



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



52º CONSELHO DIRETOR 65ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 30 de setembro a 4 de outubro de 2013

Punto 7.4 del orden del día provisional

CD52/INF/4 (Port.)

19 agosto 2013

ORIGINAL: INGLÊS/ESPANHOL*

RELATÓRIOS DE PROGRESSO SOBRE ASSUNTOS TÉCNICOS

ÍNDICE

A.	Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Saúde do Recém-Nascido no Contexto do Processo Contínuo da Atenção à Mãe, ao Recém-Nascido e à Criança (2008-2015): Avaliação Intermediária.....	2
B.	Estratégia e Plano de Ação Para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita: Avaliação Intermediária.....	9
C.	Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e as Metas de Saúde na Região das Américas.....	14
D.	Aplicação do Convênio-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco.....	20
E.	Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública.....	26
F.	Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores.....	32
G.	Rumo a Eliminação da Oncocercose (Cegueira dos Rios) nas Américas.....	40
H.	Plano de Ação Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde.....	49
I.	Situação dos Centros Pan-Americanos.....	53

* Original em inglês: seção B. Original em espanhol: seções A, C, D, E, F, G, H e I.

A. ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO REGIONAIS SOBRE A SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NO CONTEXTO DO PROCESSO CONTÍNUO DA ATENÇÃO À MÃE, AO RECÉM-NASCIDO E À CRIANÇA (2008-2015): AVALIAÇÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. Em outubro de 2008, o 48º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou, mediante a resolução CD48.R4, Rev. 1, a *Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança (I)*. Nessa resolução os Estados Membros são instados a levar em consideração essa estratégia e plano de ação ao formular planos nacionais com vistas à redução da mortalidade neonatal no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança. A continuidade da estratégia e do plano de ação, que também está prevista na resolução, constitui um componente essencial na avaliação do estado e dos resultados da execução, o que, por sua vez, permitirá determinar se é necessário adotar medidas corretivas para lograr os resultados previstos.

Alcance e Metodologia da Avaliação

2. O objetivo do presente documento é consolidar os resultados da avaliação da estratégia e do plano de ação na metade de período para determinar os progressos e resultados da primeira fase da execução (2008-2012), bem como estabelecer prioridades e recomendações para o período 2013-2015. São nele analisados os processos e resultados no nível tanto regional como de país.

3. A avaliação foi feita com base nas diretrizes estabelecidas no plano de ação. A metodologia incluiu enfoques qualitativos e quantitativos, a fim de avaliar os processos implantados nos níveis regional, sub-regional e nacional, bem como seus efeitos e resultados. Foi adotada uma perspectiva participativa para a qual contribuíram os responsáveis pela formulação e execução de planos e medidas nos pertinentes Ministérios da Saúde, associações científicas e acadêmicas, especialistas, organismos de cooperação, centros colaboradores e atores.

4. A avaliação considerou quatro componentes principais:

- a) Revisão de planos e documentos técnicos com informação pertinente vinculada às estratégias, às metas ou aos resultados previstos.
- b) Análise de informações provenientes de fontes primárias e secundárias a fim de responder aos indicadores previstos.
- c) Promoção de um processo de revisão nos países da Região com relação à execução do plano e sua adequação às realidades nacionais, bem como a seus

resultados e às lições extraídas. As conclusões desse processo foram consolidadas e analisadas em duas reuniões sub-regionais.

- d) Consultas com grupos técnicos e de especialistas, como a Aliança Regional para a Saúde Neonatal e o Grupo Assessor Técnico (GATA) sobre AIDPI – Atenção Integral à Saúde da Infância –, bem como com os centros colaboradores da OPAS/OMS. No processo de análise e debate nos países foi promovido um mecanismo de consulta participativa semelhante com associados e outras organizações pertinentes.

Atualização Quanto à Situação

5. Entre os resultados mais importantes, segundo as áreas estratégicas do plano, cumpre destacar os seguintes:

- a) A criação de entornos favoráveis à promoção da saúde neonatal, a elaboração de planos nacionais e a promoção de alianças nos países constituíram estratégias essenciais que foram postas em prática na Região. Dos 29 países que deram conta de resultados¹ (que representam 83% dos países da Região), 72% têm um plano nacional que inclui a saúde materna e neonatal no marco do contínuo da atenção, e três países da Região estão em processo de formulação de um plano nacional. Na sua maioria, os planos nacionais aprovados e em execução incluem um sistema de seguimento; aproximadamente a metade deles conta com orçamento específico apropriado; e uma grande proporção dos países conta com alianças ou grupos técnicos sobre saúde neonatal.
- b) Em geral, é elevada na Região a proporção de nascimentos assistidos por pessoal qualificado. Contudo, em 20% dos países a proporção de partos assistidos por pessoal qualificado é inferior a 90%. É particularmente dentro dos países que se encontram as diferenças mais importantes, no tocante tanto à proporção de nascimentos assistidos por pessoal qualificado quanto à proporção de partos institucionais. Em algumas zonas geográficas são registrados menos de 50% de nascimentos institucionais; em muitos casos, trata-se de zonas com elevada proporção de população indígena. Praticamente a totalidade dos países (96%) informa que dispõe de guias, normas ou protocolos para a atenção neonatal nos serviços de saúde, aprovados pelas autoridades nacionais. As visitas domiciliares ou outras intervenções comunitárias vinculadas à saúde do recém-nascido mostram significativas limitações nos países da Região.
- c) Os países da Região contam com sistemas de informação em funcionamento, embora com significativa variabilidade no que se refere à cobertura e ao tipo de

¹ A informação decorre de uma pesquisa em linha feita especialmente para este fim.

- informação. Dispõem também de sistemas orientados para avaliar dados vitais (88,5%), bem como de sistemas de informação nos serviços de saúde (77%). Os países têm avançado na formação de comitês de análise de causas de morte neonatal (70% indicaram dispor de um comitê desse tipo). É menos frequente a existência de sistemas de informação a nível comunitário (50%).
6. Registrou-se na Região das Américas uma redução de 55,6% da taxa estimada de mortalidade neonatal entre 1990 e 2010 (de 18 para 8 por 1000 nascidos vivos).² Entretanto, é ampla a variabilidade entre países, com taxas que oscilam entre 2,8 e 27,3 por 1000 nascidos vivos.
 7. No mesmo período observou-se uma redução de 50% da taxa estimada de mortalidade neonatal na América Latina e Caribe. Nesse caso, a taxa de mortalidade neonatal para os anos 1990 e 2010 acusou uma redução de 22 para 11 por 1000 nascido vivos.² Entre 2008 e 2010, calcula-se que a taxa de mortalidade neonatal caiu 4%.³
 8. A mortalidade neonatal (menores de 28 dias) constitui o principal componente da mortalidade de menores de 1 e de 5 anos, e aumentou na Região com relação a 1990. A mortalidade neonatal representa 57,1% da mortalidade de menores de 1 ano e 44,4% da de menores de 5 anos na Região das Américas. No caso da América Latina e Caribe, essa proporção é de 61,1% e 47,8%, respectivamente. A mortalidade neonatal apresenta uma tendência um pouco maior no sexo masculino, no qual se estima uma mediana de 54,6%, embora com valores que oscilam entre 45,2% e 61,1%.
 9. A mortalidade neonatal desdobrada por causas não sofreu grandes modificações: a prematuridade (35,2%), as anomalias congênicas (20%), a asfixia (15,2%) e os processos infecciosos como a septicemia, a meningite e o tétano (12,2%) representam mais de 85% dos óbitos neonatais, problemas que podem ser todos evitados em grande medida com a aplicação de medidas específicas de controle e tratamento oportuno e de qualidade.
 10. Outros transtornos que afetam a saúde do recém-nascido e que repercutem ao longo da vida são considerados igualmente prioritários e precisam ser abordados. Entre eles, a prematuridade (2) e o peso baixo ao nascer (3, 4, e 5), a retinopatia do prematuro (6) e as malformações congênicas, assim como os problemas metabólicos ou sensoriais específicos, contribuem em grau variável para o desenvolvimento de diferentes incapacidades, bem como para o aparecimento de doenças crônicas que afetam de maneira significativa a qualidade de vida e o capital social nos países da Região (7).

² Os dados correspondem a estimativas do Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativa da Mortalidade Infantil, IGME. Levels & Trends in Child Mortality. Relatório de 2012 (pode-se consultar a atualização de agosto de 2012 em: <http://www.childmortality.org>).

³ Os dados correspondem às estimativas mais recentes do Instituto de Métrica de Saúde e Avaliação Sanitária. Infant and Child Mortality Estimates by Country 1970-2010 (a atualização, de julho de 2012, pode ser consultada em: <http://www.healthmetricsandevaluation.org>).

Medidas para Melhorar a Situação

11. Em vista do analisado em termos da execução no nível tanto da Região como dos países, descrevem-se a seguir algumas medidas para melhorar a situação no período 2013-2015:

- a) Continuar a execução do plano na Região e promover a formulação de planos e alianças estratégicas nacionais nos casos em que ainda não existam.
- b) Aprofundar a redução da mortalidade neonatal, orientando as medidas especificamente para as principais causas detectadas. Além disso, caberá aos países delinear estratégias que permitam intervir com maior ênfase nas zonas geográficas onde o acesso seja mais crítico, bem como naquelas com maiores condições de vulnerabilidade e exclusão (fatores socioeconômicos, étnicos ou de outro tipo que se considerem pertinentes).
- c) Fortalecer o trabalho no nível dos serviços de saúde assim como da comunidade. É imprescindível que os Estados Membros fortaleçam esses serviços, promovendo o acesso universal à atenção de boa qualidade e a execução de intervenções eficazes, no âmbito de sistemas de saúde includentes, equitativos e de alta qualidade.
- d) Aprofundar a atenção ao recém-nascido no âmbito do processo contínuo da atenção, envolvendo os atores-chave e articulando as medidas com aquelas propostas no *Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e da morbidade materna grave (8)* e na *Estratégia e plano de ação para a saúde integral na infância (9)*.
- e) Fortalecer ainda mais os sistemas de informação a fim de dispor de informações oportunas, tanto agregadas nacionalmente como desagregadas por zonas geográficas e por problemas, que permitam identificar condições de desigualdade, de modo a que contribuam para a criação de sistemas de vigilância e seguimento em que se fundamentem as medidas que devem ser tomadas e avaliados os resultados.

Conclusões

12. Observam-se avanços tanto na execução do plano regional como na obtenção de resultados. Entretanto é imprescindível fortalecer as medidas orientadas para abordar os determinantes que influem tanto na mortalidade neonatal como no desenvolvimento de doenças que afetarão a qualidade de vida das crianças e, conseqüentemente, de suas famílias e da comunidade.

13. Neste sentido, é necessário fortalecer as redes de atenção a fim de avançar para sistemas de saúde includentes, equitativos e de boa qualidade no âmbito do contínuo processo de atenção, dando especial prioridade ao trabalho nas zonas geográficas e nos grupos populacionais com maior grau de vulnerabilidade.

14. A capacitação de profissionais da saúde e a melhoria da qualidade da atenção são questões prioritárias. De modo especial, dever-se-á promover o uso de modernas estratégias de comunicação e capacitação que contribuam para facilitar o acesso a novos conhecimentos que sejam convertidos em práticas e aptidões.

15. É imprescindível fortalecer o trabalho a nível comunitário, favorecendo o acesso à atenção e a identificação de fatores de risco, e promovendo hábitos e práticas saudáveis, particularmente a amamentação materna e o seguimento do crescimento e desenvolvimento.

16. A desigualdade é um tema persistente na Região e requer uma abordagem específica. Para isso, é imprescindível centrar o trabalho no interior dos países, particularmente naquelas zonas onde a população apresenta maior vulnerabilidade.

17. É imprescindível continuar fortalecendo os sistemas de informação, a fim de contar com informações de boa qualidade que permitam, em forma oportuna e com o maior grau de desagregação possível, detectar as situações de desigualdade.

18. O fortalecimento das alianças tanto regionalmente como nos países demonstrou ser um meio fundamental na execução do plano, pelo fato de favorecer a visibilidade do problema e a defesa de sua abordagem, aspecto que deve ser também fortalecido nos países da Região.

19. A OPAS deve continuar promovendo e dando curso a medidas de cooperação técnica entre os países, para que se possam aprofundar os resultados obtidos.

Intervenção do Conselho Diretor

20. Solicita-se que o Conselho Diretor se cientifique do presente relatório e ofereça as recomendações que considere pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança [Internet]. 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 28 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2008 (resolução CD48.R4, Rev. 1) [consultado em 26 de janeiro de 2013]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd48.r4-p.pdf>.
2. March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children, Organização Mundial da Saúde. Born too soon: the global action report on preterm birth [Internet]. Eds. Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. Genebra: OMS; 2012 [consultado em 26 de janeiro de 2013]. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index1.html.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da Saúde nas Américas: Indicadores Básicos 2008 [Internet]. Washington: OPAS; 2008 [consultado em 26 de janeiro de 2013]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BI_2008_PORT.pdf.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da Saúde nas Américas: Indicadores Básicos 2010. Washington: OPS; 2010.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da Saúde nas Américas: indicadores básicos 2012 [Internet]. Washington: OPAS; 2012 [consultado em 17 de março de 2013]. Disponível em: http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf.
6. Furtado JM, Lansingh VC, Carter MJ, Milanese MF, Peña BN, Ghersi HA, Bote PL, Nano ME, Silva JC. Causes of blindness and visual impairment in Latin America. *Surv Ophthalmol* [Internet]. 2012 Mar-Apr; 57(2):149-77 [consultado em 17 de março de 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=silva%20JC%20prematurity%20retinopathy>.
7. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008;371:340-357.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave [Internet]. 51º Conselho Diretor

da OPS, 63ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 26 a 30 de setembro de 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2011 (documento CD51/12) [consultado em 26 de janeiro de 2013]. Disponível em:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14756&Itemid=

9. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e Plano da Ação para a Saúde Integral na Infância [Internet]. 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 64ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 17 a 21 de setembro de 2012; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2012 (documento CSP28/10) [consultado em 26 de janeiro de 2013]. Disponível em:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7022&Itemid=39541&lang=pt.

B. ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO MATERNO-INFANTIL DO HIV E DA SÍFILIS CONGÊNITA: AVALIAÇÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. Em 2010, a Estratégia e Plano da Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-infantil do HIV e da Sífilis Congênita foram adotados pelos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (resolução CD50.R12) (1). O objetivo da estratégia é eliminar a sífilis congênita e a transmissão materno-infantil do HIV nas Américas até 2015 por meio de: (a) redução de transmissão materno-infantil do HIV para 2% ou menos; (b) redução da incidência da transmissão materno-infantil do HIV a 0,3 casos ou menos por 1.000 nascidos vivos; e (c) redução da incidência de sífilis congênita a 0,5 casos ou menos (incluindo natimortos) por 1.000 nascidos vivos. De acordo com a resolução, solicita-se que a Diretora da OPAS promova a coordenação e a execução da Estratégia e Plano de Ação, promova parcerias e cooperação técnica entre países e notifique periodicamente os Órgãos Diretivos sobre o progresso e os obstáculos identificados durante a execução da Estratégia e Plano de Ação.

Apoio da OPAS à Execução da Estratégia e Plano de Ação

2. O Projeto de HIV/IST da OPAS, o Centro Latino-Americano de Perinatalogia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) encabeçam o apoio à execução da Estratégia e Plano da Ação. Entre outros parceiros que dão apoio estão: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC). Entre as ferramentas desenvolvidas estão um conceitual documento (2), diretrizes clínicas integradas (3), uma ferramenta de cálculo de custos (4), uma estratégia de monitoramento (5), um guia prático (6) e uma metodologia de validação (7). Diversas atividades de capacitação foram também realizadas em colaboração com os parceiros e deu-se apoio direto aos países prioritários. O projeto do HIV está implantando uma estratégia inovadora para os programas de tratamento mais sustentáveis em conformidade com a Iniciativa de Tratamento 2.0 do UNAIDS/OMS, que apoia esforços de eliminação nos países. Em resposta à resolução, a OPAS também passou a emitir informes sobre as metas de eliminação em 2010, junto com o informe sobre Acesso Universal, sendo dois relatórios de progresso regionais preparados com base nestes (8,9). Uma avaliação intermediária da implementação da Estratégia e Plano de Ação foi realizada em 2013.

