entre outros (180).

Algumas leis nacionais foram reformuladas para assegurar o acesso universal aos serviços de saúde para populações específicas, como pessoas com HIV, deficiências ou transtornos mentais, mães e crianças, adolescentes e idosos, enquanto outros países promulgaram leis para garantir o acesso universal ao seguro-saúde e outros benefícios médicos, inclusive o direito a produtos

de saúde, como vacinas e medicamentos essenciais (180). Da mesma forma, foram promulgadas leis nacionais ou subnacionais para regulamentar vários fatores de risco para doenças não transmissíveis, entre as quais se destacam aquelas relacionadas ao controle do tabagismo, que respondem à aplicação da CQCT, um tratado internacional juridicamente vinculante que foi ratificado por 30 dos 35 Estados Membros da OPAS.

### *Mecanismos para fortalecer a função*

As políticas, estratégias e planos do setor da saúde devem articular todas as metas, objetivos e atividades de forma abrangente e coerente, norteados pelos princípios e linhas estratégicas da *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde* (33). Todos os programas e serviços do setor devem ser considerados, para facilitar a coordenação e evitar a fragmentação devido a planejamento e implementação paralelos (181). Para isso, é importante que o planejamento de políticas inclua todos os aspectos que impactam o setor da saúde, como recursos humanos, tecnologias em saúde, arranjos financeiros, serviços de saúde pessoal e coletiva, programas específicos, determinantes sociais e todos os atores envolvidos, públicos e privados, bem como políticas externas ao setor da saúde que impactam diretamente na saúde da população (181).

O planejamento de políticas de saúde voltadas à produção de mudanças no sistema de saúde deve buscar a definição de responsabilidades e a alocação de recursos para as intervenções, bem como a colaboração e coordenação entre as autoridades de saúde e diferentes setores sociais envolvidos na saúde ou com influência sobre ela. Especialmente relevante é a colaboração com o poder legislativo, que deve abranger e integrar as diferentes funções essenciais de saúde pública como guia para uma agenda legislativa que apoie os valores sociais do direito à saúde, à solidariedade e à equidade (33).

As medidas devem ter como objetivo produzir mudanças nos arranjos institucionais, tanto setoriais como intersetoriais, visando facilitar a eliminação das barreiras de acesso aos serviços de saúde pública individuais e coletivos e levar a melhorias na capacidade de resposta do sistema de saúde (182). Isso inclui o planejamento de políticas sobre prestação e acesso a serviços de saúde abrangentes, pessoais e coletivos, clínicos e não clínicos.

Por outro lado, também é necessário que as políticas e recursos voltados para a melhoria da saúde sejam redirecionados para abordar os determinantes sociais estruturais e intermediários e os fatores de risco. Este paradigma favorecerá intervenções que tenham efeitos múltiplos, amplos e benéficos, criando ambientes que façam da opção mais saudável a opção mais fácil. Isso requer novas capacidades de inteligência, análise e formulação de políticas e gestão de mudanças consistentes com um novo enfoque que favoreça a abordagem dos ambientes sociais e físicos e um maior compromisso com os parceiros intersetoriais (183).

No bojo do Estado, é essencial envolver outros ministérios com competência em políticas sociais para sustentar iniciativas intersetoriais que abordem os determinantes sociais por meio do fortalecimento dos sistemas de proteção social. É importante também que essas iniciativas considerem as áreas do Estado que atuam direta ou indiretamente sobre os determinantes sociais da saúde (meio ambiente, indústria, trabalho, etc). Em certos contextos, é necessário considerar tanto os atores das jurisdições subnacionais (estaduais ou municipais), que desempenham um papel fundamental na adaptação ou implementação de iniciativas em contextos locais, quanto os agentes não estatais (da



sociedade civil, organizados ou não, e organizações privadas com ou sem fins lucrativos, com maior ou menor formalidade e visibilidade) que desempenham funções de controle social, promoção de causa e influência nos processos de mudança e de prestação de serviços.

Para que haja coerência, é importante que as políticas públicas de saúde sejam pautadas e harmonizadas com as políticas e objetivos do Estado. Para isso, a formulação de políticas deve incluir os elementos que fazem parte da agenda de outros setores, com metas definidas que norteiem a alocação de recursos e o planejamento das ações intersetoriais, bem como aquelas que se encontram em tratados com caráter vinculativo, como é o caso da CQCT. Da mesma forma, é importante que as informações e atividades sejam acordadas por consenso com uma ampla gama de atores do setor da saúde, incluindo programas, serviços e funções de apoio, bem como de outros setores (181).

É importante que o processo de formulação de políticas ocorra em todos os níveis institucionais, tanto na esfera nacional quanto em espaços subnacionais. Deve-se dar a devida atenção à agenda global da saúde, à participação nos tratados internacionais e nos espaços de debate e consenso sobre política e regulamentação que tenham repercussões na saúde da população. O governo em nível nacional também deve ter capacidade para apoiar o processo de formulação e implementação de políticas no nível subnacional, com envolvimento do maior número possível de atores. As autoridades de saúde em nível central têm o papel fundamental de orientar e colaborar com as diferentes instituições do setor da saúde e entidades subnacionais para garantir o alinhamento com as diretrizes estabelecidas nas estratégias nacionais de saúde (181). Devem também buscar que as decisões e políticas sejam subsidiadas pelo melhor conhecimento disponível e que os contextos e valores locais sejam considerados na implementação.

A formulação de políticas eficazes no campo da saúde pública também requer o fortalecimento das capacidades analíticas, operacionais e políticas das autoridades de saúde. No tocante às capacidades analíticas, as autoridades de saúde requerem um número significativo de funcionários com capacidade de pensamento crítico e competentes no acesso ao conhecimento técnico e científico e sua aplicação para a formulação de políticas eficazes, bem como o fortalecimento de marcos legislativos baseados em evidência e mecanismos de monitoramento, avaliação, refinamento e implementação das intervenções.

O fortalecimento das competências para a gestão de políticas públicas requer melhorias na organização interna dos órgãos públicos e no relacionamento desses órgãos com instituições dos poderes legislativo e executivo, bem como com outros atores. A melhoria das competências políticas requer o mapeamento estratégico dos atores (seus interesses, ideologias e as relações entre eles), a formação de alianças estratégicas e a garantia de mecanismos de diálogo social que facilitem a viabilização dos processos de mudança promovidos (78).

Por fim, as autoridades de saúde devem considerar a existência de mecanismos de controle e fiscalização dessas políticas. Uma vez formuladas essas políticas, o processo de integração da saúde às políticas públicas deve ser acompanhado de uma análise das repercussões dessa formulação e de melhoria contínua. Em outras palavras, as autoridades de saúde devem fortalecer os mecanismos de monitoramento do cumprimento dessas políticas e os marcos regulatórios, e devem contar com mecanismos para corrigir o curso quando preciso, com base em dados e análises confiáveis.

## FESP 5. Participação e mobilização social, inclusão de atores estratégicos e transparência

### Descrição da função

Esta função inclui a ação de atores sociais com capacidade, habilidade e oportunidade para identificar problemas e necessidades, definir prioridades e formular e negociar suas propostas para o desenvolvimento da saúde, de forma deliberada, democrática e concertada (184). A função engloba ações coletivas através das quais a sociedade civil e a comunidade organizada intervêm e influenciam diretamente na organização, controle, gestão e fiscalização das instituições e do sistema de saúde como um todo (185).

### Situação da função

A participação da sociedade civil e da comunidade<sup>3</sup> na formulação e delineamento de políticas no campo da saúde foi promovida com maior força após a aprovação da Declaração de Alma-Ata em 1978 (81) e a posterior divulgação e implementação da Carta de Ottawa, aprovada em 1986 (186). Como prática social nesse período, identifica-se que as populações participaram da construção de postos de saúde ou do acesso a programas preventivos de saúde.

Durante a década de 1990, muitos países das Américas promoveram transformações políticas e administrativas caracterizadas pela descentralização nos níveis regional e local como forma de democratização dos sistemas de saúde, e na tentativa de aproximar os níveis de tomada de decisão dos cidadãos e facilitar a participação deles no sistema (9, 187). Nesse contexto, fica explícita a necessidade de fortalecer a participação social nos processos de planejamento. Surgem assim os comitês de participação comunitária como instâncias de canalização da participação e voz da comunidade no planejamento e na descentralização (187, 188).

Até o momento, muitos países da Região têm continuado a desenvolver formas e mecanismos de participação social, dentre os quais se destaca a formação de associações de usuários e comitês para a inclusão da participação nos processos diagnósticos locais. Os fóruns sociais também são exemplos típicos desse tipo de iniciativa (78).

Simultaneamente, a Região tem visto o desenvolvimento de movimentos sociais e organizações da sociedade civil que buscam garantir o direito à saúde e promover normas e regulamentos que reconheçam a situação ou condições que afetam a saúde e a qualidade de vida, como é o caso das pessoas com HIV, associações de pacientes com doenças crônicas ou grupos de pessoas LGBTI (lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexuais) (189).

3 A OPAS, no documento Saúde nas Américas+, edição de 2017, define a *sociedade civil* como aqueles grupos não governamentais que têm por finalidade a promoção da saúde pública e do bem público em geral, e reconhece que esta sociedade civil inclui grupos com interesses muito diversos, como os grupos de fachada, que, a pretexto de serem independentes, têm por finalidade real defender secretamente os interesses de terceiros. Ver Organização Pan-Americana da Saúde. Salud en las Américas+, 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2017 [consultado em 6 de maio de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf> e Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas+, 2017 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2017. O papel da sociedade civil e da comunidade nas políticas públicas em saúde [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em português em: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/SA-2017-pt.pdf>. Por *comunidade* compreende-se um grupo específico de pessoas que normalmente vivem em uma área geográfica definida, possuem os mesmos valores, normas e cultura, e se organizam em uma estrutura social de acordo com o tipo de relações que o próprio grupo construiu ao longo do tempo.

Por meio de diversos mecanismos e iniciativas sociais, esses grupos têm assumido gradativamente um papel mais ativo na geração de processos de transformação do sistema de saúde que rompem o *status quo* e promovem políticas com critérios de equidade e modelos baseados no princípio do bem viver (o conceito *Sumak Kawsay* dos povos originários da América Latina) e do bem comum. Sua participação também é observada em diferentes níveis. A participação de pessoas com HIV, por exemplo, ocorre nos conselhos consultivos comunitários, nos conselhos nacionais de AIDS, no Conselho do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, na diretoria coordenadora do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e no Comitê Técnico Assessor da OPAS, entre outros (189).

Apesar das diferentes experiências de participação da sociedade civil e da comunidade, em muitos casos essas experiências não cumprem o espírito das declarações que inicialmente promoveram a participação dos setores incluídos. Muitas das experiências dos últimos 30 anos limitam-se a uma participação ineficaz ou meramente simbólica, circunscrita à validação de decisões já tomadas pelas autoridades (189). Nesses casos, os processos de participação têm sido promovidos principalmente a partir das estruturas de poder (o Estado ou organizações não governamentais que executam projetos com fundos públicos ou de doadores) e não correspondem a esforços próprios das organizações sociais (189).

A fragmentação e a institucionalização limitada dos processos de participação; a participação da comunidade em resposta a demandas circunstanciais decorrentes da lógica institucional; a falta de reconhecimento da dinâmica territorial; a informação inadequada, falta de financiamento e alcance mínimo da participação na tomada de decisões são alguns dos principais problemas que afetam a participação social em saúde na Região. Existem também outros fatores, relacionados à própria sociedade civil, como pode ser visto nos casos em que a sociedade civil não está suficientemente organizada, ou quando há lutas internas por visibilidade e recursos. Em outros casos, há elementos contextuais relevantes, como falta de vontade política e interferência de grupos de interesse.

### ***Mecanismos para fortalecer a função***

É preciso empoderar a sociedade civil e a comunidade para que assumam sua função de promover e exigir que as políticas de saúde estabeleçam um contexto social, econômico e ambiental em que seja garantido o direito universal à saúde, além de assegurar que contem com mecanismos de financiamento transparentes, equitativos e livres de conflitos de interesse. Ao mesmo tempo, o Estado deve garantir espaços genuinamente democráticos de formulação de políticas e de decisão e assegurar a participação efetiva das populações em situação de vulnerabilidade para que as políticas reflitam as respostas às necessidades dessas populações. O aumento da transparência dos processos e das informações que a população recebe é fundamental para que se possa tomar decisões com base na realidade.

Esta participação deve ir além da mera representação da sociedade civil e da comunidade, devendo dar-se ênfase ao papel central da sociedade nos mecanismos de fiscalização e responsabilização social, tanto do Estado como do setor privado. Para isso, é fundamental identificar e capacitar as partes interessadas que devem se somar à participação social, a fim de fortalecer os mecanismos de responsabilização social. Esse controle social é fundamental

para dar transparência e evitar quebras de compromissos ou omissões, ou ações que estejam dissociadas do interesse público ou distanciadas da saúde pública (190).

Os cenários e contextos em que a participação costuma ocorrer são fonte de tensões, resistências, acordos e confrontos com o poder do *establishment*. Portanto, é necessário que a sociedade civil e a comunidade aumentem seus níveis de participação e, ao mesmo tempo, que as autoridades sanitárias tenham uma maior abertura a essa participação, ampliando, facilitando e fortalecendo as instâncias para que se concretize efetivamente. Para tanto, é importante fortalecer os órgãos institucionais que facilitam a defesa da sociedade civil e desenvolver canais eficazes de participação. A sustentabilidade dessa participação, principalmente pelo financiamento dessas funções, é outro aspecto que deve ser abordado (189).

As autoridades de saúde desempenham um papel central na formação de uma ação coletiva de atores-chaves que facilitem a viabilidade (política) e a exequibilidade (técnica) das mudanças promovidas nos sistemas de saúde, mas pautadas pelos mesmos princípios e valores. A configuração dos atores que devem ser convocados é dinâmica e depende da natureza dos problemas enfrentados, das estruturas e arranjos institucionais envolvidos nos processos de mudança e da economia política (182). Uma análise cuidadosa dos potenciais conflitos de interesse é particularmente importante ao considerar parcerias entre a sociedade civil e o setor privado.

## ■ ALOCAÇÃO DE RECURSOS ▶

A seção a seguir descreve as FESP relacionadas à implementação de políticas voltadas ao fortalecimento de arranjos e mecanismos institucionais, formais ou informais, que tenham influência na cobertura e alocação de recursos críticos dos sistemas de saúde, incluindo recursos financeiros, recursos humanos e tecnologias de saúde (191, 192).

### **FESP 6. Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde**

#### *Descrição da função*

Esta FESP inclui a implementação de políticas, regulamentos e intervenções relacionadas com a capacitação, o emprego e as condições de trabalho, a mobilidade interna e externa e a regulamentação da formação e prática profissional, bem como a distribuição de recursos humanos para a saúde pública. Embora essas ações estejam sob a reitoria das autoridades de saúde, a função também requer ações de planejamento estratégico com capacidade técnica e política para elaborar e implementar intervenções sinérgicas com outros setores que não o da saúde, cada um dos quais inclui diversos atores com responsabilidades, objetivos e interesses específicos (193).

#### *Situação da função*

A Região das Américas obteve avanços importantes em relação ao desenvolvimento de políticas e planos de recursos humanos em saúde, com melhorias em sua disponibilidade e distribuição nos serviços de saúde, especialmente com a constituição de equipes multidisciplinares no primeiro nível de atenção (194). Vários países da Região contam com a dotação mínima recomendada pela OMS em 2006 (23 profissionais médicos, de enfermagem e obstetrícia por 10.000 habitantes) e estão progredindo em direção aos níveis estabelecidos em 2015 (44,5 profissionais médicos, de enfermagem e obstetrícia por 10.000 habitantes) (195).

No entanto, a subestimação do investimento em recursos humanos e os desafios pendentes em termos de governança e mecanismos regulatórios perpetuam iniquidades no acesso, disponibilidade, distribuição e qualidade do pessoal de saúde, entre os países e dentro dos países, entre os níveis de atenção e entre os setores público e privado (196). Isso é acentuado pelo problema de baixa retenção em áreas rurais e carentes e altas taxas de mobilidade e migração, bem como pelas condições de trabalho precárias, baixa produtividade e desempenho ruim (197-199). Da mesma forma, a ênfase excessiva na atenção terciária e na oferta de especialidades compete com a formação de profissionais com as habilidades de saúde pública necessárias para melhorar a resolutividade do primeiro nível de atenção.

Fraquezas na condução dos processos intersetoriais, evidenciadas pela fragmentação dos marcos legislativos entre os setores da saúde, educação, trabalho, finanças e prática profissional, limitam a cooperação intersetorial necessária à adequada formação, profissionalização, regulação das práticas profissionais e das condições de trabalho do pessoal de saúde, bem como a incorporação das equipes multidisciplinares necessárias à prestação de serviços integrais de saúde (200, 201).

### *Mecanismos para fortalecer a função*

A governança dos recursos humanos em saúde, a regulação e fiscalização do processo formativo, a regulação do mercado de trabalho e a regulação profissional devem ser consolidadas (202). O fortalecimento da função de reitoria das autoridades de saúde na condução dos processos intersetoriais (inclusive nos setores educacional, trabalhista e financeiro) é essencial para o desenvolvimento do pessoal de saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população e em consonância com um sistema de saúde baseado na atenção primária (202).

É imprescindível garantir que, durante o processo de formação, todo o pessoal de saúde desenvolva competências atualizadas e adequadas ao desempenho de suas funções e responsabilidades, considerando um modelo de atenção baseado na pessoa, na família e na comunidade. Para isso, é necessário fortalecer a regulamentação da formação do pessoal de saúde, incluindo a definição de normas e critérios exigidos para a graduação, residência, pós-graduação, educação continuada e educação técnica e vocacional. Da mesma forma, deve-se avançar na definição dos perfis de competência das profissões e suas especialidades e no credenciamento e fiscalização dos profissionais para o exercício da sua prática profissional a partir da definição de normas, instrumentos e instâncias de avaliação de seu desempenho (202).

