



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



50º CONSELHO DIRETOR
62ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1º de outubro de 2010

Tema 3.2 da agenda provisória

CD50/3, Rev. 1 (Port.)
13 de setembro de 2010
ORIGINAL: INGLÊS

**RELATÓRIO ANUAL DA DIRETORA DA
REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA**

Promovendo saúde, bem-estar e segurança humana nas Américas

SUMÁRIO

	<i>Página</i>
Mensagem da Diretora.....	3
Capítulo I. Segurança humana: uma visão holística.....	4
Capítulo II. Promoção da segurança centrada na pessoa.....	8
Capítulo III. Lições aprendidas e futuros desafios.....	43
Siglas e Abreviaturas.....	52

Da Diretora

Aos Estados Membros:

De acordo com as disposições da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, tenho a honra de apresentar o relatório anual 2009–2010 sobre o trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. O relatório destaca o principal trabalho da Repartição na provisão de cooperação técnica durante esse período no âmbito dos Planos Estratégicos 2008–2012 da Repartição Sanitária Pan-Americana, definidos pelos órgãos diretores da Organização Pan-Americana da Saúde.

Mirta Roses Periago
Diretora

Capítulo I. Segurança humana: uma visão holística

“A segurança humana se reflete numa criança que não morre, uma doença que não se dissemina, um emprego que não é eliminado, uma tensão étnica que não explode em violência, um dissidente que não é silenciado. A segurança humana não envolve preocupação com armas, mas preocupação com a vida e dignidade humana.”

*Dra. Mirta Roses Periago
Diretora, Organização Pan-Americana da Saúde*

1. Em 2009–2010, eventos nas Américas ressaltaram a importância e a interconectividade da saúde, segurança e bem-estar humano. O assustador início da pandemia de influenza H1N1 testou e em grande parte validou vários anos de esforços de preparação da saúde pública baseados nos princípios da segurança sanitária internacional. O terremoto que assolou o Haiti em janeiro de 2010 mostrou as trágicas consequências da falta de planejamento urbano e a extrema vulnerabilidade de populações que vivem em condições de pobreza. Lembrando esses eventos, compreendemos intuitivamente que a segurança humana não pode ser dada por certa; deve ser protegida e promovida como um requisito básico para que as pessoas, comunidades e países possam levar uma vida digna.
2. O conceito de segurança humana recebeu crescente atenção nos últimos anos, e não somente por causa de pandemias e desastres naturais. Desde o fim da Guerra Fria, o número e intensidade dos conflitos armados entre países diminuiu muito, enquanto a interdependência global aumentou significativamente. Nesse contexto, o contínuo sofrimento e vulnerabilidade de milhões dos habitantes menos favorecidos do mundo representa um inquietante contraste com a riqueza e conforto dos mais privilegiados. A inerente injustiça e instabilidade criada por essas tendências ajudou a mudar o foco das preocupações com segurança da proteção do território e soberania nacional para a proteção do bem-estar humano.
3. Essa mudança foi articulada e colocada no centro da agenda global de desenvolvimento pelo *Relatório do desenvolvimento humano 1994* do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Nele argumenta-se que, na era após a Guerra Fria, a insegurança das pessoas decorre muito menos da ameaça de conflito internacional do que de ameaças à sua vida diária, seu emprego e renda, sua saúde, seu ambiente, bem como do crime. Isso requer que se aplique um novo enfoque à segurança, um que aborde toda a gama de ameaças ao bem-estar das pessoas.
4. A idéia de que a segurança humana é tão crucial para a paz e o desenvolvimento quanto a segurança militar não é nova. A importância de ambas foi reconhecida pelos

fundadores das Nações Unidas. Após participar da conferência sobre a Carta da ONU em São Francisco em 1945, o Secretário de Estado dos EUA disse ao seu governo:

A batalha pela paz deve ser lutada em duas frentes. A primeira é a frente da segurança, onde a vitória significa estar livre do medo. A segunda é a frente econômica e social, onde a vitória significa estar livre de necessidades. Somente a vitória nas duas frentes pode assegurar ao mundo uma paz duradoura ...Nenhuma disposição que possa ser incluída na Carta habilitará o Conselho de Segurança a tornar o mundo livre das guerras se os homens e mulheres não tiverem segurança em suas casas e seus empregos.

5. A ideia de um lado “humano” da segurança perdeu terreno durante as décadas da Guerra Fria, mas ressurgiu com o relatório publicado pelo PNUD em 1994. O relatório reconheceu a dificuldade de estabelecer uma definição rigorosa de segurança humana, mas propôs quatro características essenciais do conceito:

- **Universalidade** -as preocupações com a segurança humana são comuns a todas as pessoas, em países ricos e pobres, e incluem desemprego, drogas, crime, poluição e violações aos direitos humanos.
- **Interdependência** -se a segurança das pessoas está ameaçada num lugar, isso tem consequências para outros. As consequências da fome, doença, tráfico de drogas, terrorismo, disputas étnicas e desintegração social não se confinam mais às fronteiras nacionais.
- **Foco na prevenção** -é mais fácil abordar as preocupações com a segurança humana de maneira preventiva do que com intervenções posteriores. Por exemplo, os investimentos em atenção primária à saúde e planejamento familiar poderiam ter ajudado a conter a disseminação de HIV/AIDS nos anos 1980.
- **Centrada nas pessoas** -a segurança humana refere-se ao modo como as pessoas vivem em sociedade, a liberdade com que exercem suas escolhas, o acesso que têm às oportunidades econômicas e sociais e se vivem em conflito ou em paz.

6. O relatório apresentou dois tipos de ameaças à segurança humana: ameaças crônicas, como fome, doença e repressão; e ameaças repentinas que provocam transtornos na vida cotidiana. A falha em proporcionar proteção contra esses dois tipos de ameaças pode impedir o desenvolvimento humano e provocar conflito social e mesmo violência. Assim, a segurança humana – segurança para as pessoas em sua vida cotidiana – também está relacionada à segurança coletiva e ao estado.

7. Na Cúpula do Milênio realizada em 2000, o Secretário-Geral da ONU, Kofi Annan, falou sobre a importância de estar “livre do medo” e “livre da necessidade”, invocando o conceito de segurança humana para motivar países ricos e pobres a trabalharem juntos para reduzir a privação humana. Embora os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) se concentrem neste último aspecto, a Cúpula

recomendou a criação de uma Comissão de Segurança Humana independente para examinar o outro aspecto. O relatório elaborado por essa comissão em 2003, *Segurança humana agora*, recomendava uma mudança de paradigma e uma resposta mais forte e mais integrada a essas questões por parte das comunidades e Estados.

8. O relatório da Comissão de Segurança Humana reafirmou e elaborou a visão de que é igualmente importante estar “livre do medo” e “livre da necessidade”. Mas também enfatizou a função habilitadora da segurança centrada nas pessoas, assinalando que também significa “liberdade para agir em seu próprio nome”. A segurança humana significa proteger “o núcleo vital de toda vida humana de maneira a ampliar as liberdades humanas e a realização humana”. Significa mais que a ausência de conflito; significa criar sistemas - políticos, sociais, ambientais, econômicos, militares e culturais – que proporcionem às pessoas os elementos fundamentais de sobrevivência, subsistência e dignidade.

9. O Relatório Mundial da Saúde 2007, *Um futuro mais seguro: segurança da saúde pública global no século 21*, mostrou como a crescente interdependência e mobilidade aumentou a vulnerabilidade dos habitantes em todo o mundo a ameaças novas e emergentes como surtos de epidemia, atos de terrorismo e eventos químicos e radioativos. O relatório destacou a importância da colaboração entre os países para proteger as respectivas populações contra essas ameaças mediante o Regulamento Sanitário Internacional e mecanismos similares, bem como maiores investimentos em saúde pública e segurança.

10. Nas Américas, o conceito de segurança humana surgiu na agenda hemisférica no início desta década, quando a Organização dos Estados Americanos abordou novas ameaças à segurança regional, como o crime organizado, terrorismo, degradação ambiental e mudança climática. Na Declaração de Bridgetown (2002), os Estados Membros da OEA reconheceram o caráter “multidimensional” da segurança hemisférica, indicando seus componentes políticos, econômicos, sociais, sanitários e ambientais. Na Declaração sobre Segurança nas Américas (2003), os países declararam que “a base e propósito da segurança é a proteção dos seres humanos.”

11. Como parte dessas deliberações, solicitou-se que a OPAS participasse de um grupo de trabalho da Comissão de Segurança Hemisférica, para assessorar em questões relacionadas à saúde. A OPAS produziu o relatório *Saúde e Segurança Hemisférica*, no qual se argumenta que “a saúde é uma questão de segurança nacional e internacional” e parte intrínseca da segurança humana; uma saúde melhor leva a uma maior segurança humana, e maior segurança humana leva a uma melhor saúde e qualidade de vida. Além disso, examinava as inter-relações da saúde com outros componentes da segurança humana, particularmente a pobreza, democracia e paz, meio ambiente e desastres naturais e provocados pelo homem. Assinalava que a saúde das pessoas depende não só dos

sistemas de atendimento médico e prevenção de doenças, mas de determinantes sociais como educação, renda, acesso a recursos essenciais, participação social e política e meio ambiente.

12. Essa visão da saúde e suas inter-relações com outros aspectos da segurança humana ecoa a visão holística dos ODM, os quais reconhecem a interdependência da saúde e fatores políticos, econômicos, sociais e culturais na determinação do bem-estar humano. Essa visão foi elaborada sob uma perspectiva de saúde pública no relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS publicado em 2008. Nele insta-se os países ricos e pobres a reduzir as desigualdades da distribuição de poder, dinheiro e recursos, e trabalhar em todas as frentes para melhorar as condições de vida das pessoas, incluindo as circunstâncias em que nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Embora o foco se concentre na saúde e justiça social, o relatório contém fortes análises dos vários componentes da segurança humana, junto com recomendações valiosas para abordá-los.

13. Nesses relatórios e em outros mais recentes, os principais componentes da segurança humana se referem a sete áreas importantes: economia, alimentação, meio ambiente, pessoal, comunidade, política e saúde. Sob uma perspectiva de saúde pública, porém, todas essas sete áreas incluem ameaças, componentes ou determinantes da saúde, e todas podem ser abordadas com intervenções de saúde pública. Na verdade, a cooperação técnica da OPAS abrange todas essas áreas. O Capítulo II apresenta exemplos desse trabalho em Estados Membros da OPAS no período 2009–2010.

Capítulo II. Promoção da segurança centrada na pessoa

14. A cooperação técnica da OPAS com seus Estados Membros enfoca uma ampla gama de questões relacionadas à saúde que, conforme discutido no Capítulo I, estão direta e indiretamente ligadas à segurança humana. Esse capítulo apresenta destaques do trabalho da OPAS nessas diferentes áreas durante 2009-2010. Os exemplos estão agrupados conforme o tema de acordo com os sete principais componentes da segurança humana: econômica, alimentar, ambiental, pessoal, comunitária, política e sanitária.

Segurança sanitária e a crise econômica mundial

15. A retração econômica exerceu uma pressão significativa no gasto social dos Estados Membros da OPAS. Com isso, ficou difícil para os países sustentarem seus orçamentos nacionais de saúde ou, no caso de países que lutam para obter a cobertura universal, aumentarem seus orçamentos. A cooperação técnica da OPAS durante 2009-2010 abordou essas questões com um foco particular na busca de soluções sustentáveis de financiamento da saúde, reorganização dos sistemas de saúde utilizando uma abordagem renovada de atenção primária à saúde e aumento da equidade na distribuição de recursos de saúde escassos.

16. No **Equador**, a OPAS apoiou os esforços do governo para cumprir progressivamente — apesar da crise econômica mundial — o mandato constitucional que estabelece um aumento do financiamento para o Sistema Nacional de Saúde de ao menos 0,5 por cento do PIB a cada ano até que o financiamento chegue a pelo menos 4 por cento do PIB. A OPAS ajudou a desenvolver um conjunto de serviços de saúde garantidos a serem oferecidos pela rede de saúde pública de acordo com o Regime de Direito à Saúde, assim como um quadro metodológico para avaliar o impacto de intervenções de saúde durante os últimos três anos, que inclui a formulação de publicação de “contas satélites nacionais”.

17. A OPAS promoveu discussões entre ministérios de saúde dos países e territórios do Caribe Oriental — **Anguilla, Antígua e Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis e São Vicente e Granadinas** — sobre opções sustentáveis de financiamento coletivo para melhorar os sistemas de saúde e proteção social e fazer com que as famílias evitem gastos de saúde catastróficos. Três países realizaram consultas sobre atenção primária para orientar esse processo. Além disso, a OPAS organizou uma reunião de alto nível com autoridades de saúde sobre a estratégia de renovação da atenção primária à saúde para compartilhar lições aprendidas e examinar o progresso dos países nessa área. A OPAS também forneceu cooperação técnica a **Granada, Barbados e Santa Lúcia** visando ao fortalecimento da capacidade institucional para melhorar o financiamento de sistemas nacionais de saúde, particularmente através do uso de contas nacionais de saúde.

18. Na **Venezuela**, a OPAS apoiou um grupo de trabalho técnico sobre contas nacionais de saúde e contribuiu para a formulação de uma matriz original que incorpora os determinantes sociais do enfoque de saúde. A OPAS fez uma parceria com o Ministério da Saúde, o Banco Central da Venezuela e o Instituto Nacional de Estatística.

19. Em **Cuba**, a OPAS forneceu análise e documentação de lições aprendidas e melhores práticas adotadas durante a crise econômica dos anos 1990, para orientar esforços atuais e futuros de resposta a pressões econômicas. Isso incluiu estratégias de proteção social, reduções no gasto público, gestão eficiente dos serviços de saúde e a introdução de novas tecnologias de atenção à saúde.

20. O Ministério da Saúde da **Colômbia** aplicou PERC (Produção, Eficiência, Recursos e Custo), uma ferramenta desenvolvida pela OPAS para avaliação e gestão dos sistemas de saúde, num novo modelo de serviços com base na atenção primária à saúde para populações dispersas em áreas de difícil acesso. O uso da PERC facilitou a reorganização de serviços para aumentar a eficiência do gasto e demonstrou que o novo modelo era eficiente e sustentável utilizando recursos do Sistema Geral de Seguro Social em Saúde (SGSSS) da Colômbia. A Colômbia considera agora a extensão do modelo do departamento de Chocó para outras populações dispersas em áreas geograficamente isoladas por todo o país e em áreas do departamento de Nariño.

21. Durante 2009-2010, a OPAS ajudou o Fundo Costarriquenho de Seguro Social (CCSS) a fortalecer sua rede de serviços com base no enfoque renovado da atenção primária à saúde, um processo que deverá resultar em melhor alocação de recursos financeiros e humanos e melhor gestão dos serviços. Isso incluiu a elaboração e redefinição de redes por nível de complexidade utilizando os elementos estruturais e funcionais da atenção primária à saúde como base. Os resultados esperados incluem a redução da demanda de atenção hospitalar, maior atenção ambulatorial e domiciliar, incorporação da promoção de saúde em todos os níveis da atenção e detecção precoce e tratamento de doenças crônicas.

22. A OPAS ajudou o **Brasil** a formular políticas para aumentar a equidade no financiamento do Sistema Único de Saúde, transferindo recursos de acordo com as necessidades dos municípios e reduzindo as diferenças entre regiões ricas e pobres.

Assegurando a Segurança Alimentar

23. De acordo com a Cúpula Mundial da Alimentação de 1996, “a segurança alimentar existe quando todas as pessoas, o tempo todo, têm acesso físico, social e econômico a alimento suficiente, seguro e nutritivo para atender às suas necessidades dietéticas e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável.” A cooperação técnica da OPAS reflete essa visão, considerando a nutrição e a inocuidade dos alimentos – não só calorias suficientes – como aspectos essenciais da segurança alimentar.