Finalidade da Avaliação Intermediária

3. A avaliação intermediária teve como objetivo: (a) avaliar o progresso e identificar desafios relacionados com a execução da Estratégia e Plano de Ação e (b) determinar os países prioritários e ações para acelerar o progresso rumo ao avanço das metas de eliminação até 2015.

Alcance e Metodologia

4. A avaliação intermediária abrangeu os três primeiros anos de implantação da resolução (2010–2012). A avaliação procurou prestar contas sobre a perspectiva regional com os resultados ao nível nacional e questões consideradas prioridades absolutas. As seguintes fontes de informações foram consultadas: (a) o relatório global do UNAIDS (10); (b) relatórios regionais (8,9); (c) relatórios de três reuniões sub-regionais de interessados diretos realizadas em 2012; e (d) um questionário de avaliação intermediária enviado a todos os países e respondido por 32.

Principais Resultados

Progresso

- (a) A maioria dos países (33) elaborou planos estratégicos e/ou operacionais e 30 países formulam ou atualizaram as suas diretrizes nacionais.
- (b) A cobertura regional do teste de HIV em mulheres grávidas aumentou de 29% em 2008 a aproximadamente 66% em 2011. A cobertura calculada do tratamento antirretroviral em mulheres grávidas vivendo com o HIV aumentou de 55% em 2008 a 70% em 2011 (67% na América Latina e 79% no Caribe). Como resultado, os novos casos de HIV em crianças caíram em 24% na América Latina e 32% no Caribe entre 2009 e 2011.
- (c) Estima-se que a taxa de transmissão materno-infantil do HIV na América Latina e no Caribe em 2011 tenha sido de 14,2% (5,8%–18,5%), uma redução de 18,6% (10,5%–22,9%) em 2010.
- (d) Os dados notificados pelos países em 2011 e 2012 indicam o seguinte:
 - i. Oito países alcançaram cobertura de 90% ou superior para o teste de HIV em mulheres grávidas, e 10 países informaram cobertura próxima a 90% ou superior para o teste pré-natal de sífilis.
 - ii. Entre os 15 países que informaram tratamento de sífilis em mulheres grávidas em 2011, a cobertura variou de 23% a mais de 95%, sendo que nove países informaram cobertura de 90% ou superior.
 - iii. O percentual de teste virológico de recém-nascidos expostos ao HIV dois meses após o nascimento foi baixo na Região, sendo que somente três

países informaram percentual próximo a 90% ou superior. Precisa ser fortalecida a capacidade dos países de notificar e monitorar esses dados. Observaram-se consideráveis perdas de seguimento de crianças antes do diagnóstico definitivo em alguns países.

- iv. Quatorze países com cobertura de atenção pré-natal e teste de sífilis superior a 80% informaram taxas de sífilis congênita inferior a 0,5 por 1.000 nascidos vivos.
- v. Cinco países com cobertura de atenção pré-natal e teste de HIV superior a 80% informaram taxas de transmissão vertical do HIV de 2% ou inferiores, e outros 10 países apresentaram taxas próximas a 2%.

Desafios

- (a) Os dados disponíveis indicam a existência de variações significativas. Alguns países ainda apresentam cobertura muito baixa de serviços essenciais.
- (b) Os principais desafios incluem:
 - i. necessidade de fortalecer os sistemas de saúde, informação sanitária e sistemas de coleta de dados deficientes e os modelos de prestação de serviços que integrem a atenção pré-natal, HIV e saúde sexual e reprodutiva (SRH);
 - ii. necessidade de promoção do início precoce da atenção pré-natal e melhoria da qualidade da atenção pré-natal;
 - iii. necessidade de estratégias eficazes para cobrir mulheres jovens e outros grupos vulneráveis com intervenções de prevenção primária e SRH.

Conclusões

- (a) A avaliação intermediária indica importante progresso na implementação da Estratégia e Plano da Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-infantil do HIV e da Sífilis Congênita. Porém, é necessária ação intensificada para abordar a baixa cobertura de serviços em alguns países.
- (b) A OPAS recomenda ação intensificada nos seguintes países:
 - i. Países que apresentaram percentual de teste de HIV ou sífilis em mulheres grávidas inferior a 50% em 2011: República Dominicana, Guatemala, Haiti, México, Nicarágua, Panamá e Paraguai.
 - ii. Países que apresentaram percentual de HIV ou sífilis em mulheres grávidas entre 50% e 70% em 2011: Antígua e Barbuda, Barbados, Bolívia, Colômbia, Dominica, Honduras, Jamaica, Montserrat, Santa Lúcia e Ilhas Turks e Caicos.
- (c) As prioridades programáticas para a segunda fase do período de execução são as seguintes: fortalecimento dos sistemas de informação sanitária, desenvolvimento

- e divulgação de modelos e boas práticas para a integração de HIV/SRH/SMI e fortalecimento de laboratórios.
- (d) A ênfase contínua em um enfoque de sistemas de saúde é fundamental para enfrentar as barreiras dos sistemas de saúde.

Ação pelo Conselho Diretor

5. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota desta avaliação intermediária e faça as recomendações que julgar cabíveis.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita [Internet]. 50º. Conselho Diretor da OPAS, 62ª. Sessão do Comitê Regional da OMS nas Americas; 27 de setembro a 1 de outubro de 2010; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2010 (Resolução CD50.R12) [citado 2013 mar 14]. Disponível em: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R12-p.pdf>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Regional initiative for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean. Concept document for the Caribbean [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2010 (Publicação n.º. OPS/FCH/HI/05-10.I) [citado 2013 mar 14]. Disponível em: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Regional%20Initiative%20for%20Elimination%20Concept%20Document%20for%20the%20Caribbean.pdf>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Clinical guidelines for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean [Internet]. Montevideu, Uruguai: CLAP; 2011 (Publicação científica CLAP/SMR 1570) [citado 2013 mar 11]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20104&Itemid=.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Elimination Initiative Costing Tool and user manual [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2011. [citado 2013 mar 14]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15418&Itemid=.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Regional initiative for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional monitoring strategy [Internet]. 2ª. edição. Washington (DC): OPAS; 2013. [citado 2013 mar 11] Disponível em:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20146&Itemid=.](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20146&Itemid=)

6. Organização Pan-Americana da Saúde. Field Guide for the Implementation of the Strategy and Plan of Action for the Elimination of mother-to-child transmission of HIV and Congenital Syphilis. Versão preliminar. OPAS: Washington (DC); 2013.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Regional Guidance for validation of elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis. Versão preliminar. OPAS: Washington (DC); 2013.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. 2010 Situation Analysis: Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2011. [citado 2013 Apr 2]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15893&Itemid=&lang=en.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. 2012 Progress Report: elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2013. [citado 2013 mar 11]. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20942&Itemid=.](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20942&Itemid=)
10. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Relatório Global. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012 [Internet]. Genebra: UNAIDS; 2012. [citado 2013 mar 11]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf.

C. OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO E AS METAS DE SAÚDE NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Introdução

1. Os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) expressaram um claro compromisso para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com a convicção de que a saúde é parte essencial do desenvolvimento social, econômico e político. Os ODMs e suas metas associadas são dimensões-chave do compromisso da OPAS para as políticas de saúde com resultados quantificáveis. A Organização considera que a melhor maneira de responder aos ODMs é fortalecer a equidade na saúde mediante a cooperação técnica tanto nos países prioritários como dentro dos países de renda média, através de intervenções integrais e integradas, priorizando zonas e grupos vulneráveis, e populações que vivem na pobreza.

2. Este relatório responde ao compromisso assumido em 2011 com os avanços e desafios da Região para alcançar os ODMs relacionados diretamente com a saúde.

3. Ademais, neste documento, são incorporadas algumas linhas do debate sobre a Agenda de Desenvolvimento pós-2015 no tema de saúde, em virtude da Reunião Mundial em Botswana, em princípios de março, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e em razão das consultas regionais para atender aos compromissos estabelecidos na Agenda das Nações Unidas.

Antecedentes

4. O ano de 2013 estabelece uma margem de dois anos para apoiar os países, mediante estratégias intersetoriais e interinstitucionais, a fim de acelerar o ritmo do avanço dos ODMs para 2015. A região das Américas está no caminho para alcançar os ODMs no âmbito da saúde, o que abrange tanto o avanço nos serviços de água e saneamento, como nos determinantes da saúde. No entanto, estes avanços ocorrem nacionalmente, não sendo equivalentes com os avanços em nível subnacional.

5. De acordo com os dados da Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), os números da pobreza e da miséria se encontram em níveis mais baixos do que a Região vem apresentando, mas continuam sendo um problema que deve ser enfrentado nos níveis regional e nacional como um determinante crítico da saúde. Em 2012, a CEPAL calculou que o número de latino-americanos em condições de pobreza chegava a 167 milhões. Deste total, 66 milhões vivem em condições de miséria com

renda insuficiente para aceder a uma alimentação adequada, motivo pelo qual a redução da desnutrição crônica continua sendo uma prioridade.¹

Análise da Situação Atual

6. O progresso dirigido ao alcance dos ODMs varia de um país a outro e com relação a cada meta. Para este relatório, foi considerada tanto a informação proporcionada pelos países (que foram denominados pela OPAS), o que permitiu uma análise do período compreendido entre 1990 e 2011, proveniente dos registros rotineiros e de estimativas geradas, tanto pelo próprio país, como as estimativas proporcionadas pela Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL/CELADE), responsável pelo grupo interinstitucional (1, 2).

7. O ODM 4 é analisado pela mortalidade dos menores de 1 ano, já que, na região das Américas, esses representam mais de 60% da mortalidade do grupo dos menores de 5 anos. Esta análise é realizada sobre a base das estimativas efetuadas pelo Grupo Interagencial. O organismo encarregado pelo monitoramento e pela avaliação deste indicador é o UNICEF.

8. A **mortalidade infantil** continua diminuindo na Região. Na América Latina e no Caribe, a taxa de mortalidade infantil (TMI), em 1990, foi de 42 por 1.000 nascidos vivos e, de 16 por 1.000, em 2011, isto é, houve uma redução de 62.0% (3).

9. Em 2011, foi calculado um total de 170 mil mortes infantis nas Américas. As TMIs mais baixas (entre 5 e 12 por 1.000 nascidos vivos) podem ser observadas em Barbados, no Canadá, Chile, na Costa Rica, em Cuba, nos Estados Unidos da América e no Uruguai; Bolívia e Haiti apresentam os níveis mais altos (entre 40 e 45 por 1.000 nascidos vivos).

10. Em países do Caribe (falantes anglo-franceses), as séries são mais instáveis por se tratar de populações pequenas; suas situações são mais homogêneas do que nos países latino-americanos. As províncias francesas das Américas (Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica) e Anguilla apresentam as menores TMIs (menos de 12 por 1.000 nascidos vivos), enquanto que Guiana e Suriname mostram as taxas mais elevadas da sub-região, de 39 e 26 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente.

11. Entre as intervenções de saúde pública que contribuíram para esta redução estão: (a) o avanço da assistência primária de alto impacto e baixo custo; (b) os programas de vacinação em massa; (c) a terapia de reidratação oral; (d) o controle da saúde das crianças saudáveis; (e) o aumento da cobertura dos serviços básicos, especialmente de água

¹ Hacia el desarrollo Sostenible: América Latina y el Caribe en la Agenda post-2015 borrador para discusión. Fev 2013. Relatório interagencial coordenado pela CEPAL.

potável e saneamento; (f) o aumento dos níveis educacionais da população, a redução da fecundidade e a redução da pobreza.

12. A **mortalidade materna** diminuiu na Região, mas com diferentes tendências nos países. A razão de mortalidade materna (RMM) em 1990 foi de 140 por 100 mil nascidos vivos na América Latina e no Caribe, e de 80, em 2010 (9.726 mortes nas Américas), uma redução de 41%, com uma média ao ano de 2,6% (4). Considerando dados de 33 países e territórios da Região, se observam reduções das razões em 25 países. No Istmo Centro-Americano, se observam reduções das razões entre 8,0% e 54,5%. No Caribe Latino (República Dominicana e Cuba), observam-se reduções das razões de mortalidade que, em alguns países, variam de 9,6% a 57,5% e, em outros, se observam aumentos de 15,9% a 86,4%. Na região Andina e no Cone Sul, quase todos os países mostram reduções que oscilam entre 2,1% e 66,5%. É importante notar que, em vários países, a ampliação da cobertura da atenção pré-natal, da atenção ao parto por pessoal capacitado e do acesso aos contraceptivos e sua utilização são estratégias que estão contribuindo para a diminuição da mortalidade materna. Atualmente, os aumentos da RMM podem ter ocorrido devido à melhora na vigilância e notificação de eventos e, não necessariamente, por causa de um aumento real da mortalidade.

13. Quanto ao número de novas infecções pelo **HIV**, nas estimativas para os países da Região (5), uma redução foi observada na morbidade e da mortalidade. Para 2011, cerca de 6% do total de novas infecções por HIV, em âmbito mundial, correspondiam à Região (147.000 casos); dessas, 83.000 correspondiam à América Latina, 51.000, na América do Norte, e 13.000, no Caribe (5). O Caribe foi uma das sub-regiões com maior redução no número de novas infecções em comparação com os números de 2001 (42% a menos de novas infecções). Além disso, o número de crianças que contraíram o HIV caiu 24% na América Latina e, em 32%, no Caribe, em dois anos (2009-2011). A responsabilidade do monitoramento das metas 6A e 6B corresponde ao Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). A epidemia ainda não foi detida, mas começa a ser revertida (5). Em fins de 2011, 68% das pessoas HIV positivas, na América Latina e no Caribe, receberam tratamento; esta porcentagem foi superior à média mundial de 54%. Quanto às mulheres grávidas HIV positivas, a porcentagem que recebeu medicamentos antirretrovirais, na América Latina e no Caribe, aumentou de 36% para 70%.

14. Para o período 2000-2011, a Região notificou 58% de redução na morbidade por **paludismo** e 70% de redução na mortalidade; dos 21 países com malária endêmica, 17 conseguiram diminuir em 2011 e, desses, 12 registraram reduções de mais de 75% e 5, em mais de 50%. Quatro países mostraram incrementos; destes, apenas um demonstrou uma tendência à diminuição (modificado o comportamento com redução desde 2005) e no caminho para atingir a meta (6).

15. Quanto à **tuberculose**, os 35 Estados Membros apresentaram avanços no controle, com uma detecção de 84% dos casos que a OMS estimou para a região das Américas em

2011. No entanto, apesar dos avanços obtidos no controle, a multirresistência aos medicamentos e a coinfeção com o HIV (TB/HIV) continuam sendo desafios importantes que devem ser enfrentados. O relatório da OMS de 2012 sobre controle da tuberculose (que coleta os dados notificados pelos países da Região) assinala uma taxa de redução anual da incidência de tuberculose nas Américas de 4%, sendo a Região que maior redução registra no âmbito mundial. Ao mesmo tempo, a região das Américas alcançou e ultrapassou as metas propostas para 2015 de redução de 50% das taxas de prevalência e de mortalidade por tuberculose.²

16. Quanto ao **acesso sustentável à água segura**, na região das Américas (2010), foi notificado um acesso a fontes de água melhorada de 96% (99% em zonas urbanas e 86% em zonas rurais). Ao se considerar a América Latina e o Caribe, o acesso diminuiu para 94% (98% em zonas urbanas e 81% em zonas rurais) (7, 8). Cabe mencionar que dos 86% dos lares que contam com acesso à água através de tubulações (1, 2) não se dispõe de informação sistematizada sobre a qualidade da água, mesmo sabendo que há contaminadores que apresentam fatores de risco para a saúde. Por outro lado, um aumento foi observado no uso da água engarrafada (4) que atenta ao direito humano à água com relação à acessibilidade (6), e representa um desafio ambiental que deve ser estudado mais detalhadamente.

17. Quanto ao **saneamento básico**, no âmbito da região das Américas, há uma cobertura de saneamento básico melhorado em 88% (91% em zonas urbanas e 74% em zonas rurais). Ao se considerar a América Latina e o Caribe, a proporção baixará para 80% (84% em zonas urbanas e 60% em zonas rurais) na Região. É necessário não apenas continuar impulsionando este serviço em zonas rurais e periurbanas, mas também, avançar na qualidade do mesmo, nos melhores serviços de saneamento e na questão da defecação ao ar livre, e no tratamento das águas servidas urbanas. O desafio maior está entre os habitantes de quintas de rendimentos mais baixos (8). Cabe mencionar que ainda 25 milhões de pessoas, na América Latina e no Caribe, defecam ao ar livre.