O cumprimento desses objetivos requer a liderança do Estado e a articulação permanente das autoridades nacionais de saúde e educação com as instituições acadêmicas e comunidades, bem como o estabelecimento de acordos de alto nível entre esses setores. Esses mecanismos regulatórios englobam um contínuo de intervenções norteadoras que inclui a reorientação da graduação para a apropriação da saúde pública pelo setor acadêmico e um modelo de atenção voltado para as pessoas e comunidades, a aquisição de competências para o trabalho colaborativo e interprofissional, a produção de perfis profissionais diversificados e a padronização nacional das avaliações (202).

Em relação ao anterior, é necessário que os profissionais de saúde pública adquiram novas competências para o trabalho intersetorial e as políticas públicas, incluindo aquelas relacionadas à análise da situação de saúde, vigilância e controle de riscos, promoção da saúde e participação social, desenvolvimento das políticas e legislações relacionadas com a saúde, o conceito de saúde global e a abordagem aos determinantes sociais da saúde (203). Além das competências tradicionais, como medicina, epidemiologia, laboratório, trabalho na comunidade, educação em saúde e saúde pública ambiental, são necessárias novas competências e habilidades, como análise de políticas, comunicação, monitoramento e avaliação e melhoria da qualidade, bem como uma análise mais profunda e compreensão da determinação social e do papel de outros setores além da saúde para abordar os determinantes da saúde (183).

As escolas de saúde pública precisam de instrutores com ampla experiência profissional nessas disciplinas, para fornecer aos futuros profissionais a capacidade de acessar, analisar e aplicar o conhecimento técnico e científico na formulação de políticas de saúde eficazes e baseadas em evidências. A epidemiologia, como especialidade, precisa incorporar novas competências, como vigilância e modelagem de sistemas complexos e métodos robustos de avaliação de intervenções com múltiplos componentes, além de estar aberta à colaboração com diferentes disciplinas, como direito, educação e transporte (183).

As escolas de saúde pública também devem garantir que seus egressos tenham habilidades em comunicação oral, escrita e persuasiva, bem como uma sólida compreensão dos conceitos básicos sobre priorização, evidências, formulação de políticas, implementação de programas, avaliação, melhoria da qualidade e planejamento. As bases curriculares devem permitir que os profissionais graduados tenham as habilidades necessárias para determinar a magnitude e complexidade dos problemas de saúde, identificar possíveis intervenções, selecionar dentre elas as mais adequadas e aceitáveis usando as evidências disponíveis e desenvolver planos práticos para implementá-las e avaliar seu progresso (183).

Essas características na formação dos profissionais devem ser incorporadas à grade curricular desde a graduação até a residência, na pós-graduação e nos programas de educação continuada, a fim de facilitar a recertificação periódica. Da mesma forma, esse processo deve ser acompanhado por um processo de acreditação institucional em que sejam contemplados os princípios da atenção primária à saúde, do compromisso social, da educação interprofissional, das perspectivas de saúde pública e dos determinantes sociais da saúde (204).

O processo de formação deve ser reforçado com garantias de condições de trabalho atrativas, estáveis e dignas, com particular destaque para os cargos em que os serviços sejam prestados no primeiro nível de atenção, em áreas carentes e nos serviços públicos de saúde coletiva (202). Essa disposição deve ser desenvolvida no marco de sistemas organizados em rede e deve incluir a análise de todos os níveis de atenção e a integração dos serviços públicos de saúde, com o objetivo de melhorar a resolutividade dos profissionais de saúde.

A regulação do mercado de trabalho exige planejamento da oferta e distribuição de empregos nos serviços de saúde, definição de condições dignas de trabalho aliadas a sistemas de proteção contra riscos ocupacionais e mecanismos de remuneração adequados e alinhados às necessidades de saúde da população e às responsabilidades profissionais e trabalhistas (carga de trabalho, local de trabalho, etc).

Essas definições devem garantir uma distribuição geográfica adequada às necessidades de saúde da população, incentivos à formação e desenvolvimento profissional e motivação para o exercício da profissão. Da mesma forma, deve-se preconizar a inclusão de novos perfis e formas de organização do trabalho (delegação e redistribuição de tarefas) e a incorporação de perspectivas de gênero e inclusivas nos novos modelos de contratação, de forma a atingir uma mobilização máxima dos recursos disponíveis no país.

É necessário fortalecer o planejamento estratégico das equipes gestoras das autoridades de saúde e de outras entidades por meio de capacitação conjunta e troca de experiências, bem como do desenvolvimento de sistemas de informação sobre recursos humanos em saúde orientados a apoiar a formulação e o monitoramento de políticas e estratégias. Essas políticas e estratégias devem contemplar a implementação de mecanismos que facilitem a dotação e distribuição adequada de recursos humanos para a saúde de acordo com as necessidades específicas de cada comunidade, incluindo mecanismos de retenção e rotatividade de pessoal em que se combinem diferentes tipos de incentivos (econômicos e de desenvolvimento profissional, condições de trabalho e infraestrutura).

É importante priorizar a formação de equipes multiprofissionais no primeiro nível de atenção por meio de regulamentações específicas e da oferta de empregos públicos. Para isso, são necessários mecanismos que avaliem e adaptem as capacidades e perfis das equipes de atenção primária para garantir o exercício de todas as FESP, a abordagem dos determinantes sociais da saúde e o desenvolvimento da interculturalidade.

## **FESP 7. Assegurar o acesso e uso racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde essenciais com qualidade, segurança e eficácia**

### *Descrição da função*

O acesso equitativo a medicamentos e outras tecnologias de saúde é uma prioridade global que foi acordada em 2016 como parte dos ODS (36)<sup>4</sup>. Em nível regional, a resolução da OPAS sobre *Acesso e uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde estratégicos e de alto custo (205)* admite a importância do acesso e do uso racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde e postula como os países podem fortalecer seu papel de assegurar o acesso a esses insumos por meio de diferentes opções de políticas.

Os medicamentos e outras tecnologias em saúde essenciais estão entre as principais ferramentas terapêuticas utilizadas pelos profissionais de saúde para a prevenção, detecção e tratamento de doenças, incluindo a reabilitação e os cuidados paliativos.

Garantir o acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde essenciais é uma função com impacto social que se estende a toda a comunidade. As externalidades positivas causadas por programas de vacinação que previnem doenças<sup>5</sup>, o imperativo ético-social que exige o acesso universal e equitativo aos medicamentos e tecnologias em saúde essenciais como parte do direito à saúde e o alcance populacional da regulação sanitária, que beneficia a todos ao garantir que os produtos médicos comercializados nos países são seguros, qualificados e eficazes, são exemplos do seu alcance como função essencial da saúde pública.

A partir dessa perspectiva, garantir o acesso a medicamentos e outras tecnologias essenciais em saúde requer a criação de capacidades específicas nos sistemas de saúde universal. Esta função aborda três dimensões fundamentais: 1) a regulamentação e supervisão da segurança, qualidade e eficácia de medicamentos e outras tecnologias em saúde; 2) a seleção, avaliação, incorporação e uso racional de medicamentos e tecnologias em saúde essenciais; e 3) a promoção, fornecimento e financiamento de medicamentos e outras tecnologias em saúde essenciais.

4 Em particular, nas metas 3.8, “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo [...] o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”, e 3.b, “Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS, na sigla em inglês) sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos”. Ver Nações Unidas. Transformando o nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 70º período de sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas; 15 de setembro de 2015 a 12 de setembro de 2016, Nova Iorque, Estados Unidos. Nova Iorque: Nações Unidas; 2015 (resolução A/RES/70/1) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: [http://www.itamaraty.gov.br/images/ed\\_desensust/Agenda2030-completo-site.pdf](http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desensust/Agenda2030-completo-site.pdf).

5 A 73ª Assembleia Mundial da Saúde reconheceu o papel da imunização extensiva contra a COVID-19 como um bem de saúde pública global para a prevenção, contenção e interrupção da transmissão. Ver Organização Mundial da Saúde. Resposta a la COVID-19 [Internet]. 73ª Assembleia Mundial da Saúde; 18 e 19 de maio de 2020; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2020 [consultado em 25 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_R1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf).



### *Situação da função*

A mensuração periódica insuficiente do acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde é um dos desafios predominantes na Região das Américas e impede um diagnóstico atualizado e preciso da situação na Região. Apesar disso, não é arriscado afirmar que, mesmo considerando os grandes esforços realizados pelos países, ainda persistem assimetrias significativas no acesso a medicamentos e outras tecnologias essenciais ou estratégicas em saúde, e que essas assimetrias se replicam tanto entre os países como dentro deles.

A OMS observou que aproximadamente 2 bilhões de pessoas não têm acesso a medicamentos essenciais e que os países de baixa e média renda alocam 20% e 60% de seus gastos com saúde em produtos farmacêuticos, respectivamente, em comparação com 18% nos países de alta renda (206, 207).

Apesar do progresso alcançado, a Região das Américas enfrenta desafios que se renovam constantemente e requerem ações contínuas para melhorar o acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde. A título de exemplo, podemos citar os avanços importantes para ampliar o acesso aos tratamentos contra a infecção pelo vírus da hepatite C. Mesmo assim, estima-se que apenas cerca de 25% das pessoas que sofrem dessa infecção na Região das Américas foram diagnosticadas (14% na América Latina e Caribe) e que, em 2016, apenas 16% da população diagnosticada da Região receberam tratamento, percentual que cai para 5% se considerarmos apenas a América Latina e o Caribe (208).

No âmbito regional, a promoção do uso racional de medicamentos e tecnologias em saúde e o fortalecimento da inovação, avaliação e pesquisa de novas tecnologias em saúde contribuem para continuar reduzindo as necessidades não atendidas das pessoas e comunidades.

Esses e outros problemas afetam o acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde essenciais, com orçamentos sobrecarregados pelos encargos financeiros causados pelo uso crescente de medicamentos e outras tecnologias de saúde de alto custo e pelas limitações de disponibilidade devido a interrupções na cadeia de suprimentos, desde a fabricação ou importação até a distribuição ao usuário.

O desenvolvimento do mercado de medicamentos genéricos é outro dos principais elementos de uma política de medicamentos voltada para o acesso, para o fortalecimento da qual existem grandes oportunidades na Região. Enquanto o grau de penetração do segmento de medicamentos genéricos tem crescido de forma constante, alcançando até 34% do mercado em alguns países da América Latina, em outros países esse segmento mal representava 5% do mercado total<sup>6</sup>.

### *Mecanismos para fortalecer a função*

A OMS indicou que melhorar o acesso a produtos de saúde é um desafio multidimensional que requer políticas e estratégias nacionais de caráter integral. Essas políticas e estratégias devem harmonizar as necessidades de saúde pública com os objetivos de desenvolvimento econômico e social e promover a colaboração com outros setores, parceiros e partes interessadas; também devem estar em conformidade com as estruturas legislativas e regulamentares e cobrir todo o ciclo de vida dos produtos, desde a pesquisa e desenvolvimento até a garantia de qualidade, gestão da cadeia de suprimento e utilização (209).

O fortalecimento de um marco institucional, orgânico e normativo e o desenvolvimento de políticas de medicamentos e outras tecnologias em saúde voltadas para o acesso são a base estruturante das capacidades essenciais para garantir a cobertura, o acesso e o uso racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde qualificadas, seguras, eficazes e acessíveis.

Os mecanismos de fortalecimento da função devem ser adaptados às necessidades, ao contexto nacional e ao tipo de tecnologia em saúde; por exemplo, estratégias e políticas para medicamentos e outras tecnologias de alto custo e suprimento limitado diferem de políticas e estratégias para o desenvolvimento e produção de medicamentos e outras tecnologias para doenças negligenciadas.

Há várias opções, não exclusivas entre si, que podem ser implementadas para fortalecer a função de assegurar o acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde essenciais e estratégias, bem como sua cobertura. Dentre elas, destacam-se:

- Fortalecimento do sistema regulatório. A OPAS e a OMS reconheceram a importância de ter sistemas regulatórios sólidos para apoiar o funcionamento adequado dos sistemas de saúde e o alcance dos ODS relacionados à saúde e à saúde universal (210, 211), baseando o fortalecimento do sistema no estabelecimento e implementação de normas, leis e políticas, bem como na provisão das capacidades necessárias para garantir que os medicamentos e outras tecnologias em saúde sejam seguros, eficazes e atendam às especificações de qualidade oferecidas.
- Fortalecimento de um enfoque integrado na seleção ou avaliação, incorporação e uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde essenciais. Para isso, é imprescindível definir as responsabilidades e funções dos órgãos do Estado responsáveis pelos processos decisórios, desde a seleção ou avaliação e incorporação à cobertura até o uso racional e seguro, incluindo a formulação de diretrizes para a prática clínica, prescrição e dispensação, em todos os casos com mecanismos de priorização explícitos, transparentes e baseados nas evidências disponíveis. A regulamentação dos processos de incorporação inclui a cobertura desses produtos pelos sistemas de saúde e garante sua adequação às necessidades de saúde da população, a avaliação e priorização de tecnologias considerando critérios de custo-efetividade, o uso de critérios de equidade e mecanismos de proteção financeira que permitam o acesso aos serviços de saúde.
- Fortalecimento das capacidades para coordenar em nível nacional as funções de promoção, distribuição e financiamento de medicamentos e outras tecnologias de saúde essenciais para sustentar uma ampliação progressiva do acesso equitativo e cobertura universal de medicamentos e outras tecnologias de saúde essenciais, bem como evitar custos diretos para as famílias no ponto de atendimento.
- Implementação de estratégias que promovam a pronta comercialização e competição de produtos farmacêuticos multifonte (genéricos) nos sistemas de saúde, já que isso tende a reduzir os preços e ampliar o acesso aos medicamentos.
- Fortalecer a inovação e o desenvolvimento de medicamentos e outras tecnologias em saúde por meio da implementação de políticas de transparência e propriedade intelectual que considerem a perspectiva da saúde pública, promovendo o desenvolvimento de medicamentos inovadores, evitando a extensão inadequada da exclusividade de mercado e facilitando a entrada oportuna no mercado de produtos farmacêuticos multifonte (212).
- Fortalecimento dos processos de transferência de tecnologia e das capacidades industriais nacionais, conforme o caso, a fim de promover o desenvolvimento e a produção de medicamentos e outras tecnologias em saúde essenciais e estratégicas de interesse regional.

- Fortalecimento dos mecanismos de aquisição e alocação de medicamentos e tecnologias em saúde. As opções incluem melhorar a transparência dos preços de tais produtos por meio de mecanismos institucionais que promovam mercados eficientes e acesso equitativo. De forma complementar, o fortalecimento da capacidade de compra das instituições públicas, inclusive mediante compras centralizadas nacionais e compras conjuntas regionais, é uma alternativa que pode favorecer as condições de preços e a equidade no acesso.

## **FESP 8. Financiamento da saúde eficiente e equitativo**

### *Descrição da função*

Esta função corresponde à abordagem de cada um dos elementos do processo de financiamento do setor da saúde, cuja expressão mais tangível para o ente diretor — embora não seja a única expressão — é o orçamento setorial. A inclusão dessa função permite duas contribuições importantes. Em primeiro lugar, esta FESP abrange as diferentes funções do modelo de financiamento do sistema de saúde, numa perspectiva de integração de todas as ações de saúde pública, individuais e coletivas, com o objetivo de melhorar a equidade e eficiência do sistema de saúde (33, 182). Em segundo lugar, e de forma complementar, esta FESP assume um papel facilitador na concretização da abordagem integral às FESP, como instrumento de financiamento de todas as FESP (33, 182).

Esta função abrange as funções institucionais do processo de arrecadação de receitas de várias fontes e de agregação, alocação e planejamento estratégico de recursos financeiros para a área da saúde. A arrecadação dos recursos financeiros depende dos tipos de regimes de financiamento, se os pagamentos são obrigatórios ou voluntários e da origem dos recursos ou rendimentos (impostos gerais ou específicos, contribuições obrigatórias ou voluntárias, pagamentos diretos das famílias ou de fontes externas). A agregação ou *pooling* refere-se à adoção de mecanismos solidários na acumulação e gestão dos recursos financeiros, bem como na distribuição dos riscos e na busca de equidade e eficiência nos gastos entre os diferentes grupos populacionais, de forma que o risco de ter que pagar pelas intervenções de saúde é compartilhado por todos os membros do fundo comum. A alocação desses recursos refere-se aos mecanismos de transferência e distribuição de recursos financeiros aos serviços de saúde e sistemas de pagamento aos prestadores de serviços de saúde. Por fim, o planejamento financeiro-orçamentário corresponde ao processo de priorização, análise da sustentabilidade do investimento público em saúde, auditoria e direcionamento dos recursos em prol de objetivos de saúde (33).

Para assegurar um delineamento institucional das funções de financiamento como facilitadores do funcionamento efetivo do ciclo de políticas, conforme detalhado no primeiro capítulo desta proposta, é necessária uma abordagem sistemática do apoio financeiro de cada uma das FESP incluídas na proposta.