24. Em 2009-2010, a cooperação técnica da OPAS nessa área variou do apoio a projetos familiares e comunitários visando a promover o ODM-1 até a assistência a agências reguladoras de segurança alimentar. Incluiu apoio ao planejamento e formulação de políticas, legislação e defesa de causas, treinamento de recursos humanos, adaptação e implementação de padrões e pesquisa sobre desnutrição e carga de doenças transmitidas por alimentos.

25. Na **Costa Rica**, a OPAS trabalhou com o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) em comunidades prioritárias ao longo da fronteira norte do país, oferecendo assistência técnica a organizações comunitárias, primordialmente de mulheres pobres rurais, para ajudá-las a produzir alimentos inócuos e nutritivos. Também em colaboração com o INCAP, a OPAS forneceu cooperação técnica e financeira para melhorar a nutrição de crianças em creches públicas na **República Dominicana**.

26. A OPAS apoiou o desenvolvimento e a implementação de uma série de projetos de segurança alimentar financiados através do Fundo para a Realização dos ODM, patrocinado pelo Governo da **Espanha**. Foram projetos na **Bolívia, Brasil, Colômbia, El Salvador, Guatemala, Nicarágua e Peru** concentrados na segurança alimentar e nutricional das crianças e 27 projetos familiares em comunidades indígenas na **Costa Rica**. Em **Cuba**, a OPAS administrou mais de US\$1 milhão de um projeto de US\$8,5 milhões financiado pelo Fundo dos ODM para combater a anemia em grávidas e crianças com menos de 5 anos. A OPAS ajudou a fortalecer a capacidade em maternidades e observatórios de saúde materno-infantil e deu apoio para vigilância nutricional, sistemas de informação e treinamento de recursos humanos.

Emergência de Fome na Guatemala

Em 2009, a **Guatemala** sofreu uma das piores secas de sua história, produzindo perdas substanciais de milho e feijão – os principais cultivos do país – numa área conhecida como o “corredor seco”. Combinado com o impacto da retração econômica mundial, isso levou a uma situação crítica de insegurança alimentar, particularmente para famílias pobres que dependem muito de remessas.

Após a declaração de uma emergência de fome pelo Governo da Guatemala em setembro de 2009, o Fundo Central das Nações Unidas de Resposta a Emergências (CERF) forneceu US\$5 milhões à FAO, WFP, UNFPA, UNICEF e OPAS para implementar programas de emergência de agricultura, alimentos, nutrição e saúde e para oferecer assistência imediata a 65.000 famílias afetadas e em risco. Encarregada de administrar US\$700.000, a OPAS usou os fundos para apoiar ações de redução da desnutrição aguda grave em 11 departamentos prioritários. A OPAS colaborou com o Ministério da Saúde da Guatemala na elaboração de um plano de ação para melhorar a detecção precoce, o tratamento e o acompanhamento da desnutrição aguda através da implementação de protocolos de tratamento e referência, treinamento do pessoal de saúde e melhor vigilância e notificação, incluindo a notificação diária obrigatória de casos de desnutrição aguda grave.

Após a tempestade tropical Agatha em maio de 2010, que matou mais de 150 pessoas na Guatemala e deixou 27.000 desabrigados, a OPAS ajudou a identificar casos de desnutrição em oito municípios no departamento de Totonicapán.

27. A **Nicarágua**, como a Guatemala, também sofreu uma seca durante 2009-2010; nesse contexto, a OPAS promoveu com sucesso a incorporação de intervenções nutricionais específicas nos planos de resposta a desastres da Equipe da ONU no país. As ações incluíram apoio à amamentação exclusiva, suplementação de micronutrientes, provisão de sais de reidratação oral, monitoramento do crescimento de crianças pequenas e vigilância de mães e crianças menores de 5 anos para detectar mudanças na situação nutricional após desastres e após a provisão de assistência alimentar.

28. A OPAS também forneceu apoio à Comissão Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional de **Belize** e ao Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONASAN) de **El Salvador**. O trabalho incluiu uma revisão da Política Nacional sobre Segurança Alimentar e Nutricional 2001 e o plano de ação 2005-2010 de Belize, assim como o fortalecimento da capacidade do CONASAN de formular políticas públicas, criar ambientes saudáveis e protetores, fortalecer a participação social e reorientar os serviços de saúde para focar mais na segurança alimentar e nutricional, especialmente em municípios com alta prevalência de desnutrição crônica.

29. A OPAS continuou a apoiar o trabalho da Aliança Pan-Americana de Nutrição e Desenvolvimento, lançada em 2008. Como um dos 14 membros de uma equipe técnica interinstitucional, a OPAS ajudou a desenvolver e disseminar princípios conceituais e operacionais para a aliança em vários fóruns acadêmicos e político-técnicos nos níveis nacional e regional. No início de 2010, teve início o desenvolvimento de intervenções intersetoriais integradas para enfocar os determinantes sociais da nutrição na **Guatemala, El Salvador, Nicarágua e Paraguai**. Essas intervenções abordam questões que vão desde a água potável e o saneamento até a saúde sexual e reprodutiva, condições de renda e trabalho, participação e capacitação social.

30. Na área da inocuidade dos alimentos, em 2009-2010 a OPAS trabalhou para promover as Cinco Chaves para uma Alimentação mais Segura, da Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma ferramenta de treinamento e comunicação social para reduzir os riscos de inocuidade dos alimentos em países de toda a região. Na **Guatemala**, por exemplo, a OPAS ajudou a desenvolver manuais com base nas Cinco Chaves para professores e administradores de escolas que foram subsequentemente adaptados e validados em 12 escolas primárias rurais e urbanas em quatro departamentos. Utilizando a experiência da Guatemala como modelo, a OPAS trabalhou com o Programa Alimentar Mundial, o INCAP e autoridades nacionais de saúde para executar projetos similares em **Belize, El Salvador e Honduras**. A OPAS também apoiou a implementação das Cinco

Chaves em escolas rurais das regiões do Altiplano e do Chaco em **Bolivia** e em comunidades indígenas amazônicas na **Venezuela**. Os manuais encontram-se disponíveis em espanhol, inglês e português.

31. A OPAS forneceu cooperação técnica no desenvolvimento de políticas e planos de inocuidade dos alimentos em **Antígua e Barbuda, Dominica, Granada, São Vicente e Granadinas** e nos **Territórios Ultramarinos da Grã-Bretanha**. Além disso, o Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) forneceu cooperação técnica para fortalecer a vigilância de doenças transmitidas por alimentos, investigação de surtos e capacidade laboratorial em 11 países do Caribe através do treinamento e atualização de protocolos sobre vigilância laboratorial integrada; coleta, transporte e diagnóstico de espécimes; e notificação de patógenos de origem alimentar.

32. Do mesmo modo, a OPAS apoiou os esforços de **Cuba** para melhorar a gestão nacional de surtos de doenças transmitidas por alimentos através de uma melhor detecção, diagnóstico e resposta, e prevenir surtos através de inspeções sanitárias. A OPAS também apoiou a estratégia “municípios produtivos” de Cuba, que busca aumentar a produção de alimentos de origem animal e fortalecer a prevenção, vigilância e o controle de zoonoses.

33. Na **República Dominicana**, a OPAS apoiou esforços para harmonizar a legislação e regulamentação da inocuidade dos alimentos, assim como a inspeção e o controle de riscos alimentares no contexto do Acordo de Livre Comércio dos Estados Unidos, República Dominicana e América Central (CAFTA-DR). No **Equador**, a OPAS ajudou a desenvolver diretrizes e ferramentas de vigilância e alerta antecipado de surtos de doenças transmitidas por alimentos, como parte do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SIVE ALERTA).

34. No **Chile**, a OPAS ajudou a Agência Chilena para a Inocuidade Alimentar (ACHIPIA) a desenvolver um novo quadro jurídico, que está sendo discutido no parlamento chileno. Além disso, a OPAS ajudou o Chile a abordar questões de inocuidade dos alimentos em áreas afetadas pelo terremoto e tsunami de fevereiro de 2010. O trabalho incluiu treinamento e promoção no nível comunitário com base nas Cinco Chaves da OMS.

35. Em países de toda a Região, a OPAS está apoiando pesquisas como parte da iniciativa Mundial sobre Doenças Transmitidas por Alimentos, um esforço da OMS para gerar informação mais completa acerca da etiologia e alcance de surtos de doenças transmitidas por alimentos e fatores de risco associados ao manejo, preparação, distribuição e consumo de alimentos. A informação deverá ajudar as autoridades a justificar investimentos nessa área, priorizar problemas e formular melhores intervenções de inocuidade dos alimentos. Em 2009-2010, os estudos foram iniciados ou concluídos

em **Dominica, Guiana, Granada, Jamaica, Santa Lúcia e Trinidad e Tobago**, assim como na **Argentina e Chile**, em colaboração com o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA). Os resultados finais de **Cuba** foram publicados em junho de 2010. Como parte desses esforços, o CAREC organizou um seminário sub-regional sobre a análise da carga de doenças em novembro de 2009, no qual 18 participantes de nove países e territórios caribenhos — **Barbados, Belize, Dominica, Granada, Guiana, Jamaica, Santa Lúcia, Trinidad e Ilhas Turcas e Caicos** — foram treinados na utilização de dados de levantamentos de seus próprios países para calcular a carga de morbidade da gastroenterite aguda.

36. Em 2009-2010, a OPAS apoiou e promoveu “mercados de alimentos saudáveis” na **Bolívia, Guiana, Paraguai e República Dominicana**. A assistência da OPAS combinou treinamento em inocuidade dos alimentos com cooperação técnica em saneamento básico, incluindo o manejo de resíduos sólidos e líquidos. Na Bolívia, a iniciativa se mostrou tão bem-sucedida que foi estendida a vários departamentos.

Criando Ambientes Seguros

37. A segurança ambiental é um antigo foco da cooperação técnica da OPAS, que reconhece e aborda uma ampla gama de riscos ambientais à saúde, incluindo água contaminada e lixo não tratado, infestações de mosquitos e outros vetores de doenças, exposições a produtos químicos industriais e agrícolas, e vulnerabilidades a desastres naturais e causados pelo homem. Durante 2009-2010, os esforços da OPAS nessa área incluíram a redução de riscos e preparação para desastres, atenção ambiental primária, promoção de “espaços saudáveis” e esforços para proteger crianças e trabalhadores da exposição a riscos ambientais.

Saúde das Crianças e dos Trabalhadores

38. A OPAS e outras agências da ONU ajudaram a **Argentina** a desenvolver o *Atlas de Riscos Ambientais para a Infância*, publicado em 2009, que documenta a incidência, distribuição e fontes de contaminantes ambientais que afetam a saúde infantil. De acordo com o atlas, 58 por cento das crianças que vivem na Argentina (mais de 5 milhões) correm risco por contaminantes ambientais; a maioria vive em áreas pobres que carecem de acesso a serviços básicos de água e saneamento e está exposta a produtos químicos agrícolas ou industriais e produtos residuais. Dando seguimento ao atlas, a OPAS está desenvolvendo um manual de procedimentos e processos para combater a contaminação ambiental, junto com ferramentas para detectar e resolver problemas de saúde conexos no nível local. A metodologia será disponibilizada para outros países desenvolverem seus próprios atlas de riscos ambientais.

39. Também na área de saúde ambiental infantil, a OPAS apoiou um projeto de cooperação técnica horizontal para **Argentina e Chile** que levou à criação de novas

unidades ambientais pediátricas em dois hospitais no Chile e à publicação conjunta de manuais, guias e outros materiais de apoio para treinamento nessa área.

40. Durante 2009-2010, a OPAS facilitou a criação de um grupo binacional acadêmico de consultoria técnica para apoiar o Programa Ambiental Estados Unidos/México: Fronteira 2012, coordenado pela Agência de Proteção Ambiental (EPA) dos EUA e a Secretaria do Ambiente e Recursos Naturais do México. Com apoio da OPAS, o grupo desenvolveu e começou a implementar um plano de ação para fortalecer a capacidade técnica da Comissão de Cooperação Ambiental Fronteiriça na área de saúde ambiental. O plano incluiu o desenvolvimento de um projeto binacional multidisciplinar e interinstitucional de pesquisa para estimar a vulnerabilidade das crianças na região de El Paso del Norte aos riscos de saúde associados à mudança climática, o desenvolvimento de uma estratégia de comunicação dos riscos em saúde ambiental infantil e treinamento para estudantes universitários e graduados na região da fronteira entre EUA e México no uso de equipes interdisciplinares para abordar a saúde ambiental infantil.

41. Na **Colômbia**, a OPAS ajudou grupos de trabalho intersetoriais liderados pela Universidade Nacional da Colômbia e a Secretaria de Saúde do Departamento da Cundinamarca a formular uma política departamental sobre saúde dos trabalhadores e políticas locais para 11 municípios. A OPAS também colaborou com o Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional (NIOSH) dos EUA e o Ministério de Proteção Social da Colômbia para organizar a Reunião Regional sobre Proteção da Saúde dos Trabalhadores no Setor da Saúde, realizada em março de 2010.

42. Na **Guiana**, a OPAS colaborou com o Hospital Fuddie, o Hospital Regional de West Demarara e o Hospital Público de Georgetown para estabelecer comitês ocupacionais de saúde e segurança que enfocarão a saúde dos trabalhadores no contexto de operações hospitalares, incluindo segurança das agulhas e manejo de resíduos infecciosos. A OPAS também ajudou a formular novas políticas de saúde e segurança dos trabalhadores de saúde na **República Dominicana**.

43. No final de 2009, a OPAS mobilizou especialistas do NIOSH para visitar um grande hospital público nas **Bahamas** e realizar uma avaliação detalhada de uma infestação de mofo. A visita produziu extensas recomendações para resolver o problema e forneceu uma oportunidade para formação de capacidade em questões de saúde e segurança para a administração e os funcionários do hospital, membros do sindicato do comércio e a equipe do Departamento de Saúde Ambiental do Ministério do Meio Ambiente das Bahamas. Em resultado da consulta, a Autoridade Hospitalar das Bahamas implementou uma série de ações corretivas para prevenir ou remover mofo e umidade e riscos químicos e físicos, assim como para promover a saúde e a segurança em geral dos funcionários do hospital e pacientes.

44. Em **Trinidad e Tobago**, a OPAS mobilizou recursos humanos e financeiros do Governo do **Canadá** no apoio a esforços para proteger a saúde e a segurança de trabalhadores da saúde e o público durante duas grandes reuniões internacionais em 2009: a Quinta Cúpula das Américas e a Reunião de Chefes de Governo da Commonwealth. A OPAS ajudou a mobilizar uma equipe da Universidade de British Columbia e Vancouver Coastal Health para empreender uma rápida avaliação e fornecer treinamento em vigilância e controle de patógenos respiratórios. A OPAS também facilitou a aquisição de equipamento de proteção pessoal para trabalhadores de saúde e equipamento de biossegurança para três laboratórios. Além disso, forneceram-se recursos financeiros a cada uma das autoridades regionais de saúde do país para desenvolver e implementar projetos de ampliação da capacidade local para saúde ocupacional e prevenção e controle de infecções.

45. Durante 2009-2010, o Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS ofereceu a segunda edição do Curso Virtual sobre Trabalho e Saúde, desenvolvido juntamente com a Escola de Saúde Pública da Universidade Nacional de Córdoba na **Argentina**. O curso é dirigido primordialmente a educadores de saúde pública e funcionários das unidades de recursos humanos em ministérios da saúde. A OPAS também apoiou seminários de atualização metodológica e técnica em saúde dos trabalhadores em **Cuba**, assim como treinamento e guias de avaliação e controle de riscos ocupacionais no **Equador** e **El Salvador**.