Avanços nos Compromissos Assumidos em 2011

18. Continuarão os impulsos das linhas estratégicas estabelecidas em 2011 para o alcance dos ODMs: (a) Revisão e consolidação dos sistemas de informação; (b) Fortalecimento dos sistemas baseados em Atenção Primária em Saúde (APS), pelo qual se propõe fortalecer os sistemas de saúde nos municípios mais vulneráveis com a estrutura renovada da APS; (c) Redução da desigualdade subnacional, privilegiando os municípios mais vulneráveis e os grupos populacionais em condições de exclusão, em resposta aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Propõe-se fortalecer as iniciativas dirigidas a esses municípios e grupos, como “Rostos, Vozes e Lugares”, Municípios Saudáveis, a Aliança pela Nutrição e pelo Desenvolvimento e Maternidade Segura;

² World Health Organization. Global tuberculosis control 2010. Genebra (Suíça): OMS; 2010.

(d) Formulação de políticas públicas para dar sustentabilidade aos resultados e reafirmar a “saúde em todas as políticas”.

19. Quanto à Agenda de Desenvolvimento pós-2015, **no tema de saúde**, a OPAS, em conformidade com o estabelecido pela OMS, realizou consultas regionais com os responsáveis pelos sistemas e serviços de saúde e com atores-chave que nem sempre participam das decisões, como é o caso de prefeitos, líderes indígenas e afrodescendentes e organizações da sociedade civil. Todos concordaram com a necessidade de se priorizar o acesso universal à saúde, entendida como a garantia do direito à saúde, respondendo não apenas à cobertura dos serviços de saúde, mas também, às intervenções nos determinantes sociais da saúde, como o objetivo prioritário a ser apresentado na Agenda de Desenvolvimento pós-2015. Propõe-se, também, analisar as conclusões e os resultados da reunião celebrada em Botswana; continuar avançando com os ODMs diretamente relacionados com a saúde; maximizar uma vida saudável durante todas as etapas da vida, como o objetivo geral; levar em consideração o incremento das Doenças Não Transmissíveis (DNT) e impulsionar a cobertura universal que deve incluir o acesso a todas as intervenções importantes, e fortalecer os sistemas de saúde, como metas. Será necessário assegurar que estes resultados sejam analisados por todos os países e que seja atendido o compromisso, a fim de avançar no acesso à saúde para todos os habitantes das Américas.

Intervenção do Conselho Diretor

20. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome conhecimento deste relatório e formule as observações e recomendações que considere pertinentes.

Referências

1. Nações Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010: Avances en la sostenibilidad ambiental del desarrollo en la América Latina y el Caribe. Santiago (Chile): ONU; 2010 (Relatório interagencial coordenado pela CEPAL) [consultado em 28 de janeiro de 2011]. Disponível em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/38496/2009-696-ODM-7-completo.pdf>.
2. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Informe mundial: informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2012 [Internet]. Ginebra (Suíça): UNAIDS; 2012 [consultado em 15 de fevereiro de 2013]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf.
3. Fundo das Nações Unidas para a Infância; Organização Mundial da Saúde; Banco Mundial; Divisão da População das Nações Unidas. Levels & Trends in Child

Mortality, Relatório 2012. Nova Iorque: UNICEF; 2012 (Estimativas desenvolvidas pelo Grupo Interinstitucional de Estimativas sobre Mortalidade Infantil das Nações Unidas).

4. Organização Mundial da Saúde. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates [Internet].Genebra, (Suíça): OMS; 2012 [consultado em 15 de fevereiro de 2013]. Disponível em:
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf.
5. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 2012 [Internet]. Genebra (Suíça): UNAIDS; 2012 [consultado em 15 de fevereiro de 2013]. Disponível em:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2434_WorldAIDSday_results_es.pdf.
6. Organização Mundial da Saúde. World Malaria Report 2012 [Relatório Mundial sobre o paludismo 2012] (atualmente, apenas no idioma inglês). Genebra (Suíça): OMS; 2012 [consultado em 15 de fevereiro de 2013]. Disponível em:
http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/report/es/.
7. Organização Mundial da Saúde; Fundo das Nações Unidas para a Infância. A snapshot of Drinking-water and sanitation in the MDG region Latin-America & Caribbean, 2010 Update. A regional perspective based on new data from the WHO/UNICEF Joint Monitoring Program for Water Supply and Sanitation [Internet]. Nova Iorque: UNICEF; 2010 [consultado em 20 de fevereiro de 2013]. Disponível em:
http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1284626181-LAC_snapshot_2010.pdf.
8. Fundo das Nações Unidas para a Infância ea Organização Mundial da Saúde. Progress on drinking water and sanitation: 2012 Update [Internet]. Nova Iorque: UNICEF/OMS; 2012 (Relatório preparado pelo Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoramento do Abastecimento de Água e do Saneamento) [consultado em 15 de fevereiro de 2013]. Disponível em:
http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2012/jmp_report/en/index.html.

D. APLICAÇÃO DO CONVÊNIO-QUADRO DA OMS PARA O CONTROLE DO TABACO

Antecedentes

1. Este relatório apresenta uma atualização acerca dos avanços do controle do tabaco na Região das Américas até 30 de junho de 2013, no âmbito de duas resoluções, a CD48.R2 (2008), aprovada pelo 48º Conselho Diretor (1), e a CD50.R6 (2010), aprovada pelo 50º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2).

Relatório de Progresso

2. O número de Estados Partes no Aplicação do Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde (OMS) que ratificaram o Convenção é de 29 e permanece sem alterações desde o último relatório apresentado (documento CD51/INF/5). Embora tenha havido certo progresso na implementação dos “*best buys*” (3) (ambientes livres da fumaça de tabaco, advertências sanitárias, proibição da publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco e aumento dos impostos), o mesmo tem sido lento e desigual tanto entre as diferentes medidas como entre os países.

3. Nos países que avançaram na aplicação mais integral do Convenção começam a ser observados alguns resultados. O Brasil e o Uruguai mostram uma diminuição substancial no consumo de tabaco em adultos (4, 5) e outros estudos constatarem diminuições nas hospitalizações por infarto do miocárdio (6, 7).

4. Em geral, existe uma tendência à feminização do consumo de tabaco na Região, com uma diminuição da brecha de consumo entre mulheres e homens adultos (8), que é ainda mais pronunciada em adolescentes (prevalência em adolescentes homens: 12,3%; em adolescentes mulheres: 11,3%) (9).

5. O Sistema Mundial de Vigilância do Tabaco fornece informação desagregada por sexo tanto para adultos como para adolescentes. Contudo, muitos países da Região ainda não contam com um sistema nacional estabelecido para a vigilância do tabaco. Cabe destacar que neste período houve um aumento no número de países que contam com pesquisas de adolescentes comparáveis e de representatividade nacional; deve-se assinalar também o caso do Panamá, que obterá dados representativos para sua população indígena na Pesquisa Mundial de Tabagismo em Adultos.

6. O Brasil, a Costa Rica e o Equador aprovaram medidas destinadas a aumentar os impostos sobre o tabaco. Além disso, pela primeira vez, delegados governamentais das administrações tributárias e dos ministérios da saúde da Região se reuniram para discutir políticas eficazes de impostos sobre o tabaco e controle do contrabando.

7. Em 17 países, todos os lugares públicos e de trabalho fechados e o transporte público são ambientes 100% livres da fumaça do tabaco. Recentemente, somaram-se o Brasil,¹ Chile, Costa Rica, Equador, Jamaica e Suriname.

8. Vinte países contam com legislação sobre pacotes e etiquetas de produtos de tabaco que é congruente com os requisitos mínimos da CQCT. No entanto, deve notar-se que: (a) em um destes países, a legislação não obriga a inclusão de imagens nas advertências de saúde, e embora este requisito não seja obrigatório na CQCT, é recomendado nas respectivas diretrizes adotadas pelos Estados Partes e (b) quatro destes países ainda não tenham aplicado a lei. No final deste biênio, 11 países terão ultrapassado a data limite para a implementação deste artigo.

9. O Brasil,² Chile e Suriname se somaram à Colômbia e ao Panamá com uma proibição total da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, enquanto outros cinco países têm proibições amplas sem chegar a ser totais. Ao finalizar este biênio, 22 países que ainda não cumpriram este artigo terão ultrapassado a data limite indicada no CMCT para sua aplicação.

10. Persiste uma intensa interferência da indústria tabagista contra as políticas de controle do tabaco, que compreende lobby e ações judiciais no âmbito nacional e internacional. Acrescentaram-se agora consultas da Organização Mundial do Comércio (OMC).

11. A Repartição Sanitária Pan-Americana mantém contínuo contato com os países para prestar apoio técnico tanto na redação como no processo de aprovação e implementação de legislação para o controle do tabaco, bem como em sua defesa dos ataques da indústria. Neste sentido, elaborou-se um manual sobre a formulação de leis para o controle do tabaco na Região das Américas³, que inclui os fundamentos de direitos humanos subjacentes ao controle do tabaco, bem como as lições aprendidas nos países na implementação da CQCT. Este manual foi apresentado à 152^a. Sessão do Comitê Executivo, em junho de 2013. Além disso, vem sendo promovida a realização de fóruns regionais para a discussão de temas supranacionais (como o controle do comércio ilegal e as interações entre os acordos comerciais e a CQCT) e promoção do intercâmbio de informação e experiências, não só entre países, mas dentro deles entre outros setores distintos do setor da saúde.

¹ A regulamentação e implementação da lei ainda estão pendentes.

² Idem.

³ Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1371%3Apublications-and-resources&catid=1279%3Ade-publications-and-resources&lang=es

Medidas Recomendadas para Melhorar a Situação

12. Recomenda-se aos Estados Partes considerar a assinatura e posterior ratificação do novo Protocolo sobre Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, aprovado pela Quinta Conferência das Partes no CQCT.

13. É importante que os Estados Membros considerem a ratificação do CMCT, se ainda não o fizeram, bem como a possibilidade de implementar os quatro “*best buys*” relacionados com o controle do tabaco.

14. O estabelecimento e o fortalecimento, bem como a alocação de recursos para as unidades coordenadoras ou unidades técnicas responsáveis pelo tema de controle do tabaco, continuam sendo um desafio. A alocação específica de fundos provenientes dos impostos sobre o tabaco pode ser uma das fontes de financiamento com este fim.

15. Os Estados Membros deveriam considerar a possibilidade de estabelecer sistemas nacionais de vigilância com dados desagregados por sexo e, se possível, por estrato socioeconômico, bem como com representatividade das populações minoritárias, como as populações indígenas. Atualmente, está disponível um módulo padronizado de perguntas sobre o tabaco. Este módulo pode ser incluído em pesquisas nacionais de temática mais ampla, de modo a assegurar a comparabilidade internacional dos dados com os provenientes de pesquisas de tabagismo de outros países, sem que isso gere uma carga adicional para os sistemas nacionais de vigilância (10).

16. Recomenda-se aos Estados Membros considerar a inclusão da detecção do consumo de tabaco e a orientação breve para a cessação em seus sistemas de atenção primária à saúde, bem como alternativas de maior complexidade em outros níveis, para as pessoas com dependência grave.

17. Frente à existência de posturas dessemelhantes em diferentes fóruns internacionais (por exemplo, na OMC e na OMS), recorda-se aos Estados Membros que não existe incompatibilidade na aplicação do CQCT e dos tratados de comércio (11). Além disso, recomenda-se que considerem a possibilidade de não incluir o tabaco em futuros acordos comerciais.

18. Levando em conta o impacto que o controle do tabaco terá sobre as doenças crônicas não transmissíveis,⁴ recomenda-se aos Estados Membros considerar a incorporação do tema do controle do tabaco na agenda de todos os organismos das Nações Unidas em nível de país, bem como em todos os projetos dos Marcos de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento (MANUD) (12, 13).

⁴ Dando seguimento à Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Prevenção e o Controle das Doenças Não Transmissíveis, e em cumprimento da resolução do Conselho Econômico e Social (ECOSOC) de julho de 2012.

Intervenção do Conselho Diretor

19. Solicita-se que o Conselho Diretor tome nota do presente relatório de progresso.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Convênio Básico da OMS para Controle do Tabaco: Oportunidades e Desafios para sua Implementação na Região das Américas [Internet]. 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS, 2010 (resolução CD48.R2) [consultada em 4 de março de 2013]. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd48.r2-p.pdf>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Fortalecimento da capacidade dos Estados Membros para implementar as disposições e diretrizes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco [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 (DC), US. Washington (DC): OPAS 2010 (resolução CD50.R6) [consultado em 3 de março de 2013]. Disponível em: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R6-p.pdf>.
3. Organização Mundial da Saúde. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2010 [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/.
4. Monteiro CA, Cavalcante TA, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:527-534 [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/7/06-039073.pdf>.
5. Abascal W., Esteves E., Goja B., González Mora F., Lorenzo A., Sica A., Triunfo P., Harris JE. Tobacco control campaign in Uruguay: a population-based trend analysis. *The Lancet* [online] 2012 Nov (Vol. 380, Issue 9853, pg 1575-1582) DOI: 10.1016/s0140-6736(12)60826-5 [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60826-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60826-5/abstract).
6. Ferrante D, Linetzky B, Virgolini M, Schoj V, Apelberg B. Reduction in hospital admissions for acute coronary syndrome after the successful implementation of

- 100% smoke-free legislation in Argentina: a comparison with partial smoking restrictions. *Tobacco Control* 2011; 21;402-406.
7. Sebríe EM, Sandoya E, Hyland A, Bianco E, Glantz SA, Cummings KM. Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay. *Tobacco Control* 2012: PMID 22337557 [Epub ahead of print].
 8. Organização Mundial da Saúde. Gender, women, and the tobacco epidemic [Internet]. Eds. Jonathan M. Samet and Soon-Young Yoon. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2012 [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/index.html.
 9. Organização Pan-Americana da Saúde. Jóvenes y tabaco en las Américas: resultados de la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes 2000-2010 [Internet]. Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2012 (folheto) [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1371&Itemid=1231&lang=es.
 10. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco questions for surveys: a subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS) [Internet]. 2nd Edition. Atlanta (GA), US. Atlanta, GA: United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2011 [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/tqs/en/index.html>.
 11. Organização Mundial da Saúde. Confronting the tobacco epidemic in a new era of trade and investment liberalization [Internet]. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2012 [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/publications/industry/trade/confronting_tob_epidemic/en/index.html
 12. Nações Unidas. Declaração política da reunião de alto nível da Assembleia Geral sobre a prevenção e o controle das doenças não transmissíveis [Internet]. Assembleia Geral das Nações Unidas, Sexagésimo Sexto Período de Sessões; 19 a 20 de setembro de 2011; Nova York (NY), Estados Unidos. ONU; 2011 (projeto de resolução A/RES/66/2) [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: <http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/documents.shtml>.
 13. Nações Unidas. Projeto de resolução apresentado pelo Vice-Presidente do Conselho, Luis Alfonso de Alba (México), com base em consultas oficiais. Coherencia en la labor de control del tabaco a nivel de todo el sistema de las

Naciones Unidas [Internet]. Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, período de sessões substantivo de 2012; 2 a 27 de julho de 2012; Nova York (NY), Estados Unidos. Nova York: ECOSOC; 2012 (documento E/2012/L.18) [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: <http://www.un.org/es/ecosoc/docs/insessiondocs.shtml>.

E. PLANO DE AÇÃO SOBRE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SAÚDE PÚBLICA

Antecedentes

1. A Estratégia sobre o Uso de Substâncias e a Saúde *Pública* (Documento CD50/18, Rev. 1 e resolução CD50.R2 [2010]) (1, 2) e o Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública (Documento CD51/9 e resolução CD51.R7 [2011]) (3, 4) aprovados pelo Conselho Diretor da OPAS, de forma complementar à Estratégia e Plano de Ação sobre Saúde Mental de 2009 (5, 6) e à Estratégia hemisférica sobre drogas (OEA/CICAD, 2010)¹⁰ (7) formam a base da cooperação técnica para a abordagem desta problemática, em termos de saúde pública, na Região.

2. Na 43.^a Assembleia geral da Organização dos Estados Americanos (OEA), realizada na Guatemala em junho de 2013, os Estados Membros aprovaram a “Declaração de Antigua Guatemala” (8), na qual se ressalta o papel da saúde pública como parte de um enfoque integral frente ao problema mundial das drogas.