### *Situação da função*

Na Região, em geral, os aspectos centrais desta função acompanham os problemas diagnosticados dos sistemas de saúde dos países (33). Nesse sentido, o financiamento está segmentado em diferentes subsistemas, o que limita a solidariedade e a eficiência. Por outro lado, o aporte público é insuficiente e, em contrapartida, o gasto direto (do próprio bolso) pelas famílias é elevado demais, e os mecanismos de proteção financeira não conseguem evitar as barreiras ao acesso, o empobrecimento nem a exposição a gastos catastróficos em saúde em grupos relevantes da população. Os processos orçamentários do espaço fiscal do setor público são complexos; muitas vezes, não representam o grau de prioridade necessário, não conseguem expressar na prática a decisão de atingir os objetivos de saúde e as formas de distribuição dos recursos não oferecem incentivos à eficiência dos sistemas que promovam o acesso equitativo à saúde.

Nesse contexto, embora nos últimos anos tenha havido aumentos graduais do investimento público em saúde na Região das Américas, a grande maioria dos gastos públicos no campo da saúde se destina à atenção individual e médica para o tratamento de doenças; uma proporção muito menor e inadequada é destinada, muitas vezes de forma ineficaz, para apoiar os esforços nacionais para melhorar a saúde pública (213).

Além de insuficiente, o próprio investimento em saúde pública também é fragmentado (213), visto que a grande maioria dos recursos é destinada a programas específicos, sem uma perspectiva mais ampla de priorização do financiamento de todos os serviços de saúde pública. Nesse sentido, é importante ter em mente a necessidade de centralizar a alocação de recursos em alguns casos, de forma a proteger os serviços coletivos. Muitos dos serviços de saúde pública possuem características de bens públicos: a impossibilidade de excluir alguém de seu consumo e a ausência de concorrência por tal consumo (214). Além disso, os processos de globalização tendem a tornar globais alguns dos bens associados à saúde. Assim, por exemplo, o controle do tabagismo possui elementos de um bem público global em um mundo onde o comércio, o contrabando e a difusão de estilos de vida dificultam o sucesso de ações nacionais isoladas e, portanto, são necessárias ações coordenadas internacionalmente (215).

O impacto das ações de saúde pública foi demonstrado por diferentes intervenções bem-sucedidas que levaram a mudanças positivas em relação a fatores de risco e desfechos de saúde. No entanto, o financiamento inadequado frequentemente resultou em estratégias que não são fortes o suficiente para proteger a saúde da população, levando a consideráveis perdas humanas e econômicas.

Da mesma forma, evidencia-se uma instabilidade histórica no financiamento da saúde pública e ausência de compromisso de longo prazo por parte dos legisladores e tomadores de decisão (213). Em decorrência dessa situação, preconiza-se um maior financiamento, suficiente e estável, gerado de forma sinérgica e colaborativa entre governos nacionais e subnacionais (183). Se o financiamento adequado não estiver disponível para garantir todas as FESP, a capacidade de resposta do sistema de saúde para proteger a saúde da população ficará consideravelmente enfraquecida.

### *Mecanismos para fortalecer a função*

Garantir a disponibilidade de recursos financeiros é importante para aumentar e manter as melhorias nas condições de acesso à saúde, reduzir as iniquidades e implementar intervenções efetivas de saúde pública. Maior espaço fiscal para a saúde (com maior arrecadação, priorização da saúde e maior eficiência) e seu reflexo no orçamento, como forma de planejamento financeiro para atingir os objetivos de saúde, torna-se uma condição necessária para as autoridades de saúde (213).

Os recursos podem vir dos contribuintes, do governo geral (e às vezes de fontes externas), por meio de impostos gerais ou específicos, contribuições obrigatórias ou voluntárias para a previdência social ou seguro privado e de pagamentos diretos do próprio bolso (216, 217). Embora a preponderância de um ou outro desses mecanismos institucionais dependa da situação particular de cada país, a *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde* reconhece que o gasto público com saúde, por ser uma fonte de recursos mais estável, possibilita atender às necessidades de saúde da população com maior equidade e eficiência e, por isso, preconiza uma meta referencial de 6% do PIB (33). Trata-se de um acréscimo que, de forma sustentável, permite ampliar o acesso, reduzir as iniquidades em saúde, aumentar a proteção financeira e implementar intervenções eficazes, voltadas prioritariamente ao primeiro nível de atenção, para melhorar sua resolatividade e capacidade de articulação de redes de serviços de saúde.

O avanço rumo à eliminação do pagamento direto e o consequente aumento da proteção financeira devem ocorrer por meio de uma orientação para mecanismos conjuntos solidários que considerem fontes de financiamento público para sua substituição. A agregação solidária de recursos é, portanto, uma estratégia para eliminar as barreiras financeiras de acesso aos serviços de saúde pública oferecidos desde o primeiro nível de atenção, que é mais efetiva na medida em que o fundo (o volume de população que participa) é maior, uma vez que os riscos são mais bem distribuídos entre os saudáveis e os doentes, os jovens e os idosos, os pobres e os ricos. Isso define a integração ou coordenação de diferentes fontes de financiamento dos sistemas de saúde, melhorando assim a solidariedade dos recursos financeiros e, portanto, a equidade e eficiência do sistema de saúde (33, 182).

A alocação das despesas públicas em saúde implica o funcionamento de mecanismos de alocação equitativos e eficientes, com uma estrutura de incentivos aos prestadores individuais e institucionais que promova uma maior coordenação dos serviços. Estes devem se organizar em redes integradas que respondam a um modelo de atenção centrado nas pessoas e comunidades e que priorize o investimento na atenção primária e nos serviços de saúde pública, ou seja, que coloquem em prática o enfoque de atenção primária à saúde (62).

Da mesma forma, é importante que as autoridades de saúde elaborem e implementem estratégias de financiamento que promovam a coordenação entre os diferentes atores envolvidos, com uma abordagem integradora entre os serviços de saúde e os serviços de saúde pública. As atividades e ações enumeradas em cada uma das FESP devem servir como um guia para o planejamento e definição de prioridades para o uso dos recursos limitados para a saúde pública. Mudar a forma como os fundos são distribuídos também requer modificações na organização das autoridades de saúde para melhorar a função de reitoria, apoiar funções-chaves e oferecer flexibilidade programática (213).

No entanto, há bastante evidência de que a saúde pública não recebe financiamento suficiente, apesar de sua capacidade de proteger e melhorar a saúde da população. Para avançar na melhoria da saúde da população, é necessário que os sistemas nacionais de saúde maximizem a eficiência e eficácia do gasto dos recursos disponíveis para a saúde pública e reconheçam a necessidade de maiores investimentos (213).

O desenvolvimento das autoridades de saúde nas funções de financiamento mencionadas (arrecadação/captação, agregação e alocação) deve ser alimentado por um processo de planejamento orçamentário estratégico voltado para o fortalecimento da saúde pública. Esse processo deve assegurar a qualidade, eficiência e transparência dessas funções por meio de mecanismos institucionais de auditoria e regulação. Isso permitirá analisar as estratégias de arrecadação, agregação e alocação de recursos com mecanismos orçamentários eficazes e de sustentabilidade financeira. Por fim, esse planejamento permitirá que os recursos sejam direcionados de forma adequada, de acordo com a suficiência, sustentabilidade, progressividade e universalização dos serviços de saúde pública.

## ACESSO ▶

As três funções essenciais a seguir são de natureza operacional. Elas avaliam as capacidades necessárias para a realização de intervenções individuais e coletivas de saúde pública, correspondendo a diferentes níveis de intervenção (218). Assim, a FESP 9 refere-se à garantia de acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade, que correspondem a intervenções de saúde pública individuais que são executadas por meio do sistema de assistência à saúde (atendimento médico). Essas intervenções abrangem programas de prevenção primária de proteção específica e de prevenção secundária (triagem) e terciária (reabilitação), bem como cuidados individuais e intervenções multissetoriais e comunitárias que geralmente são administradas a partir de unidades de saúde. A FESP 10 inclui intervenções voltadas à proteção da saúde, que correspondem basicamente a intervenções de saúde pública de caráter populacional (saúde coletiva) que buscam reduzir fatores de risco e criar ambientes saudáveis: por exemplo, acesso a água potável e estradas, ambientes livres de tabaco, rotulagem frontal de alimentos. Por fim, a FESP 11 inclui intervenções voltadas para a abordagem dos determinantes sociais da saúde (por exemplo, redução da pobreza e melhorias na educação) e promoção da saúde, que corresponde à prevenção primordial e primária.

### **FESP 9. Acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade**

#### *Descrição da função*

Esta função inclui ações para garantir o acesso a serviços públicos de saúde integrais e de qualidade, progressivamente ampliados e condizentes com as necessidades de saúde, as capacidades do sistema e o contexto nacional, por meio da organização e gestão de serviços de saúde centrados na pessoa, com um enfoque de risco familiar e comunitário, curso de vida, determinantes sociais da saúde e saúde em todas as políticas. A qualidade dos serviços de saúde consiste em atender às necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidades com base nas boas práticas, na ética e na evidência científica, contribuindo para a equidade e o bem-estar, sem deixar ninguém para trás. Isso implica atenção especial à diversidade e às pessoas e populações em situação de vulnerabilidade. A qualidade da atenção na prestação de serviços de saúde é uma atenção centrada nas pessoas, famílias e comunidades, com níveis ótimos de segurança, eficácia, oportunidade, eficiência e acesso equitativo como atributos essenciais da sua definição. O quanto esses atributos serão alcançados é determinado pela disponibilidade dos serviços e pela sua adequada organização e gestão (219).

A atenção centrada nas pessoas, famílias e comunidades é aquela que adota conscientemente o ponto de vista dos indivíduos, cuidadores, famílias e comunidades como participantes e beneficiários dos sistemas de saúde; que é capaz de responder efetivamente às necessidades de saúde; que inspira confiança; que está organizada não tanto em termos de doenças específicas, mas sim das necessidades integrais da pessoa; e que respeita as preferências sociais. Esse tipo de atenção também requer que os indivíduos, suas famílias e comunidades recebam as informações e o apoio de que precisam para tomar decisões e participar de seus próprios cuidados, e que os prestadores de atenção sejam capazes de ter o melhor desempenho possível em um ambiente de trabalho favorável. A atenção centrada na pessoa é mais ampla do que a

atenção centrada no paciente, na medida em que transcende a consulta clínica para incluir também a saúde das pessoas em sua própria comunidade e o papel crucial que a população desempenha na definição de políticas e serviços de saúde (220).

Essa função também abrange a implementação de estratégias para garantir o acesso equitativo, universal, econômico e sustentável a medicamentos e tecnologias de saúde (221). A execução desta FESP envolve a integração e a coordenação dos serviços de saúde com outros atores públicos e privados, com os setores de desenvolvimento e com os governos locais para defender e abordar as necessidades das pessoas e suas prioridades de saúde. Assegurar o acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade responde aos valores do direito à saúde, solidariedade e equidade, que sustentam as principais referências e mandatos regionais e globais atuais (33, 218).

### *Situação da função*

A persistência de barreiras ao acesso aos serviços de saúde representa um grave problema de saúde pública: entre 2013 e 2014, mais de 1,2 milhão de mortes poderiam ter sido evitadas na Região das Américas se os sistemas de saúde tivessem oferecido serviços acessíveis, oportunos e de qualidade (25). A responsabilidade das autoridades de saúde neste aspecto é a essência e o fundamento desta FESP (182). A caracterização integral do acesso aos serviços que esta função preconiza é explicada pela persistência de uma abordagem fragmentada ao cuidado e à gestão dos serviços, centrada na doença e limitada aos cuidados curativos, com vínculos apenas episódicos entre as pessoas e os profissionais de saúde. Da mesma forma, embora os programas de promoção e prevenção tenham apresentado avanços significativos, ainda predominam os programas verticais, com enfoque de cobertura sem ênfase no acesso e na qualidade. Outros desafios dessa função são a baixa resolutividade dos serviços de saúde, principalmente no primeiro nível de atenção; dificuldades na implantação e controle de padrões de qualidade; a existência de contextos que não favorecem uma cultura de qualidade; a inadequada disponibilidade, capacitação e educação continuada dos recursos humanos em saúde; o acesso limitado a medicamentos e outras tecnologias de saúde e o financiamento insuficiente e inadequado. Medicamentos e outras tecnologias de saúde costumam ser responsáveis pela maior porcentagem dos custos de tratamento e atenção. Na América Latina e no Caribe, os medicamentos antirretrovirais, por exemplo, representam 75% do custo da assistência aos pacientes com HIV, chegando a mais de 90% em alguns casos (222).

### *Mecanismos para fortalecer a função*

É necessário assegurar o acesso a serviços de saúde integrais através de um primeiro nível de atenção com resolutividade suficiente, no âmbito das redes de serviços de saúde, para responder à maior parte das necessidades de saúde individuais e coletivas da população, com intervenções para a proteção da saúde da população.

A integração e coordenação com serviços de atenção individual mais complexos e serviços prestados no nível da comunidade por outros atores setoriais, intersetoriais, governamentais e não governamentais irão facilitar os mecanismos de articulação e complementaridade, tais como a estratégia para fortalecer a resolutividade e aprofundar as conquistas alcançadas (218). Um modelo de atenção baseado nas pessoas, famílias e comunidades busca integrar ações intersetoriais na medida em que busca articular-se com atores, órgãos, instituições, dispositivos e políticas sociais localizados no espaço territorial da população responsável.



São necessárias intervenções a partir dos sistemas de saúde e da intersectorialidade; o fortalecimento do primeiro nível de atenção e sua articulação com os demais níveis; o empoderamento e a participação das pessoas, inclusive dos profissionais de saúde, em ações de melhoria da qualidade do atendimento; e uma orientação aos desfechos de saúde e à melhoria das experiências e da confiança de indivíduos, famílias e comunidades nos serviços de saúde, indo além da simples otimização de processos.

A abordagem individual e comunitária à saúde implica o desenvolvimento de condições que promovam o empoderamento das pessoas em sua própria saúde, a coparticipação da população organizada na gestão da saúde e o desenvolvimento de políticas que influenciem os determinantes como protagonistas da produção social da saúde. O modelo centrado nas pessoas e comunidades busca estabelecer laços profundos com as pessoas e comunidades que fortaleçam sua participação e empoderamento (182). Sua base, além da atenção curativa, são as necessidades de saúde, com vistas a consolidar uma atenção contínua, integral e pró-ativa e aumentar a participação, responsabilidade e conscientização das populações para o autocuidado.

A adoção de estratégias inovadoras para melhorar o acesso a serviços de saúde de qualidade a partir do uso de tecnologias de informação e comunicação possibilita transformar processos de trabalho e melhorar a interação participativa, a gestão de riscos e o uso de evidências científicas (223). Essa abordagem, aplicada à assistência médica, contribui para a melhoria da qualidade de vida da população, e esses serviços, como telemedicina, prontuário eletrônico, georreferenciamento e uso de dispositivos móveis, vão produzir um atendimento mais amplo, integral e contínuo. Isso aumentará a eficiência de tempo e recursos, aumentará a equidade no acesso e, em alguns contextos, reduzirá as limitações causadas pela insuficiência de infraestrutura e recursos humanos e financeiros. Igualmente, todas essas estratégias permitirão garantir o acesso equitativo a serviços de alta qualidade, tanto objetiva como subjetiva.

## **FESP 10. Acesso equitativo a intervenções que buscam promover a saúde, reduzir os fatores de risco e promover comportamentos saudáveis**

### *Descrição da função*

Esta função inclui ações para garantir o acesso ao conjunto de intervenções de saúde pública que têm como objetivo reduzir a exposição aos fatores de risco e promover ambientes saudáveis (62). Estas intervenções incluem políticas para a prevenção de fatores de risco para doenças não transmissíveis, como políticas fiscais (por exemplo, impostos sobre tabaco, álcool e bebidas açucaradas), regulamentação da publicidade e propaganda de certos produtos (por exemplo, regulamentação ou proibição da publicidade do tabaco e do álcool), normas de rotulagem (tabaco, alimentos), promoção e proteção do aleitamento materno ou promoção da atividade física e dos ambientes livres de tabaco. Também estão incluídas as políticas destinadas a garantir saneamento, transporte seguro, controle de vetores, controle da poluição do ar, segurança alimentar e inocuidade dos alimentos, segurança química, adaptação às mudanças climáticas e mitigação de seus efeitos, saúde ambiental e proteção da saúde dos trabalhadores. A prestação desses serviços de âmbito populacional permitirá uma melhoria no estado de saúde de coortes maiores da população. Para isso, é fundamental que as autoridades de saúde recuperem a liderança das alianças intersectoriais, deixadas de lado após a imposição do modelo biomédico.

### *Situação da função*

Hoje, muitos programas e serviços de saúde pública de base populacional, como aqueles relacionados à segurança alimentar, saneamento ou controle de doenças imunopreveníveis, são suscetíveis a cortes orçamentários e a se desenvolverem no contexto de estruturas de governança enfraquecidas (224). Além disso, as políticas e programas que abordam a prevenção e controle de doenças não transmissíveis e saúde mental não são priorizados na agenda de saúde pública, embora essas doenças respondam pela maior carga de morbidade. Em vez disso, predomina o modelo biomédico de saúde, com ênfase na fisiopatologia das doenças e na prestação de serviços clínicos aos indivíduos, o que consome uma parcela cada vez maior dos recursos econômicos (183).

Além disso, muitas agências governamentais de saúde pública são mal organizadas e têm pessoal inadequado para lidar com essa complexidade, não colaboram entre si ou trabalham com objetivos diferentes, e a influência e os interesses comerciais e econômicos podem impactar negativamente o desenvolvimento de políticas de saúde. É o caso, por exemplo, dos interesses das indústrias de tabaco, álcool ou bebidas açucaradas, que influenciam as políticas públicas e, por vezes, interferem nas políticas de prevenção de doenças não transmissíveis.