Atenção Ambiental Primária

46. Na área da atenção ambiental primária, a cooperação técnica da OPAS incluiu apoio ao desenvolvimento e implementação de planos de segurança da água e programas de participação comunitária na criação de ambientes saudáveis.

47. A OPAS, trabalhando junto com outras agências da ONU, apoiou vários projetos financiados através do Fundo para a Realização dos ODM visando ao fortalecimento de políticas, gestão de serviços de água e saneamento e manejo de riscos ambientais, com ênfase na participação dos cidadãos. No **Paraguai**, a OPAS ajudou a mobilizar a participação de oito comunidades indígenas na região do Chaco para executar diagnósticos comunitários sobre riscos ambientais e habitacionais. No **Equador**, a OPAS apoiou a formulação e implementação de um plano de vigilância da qualidade da água e ofereceu capacitação para as Juntas Administradoras da Água. Na **Nicarágua**, a OPAS ajudou a formular novas leis para promover a segurança da água potável, em conjunto com grupos ambientais de jovens.

48. Em **El Salvador**, a OPAS forneceu cooperação técnica para o planejamento e gestão do abastecimento de água, saneamento, disposição de resíduos sólidos e proteção de fontes de água.

Preparação ambiental na Costa Rica

A **Costa Rica** está exposta a uma série de riscos ambientais, incluindo eventos climáticos extremos, terremotos, erupções vulcânicas e resíduos químicos de instalações industriais. Esses riscos exigem que o país — e a cooperação técnica da OPAS — priorizem os esforços de preparação e resposta. Já que 80% das emergências estão relacionadas a problemas com o manejo da água da chuva, a OPAS tem concentrado seu trabalho no país no fortalecimento da capacidade nessa área. Isso inclui apoio e treinamento para os funcionários do Ministério da Saúde, Fundo de Seguridade Social (CCSS), Instituto de Água e Esgoto (AyA) e Cruz Vermelha, em coordenação com a Comissão Nacional de Prevenção de Riscos e Atenção de Emergência (CNE).

Em 2009-2010, cerca de 60 funcionários participaram de treinamento sobre a formação de equipes nacionais de resposta, técnicas para avaliação de danos e análise das necessidades de saúde, gestão integrada de suprimentos e coleta de informação e tomada de decisões em centros especiais para coordenação sanitária durante desastres (CCSD). A OPAS apoiou a melhoria do manejo da água da chuva através do Plano Nacional de Gestão dos Recursos Hídricos e produziu uma análise dos riscos associados aos serviços ambientais básicos. A OPAS também ajudou a AyA a elaborar uma agenda de saneamento de acordo com os compromissos assumidos pelo país no âmbito do Fórum da América Central e República Dominicana sobre Água Potável e Saneamento (FOCARD-PHC).

Ambientes saudáveis

49. A OPAS continuou a apoiar iniciativas de ambientes saudáveis em toda a Região, incluindo comunidades saudáveis, locais de trabalho saudáveis, escolas saudáveis e o movimento de jovens denominado Ecoclubes.

50. Na **Colômbia**, a OPAS trabalhou com o PNUD, UNICEF e FAO num projeto financiado pelo Fundo para a Realização dos ODM destinado a reduzir vulnerabilidades devidas à degradação ambiental e mudança climática nas áreas e populações mais pobres e afetadas. A OPAS ajudou a introduzir intervenções de “ambiente saudável” como medidas para se adaptar à mudança climática no ecossistema do maciço colombiano e também contribuiu para as recomendações do Conselho Nacional de Política Econômica e Social (CONPES) sobre mudança climática.

51. A OPAS ajudou a fortalecer as redes nacionais de escolas saudáveis no **Chile, Cuba e Equador**. No **Chile**, o escritório da OPAS organizou um concurso para identificar os melhores exemplos de promoção da saúde em escolas. Em **Cuba** e no **Equador**, a OPAS ajudou a fortalecer e expandir as redes nacionais de escolas saudáveis. No fim de 2009, a rede no Equador contava com 2.700 membros, representando 20% das escolas públicas do país.

52. No **Suriname**, a OPAS apoiou um projeto de higiene baseado nas escolas lançado no Segundo Dia Mundial de Higienização das Mãos, 15 de outubro de 2009. A meta era despertar conscientização acerca da importância da higiene das mãos entre os alunos, professores e comunidades para reduzir as infecções respiratórias e doenças diarreicas. A OPAS ajudou a mobilizar o setor privado — incluindo distribuidores de sabonete, companhias de água e laboratórios — para fornecer apoio financeiro e em espécie, ajudou a elaborar materiais educativos, facilitou o treinamento de 31 equipes escolares e ajudou a documentar o projeto.

53. No **Panamá**, a OPAS ajudou a mobilizar cerca de 3.000 jovens de mais de 20 Ecoclubes em todo o país para realizar estudos sobre os determinantes sociais da saúde e executar projetos e atividades comunitárias para proteger e melhorar o meio ambiente.

54. Os esforços da OPAS para promover ambientes saudáveis incluíram apoio a preparativos e atividades dirigidas ao Dia Mundial da Saúde 2010, cujo tema foi urbanismo e vida saudável. Entre as atividades mais notáveis encontra-se a Primeira Feira Mundial sobre Municípios e Saúde, organizada pela OPAS e o Ministério da Saúde da **Argentina** em Buenos Aires em agosto de 2009. A conferência, que durou quatro dias, atraiu cerca de 5.000 participantes e representou um fórum de alta visibilidade para promover o desenvolvimento local sustentável e participativo e a importância da “saúde em todas as políticas.”

55. Também durante 2009-2010, a sede da OPAS em **Washington, D.C.**, adotou uma Iniciativa Verde e Saudável para reduzir o impacto ambiental da organização. O esforço, que está sendo supervisionado pelo Comitê de Saúde, Segurança e Bem-Estar, contribui para a iniciativa ONU Sustentável (SUN).

Controle do tabaco

56. Durante 2009-2010, a OPAS forneceu cooperação técnica para ajudar seus Estados Membros a implementar medidas de controle do tabaco recomendadas na Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco (FCTC). Na **Venezuela**, por exemplo, a OPAS apoiou a consolidação dos Programas e Planos Nacionais de Prevenção e Controle do Tabaco como um arcabouço jurídico de acordo com os termos da FCTC. A OPAS prestou apoio para que a Venezuela implemente o Artigo 11 da FCTC, sobre embalagens e rótulos dos produtos de tabaco, mediante a publicação de 10 novas advertências sanitárias em 2010. A OPAS também forneceu dados para justificar o aumento dos impostos sobre tabaco e apoiou a preparação de projetos de leis proibindo o fumo em todos os lugares públicos fechados e locais de trabalho, conforme o Artigo 8 da FCTC.

57. Durante 2009 e 2010, três países —, **Paraguai, Peru e Trinidad e Tobago** — se tornaram 100% livres do fumo, juntando-se aos outros cinco países livres do fumo na Região: **Canadá, Colômbia, Guatemala, Panamá e Uruguai**.

58. Nas **Bahamas**, a OPAS organizou um seminário de treinamento de treinadores para aplicar um novo pacote de treinamento da OMS sobre tratamento da dependência do tabaco. Quarente e três participantes foram treinados nos modelos “5A” (Pergunte, Assessorie, Avalie, Ajude e Arranje) e “5R” (Relevância, Riscos, Recompensas, Obstáculos e Repetição) e na identificação de tratamentos comprovados da dependência do tabaco, avaliação da dependência da nicotina, tratamento farmacológico e prescrição de produtos que substituem a nicotina. No final dos seminários, os participantes recomendaram que as Bahamas implementem medidas de controle do tabaco como locais de trabalho e lugares públicos livres do fumo e incorporem o tratamento da dependência do tabaco nos currículos dos cursos práticos para profissionais de saúde.

Resposta a desastres

59. A cooperação técnica da OPAS em preparação para desastres e redução de riscos rendeu frutos nos últimos anos, pois um número cada vez maior de Estados Membros na América Latina e Caribe pode responder a emergências e desastres com seus próprios recursos, sem buscar ajuda da comunidade internacional. Em 2009, isso foi constatado em vários desastres naturais. Contudo, os terremotos no **Haiti e Chile** no início de 2010 constituíram uma exceção. Em eventos dessa magnitude, nenhum tipo de preparação teria permitido que os países respondessem efetivamente sem apoio internacional.

O terremoto no Haiti em 2010

60. O terremoto que assolou o **Haiti** em 12 de janeiro de 2010 causou enormes perdas de vida e ferimentos que exigiram cirurgias e tratamento de ferimentos. Foram notificados mais de 220.000 mortos e mais de 300.000 feridos. Quase 2 milhões de pessoas perderam suas casas e mais de 500.000 buscaram abrigo fora dos departamentos mais afetados. Muitas vítimas ficaram com deficiências que exigirão cuidado especializado. Seis meses após o terremoto, muitas pessoas continuavam em abrigos ou campos, criando superpopulação e más condições sanitárias que aumentam o risco de doenças transmitidas pela água, ar e vetores e a possibilidade de surtos epidêmicos.

61. Nos três departamentos mais afetados — Ouest, Sud-Est e Nippes — 60% dos hospitais foram muito danificados ou destruídos, incluindo o único hospital nacional de referência. O edifício do Ministério da Saúde desabou, matando 200 funcionários.

62. Após o terremoto, a OPAS suplementou o quadro de 52 funcionários no país com mais de 60 peritos internacionais em gestão de desastres, logística, epidemiologia,

vigilância, controle de doenças transmissíveis, água e saneamento, saúde neonatal, saúde mental, reabilitação e outras áreas. A OPAS estabeleceu um escritório em Jimaní, República Dominicana, como centro logístico e para apoiar as instalações locais de saúde, que receberam mais de 3.000 pacientes nos primeiros dias. A equipe do Sistema de Apoio Logístico (LSS/SUMA) da OPAS proporcionou apoio crucial ao receber, separar e distribuir um fluxo maciço de suprimentos humanitários de bases operacionais em Jimaní, no armazém PROMESS dirigido pela OPAS no aeroporto de Porto Príncipe e depois no terminal portuário de Porto Príncipe.

63. Como principal organismo para o Grupo Setorial de Saúde organizado pela ONU, a OPAS desempenhou um papel crucial na coordenação e priorização dos esforços de ajuda no setor da saúde. Entre suas mais importantes contribuições estão a coordenação das equipes médicas estrangeiras e clínicas móveis. A OPAS ajudou as autoridades sanitárias do Haiti a definir um pacote básico de saúde que as clínicas móveis forneceram gratuitamente, organizou um sistema de encaminhamento para facilitar o acesso a diferentes níveis de atenção, estabeleceu um sistema de informação para registrar as atividades das clínicas e coordenou a integração dos agentes que trabalham nas clínicas móveis.

64. Na fase de reconstrução, a OPAS também ajudou as autoridades sanitárias a elaborar um programa de treinamento para manejo dos resíduos nos abrigos e um sistema de registro para assegurar que os pacientes provenientes da República Dominicana recebam um acompanhamento apropriado. A OPAS também ajudou o Ministério da Saúde a treinar funcionários em serviços de reabilitação e, em coordenação com a organização não governamental Love a Child, apoiou a avaliação de necessidades dos pacientes com amputações ou outros ferimentos.

65. Em toda a fase de resposta, a OPAS também apoiou a República Dominicana, que forneceu cerca de US\$28 milhões em serviços de saúde por meio de sua rede de serviços públicos a mais de 18.000 haitianos. O apoio da OPAS incluiu assistência administrativa, logística e técnica em áreas como organização dos serviços de saúde, epidemiologia, água e saneamento e informação e comunicação.

66. As atividades da OPAS no Haiti foram apoiadas pelo **Canadá** (através da CIDA), Comissão Europeia (através do ECHO), Itália, Japão, **Espanha** (através da AECID), Reino Unido (através do DFID), **Estados Unidos** (através do Departamento de Estado e USAID), Banco Mundial, CERF, Principado de **Mônaco**, Fundação Pan-Americana de Saúde e Educação (PAHEF), Associação Japonesa de Jardins da Infância, EISAI Co. Ltd., e outros.

Resposta ao desastre no Chile

67. O terremoto de magnitude 8,8 que ocorreu no **Chile** em 27 de fevereiro de 2010 afetou seis regiões que abrigam 80% da população do país. O terremoto e o tsunami provocaram mais de 500 mortes, afetaram cerca de 2 milhões de pessoas e causaram cerca de US\$30 bilhões em danos (17% do PIB do Chile). No setor da saúde, 79 hospitais foram afetados (60% do total), dos quais 54 precisaram de reparos e 17 ficaram impossibilitados de funcionar. O governo do Chile estimou os custos de reconstrução do setor de saúde em US\$180 milhões.

68. A OPAS colaborou de perto e ativamente com as autoridades chilenas e outras agências das Nações Unidas como parte da Equipe da ONU imediatamente após o desastre. A OPAS mobilizou peritos internacionais em desastres, infraestrutura hospitalar, saúde ambiental, saúde mental e comunicação de massa para apoiar a resposta do Chile. Além disso, coordenou doações de 175.000 doses de vacina contra hepatite A e 5.000 doses de vacina pneumocócica, a compra de um centro de vacinação móvel e equipamento biomédico e geradores elétricos no valor de US\$1,5 milhão, além de 30.000 guias sobre prevenção de doenças após desastres.

69. Uma contribuição importante da OPAS foi seu apoio ao desenvolvimento e implementação de um amplo plano de saúde ambiental após o terremoto, incluindo medidas para água potável, manejo de resíduos, controle de vetores, inocuidade dos alimentos e higiene. A OPAS também ajudou a implementar um plano de ação de saúde mental e ajudou o Servicio Nacional de la Discapacidad a elaborar uma estratégia e manual sobre atenção pós-desastre a pessoas com deficiências.

70. Além disso, a OPAS mobilizou mais de US\$2,8 milhões da Comissão Europeia (através do ECHO), **Canadá** (através da CIDA), CERF e Governo do Japão para apoiar projetos de reconstrução e fortalecimento da rede de saúde e redução do risco de problemas de saúde pública.

Hospitais seguros

71. A dedicação do Dia Mundial da Saúde 2009 ao tema “Salvar vidas - Hospitais seguros em situações de emergência” deu mais visibilidade e impulso à iniciativa de Hospitais Seguros da OPAS. Em setembro de 2009, o 49º Conselho Diretor da OPAS realizou uma mesa-redonda sobre o mesmo tema. Seu relatório final assinalava que mais de 67% dos quase 18.000 hospitais da América Latina e Caribe estão localizados em áreas de alto risco para desastres, e que muitas dessas instalações ficaram incapazes de funcionar após grandes terremotos, furacões e inundações. Em consequência, mais de 45 milhões de pessoas não receberam a atenção hospitalar necessária, e as perdas econômicas diretas da destruição de infraestrutura e equipamento provavelmente excederam US\$4 bilhões nos últimos 25 anos.

72. O relatório da mesa-redonda de 2009 formalmente endossou o plano de ação da OPAS para apoiar e monitorar os esforços dos Estados Membros para promover hospitais seguros. O plano insta todos os Estados Membros a estabelecer programas nacionais de hospitais seguros, criar sistemas de informação para registrar reparos e construção, estabelecer mecanismos para supervisionar todas as instalações de saúde, incorporar medidas de mitigação na nova infraestrutura de saúde e assegurar que as instalações já existentes sejam reformadas para resistir a desastres.

73. Durante 2009-2010, a OPAS apoiou esforços realizados no âmbito desse plano na **Argentina, Bolívia, Costa Rica, Cuba, Equador, Guatemala, México, Nicarágua, Panamá, Peru e República Dominicana**, além das ilhas caribenhas de **Anguilla e São Vicente e Granadinas**. O trabalho da OPAS na área de segurança hospitalar foi apoiado pelo **Canadá** (através da CIDA), Comissão Europeia (através do DIPECHO), **Espanha** (através da AECID), **Estados Unidos** (através da USAID), Banco Mundial e UNISDR.