Relatório de Progresso

3. Os Estados Membros fizeram avanços no reconhecimento do impacto do uso de substâncias psicoativas na saúde da população (7-10). No entanto, em muitos países, isto não se reverteu em ampliação e melhoramento dos serviços, persistindo uma grande lacuna de tratamento. A atenção primária à saúde ainda tem um papel muito limitado na identificação prematura, no tratamento e na orientação das pessoas com problemas de abuso de substâncias. Os serviços especializados são escassos e, em muitos casos, utilizam modelos terapêuticos inapropriados ou de tipo asilar.

4. A OPAS prestou cooperação técnica direta aos países, como também no marco de iniciativas regionais e subregionais formuladas pela OEA, o Sistema de Integração Centro-americana (SICA) e a Reunião do Setor de Saúde da América Central e da República Dominicana (RESSCAD)¹¹ (10, 11).

¹⁰ Aprovada em maio de 2010 pela Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas da Organização dos Estados Americanos (OEA/CICAD).

¹¹ Cimeira de Presidentes de América Central SICA: “Novas rotas contra o narcotráfico” (Guatemala, 2012); Reunião de Presidentes e dos Chefes de Estado (Cartagena, 2012); Acordo sobre o “Avanço na Atenção Integral dos Vícios na APS”, adotado no XXVIII RESSCAD, (República Dominicana 2012); Relatório sobre o problema de drogas nas Américas (OEA, 2013); Décimo Fórum hemisférico com a sociedade civil e com os atores sociais (OEA, 2013); 43.^a Assembleia geral da OEA (Guatemala, 2013); “Declaração de Antigua Guatemala” (Guatemala, 2013).

5. Como exemplo de cooperação com os países, na Costa Rica, Guatemala e Panamá foram organizadas oficinas nacionais com o apoio da OPAS e a participação de Ministérios da Saúde e organismos nacionais anti-drogas, bem como representantes de outros setores e da sociedade civil, para fortalecer a abordagem de saúde pública nos planos nacionais, reforçando principalmente o papel dos Ministérios da Saúde.
6. A OPAS está realizando uma revisão sistemática sobre a eficácia das intervenções de saúde pública voltadas para a problemática do uso de substâncias,¹² que serão publicadas e apresentadas ainda este ano.
7. Houve participação em grupos de especialistas com o Escritório das Nações Unidas contra a Droga e o Delito (ONUDD) (12), a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹³ e o Programa de Cooperação entre a América Latina e a União Europeia em Políticas sobre Drogas (COPOLAD) (13).
8. Através do Campus Virtual de Saúde Pública, estão à disposição dos Estados Membros os cursos desenvolvidos pela OPAS sobre intervenções breves (14) e políticas de drogas (15). Além disso, foi desenvolvido em cooperação com a COPOLAD um curso sobre integração de serviços no nível de atenção primária à saúde.¹⁴
9. Foi assinado um memorando de entendimento entre a OPAS e a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD) da OEA,¹⁵ que é uma importante aliança estratégica que servirá para apoiar ações coordenadas do ponto de vista dos países entre as Comissões Nacionais Antidrogas e o setor da saúde. Também com a COPOLAD¹⁶ e organizações da sociedade civil, que abordam o tema no nível nacional e regional,¹⁷ promove-se a aplicação da estratégia regional e do plano de ação.

¹² Relatório em processo de preparação.

¹³ Guias para o Manejo do Uso de Substâncias Psicoativas e de seus Transtornos Associados durante a Gravidez (OMS). Em preparação.

¹⁴ Curso virtual “Sistema integral e integrado de atenção social e sanitária em dependências de drogas desde a assistência primária”, dirigido pela OPAS em cooperação com a COPOLAD. À primeira edição (2012) assistiram 59 participantes de 14 países (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai). Atualmente prepara a segunda edição.

¹⁵ Além do memorando, participou-se na preparação do “Relatório sobre o Problema de Drogas nas Américas”; foi organizado com o CICAD o Dia Internacional da Luta contra o Uso Indevido e do Tráfico Ilícito de Drogas; com trabalho nos grupos de especialistas sobre sistemas de informação, integração social e alternativas de tratamento sob supervisão judicial.

¹⁶ A OPAS participa dos componentes da COPOLAD relacionados com a formação de recursos humanos, desenvolvimento da pesquisa e fortalecimento dos sistemas de informação.

¹⁷ Centros de Integração Juvenil (CIJ) do México, a Rede Ibero-americana de Organizações que trabalham em Drogas RIOD, as Associação “Intercâmbios” Civis da Argentina, entre outros.

Medidas Recomendadas para Melhorar a Situação

10. A OPAS deve intensificar os esforços para dar apoio aos Estados Membros na aprovação ou revisão de suas políticas e planos, bem como de leis sobre drogas que incorporem a abordagem de saúde pública e promovam o respeito aos direitos humanos.

11. A OPAS e seus Estados Membros devem empreender uma iniciativa coordenada de desenvolvimento de capacidades para fortalecer uma resposta integrada para os usuários de substâncias psicoativas dentro dos sistemas de saúde e da proteção social. A OPAS deve facilitar os mecanismos de intercâmbio de experiências entre os Estados Membros.

12. Os Estados Membros devem orientar a alocação de recursos com base nas necessidades identificadas, prestando atenção especial aos grupos de alto risco como é o caso da população de indigentes, detentos, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, crianças e adolescentes.

13. A OPAS e seus Estados Membros devem continuar trabalhando para fortalecer os sistemas de informação e vigilância, melhorar as informações epidemiológicas, aumentar a abrangência de pesquisas para populações marginalizadas e outros grupos vulneráveis, e utilizar o enfoque dos determinantes sociais para a análise de dados e programas.

14. A OPAS, com a participação dos Estados Membros, deve atualizar os dados sobre programas, serviços e recursos dedicados na Região à prevenção e tratamento dos transtornos relacionados com o uso de substâncias (16).

Intervenção do Conselho Diretor

15. Pede-se ao Conselho Diretor que tome nota do presente relatório de progresso, e que formule as recomendações que considere pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública [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 (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2010 (documento CD50/18, Rev. 1) [consultado em 2 de julho de 2013]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8311&Itemid=
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública [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 (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2010 (Resolução CD50.R2) [consultado em 2 de julho de 2013]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8934&Itemid=
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2011 (Documento CD51/9) [consultado em 2 de julho de 2013]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14585&Itemid=
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2011 (Resolução CD51.R7) [consultado em 2 de julho de 2013]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15076&Itemid=
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e Plano de Ação para Saúde Mental [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 (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2009 (Documento CD49/11) [consultado em 2 de julho de 2013]. Disponível em: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-p.pdf>

6. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e Plano de Ação para Saúde Mental [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de septiembre a 2 de outubro de 2009; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2009 (Resolução CD49.R17) [consultado em 2 de julho de 2013]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3166&Itemid=
7. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos. Estrategia hemisférica sobre drogas [Internet]. Cuadragésimo séptimo período ordinario de sesiones de la CICAD; 3 de maio de 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OEA; 2010 [consultado em 3 de julho de 2013]. Disponível em: http://www.cicad.oas.org/EN/basicdocuments/1798%20Strategia_Final_20100602-eng.pdf
8. Organización dos Estados Americanos. Declaración de Antigua, Guatemala. “Por una Política Integral frente ao Problema Mundial das Drogas nas Américas” [Internet]. 43º Período Ordinario de Sessões; 4 a 6 de junho de 2013; Antigua, Guatemala. Antigua: OEA; 2013. (Documento AG/DEC.73-XLIII-O/13) [consultado em 2 de julho de 2013]. Disponível em: <http://scm.oas.org/ag/documentos/Documentos/AG06196P10.doc>
9. United Nations Office against Drugs and Crime. World Drug Report 2013 [Internet] United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6. May 2013; Viena, Austria. Viena: UNODC; 2013 [consultado em 5 de julho de 2013]. Disponível em: http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf
10. Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos. Informe sobre el problema de drogas en las Américas [Internet]. Washington (DC): OEA; 2013 [consultado em 5 de julho de 2013]. Disponível em: http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf
http://www.cicad.oas.org/main/policy/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Acuerdos de la XXVIII RESSCAD - República Dominicana [Internet]. XXVIII Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana; 5 e 6 de julho de 2012; Santo Domingo, República Dominicana. Santo Domingo: OPS; 2012 [consultado em 8 de julho de 2013]. Disponível em: http://new.paho.org/resscad/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=289&Itemid=192

12. Escritório das Nações Unidas contra a Droga e o Delito. Estándares Internacionales sobre Prevención del Uso de Drogas [Internet]. Viena (Áustria): UNODC; 2012 [consultado em 8 de julho de 2013]. Disponível em: <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
13. Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas. ¿Qué es COPOLAD? [Internet]. COPOLAD; 2013 [consultado em 9 de julho de 2013]. Disponível em: <https://www.copolad.eu/en/que-es-copolad>
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Curso de capacitación en el paquete ASSIST-DIT sobre detección temprana, intervenciones breves y derivación a tratamiento [Internet]. Campus Virtual de Salud Pública - Aula virtual. Cursos regionales. OPS; 2013 [consultado em 8 de julho de 2012]. Disponível em: <http://cursos.campusvirtualsp.org/>
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Curso virtual sobre políticas de salud pública en materias de drogas y otras sustancias psicoactivas. 2ª. parte: Políticas sobre Drogas y Salud Pública [Internet]. Campus Virtual de Salud Pública. Aula virtual. Cursos regionales. OPAS; 2013 [consultado em 8 de julho de 2012]. Disponível em: <http://cursos.campusvirtualsp.org>
16. World Health Organization. ATLAS on substance use 2010. Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. Genebra: OMS; 2010. [consultado em 31 de julho de 2013]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html

F. PLANO REGIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES

Introdução

1. O Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores ([Resolução CD41.R13, 1999](#)) foi projetado para responder aos desafios impostos à força de trabalho pelo desenvolvimento político, social, econômico e trabalhista na década de 90. Sua aplicação nos países tem dado múltiplos resultados, com muitos altos e baixos, pela falta de reconhecimento do importante papel da força trabalhadora como motor central do desenvolvimento humano sustentável. Hoje, impõe-se o desafio de dar prioridade à proteção da saúde, reconhecendo que uma população trabalhadora sadia e em boas condições de emprego e trabalho geralmente é altamente produtiva no nível social, econômico e individual (1). Embora o Plano tenha sido revisto e ajustado pela Repartição Sanitária Pan-Americana (a Repartição) ao longo de seus 13 anos de existência, é imperativo explorar e traçar novos caminhos à luz da complexa problemática que a força de trabalho da Região hoje enfrenta. Por essa razão, este relatório apresenta os antecedentes, resume os resultados obtidos até agora, estabelece as realidades e as lacunas hoje enfrentadas pela saúde dos trabalhadores e pede apoio do Comitê Executivo para sua reformulação.

Antecedentes

2. O Plano surgiu após o lançamento do conceito de “desenvolvimento sustentável” na Cúpula da Terra, que incluiu a necessidade de proteger a saúde e a segurança no trabalho ([CNUMAD, 1992](#)), e na Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável ([OPAS, 1995](#)). Baseou-se nos mandatos dos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) referentes à saúde dos trabalhadores ([Resolução CSP23.R14, 1990](#)), na Declaração sobre Saúde Ocupacional para Todos ([OMS, 1994](#)) e na Estratégia Mundial de Saúde Ocupacional para Todos ([OMS, 1995](#); [Resolução WHA49.12](#)).

3. Com a formulação do Plano de Ação Mundial: Saúde dos Trabalhadores ([Resolução WHA60.26, 2007](#)) e as determinações da Secretaria da OMS e da Rede Mundial de Centros Colaboradores ([OMS/C](#)), concordou-se no ano 2012 em focar o trabalho em sete prioridades globais (2, 3), para as quais a OPAS contribui de acordo com as necessidades da Região. No anexo 1 são mostradas as pedras angulares que marcam a origem e o desenvolvimento do Plano.

4. Os objetivos do Plano foram atingidos com o implementação de ações em quatro áreas programáticas: (a) Qualidade dos ambientes de trabalho, (b) Políticas e legislação, (c) Promoção da saúde dos trabalhadores e (d) Serviços integrais de saúde dos trabalhadores (4). Com base nelas, a Repartição prestou cooperação técnica aos países, apoiando-se na Rede de Centros Colaboradores em Saúde Ocupacional e estabelecendo

alianças estratégicas com a Conferência Interamericana de Ministros de Trabalho da Organização de Estados Americanos ([CIMT/OEA](#)), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Comissão Internacional de Saúde Ocupacional ([ICOH](#)) e a Aliança Nacional para os Profissionais Hispânicos dos Estados Unidos, entre outras.

5. Os resultados do Plano foram avaliados em 2006, mediante uma pesquisa projetada para esse fim e outras fontes de informação disponíveis nos países (5), e publicados parcialmente no relatório Saúde nas Américas 2007 ([OPS, 2007](#)).

Atualização no Tocante à Situação

6. A população da Região e a população economicamente ativa (P.E.A.) (dos 15 aos 65 anos de idade) cresceram de 781 para 954 milhões e de 351 para 468 milhões de 1996 a 2011, respectivamente (6, 7). Cerca de 60,2% (283 milhões) estão na América Latina e no Caribe e 39,5% (185 milhões) na América do Norte. As condições de emprego (salários, desemprego, proteção social, entre outras) e de trabalho (perigos e riscos no local de trabalho) consideradas determinantes sociais da saúde (8), foram se transformando durante os 15 últimos ano, pelos processos de mudança ocorridos no mundo do trabalho (9), deixando múltiplas desigualdades para a saúde dos trabalhadores.

7. Segundo a OIT (10), para 2011 as mais altas taxas de emprego informal e de pessoas no setor informal se apresentaram na Bolívia, Honduras, Peru, Paraguai, Nicarágua, Equador e El Salvador. O trabalho precário se expandiu na região, debilitando as relações de emprego, afetando a vida diária do trabalho (11) e adquirindo o potencial de gerar efeitos sobre a saúde dos trabalhadores (12).

8. Outros graves problemas são: (a) o trabalho infantil (13), que em suas formas mais perigosas está presente majoritariamente na informalidade econômica (60%, na agricultura, 26% nos serviços e 7% na indústria; bem como na mineração, pesca e trabalho na rua) (14); (b) o trabalho forçado, percebido como práticas abusivas de semiescravidão, servidão ou exploração trabalhista, subiu de 1,3 para 1,8 milhões de pessoas em 2012, na América Latina e no Caribe (15, 16); (c) as desigualdades no trabalho das mulheres (17); e d) as populações excluídas, como os indígenas, os idosos e as populações rurais em geral, que não logram obter cobertura da previdência social (18).

9. As condições inadequadas de trabalho, detectadas numa análise feita pela OPAS com base em pesquisas realizadas na Argentina, Chile, Colômbia, Guatemala e Nicarágua, indicam que persiste a exposição a perigos no trabalho, com diferentes níveis de frequência e intensidade e sem controle (19), causando danos evitáveis à saúde dos trabalhadores. Estimativas feitas com base nos números de 16 países da Região sobre a população coberta pelos seguros contra riscos do trabalho indicam que em 2007 ocorreram pelo menos 7,6 milhões de acidentes do trabalho cuja frequência diária seria de aproximada 20.825 acidentes trabalho/dia (19). Para 2009, estima-se que ocorreram cerca de 11.343 acidentes fatais, 5.232 dos quais na América Latina e no Caribe, e 6.107

nos Estados Unidos da América e no Canadá. No entanto, por duas razões, esses números não chegam a refletir um panorama regional completo: ambos excluem a população não afiliada aos sistemas de previdência social e existe um significativo sub-registro de casos.

10. Segundo estima a OIT, ocorrem 2,34 milhões de mortes no trabalho (20), só 321,000 das quais causadas por acidentes. As restantes (86%) devem-se a doenças profissionais. A OMS estima que anualmente ocorrem cerca de 160 milhões de casos não fatais de doenças profissionais (21). Estimativas da OPAS, com base em informação da população assegurada em nove países da Região (19), indicam que em 2009 ocorreu uma média estimada de 281.389 casos. Na Região, somente 1% a 5% das doenças profissionais são efetivamente notificadas (19), devido a vários fatores, entre outras, a cobertura limitada (< 30%) dos sistemas de saúde e de proteção contra riscos do trabalho e os serviços de saúde e segurança ocupacional; o crescimento do setor informal e a invisibilidade dos trabalhadores rurais; e as deficiências que têm os países em matéria sistemas de vigilância, detecção e registro das doenças profissionais.