### *Mecanismos para fortalecer a função*

Em primeiro lugar, esta função depende das primeiras oito funções já descritas acima e de que haja capacidade de liderança e coordenação para trabalhar com os demais setores. Da mesma forma, requer que se estenda a coordenação entre o setor da saúde e outros setores do Estado, a comunidade acadêmica, o setor privado e outros setores cujo trabalho tem repercussão na saúde. Isso exige fortalecimento das iniciativas intersetoriais que identificam explicitamente a melhoria dos desfechos de saúde como um de seus principais objetivos. Nesses casos, as autoridades de saúde devem assumir a liderança na supervisão e coordenação dos serviços sociais e de saúde, e assegurar uma colaboração estreita com outros setores.

Da mesma forma, é necessário fortalecer as iniciativas que não visem explicitamente a melhoria dos desfechos de saúde, mas que busquem melhorar alguns de seus determinantes e fatores de risco — por exemplo, o desenvolvimento de infraestrutura (parques, ruas seguras, água potável e esgoto) e a regulação de bens e serviços com efeitos na saúde (segurança viária, rotulagem frontal de alimentos, consumo de álcool, drogas e tabaco, etc) e que são regulamentados por outros setores institucionais (por exemplo, transporte, educação, comércio, agricultura ou meio ambiente). Para isso, é necessário ampliar o campo de atuação e influência das autoridades de saúde na agenda das demais políticas públicas do Estado, criando alianças e mesas intersetoriais e estabelecendo objetivos comuns para fortalecer as políticas de saúde (225).

O fortalecimento da influência das autoridades de saúde sobre outros setores institucionais se reflete no surgimento e desenvolvimento de esquemas regulatórios para a produção e consumo de bens de massa (por exemplo, a indústria de alimentos, uso de pesticidas, regulamentação do consumo de álcool, drogas e tabaco, meio ambiente ou segurança viária) para influenciar os fatores de risco e a saúde da população. Com o objetivo de reduzir o número de mortes evitáveis e a carga de morbidade ao longo da vida, essas estratégias são mecanismos de regulação de atividades e processos, alguns deles localizados fora do alcance do setor da saúde, com aplicabilidade especialmente no âmbito macro/nacional e com influência relevante nas condições de saúde da população (226).

Os esforços mencionados devem ser complementados com intervenções comunitárias em nível local, que são implementadas em escolas, locais de trabalho, mercados ou áreas residenciais, entre outros ambientes, para tratar de problemas de saúde prioritários por meio de intervenções que considerem fatores determinantes de complexidade (como comportamento ou crenças culturais) e que sejam entregues nos locais onde as pessoas vivem e trabalham (227). Da mesma forma, as unidades de saúde devem abordar aspectos como acesso a água potável e saneamento, gestão adequada de resíduos e manuseio adequado de materiais perigosos. Essas intervenções locais também facilitam a integração das ações de promoção da saúde às atividades sociais, com maior consideração pelo contexto local (228).

## **FESP 11. Gestão e promoção de intervenções que atuem sobre os determinantes sociais da saúde**

### *Descrição da função*

Esta função engloba o conjunto de iniciativas intersetoriais que se concentra em abordar os fatores socioeconômicos estruturais que afetam a saúde, embora grande parte destes não estejam necessariamente sob controle direto do setor da saúde. Embora o próprio sistema de saúde seja um determinante importante, outros determinantes, como a qualidade da educação, a força do mercado de trabalho, a segurança do ambiente de trabalho e a qualidade dos bairros, devem ser tratados de forma intersetorial (54, 229-233). O principal papel das autoridades de saúde para o exercício desta função é atuar como parceiras no desenvolvimento e implementação de iniciativas (234). Nesses casos, o objetivo é promover a governança da saúde em todas as políticas.

### *Situação da função*

Status socioeconômico, escolaridade, condições responsáveis pelo aumento da violência, discriminação e racismo estrutural e características da vizinhança, entre outros, são determinantes críticos da saúde e das iniquidades relacionadas à saúde. As melhorias no entorno econômico, físico, social e de serviços de uma comunidade podem ajudar a garantir oportunidades de saúde e apoiar comportamentos saudáveis. No entanto, o papel das autoridades de saúde e da saúde pública na abordagem desses determinantes não está bem definido (183). As agências de saúde raramente têm incumbência, autoridade ou capacidade organizacional para fazer mudanças políticas, sistemáticas e ambientais capazes de promover uma vida mais saudável. Essa responsabilidade recai sobre as secretarias de habitação, transporte, educação, qualidade do ar, parques, justiça criminal, agricultura, energia e emprego, entre outras (84).

### *Mecanismos para fortalecer a função*

Soluções para os problemas acima requerem esforços colaborativos entre diferentes setores nos níveis local, estadual, regional e nacional, que incluam agências governamentais, o setor privado e organizações comunitárias. A colaboração entre setores também pode se materializar por meio da análise do impacto na saúde, da promoção de melhorias por meio da identificação de oportunidades de compartilhamento de recursos e redução de ineficiências no uso dos recursos do Estado ou da promoção de inovações intersetoriais.

As autoridades de saúde devem estender o alcance de suas responsabilidades para garantir que os tomadores de decisão em outros setores econômicos e sociais externos à saúde reconheçam as implicações de suas decisões para a saúde pública. As autoridades de saúde podem sugerir maneiras de ajustar as políticas e programas para que tenham efeitos mais positivos sobre a saúde, ou recomendar modificações para reduzir danos evitáveis por meio da avaliação do impacto na saúde e da equidade em saúde. Podem também participar da elaboração de políticas estaduais ou da realização de intervenções efetivas e pertinentes em relação à realidade social e cultural de quem necessita delas, além de intervir na educação e mobilização da comunidade (183).

É possível reconhecer diferentes tipos de influência. Existem mecanismos intersetoriais que partem de outros setores para o setor da saúde a partir de ações diretas sobre as condições sociais, econômicas e ambientais que afetam a saúde, mas também iniciativas promovidas do setor da saúde para influenciar direta e indiretamente em políticas, programas e intervenções de outros setores sociais que impactam na saúde e na qualidade de vida da população (235). Esta última opção situa-se na estratégia “Saúde em todas as políticas”, onde as autoridades de saúde assumem a liderança para dar visibilidade a esses problemas e promover e fortalecer a vontade política, ou seja, participar da regulação dos fatores que afetam a saúde da população.

O estabelecimento dessas alianças colaborativas de coordenação, cooperação e integração, bem como a regulação intersetorial, representam experiências eficazes para abordar os determinantes sociais da saúde (190, 236, 237). A coordenação intersetorial entre autoridades de saúde e instituições de outros setores busca uma abordagem integral e integrada aos problemas sociais da população (33). Em termos meso e macro, existem inúmeras e heterogêneas experiências intersetoriais em coordenação entre as políticas de saúde e outras políticas sociais em nível nacional, e especialmente em todos os níveis de governos locais (78, 236). Este tipo de iniciativa intersetorial inclui estruturas de governança intersetorial que buscam coordenar diferentes ministérios (finanças, habitação, desenvolvimento social, cultura, segurança, saúde) para melhorar a eficácia de suas políticas e intervenções, bem como coordenar os diferentes níveis administrativos na formulação e implementação de políticas e intervenções.

As experiências em torno da promoção da governança da saúde em todas as políticas mostram que o sucesso dessas iniciativas depende de diferentes elementos. Em primeiro lugar, é necessária a atuação conjunta dos órgãos do Estado, com ampla participação do setor da saúde, na formulação de políticas sociais com enfoque integral e integrado às necessidades sociais da população, com metas e objetivos compartilhados e promoção holística do desenvolvimento humano com foco na equidade e no desenvolvimento sustentável, sem interferência de interesses comerciais. Para isso, é imprescindível uma liderança coletiva, forte e visionária, que inclua o setor da saúde, comprometida com uma abordagem intersetorial ao mais alto nível de governo, amparada por um arcabouço jurídico e com priorização explícita do desenvolvimento humano, da saúde, da equidade e da sustentabilidade como responsabilidades centrais e objetivos do Estado (41, 84).

O envolvimento decisivo e efetivo da comunidade e de diferentes atores-chaves também é importante para legitimar e garantir o sucesso de qualquer iniciativa de coordenação intersetorial, uma vez que oferecem informações sobre barreiras e oportunidades para a saúde, incluindo possíveis cenários nos quais os diferentes órgãos e políticas do Estado podem prevenir ou promover a saúde (84). Exemplos de tais atores são membros da comunidade, especialistas em política, a sociedade civil organizada, o setor privado (levando em consideração conflitos de interesse potenciais ou reais), organizações nacionais e subnacionais e governos locais e regionais. Cabe destacar a importância e a contribuição fundamental dos atores comunitários para compreender o impacto de qualquer intervenção na saúde e na equidade e as possíveis soluções para melhorar esse impacto. Esses atores comunitários também são parceiros-chaves na mobilização da comunidade durante a implementação de intervenções intersetoriais.

Também é necessário institucionalizar a coordenação intersetorial dentro das estruturas e processos governamentais, bem como assegurar a coerência entre as políticas de cada setor do governo com potencial de influenciar a saúde (por exemplo, impostos), de forma que a saúde, a equidade e a sustentabilidade sejam levadas em consideração desde os primeiros estágios de desenvolvimento e planejamento de programas e formulação de políticas. Isso representa uma mudança fundamental nas funções do governo, com repercussões no desenvolvimento de capacidades (infraestrutura, pessoal, orçamento, políticas e procedimentos) para viabilizar estruturas organizacionais com recursos permanentes e adequados, idealmente localizadas nos níveis mais altos de decisão, bem como recursos e capacidade organizacional para colaboração.

Os mecanismos de coordenação entre diferentes políticas sociais requerem também uma lógica territorial, tanto na formulação e implementação das políticas sociais do Estado como no funcionamento das estruturas organizacionais de diferentes jurisdições, com a priorização de grupos populacionais em condições de vulnerabilidade, pessoas em situação de exclusão social, desempregados ou em condições de trabalho precárias e informais, minorias étnicas, população LGBTI, pessoas deslocadas, refugiados e migrantes (238-240).

PARTE V



## RECOMENDAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ABORDAGEM DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

Os aspectos analisados acima reafirmam a necessidade, identificada há 15 anos, de abordar os serviços públicos de saúde inseridos nas funções essenciais de saúde pública (FESP) a partir de uma perspectiva integral, não apenas considerando os serviços de promoção e prevenção à saúde de base populacional, mas também garantindo o acesso aos serviços de saúde necessários por meio de um modelo de atenção centrada nos indivíduos, famílias e comunidades e abordando os determinantes sociais da saúde.

Essa abordagem não implica diluir a ênfase e os recursos nos serviços e ações de caráter populacional e comunitário que influenciam a saúde da população. As conquistas mais importantes dessas ações, como a segurança e qualidade dos alimentos, água e saneamento básico ou o controle de doenças transmissíveis e imunopreveníveis, paradoxalmente, foram acompanhadas por uma redução em seu valor percebido por eleitores e políticos, tornando-as vulneráveis a cortes de orçamento e enfraquecimento das estruturas de governança (225).

À medida que a dinâmica do mercado muda e a globalização se aprofunda, aumenta a necessidade de ações eficazes de saúde pública. Portanto, é necessário revitalizar a saúde pública dentro da agenda de fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde, que priorizem a prevenção de doenças e a promoção da saúde e do bem-estar. Nesse contexto, a análise do problema da equidade no acesso e continuidade dos serviços de saúde pública deve ser uma atividade central da agenda de fortalecimento dos sistemas de saúde. Esse critério reforça a necessidade de estruturar processos de formulação de políticas públicas a partir da análise dos problemas de saúde da população e seus determinantes, bem como dos desafios ou lacunas na capacidade de resposta do sistema de saúde às necessidades de saúde da população no âmbito de atuação das FESP.

Levando em consideração o exposto, concluímos este documento com as recomendações a seguir.

## Integração da abordagem das funções essenciais de saúde pública à tomada de decisões

Embora a iniciativa *Saúde Pública nas Américas* de 2002 (1) tenha obtido conquistas muito importantes, principalmente no que se refere à mobilização de atores em torno do debate sobre o tema e aos avanços significativos na mensuração das FESP, houve também uma tendência a equiparar as FESP à sua mensuração, sem aprofundar seu papel como facilitadoras dos processos de fortalecimento das autoridades de saúde e seu impacto na transformação dos sistemas de saúde (11).

Os mais importantes pontos fortes identificado da iniciativa das FESP nas Américas em 2002 foram tanto seu conteúdo teórico quanto sua operacionalização (11). No que diz respeito aos exercícios de avaliação regional, a sua visibilidade política e a abordagem implícita de comparação entre os países podem ter enfraquecido o seu rigor e a utilização dos resultados na prática (241). Os exercícios de avaliação das FESP foram mais exitosos quanto maior foram a sinceridade e a liderança política das pessoas convocadas para esse fim (11). Por outro lado, as FESP se restringiram, em termos de referência e metodologia, ao setor da saúde, com pouca colaboração intersetorial e pouca inclusão de organizações da sociedade civil e serviços privados de saúde, o que afetou o uso e a abrangência das FESP na Região (11).

Uma das principais lições aprendidas com as experiências anteriores de avaliação das FESP é a necessidade de que essa abordagem seja parte integrante do ciclo de formulação e aplicação das políticas públicas de saúde (30, 241). Isso significa que qualquer implementação da abordagem das FESP deve se comprometer com ciclos repetidos de avaliação compartilhada, que venham acompanhados de ação coerente, ou seja, aceitação dos achados e sua inclusão sistêmica no ciclo mais amplo da política de saúde pública (30, 241).

A experiência nas Américas mostra que a realização de exercícios isolados para medir as FESP não leva necessariamente a mudanças para melhorar as práticas e políticas de saúde pública. Para gerenciar essas mudanças, é necessária uma adoção mais sistemática de estratégias subsidiadas pelos achados dos exercícios de avaliação das FESP (242, 243). Para isso, as autoridades de saúde e demais atores responsáveis pela saúde pública devem, em primeiro lugar, chegar a um consenso sobre a definição operacional de suas funções, para então poder realizar uma avaliação sólida dessas funções e planejar e executar ações apoiadas por essas evidências (244).

Infelizmente, os esforços regionais anteriores careciam de uma estrutura conceitual adequada para reconhecer o caráter contextual e interconectado de cada uma das FESP (241). Como resultado, esses esforços se concentraram em medir aspectos da saúde pública que caracterizavam apenas indiretamente e parcialmente as funções incorporadas na prática da saúde pública. Consequentemente, as oportunidades para compreender, monitorar e melhorar sua prática e políticas foram limitadas.

Sem um sistema abrangente de avaliação das FESP, não é possível produzir as mudanças necessárias para melhorar as práticas e políticas de saúde pública (243). No entanto, o compromisso dos atores responsáveis pelo exercício da saúde pública e a liderança das autoridades de saúde são ingredientes essenciais para transcender a análise das FESP e garantir seu efetivo fortalecimento. Isso também requer maior atenção às práticas organizacionais e institucionais das autoridades de



saúde, o que inclui o desenvolvimento da força de trabalho, liderança, processos de alocação de recursos financeiros e processos de liderança e mudança no setor de saúde (243).

A demanda social por melhores desfechos de saúde em um cenário de recursos escassos não pode ser atendida com a estrutura e as capacidades dos sistemas de saúde atuais (243). As experiências de alguns países da Região, principalmente Canadá e Estados Unidos (244-254), demonstram que os exercícios de avaliação das FESP podem contribuir significativamente na medida em que fazem parte de uma abordagem sistemática de tomada de decisões e se incorporam a um ciclo contínuo de melhoria da qualidade, onde a coleta de informações e a produção e interpretação dos resultados na avaliação da capacidade de resposta são usados para abordar os problemas de saúde e seus determinantes (244-254). A lição aprendida com essas experiências é um sinal de que as avaliações exigem uma reconfiguração das autoridades sanitárias, de tal forma que os profissionais de saúde possam integrar sua prática profissional cotidiana com uma abordagem de avaliação das FESP (255).

O processo de formulação e implementação de políticas públicas de saúde inclui diferentes tipos de intervenções, sejam estas na forma de novas leis, regulamentos, diretrizes, práticas organizacionais ou prioridades de financiamento, com reflexos no estado de saúde e bem-estar da população (256, 257). A inclusão dessas intervenções nos processos de formulação e implementação das políticas públicas de saúde deve estar alinhada às transformações institucionais e organizacionais promovidas no marco da Estratégia de Saúde Universal (33).

A estratégia de saúde universal representa um guia de orientação sobre as ações estratégicas que devem ser promovidas nos processos de transformação dos sistemas de saúde, com base nos valores do direito da população à saúde, à solidariedade e à equidade. Esta proposta conceitual das FESP representa um marco analítico que serve para identificar e integrar diferentes tipos de intervenções com influência tanto no sistema de saúde quanto nos determinantes sociais da saúde — em ambos os casos, com repercussões na saúde da população.

A experiência com a aplicação do exercício das FESP mostra que a realização de um exercício de medição isolada não leva a mudanças sistêmicas para melhorar a saúde pública (66, 241). As lições aprendidas a esse respeito, tanto regional quanto globalmente, identificaram os elementos-chave para que isso aconteça:

- A apropriação do processo de avaliação de forma compartilhada entre parceiros e tomadores de decisão em nível nacional e local é essencial para garantir não apenas a adaptação da avaliação a competências e objetivos institucionais específicos, mas também a capacidade de acompanhar o processo para além de um exercício de medição pontual e específico, realizando-se avaliações repetidas baseadas em uma estrutura comum (30, 241).
- O processo de avaliação deve ser explicitamente integrado em um ciclo de política mais amplo desde o início, com o apoio de formuladores de políticas de alto nível e a mobilização de recursos de todo o sistema de saúde para garantir transformações institucionais relevantes com repercussões na saúde da população (30, 241). Nesse contexto, a proposta desse marco conceitual das FESP deve ser integrada ao processo de formulação de políticas para a transformação dos sistemas de saúde rumo à universalização da saúde (33).