Índice de segurança hospitalar

O Índice de Segurança Hospitalar, elaborado pela OPAS em consulta com peritos em redução de riscos, foi aplicado em 327 hospitais em 27 Estados Membros e territórios até meados de 2010, e uma versão adaptada do índice estava sendo aplicada em outras instalações de saúde. O índice permite que equipes treinadas avaliem a probabilidade de um hospital ou outra instalação de saúde continuar funcionando num desastre ou emergência e ajuda os funcionários a priorizar os investimentos necessários para melhorar sua segurança.

Até agora, o uso do Índice de Segurança Hospitalar revelou que somente 39% dos hospitais avaliados na América Latina e Caribe mostram alta probabilidade de continuar funcionando em caso de desastre; 15% requerem atenção imediata porque talvez não sejam capazes de proteger a vida dos pacientes e funcionários num desastre. O índice também mostra que a maioria dos hospitais e instalações de saúde são mais vulneráveis a problemas funcionais do que falhas estruturais.

Durante 2009-2010, **Argentina, Belize, Bolívia, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname e Trinidad e Tobago** aplicaram o Índice de Segurança Hospitalar, receberam treinamento em seu uso e tomaram medidas para abordar vulnerabilidades detectadas mediante sua aplicação. Uma versão adaptada do índice está sendo usada numa nova iniciativa de Escolas Seguras patrocinada pela Vice-Presidência da **Guatemala**. A OPAS continua a promover o índice como ferramenta para avaliar e melhorar cerca de 17.000 hospitais na Região.

Segurança centrada nas pessoas

74. A cooperação técnica da OPAS cresceu numa série de áreas que têm impacto sobre a saúde, mas que não se referem a controle e prevenção de doenças. Isso inclui esforços para abordar os determinantes sociais da saúde, conforme descrito em alguns dos exemplos mencionados, mas também programas e intervenções sobre questões como violência familiar e baseada no gênero, estigma e homofobia e saúde mental. Todas essas questões afetam diretamente a segurança humana das pessoas, e a OPAS e seus Estados Membros desenvolveram e aplicaram intervenções eficazes de saúde pública para abordá-las.

Violência baseada no gênero

75. A violência baseada no gênero é um importante problema de saúde pública nas Américas e um obstáculo significativo à segurança pessoal. Embora os dados não sejam abrangentes, alguns estudos indicam que quase metade de todas as mulheres da América Latina foi vitimada ou ameaçada com violência. Durante 2009-2010, a OPAS criou um novo cargo de Assessor Regional sobre Violência Familiar e continuou a apoiar os esforços dos Estados Membros para reduzir a violência familiar e baseada no gênero. As atividades incluíram seminários nacionais e sub-regionais na **Guatemala, México e Jamaica** sobre prevenção da violência sexual e por parceiro íntimo e monitoramento e avaliação de programas que combatem a violência contra as mulheres.

76. Além disso, a OPAS publicou vários relatórios sobre violência sexual e por parceiro íntimo na Região, incluindo a tradução para o espanhol de *Unhappy Hours: Alcohol and Partner Aggression in the Americas*; a segunda edição de *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries* (junho de 2010), publicado em parceria com a International Planned Parenthood Federation; e *Sexual Violence in Latin America and the Caribbean* (junho de 2010), um estudo publicado em parceria com a Sexual Violence Research Initiative, UNFPA e Ipas.

77. Em **Barbados**, a OPAS apoiou os esforços de escritórios que tratam das questões de gênero em países e territórios do **Caribe Oriental (Anguilla, Antígua e Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis e São Vicente e Granadinas)** para incorporar as questões de gênero e envolver os homens como parte da solução das desigualdades de gênero, particularmente a violência.

78. Em **El Salvador**, a OPAS apoiou a implementação de um Plano Nacional de Prevenção e Atenção à Violência Familiar, que inclui um enfoque abrangente envolvendo os setores da saúde, educação e judiciário, bem como a sociedade civil. Os principais

resultados obtidos em 2009-2010 foram o fortalecimento de quatro centros de tratamento especial em diferentes partes do país, um projeto de pesquisa sobre violência familiar e HIV, a incorporação de normas para abordar a violência contra as mulheres e a violência sexual no Programa de Saúde Familiar do Ministério da Saúde e fortalecimento de uma rede de ação contra a violência baseada no gênero.

79. Do mesmo modo, no **Equador**, a OPAS trabalhou com UNIFEM no desenvolvimento e divulgação de novas normas e protocolos para o tratamento e atenção integrada a vítimas de violência familiar, sexual e baseada no gênero como parte do Plano Nacional para Erradicar a Violência contra Mulheres e Crianças no Equador.

80. A OPAS também apoiou o programa conjunto da ONU “Consolidação da paz na **Guatemala** mediante prevenção da violência e gestão de conflitos”, um projeto de três anos financiado pelo Fundo para a Realização dos ODM e também apoiado pelo PNUD, UNICEF, UN-HABITAT, UNESCO, UNFPA e autoridades nacionais. Durante 2009-2010, a OPAS começou a atualizar protocolos de atenção às vítimas de violência e trabalhou com policiais, agentes do poder judiciário e profissionais da saúde sobre a aplicação apropriada de normas jurídicas, particularmente no tocante à violência baseada no gênero. Esse trabalho foi apoiado pela Suécia (através da SIDA).

81. No **Haiti**, a OPAS realizou uma avaliação da resposta do setor da saúde aos sobreviventes de violência, descrevendo áreas importantes de intervenção para orientar a cooperação técnica nessa área.

82. Com apoio da Noruega (através da NORAD), a OPAS ajudou organizações de mulheres na **Nicarágua** com esforços para prevenir e responder à violência familiar, que provocou a morte de 79 mulheres nicaraguenses em 2009. A OPAS também ajudou a fortalecer a capacidade do Ministério da Saúde da Nicarágua para responder à violência mediante a adoção e aplicação de normas e esforços conjuntos com organizações comunitárias e de mulheres. A OPAS está apoiando esforços para melhorar o acesso à justiça das mulheres nicaraguenses vítimas de violência.

83. No **Paraguai**, a OPAS faz parte de uma equipe interinstitucional encarregada de elaborar planos de ação para incorporar a prevenção da violência e tratamento no atendimento de emergência em seis hospitais especializados em atenção materno-infantil. A equipe desenvolveu e ajudou a implementar protocolos para melhorar o tratamento de vítimas de violência sexual e familiar nos serviços de saúde.

84. Em **Cuba**, a OPAS colaborou com a equipe de saúde mental do Ministério da Saúde para fornecer treinamento a profissionais sobre o diagnóstico, encaminhamento e tratamento da violência e promover mudanças de atitudes, práticas e conhecimento na provisão de atendimento a famílias que sofrem com esse problema.

Violência no local de trabalho no setor da saúde

A OPAS apoiou esforços da **Jamaica** para entender e abordar o problema da violência no local de trabalho no setor da saúde, incluindo violência, intimidação e outras formas de pressão psicológica. Num estudo, 71% das enfermeiras e médicos em dois hospitais de Kingston relataram que haviam encontrado pacientes ou membros da família violentos ou ameaçadores pelo menos uma vez no ano anterior. Outra pesquisa indica que esses problemas são um fator importante na migração de enfermeiras no Caribe. Na Jamaica, os profissionais de saúde estavam expostos a violência de armas de fogo e multidões ameaçadoras ao redor dos hospitais durante os recentes distúrbios. Em 2010, a OPAS organizou um seminário sobre violência no local de trabalho e baseada no gênero nos serviços de saúde e convocou a apresentação de propostas para estudar os problemas. Atualmente, sete estudos financiados pela OPAS estão sendo realizados em hospitais, centros de saúde e no campo. A OPAS está apoiando a formulação de uma política nacional sobre violência no local de trabalho no setor de saúde e um plano para sua implementação.

Num esforço similar, a OPAS ajudou o **Uruguai** a desenvolver uma metodologia para coletar dados primários sobre violência baseada no gênero nos serviços de saúde.

Homofobia e estigma

85. O problema da homofobia e estigma contra indivíduos sexualmente diversos é uma ameaça significativa à segurança pessoal, além de contribuir para a disseminação do HIV e outras infecções transmitidas sexualmente. A discriminação contra esses indivíduos diminuiu na Região, mas continua sendo um problema. Durante 2009-2010, a OPAS forneceu assistência técnica e defesa de causas para promover os direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) e pessoas que vivem com HIV no setor da saúde e na sociedade em geral.

86. A OPAS apoiou esforços de países e territórios do Caribe Oriental — **Anguilla, Antígua e Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis e São Vicente e Granadinas** — para abordar o estigma relacionado ao HIV nos serviços de saúde, reduzir as barreiras no acesso a serviços e ampliar o acesso ao teste de HIV.

87. A OPAS ajudou o Ministério da Saúde da **Argentina** a elaborar um novo guia de provisão de serviços de saúde para transgêneros, *Saúde, HIV/AIDS e Transexualidade*. A OPAS também trabalhou com a Associação Argentina de Travestis, Transexuais e Transgêneros (ATTA) sobre prevenção do HIV e ajudou-a a divulgar o vídeo *Translatina*, que mostra a vida de transgêneros na América Latina.

88. Na **Guatemala**, a OPAS apoiou esforços para reduzir a homofobia e ajudou a promover questões de diversidade sexual nas agendas de saúde e direitos humanos. A OPAS forneceu assistência técnica e financeira a organizações não governamentais que atuam nessa área, incluindo treinamento em administração e gestão de projetos, e apoiou uma campanha realizada pela Rede Nacional de Diversidade Sexual e HIV, que incluiu mensagens de utilidade pública destinadas a despertar a conscientização acerca dessas questões. A OPAS também ajudou a melhorar o tratamento clínico de pessoas com HIV e grupos sexualmente diversos mediante melhoria da infraestrutura e equipamento das clínicas e validação de modelos de atendimento para suas necessidades especiais.

89. Em **Belize**, a OPAS forneceu apoio e orientação a um recém-desenvolvido grupo de apoio para pessoas com HIV e ajudou o United Belize Advocacy Movement (UNIBAM), que promove questões de LGBT, a desenvolver sua capacidade institucional e elaborar um plano estratégico.

90. Na **Costa Rica**, a OPAS trabalhou com a UNAIDS para fornecer treinamento e apoio a organizações da sociedade civil que promovem questões de grupos sexualmente diversos. A OPAS também organizou eventos para despertar a conscientização acerca dessas questões entre funcionários públicos e promover o respeito pela diversidade de gênero. Em **Cuba**, a OPAS colaborou com organizações nacionais e agências da ONU na elaboração de estratégias para combater a homofobia e a violência familiar e baseada no gênero mediante cursos e seminários, atividades culturais, campanhas de comunicação social e divulgação de boas práticas.

91. Com apoio da Noruega (através da NORAD), a OPAS promoveu a harmonização de políticas, planos e leis relativas à saúde sexual e do adolescente com tratados internacionais de direitos humanos ratificados por Estados Membros da OPAS. As atividades incluíram seminários sobre saúde sexual e direitos humanos na Bolívia, El Salvador, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá, bem como apoio para adequar a legislação da Guatemala sobre HIV aos tratados e normas sobre direitos humanos da ONU e OEA. Além disso, a OPAS colaborou com ministérios da saúde, parlamentos e tribunais na Argentina, Honduras e Peru, fornecendo informação técnica sobre contracepção de emergência de maneira compatível com as observações do Comitê para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e Comitê dos Direitos da Criança, ambos da ONU.

92. No **Paraguai**, a OPAS apoiou a incorporação das perspectivas de direitos humanos, gênero e não discriminação nas escolas de saúde pública por meio do projeto “Políticas Públicas para Educação em Sexualidade no Sistema Educacional Paraguaiou.”

Saúde Mental

93. A saúde mental, além de parte integral da saúde humana — consagrada na Constituição da OMS —, é um componente crucial da segurança pessoal. Isso se reflete na inclusão pela OPAS das questões de saúde mental em seus esforços de emergência e resposta a desastres e em seus programas dirigidos para combater a violência familiar e baseada no gênero.

94. Os problemas de saúde mental constituem uma grande preocupação de saúde pública na América Latina e Caribe. Mais de 125 milhões de pessoas sofrem de alguma forma de distúrbio mental, mas menos da metade tem acesso a tratamento. O desafio nessa área é melhorar o acesso a serviços adequados em todos os países da região. Em 2009, registrou-se progresso nesse sentido, quando o Conselho Diretor da OPAS aprovou a Estratégia e Plano de Ação em Saúde Mental. Ao endossar o plano, os países se comprometeram a integrar a saúde mental em suas políticas e programas de saúde e promover reformas e outras mudanças que refletem um novo enfoque para os problemas psicossociais.

95. Em apoio a esses esforços, a OPAS colaborou com seus Estados Membros em 2009-2010 para formular políticas sobre saúde mental nos planos nacionais de saúde e fortalecer o modelo comunitário de atendimento para substituir o tradicional modelo curativo. Um exemplo desse trabalho é o projeto de cooperação técnica da OPAS com **Cuba, El Salvador e Guatemala** destinado a descentralizar os serviços de saúde mental dos hospitais para centros comunitários.

96. A OPAS também forneceu apoio à introdução de mudanças nas leis para promover a reforma da saúde mental. Na **Argentina**, a OPAS ajudou os legisladores a redigir uma nova Lei Nacional de Saúde Mental e prestou apoio para sua apresentação às comissões do congresso e durante os subsequentes debates. Em **Belize**, a OPAS ajudou a formular uma política nacional de saúde mental e a correspondente legislação, bem como um Plano Nacional de Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências. A OPAS também trabalhou com o Ministério da Saúde de **Trinidad e Tobago** para atualizar e melhorar a legislação sobre saúde mental, encorajando a adoção de um enfoque de direitos humanos. A OPAS também ajudou o ministério a implementar um novo enfoque integrado para os serviços de saúde mental e defendeu junto ao Ministério da Educação e a Employers Consultative Confederation a adoção de estratégias para promover a saúde mental no local de trabalho.

97. A OPAS colaborou com as secretarias de saúde do **México** e estado de Chihuahua na organização de um seminário em Ciudad Juárez sobre serviços de saúde mental para pessoas afetadas pela violência. Com uma média de 139 homicídios por 100.000 habitantes por ano, Ciudad Juárez tem uma das mais altas taxas de homicídio do mundo.

O seminário, apoiado com fundos dos **Estados Unidos** (através da USAID), se concentrou em serviços abrangentes de saúde mental baseados em modelos comunitários e atenção primária incorporando enfoques sensíveis ao gênero e direitos humanos.

98. Também em 2009-2010, a OPAS mobilizou peritos em saúde mental em apoio à resposta do **México** ao surto de influenza H1N1 e como parte da equipe de resposta após os terremotos no **Chile** e **Haiti**.

99. Além disso, a OPAS trabalhou com a Escola de Saúde Pública da Universidade do **Chile** na elaboração de um novo programa em gestão de serviços de saúde mental, oferecido pelo Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS, e continuou a fornecer apoio técnico para auditorias dos sistemas de saúde mental, que foram concluídas em 20 Estados Membros (os relatórios encontram-se em www.paho.org).

Segurança comunitária

100. A violência e as lesões corporais contribuem muito para a insegurança humana na América Latina e Caribe. O aumento da violência em muitos países nos últimos anos teve um impacto negativo sobre o desenvolvimento humano e a governança democrática. Ao mesmo tempo, a Região das Américas se mostrou um campo fértil para políticas, estratégias e intervenções que procuram prevenir a violência e as lesões corporais abordando os fatores de risco. A OPAS prestou apoio a uma série de iniciativas nessas áreas durante 2009-2010.