11. O Estudo da Carga Global de Doenças 2010 (22) permite ver que o maior risco de morte nos grupos etários de 15 a mais de 80 anos continua sendo o acidente do trabalho (mais nos homens jovens, embora chame atenção sua presença em maiores de 65 anos); e a exposição de homens e mulheres de 15 a 35 anos a aspmogênicos. As mortes por exposição a cancerígenos e a partículas ocupacionais ocorrem em ambos os sexos e nos extremos de idade, assim como as devidas a exposição a partículas de homens e mulheres maiores de 40 anos, números que demonstram a longa latência das doenças crônicas por exposição prolongada a perigos no trabalho. O Observatório Mundial da Carga de Doença da OMS (23) considerou como os mais frequentes fatores de risco para as doenças profissionais as partículas inaladas, os carcinógenos, os estressores ergonômicos, o ruído e os acidentes do trabalho.

12. A situação atual indica que, apesar dos resultados alcançados pelo Plano ao longo destes anos, persistem lacunas que impõem grandes e inquietantes desafios no tocante a poderem os países superar as desigualdades na saúde dos trabalhadores. Os sistemas de saúde estão assumindo a carga e os custos da prestação de serviços de saúde aos trabalhadores formais e informais, originados pelo atendimento às doenças profissionais que continuam sendo invisíveis devido à falta de diagnósticos adequados e de registros.

13. O panorama descrito sugere que se posicione e priorize o tema da saúde dos trabalhadores na agenda governamental dos Estados Membros e em particular nos Ministérios da Saúde. Necessário se faz fortalecer sua liderança para gerar políticas e programas de prevenção e proteção da saúde dos trabalhadores, aumentar a oferta de serviços de saúde e proporcionar aos trabalhadores cobertura universal através dos serviços de atenção primária à saúde. O fortalecimento das capacidades institucionais levará a uma melhoria da atenção às necessidades e ao fechamento das lacunas na saúde dos trabalhadores, para lograr um trabalho saudável, seguro, digno e produtivo.

Medidas para Melhorar a Situação

14. Dado que o alcance do plano não é homogêneo e não chegou a todos os países da Região, torna-se necessário estabelecer e desenvolver novas iniciativas que permitam aos Estados Membros acompanhar e redefinir suas prioridades de ação, de tal forma que o setor da saúde assuma a liderança em matéria de prestação de serviços de prevenção e atenção; e fortalecer e contar com ferramentas, métodos e conhecimentos de vanguarda para atingir o objetivo de proteger a vida e a saúde dos trabalhadores.

15. Tudo isso indica a necessidade de redelinear o Plano, de tal forma que a Repartição Sanitária Pan-Americana possa responder de maneira efetiva e eficaz no apoio dado aos Estados Membros na busca de soluções para as desigualdades da saúde dos trabalhadores e para as necessidades de assistência técnica dos países.

Intervenção do Conselho Diretor

16. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota deste relatório e examine a opção de submeter um novo Plano de Saúde dos Trabalhadores para o período 2014-2019 à consideração dos Órgãos Diretivos, a fim de responder aos novos desafios mundiais, regionais e nacionais e estar em consonância com o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019.

Anexo

Referências

1. Benach J & Muntaner C. Mercados de trabajo y estados de bienestar: una perspectiva de país. Cap. 6. In: Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global. 1ª ed. Barcelona: Icaria Editorial, S.A.; 2012.
2. Organização Mundial da Saúde. Meeting Report. Ninth Meeting of the Global Network of WHO Collaborating Centres for Occupational Health (CCs); 15 a 16 de março de 2012; Cancún, México. Genebra: OMS; 2012. Projeto preliminar de documento de trabalho, não publicado. Disponível mediante solicitação.
3. Organização Mundial da Saúde. Global Master Plan (GMP) for implementing the global plan of action on workers' health 2012-2017 by WHO and its collaborating centres (CCs) in occupational health. Genebra: OMS; 2012. Projeto preliminar de documento de trabalho, não publicado. Disponível mediante solicitação.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório da oficina sobre o Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores; 6 a 7 de maio de 1999; Washington, D.C., Estados Unidos. Washington (D.C.): OPAS; 1999.

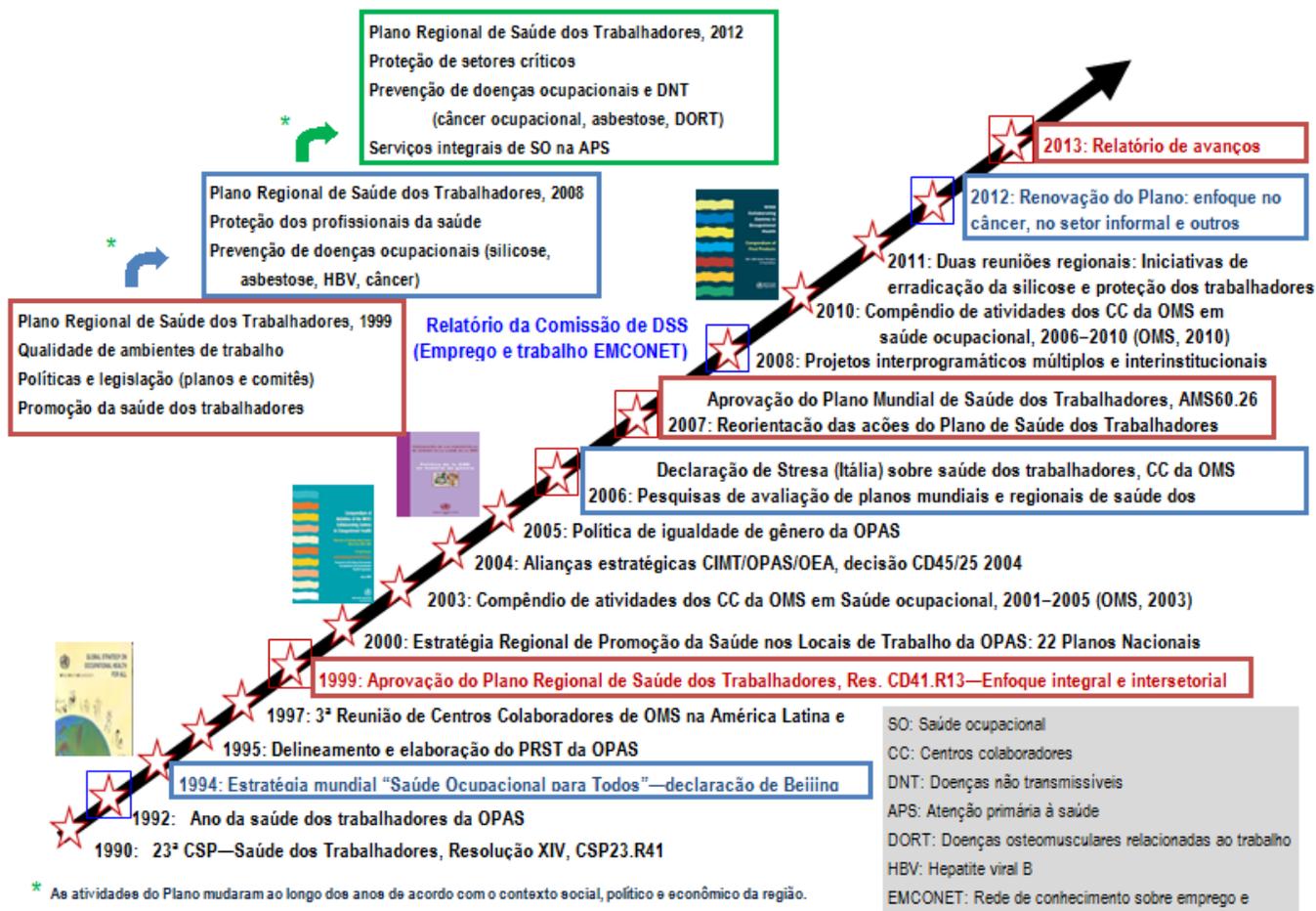
5. Rodríguez J, Piedrahita H & Muñoz J. Actualización, edición y traducción de los logros y avances del Plan Regional de Salud de los Trabajadores de la OPS 1995-2006. Documento de trabalho. Washington (D.C.): Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores [Internet]. Tennessee, Maritza (ed.). Washington (D.C.): OPAS; 2001. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehamplanreg.pdf. Acesso em 30 de novembro de 2012.
7. Organização Internacional do Trabalho. Statistical update on employment in the informal economy [Internet]. ILO Department of Statistics. Geneva: OIT; 2011. Disponível em: http://laborsta.ilo.org/applv8/data/EAPEP/eapep_E.html. Acesso em 26 de abril de 2012.
8. Benach J & Muntaner C. Mercados de trabajo y estados de bienestar: una perspectiva de país. Cap. 6. En: Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global. Primera edición. Barcelona: Icaria Editorial, S.A.; 2012.
9. Organização Internacional do Trabalho e Organização Mundial do Comércio. La globalización y el empleo informal en los países en desarrollo. Estudio conjunto de la Oficina Internacional del Trabajo y la Secretaría de la Organización Mundial del comercio [Internet]. Geneva: OMC; 2009. Disponível em: http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2009/109B09_249_span.pdf. Acesso em março de 2012.
10. Organização Internacional do Trabalho. Statistical update on employment in the informal economy. ILO Department of Statistics [Internet]. Geneva: OIT; junho de 2012. Disponível em: http://laborsta.ilo.org/applv8/data/INFORMAL_ECONOMY/2012-06-Statistical%20update%20-%20v2.pdf. Acesso em março de 2012.
11. Solar, O., Bernales, P., González, M. e Ibañez, C. Precariedad laboral y salud de los trabajadores y trabajadoras de Chile. Las inequidades en la salud de los trabajadores y trabajadoras desde una perspectiva de género. Análisis epidemiológico avanzado para la primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida (ENETS 2009-2010) [Internet]. Ministerio de Salud de Chile: Santiago; 2011. Disponível em: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/PRECARIEDAD_BAJA.pdf. Acesso em 19 de dezembro de 2012.
12. Solar, O. Construcción propia sobre la base de datos de la Encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida (ENETS 2009-2010). Ministerio de Salud de Chile. Consultoria para a OPAS, novembro de 2011. Documento de trabalho, disponível mediante solicitação.

13. Yacouba Diallo, Frank Hagemann, Alex Etienne, Yonca Gurbuzer y Farhad Mehran. Evolución mundial del trabajo infantil: Evaluación de las tendencias entre 2004 y 2008 [Internet]. Organização Internacional do Trabalho; Programa Internacional para a Erradicação do Trabalho Infantil (IPEC). Genebra: OIT; 2011. Disponível em: <http://www.ilo.org/ipecinfo/product/viewProduct.do?productId=16995>. Acesso em março de 2012.
14. Pinzon-Rondon Angela Maria, Koblinsky Sally A., Hofferth Sandra L., Pinzon-Florez Carlos E., Briceno Leonardo. Work-related injuries among child street-laborers in Latin America: prevalence and predictors [Internet]. *Rev Panam Salud Publica*. 2009 Sep; 26(3): 235-243. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000900008&lng=en. Acesso em abril de 2012.
15. Organização Internacional do Trabalho. Capítulo 1. O conceito de trabalho forçado: Questões emergentes. In: O custo da coerção. Relatório Global no seguimento da Declaração da OIT sobre os Direitos e Princípios Fundamentais do Trabalho [Internet]. Conferência Internacional do Trabalho, 98.^a Reunião; 3 a 19 de junho de 2009; Genebra (Suíça). Genebra: OIT; 2009 [Informe I (B)] disponível nos idiomas: alemão, árabe, chinês, espanhol, francês, inglês, português e russo. Disponível em: http://www.ilo.org/sapfl/Informationresources/ILOPublications/WCMS_106269/lang-es/index.htm. Acesso em março de 2012.
16. Organização Internacional do Trabalho. Estimación mundial sobre el trabajo forzoso. Resumen ejecutivo [Internet]. ILO Special Action Programme to Combat Forced Labour (SAP-FL), Programme for the Promotion of the Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work. Genebra: OIT; 2012. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_182010.pdf. Acesso em março de 2012.
17. Stellman, J, & Mejía, P. Women, work and health in Latin America. University of Columbia. Palestra. In: Proceedings of the 2nd Hispanic Forum. Califórnia; 2001. Documento disponível mediante solicitação.
18. Organização Internacional do Trabalho. Piso de proteção social para uma globalização equitativa e inclusiva. Relatório do Grupo Consultivo sobre o Piso de Proteção Social [Internet]. Genebra: OIT; 2011. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/social_protection/pub/piso%20de%20protecao%20social_749.pdf.
19. Solar, O. Proporción de trabajadores expuestos a diferentes peligros: Análisis de encuestas de Condiciones de Trabajo, Salud y Seguridad Ocupacional de Argentina, Colombia, Chile, Guatemala y Nicaragua. Estimaciones para determinar la carga de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en 2011 en dieciséis países de las

Américas. Documento de trabalho. Consultoria para a OPAS. Santiago (Chile); 2011. Disponível mediante solicitação.

20. Organização Internacional do Trabalho. A prevenção das doenças profissionais [Internet]. Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho; 28 de abril de 2013, Genebra (Suíça). Genebra: OIT; 2013. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_209555.pdf. Acesso em 4 de abril de 2013.
21. Fingerhut M, Nelson DI, Driscoll T, Concha-Barrientos M, Steenland K, Punnett L, Prüss-Ustün A, Leigh J, Corvalan C, Eijkemans G, Takala J. The contribution of occupational risks to the global burden of disease: summary and next steps. *Med Lav*. 2006 Mar-Apr;97(2):313-21.
22. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [Internet]. *Lancet*. 2012 Dec 15; 380(9859):2224-2260. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245609>.
23. Organização Mundial da Saúde. Global estimates of occupational burden of disease [Internet]. Genebra: OMS; 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/#> http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/global/occrf2004/en/index.html. Acesso em 5 de março de 2013.

Anexo. Pedras angulares na evolução do Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores da OPAS



G. RUMO À ELIMINAÇÃO DA ONCOCERCOSE (CEGUEIRA DOS RIOS) NAS AMÉRICAS

Antecedentes

1. A oncocercose é uma infecção produzida pelo parasita *Onchocerca volvulus*, transmitido aos seres humanos por picadas das moscas do gênero *Simulium*. A doença causa prurido, deformações dermatológicas, perda da visão e cegueira. A prevalência e a intensidade da microfilaremia aumentam significativamente com a idade, mas não foi encontrada uma associação com o sexo das pessoas afetadas (1, 2).
2. A oncocercose é endêmica em 13 focos localizados em seis países das Américas (Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, México e Venezuela). O número de pessoas expostas ao risco de contrair a infecção e ficarem cegas caiu de aproximadamente 1,6 milhão em 1996 (3) para 379.234 em 2013 (ver o Anexo A).
3. Em 1991, o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou a [Resolução CD35.R14](#), relativa à eliminação da oncocercose nas Américas. Contribuiria para essa eliminação a doação do medicamento na quantidade exigida e pelo tempo necessário, anunciada pelo [programa de doação de ivermectina](#) em 1987. Em 1993, com o apoio da OPAS, foi criado o [Programa de Eliminação da Oncocercose nas Américas](#) (OEPA, na sigla em inglês) para unir esforços com os parceiros e os organismos aliados com vistas à consecução da meta de eliminação, bem como para prestar assistência técnica e financeira aos programas nacionais. A meta foi reafirmada nas Resoluções [CD48.R12 \(2008\)](#) e [CD49.R19 \(2009\)](#), nas quais se estabelecia que 2012 seria o ano para alcançar a meta de eliminação da morbidade ocular e interrupção da transmissão na Região.
4. Em 2013, o presente relatório de progresso é apresentado aos Órgãos Diretivos da OPAS e se expõem os desafios a serem superados no intuito de alcançar a meta definida para a Região e preservar os avanços obtidos até o momento.