- Ao mesmo tempo, o exercício de avaliação não deve ser exclusivo de uma abordagem de cima para baixo, mas deve alcançar consenso entre os interessados locais sobre quais são as medidas de desempenho e sua relevância para o seu trabalho. Nesse sentido, a flexibilidade e adaptação das ferramentas às circunstâncias e necessidades locais é essencial, pois oferece oportunidade para diversas iniciativas provenientes de um amplo leque de atores sociais.
- A fim de obter a adesão local dos profissionais de saúde pública, a contribuição destes é necessária desde o desenvolvimento do plano de avaliação, bem como sobre quais ferramentas específicas para a avaliação das FESP serão analisadas e usadas para orientar a melhoria da qualidade e das capacidades.
- As aplicações eficazes da abordagem das FESP são aquelas nas quais foram institucionalizadas estruturas de governança que visam a melhoria contínua da capacidade e prática da saúde pública. Dentre as experiências de sucesso, principalmente nos Estados Unidos, vale destacar a criação de unidades de melhoria da qualidade, onde a equipe consegue estabelecer um elo entre o seu dia a dia de trabalho e as medições das FESP, de forma que os diferentes atores são responsáveis pelo uso das medidas de desempenho e pela execução das ações correspondentes (258, 259).
- Por fim, os formuladores de políticas devem contar com a assistência técnica de especialistas quando necessário para implementar melhorias em diferentes esferas e tipos de intervenções, seja por órgãos nacionais (acadêmicos e não acadêmicos) ou internacionais (30, 241).

### **Análise de situação: o contexto local como referência para o processo**

Os processos de fortalecimento dos sistemas de saúde não têm uma dinâmica linear nem uniforme em todos os países da Região das Américas. Considerando a existência de múltiplas formas de organizar os sistemas de saúde e as especificidades que compõem os processos de fortalecimento, é fundamental destacar que os países devem definir seu plano de ação de acordo com seus próprios contextos sociais, econômicos, políticos, jurídicos, demográficos, históricos e culturais, considerando seus respectivos desafios e prioridades no campo da saúde.

Por isso, a análise das FESP também deve ser adaptada às características e desafios particulares dos processos de fortalecimento dos sistemas de saúde de cada país. Para isso, é necessário partir de uma análise da problemática de cada caso e das trajetórias políticas, institucionais e culturais de cada país, aprofundando-se na identificação e fortalecimento das capacidades das autoridades de saúde para promover e sustentar uma agenda de fortalecimento dos sistemas, com base na atenção primária à saúde e garantindo a universalização do acesso e da cobertura.

Da mesma forma, dependendo do novo contexto e dos novos desafios dos sistemas de saúde dos países da Região, o fortalecimento sustentável rumo ao acesso universal e equitativo deve se dar a partir da dinamização das mudanças produzidas no nível institucional (260), da redefinição dos termos da ação coletiva a partir do contexto e da integração constante de novas intervenções intersetoriais.

## Economia política e políticas de saúde pública

Como acontece com qualquer processo de tomada de decisão na prática de saúde pública, a formulação de políticas de saúde é complexa e depende de inúmeros fatores institucionais, científicos, econômicos, sociais e políticos (261). As políticas de saúde muitas vezes são implementadas (ou deixam de ser implementadas) como resultado de pressões políticas, ou das demandas e interesses de certos atores da sociedade civil.

Nesse sentido, o exercício das FESP como ferramenta para o processo de fortalecimento dos sistemas de saúde assume uma complexidade política que não deve ser ignorada. Em outras palavras, para sustentar tais processos, é necessário enfrentar essas contradições e os desafios derivados de potenciais conflitos de interesses e diferentes concepções entre os atores envolvidos no trabalho da saúde pública (262-264).

Para tanto, o papel de liderança das autoridades sanitárias nos processos de fortalecimento do sistema de saúde requer a formação de alianças com outros atores sociais que facilitem a viabilização política e a aceitabilidade social das propostas de melhoria da saúde, sem perder de vista os valores propostos para as FESP nem o papel das autoridades de saúde. A formação de lideranças coletivas, entre autoridades sanitárias e atores sociais, é um componente político fundamental que influencia a formulação e implementação do processo de fortalecimento dos sistemas de saúde (33, 191, 192).

Neste marco, uma nova perspectiva das FESP deve incluir capacidades políticas que facilitem esse processo, assumindo a gestão de possíveis conflitos por meio da formação de uma ação coletiva que permita legitimar as mudanças necessárias (260). Por esse motivo, uma análise de economia política deve ser considerada como parte da abordagem das FESP.

## Considerações finais sobre o marco conceitual

A proposta de marco conceitual das FESP aqui apresentada responde à necessidade de revisar e melhorar o enfoque dessas funções utilizado na Região das Américas nas últimas décadas. Esta reanálise considera tanto os desafios pendentes já identificados desde o final da década de 1980 do século passado quanto os novos desafios relacionados ao aprofundamento da globalização no século corrente. Ao mesmo tempo, foram obtidos avanços significativos na visibilidade das FESP enquanto agenda estratégica para fortalecer a saúde pública. No entanto, esses esforços tenderam a se limitar a exercícios de medição, sem aprofundar os processos de fortalecimento das autoridades sanitárias e do sistema de saúde — condições necessárias para influenciar os fatores que impactam a saúde da população (11).

A produção desta proposta de FESP exigiu revisão e consenso entre múltiplos atores envolvidos e comprometidos com os objetivos da saúde pública em relação à sua definição conceitual. Esse exercício permitiu uma revisão do escopo das áreas de atuação das FESP, considerando como critérios centrais o papel das autoridades de saúde e da sociedade civil, o papel da intersectorialidade e o acesso aos serviços de saúde pública.

Essas bases serviram para reavaliar uma estrutura conceitual das FESP integrada ao ciclo da política de saúde. Tomando como referência e insumo a definição do ciclo de política do Institute of Medicine, dos Estados Unidos (6), foram estabelecidas quatro etapas: a avaliação pelas

autoridades de saúde (como capacidade de inteligência em relação aos problemas de saúde), a formulação de políticas (para intervir sobre os fatores que influenciam esses problemas), a alocação de recursos necessários (para dar conta da implementação dessas políticas) e o acesso (as atividades que devem ser realizadas como condições necessárias). Essas etapas não devem ser interpretadas como lineares e sequenciais, mas sim como o exercício de funções que se articulam nos processos de formulação de políticas por meio das autoridades de saúde e da ação coletiva de diferentes atores comprometidos com a saúde da população. Esses processos devem ser interpretados de acordo com o contexto institucional, político e social de cada país e integrados aos processos de transformação setorial e intersetorial promovidos pelos Estados para melhorar as condições de saúde da população.

## GLOSSÁRIO

**Ação de saúde:** Intervenção voltada para o atendimento médico individual, atendimento à população e iniciativas intersetoriais que têm como objetivo principal a melhoria da saúde (265).

**Ação intersetorial:** Intervenção coordenada de mais de um setor institucional com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar da população. Inclui tanto as ações puramente horizontais entre ministérios e agências como as ações entre diferentes níveis de governo (266).

**Acesso à saúde:** Capacidade de usar serviços de saúde abrangentes, adequados, oportunos e de qualidade, quando necessário (33).

**Agregação (ou *pooling*) solidária de fundos:** Unificação em um só fundo de todos os níveis de financiamento (previdência, orçamento do Estado, contribuições individuais e outros fundos) com caráter solidário, ou seja, cada um contribui de acordo com sua capacidade e recebe serviços de acordo com sua necessidade. Neste esquema, o orçamento público assume os custos daqueles indivíduos que não têm capacidade de contribuir (pobres e indigentes) (33).

**Análise da situação de saúde:** Método de revisão sistemática dos problemas de saúde de uma população que leva a um consenso sobre as prioridades e à formulação de políticas para melhorar a saúde e reduzir as iniquidades (267).

**Atores estratégicos:** Indivíduos, grupos ou organizações que têm interesse e influência na configuração institucional do sistema de saúde e na prestação de serviços de saúde (236).

**Autoridades de saúde:** Conjunto de organizações, entidades ou atores do Estado responsáveis por salvaguardar o bem público em matéria de saúde (79). As autoridades de saúde apresentam diferenças estruturais em sua composição dependendo do caráter federal ou unitário do país e da organização institucional do setor da saúde.

**Capacidade de resposta do sistema de saúde:** Capacidade do sistema de saúde de realizar suas funções, incluindo a prestação de serviços, a gestão da infraestrutura e dos recursos humanos necessários para a prestação desses serviços, a arrecadação e agregação de recursos financeiros e a função de reitoria para estabelecer e fazer cumprir as regras e fornecer direcionamento estratégico a todas as partes interessadas. Estas funções são desempenhadas com o objetivo de responder às necessidades, prioridades e situações de saúde da população.

**Cobertura de saúde:** Capacidade do sistema de saúde de responder às necessidades da população, o que inclui a disponibilidade de infraestrutura, recursos humanos, tecnologias de saúde (inclusive medicamentos) e financiamento (33).

**Cuidados de saúde:** Atenção ajustada às necessidades de saúde de toda a população, efetiva e baseada nas melhores evidências científicas disponíveis, que é prestada por meio de intervenções seguras, que não causam danos ou prejuízos de qualquer espécie, e de acordo com as prioridades de alocação e organização dos recursos estabelecidas conforme critérios de equidade e eficiência econômica (custo-efetividade) (268).

**Determinantes sociais da saúde:** Circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Essas circunstâncias são o resultado da distribuição de dinheiro, poder e recursos nos níveis global, nacional e local, que, por sua vez, depende das políticas adotadas (269). Os determinantes sociais explicam as desigualdades

sociais em relação à saúde e, de uma perspectiva operacional-analítica, são capazes de distinguir desigualdades no estado de saúde de desigualdades na atenção à saúde (223).

**Direito à saúde:** Direito de todos a gozar do melhor estado de saúde e da equidade e solidariedade em relação à saúde (33).

**Emergência de saúde pública de interesse internacional:** Evento extraordinário que constitui um risco para a saúde pública de outros Estados devido à propagação internacional de uma doença, e que pode exigir uma resposta internacional coordenada (141).

**Equidade:** Ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis entre grupos populacionais em termos do estado de saúde e do acesso à saúde e a ambientes saudáveis. Norteia a priorização das políticas e intervenções de saúde para atender às necessidades de saúde da população em situação de vulnerabilidade social e econômica (265).

**Funções essenciais de saúde pública (FESP):** Capacidades das autoridades de saúde, em todos os níveis institucionais e juntamente com a sociedade civil, de fortalecer os sistemas de saúde e garantir o pleno exercício da saúde pública, atuando sobre os fatores e determinantes sociais que influenciam a saúde da população.

**Governança:** Arranjos institucionais que regulam os atores e recursos críticos que influenciam as condições de cobertura e acesso aos serviços de saúde (260).

**Integração:** No que se refere à atenção básica e à saúde pública, entende-se como a articulação de programas e atividades para promover a eficiência e eficácia em geral e obter ganhos na saúde da população (86).

**Modelo de atenção:** Abordagem teórica e operacional que estabelece e descreve a melhor forma de organizar as ações das autoridades de saúde de forma a satisfazer as necessidades e demandas da população, com foco na vinculação das pessoas e comunidades aos serviços de saúde (270).

**Pagamento direto:** Taxas ou encargos normalmente cobrados pela realização de consultas, exames e procedimentos médicos, pela dispensação de medicamentos e outros insumos e por análises clínicas. Dependendo do país, a cobrança é feita por órgãos governamentais, centros religiosos ou filantrópicos ou instituições privadas. Mesmo se estiverem cobertos por um plano ou seguro de saúde, os usuários devem dividir essas despesas (geralmente na forma de copagamento ou franquia) e pagar do próprio bolso no momento da utilização do serviço, uma vez que essas despesas não são cobertas pelo plano (271).

**Participação social na saúde:** Processo pelo qual as pessoas e comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam as condições de saúde da população (272).

**Plano de ação nacional:** Plano diretor para atender os objetivos nacionais de saúde por meio da implementação de uma estratégia setorial e intersetorial. É o marco de referência que leva a uma programação mais detalhada, geração de orçamento, implementação e avaliação (273).

**Política nacional de saúde:** Declaração ou procedimento formal realizado dentro de uma instituição reitora do sistema de saúde (geralmente, o governo) que define os objetivos, prioridades e parâmetros de ação para responder às necessidades de saúde no contexto dos recursos disponíveis (273).

**Primeiro nível de atenção:** Prestação de serviços integrados e acessíveis por profissionais de saúde no contexto da família e da comunidade, com o intuito de resolver a maior parte das necessidades de saúde dos indivíduos e estabelecer uma relação sustentada com as pessoas que recebem esses serviços (268).

**Promoção da saúde:** Processo que permite que as pessoas tenham maior controle sobre sua própria saúde e melhorem sua saúde (272).

**Qualidade de vida:** Percepção por indivíduo de sua posição na vida dentro do contexto cultural e sistema de valores em que vive e com respeito a seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. Trata-se de um conceito influenciado pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relação com o meio ambiente.

**Qualidade dos serviços de saúde:** Grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de alcançar um resultado desejado relacionado à saúde e respondem à aplicação de conhecimentos profissionais atualizados. A esta definição cabe adicionar o componente subjetivo da qualidade, que corresponde à qualidade percebida pelos usuários (226).

**Recursos humanos para a saúde:** Todas as pessoas que realizam ações cujo objetivo fundamental é proteger e melhorar a saúde, curar e prevenir doenças (195).

**Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS):** Rede de organizações que fornecem ou organizam o fornecimento de serviços de saúde equitativos e integrais para uma população definida, e que estão dispostas a ser responsabilizadas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população que atendem (268).

**Regulamento Sanitário Internacional (RSI):** Regulamento adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus Estados Membros com o objetivo de prevenir a propagação internacional de doenças, proteger contra tal propagação, controlar tal propagação quando ocorra e proporcionar uma resposta de saúde pública proporcional e restrita aos riscos à saúde pública ao mesmo tempo em que evita interferências desnecessárias ao comércio e tráfego internacional (156).

**Reitoria:** Capacidade de liderança das autoridades de saúde para moldar e apoiar uma ação coletiva que permita a criação, o fortalecimento ou a mudança das estruturas de governança do sistema de saúde (260).

**Risco para a saúde pública:** Probabilidade de ocorrer um evento que possa afetar adversamente a saúde das populações humanas, considerando em particular a possibilidade de propagação internacional ou de um perigo grave e direto (156).

**Saúde:** Estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de agravos ou doenças.

**Saúde em todas as políticas:** Abordagem de políticas públicas em todos os setores que leva em conta sistematicamente as implicações das decisões em saúde, busca sinergias e evita efeitos nocivos à saúde visando melhorar a saúde da população e a equidade em saúde (190).

**Saúde pública:** Prática e campo de conhecimento da ação coletiva do Estado, em conjunto com a sociedade civil, para a proteção e melhoria da saúde das pessoas e garantia do direito à saúde da população.

**Segurança do paciente:** Redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde ao mínimo aceitável (274).

**Serviços de atenção à saúde:** Sistemas coordenados de informação e intervenção de saúde para pessoas que sofrem de doenças, nos quais o valor do autocuidado no tratamento e controle dessas doenças é compartilhado. Se concentram no atendimento a pacientes com diagnósticos específicos e são orientados para o tratamento de doenças que requerem abordagens preventivas, curativas ou reabilitadoras. Os serviços de saúde são divididos em níveis de atenção (primeiro, segundo e terceiro, ou atenção primária, secundária e terciária) (268).

**Serviços integrais de saúde:** Ações populacionais e/ou individuais apropriadas do ponto de vista cultural, étnico e linguístico, que enfoquem as questões de gênero e considerem as diferentes necessidades ao promover a saúde, prevenir doenças, proporcionar o atendimento em caso de doença e oferecer os cuidados necessários de curto, médio e longo prazo (33).

**Setor da saúde:** Conjunto de serviços organizados de saúde, públicos e privados (incluindo promoção da saúde, prevenção de doenças e serviços de diagnóstico, tratamento e atenção), políticas e atividades dos ministérios e secretarias de saúde e das organizações não governamentais, grupos comunitários e associações profissionais relacionados com a saúde (272).

**Sistema de informação em saúde:** Conjunto de atividades e procedimentos para coletar, processar, analisar, divulgar, catalogar e arquivar dados de fontes primárias e secundárias, e que transforma esses dados em informações úteis para apoiar a tomada de decisão no setor da saúde (275).

**Sistema de saúde:** Conjunto de organizações, indivíduos e ações cuja principal intenção é promover, recuperar ou melhorar a saúde (73).

**Sociedade civil:** Espaço extenso e complexo no qual ocorrem confrontos ideológicos, políticos e culturais e no qual se pode perceber a hegemonia de um bloco de poder sobre o conjunto da sociedade (276).

**Solidariedade:** Princípio que sustenta o desenvolvimento dos sistemas de proteção social, com mecanismos de redistribuição por meio de contribuições definidas em função da capacidade econômica das pessoas e empresas e incumbidas de satisfazer as necessidades da população (265).

**Vigilância em saúde pública:** Compilação, comparação e análise de dados de forma sistemática e contínua para fins relacionados com a saúde pública, bem como divulgação oportuna desses dados para realizar avaliação e gerar a resposta de saúde pública adequada (156).



## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2002 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/42858/9275315892\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/42858/9275315892_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
2. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(4):905-25 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em espanhol em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KPt8R5JmZtJk6Sy7rbwZwGs/?lang=es>.
3. Fleury S. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90. *Nueva Soc*. 1998;156:72-94.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Funções essenciais de saúde [Internet]. 42º Conselho Diretor da OPAS, 52ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 25 a 29 de setembro de 2000; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2000 (resolução CD42.R14) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em português em: [https://www3.paho.org/portuguese/GOV/CD/cd42\\_15-p.pdf](https://www3.paho.org/portuguese/GOV/CD/cd42_15-p.pdf).
5. Organização Pan-Americana da Saúde. La salud pública en las Américas: Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2001 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Instrumento\\_Medicion\\_Desempeno.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf).
6. Institute of Medicine (Estados Unidos), Committee for the Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services. The future of public health. Washington, D.C.: National Academies Press; 1988.
7. Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América. 10 essential public health services [Internet]. Atlanta, GA: CDC; 2013 [consultado em 10 de outubro de 2018]. Disponível em inglês em: <https://www.cdc.gov/stltpublichealth/publichealthservices/essentialhealthservices.html>.
8. Bettcher D, Sapirie S, Goon E. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q*. 1998;51(1):44-54.
9. Atun R, De Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frensz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385(9974):1230-47 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em inglês em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61646-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61646-9/fulltext).
10. Muñoz F, López-Acuna D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;8(1/2):126-34 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em espanhol em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000700017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017&lng=pt&nrm=iso).
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Funciones esenciales de salud pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia la salud universal: experiencia federal. Buenos Aires: OPAS; 2017 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34026>.

12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. A gestão da saúde nos estados: Avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília: CONASS; 2007 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em português em: [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2007/livro\\_fesp\\_final.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2007/livro_fesp_final.pdf).
13. Ramagem C, Ruales J. The essential public health functions as a strategy for improving overall health systems performance: trends and challenges since the Public Health in the Americas Initiative, 2000-2007 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2008 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/EPHF\\_Strategy\\_to\\_Strengthen\\_Performance.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/EPHF_Strategy_to_Strengthen_Performance.pdf).
14. Muñoz-Navarro SR. Evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en las SEREMIS de salud de Chile. Informe técnico final [Internet]. Santiago de Chile: FONIS; 2017 [consultado em 18 de novembro de 2018]. Proyecto SA14ID0042. Disponível em espanhol em: <http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/214531/SA14ID0042.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
15. Chávez BM, Arango AM, Serna LM, Zuleta AM. Desempeño de las funciones esenciales de salud pública en tres municipios, Antioquia-Colombia, 2011. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2011;29(3):272-80.
16. República da Costa Rica, Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública [Internet]. San José da Costa Rica: MINSA/OPAS; 2014 [consultado em 18 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: <https://www.paho.org/costa-rica/dmdocuments/FESP2014.pdf>.
17. República do Panamá, Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Evaluación de las funciones de salud pública. Resultados del Taller de aplicación del instrumento de medición de las funciones esenciales de Salud Pública, llevado a cabo del 27 al 29 de junio de 2001 [Internet]. Cidade do Panamá: Ministério da Saúde; 2014 [consultado em 18 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://www3.paho.org/pan/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=26-evaluacion-de-las-funciones-de-salud-publica&category\\_slug=publications&Itemid=224](https://www3.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&alias=26-evaluacion-de-las-funciones-de-salud-publica&category_slug=publications&Itemid=224).
18. Magaña-Valladares L, Nigenda-López G, Sosa-Delgado N, Ruiz-Larios JA. Public health workforce in Latin America and the Caribbean: assessment of education and labor in 17 countries. *Salud Publica Mex*. 2009;51(1):62-75 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em inglês em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000100012](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000100012).
19. Organização Pan-Americana da Saúde. Campus Virtual de Saúde Pública [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2000. Curso Virtual de Funciones Esenciales de Salud; 2013 [consultado em 1º de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso-virtual-de-funciones-esenciales-de-salud-publica>.
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Salud en las Américas+, 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2017 [consultado em 6 de maio de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>.
21. Galea S. Healthier: fifty thoughts on the foundations of population health. Oxford: Oxford University Press; 2018.

22. Tatem AJ, Hay SI, Rogers DJ. Global traffic and disease vector dispersal. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2006;103:6242-7 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em inglês em: <https://www.pnas.org/content/103/16/6242.long>.
23. Organização Mundial da Saúde; Organização Mundial do Comércio. WTO agreements and public health. A joint study by the WHO and the WTO Secretariat [Internet]. Genebra: Secretaria da OMC; 2002 [consultado em 11 de dezembro de 2011]. Disponível em inglês em: [http://www.wto.org/english/res\\_e/booksp\\_e/who\\_wto\\_e.pdf](http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/who_wto_e.pdf).
24. Labonte R, Mohindra K, Schrecker T. The growing impact of globalization on health and public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:263-83 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em inglês em: [https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-031210-101225?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-031210-101225?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed).
25. Galea S, Annas GJ. Aspirations and strategies for public health. *JAMA*. 2016;315(7):655-56 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em inglês em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2486470>.
26. Martin-Moreno JM, Harris M, Jakubowski E, Kluge H. Defining and Assessing Public Health Functions: A Global Analysis. *Annu Rev Public Health*. 2016;37:335-55.
27. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e11 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em inglês em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e11/>.
28. American Public Health Association. The role of public health in ensuring healthy communities. Washington, D.C.: APHA; 1995. Policy Number: 9521 (PP).
29. Lomazzi M. A. Global Charter for the Public's Health – the public health system: role, functions, competencies and education requirements. *Eur J Public Health*. 2016;26:210-2.
30. The Commonwealth; World Federation of Public Health Associations. A systems framework for healthy policy [Internet]. Londres: Commonwealth Secretariat; 2016 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: <https://drive.google.com/file/d/OB8wr6920suOaeXNVR01IeHdTYmc/view>.
31. Organização Pan-Americana da Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2010 (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, n.º 4).
32. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C; Grupo de Trabalho de Atenção Primária à Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2/3):73-84 [consultado em 16 de setembro de 2021].
33. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf>.

34. Organização Pan-Americana da Saúde. Sistemas de saúde resilientes [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 26 a 30 de setembro de 2016; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2016 (documento CD55/9) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-9-p.pdf>.
35. Organização Pan-Americana da Saúde. Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na Região [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017; Washington, D.C.. Washington, D.C.: OPAS; 2017 (documento CSP29/6, Rev. 3) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49172/CSP296-por.pdf>.
36. Nações Unidas. Transformando o nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 70ª período de sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas; 15 de setembro de 2015 a 12 de setembro de 2016, Nova Iorque, Estados Unidos. Nova Iorque: Nações Unidas; 2015 (resolução A/RES/70/1) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: [http://www.itamaraty.gov.br/images/ed\\_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf](http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf).
37. Organização Mundial da Saúde. Fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública para contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da Saúde; 23 a 28 de maio de 2016; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2016 (resolução WHA69.1) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69-REC1/A69\\_2016\\_REC1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-sp.pdf).
38. Organização Mundial da Saúde. Health systems, international health regulations, and essential public health functions. Report of the WHO Interregional Internal Working Meeting [Internet]. WHO Meeting on Health Systems, IHR and Essential Public Health Functions; 15 e 16 de março de 2016; Copenhagen (Dinamarca). Genebra: OMS; 2016 (WHO/HIS/SDS/2016.13) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/CopenhagenMeetingReport.pdf>.
39. Organização Mundial da Saúde. Respuesta a la COVID-19 [Internet]. 73ª Assembleia Mundial da Saúde; 18 e 19 de maio de 2020; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2020 [consultado em 25 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_R1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf).
40. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde; 19 a 21 de outubro de 2011; Rio de Janeiro (Brasil). Genebra: OMS; 2011 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em português em: [https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf).
41. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas. 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde; 10 a 14 de junho de 2013; Helsinque, Finlândia. Genebra: OMS; 2013 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em inglês em: [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf).
42. Declaração de Astana. Conferência Mundial sobre Atenção Primária à Saúde: De Alma-Ata à cobertura universal de saúde e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; 25 e 26 de outubro de 2018; Astana (Cazaquistão). Genebra: OMS; 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.61) [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.

43. Detels R, Tan CC. The scope and concerns of public health. In: Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC. Oxford Textbook of Global Public Health. 6ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
44. Annas GJ, Glantz LH, Scotch NA. Back to the future: the IOM report reconsidered. *Am J Public Health*. 1991;81(7):835-7.
45. Ferrer Lues M. Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética. *Acta Bioeth* [Internet]. 2003;9(1):113-26. Disponível em espanhol em: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2003000100011&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2003000100011&lng=es&nrm=iso).
46. Nações Unidas. Declaração universal dos direitos humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas; 10 de dezembro de 1948; Paris (França). Paris: Nações Unidas; 1948 [Resolução 217 A(III)].
47. Annas GJ, Mariner WK. Public health and human rights in practice. *J Health Polit Policy Law*. 2016;41(1):129-39.
48. Galea S, Annas GJ. Public Health and Human Rights—Reply. *JAMA*. 2016;316(1):104-05.
49. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova Iorque: OMS; 1946.
50. Nações Unidas. Declaração Política da Reunião de Alto Nível sobre Cobertura Universal de Saúde [Internet]. 74ª período de sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas; 17 de setembro de 2019 a 14 de setembro de 2020, Nova Iorque, Estados Unidos. Nova Iorque: ONU; 2019 (resolução A/RES/74/2) [consultado em 10 de abril de 2020]. Disponível em espanhol em: <https://undocs.org/es/A/RES/74/2>.
51. Organização Pan-Americana da Saúde. Salud en las Américas+, 2017 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2017. Valores y principios de la salud universal; [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/index-es.html>.
52. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. The determinants and scope of public health interventions to tackle the global problem of hypertension. *Int J Prev Med*. 2014;5(7):807-12.
53. The Marmot Review. Fair Society, Health Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010. Londres: The Marmot Review; 2010.
54. Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Genebra: OMS; 2008.
55. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med*. 2006 Apr;62(7):1768-84. Epub 2005 Oct 13.
56. Williams DR, Collins C. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Rep*. 2001 Sep-Oct;116(5):404-16.
57. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para a promoção da saúde no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2019-2030 [Internet]. 57º Conselho Diretor da OPAS, 71ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2019; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2019 (documento CD57/10) [consultado em 10 de abril de 2020]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51618/CD57-10-p.pdf>.
58. Ballabeni A. The definition of public health - where to shift the focus: prevention or population? *Perspect Public Health*. 2015 Jul;135(4):166.
59. Fee E, Brown TM. The unfulfilled promise of public health: déjà vu all over again. *Health Aff (Millwood)* 2002;21:31-43.

60. Frieden T. The Future of Public Health. *N Engl J Med*. 2015;373:1748-54 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em inglês em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1511248>.
61. Frenk J. La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. *Salud Publica Mex*. 1988;30(2):246-54.
62. Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. *Am J Public Health*. 2010;100(4):590-5.
63. Frenk J. The new public health. In: Organização Pan-Americana da Saúde. *The crisis of public health: reflections for the debate*. Washington, D.C.: OPAS; 1992.
64. Montoya-Aguilar C. Qué se entiende hoy por salud pública. *Cuad Med Soc*. 2006;46(3):212-27.
65. Erondy NA, Martin J, Marten R, Ooms G, Yates R, Heymann DL. Building the case for embedding global health security into universal health coverage: a proposal for a unified health system that includes public health. *Lancet*. 2018;392(10156):1482-6.
66. Etz RS, Gonzalez MM, Brooks EM, Stange KC. Less AND more are needed to assess primary care. *J Am Board Fam Med*. 2017;30:13-5.
67. Prunuske J, Chang L, Mishori R, Dobbie A, Morley CP. The extent and methods of public health instruction in family medicine clerkships. *Fam Med*. 2014;46:544-8.
68. Freeman P, Robbins A. National health care reform minus public health: A formula for failure. *J Public Health Policy*. 1994;15:261-82.
69. Brandt AM, Gardner M. Antagonism and accommodation: Interpreting the relationship between public health and medicine in the United States during the 20th century. *Am J Public Health*. 2000;90:707-15.
70. Mays GP, Halverson PK, Stevens R. The contributions of managed care plans to public health practice: Evidence from the nation's largest local health departments. *Public Health Rep*. 2001;116(Suppl 1):50-67.
71. Stevenson RM, Hogg W, Huston P. Integrating public health and primary care. *Health Policy*. 2007;3(1):e160-81.
72. Scutchfield FD, Michener JL, Thacker SB. Are we there yet? Seizing the moment to integrate medicine and public health. *Am J Prev Med*. 2012;42(6):S97-102.
73. Organização Mundial da Saúde. *Everybody's Business. Strengthening health systems to improve health outcomes WHO's framework for action*. Geneva: OMS; 2007 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em inglês em: [https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
74. Institute of Medicine (Estados Unidos), Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. *The future of the public's health in the 21st century* [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2002 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221227>.
75. Kluge H, Martin-Moreno JM, Emiroglu N, Rodier G, Kelley E, Vujnovic M, et al. Strengthening global health security by embedding the International Health Regulations requirements into national health systems. *BMJ Glob Health*. 2018;3(Suppl 1):e000656.
76. Shoman H, Karafillakis E, Rawaf S. The link between the West African Ebola outbreak and health systems in Guinea, Liberia and Sierra Leone: a systematic review. *Global Health* [Internet]. 2017;13:1. Disponível em inglês em: <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0224-2>.

77. Organização Pan-Americana da Saúde. Extensão da Proteção Social na Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Internacional do Trabalho [Internet]. 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 23 a 27 de setembro de 2002; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2002 [consultado em 10 de dezembro de 2018] (documento CSP26/12). Disponível em: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15791:26th-pan-american-sanitary-conference&Itemid=2105&lang=pt](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15791:26th-pan-american-sanitary-conference&Itemid=2105&lang=pt).
78. Organização Pan-Americana da Saúde. Salud en las Américas+, 2017 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2017. Rectoría y gobernanza hacia la salud universal; [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=309&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=309&lang=es).
79. Organização Pan-Americana da Saúde. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Washington, D.C.: OPAS; 2007 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em espanhol em: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion\\_Rectora\\_ASN.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf).
80. Rantala R, Bortz M, Armada F. Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promot Int*. 2014; 29(Suppl 1):i92-i102.
81. Declaração de Alma-Ata [Internet]. Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde; 6 a 12 de setembro de 1978; Alma-Ata, URSS. Washington, D.C.: OPAS; 2012 [consultado em 12 de novembro de 2017]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.
82. Organização Mundial da Saúde; Governo da Austrália do Sul. Adelaide statement on health in all policies [Internet]. Genebra: OMS; 2010 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: [http://www.who.int/social\\_determinants/hiap\\_statement\\_who\\_sa\\_final.pdf](http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf).
83. Nações Unidas. Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis [Internet]. 66ª período de sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas; 13 de setembro de 2011 a 10 de setembro de 2012, Nova Iorque, Estados Unidos. Nova Iorque, NY: ONU; 2012 (resolução A/RES/66/2) [consultado em 12 de novembro de 2020]. Disponível em espanhol em: <https://undocs.org/es/A/RES/66/2>.
84. Organização Mundial da Saúde/Agência de Saúde Pública do Canadá. Equidad en salud a través de la acción intersectorial: un análisis de estudios de casos en 18 países [Internet]. Sem local: OMS/Health Canada; 2008 [consultado em 10 de dezembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://www.who.int/social\\_determinants/resources/health\\_equity\\_isa\\_2008\\_es.pdf](https://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_es.pdf).
85. American Academy of Family Physicians [Internet]. Leawood, KS: AAFP. Integration of primary care and public health (position paper); [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: <https://www.aafp.org/about/policies/all/integration-primary-care.html>.
86. Institute of Medicine (Estados Unidos). Primary care and public health: exploring integration to improve population health. Washington, D.C.: National Academies Press; 2012.
87. Linde-Feucht S, Coulouris N. Integrating primary care and public health: a strategic priority. *Am J Public Health*. 2012 Jun;102 Suppl 3:S310-1.
88. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e81 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49102>.

89. Cunill-Grau N, Ospina S. Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación (MyE) en América Latina. Informe Comparativo de 12 países. Caracas: Banco Mundial/Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD); 2008.
90. Perez-Yarahuan G, Maldonado Trujillo C, eds. Panorama de los sistemas de nacionales de monitoreo y evaluación en América Latina. Cidade do México: Centro de Investigación y Docencia Económicas; 2015.
91. Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, Prasad A, Schlotheuber A, Valentine N, et al. Equity-Oriented Monitoring in the Context of Universal Health Coverage. *PLoS Med.* 2014;11(9):e1001727.
92. Pignata MA. Monitoreo y evaluación de políticas públicas en América Latina: brechas por cerrar. *Rev Perspect Polit Públicas.* 2015;4(8):49-69.
93. Feinstein O, García Moreno M. Seguimiento y evaluación. In: Kaufmann J, Sanginés M, García Moreno M, eds. *Construyendo gobiernos efectivos.* Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); 2015. p. 209-248.
94. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para o fortalecimento dos sistemas de informação para a saúde 2019-2023. 71ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2019. Disponível em: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=49677-cd57-9-p-pda-sistemas-informacao&category\\_slug=cd57-pt&Itemid=270&lang=en](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49677-cd57-9-p-pda-sistemas-informacao&category_slug=cd57-pt&Itemid=270&lang=en).
95. Nyamtema AS. Bridging the gaps in the Health Management Information System in the context of a changing health sector. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2010;10:36.
96. O'Neill K, Viswanathan K, Celades E, Boerma T. Monitoring evaluation and review of national health policies, strategies and plans. In: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, eds. *Strategizing national health in the 21st century: A handbook*; capítulo 9. Genebra: OMS; 2016.
97. AbouZahr C, Boerma T. Health information systems: the foundations of public health. *Bull World Health Organ.* 2005;83:578-83.
98. De Costa A, Diwan V. 'Where is the public health sector?' Public and private sector healthcare provision in Madhya Pradesh, India. *Health Policy.* 2007;84:269-76.
99. Berman P, Requejo J, Bhutta ZA, Singh NS, Owen H, Lawn JE. Countries' progress for women's and children's health in the Millennium Development Goal era: the countdown to 2015 experience. *BMC Public Health.* 2016;16(Suppl 2):791.
100. Organização Pan-Americana da Saúde. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2018.
101. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Pública.* 2013;15(6):797-808.
102. Organização Pan-Americana da Saúde. Consulta regional sobre o esquema de monitoramento do Regulamento Sanitário Internacional após 2016 [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 67ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 28 de setembro a 2 de outubro de 2015; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2015 (documento CD54/INF/4, Add. 1) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28431/CD54-INF-4-Add-I-p.pdf>.