101. Na **Jamaica**, a OPAS se juntou à *Violence Prevention Alliance* para celebrar o Dia Internacional da Paz 2009 com atividades dirigidas aos jovens, o grupo mais afetado pela violência na Jamaica, tanto como agentes quanto como vítimas. A celebração encorajou os jovens a derrubarem as barreiras e se concentrar nos pontos que têm em comum em vez do que percebem como diferenças. A OPAS patrocinou um evento esportivo para jovens e a produção de material educativo distribuído no evento. Também na Jamaica, a OPAS formou uma parceria com o *Council of Voluntary Social Services* na provisão de treinamento em resolução de conflitos entre jovens para organizações não governamentais que prestam serviços de prevenção da violência nas comunidades.

102. Nas **Bahamas**, um participante do Programa de Líderes em Saúde Internacional da OPAS começou um estudo sobre a epidemiologia da violência entre os jovens. O estudo é uma resposta à crescente incidência de lesões decorrentes da violência, que afetam desproporcionalmente os jovens de 15 a 24 anos. Os resultados ajudarão a entender os determinantes da violência, seu impacto e sua interação no nível nacional, regional e internacional, com o objetivo de fornecer dados para a formulação de políticas e programas.

Fundo das Nações Unidas para a Segurança Humana

Durante 2009-2010, a OPAS trabalhou com outras agências da ONU numa série de projetos de segurança comunitária financiados pelo Fundo das Nações Unidas para a Segurança Humana, com o patrocínio do Governo do Japão.

Na **Bolívia**, a OPAS colaborou com o UNFPA e UNICEF na promoção da segurança humana entre adolescentes em 20 municípios de Cochabamba e Beni. O projeto reuniu membros dos setores de educação, saúde e justiça para implementar intervenções destinadas a habilitar os jovens, promover os direitos sexuais e reprodutivos, prevenir a violência e evitar a gravidez prematura. A OPAS também ajudou a fortalecer a capacidade de profissionais da saúde para fornecer atendimento de qualidade aos adolescentes.

No **Brasil**, a OPAS continuou seu trabalho com o UNICEF, UNESCO e UNFPA num projeto que procura reduzir a violência e promover uma cultura de paz na cidade de São Paulo, proporcionando experiências “humanizadoras” nas áreas de saúde, educação e ação comunitária. O projeto, com a duração de três anos, reúne peritos da ONU e funcionários municipais que atuam nas áreas de saúde, educação e serviços sociais, bem como representantes da comunidade e adolescentes, para trocar ideias e promover a capacitação de indivíduos, famílias e comunidades de modo a influenciar as políticas públicas e enfrentar ameaças à segurança humana.

Em **El Salvador**, a OPAS trabalhou com o PNUD, UNICEF e OIT num projeto para fortalecer a segurança humana promovendo a coexistência pacífica e melhorando a segurança dos cidadãos em três municípios do departamento de Sonsonate. A OPAS promoveu um enfoque integrado da violência familiar e sexual trabalhando com profissionais da saúde, autoridades judiciais e policiais e membros da comunidade para melhorar o tratamento das vítimas, despertar conscientização acerca das medidas de prevenção, promover a notificação comunitária de casos de violência familiar e sexual, desenvolver sistemas de informação sobre violência e formar grupos de apoio para vítimas. Como parte do mesmo projeto, a OPAS também forneceu cooperação técnica na área de segurança do trânsito (veja adiante).

Em **Honduras**, a OPAS trabalhou com o PNUD, UNICEF, FAO, UNHCR e UNFPA no Programa Conjunto de Apoio à Segurança Humana em Honduras. O projeto inclui o fortalecimento institucional dos municípios, criação de redes e microempresas de jovens e prevenção da violência mediante as Feiras Expo Paz e marchas pela paz destinadas a mobilizar jovens e outros atores e instituições locais.

103. Também em **El Salvador**, a OPAS trabalhou em coordenação com o PNUD, UNICEF, UNFPA e OIT no Programa Conjunto sobre Redução da Violência e Construção de Capital Social, financiado pelo Fundo para a Realização dos ODM. A OPAS ajudou a realizar um estudo sobre a coleta, análise e distribuição de informações relacionadas à violência e crime visando a fortalecer esses processos para informar as políticas e planejamento de prevenção da violência. A OPAS também apoiou pesquisas sobre a violência no âmbito nacional e ajudou a criar espaços e mecanismos para a participação e expressão dos jovens, incluindo locais de reunião em centros de saúde.

104. Com apoio da Suécia (através da SIDA), a OPAS elaborou um CD para desenvolver competências entre provedores de atenção primária que trabalham com jovens em questões de saúde sexual e reprodutiva. O módulo foi implementado na Nicarágua e Honduras para fortalecer a capacidade numa massa crítica de provedores de serviços. A OPAS também preparou um CD para promotores da juventude, “*Adventures to the Unknown*”, que treina educadores para serem facilitadores em intervenções que deixam os jovens explorarem e aprenderem a otimizar suas opções para o futuro evitando HIV, DST e gravidez indesejada.

105. Em 2010, a OPAS assinou com o Escritório Regional do PNUD para a América Latina e Caribe um acordo de trabalho conjunto para promover a segurança humana na **América Central** por meio de esforços nas áreas de prevenção da violência, segurança rodoviária, preparação para desastres e mudança climática. A OPAS e o PNUD decidiram elaborar um plano de ação para identificar e reduzir as ameaças à segurança humana em cada país, melhorar a informação e conhecimento sobre a segurança humana mediante intercâmbio de experiências e boas práticas e fortalecer a capacidade institucional de trabalho nessa área por meio de coordenação, treinamento e promoção de iniciativas conjuntas.

106. A OPAS também prestou apoio ao sistema de vigilância “Rede VIVA” do **Brasil** que coleta informação sobre violência mediante locais sentinelas nos serviços de saúde e pesquisas anuais.

Segurança rodoviária

107. O trabalho da OPAS para promover a segurança rodoviária em 2009-2010 incluiu duas publicações, *Advocating for Safe and Healthy Public Transportation* e *Relatório Regional sobre Segurança Rodoviária*, bem como a divulgação do *Relatório Mundial sobre Segurança Rodoviária* em reuniões sobre segurança rodoviária realizadas na **Argentina, Brasil, Colômbia e Panamá**. Esses relatórios mostram que as lesões por acidentes de trânsito são uma das principais causas de morte na Região, especialmente entre as idades de 5 a 44 anos: 142.252 mortos por ano e mais de 5 milhões de feridos. Os destaques da cooperação técnica da OPAS nessa área durante 2009-2010 incluem:

108. Na **Costa Rica** — o país com o maior gasto *per capita* em segurança rodoviária na Região — a OPAS apoiou esforços do Conselho de Segurança Viária (COSEVI) para prevenir acidentes de trânsito, particularmente entre os jovens. A OPAS também trabalhou com o COSEVI e o Instituto de Alcoolismo e Farmacodependência (IAFA) para promover a aprovação de uma lei que reduz os limites de álcool no sangue para os motoristas, formular uma nova política nacional sobre bebidas alcoólicas e prevenir o consumo de álcool por menores.

109. Em **El Salvador**, a OPAS apoiou a implementação de um Novo Plano Nacional de Segurança Rodoviária em colaboração com membros da Comissão Nacional de Segurança Viária (CONASEVI), incluindo a Polícia Civil Nacional, o Ministério da Saúde e governos municipais. Os esforços incluíram o estabelecimento de um sistema de vigilância dos acidentes de trânsito, fortalecimento da aplicação dos limites de velocidade e outras normas de trânsito, desenvolvimento de um guia técnico sobre cuidados de emergência para vítimas de acidentes e violência e educação sobre segurança no trânsito para crianças e jovens em 11 pontos críticos. As atividades foram apoiadas em parte pelo Fundo das Nações Unidas para a Segurança Humana (veja acima).

110. Em **Cuba**, a OPAS trabalhou com o Ministério dos Transportes e Instituto Nacional de Esportes, Educação Física e Recreação para promover a segurança rodoviária mediante atividades comunitárias dirigidas a crianças e adolescentes.

111. A OPAS também apoiou um projeto do Ministério da Saúde do **Brasil** destinado a reduzir as mortes e lesões devidas a acidentes de trânsito fornecendo financiamento a prefeituras para planejar atividades nessas áreas. Além disso, a OPAS está apoiando a participação do Brasil no projeto Segurança Rodoviária em 10 Países (RS10), financiado pela Bloomberg Family Foundation. As atividades no Brasil, que se concentrarão na prevenção da embriaguez ao volante e redução da velocidade, serão implementadas nas cidades de Palmas, Teresina, Belo Horizonte, Curitiba e Campo Grande.

112. Em **Trinidad e Tobago**, a OPAS apoiou o lançamento em 2010 da EVIPNet (Rede de políticas informadas por evidências) nacional e realizou um seminário sobre a formulação de documentos de política para a prevenção de violência e lesões.

113. A OPAS também apoiou um estudo do impacto econômico das lesões provocadas por acidentes em **Belize** e ajudou a analisar dados sobre mortes e lesões devidas a acidentes rodoviários em cidades do **Equador**.

Participação e proteção Social

114. Os esquemas de proteção social são o mecanismo amplo mais comum para assegurar a segurança humana nas Américas, e a proteção da saúde é parte integral desses esquemas. Durante 2009-2010, a OPAS apoiou os esforços dos países para fortalecer esquemas de proteção social elaborando e implementando políticas, leis e programas que procuram eliminar a exclusão; garantir acesso equitativo aos bens, serviços e tecnologias em saúde; e estabelecer a saúde como um direito humano universal. Grande parte do trabalho da OPAS na área de proteção social foi apoiado pela Suécia (através da SIDA).

115. Na **Guatemala**, a OPAS ajudou as autoridades de saúde a elaborar um projeto de lei sobre cobertura universal e financiamento dos serviços de saúde. A lei estabelecerá

um sistema nacional de saúde, arcabouço legal e orçamento para financiar a cobertura universal e proporcionar garantias explícitas para assegurar o acesso de todos os guatemaltecos, sem discriminação, a serviços gratuitos. O projeto de lei foi apresentado à Comissão de Saúde do Congresso em maio de 2010.

116. A **Bolívia**, com apoio da OPAS, elaborou legislação que cria um Sistema de Saúde Unificado para assegurar que todas as instalações de saúde pública — incluindo as do sistema de seguro social — ofereçam a mesma qualidade de serviço e proporcionem acesso gratuito de todos os bolivianos aos serviços. A lei deve ser aprovada pelo Congresso em 2010 e entrar em vigor em janeiro de 2011.

117. A OPAS também apoiou os esforços do **Uruguai** para incorporar outros grupos populacionais ao Fundo Nacional de Saúde (FONASA). Em consequência, os cônjuges, aposentados e profissionais que não contribuem para o Banco de Seguro Social serão incorporados ao FONASA em 2010.

118. Na **Colômbia**, a OPAS apoiou um projeto financiado pelo Fundo das Nações Unidas para a Segurança Humana para desenvolver um sistema integrado e sustentável de proteção social. A OPAS está ajudando a elaborar um modelo de atenção primária à saúde compatível com a Política Nacional de Saúde e está usando uma estratégia de “habitação saudável” para ajudar 500 famílias a melhorar suas condições habitacionais. Outras agências da ONU estão trabalhando no projeto: FAO, OCHA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, UNODC e WFP.

119. Também durante 2009-2010, a OPAS colaborou com outras agências da ONU para promover e documentar sistemas de proteção social na Região. Um exemplo é o estudo iniciado em setembro de 2009 sobre a Dimensão Nutricional das Redes de Proteção Social na América Central e República Dominicana, liderado pelo WFP com a participação da OPAS, INCAP, CEPAL, UNAIDS, UNICEF e OEA. O relatório final do estudo será divulgado em abril de 2010.

120. Na **República Dominicana**, a OPAS está apoiando uma iniciativa de transferência condicional de renda conhecida como programa “Solidariedade”, em que as famílias de baixa renda recebem dinheiro em troca do cumprimento de uma série de requisitos de saúde e educação, que incluem vacinas e suplementação de micronutrientes para crianças menores de 3 anos, teste de esfregaço e atenção pré-natal e pós-natal para mulheres e check-ups anuais para maiores de 65 anos, bem como participação de adolescentes em atividades destinadas a reduzir os fatores de risco. O programa atualmente cobre mais de 750.000 famílias.

Acesso a Serviços

121. Em 2009-2010 a OPAS continuou a apoiar os esforços de seus Estados Membros para expandir o acesso de sua população aos serviços de saúde. A cooperação técnica nessa área inclui apoio a legislação que garanta o acesso a serviços de saúde e iniciativas destinadas a melhorar a coordenação e prestação dos serviços.

122. Na **Guatemala**, a OPAS trabalhou com a Comissão de Saúde do Congresso, Ministério da Saúde, Universidade de San Carlos e o Instituto de Seguro Social (IGSS) na elaboração e proposta de uma nova lei baseada no direito humano à saúde, com disposições sobre financiamento da cobertura universal. A OPAS também ajudou a elaborar nova legislação que cria uma carreira de serviço público no setor da saúde, visando a garantir a disponibilidade de recursos humanos em saúde para áreas rurais pobres e remotas. Inclui incentivos ao pessoal para promover o atendimento centrado no paciente e respeito aos direitos do paciente e melhorar a produtividade e qualidade do atendimento no sistema de saúde.

Serviços de saúde gratuitos no Haiti

Um dos esforços mais bem-sucedidos para expandir o acesso a serviços básicos de saúde é o programa de Atendimento Obstétrico Gratuito (SOG) no **Haiti**, desenvolvido com financiamento do **Canadá** (através da CIDA) e com apoio técnico da OPAS. O programa proporciona atendimento gratuito a mulheres grávidas de baixa renda, cobrindo o custo dos serviços prestados em instalações de saúde públicas, mistas e privadas sem fins lucrativos em todo o país. O programa foi lançado em 2008 e inicialmente utilizava 45 instalações, mas dentro de um curto período aumentou significativamente a proporção de partos institucionais, melhorou o atendimento obstétrico de emergência e reduziu a mortalidade materna. Depois do terremoto de janeiro de 2010, a OPAS trabalhou com o UNFPA, UNICEF, OCHA e outros parceiros para assegurar a continuação do programa, e em meados de 2010 estava prestando serviços de saúde a 50.000 beneficiários. Planeja-se aumentar o número de instituições participantes, expandir os serviços para incluir atendimento pré-natal e pós-natal e aumentar o número de beneficiárias com o objetivo de assegurar que todas as haitianas tenham acesso a atendimento obstétrico. Além disso, o programa SOG ampliado substituirá o pagamento por serviços prestados por pagamento pelo desempenho.

Com base em parte no modelo SOG, o Ministério da Saúde do Haiti desenvolveu, com apoio da OPAS, um ambicioso plano para prestar serviços básicos de saúde gratuitos a toda a população. A primeira fase do plano, que teve início em junho de 2010, envolve a prestação de serviços de saúde em 33 instalações públicas, privadas e mistas. A segunda fase expandirá o número de instalações e serviços para cobrir as principais necessidades de saúde da população.

123. Na **Venezuela**, a OPAS forneceu apoio para o desenvolvimento de “casas de saúde comunitárias” como parte do Plano Nacional para Reduzir a Mortalidade Materna e Infantil. As casas de saúde comunitárias funcionam em domicílios particulares e são chefiadas por um membro da família, em geral a mãe, que proporciona atendimento para mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos, com base na estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDI). Essas casas, que no início eram uma maneira de expandir o acesso aos serviços de saúde, se tornaram parte integral das redes locais e tiveram um impacto positivo na redução da mortalidade materna e infantil.