Avanços

5. Considera-se que a cegueira causada pela oncocercose está eliminada na Região das Américas desde 1995, pois não foram notificados novos casos desde aquele ano. Como resultado da iniciativa regional, em 2013, considera-se que 184.310 pessoas estão fora de risco porque a doença já foi eliminada nos sete focos indicados no anexo B, restando 20.495 pessoas da área ianomâmi entre o Brasil e a Venezuela passíveis de receber tratamento e 354.207 pessoas que vivem em zonas de vigilância epidemiológica pós-tratamento (anexo B). A transmissão da oncocercose foi eliminada em sete focos e

interrompida em quatro, razão pela qual foi suspensa a administração de medicamentos em massa nesses 11 focos (anexos A, B e C). Com isso, foi alcançada a meta estabelecida na Resolução CD48.R12.

6. A Colômbia é o primeiro país das Américas e do mundo a eliminar a transmissão da oncocercose e, em julho de 2013, recebeu a verificação oficial emitida pela OPAS/OMS. O Equador confirmou que a transmissão foi eliminada e solicitou formalmente verificação à OPAS/OMS em julho 2013.

7. Em 2014, a Guatemala e o México completarão os seus três anos de vigilância epidemiológica pós-tratamento (VEPT) em todos os seus focos e, dependendo dos resultados das avaliações epidemiológicas, poderiam solicitar a verificação à OPAS/OMS.

8. O Brasil, no seu foco no Amazonas, aplica, desde 2010, o esquema de tratamento trimestral (quatro vezes ao ano) (4) nas comunidades hiper e mesoendêmicas a partir, no intuito de acelerar o processo de eliminação. Ao mesmo tempo, mantém o esquema tradicional (duas vezes ao ano) no restante das comunidades. Com isso, o país se situa próximo da meta de eliminação.

9. A Venezuela interrompeu a transmissão em dois dos seus três focos da doença. Em 2013, a VEPT completará três anos no foco Centro-norte, e a categoria de eliminada poderia ser alcançada; também em 2013, no foco Nordeste, teve início a fase de VEPT. No foco Sul, onde a transmissão continua, 9.615 pessoas distribuídas em 205 comunidades estabelecidas nas áreas endêmicas ianomâmi são passíveis de receber tratamento. Nas comunidades hiper e mesoendêmicas, a Venezuela está aplicando o esquema de tratamento trimestral (quatro vezes ao ano) (4), enquanto continua o esquema de duas rodadas no restante das comunidades.

10. Os países avançaram na difusão das provas científicas que sustentam os avanços obtidos, mediante artigos científicos publicados em revistas indexadas (4-13). Além disso, desde 1996, são publicados anualmente os dados correspondentes no [Weekly Epidemiological Record](#) da OMS.

11. Os guias e diretrizes elaborados pelo OEPA com a participação da OPAS foram adotados pela OMS e aplicados pelos países onde a oncocercose é endêmica.

Desafios

12. A área ianomâmi, dividida entre o Brasil (foco Amazonas) e a Venezuela (foco Sul), é o último grande desafio para alcançar a eliminação da oncocercose em toda a Região das Américas. Isso se deve às suas dificuldades particulares: (a) população e área

geográfica divididas por uma fronteira política; (b) difícil acesso geográfico para ambos os países (zona de selva) e (c) as comunidades afetadas são nômades. Em consequência, a logística necessária para chegar a essa área endêmica implica um alto custo logístico e operacional, o que, atualmente, dificulta a prestação de atendimento integral às comunidades e a efetivação das coberturas de tratamento necessárias.

13. Outro desafio é garantir que, após a interrupção da transmissão, os países (a) mantenham as atividades de vigilância para a detecção de uma possível recrudescimento (14); (b) documentem o processo e, no momento em que alcançarem a eliminação, solicitem a verificação à OPAS/OMS, como fez a Colômbia, e (c) enfrentem os desafios do período pós-eliminação.

Próximos Passos

14. Em vista da situação atual analisada no presente relatório, recomendam-se as seguintes medidas:

- (a) Instar firmemente por uma ação coordenada binacional na área ianomâmi (foco Sul da Venezuela e foco Amazonas do Brasil), a fim de que sejam tomadas decisões na esfera política em apoio à execução das ações necessárias para conseguir a eliminação. Além disso, é preciso definir um plano operacional para os próximos cinco anos e oferecer tratamento e atenção integral para que se consiga cumprir as metas de interrupção da transmissão em 2015 e da eliminação da oncocercose em 2019 (anexo C), no âmbito da proteção dos territórios ianomâmi e de uma abordagem intercultural (15, 16).
- (b) Promover, durante os três anos de VEPT, a adoção de metodologias de educação e participação comunitária, por meio da integração de outros programas de saúde pública, bem como a manutenção do monitoramento e a avaliação para documentar e sustentar a meta de eliminação.
- (c) Manter, na fase de pós-eliminação da oncocercose, uma abordagem ecossistêmica considerando os determinantes da saúde e das atividades de vigilância epidemiológica. Tudo isso deve ser feito mediante a integração das atividades de intervenção para enfrentar outras doenças infecciosas negligenciadas e continuar a fortalecer a autossustentabilidade, os serviços de assistência primária e a abordagem integrada setorial e intersetorial (acesso a serviços de saúde, educação, moradia, água segura e saneamento básico).
- (d) Recomendar que o OEPA, com apoio da OPAS/OMS e em coordenação com os seis países endêmicos, com os parceiros e com os organismos aliados, lidere a valorização do impacto da eliminação da oncocercose na Região das Américas e

promova a publicação das lições extraídas, para que sirvam de apoio na eliminação de outras doenças.

Intervenção do Conselho Diretor

15. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota do presente relatório de progresso e formule as recomendações adicionais que considere pertinentes.

Anexos

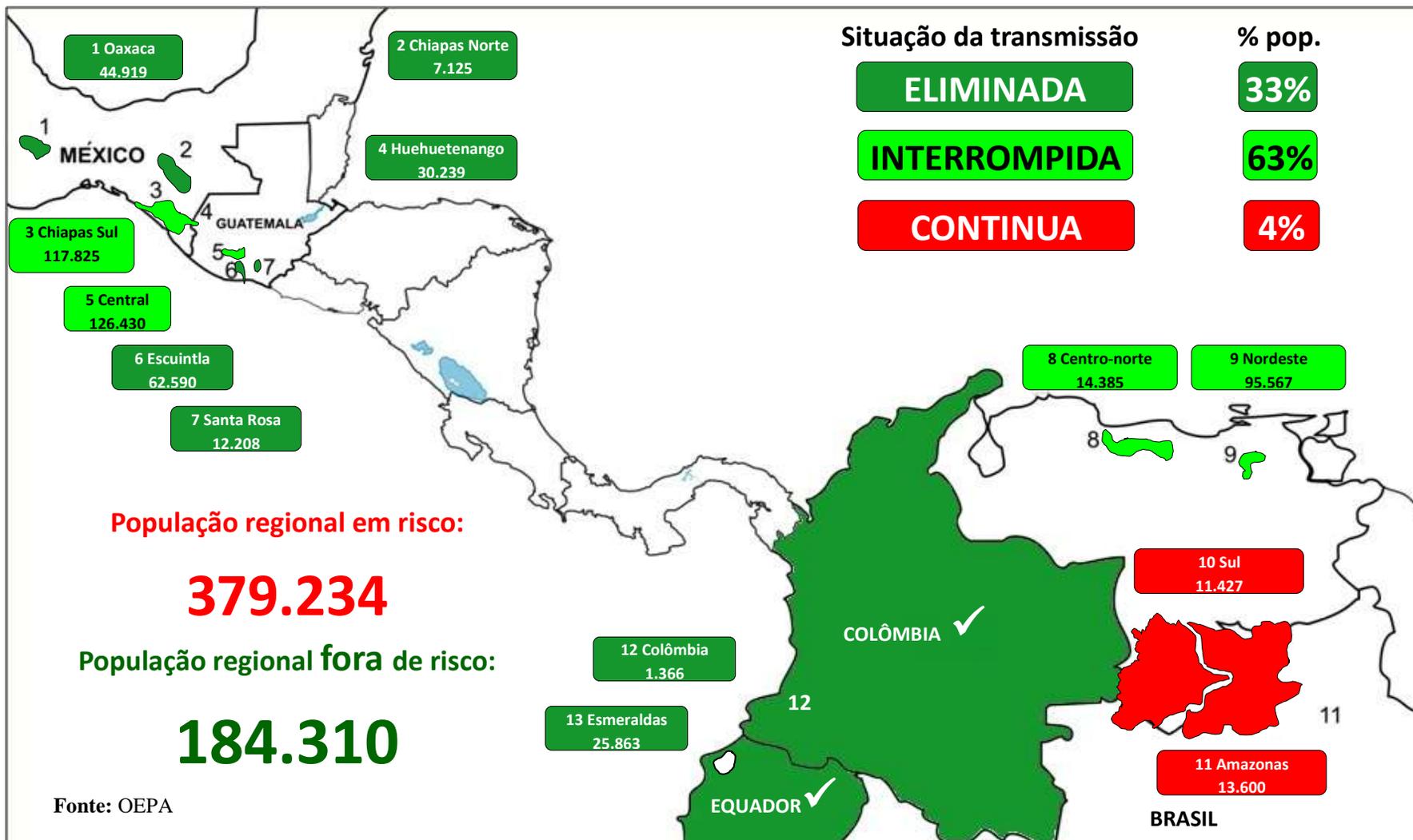
Referências

1. Vivas-Martínez S, Basáñez MG, Botto C, Rojas S, García M, Pacheco M, Curtis CF. Amazonian onchocerciasis: parasitological profiles by host-age, sex, and endemicity in southern Venezuela. *Parasitology*. 2000;121(5):513-25.
2. Vivas-Martinez S, Basáñez MG, Grillet ME, Weiss H, Botto C, García M, Villamizar, NJ, Chavasse DC. Onchocerciasis in the Amazonian focus of southern Venezuela: altitude and blackfly species composition as predictors of endemicity to select communities for ivermectin control programmes. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1998;92(6):613-20.
3. World Health Organization. Onchocerciasis, progress towards elimination in the Americas. *Wkly Epidemiol Rec* 1996;71:277-279.
4. Rodríguez-Pérez MA, Lutzow-Steiner MA, Segura-Cabrera A, Lizarazo-Ortega C, Domínguez-Vázquez A, Sauerbrey M, Richards F Jr, Unnasch TR, Hassan HK, Hernández-Hernández R. Rapid suppression of *Onchocerca volvulus* transmission in two communities of the Southern Chiapas focus, Mexico, achieved by quarterly treatments with Mectizan. *Am J Trop Med Hyg*. 2008;79(2):239-44.
5. Cruz-Ortiz N, Gonzalez RJ, Lindblade KA, Richards FO Jr, Sauerbrey M, Zea-Flores G, Dominguez A, Oliva O, Catú E, Rizzo N. Elimination of *Onchocerca volvulus* transmission in the Huehuetenango focus of Guatemala. *J Parasitol Res*. 2012;2012:638429. [Publicação eletrônica (Epub) em 23 de agosto de 2012].
6. Cupp EW, Sauerbrey M, Richards F. Elimination of human onchocerciasis: history of progress and current feasibility using ivermectin (Mectizan(®)) monotherapy. *Acta Trop*. 201;120 Suppl 1:S100-8. Publicação eletrônica (Epub) em 27 de agosto de 2010. Revisão.

7. Rodríguez-Pérez MA, Unnasch TR, Domínguez-Vázquez A, Morales-Castro AL, Peña-Flores GP, Orozco-Algarra ME, Arredondo-Jiménez JI, Richards F Jr, Vásquez-Rodríguez MA, Rendón VG. Interruption of transmission of *Onchocerca volvulus* in the Oaxaca focus, Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;83(1):21-7.
8. Rodríguez-Pérez MA, Unnasch TR, Domínguez-Vázquez A, Morales-Castro AL, Richards F Jr, Peña-Flores GP, Orozco-Algarra ME, Prado-Velasco G. Lack of active *Onchocerca volvulus* transmission in the northern Chiapas focus of Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;83(1):15-20.
9. Gonzalez RJ, Cruz-Ortiz N, Rizzo N, Richards J, Zea-Flores G, Domínguez A, Sauerbrey M, Catú E, Oliva O, Richards FO, Lindblade KA. Successful interruption of transmission of *Onchocerca volvulus* in the Escuintla-Guatemala focus, Guatemala. *PLOS Negl Trop Dis.* 2009;3(3):e404. Publicação eletrônica (Epub) em 31 de março de 2009.
10. Rodríguez-Pérez MA, Lizarazo-Ortega C, Hassan HK, Domínguez-Vásquez A, Méndez-Galván J, Lugo-Moreno P, Sauerbrey M, Richards F Jr, Unnasch TR. Evidence for suppression of *Onchocerca volvulus* transmission in the Oaxaca focus in Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 2008 Jan;78(1):147-52.
11. Lindblade KA, Arana B, Zea-Flores G, Rizzo N, Porter CH, Dominguez A, Cruz-Ortiz N, Unnasch TR, Punkosdy GA, Richards J, Sauerbrey M, Castro J, Catú E, Oliva O, Richards FO Jr. Elimination of *Onchocerca volvulus* transmission in the Santa Rosa focus of Guatemala. *Am J Trop Med Hyg.* 2007 Aug;77(2):334-41.
12. Vieira JC, Cooper PJ, Lovato R, Mancero T, Rivera J, Proaño R, López AA, Guderian RH, Guzmán JR. Impact of long-term treatment of onchocerciasis with ivermectin in Ecuador: potential for elimination of infection. *BMC Med.* 2007;23;5:9.
13. Cupp EW, Duke BO, Mackenzie CD, Guzmán JR, Vieira JC, Mendez-Galvan J, Castro J, Richards F, Sauerbrey M, Dominguez A, Eversole RR, Cupp MS. The effects of long-term community level treatment with ivermectin (Mectizan) on adult *Onchocerca volvulus* in Latin America. *Am J Trop Med Hyg.* 2004;71(5):602-7.
14. Program Coordinating Committee and OEPA staff. Guide to detecting a potential recrudescence of onchocerciasis during the posttreatment surveillance period: the American paradigm. *Research and Reports in Tropical Diseases* 2012;3:21-33.
15. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos [Internet]. Informe anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1984-1985, Capítulo III, Resoluciones relativas a casos individuales,

- Resolución No. 7615 (Brasil) 5 de marzo de 1985. Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): CIDH; 1985 (documento OEA/Ser.L/V/II.66). Disponible em: <http://www.cidh.oas.org/annualrep/84.85sp/Brasil7615.htm> [acceso em 15 de fevereiro de 2013].
16. Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales [Internet]. Asamblea General de las Naciones Unidas, 21.º período de sesiones; del 20 de septiembre al 20 de diciembre de 1966; Nueva York (NY) Estados Unidos. Nueva York: Naciones Unidas: 1966 (Naciones Unidas, Serie de Tratados, Vol. 993, 3 – entrada em vigor em 3 de janeiro de 1976). Disponible em: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36c0.html> [acceso em 15 de fevereiro de 2013]. Texto em português disponível em: <http://www.camara.gov.br/Internet/comissao/index/perm/cdh/Pidesc%20-%20Relat%C3%B3rio%20Final.html##PIDESC> [acceso em 9 de abril de 2013].

Distribuição Geográfica da Oncocercose e Situação da Transmissão nas Américas, Abril de 2013



**Situação Atual da Morbidade Ocular e da Transmissão na
Região das Américas, 2013**

Foco da doença	Comunidades endêmicas	População em risco	População fora de risco	População sob vigilância epidemiológica pós-tratamento (VEPT)	População passível de receber tratamento	Situação da transmissão
Escuintla - GUA	117		62.590			Eliminada
Santa Rosa - GUA	37		12.208			Eliminada
Chiapas Norte - MEX	13		7.125			Eliminada
López de Micay - COL	1		1.366			Eliminada
Huehuetenango - GUA	43		30.239			Eliminada
Oaxaca - MEX	98		44.919			Eliminada
Esmeraldas - ECU	119		25.863			Eliminada
Central - GUA	321	126.430		126.430		Interrompida
Chiapas Sul - MEX	559	117.825		117.825		Interrompida
Centro - norte - VEN	45	14.385		14.385		Interrompida
Nordeste - VEN	465	95.567		95.567		Interrompida
Sul - VEN	10	11.427			9.615	Continua
Amazonas - BRA	22	13.600			10.880	Continua
Total	1.850	379.234	184.310	354.207	20.495	

Fonte: Programa de Eliminação da Oncocercose nas Américas (OEPA, na sigla em inglês).