103. Concha-Eastman A, Villaveces A. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistema de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2001 [consultado em 4 de abril de 2013]. Comentarios sobre algunos casos; p. 38-39. Disponível em espanhol em:  
[https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/media/en/231.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/231.pdf).
104. Organização Pan-Americana da Saúde. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2011 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2011 [consultado em 4 de abril de 2013]. Disponível em espanhol em: [http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI\\_2011\\_ESP.pdf](http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ESP.pdf).
105. Silva GAP, Vieira-da-Silva LM. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cad Saude Publica*. 2008 Nov; 24(11):2463-75.
106. Pontes da Silva GA, Paim JS. Concepciones y prácticas de vigilancia en sistemas de salud de América del Sur. In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. *Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental*; pp. 23-38. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
107. Lede R, Traverso T, Gandini J. El rol de la vigilancia sanitaria en la búsqueda de seguridad, acceso y estímulo a la innovación en medicamentos, productos médicos y alimentos. In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. *Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental*; pp. 77-88. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
108. Sacoto Aizaga K, Obando Cevallos D. Sistemas de vigilancia sanitaria en América del Sur. In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. *Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental*; pp. 58-76. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
109. Barcellos C, Quitério LAD. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):170-7.
110. Rohlf DB, Grigoletto JC, Franco Netto G, Rangel CF. A construção da vigilância em saúde ambiental no Brasil. *Cad Saude Colet*. 2011;19(4):391-8.
111. Organização Pan-Americana da Saúde. *Vigilancia epidemiológica sanitaria en situaciones de desastre: Guía para el nivel local*. Washington, D.C.: OPAS; 2002 (Série de Manuais e Guias sobre Desastres, 2) [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/42822>.
112. Governo do Peru. Ministério da Saúde. *Manual para la implementación de la vigilancia epidemiológica en desastres*. Lima: Ministério da Saúde; 2004 (Série Herramientas Metodológicas en Epidemiología y Salud Pública, 21).
113. Governo do Chile. Ministério da Saúde. *Guía de vigilancia epidemiológica en emergencias y desastres*. Santiago de Chile: Ministério da Saúde; 2010.
114. Governo da República Argentina. Ministério da Saúde. *Epidemiología y análisis de situación de salud*. [consultado em 25 de junho de 2020]. In: [Argentina.gob.ar](http://Argentina.gob.ar) [Internet]. Buenos Aires: Subsecretaria de Governo Aberto e País Digital. Disponível em espanhol em: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia>.
115. Sistema Nacional de Informações em Saúde - Vigilância Epidemiológica [Internet]. La Paz: Ministério da Saúde (Estado Plurinacional da Bolívia); c2015 [consultado em 5 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/98-vigilancia-epidemiologica>.
116. *Vigilância em Saúde* [Internet]. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde (Governo Federal); c2013 [consultado em 5 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude>.

117. Departamento de Epidemiologia [Internet]. Santiago de Chile: Ministério da Saúde (Chile); [consultado em 5 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <http://epi.minsal.cl>.
118. Sistema de Vigilância em Saúde Pública [Internet]. Bogotá: Ministério da Saúde e Proteção Social (Colômbia); [consultado em 5 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SIVIGILA.aspx>.
119. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud [Internet]. Tres Ríos (Costa Rica): INCIENSA; c2005. Vigilancia epidemiológica; [consultado em 6 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: [https://www.inciensa.sa.cr/vigilancia\\_epidemiologica](https://www.inciensa.sa.cr/vigilancia_epidemiologica).
120. Fariñas Reinoso AT. VigiWeb [Internet]. Havana: Ana Teresa Fariñas Reinoso; c2001. Sistema de vigilancia de salud en Cuba; [consultado em 5 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: [http://vigiweb.sourceforge.net/VigiWeb/temas/sist\\_vigil\\_cub/sist\\_vigil\\_cub3.htm](http://vigiweb.sourceforge.net/VigiWeb/temas/sist_vigil_cub/sist_vigil_cub3.htm).
121. Ministério de Saúde Pública [Internet]. Quito: Governo da República do Equador. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica; [consultado em 5 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-vigilancia-epidemiologica>.
122. Governo do México [Internet]. Cidade do México: Governo do México; 2014. Dirección General de Epidemiología - Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; [consultado em de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia>.
123. Ministério da Saúde [Internet]. Manágua: Ministério da Saúde (Nicarágua). Dirección General Vigilancia de la Salud Pública; [consultado em 5 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-Vigilancia-de-la-Salud-P%C3%ABblica>.
124. Governo do Panamá. Ministério da Saúde [Internet]. Cidade do Panamá: Ministério da Saúde. Epidemiología; [consultado em 6 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/epidemiologia>.
125. Dirección General de Vigilancia de la Salud [Internet]. Asunción: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (Paraguai); [consultado em 6 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <http://www.vigisalud.gov.py>.
126. Dirección General de Epidemiología [Internet]. Lima: Ministério da Saúde (Peru); [consultado em 5 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://www.dge.gob.pe/portal/>.
127. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Bol Epidemiol Semanal (República Dominicana) [Internet]. 2017 [consultado em 6 de março de 2019];51:1. Disponível em espanhol em: [http://www.digepisalud.gob.do/documentos/?drawer=Boletines%20epidemiologicos\\*Boletines%20semanales\\*2017](http://www.digepisalud.gob.do/documentos/?drawer=Boletines%20epidemiologicos*Boletines%20semanales*2017).
128. MINSAL: Site Oficial do Ministério da Saúde de El Salvador [Internet]. El Salvador: Ministério da Saúde (El Salvador). Unidad de Vigilancia de la Salud; [consultado em 6 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <http://www.salud.gob.sv/unidad-de-vigilancia-de-la-salud>.
129. Ministério de Saúde Pública [Internet]. Montevidéu: Ministério de Saúde Pública (Uruguai). Epidemiología; [consultado em 5 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/epidemiologia>.
130. Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” [Internet]. Caracas: Ministério do Poder Popular para a Saúde (República Bolivariana da Venezuela). Nuestro Instituto; [consultado em 6 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: [http://www.inhrr.gob.ve/nuestro\\_instituto.php](http://www.inhrr.gob.ve/nuestro_instituto.php).

131. Governo do Brasil. Ministério da Saúde. 4ª EXPOEPI. Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. Anais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [consultado em 3 de março de 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais\\_4\\_expoepi.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_expoepi.pdf).
132. Governo do Peru. Ministério da Saúde. Aprendiendo de la experiencia. Lecciones aprendidas para la preparación y respuesta en el control vectorial ante brotes de dengue en el Perú [Internet]. Lima: Ministério da Saúde; 2011 [consultado em 3 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1828.pdf>.
133. Beingolea L. Control de la malaria en las zonas fronterizas de la Región Andina: un enfoque comunitario. In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 168-72. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
134. Eersel M. Experiencias y desafíos en la vigilancia y el control de la malaria en Surinam. In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 172-78. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
135. Costa de Olivera MT. Vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en Belo Horizonte (Brasil): oportunidad para implementar vigilancia en los hospitales. In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 178-84. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
136. Pimenta Junior FG. Programas de control de las grandes endemias: el dengue en Brasil (Brasil). In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 184-90. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
137. Hage Carmo E, Beingolea More LF, Gagliano González G, Rosa Salomón R, Castro Gualano M, Antman J. Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud: creación, agenda y desafíos. In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 116-28. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
138. União de Nações Sul-Americanas, Conselho de Saúde Sul-Americano. Ata. III Encontro Regional da Rede Sul-americana de Vigilância e Resposta à Saúde do Conselho de Saúde Sul-americano; IX Fórum Andino de Vigilância Epidemiológica e Saúde nas Fronteiras; 14 a 16 de dezembro de 2010; Quito, Equador.
139. União de Nações Sul-Americanas, Conselho de Saúde Sul-Americano. Ata. IV Encontro Regional da Rede Sul-americana de Vigilância e Resposta à Saúde da UNASUL; X Fórum Andino de Vigilância Epidemiológica e Saúde nas Fronteiras; maio de 2011; Montevidéu, Uruguai.
140. Organização Pan-Americana da Saúde. Sistemas de vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2017 [consultado em 5 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51507>.
141. Organização Pan-Americana da Saúde. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2017 (documento CSP29/INF/6) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34399/CSP29-INF-6-p.pdf?sequence=4>.
142. Curbelo, J. Observatorio ANMAT (Argentina). In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 194-99. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.

143. Alves de Souza A, Passos Guimaraes C, Guimaraes Araujo D, Ferreira Francisco M, da Costa Hexsel R. Educansa: una experiencia brasileña en Vigilancia Sanitaria. In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 190-94. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
144. Ausqui C, Fernández S, Novaro S. Tecnologías en Salud: evaluación de la incorporación en Uruguay. In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 199-204. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
145. Roja R, Álvarez S, Becerril MC, Simioni F, Fernández S. Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica; Grupo de Trabajo en Farmacovigilancia. Experiencias exitosas de farmacovigilancia en coordinación con programas de salud en las Américas: el caso de Uruguay, México, Perú y Brasil [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2013 [consultado em 4 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Consulta-experiencias-exitosas.pdf>.
146. Komfino J, Ferrante D. Vigilancia de enfermedades no transmisibles. In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 151-63. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
147. McCaw-Binns A, Lewis-Bell K. Estudio de caso de la vigilancia y respuesta la mortalidad materna. País: Jamaica [Internet]. Sem local: Grupo de Trabalho Regional para a Redução da Mortalidade Materna; 2014 [consultado em 4 de março de 2019].
148. Silva H, García E, Gazia M. Experiencias exitosas de sala de situación de salud en Argentina [Internet]. Buenos Aires: Ministério da Saúde (Argentina); 2013 [consultado em 3 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/experiencias-exitosas-sala-situacion-argentina.pdf>.
149. Organização Mundial da Saúde. Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos. Ginebra: OMS; 2016.
150. Review on Antimicrobial Resistance. Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations. Londres: Review on Antimicrobial Resistance; 2014.
151. Organização Mundial da Saúde. Worldwide country situation analysis: response to antimicrobial resistance. Ginebra: OMS; 2015.
152. Guha-Sapir D, Hoyois P, Wallemacq P, Below R. Annual disaster statistical review 2016: The numbers and trends. Bruxelas: CRED; 2016.
153. Baldeon Caqui K, Arroyo Quispe CL, Obando Zegarra R. Gestión de riesgos de desastres en el marco de Unasur Salud. In: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 130-50. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
154. Governo da República Argentina. Ministério da Saúde. Lineamientos estratégicos del Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables; n.d. [consultado em 3 de março de 2019]. In: Argentina.gob.ar [Internet]. Buenos Aires: Subsecretaria de Governo Aberto e País Digital. Disponível em espanhol em: <http://www.msal.gob.ar/municipios/index.php/institucional/lineamientos-estrategicos.html>.
155. Governo da República Argentina. Ministério da Saúde. Municipios Miembros; n.d. [consultado em 3 de março de 2019]. In: Argentina.gob.ar [Internet]. Buenos Aires: Subsecretaria de Governo Aberto e País Digital. Disponível em espanhol em: <https://www.argentina.gob.ar/salud/municipios/programa>.

156. Organização Mundial da Saúde. Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005) [Internet]. 3ª ed. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580496>.
157. Nações Unidas. Marco de Sendai para a redução do risco de desastres 2015-2030. Genebra: UNISDR; 2015.
158. Conferência Mundial da ONU sobre Redução do Risco de Desastres. Marco de Ação de Hyogo 2005-2015. 9ª Conferência Mundial sobre Redução do Risco de Desastres; 18 a 22 de janeiro de 2005; Kobe (Japão). Nova Iorque: Nações Unidas; 2005 (documento A/CONF.206/6).
159. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021 [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 26 a 30 de setembro de 2016; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2016 [consultado em 3 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-17-p.pdf>.
160. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica*. 1998;32(4):299-316.
161. Organização Pan-Americana da Saúde. Política de pesquisa para a saúde [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2009 (documento CD49/10) [consultado em 3 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-10-p.pdf>.
162. Organização Mundial da Saúde. Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias [Internet]. 63ª Assembleia Mundial da Saúde; 17 a 21 de maio de 2010; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2010 (resolução WHA63.21) [consultado em 9 de julho de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63-REC1/A63\\_REC1-sp.pdf#page=21](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-sp.pdf#page=21).
163. Etienne C, Abbasi K, Cuervo LG. Research for health in the Americas. *BMJ* [Internet]. 2018;362:k2944. Disponível em inglês em: <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2944>.
164. Cuervo LG, Bermúdez-Tamayo C. Desarrollo de la investigación para la salud en Latinoamérica y el Caribe. Colaboración, publicación y aplicación del conocimiento. *Gac Sanit*. 2018;32(3):206-8.
165. Zacca-González G, Chinchilla-Rodríguez Z, Vargas-Quesada B, de Moya-Anegón F. Bibliometric analysis of regional Latin America’s scientific output in Public Health through SCImago Journal & Country Rank. *BMC Public Health*. 2014;14:632.
166. Reveiz L, Sangalang S, Glujovsky D, et al. Characteristics of randomized trials published in Latin America and the Caribbean according to funding source. *PLoS One*. 2013;8:e56410.
167. McKee M, Stuckler D, Basu S. Where there is no health research: what can be done to fill the global gaps in health research? *PLoS Med* [Internet]. 2012;9:e1001209. Disponível em inglês em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001209>.
168. Organização Pan-Americana da Saúde. Report on strengthening research capacities for health in the Caribbean, 2007-2017 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2017 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34342>.
169. Catanzaro M, Miranda G, Palmer L, Bajak A. South American science: Brazil and other big players lead in South American Science. *Nature*. 2014;510:204-6.

170. Organização Mundial da Saúde [Internet]. Genebra: OMS; c2019. Global Observatory on Health R&D; [consultado em 3 de março de 2019]. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development>.
171. Pantoja T, Barreto J, Panisset U. Improving public health and health systems through evidence informed policy in the Americas. *BMJ* [Internet]. 2018;362:k2469. Disponível em inglês em: <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2469>.
172. Lemmens T, Herrera Vacaflor C. Clinical trial transparency in the Americas: the need to coordinate regulatory spheres. *BMJ* [Internet]. 2018;362:k2493. Disponível em inglês em: <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2493>.
173. Organização Mundial da Saúde. Changing mindsets: Strategy on health policy and systems research [Internet]. Genebra: OMS; 2012 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: [https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr\\_changingmindsets\\_strategyhpsr.pdf](https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_changingmindsets_strategyhpsr.pdf).
174. Cochrane A. Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. Londres: The Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1972.
175. Salicrup LA, Cuervo LG, Cano Jiménez R, Salgado de Snyder N, Becerra-Posada F. Advancing health research through research governance. *BMJ* [Internet]. 2018;362:k2484. Disponível em inglês em: <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2484>.
176. Organização Pan-Americana da Saúde. 46ª Sessão do Comitê Assessor sobre Pesquisa em Saúde. Washington, D.C., 28 a 30 de novembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS; 2017.
177. Tulloch-Reid MK, Saravia NG, Dennis RJ, Jaramillo A, Cuervo LG, Walker SP, et al. Strengthening institutional capacity for equitable health research: lessons from Latin America and the Caribbean. *BMJ*. 2018;362:k2456.
178. Burton A, EVIPNet Global Steering Committee. EVIPNet in action: 10 years, 10 stories. Genebra: OMS; 2016 (WHO/HIS/IER/REK/16.02).
179. EVIPNet Americas Secretariat. EVIPNet Americas: informing policies with evidence. *Lancet*. 2008;372:1130-1.
180. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 67ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2015 (documento CD54/14, Rev. 1) [consultado em 9 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-14-p.pdf>.
181. Terwindt F, Rajan D. Strategic planning: transforming priorities into plans. In: Schmetts G, Rajan D, Kadandale S, eds. Strategizing national health in the 21st century: a handbook; capítulo 5. Genebra: OMS; 2016.
182. Organização Pan-Americana da Saúde. Road map for the plan of action on Health in All Policies. Washington, D.C.: OPAS; 2015.
183. Teutsch SM, Fielding JE. Rediscovering the core of public health. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:287-99.
184. Organização Pan-Americana da Saúde. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington, D.C.: OPAS; 1994.
185. Carmona-Moreno, LD. Concepción de la participación social en salud: propuesta de resignificación. *Rev Cienc Salud* [Internet]. 2017;15(3):441-54. Disponível em espanhol em: <https://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6127>.

186. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Ottawa: OMS; 1986. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf).
187. Vázquez ML, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit*. 2002;15(1):30-38.
188. Martínez MG, Hohler JC. Civil society participation in the health system: the case of Brazil's Health Councils. *Global Health*. 2016 Oct 26;12(1):64.
189. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas+, 2017 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2017. O papel da sociedade civil e da comunidade nas políticas públicas em saúde [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em português em: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/SA-2017-pt.pdf>.
190. Organização Pan-Americana da Saúde. Concept note: implementing the Pan American Health Organization's Regional Plan of Action on Health in All Policies (HiAP) [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2015 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/eng-concept-note-hiap.pdf>.
191. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. *Bull World Health Organ*. 2000;(78):732-39.
192. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Genebra: OMS; 2002.
193. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde 2018-2023 [Internet]. 56º Conselho Diretor da OPAS, 70ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 23 a 27 de setembro de 2018; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2018 (documento CD56/10) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/plano-acao-sobre-recursos-humanos-para-acesso-universal-saude-e-cobertura-universal>.
194. Organização Pan-Americana da Saúde. Metas regionais em matéria de recursos humanos para a saúde 2007-2015 [Internet]. 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 1º a 5 de outubro de 2007; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2007 (resolução CSP27.R7) [consultado em 31 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3733/csp27.r7-p.pdf>.
195. Organização Mundial da Saúde. Estratégia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da Saúde; 20 a 28 de maio de 2016; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2016 (resolução WHA69.19) [consultado em 31 de janeiro de 2019]. Disponível em espanhol em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R19-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf).
196. Cheffler R, Cometto G, Tulenko K, Bruckner T, Liu J, Keuffel EL, et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Genebra: OMS; 2016 (Human Resources for Health Observer Series, 17) [consultado em 31 de janeiro de 2019]. Disponível em inglês em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250330>.
197. Aliança Global para a Força de Trabalho em Saúde; Organização Mundial de Saúde. A universal truth: no health without a workforce [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [consultado em 31 de janeiro de 2019]. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en>.

198. Organização Pan-Americana da Saúde. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2016 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2016 (documento OPAS/CHA/HA/16.01) [consultado em 31 de janeiro de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
199. Plataforma de información de salud (PLISA) [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; [consultado em 14 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: <http://www.paho.org/data/index.php/es>.
200. Organização Mundial da Saúde. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Genebra: OMS; 2010 [consultado em 31 de janeiro de 2019]. Disponível em inglês em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1).
201. Observatório Centro-Americano de Recursos Humanos em Saúde [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; c2012. Reconocimiento, homologación y habilitación de la práctica en medicina y enfermería: catálogo informativo 2015; [consultado em 14 de março de 2016]. Disponível em espanhol em: <https://centro.observatoriorh.org/node/186>.
202. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017; Washington, D.C.. Washington, D.C.: OPAS; 2015 (documento CSP29/10) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34413/CSP29.R15-p.pdf>.
203. Organização Pan-Americana da Saúde. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2013 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28438/9789275318157\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28438/9789275318157_spa.pdf).
204. Mahler H. El sentido de “la salud para todos en el año 2000”. Rev Cub Salud Publica. 2009;35(4):3-28.
205. Organização Pan-Americana da Saúde. Acesso e uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde estratégicos e de alto custo [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 26 a 30 de setembro de 2016; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2016 (resolução CD55.R12) [consultado em 31 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-2-p.pdf>.
206. Organização Mundial da Saúde. Estrategia farmacéutica de la OMS 2004-2007. Lo esencial son los países [Internet]. Genebra: OMS; 2004 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68724>.
207. Cameron A, Ewen M, Auton M, Abegunde D. The World Medicines Situation 2011. Medicines prices, availability and affordability [Internet]. Genebra: OMS; 2011 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: [https://www.who.int/medicines/areas/policy/world\\_medicines\\_situation/WMS\\_ch6\\_wPricing\\_v6.pdf](https://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf).
208. Organização Pan-Americana da Saúde. La hepatitis B y C bajo la lupa. La respuesta de salud pública en la Región de las Américas 2016 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2016 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31447/9789275319291-spa.pdf>.



209. Organização Mundial da Saúde. Acceso a medicamentos y vacunas [Internet]. 72ª Assembleia Mundial da Saúde; 20 a 28 de maio de 2019; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2019 (documento A72/17) [consultado em 25 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_17-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_17-sp.pdf).
210. Organização Pan-Americana da Saúde. Fortalecimento das autoridades reguladoras nacionais de medicamentos e produtos biológicos [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1º de outubro de 2010; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2010 (resolução CD50.R9) [consultado em 3 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R9-p.pdf>.
211. Organização Mundial da Saúde. Fortalecimiento del sistema de reglamentación de los productos médicos [Internet]. 67ª Assembleia Mundial da Saúde; 19 a 24 de maio de 2019; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2014 (resolução WHA67.20) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170759/A67\\_R20-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170759/A67_R20-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
212. Organização Pan-Americana da Saúde. Acceso e uso racional de medicamentos e outras tecnologías em saúde estratégicos e de alto custo [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 26 a 30 de setembro de 2016; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2016 (documento CD55/10, Rev. 1) [consultado em 9 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-10-p.pdf>.
213. Institute of Medicine (Estados Unidos), Committee on Public Health Strategies to Improve Health. For the public's health: investing in a healthier future [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2012 [consultado em 12 de novembro de 2018]. 2, Reforming Public Health and Its Financing. Disponível em inglês em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24830052/>.
214. Kaul I, Grunberg I, Stern M. Global public goods: international cooperation in the 21st century. Nova Iorque: Oxford University Press; 1999.
215. Chen LC, Evans TG, Cash RA. Health as a global public good. In: Kaul Y, Grunberg Y, Stern MA, eds. Global public goods: international cooperation in the 21st century, pp. 284-304. Nova Iorque: Oxford University Press; 1999.
216. Organização Mundial da Saúde. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal; capítulo 2: Más dinero para la salud; pp. 21-42. Genebra: OMS; 2010.
217. Organização Pan-Americana da Saúde. Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPAS; 2018.
218. Organização Mundial da Saúde. Fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da Saúde; 23 a 28 de maio de 2016; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2016 (resolução WHA69.24) [consultado em 3 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R24-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-sp.pdf).

219. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para melhorar a qualidade da atenção na prestação de serviços de saúde 2020-2025 [Internet]. 57º Conselho Diretor da OPAS, 71ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2019; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2019 (documento CD57/12) [consultado em 6 de setembro de 2019]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51621/CD57-12-p.pdf>.
220. Organização Mundial da Saúde. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da Saúde; 23 a 28 de maio de 2016; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2016 (documento A69/39) [consultado em 15 de outubro de 2018]. Disponível em espanhol em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf).
221. Organização Pan-Americana da Saúde. El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2009 [consultado em 3 de março de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31319>.
222. Organização Pan-Americana da Saúde. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2012 [consultado em 31 de janeiro de 2019]. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49351>.
223. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). Saúde Debate. Set-Dez 2009;33(83):349-70.
224. Organização Pan-Americana da Saúde. Política e estratégia regionais para garantia da qualidade da atenção de saúde, inclusive a segurança do paciente [Internet]. 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 1º a 5 de outubro de 2007; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2007 (documento CSP27/16) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://www1.paho.org/portuguese/gov/csp/csp27.r10-p.pdf?ua=1&ua=1>.
225. Braden CR, Tauxe RV. Emerging trends in foodborne diseases. Infect Dis Clin N Am. 2013;27:517-33.
226. Kickbusch I, Buckett K, eds. Implementing Health In All Policies: Adelaide 2010. Adelaide, Austrália do Sul: Governo da Austrália do Sul; 2010.
227. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Governance in health: a conceptual and analytical approach to research. Cad Saude Publica. 2006;22(Sup.):S35-S45.
228. Kumar S, Preetha G. Health promotion: an effective tool for global health. Indian J Community Med. 2012;37(1):5-12.
229. Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para o Sudeste Asiático. Regional Strategy for Health Promotion for South East Asia [Internet]. Nova Déli: OMS; 2008 [consultado em 10 de abril de 2011]. Disponível em inglês em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205837>.
230. Marmot MG, Bell RG. Improving health: Social determinants and personal choice. Am J Prev Med. 2011;40(1 Suppl):s73-s77.
231. Alstona JM, Sumnera DA, Vostia SA. Farm subsidies and obesity in the United States: National evidence and international comparisons. Food Policy. 2008;33(6):1-4.
232. Harvie A, Wise TA. Sweetening the pot: Implicit subsidies to corn sweeteners and the U.S. obesity epidemic. Medford (MA): Global Development and Environment Institute (Tufts University); 2009 (Policy Brief No. 09-01).

233. Wallinga D. Agricultural policy and childhood obesity: A food systems and public health commentary. *Health Aff.* 2010;29(3):405-10.
234. Wier M, Sciammas C, Seto E, Bhatia R, Rivard R. Health, traffic, and environmental justice: Collaborative research and community action in San Francisco, California. *Am J Public Health.* 2009;99(Suppl 3):s499-s504.
235. Rudolph L, Caplan J, Mitchel C, Ben-Moshe K, Dillon L. Health in all policies: improving health through intersectoral collaboration [Internet]. Washington, D.C.: Institute of Medicine of the National Academies; 2013 [consultado em 3 de março de 2019]. Disponível em inglês em: <https://nam.edu/perspectives-2013-health-in-all-policies-improving-health-through-intersectoral-collaboration>.
236. Organização Mundial da Saúde. First Draft of the Framework for Country Action Across Sectors for Health and Health Equity [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Segundo Documento de Discussão da OMS; versão de 16 de fevereiro de 2015. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/nmh/events/WHO-discussion-paper2.pdf>.
237. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2014 (documento CD53/10) [consultado em 3 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-10-p.pdf>.
238. St-Pierre L. Governance tools and framework for health in all policies [Internet]. Quebec: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy; 2009 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: [https://www.ci.richmond.ca.us/DocumentCenter/View/9047/Finland\\_Governance\\_tools\\_and\\_framework\\_HIAP?bidId=](https://www.ci.richmond.ca.us/DocumentCenter/View/9047/Finland_Governance_tools_and_framework_HIAP?bidId=).
239. Organização Pan-Americana da Saúde. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2013 (documento CD52/18) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/4411/CD52\\_18por.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/4411/CD52_18por.pdf).
240. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde dos migrantes [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2016. Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2016 (documento CD55/11, Rev. 1) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31442/CD55-11%2c%20Rev.1-p.pdf>.
241. Organização Mundial da Saúde. Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Genebra: OMS; 2018.
242. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based decision making to improve public health practice. *Front Public Health Serv Syst Res* [Internet]. 2013;2(2):2. Disponível em inglês em: x.
243. Riley WJ, Parsons HM, Duffy GL, Moran JW, Henry B. Realizing transformational change through quality improvement in public health. *J Public Health Manag Pract.* 2010;16(1):72-8.
244. Mays GP, McHugh MC, Shim K, Lenaway D, Halverson PK, Moonesinghe R, et al. Getting what you pay for: public health spending and the performance of essential public health services. *J Public Health Manag Pract.* 2004;10(5):435-43.

245. Erwin PC, Hamilton CB, Welch S, Hinds B. The Local Public Health System Assessment of MAPP/The National Public Health Performance Standards Local Tool: a community-based, public health practice and academic collaborative approach to implementation. *J Public Health Manag Pract.* 2006;12(6):528-32.
246. Ellison JH. National Public Health Performance Standards: are they a means of evaluating the local public health system? *J Public Health Manag Pract.* 2005;11(5):433-6.
247. Beaulieu J, Scutchfield FD, Kelly AV. Content and criterion validity evaluation of National Public Health Performance Standards measurement instruments. *Public Health Rep.* 2003;118(6):508-17.
248. Barry MA. How can performance standards enhance accountability for public health? *J Public Health Manag Pract.* 2000;6(5):78-84.
249. Barron G, Glad J, Vukotich C. The use of the National Public Health Performance Standards to evaluate change in capacity to carry out the 10 essential services. *J Environ Health.* 2007;70(1):29-31.
250. Madamala K, Sellers K, Pearsol J, Dickey M, Jarris PE. State landscape in public health planning and quality improvement: results of the ASTHO survey. *J Public Health Manag Pract.* 2010;16(1):32-8.
251. Bender K, Halverson P. Quality improvement and accreditation: what might it look like? *J Public Health Manag Pract.* 2010;16(1):79-82.
252. Riley W, Bender K, Lownik E. Public health department accreditation implementation: transforming public health department performance. *Am J Public Health.* 2011;102(2):237-42.
253. Beitsch LM, Riley W, Bender K. Embedding quality improvement into accreditation: evolving from theory to practice. *J Public Health Manag Pract.* 2014;20(1):57-60.
254. Hamm M. Quality improvement initiatives in accreditation: Private sector examples and key lessons for public health. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2007.
255. Turning Point: collaborating for a new century in public health [Internet]. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2006 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em inglês em: <https://www.rwjf.org/en/library/research/2008/05/turning-point-.html>.
256. Brownson RC, Chiqui JF, Stamatakis KA. Understanding evidence-based public health policy. *Am J Public Health.* 2009;99(9):1576-83.
257. Centers for Disease Control and Prevention Ten great public health achievements-United States, 1900-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly. Rep* 1999;48:241-3.
258. Kushion ML, Tews DS, Parker MD. Enhancing Michigan's local public health accreditation program through participation in the multistate learning collaborative. *J Public Health Manag Pract.* 2007;13(4):410-4.
259. Bender K, Benjamin G, Carden J, Fallon M, Gorenflo G, Hardy GE Jr., et al. Final recommendations for a voluntary national accreditation program for state and local health departments: steering committee report. *J Public Health Manag Pract.* 2007;13(4):342-8.
260. Organização Pan-Americana da Saúde. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional. Desempeño y fortalecimiento. Edición especial nº 17 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2007 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion\\_Rectora\\_ASN.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf).
261. Spasoff RA. *Epidemiologic methods for health policy.* Nova Iorque, NY: Oxford University Press; 1999.

262. Lawrence T, Suddaby R, Leca B. Institutional work: refocusing institutional studies of organization. *J Manage Inq*. 2011;20:52-8.
263. Greenwood R, Raynard M, Kodeih F, Micelotta ER, Lounsbury M. Institutional complexity and organizational responses. *Acad Manag Ann*. 2011;5:317-71.
264. Seo MG, Creed WD. Institutional contradictions, praxis, and institutional change: a dialectical perspective. *Acad Manage Rev*. 2002;27:222-47.
265. Organização Mundial da Saúde. The world health report 2000: health systems: improving performance. Genebra: OMS; 2000 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em inglês em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>.
266. Organização Pan-Americana da Saúde. Política sobre etnia e saúde [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2017 (documento CSP29/7, Rev. 1) [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34447/CSP29-7-p.pdf>.
267. Organização Mundial da Saúde. Guía del clúster de salud. Versión provisional. Genebra: OMS; 2009 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em espanhol em: [https://www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/guide/health\\_cluster\\_guide\\_31mar2011\\_sp.pdf](https://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/health_cluster_guide_31mar2011_sp.pdf).
268. Cavanagh S, Chadwick K. Health Needs Assessment: A practical guide. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2005 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em inglês em: [https://ihub.scot/media/1841/health\\_needs\\_assessment\\_a\\_practical\\_guide.pdf](https://ihub.scot/media/1841/health_needs_assessment_a_practical_guide.pdf).
269. Organização Mundial da Saúde [Internet]. Genebra: OMS. Determinantes sociales de la salud; [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
270. Organização Mundial da Saúde. Determinantes Sociales de la Salud. Documento de referencia 3: Conceptos Clave [Internet]. Genebra; OMS; 2008 [consultado em 12 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/key\\_concepts\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_es.pdf?ua=1).
271. República Dominicana, Ministério de Saúde Pública. Modelo de atención en salud para el Sistema Nacional de Salud. Santo Domingo: Ministério de Saúde Pública; 2017 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em espanhol em: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/88>.
272. Organização Mundial da Saúde. Informe de salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Genebra: OMS; 2010 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em espanhol em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>.
273. Organização Mundial da Saúde. Promotion Glossary. Genebra: OMS; 1998.
274. Organização Mundial da Saúde. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe (Japão): OMS; 2004 (Ageing and Health Technical Report, vol. 5).
275. Organização Mundial da Saúde. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Genebra: OMS; 2009 [consultado em 16 de setembro de 2021]. Disponível em espanhol em: [https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf).
276. Semeraro G. Gramsci e a sociedade civil. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1999.

Este documento apresenta um marco conceitual renovado das funções essenciais de saúde pública (FESP) para a Região das Américas, com o qual se pretende dar maior clareza conceitual e operacionalidade ao novo campo de atuação da saúde pública e preencher uma lacuna nas propostas conceituais sobre o fortalecimento dos sistemas de saúde.

O marco proposto apresenta um novo paradigma para a saúde pública, baseado em quatro pilares orientados para a ação: a necessidade de incorporar a abordagem dos direitos humanos às políticas públicas de saúde; a necessidade de a saúde pública ampliar seu enfoque para ter uma abordagem mais ampla dos determinantes sociais da saúde; o papel da saúde pública de garantir de forma integral e integrada o acesso a intervenções de base populacional e atenção individual de qualidade; e a necessidade de as autoridades de saúde atuarem em colaboração com outros setores e com a sociedade civil no desempenho das funções de saúde pública. São propostas e descritas 11 FESP apropriadas para a Região das Américas, contextualizadas como um conjunto de capacidades que fazem parte de um ciclo integrado de políticas em quatro etapas: avaliação, formulação de políticas, alocação de recursos e acesso. Esse modelo orienta o desenvolvimento de políticas integradas de saúde pública por meio da colaboração intersetorial nas quatro etapas do ciclo.

A proposta culmina em uma série de recomendações para aplicação da abordagem integrada das FESP. Essas recomendações destacam a necessidade de vincular as FESP a exercícios nacionais de avaliação e melhoria contínua de capacidades.

**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
REGIONAL AMÉRICAS

525 Twenty-third Street, NW  
Washington, D.C., 20037  
Estados Unidos  
Tel.: +1 (202) 974-3000  
[www.paho.org](http://www.paho.org)