124. A OPAS apoiou esforços de países e territórios do Caribe Oriental — **Anguilla, Antígua e Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis e São Vicente e Granadinas** — para reorganizar suas redes de serviços com base na estratégia de atenção primária e melhorar a infraestrutura. A cooperação técnica da OPAS incluiu apoio ao desenvolvimento de modelos integrais de atenção e à elaboração e avaliação de redes integradas de serviços de saúde. Como parte desse processo, a OPAS envolveu o UNOPS, cujos funcionários trabalharam com funcionários do Ministério da Saúde pela primeira vez no Caribe de língua inglesa para apresentar opções eficazes em função do custo e confiáveis para o desenvolvimento da infraestrutura hospitalar em **Barbados, Granada e Santa Lúcia**.

125. Em **El Salvador**, a OPAS está ajudando a implementar redes integradas de serviços de saúde em sete municípios na região oeste do país. O processo inclui participação comunitária e cooperação intersetorial, coordenação entre hospitais e unidades de saúde, melhoria da infraestrutura e qualidade do atendimento em diferentes níveis, sistemas de encaminhamento, melhorias na gestão de laboratórios clínicos e implementação de um sistema efetivo de atendimento de emergência pré-hospitalar.

126. Com apoio da Suécia (através da SIDA), a OPAS organizou um estudo do impacto da exclusão dos serviços de saúde sobre o acesso a medicamentos essenciais. Estudos realizados na Guatemala e Nicarágua foram finalizados durante 2009-2010 e a OPAS organizou seminários para discutir e divulgar os resultados. Além disso, uma análise comparativa desses resultados e dos resultados de Honduras foi concluída em 2009.

127. Outros esforços apoiados pela OPAS nessa área durante 2009-2010 incluíram um seminário sobre o direito à saúde e melhor acesso a serviços básicos, co-patrocinado pelo Ministério da Saúde de **Belize** em dezembro de 2009, e o Terceiro Congresso de Reguladores do Seguro Social, realizado em Santiago, **Chile**, em novembro de 2009. A OPAS também apoiou um relatório baseado nessa reunião comparando os sistemas de seguro social em nove Estados Membros da OPAS e detalhando os principais obstáculos que esses sistemas enfrentam.

Segurança sanitária comunitária na Colômbia

O deslocamento interno de um grande número de pessoas devido a conflitos contribui para aumentar a insegurança de comunidades e grupos populacionais. Na **Colômbia**, grupos armados continuam a perpetrar violência contra populações vulneráveis, particularmente nos departamentos da costa do Pacífico. Isso provocou grandes movimentos internos de indivíduos e famílias para áreas mais seguras, mas que os deixam vulneráveis a outras ameaças incluindo doenças, desnutrição e violações dos direitos humanos. Durante 2009-2010, a OPAS ajudou a ampliar as intervenções de saúde nessas áreas, especificamente em 24 municípios prioritários nos departamentos de Nariño, Chocó, Cauca, Valle del Cauca, Arauca, Norte de Santander, Huila, Putumayo e Caqueta.

Segundo dados do governo, o número de pessoas deslocadas tem aumentado cada vez mais, atingindo quase 3 milhões, em sua grande maioria mulheres e crianças sem acesso a saúde e serviços sociais. Fontes oficiais apontam indicadores de saúde para esses grupos deslocados que são característicos de populações subdesenvolvidas e socialmente excluídas, incluindo altas taxas de mortalidade entre crianças até 5 anos, diarreia aguda e infecções respiratórias, altas taxas de mortalidade e morbidade entre jovens e mulheres grávidas e baixa cobertura de vacinação.

Durante 2009-2010, a OPAS continuou trabalhando com autoridades nacionais e departamentais para aumentar o acesso aos serviços primários de saúde e melhorar a qualidade de vida e a situação nutricional das populações deslocadas, mediante estratégias específicas para cada local. Os esforços incluem a formação de equipes locais de resposta rápida, geração de dados e informações e estabelecimento de acordos políticos e técnicos para integrar a saúde nas agendas municipais. Os membros das comunidades deslocadas recebem treinamento em criação de ambientes saudáveis, manejo apropriado da água potável, gestão de fontes hídricas e prevenção de doenças. Equipes móveis de saúde especializadas em resposta de emergência desempenham um papel crucial nessas estratégias.

Mediante essas intervenções, a OPAS continua a fortalecer a capacidade dos serviços locais de saúde para controlar crises, melhorar a disponibilidade de informações sobre populações deslocadas e assegurar que as pessoas deslocadas possam exercer plenamente seus direitos civis e sociais. O apoio a esse trabalho foi proporcionado pelo **Canadá** (através da CIDA), **Estados Unidos** (através da USAID e Departamento de Estado), Comissão Europeia (através do ECHO), **Espanha** (através da AECID) e CERF.

Segurança sanitária e controle de doenças

128. Entre as contribuições mais diretas da OPAS para a segurança humana na Região das Américas durante 2009-2010 está o seu trabalho na área de controle e prevenção de doenças. Os esforços da OPAS nessa área abordam todos os principais fatores que contribuem para a carga de doença nas Américas, com ênfase nas doenças que afetam desproporcionalmente os grupos mais pobres e marginalizados e aquelas que podem ser abordadas de maneira mais eficaz mediante esforços regionais.

RSI e segurança sanitária regional

129. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005 requer que os países tenham a capacidade, até 2012, de detectar, avaliar, confirmar, notificar e implementar medidas de controle para qualquer evento que possa causar uma emergência internacional de saúde pública.

130. A OPAS apoiou os esforços de seus Estados Membros para cumprir plenamente os requisitos do RSI ajudando a avaliar a capacidade de vigilância e resposta e com treinamento para melhorar a capacidade nessas áreas. Até agora, 28 dos 33 países da América Latina e Caribe prepararam planos nacionais para fortalecer a capacidade e 26 estabeleceram Pontos Focais Nacionais (PFN) do RSI, que funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana. Para 11 países prioritários, a OPAS mobilizou US\$1,1 milhão para fortalecer PFN mediante treinamento, orientações e ferramentas para vigilância sanitária e operações dos PFN. A OPAS também organizou a Primeira Reunião Regional sobre a Implementação do RSI em Quito, **Ecuador**, em maio de 2010, para funcionários responsáveis pela implementação do RSI em seus países. Além disso, a OPAS preparou e divulgou um “Esquema para a Implementação Normativa do RSI (2005),” que inclui recomendações sobre regulamentos e boas práticas para a implementação do RSI do ponto de vista legal.

131. Para fortalecer a capacidade de resposta, a OPAS apoiou treinamento para equipes de resposta rápida na **Bolívia, Costa Rica, Chile e Ecuador**; participou na preparação da proposta de um novo Programa de Epidemiologia no **Paraguai**; e está apoiando esforços similares no **Peru e Argentina**. Esse trabalho inclui a provisão de ferramentas para investigações (incluindo equipamento de proteção pessoal) e treinamento em estratégias de controle de infecções, manejo seguro de amostras clínicas, manejo de acidentes de massa e comunicação de riscos e surtos.

132. Além disso, a OPAS ajudou 18 Estados Membros a avaliar sua capacidade de detecção e notificação de eventos sanitários nos portos de entrada; 10 países prepararam os planos de ação correspondentes. O assessor da OPAS nesse tema realizou missões de cooperação técnica na **Argentina, Ecuador, El Salvador, Nicarágua, República Dominicana e Uruguai**, e a Organização patrocinou uma reunião em El Paso, Texas, na qual os países compartilharam conhecimentos e experiências sobre cruzamento de fronteiras. Os participantes incluíram representantes do **Brasil, Estados Unidos, Guatemala, México, Peru e Uruguai**.

133. Durante 2009, como Ponto Focal Regional do RSI, a OPAS registrou 166 eventos de importância para a saúde pública internacional, sendo 39 relacionados à pandemia de influenza (H1N1) 2009; 34% foram notificados por PFN nos países, 14% foram notificados por outras instituições governamentais e 52% foram captados mediante

vigilância de rotina. O sistema regional de gestão de eventos da OPAS proporcionou 539 atualizações de 49 eventos de saúde pública que foram analisados em reuniões diárias de avaliação de eventos.

134. Outros esforços de fortalecimento da capacidade na área de vigilância e resposta incluíram o Protocolo Genérico OPAS-CDC para Vigilância da Influenza, destinado a criar um sistema de vigilância que permita a avaliação da atividade do vírus da influenza em toda a região e facilitar comparações das cepas e casos de infecções respiratórias entre regiões e sub-regiões.

135. Em esforços conexos, a OPAS trabalhou com os Estados Membros para melhorar a capacidade dos laboratórios mediante treinamento em técnicas laboratoriais e aquisição de equipamentos, reagentes e outros materiais. Em consequência desse trabalho, cinco novos Centros Nacionais de Influenza na Região foram designados pela OMS nos últimos cinco anos (três — na **Bolívia, Guatemala e Nicarágua** — durante 2009-2010) por sua capacidade de diagnosticar de maneira segura e efetiva os vírus da influenza.

Pandemia de influenza (H1N1) em 2009

136. A pandemia de influenza (H1N1) 2009 representou um teste importante do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e de vários anos de esforços de preparação executados na Região com apoio da OPAS. Seis meses após o início da pandemia, numa reunião realizada em setembro de 2009 em Miami, representantes dos Estados Membros da OPAS concordaram que os recentes esforços para melhorar a capacidade dos países de cumprir o RSI e os esforços específicos de preparação para pandemias tinham sido cruciais no fortalecimento da resposta da região à pandemia de 2009.

137. O surgimento e disseminação do novo vírus (H1N1) a partir de abril de 2009 produziram uma enorme demanda de cooperação técnica da OPAS. A Organização respondeu rapidamente mobilizando equipes interdisciplinares de peritos através da Rede Global de Alerta e Resposta (GOARN) da OMS. Elas proporcionaram assistência aos países afetados em vigilância de doenças respiratórias, controle de infecções, diagnóstico de influenza e comunicação sobre surto e risco.

138. Uma das áreas mais importantes do trabalho da OPAS foi o treinamento no uso da reação em cadeia da polimerase (PCR), um dos poucos métodos confiáveis para detectar o vírus pandêmico (H1N1) 2009. A OPAS também coordenou a compra de equipamento, materiais e reagentes para laboratórios. Em resultado desses esforços, todos os países da Região estão em condições de diagnosticar o vírus pandêmico (H1N1) 2009.

139. A OPAS também ajudou os Estados Membros a intensificar a vigilância de infecções respiratórias agudas, proporcionando diretrizes e treinamento. Além disso, a OPAS coordenou compras e doações de materiais e equipamento, incluindo mais

de 589.000 doses de oseltamivir e 50.000 kits de equipamento de proteção pessoal. Em colaboração com a Associação Pan-Americana de Doenças Infecciosas, a OPAS convocou um grupo de peritos para elaborar diretrizes clínicas para o manejo de casos suspeitos ou confirmados de influenza pandêmica (H1N1) 2009. Outras formas de apoio incluíram a tradução de guias para o espanhol e a publicação de um boletim semanal resumindo as últimas informações epidemiológicas e virológicas sobre a pandemia.

140. Para assegurar o acesso dos Estados Membros à nova vacina contra influenza pandêmica (H1N1) 2009, em resposta a um pedido dos chefes de Estado na União de Nações da América do Sul (UNASUL), o Fundo Rotativo para Aquisição de Vacinas da OPAS abriu uma licitação em nome dos países e territórios da Região. Até meados de 2010, 23 países haviam adquirido mais de 20 milhões de doses por meio do fundo. Além disso, **Bolívia, Chile** (após o terremoto), **Cuba, El Salvador, Guatemala, Guiana, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Suriname** receberam vacinas doadas através da OMS.

141. Essas atividades receberam apoio do **Canadá** (através da CIDA), **Espanha** (através da AECID), **Estados Unidos** (através da USAID e CDC), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e OMS.

Preparação para pandemias

Nas **Bahamas e Ilhas Turcas e Caicos** a OPAS proporcionou informação técnica atualizada e orientação para funcionários do setor da saúde sobre questões relacionadas à pandemia de influenza (H1N1), incluindo o manejo de surtos em navios que aportam nessas ilhas. A OPAS facilitou discussões entre funcionários da saúde e o médico-chefe de uma importante companhia de cruzeiro para verificar a preparação dos navios para atender passageiros e tripulantes doentes e avaliar a capacidade das instalações médicas e de emergência a bordo. A cooperação técnica da OPAS nessa área também incluiu uma série de exercícios de simulação nas Ilhas Turcas e Caicos e o desenvolvimento de novo plano de preparação para a pandemia de influenza.

Imunização

142. Como uma das intervenções mais eficazes no arsenal de saúde pública, a imunização representa uma contribuição essencial para a segurança sanitária e humana e é uma das áreas mais importantes da cooperação técnica da OPAS. Durante 2009-2010, o programa de imunização da OPAS desempenhou um papel crucial em duas áreas importantes: 8ª semana anual de vacinação nas Américas e aplicação regional da vacina contra influenza pandêmica (H1N1).

143. A Semana de Vacinação nas Américas 2010 foi celebrada de 24 de abril a 1º de maio em muitos países das Américas. O lema do evento, “Chegando a todos,” reflete o objetivo da iniciativa de mobilizar adultos e crianças, de ambos os sexos, jovens e velhos, com a meta geral de atingir cerca de 42 milhões de pessoas em toda a região. Os países e territórios da Região executaram uma ampla variedade de atividades para promover a vacinação e outras intervenções preventivas, incluindo suplementação de vitamina A.

144. Os eventos de lançamento da Semana de Vacinação 2010 tiveram lugar na **Nicarágua**, fronteira **Estados Unidos/México** (em conjunto com a semana de imunização infantil dos EUA), fronteira entre **Haiti** e **República Dominicana** e fronteira entre **Guiana Francesa** e **Suriname**. Trata-se do primeiro lançamento bi-regional da Semana de Vacinação nas Américas, já que a Guiana Francesa é um departamento da França. Os profissionais da saúde de ambos os lados da fronteira participaram de uma série de seminários para intercambiar práticas de imunização e abordar questões relativas às populações fronteiriças, como o desafio de monitorar a imunização de crianças que foram vacinadas em mais de um país. Em resultado desses esforços, os dois países se comprometeram a fortalecer a notificação e intercâmbio de informações epidemiológicas e dados sobre cobertura de vacinação.

145. Neste ano também observou-se uma expansão geográfica da Semana de Vacinação. Observadores da Região Africana (AFRO) da OMS participaram de atividades dessa iniciativa no **Haiti** e **República Dominicana**, enquanto a Região Europeia (EURO) celebrou sua 5ª Semana de Imunização de 24 de abril a 1º de maio. Além disso, a primeira Semana de Vacinação na Região do Mediterrâneo Oriental (EMRO) foi realizada em 24-30 de abril, com eventos no Líbano, Afeganistão, Iraque, Paquistão e Sudão, entre outros. Se o progresso continuar conforme planejado, a meta de uma semana global de imunização estará mais próxima do que nunca.

146. Em 2009-2010 a OPAS também trabalhou no fortalecimento dos sistemas de regulamentação sanitária nos Estados Membros para melhorar o acesso a medicamentos, vacinas e outros produtos biológicos, incluindo biotecnologia e antídotos. No âmbito regional, esses esforços foram realizados através da Rede Pan-Americana de Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (PANDRH). A OPAS também começou a elaborar e implementar um processo para avaliar a capacidade das autoridades nacionais de executar as funções básicas estabelecidas pela OMS para essa área.

Doenças negligenciadas

147. Em 2009, o Conselho Diretor da OPAS, mediante a Resolução CD49.R19, decidiu trabalhar para eliminar ou reduzir as doenças negligenciadas ou relacionadas à pobreza para que não constituam mais um problema de saúde pública em 2015. Para atingir essa meta, a OPAS em 2009 se juntou ao BID e à Rede Global de Doenças Tropicais Negligenciadas/Instituto Sabin na criação de um fundo fiduciário para apoiar a

eliminação dessas doenças em Estados Membros da OPAS. As primeiras iniciativas do fundo incluíram dois projetos piloto: em Recife, Brasil, para eliminar a filaríase linfática, e em Chiapas, **México**, para eliminar a oncocercose e tracoma.