Cronograma Previsto *para* Alcançar a Eliminação da Transmissão da Oncocercose nas Américas pelos Países Endêmicos

País	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Colômbia		VEPT			2011	✓	A OPAS/OMS emitiu a verificação da eliminação da oncocercose na Colômbia em 2013.						
Equador				VEPT			2013	✓	O Equador solicitou formalmente à OPAS/OMS a verificação da eliminação.				
Guatemala						VEPT			2015				
México													
Brasil													
Venezuela										VEPT			2019
		Área ianomâmi											
		Último ano de administração maciça de medicamentos											
		Fase de vigilância epidemiológica pós-tratamento (VEPT)											
		Ano no qual o país poderia solicitar à OPAS/OMS a verificação da eliminação da oncocercose											

PCC (na sigla em inglês): Comitê Coordenador do Programa

Fonte: Programa de Eliminação da Oncocercose nas Américas (OEPA, na sigla em inglês).

H. PLANO DE AÇÃO REGIONAL PARA O FORTALECIMENTO DAS ESTATÍSTICAS VITAIS E DE SAÚDE

Antecedentes

1. Este documento tem por finalidade informar o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) dos avanços realizados no cumprimento das metas definidas no Plano de Ação Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde (PEVS, na sigla em espanhol), (Resolução CD48.R6 [2008])¹ (1).

Relatório de Progresso

2. No caso da cobertura dos nascimentos (Tabela 1), em meados do último quinquênio (2005-2010)², 17 de 25 países teriam alcançado a meta indicada para a sua cobertura: Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos da América, Honduras, México, Nicarágua, Peru, São Vicente e Granadinas, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela (12 desses teriam superado a meta). Três países (Equador, Panamá e Paraguai) teriam aumentado os níveis de cobertura no quinquênio e poderiam alcançar a meta prevista se mantivessem planos vigentes de fortalecimento. Bolívia, Colômbia, El Salvador, Guatemala e República Dominicana teriam diminuído seu nível em relação ao período anterior e deveriam direcionar mais esforços para o alcance da meta.

3. No caso da cobertura dos óbitos (Tabela 2), em meados do último quinquênio (2005-2010), 11 de 25 países teriam alcançado a meta: Argentina, Barbados, Belize, Chile,

¹ Nesta ocasião, há apenas informação sobre a cobertura de nascimentos e óbitos, visto que os esforços para fortalecer os sistemas de informação de saúde (SIS) no período quinquenal de 2008–2013 se concentraram nestes eventos, que são a principal fonte de dados para a elaboração da maioria dos indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Para ambos os eventos, a meta de alcance definida no PEVS para 2005-2013 era: países com mais de 90% de cobertura deveriam, pelo menos, mantê-la; países com 80% a 90% deveriam, ao menos, atingir 90%; países com 61% a 79% deveriam aumentá-la em, pelo menos, 10%, e países com 60% e menos, aumentá-la em, no mínimo, 20%. Os outros indicadores mencionados no Anexo da Resolução CD48.R6 (2008) encontram-se em processo de avaliação e estarão disponíveis ao final de 2013.

² Considerando que há somente informação uniforme de registros rotineiros de nascimentos e óbitos até 2011, e de estimativas vigentes para os quinquênios (2000-2005 e 2005-2010) provenientes da CEPAL/CELADE, neste relatório, se analisa a evolução da cobertura em meados desses quinquênios. Nos próximos dois anos (2014/2015), se espera dispor de dados rotineiros atualizados para 2013 relacionados aos numeradores das taxas e projeções atualizadas nos países a partir dos últimos censos da rodada de 2010 para os denominadores dessas taxas. Dessa forma, haverá valores mais realistas para avaliar a evolução das taxas de cobertura.

Cuba, Equador, Estados Unidos da América, México, São Vicente e Granadinas, Trinidad e Tobago e Uruguai (os 4 últimos a teriam superado). Bahamas, Brasil, El Salvador, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Peru teriam aumentado sua cobertura no quinquênio e poderiam alcançar a meta se mantivessem processos de fortalecimento dos sistemas de informação de saúde. A diminuição mínima na Costa Rica, país com cobertura quase completa, e as reduções na Colômbia, Guatemala, República Dominicana e Venezuela, podem estar associadas (particularmente na Costa Rica e na Venezuela) à utilização de estimativas ainda não ajustadas à luz de seu novo censo. Por fim, não há dados disponíveis para Bolívia e Honduras para o último período.

4. Além de ações para melhorar a cobertura destas estatísticas, o PEVS contém na sua estratégia para o período quinquenal de 2008–2013 ações para estabelecer as bases para a melhoria da qualidade dos dados de mortalidade e outras estatísticas de saúde. Em 2010, foi lançada em Lima a Rede Latino-Americana para o Fortalecimento dos SIS (RELACISIS), sendo que já foram implementados dois planos de trabalho (2010–2011 e 2012–2013) com base na disseminação de práticas oferecidas pelos países da Região em um contexto da cooperação horizontal entre os países.³

5. Entre as práticas disseminadas estão a realização de cursos sobre a Família de Classificações Internacionais da OMS, em particular a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a divulgação de diretrizes para o estabelecimento de centros nacionais de referência para mortalidade e morbidade que beneficiarão a Bolívia, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Peru; a elaboração de um guia para busca sistemática de mortes maternas; a transferência de tecnologia para a codificação assistida de acordo com a CID-10 e a vigilância epidemiológica; o planejamento de cursos online sobre os códigos de acordo com a CID-10 e a conscientização dos profissionais da saúde sobre o preenchimento da causa de morte.

6. Diante da importância do monitoramento das metas do PEVS com dados rotineiros e estimativas atualizadas, é necessário elaborar um novo relatório de progresso para 2015 a fim de assegurar sua sustentabilidade e os ajustes necessários para o período 2013–2017, de maneira que, sem descuidar dos êxitos alcançados por boa parte dos países, concentrem-se os esforços na cooperação técnica, para que aqueles que se encontram em uma situação mais crítica avancem na melhoria da cobertura e da qualidade das estatísticas vitais e de saúde.

³ Promovido e financiado por agências de cooperação para o desenvolvimento (USAID, CIDA-Canadá), organizações internacionais (Comissão Econômica para a América Latina e Caribe [CEPAL], em particular as divisões de Estatística e de População, *Centro* Latino-Americano e Caribenho de *Demografia* [CELADE]); centros colaboradores da OMS (Centro Mexicano de Classificação de Doenças [CEMECE]); centros nacionais de classificação de doenças (Argentina) e unidades acadêmicas (como MEASURE Evaluation), cujos resultados são apresentados em www.relacsis.org.

7. É necessário também fortalecer a cooperação horizontal, o intercâmbio de boas práticas através da RELACSYS, a inclusão dos países do Caribe de língua inglesa nesta rede e a manutenção da aliança com agências internacionais técnicas e de financiamento.

Intervenção do Conselho Diretor

8. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome conhecimento deste relatório de progresso e ofereça as recomendações que considere necessárias com o intuito de assegurar o cumprimento do PVES.

Anexo

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação regional para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde [online]. 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2008 (Resolução CD48.R6) [consultado em 13 de fevereiro de 2013]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48.r6-p.pdf>

Cobertura de Nascimentos e Falecimentos. 2000-2005 e 2005-2010. Meta para 2013 Segundo o PEVS.

Tabela 1. NASCIMENTOS. Nível de progresso na cobertura entre os períodos de 2000–2005 e 2005–2010								Tabela 2. OBITOS. Nível de progresso da cobertura entre os períodos 2000–2005 e 2005–2010								
Países selecionados nas Américas								Países selecionados nas Américas								
Grupo segundo a cobertura de	País	2000–2005	Meta CD48.R6	Meta em 2013 (% cob.)	2005–2010	Progresso até 2010	Esforço a ser realizado até 2013 (pontos)	Grupo segundo cobertura de	País	2000–2005	Meta CD48.R6	Meta em 2013 (% cob.)	2005–2010	Progresso até 2010	Esforço a ser realizado até 2013 (pontos)	
1 91% ou mais	EUA	100.0	Manter nível	100.0	100.0	Atingiu		1 91% ou mais	EUA	100.0	Manter nível	100.0	100.0	Atingiu		
	México*	100.0	Manter nível	100.0	100.0	Atingiu			Cuba**	100.0	Manter nível	100.0	100.0	Atingiu		
	Argentina**	100.0	Manter nível	100.0	100.0	Atingiu			Uruguai**	100.0	Manter nível	100.0	100.0	Atingiu		
	Bahamas	100.0	Manter nível	100.0	100.0	Atingiu			Chile**	100.0	Manter nível	100.0	100.0	Atingiu		
	Barbado#	97.0	Manter nível	97.0	100.0	Atingiu e aumentou			Argentina**	99.0	Manter nível	99.0	99.0	Atingiu		
	Cuba**	96,8	Manter nível	96,8	96,8	Atingiu			St. Vicent	100.0	Manter nível	100.0	100.0	Atingiu		
	Uruguai**	96,2	Manter nível	96,2	100.0	Atingiu e aumentou			Barbados	100.0	Manter nível	100.0	100.0	Atingiu		
	Venezuela**	96,5	Manter nível	0.0	100.0	Atingiu e aumentou			Costa Rica**	97,3	Manter nível	97,3	93,5	Diminuiu (3,8 pontos)		
	Chile**	95,1	Manter nível	95,1	98,3	Atingiu e aumentou			Trinidad e Tobago	99,4	Manter nível	99,4	100	Atingiu e aumentou		
	St. Vicent	94,8	Manter nível	94,8	95,4	Atingiu e aumentou			México*	94,9	Manter nível	94,9	100.0	Atingiu e aumentou		
	Costa Rica**	94,6	Manter nível	94,6	99,8	Atingiu e aumentou			Equador*	93,5	Manter nível	93,5	94,6	Atingiu e aumentou		
	Trinidad e Tobago	92,9	Manter nível	92,9	93,6	Atingiu e aumentou			Guatemala	93,2	Manter nível	93,2	89,5	Diminuiu (3,7 pontos)	3.7	
	Guatemala	91,8	Manter nível	91,8	81,6	Diminuiu (10,2 pontos)	10.2		Venezuela**	89,1	Atingir 90%	90.0	71,1	Diminuiu (18,0 pontos)	18.9	
	El Salvador	91,2	Manter nível	91,2	82,8	Diminuiu (8,4 pontos)	8.4		Brasil**	86,4	Atingir 90%	90.0	87,0	Aumentou mas não atinge	3.0	
	2 80%–90%	Panamá*	84,6	Atingir 90%	90.0	88,4	Aumentou mas não atinge		1.6	Panamá*	84,4	Atingir 90%	90.0	85,8	Aumentou mas não atinge	4.2
Equador*		83.0	Atingir 90%	90.0	84,6	Aumentou mas não atinge	5.4	Colômbia	81,6	Atingir 90%	90.0	78.0	Diminuiu (3,6 pontos)	12.0		
3 61%–79,9%	Nicarágua	79,6	Aumentar 10%	87,6	89,3	Atingiu e aumentou		3 61%–79,9%	Bahamas	75,6	Aumentar 10%	83,2	76,9	Aumentou mas não atinge	6.3	
	Bolívia**	79,2	Aumentar 10%	87,1	52,9	Diminuiu (26,3 pontos)	34.2		El Salvador	75,6	Aumentar 10%	83,2	79,0	Aumentou mas não atinge	4.2	
	Colômbia	78,7	Aumentar 10%	86,6	76,4	Diminuiu (2,3 pontos)	10.2		Honduras	68,0	Aumentar 10%	74,8	nd			
	Brasil**	74,1	Aumentar 10%	81,5	90,8	Atingiu e aumentou			Paraguai**	62,4	Aumentar 10%	68,6	67,9	Aumentou mas não atinge	0.7	
	Rep. Dominicana**	69,3	Aumentar 10%	76,2	62,9	Diminuiu (6,4 pontos)	13.3		4 Até 60%	Nicarágua	57,4	Aumentar 20%	68,9	62,0	Aumentou mas não atinge	6.9
	Honduras#	68,0	Aumentar 10%	74,8	100.0	Atingiu e aumentou				Rep. Dominicana**	50,4	Aumentar 20%	60,5	49,9	Diminuiu (0,5 ponto)	10.6
4 Até 60%	Peru	62,3	Aumentar 10%	68,5	100.0	Atingiu e aumentou		Peru	57,1	Aumentar 20%	68,5	58,8	Aumentou mas não atinge	9.7		
	Paraguai** #	60,1	Aumentar 20%	72,1	65,0	Aumentou mas não atinge	7.1	Belize	50,0	Aumentar 20%	60,0	80,5	Atingiu e aumentou			
	Belize#	50.00	Aumentar 20%	60.00	96,4	Atingiu e aumentou		Bolívia**	31,1	Aumentar 20%	37,3	nd				

*Países com estimativas ajustadas com base em censos por volta de 2010

**Países com censos por volta de 2010 que ainda não difundem estimativas ajustadas. São usadas as estimativas atuais das Nações Unidas

#Países com dados de registro na OPAS

*Países com estimativas ajustadas com base em censos por volta de 2010

**Países com censos por volta de 2010 que ainda não difundem estimativas ajustadas. São usadas as estimativas atuais das Nações Unidas

I. SITUAÇÃO DOS CENTROS PAN-AMERICANOS

Introdução

1. Este documento foi elaborado em resposta ao mandato dos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de realizar avaliações e análises periódicas dos Centros Pan-americanos.

Antecedentes

2. Os Centros Pan-americanos têm sido uma modalidade importante de cooperação técnica da OPAS durante quase 60 anos. Nesse período, a OPAS criou ou administrou 13 centros,¹ suprimiu nove e transferiu a administração de um deles aos próprios órgãos diretivos. Este documento apresenta informação atualizada sobre o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), Centro Latino-Americano e do Caribe para Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR), e dois centros sub-regionais, Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI), que foram transferidos ao final de 2012 à Agência Caribenha de Saúde Pública (CARPHA).

Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA)

3. Tendo em vista a convergência entre saúde humana e saúde animal, há necessidade cada vez maior de que a OPAS exerça liderança na esfera das zoonoses, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar. A articulação entre a saúde, a agricultura e o meio ambiente constituiu o tema central da 16ª. Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, em Saúde e Agricultura (RIMSA 16), *Agricultura – Saúde – Meio Ambiente: somando esforços para o bem-estar das populações das Américas*, que foi realizada em Santiago (Chile), nos dias 26 e 27 de julho de 2012, sob a coordenação do PANAFTOSA. Antes da RIMSA 16 foram realizados três eventos técnicos: a 12ª. Reunião do Comitê Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa nas Américas (COHEFA 12); a 6ª. Reunião da Comissão Pan-Americana de Inocuidade de Alimentos (COPAIA 6); e o Fórum Interagencial “Para uma vigilância epidemiológica integrada”. A RIMSA 16 e os três eventos técnicos mencionados acima contaram com a contribuição técnica e financeira do Governo do Chile, através dos Ministérios da Saúde e da Agricultura. O relatório final da RIMSA 16, que culminou com o Consenso de Santiago, será apresentado ao Conselho

¹ CLATES, ECO, PASCAP, CEPANZO, INPPAZ. INCAP, CEPIS, Programa Regional de Bioética no Chile, CAREC, CFNI, CLAP, PANAFTOSA e BIREME

Diretor em separado. Os relatórios finais dos eventos técnicos realizados antes da RIMSA 16 e o Consenso de Santiago do Chile estão disponíveis no site do PANAFTOSA.²

Avanços Recentes

4. No âmbito do projeto de desenvolvimento institucional do PANAFTOSA iniciado em 2010, as contribuições financeiras dos setores interessados na erradicação da febre aftosa na América do Sul estão apoiando a cooperação técnica do Centro relacionada com a coordenação regional do Plano de Ação 2011–2020 do Programa Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA). Sendo assim, conseguiu-se canalizar uma proporção importante dos recursos financeiros correntes do Centro para cooperação técnica nas áreas de zoonose e inocuidade dos alimentos. A contribuição generosa do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Brasil continua cobrindo por completo os custos de manutenção do Centro.