148. A OPAS continuou seus esforços para eliminar a doença de Chagas, que afeta cerca de 8-9 milhões de pessoas na Região, com sinais de transmissão em 21 países. Durante 2008-2009, quatro países — **Chile, Guiana, Panamá e Peru** — se juntaram a 14 outros países com triagem universal para Chagas em seus bancos de sangue e houve um aumento no diagnóstico preventivo de infecção materna com Chagas para facilitar o diagnóstico e tratamento de recém-nascidos. Além disso, a OPAS produziu novos guias e recursos de treinamento para combater surtos da doença transmitidos por alimentos.

149. Mais de 9 milhões de pessoas continuam sob o risco de contrair filaríase linfática na Região, a maior proporção delas no **Haiti**. O terremoto de janeiro de 2010 complicou a entrega oportuna de medicamentos para tratar a doença, mas uma reunião convocada pela OPAS em fevereiro de 2010 mobilizou parceiros internacionais para continuar tentando eliminar essa doença.

150. A OPAS também apoiou esforços para expandir o tratamento antiparasitário para cobrir uma crescente proporção do número de crianças, estimado em 46 milhões na América Latina e Caribe, sob risco de parasitas intestinais transmitidos pelo solo. Dados da OPAS mostram que 4.805.522 crianças em idade pré-escolar e 37.430.165 crianças em idade escolar receberam vermífugos ao menos uma vez em 2009.

151. A esquistossomose — uma doença parasitária crônica que pode danificar órgãos internos e prejudicar o crescimento e desenvolvimento infantil — continuou a ser transmitida em quatro países da Região: **Brasil, Santa Lúcia, Suriname e Venezuela**, com 25 milhões de pessoas em risco, a maioria no Brasil. Em 2009, a OPAS ajudou a preparar um estudo da prevalência e intensidade da esquistossomose e infecções helmínticas no Suriname. O estudo deve ser concluído em 2010.

152. A OPAS continuou a promover a vigilância da lepra, também conhecida como hanseníase. Em 2009, foram notificados 48.432 casos em 27 países das Américas. Em todos os países, com exceção do Brasil, os casos foram reduzidos a menos de 1 por 10.000 habitantes.

153. Durante 2009-2010, a OPAS apoiou o mapeamento de casos de tracoma no âmbito municipal e comunitário no **Brasil, Guatemala e México** e ajudou a elaborar planos abrangentes para a implementação da estratégia SAFE (cirurgia, antibióticos, higiene facial e melhoria ambiental) para sua eliminação. A OPAS também formou parcerias estratégicas com instituições, universidades, ONGs e doadores para apoiar planos abrangentes de eliminação do tracoma na Guatemala e Brasil.

154. Em 2009-2010 a OPAS continuou a apoiar e promover a prevenção e controle da malária. Desde 2000, 18 dos 21 países endêmicos da região notificaram uma queda constante no número de casos e a eliminação da transmissão da malária é considerada viável no **México e América Central, Haiti, República Dominicana, Argentina e Paraguai**. A OPAS apoiou a expansão da Iniciativa Amazônica contra a Malária, que agora inclui Brasil e oito países vizinhos. A OPAS está apoiando a extensão dos esforços da Rede Amazônica de Vigilância da Resistência aos Antimaláricos (RAVREDA) a outras sub-regiões, incluindo a Mesoamérica, com financiamento dos **Estados Unidos** (através da USAID).

155. O tétano neonatal foi eliminado como problema de saúde pública em todos os países da Região, com exceção do **Haiti**, que notificou mais de metade de todos os casos durante os últimos cinco anos. A OPAS apoiou a vacinação de haitianas em idade de procriação realizada em 2009 e depois do terremoto em 2010.

156. Com apoio da OPAS, em 2009-2010 os países continuaram seus esforços para eliminar a raiva humana transmitida por cães. O **Haiti** conseguiu vacinar 400.000 cães e gatos numa campanha que começou antes do terremoto e foi concluída depois, usando vacinas doadas pelo Brasil. Na sua primeira campanha de massa contra a raiva nas últimas décadas, a **República Dominicana** vacinou mais de 1 milhão de animais, também usando vacinas doadas pelo **Brasil**. A OPAS forneceu apoio para o programa nacional da **Bolívia**, que reduziu pela metade os casos de raiva humana. Em toda a Região, os casos de raiva humana diminuíram de 268 em 1983 para 17 em 2009, sendo 10 transmitidos por cães.

Transmissão vertical da sífilis e HIV

Durante 2009-2010, a OPAS e outros parceiros desenvolveram uma nova Iniciativa Regional para Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita. A meta da iniciativa é aumentar a cobertura para mais de 95%, até 2015, nas seguintes áreas: atenção pré-natal e parto assistido, triagem de sífilis e HIV em mulheres grávidas, tratamento profilático da sífilis em mulheres grávidas e manejo profilático do HIV em crianças. Outras metas incluem o aumento para 95% na proporção de centros de saúde que integram prevenção e diagnóstico do HIV e outras DST em seus serviços e aumento para 95% na proporção de países que têm sistemas de informação para medir o progresso na eliminação da transmissão vertical do HIV e sífilis congênita e apoiar a tomada de decisões. Em 2009-2010, o quadro conceptual, guia clínico e documento de monitoramento e avaliação foram concluídos.

Em junho de 2010, a OPAS e o UNICEF realizaram uma reunião de dois dias nas **Bahamas** para funcionários médicos da CARICOM e Grupo de Trabalho Técnico sobre a Iniciativa para Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita. Os participantes examinaram a situação atual do problema, discutiram metas e cronogramas para a iniciativa e enfatizaram a necessidade de definições padronizadas e apoio aos laboratórios.

Saúde sexual e reprodutiva

157. A saúde sexual e reprodutiva tem um grande impacto sobre a segurança e o desenvolvimento humano, com consequências em termos de vida ou morte e efeitos duradouros sobre o bem-estar psicológico, físico e socioeconômico dos indivíduos. Durante 2009-2010, a OPAS continuou fornecendo cooperação técnica para abordar questões de saúde sexual e reprodutiva, incluindo parto seguro e sobrevivência de recém-nascidos, doenças sexualmente transmissíveis e prevenção, detecção e tratamento do câncer de colo do útero.

Mães e crianças seguras

O Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodução (CLAP/SMR) da OPAS no **Uruguai** coordenou grande parte do trabalho da Organização nessa área, que durante 2009-2010 se concentrou na melhoria do treinamento dos profissionais de saúde usando diretrizes atualizadas, especialmente o *Guia para Atenção à Mulher e ao Recém-Nascido, com enfoque de serviços primários*. O CLAP organizou seminários de treinamento no âmbito local, sub-regional (América Central) e regional para médicos, parteiras e enfermeiras de países com altas taxas de mortalidade materna.

O CLAP também desenvolveu um novo Sistema Computadorizado de Registro Clínico Perinatal para facilitar a coleta e análise de dados para monitoramento e avaliação das intervenções e programas de saúde materno-infantil. O registro clínico, que capta informação essencial sobre as mães, natimortos e recém-nascidos, foi desenvolvido mediante consultas com peritos em Estados Membros da OPAS. Em 2010, o CLAP publicou um guia para usar o novo sistema de registro clínico.

A OPAS também deu continuidade aos seus esforços para aumentar o acesso à atenção materno-infantil, particularmente entre a população rural e indígena. Os exemplos incluem a promoção da estratégia de “casas maternas”, que tem um foco multicultural, e apoio ao programa de atendimento obstétrico gratuito (SOG) do **Haiti** (descrito anteriormente).

Também durante 2009-2010, a OPAS promoveu um novo quadro conceptual e normas clínicas para a eliminação da transmissão vertical da sífilis e HIV/AIDS, e instituiu a notificação automática da sífilis como parte do Sistema de Informação Perinatal (SIP).

158. Na **Bolívia e El Salvador**, a OPAS apoiou a implementação de novos planos estratégicos nacionais de saúde sexual e reprodutiva e forneceu cooperação técnica sobre atenção a mulheres grávidas, parto e pós-parto; atenção ao recém-nascido; planejamento familiar; prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis; prevenção de câncer do colo do útero; e prevenção e atenção para adolescentes.

159. Também na **Bolívia**, a OPAS ajudou a desenvolver novos protocolos para detecção e controle de câncer do colo do útero e ajudou a implementar o controle e

monitoramento desse câncer em unidades de saúde que não prestavam esses serviços. O apoio da OPAS incluiu equipamento de laboratório para citopatologia e colposcopia e treinamento para médicos e enfermeiras no teste de esfregaço e inspeção visual com ácido acético.

160. No **Equador**, a OPAS apoiou esforços para implementar uma mudança de paradigma nos serviços de saúde da “atenção materno-infantil” para um foco mais amplo na saúde sexual e reprodutiva. Além disso, a OPAS trabalhou com CLAP, OMS e a Partnership for Maternal, Neonatal and Child Health (PMNCH) no apoio a um projeto de cooperação técnica horizontal para promover a saúde materno-infantil na **Bolívia, Chile, Equador e Paraguai** mediante o desenvolvimento de propostas conjuntas, treinamento e intercâmbio de informações e experiências.

161. Na **Costa Rica**, a OPAS colaborou com o Ministério da Saúde, UNFPA, Fundo de Seguro Social (CCSS) e instituições da sociedade civil para organizar a Pesquisa Nacional sobre Saúde Sexual e Reprodutiva em 2009. A pesquisa, que se concentrará em mulheres e homens de 15 a 80 anos, coletará dados relativos a fontes de informação sobre saúde sexual e reprodutiva, conhecimento acerca de contracepção e planejamento familiar e comportamento sexual, incluindo idade de início, tipos de parceiros, tipos de relações e níveis de satisfação, saúde materna, fecundidade e atitudes relativas à gravidez. A última pesquisa da Costa Rica foi realizada em 1996.

Rostos, Vozes e Lugares dos ODM

A iniciativa “Rostos, Vozes e Lugares dos ODM” (FVP) da OPAS usa um enfoque participativo e integrado para o desenvolvimento da saúde municipal e redução da pobreza a fim de atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em comunidades vulneráveis das Américas. A iniciativa inclui mais de 30 comunidades em 17 países. Durante 2009-2010, a FVP começou em quatro ilhas do Caribe Oriental — **Anguilla, Montserrat, Granada e Dominica** — e estendeu seu trabalho em três municípios da região do Chaco na América do Sul, com ênfase especial em projetos de água e microprodução. Além disso, a FVP desenvolveu um programa para fortalecer a cooperação entre os setores da saúde, educação e desenvolvimento no âmbito local na **Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá** e na região do Chaco na **Argentina**.

Também durante 2009-2010, a OPAS lançou o Programa Rostos, Vozes e Lugares de Jovens Profissionais para os ODM, com apoio do **Canadá** (através da CIDA). O programa seleciona jovens com interesse e experiência em desenvolvimento internacional e lhes proporciona uma semana de treinamento especializado seguido de três meses de trabalho numa comunidade FVP. O primeiro grupo viajou em meados de 2009 para comunidades na **Bolívia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana, Honduras, Panamá e Peru**, e o segundo visitou **Anguilla, Dominica, Granada e Montserrat** em meados de 2010. Os participantes trabalharam com jovens e outros membros das comunidades na identificação de boas práticas para atingir os ODM no âmbito local e documentar essas práticas usando formatos de multimídia, incluindo vídeo.

Capítulo III. Lições aprendidas e desafios futuros

162. Os componentes da segurança humana, conforme ilustrado nos capítulos I e II, não são questões novas para a OPAS. A ameaça de epidemias internacionais é um dos principais motivos pelos quais a OPAS foi originalmente fundada em 1902 como Repartição Sanitária Internacional. O impacto de conflitos sobre a saúde foi abordado pelos esforços da OPAS para utilizar a “saúde como uma ponte para a paz” na América Central durante os anos 1980, enquanto a resposta a desastres e a redução de riscos, como a água potável e o saneamento, são há muito tempo áreas de trabalho da Organização. Mesmo o trabalho da OPAS em áreas como a violência comunitária e familiar, ambientes saudáveis e segurança no trânsito começou nos anos 1990, antes que a segurança humana se tornasse um tema central da agenda internacional.

163. Como conceito “novo”, porém, pode-se considerar que a segurança humana agrega valor à cooperação técnica da OPAS na saúde pública de várias formas. Ressalta a importância fundamental da saúde para o bem-estar humano e, vendo a saúde como algo inerente à segurança humana, dá aos governos grande responsabilidade por sua garantia e proteção. Também elucida as conexões entre saúde e outros aspectos da segurança humana, confirmando assim a necessidade de ação intersetorial e fornecendo orientação para sua formulação. Assim, o enfoque da segurança humana complementa e fortalece o foco crescente da OPAS nos determinantes sociais da saúde.

164. Também é verdade que a saúde pública contribui de maneira significativa para a área da segurança humana, particularmente ao fornecer orientação ética e metodológica na abordagem de suas complexas dimensões sociais. A utilização de um enfoque epidemiológico para a questão da violência, por exemplo, levou a intervenções de saúde pública com base em evidências. O uso bem-sucedido dessas intervenções – por exemplo, em Bogotá e Medellín, Colômbia – ajudou a mudar a percepção de que a violência é um mal social inevitável. Em contraste, a persistência e o aumento da violência em outros países são ao menos parcialmente o resultado da não aplicação de um enfoque de saúde pública, particularmente identificando e abordando os determinantes sociais subjacentes da violência.

165. O capítulo II deste relatório destacou os esforços dos Estados Membros da OPAS na aplicação de enfoques da saúde pública aos vários componentes da segurança humana em 2009-2010. Esses esforços produziram importantes avanços e renderam valiosas lições, mas ainda há vários desafios a serem encarados. Alguns dos mais importantes são apresentados e discutidos adiante.

Segurança econômica

166. As economias da América Latina e do Caribe foram afetadas em graus diferentes e de formas diferentes pela retração econômica mundial. O gasto com saúde foi restringido na maioria dos países e o desemprego reduziu as contribuições para regimes de segurança social, além de reduzir a capacidade das famílias pobres de absorver os gastos com saúde. Ao mesmo tempo, a deterioração das condições econômicas teve um impacto negativo sobre os determinantes sociais da saúde. De todas essas formas, a crise é capaz de ampliar ainda mais as brechas já existentes entre o progresso econômico dos países e seus níveis de desenvolvimento humano. Estudos da OPAS sugerem que os fatores mais importantes que perpetuam essas brechas são a distribuição desigual de renda, a falta de harmonização das políticas sociais e deficiências na organização dos sistemas nacionais de saúde.

167. Os Estados Membros da OPAS enfrentam o desafio, tanto no curto quanto no médio prazo, de desenvolver novas soluções de financiamento para o setor de saúde e novos mecanismos de acesso à proteção social que não sejam exclusivamente baseados no emprego. Igualmente importantes são os esforços contínuos para aumentar a eficiência, eficácia e equidade dos sistemas de saúde através de reformas baseadas nos princípios da atenção primária à saúde.

Segurança alimentar

168. A região da América Latina e Caribe continua no rumo certo para atingir as metas de redução da fome do ODM-1. Mas o aumento dos preços dos alimentos, a contração econômica mundial e a crise ecológica desaceleraram o progresso e aumentaram importantes disparidades entre países e em cada país. Além do mais, a desnutrição crônica – que não está incluída nas metas dos ODM – continua alta numa série de países e entre os grupos mais vulneráveis da população. Na Região, estima-se que 9 milhões de crianças abaixo de 5 anos sofrem de desnutrição crônica, enquanto aproximadamente 22,3 milhões de crianças em idade pré-escolar, 3,6 milhões de mulheres grávidas e 33 milhões de mulheres em idade fértil sofrem de anemia – isso tudo numa região que produz 130% de suas necessidades básicas de alimentos.