5. Ao final de 2012, a OPAS, por meio do PANAFTOSA, e a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde do Brasil firmaram um Termo Aditivo ao Acordo de Cooperação Técnica para contribuir ao fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde do Brasil para reduzir a carga à população humana das zoonoses, doenças transmitidas por vetores e doenças transmitidas pela água e alimentos. O Acordo e seu *Termo Aditivo* também preveem atividades de gestão do conhecimento e de cooperação sul-sul, e vem a se somar à prolongada e valiosa colaboração de 62 anos com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Brasil, destacando assim a importante função do PANAFTOSA como centro de cooperação técnica intersetorial entre saúde animal e saúde pública.

6. No início deste ano foi firmado um novo Acordo de Cooperação Técnica com o Banco de Desenvolvimento da América Latina (CAF) para o controle da febre aftosa nas zonas de fronteira dos países andinos. Além disso, estão sendo negociados acordos de cooperação técnica com organizações públicas de outros Estados Membros, que abrangem atividades em todos os âmbitos de ação do PANAFTOSA: zoonoses, inocuidade dos alimentos e febre aftosa.

7. No âmbito do plano de ação para erradicação da raiva humana transmitida pelo cão, que define as ações na última etapa da eliminação a ser alcançada em 2015, estão sendo fortalecidos os laboratórios de diagnóstico com a capacitação de profissionais e a revisão dos planos nacionais de eliminação nos países prioritários por grupos de avaliação. Foi prestada cooperação técnica em um surto de raiva silvestre no Equador, por meio da capacitação de profissionais de campo e de laboratório. Está sendo prestado apoio, entre outros, aos laboratórios da América Central e da Colômbia para o diagnóstico de encefalites equinas; no Panamá, foi proporcionada a capacitação aos profissionais de

² <http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/>

saúde animal e saúde pública, para a vigilância integrada da febre amarela nos primatas e vetores; e, no Peru, colaborou-se com a elaboração do plano nacional intersetorial de vigilância, prevenção e controle da equinococose/hidatidose.

8. Foram fortalecidos os programas dos países referentes à inocuidade dos alimentos através de cooperação técnica direta e organização de seminários presenciais de caráter intersetorial e em cooperação com outras organizações internacionais e regionais. Entre outros, destacam-se os seminários sobre os seguintes temas: inocuidade dos alimentos em situações de emergência e resposta a surtos; vigilância integrada de doenças transmitidas por alimentos; vigilância integrada de agentes antimicrobianos na cadeia de produção primária animal e análise de riscos e modernização dos serviços de controle de alimentos. Foi organizado um seminário sobre gestão de riscos no âmbito da reunião regional do Codex Alimentarius com participantes de todos os países da Região. Foram organizados seis seminários virtuais interativos com mais de 1.500 participantes sobre a gestão da qualidade dos laboratórios da Rede Interamericana de Laboratórios de Análises de Alimentos (RILAA).

9. Desde janeiro de 2012 não foram registrados casos de febre aftosa nos países da América do Sul. As sub-regiões da América do Norte, América Central e do Caribe estão livres da doença. No âmbito do Plano de Ação 2011–2020 do PHEFA, prestou-se cooperação técnica e capacitação na área de vigilância, laboratório e gestão de programas à Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. Foi prestada cooperação técnica ao Paraguai em resposta aos focos de 2011 e 2012 para a elaboração e coordenação de um estudo nacional de circulação do vírus da febre aftosa. Prestou-se, também, cooperação técnica à Bolívia para a elaboração e coordenação de um estudo nacional de circulação do vírus baseado na experiência do Paraguai.

10. Em 2012, o Panamá foi aceito como membro com plenos direitos da Comissão Sul-americana para Luta contra a Febre Aftosa (COSALFA), cuja 40ª. reunião ordinária foi realizada naquele país em abril de 2013.

Centro Latino-Americano e do Caribe para Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

11. A BIREME é um centro especializado da OPAS fundado em 1967 com o intuito de canalizar a cooperação técnica que a Organização presta aos países da Região referente a informação científica e técnica em saúde. No dia 1º. de janeiro de 2010 entrou em vigor o novo Estatuto da BIREME e, no dia 31 de agosto do mesmo ano, foi instituído o Comitê Assessor da BIREME. Os membros do Comitê Assessor celebraram três sessões de trabalho desde seu estabelecimento.

12. A 28ª. Conferência Sanitária Pan-Americana elegeu Cuba, Equador e Porto Rico

para integrarem o Comitê Assessor da BIREME por um mandato de três anos, em substituição à Argentina, Chile e República Dominicana, cujos mandatos expiraram em 2012.

13. A institucionalidade da BIREME se caracteriza, atualmente, pela coexistência do marco institucional prévio e do novo, dado que o Estatuto do Centro entrou em vigor no dia 1º de janeiro de 2010, e o Convênio de manutenção e desenvolvimento do Centro permanecerá em vigor até 31 de dezembro de 2013. Ademais, as estruturas de governança da BIREME, atualmente, incluem o Comitê Assessor e o Comitê Científico (marco novo) e o Comitê Assessor Nacional (marco prévio).

Avanços Recentes

14. A quarta reunião do Comitê Assessor da BIREME será realizada no final de 2013, nas instalações da BIREME. Sua terceira reunião foi levada a cabo no dia 5 de dezembro de 2012. Os membros do Comitê Assessor reafirmaram seu apoio contínuo ao desenvolvimento institucional do Centro, que abrange a execução do novo marco institucional, estabelecimento e assinatura do Acordo de Sede e financiamento dos seus planos de trabalho, além da instituição do Comitê Científico, organização do IX Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde (CRICS9) e a realização da VI Reunião de Coordenação Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS6) em Washington, D.C, de 20 a 24 de outubro de 2012. Na sua terceira reunião, o Comitê Assessor da BIREME aprovou a nomeação dos membros do Comitê Científico de acordo com os critérios definidos pela OPAS. Os especialistas são provenientes de cinco países: Brasil, Canadá, Estados Unidos, Honduras e Trinidad e Tobago.

15. No contexto das linhas de ação para implementar o novo marco institucional da BIREME, cabe destacar os seguintes aspectos:

- (a) Acordo de Sede para a BIREME: a OPAS e o Ministério da Saúde do Brasil elaboraram um acordo da sede, que foi encaminhado para aprovação no dia 6 de agosto de 2010. Após uma série de negociações realizadas durante 2012, no dia 4 de outubro do mesmo ano, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil, através da Representação da OPAS no Brasil, apresentou uma nova versão do *Acordo entre a República Federativa do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde sobre a instalação da sede do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde* proposto pelo Governo do Brasil. Esta nova versão foi revisada na sede da OPAS e apresentada ao Ministério da Saúde do Brasil com observações, pois apresentava mudanças substanciais com relação à proposta anterior, em especial com relação aos privilégios e imunidade da OPAS que devem ser reconhecidos. O documento continua sendo analisado pela Consultoria Jurídica (CONJUR) do Ministério da Saúde do Brasil.

- (b) Acordo de instalação e funcionamento da BIREME no Campus da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP): foram realizadas várias reuniões com as autoridades da Universidade, que versaram sobre a relação institucional da BIREME com a UNIFESP e os termos deste Acordo. A assinatura do mesmo continua condicionada à celebração do Acordo de Sede com o Governo do Brasil, citado no parágrafo anterior.
- (c) Definição do mecanismo de financiamento da BIREME com base nas contribuições da OPAS e do Governo do Brasil, estipulado no Artigo 6 do Estatuto: as contribuições regulares serão definidas de comum acordo para respaldar os planos de trabalho bienais aprovados, em conformidade com o estabelecido no Estatuto. Na primeira reunião do Comitê Assessor Nacional (CAN) de 2013 sobre o Convênio de Manutenção e Desenvolvimento da BIREME, realizada em 2 de julho, foram apresentados os resultados alcançados pelo Centro nos últimos 18 meses. O relatório respectivo foi aprovado pelos representantes do Ministério da Saúde do Brasil, pela *Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo* (SES-SP) e pela *Universidade Federal de São Paulo* (UNIFESP). Estima-se que a contribuição do Ministério para a manutenção e o financiamento do plano de trabalho da BIREME, durante o ano de 2013, será pelo mesmo montante final que em 2012, ou seja, R\$ 3,8 milhões de reais (cerca de US\$ 1,7 milhão). Esta soma será transferida à OPAS através do Termo Aditivo No. 24 do Convênio de manutenção e desenvolvimento da BIREME, que está em processo de negociação na data de publicação deste documento, e
- (d) Instituição do Comitê Científico em conjunto com o Comitê Assessor da BIREME. A sessão para o estabelecimento do Comitê Científico da BIREME foi realizada no dia 25 de julho de 2013, na cidade de São Paulo, Brasil, com a presença de membros do Brasil, de Honduras e Trinidad e Tobago; os membros do Canadá e dos Estados Unidos da América participaram remotamente. O relatório da reunião está em processo de elaboração e será submetido para consideração e aprovação de todos os membros do Comitê Assessor em breve. O processo de apresentação das candidaturas para eleger os membros do Comitê Científico foi levado a cabo no primeiro semestre de 2012. Foram recebidas propostas de 13 Estados Membros da OPAS e foram apresentadas as candidaturas ao Comitê Assessor durante sua terceira sessão, quando foram nomeados os membros do Comitê Científico, em conformidade com o Termos de referência do Comitê.
16. O Plano Bienal de Trabalho (2012–2013) da BIREME, sob a forma de subentidade do departamento de Gestão do Conhecimento e Comunicações da OPAS, foi elaborado de modo integrada com este departamento, com o qual continua sendo coordenado o seu aperfeiçoamento e articulação.

Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR)

17. O Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) foi criado em 1970 mediante um acordo entre o Governo da República Oriental do Uruguai, a Universidade da República do Uruguai e a OPAS, que é renovado periodicamente, sendo que a última prorrogação tem vigência até 28 de fevereiro de 2016. O objetivo geral do CLAP é promover, fortalecer e melhorar a capacidade dos países da Região das Américas em atenção à saúde da mulher, saúde materna e do recém-nascido.

Avanços Recentes

18. Por solicitação da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, durante os meses de março e abril de 2013, foi levada a cabo uma missão ao CLAP/SMR com o objetivo de analisar seus enfoques pragmáticos, seu programa regional de trabalho, sua capacidade de resposta às solicitações dos países, os aspectos gerais e de coordenação e os recursos humanos e financeiros disponíveis. Logo após a análise dos resultados e das recomendações da missão, foi decidido que o CLAP/SMR continuará funcionando como um “Centro/Unidade descentralizada”. No marco do novo Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, o CLAP/SMR dará prioridade às intervenções relacionadas com a saúde materna, neonatal e reprodutiva, em função das diferentes realidades epidemiológicas e operacionais da Região. Neste contexto programático, o CLAP/SMR focalizará suas ações nos componentes de formação de recursos humanos, na qualidade da atenção, nos sistemas de informação, na formulação de políticas e legislação relacionados com os seguintes planos aprovados pelos órgãos diretivos: *i*) Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo de atenção da mãe do recém-nascido e da criança; *ii*) Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e da morbidade materna grave; e *iii*) Estratégia e plano de ação para a erradicação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita. Ademais, continuarão os esforços para que o CLAP/SMR e o Escritório de representação da OPAS/OMS do Uruguai possam compartilhar de forma progressiva os recursos humanos, para sua gestão administrativa, e os espaços físicos comuns.

19. Foi elaborada a linha de base do Plano de aceleração para redução da mortalidade materna e morbidade materna grave; foi desenvolvido junto com a OMS e especialistas da Região um formulário complementar de História Clínica Perinatal do SIP (Sistema de Informação Perinatal) para o registro dos eventos de morbidade materna extremamente graves; foi finalizada a execução do projeto de cooperação técnica entre países na América Central (El Salvador, Honduras, Nicarágua, Panamá) e elaborada uma nova proposta com os mesmos propósitos incorporando Belize, Costa Rica, República Dominicana no âmbito da estratégia de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Materna; foi feita a validação da ferramenta de certificação e teste de campo para a certificação do Chile como país que alcançou a meta de erradicação da sífilis congênita

no âmbito da estratégia de Erradicação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Materna; o CLAP/SMR assumiu a responsabilidade por implementar o componente neonatal e foi realizada a avaliação intermediária do Plano Regional de Saúde do Recém-nascido; o CLAP/SMR foi aceito como membro do Comitê Executivo do Fórum LAC que se dedica ao planejamento familiar; foi dado impulso à formação de docentes para curso de parteira através do Caribbean Regional Midwives Association diante da necessidade de fortalecer esta profissão na Região.

20. Continua-se em busca de um local para instalar os escritórios do CLAP e a Representação da OPAS no Uruguai. Durante os anos de 2011 e 2012, foram visitadas várias propriedades privadas que não cumpriam com os requisitos necessários, e uma pública pertencente à Faculdade de Veterinária. Esta última foi descartada, pois somente estará disponível daqui a dois anos, e as demais propriedades não cumpriam com os requisitos físicos e econômicos. Recentemente, foram estabelecidas novas negociações com a Universidade da República sobre a possibilidade de cessão de uma área exclusiva no Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina. Esta opção voltará a ser considerada no primeiro semestre de 2014, quando as instalações correspondentes estejam desocupadas.

Centros Sub-regionais (CAREC e CFNI)

21. No dia 31 de dezembro de 2012 foi efetivada a transição do CAREC e o CFNI à Agência Caribenha de Saúde Pública (CARPHA), em conformidade com o disposto no Acordo entre a OPAS e a CARPHA para a transferência do CAREC e CFNI. Anteriormente, em 13 de dezembro, foi realizada uma cerimônia especial de desativação do CAREC e do CFNI com a participação de funcionários do Ministério da Saúde de Trinidad e Tobago e do CARICOM, do diretor interino da CARPHA e funcionários da OPAS. O Documento de Transferência foi firmado pelo Diretor Interino da CARPHA e o Chefe de Administração da Repartição Sanitária Pan-Americana na mesma data. Sendo assim, não será mais incluída informação sobre o CAREC ou CFNI nas avaliações dos Centros Pan-americanos.

Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC)

22. Durante 2012, o CAREC se concentrou em prosseguir com seus serviços habituais enquanto se preparava para a transição. Para isso, a OPAS formou um grupo de trabalho com a incumbência de implementar um plano referente aos produtos e serviços técnicos, administrativos e de laboratório que seriam transferidos à CARPHA. Além disso, foram formados vários subcomitês para apoiar a transição nas áreas financeira, de informática e recursos humanos.

23. Ao mesmo tempo, o CAREC colaborou ativamente com o Comitê Executivo da

CARPHA para a aprovação do organograma, políticas, procedimentos e processos, inclusive o Regulamento do Pessoal. Além disso, deu apoio à contratação de funcionários para postos-chave como o primeiro Diretor da CARPHA, o Diretor de Serviços Institucionais e o Diretor de Vigilância e Pesquisa.

24. Os outros trabalhos no CAREC programados para o último trimestre de 2012 foram realizados de acordo com o plano de transição. Isto permitiu que a transição fosse feita de maneira eficiente e ordenada sem que ocorressem interrupções no serviço prestado pelo CAREC aos seus Estados Membros.

Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI)

25. O CFNI manteve o apoio técnico aos Estados Membros durante 2012, ao mesmo tempo em que trabalhava com o CARICOM em diversos assuntos e processos necessários para uma transição eficiente e ordenada à CARPHA. Conforme indicado nos parágrafos anteriores, a transição do CFNI à CARPHA foi realizada no dia 31 de dezembro de 2012.

26. A OPAS continuará oferecendo cooperação técnica aos Estados Membros de acordo com seus mandatos e compromissos regionais e sub-regionais, mas algumas funções de cooperação serão transferidas a outras entidades da Região, como universidades, organismos das Nações Unidas, organizações não governamentais e centros colaboradores. Para isso, a OPAS promoverá a consolidação de alianças e redes.

27. Os documentos técnicos do CFNI foram transferidos à biblioteca da Universidade das Índias Ocidentais (UWI) e digitalizados para que fiquem ao alcance dos países.

28. O escritório da Representação da OPAS na Jamaica foi transferido ao edifício do CFNI no campus da UWI.

Intervenção do Conselho Diretor

29. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome conhecimento do presente relatório de progresso e faça outras recomendações que julgar pertinente.

Bibliografia

1. Organização Pan-Americana da Saúde/Centro Panamericano de Febre Aftosa. Programa Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA): Plano de Ação 2011–2020. PANAFTOSA; Ríó de Janeiro (Brasil): OPAS; 2011 [consultado 9 de março de 2012]. Disponível em:
<http://bvs1.panaftosa.org.br/local/File/textoc/PHEFA-PlanAccion-2011-2020port.pdf>

- - -