169. A experiência da OPAS sugere que a nutrição não é uma simples função da situação econômica, mas representa um papel complexo e, como fator crítico no desenvolvimento humano, parcialmente causal na interação entre economia e saúde. A desnutrição crônica, em particular, é o resultado de fatores múltiplos, incluindo fatores diretos, como a desnutrição materna, alimentação deficiente e infecções repetidas, e fatores indiretos, como a falta de acesso a água potável e saneamento, quantidade e qualidade inadequada de alimentos, exposição frequente a alimentos contaminados, baixo nível educacional das mães, gravidez adolescente, deficiência da atenção à saúde e

práticas inadequadas de criação dos filhos. Na verdade, a desnutrição crônica, medida como baixa altura para a idade, é um indicador significativo das condições gerais de vida em uma determinada população.

170. As complexas interações entre nutrição e outros determinantes sociais e econômicos pedem enfoques multissetoriais integrados que busquem melhorar o ambiente físico e social das pessoas; assegurar o acesso a água potável, saneamento e higiene; melhorar a educação e informação (incluindo informação sobre manuseio seguro dos alimentos); aumentar a segurança alimentar; assegurar emprego, condições de trabalho e renda decentes; e aumentar o acesso a serviços de saúde de qualidade que empreguem intervenções nutricionais comprovadas durante toda a vida e promovam a saúde reprodutiva, particularmente durante a gravidez e a pré-gravidez.

Ambientes seguros

171. As influências ambientais estão entre os mais importantes determinantes da saúde e segurança humana e têm impactos amplos e inter-relacionados. As grandes forças que moldam o meio ambiente na América Latina e no Caribe incluem crescimento e distribuição da população, mudança climática, padrões de desenvolvimento econômico e desigualdade econômica. A Região é altamente suscetível a desastres naturais, como terremotos, tempestades, secas e enchentes.

172. Ao ser a região mais urbanizada do mundo, a Região das Américas enfrenta grandes desafios oriundos do crescimento urbano rápido e não planejado. Assentamentos informais, moradias precárias e serviços inadequados de água e saneamento aumentam a vulnerabilidade das populações urbanas marginais – particularmente os pobres, afrodescendentes e povos indígenas – a doenças e riscos ambientais. Sistemas inadequados de transporte e o crescente congestionamento do trânsito aumentam a poluição do ar e colocam pedestres, ciclistas e motoristas em risco de lesões e morte. Centros urbanos caracterizados por alta densidade populacional e zonas negligenciadas se tornam áreas de exclusão e pobreza que geram violência, crime e uso de drogas. Além disso, a escassez de parques públicos e espaços verdes combina-se com outros padrões de urbanização e desenvolvimento para encorajar estilos de vida que aumentam os fatores de risco das pessoas a doenças crônicas não transmissíveis.

173. As populações rurais também são afetadas por alguns desses problemas, particularmente a moradia precária e a falta de acesso a água potável e saneamento. Na Região, estima-se que 40 milhões de pessoas, nas áreas rurais e urbanas, carecem de acesso a água potável e 115 milhões carecem de acesso a boas instalações de saneamento, aumentando sua exposição a doenças transmitidas pela água e alimentos e a roedores e insetos portadores de doenças. A vasta maioria dos 190 milhões de pobres que vivem na

Região reside em moradias inadequadas ou zonas geológicas precárias, aumentando sua vulnerabilidade a desastres naturais.

174. Para abordar essas influências ambientais sobre a segurança humana, é preciso empregar enfoques multissetoriais e multidisciplinares integrados que mobilizem o compromisso político, participação e ação social. Estes enfoques incluem projetos e programas de atenção ambiental primária e enfoques de “governança saudável” que promovam a alocação equitativa de recursos exigindo responsabilidade, transparência e gestão apropriada de políticas públicas por parte dos governos locais. Nessas abordagens, é importante identificar os ativos da comunidade – incluindo recursos humanos, financeiros e físicos, assim como redes sociais, organizações cívicas e líderes locais – e utilizá-los para desenvolver infraestrutura, programas e processos que maximizem esses recursos e estejam totalmente de acordo com as características e necessidades das comunidades.

175. Também é preciso planejamento e políticas urbanas e de desenvolvimento que enfatizem o crescimento administrado, espaços públicos seguros e livres de fumo, redução de riscos de desastres naturais e causados pelo homem e sistemas de transporte que incluem transporte de massa, ciclovias, passarelas e outros incentivos à atividade física.

176. Todas essas abordagens requerem, em qualquer contexto ambiental, a avaliação dos desafios e oportunidades de saúde e equidade, identificação de partes interessadas – tanto indivíduos como instituições – e desenvolvimento de sua capacidade de agir, colaboração intersetorial, mobilização ou redistribuição de recursos, implementação de programas e promoção de mudanças nas políticas.

Desastres e resposta

177. O catastrófico terremoto de 12 de janeiro no Haiti foi um trágico lembrete de que a pobreza crônica, a urbanização desordenada e a fraca governança aumentam as vulnerabilidades a desastres naturais. Ao mesmo tempo, a resposta internacional ao desastre enfatizou o papel crucial da cooperação em operações de socorro em emergências.

178. Com cerca de 220.000 mortos e 300.000 feridos, a ONU e outras agências internacionais, organizações não governamentais e equipes bilaterais mobilizaram um fluxo maciço de recursos humanos e materiais para ajudar as vítimas do desastre. A destruição de infraestrutura de transporte e saúde – incluindo a perda do edifício do Ministério da Saúde do Haiti e muitos dos seus funcionários – criou desafios sem precedentes na gestão destes recursos. O armazém PROMESS da OPAS, que estava

totalmente abastecido quando o terremoto aconteceu, representou um papel importante na distribuição de medicamentos e suprimentos médicos para as áreas mais necessitadas.

179. A OPAS também desempenhou liderança crucial como chefe do Grupo Setorial da Saúde, coordenando os esforços dos parceiros de saúde no estabelecimento de hospitais de campanha, clínicas de saúde móveis, instalações de água e saneamento e uma rede de encaminhamento a hospitais em funcionamento. Dentre os principais desafios a esse respeito, encontram-se o monitoramento das mudanças na localização, operações e alcance dos serviços de parceiros e manutenção da coerência entre o trabalho desses parceiros e os objetivos e prioridades do Ministério da Saúde do Haiti.

180. O relatório semestral do Comitê Interinstitucional (IASC) sobre a resposta no Haiti mostra que, em geral, a comunidade humanitária internacional não se envolveu suficientemente com organizações e autoridades locais e, portanto, perdeu a oportunidade de se beneficiar de sua experiência e conhecimento local. As organizações com operações permanente no país constituem uma exceção a essa regra. A OPAS, que tinha uma equipe permanente de 52 pessoas em Porto Príncipe, pôde responder melhor e oferecer uma melhor liderança como resultado de suas duradouras relações com funcionários do governo, parceiros locais e o povo haitiano.

181. O terremoto de 27 de fevereiro no Chile foi cerca de 500 vezes mais forte que o do Haiti; mesmo assim, o impacto do terremoto e do tsunami foi muito menos devastador. No Chile, as áreas afetadas eram menos densamente povoadas, as moradias e infraestrutura eram mais sólidas e o governo, sediado longe do epicentro, permaneceu intacto e foi plenamente capaz de responder.

182. Apesar da perda de 4.000 leitos de hospital, o sistema de saúde do Chile conseguiu prover os serviços necessários durante toda a emergência. Isso foi possível graças ao rápido estabelecimento de hospitais de campanha e porque a maioria dos hospitais permanentes nas áreas afetadas continuou funcionando.

183. Em sua maioria, os hospitais que sofreram danos eram estruturas mais antigas que não foram melhoradas para reduzir suas vulnerabilidades a desastres. Muitas dessas instalações danificadas ficavam próximas, e em alguns casos a apenas alguns metros, de hospitais novos ou instalações de saúde que sofreram pouco ou nenhum dano. Essas instalações mais novas, construídas segundo os padrões de um “hospital seguro”, continuaram a oferecer serviços de saúde, absorvendo a demanda não atendida pelas estruturas danificadas. Agora, o Chile tem a oportunidade de construir ou modernizar todos os seus hospitais para que resistam a desastres.

184. Outras lições do terremoto do Chile incluem a necessidade de melhorar os sistemas de alerta antecipado, atualizar planos de preparação e resposta e realizar

exercícios de simulação e treinamento para melhorar a colaboração e coordenação entre as instituições envolvidas na resposta a desastres.

Segurança pessoal

185. A violência e a insegurança pessoal continuam sendo problemas sérios em muitos países da Região e, em muitos casos, estão aumentando. O apoio da OPAS tem sido dirigido para promover intervenções de saúde pública nos casos em que podem fazer diferença, particularmente nas áreas da violência familiar e baseada no gênero, saúde e desenvolvimento adolescente e homofobia e estigma.

186. Embora tenha havido progresso nas áreas da violência familiar e baseada no gênero, ainda há muito trabalho a ser feito. A prevenção primária - isto é, prevenir a violência antes que aconteça - é uma área relativamente nova que ainda está formando uma base de conhecimento sobre fatores de risco e de proteção e intervenções eficazes. Os dados sugerem que a exposição à violência na infância é um fator de risco consistente para os agentes e as vítimas da violência na vida adulta. Contudo, as estratégias de abordagem dos maus-tratos infantis e da violência baseada no gênero muitas vezes são implementadas separadamente. É necessário realizar mais esforços para abordar essas e outras questões, como a pobreza e consumo de álcool, de forma integrada e para intervir em idade precoce. Além disso, esforços de prevenção primária são necessariamente multissetoriais e precisam reunir vários atores, inclusive dos setores de saúde, educação, social e judicial. A OPAS está trabalhando para fortalecer a capacidade dos Estados Membros de executar estratégias de prevenção primária de várias formas, inclusive mediante seminários de capacitação e avaliação rigorosa de esforços inovadores, como programas de visita ao lar para mães adolescentes.

187. Embora a prevenção primária da violência seja uma prioridade, também é importante assegurar que os sobreviventes da violência tenham acesso a serviços de saúde apropriados e à justiça. São necessários esforços adicionais para fortalecer a qualidade dos serviços existentes, aumentar o monitoramento e a avaliação desses esforços e determinar as melhores estratégias para abordar novos desafios, como a violência baseada no gênero e sua relação com a migração, HIV/AIDS, o tráfico de drogas e desastres naturais. A OPAS está trabalhando para melhorar a resposta do setor de saúde a sobreviventes da violência baseada no gênero através de esforços para fortalecer a capacidade de monitoramento e avaliação de programas contra a violência baseada no gênero e publicação de manuais de recursos.

188. Finalmente, embora tenha melhorado consideravelmente a qualidade dos dados sobre prevalência da violência baseada no gênero na Região, a comparabilidade limitada e a falta de estudos de acompanhamento dificultam o contraste de dados entre países e o monitoramento das tendências ao longo do tempo. A OPAS está trabalhando com outras

organizações, como o CDC, para melhorar a qualidade, disponibilidade e utilização de dados demográficos sobre violência baseada no gênero para ajudar a fortalecer a programação nessa área.

189. Quanto ao estigma e à discriminação, houve muitos acontecimentos positivos no âmbito global e regional. Não obstante, a discriminação contra pessoas com orientação sexual ou identidade sexual diferente persiste na sociedade em geral e no setor de saúde em particular. Isso contribui diretamente para a disseminação do HIV, já que o medo do estigma tende a dissuadir as pessoas de fazer o teste de HIV ou buscar aconselhamento e tratamento. Estudos documentaram os efeitos sobre vítimas da intimidação homofóbica, que podem incluir falta de sono, perda de apetite, isolamento, nervosismo, taxas elevadas de suicídio e tentativa de suicídio, absenteísmo e falta às aulas e aproveitamento limitado na escola.

190. Outras manifestações de homofobia e transfobia variam da discriminação social e no emprego à violência verbal e física, incluindo assassinato, o que levou vários Estados Membros da OPAS a começar a registrar crimes de ódio contra minorias sexuais.

191. A mudança dos valores e atitudes que fundamentam a homofobia e a transfobia requer a participação de provedores de saúde, famílias, comunidades, autoridades e outros atores importantes. A sociedade civil e as autoridades nacionais devem se unir para definir e padronizar valores claros em termos de diversidade, segurança, inclusão e direitos humanos, bem como a inaceitabilidade do estigma e da discriminação. Deve-se apoiar indivíduos que sofrem discriminação ou agressão, e as instituições e indivíduos precisam ser responsabilizados por suas ações a esse respeito. Não obstante, a prioridade deve ser a ação preventiva, e não a reativa. Além disso, os países devem ampliar o monitoramento da discriminação e da violência homofóbica e transfóbica.

192. Um desafio conexo é a discriminação associada com a exclusão social, um importante determinante social da saúde e segurança humana. Esse tipo de discriminação pode aumentar durante épocas de tensão econômica, quando estratégias competitivas de sobrevivência pessoal e familiar podem encobrir questões como a solidariedade social e o bem-estar comum. Os exemplos incluem o crescente sentimento anti-imigrante e o questionamento dos esquemas de proteção social (veja mais adiante). Nesses contextos, os proponentes da saúde pública devem continuar a ressaltar a interdependência de indivíduos, comunidades e países e o fato de que a segurança individual depende muito da segurança coletiva.

Sistemas de proteção social

193. A noção de que as pessoas possuem um direito humano à segurança social está se firmando no âmbito global e regional, produzindo vontade política considerável para

expandir os sistemas de proteção social. Isso se reflete na nova Iniciativa do Piso de Proteção Social, liderada pela OIT e a OMS e apoiada por 19 agências da ONU, assim como por bancos de desenvolvimento, organizações bilaterais e ONGs. Na Região das Américas, essa vontade política crescente pode ser vista no lançamento, em setembro de 2009, da Rede Interamericana de Proteção Social, em resposta a um pedido dos chefes de Estado na Quinta Cúpula das Américas, realizada quatro meses antes. A rede deve facilitar a troca de experiências para apoiar o desenvolvimento de sistemas de proteção social que sejam eficientes e eficazes na redução da pobreza e da desigualdade e na melhora da qualidade de vida dos pobres da Região.

194. As experiências da Bolívia e do Haiti mostram que os esquemas de proteção social em saúde não são luxos que somente países de renda mais alta podem ter. Pelo contrário, nos países mais pobres podem contribuir para melhoras notáveis na saúde da população, particularmente reduzindo a mortalidade materna e infantil. Além disso, a história mostra que sociedades com proteção social ampla são as mais resistentes em tempos de tensão econômica. Essas evidências podem fortalecer a defesa do estabelecimento e expansão da proteção social em saúde, mesmo no atual clima econômico.

195. Para os sistemas de proteção social, o desafio no curto prazo mais importante é a sustentabilidade. Isso é especialmente válido em países, como o Haiti, que carecem de uma estrutura fiscal que gere os fundos necessários para que esses sistemas continuem funcionando. Porém, mesmo sistemas de proteção social mais bem estabelecidos enfrentam esse desafio em tempos de tensão econômica. É essencial descobrir novas modalidades de financiamento desses sistemas de maneira sustentável, sem contar somente com as contribuições salariais. Em países mais pobres, como o Haiti, será necessário alinhar todos os recursos disponíveis – incluindo fundos nacionais e internacionais de cooperação – com planos de saúde nacionais sob a direção das autoridades de saúde do país.

A pandemia de H1N1

196. Conforme observado no capítulo II, em 2009-2010 a pandemia de influenza H1N1 testou os vários anos de esforços de preparação para pandemias executados pelos países do hemisfério com apoio da OPAS. Numa reunião em meados de setembro de 2009, representantes dos Estados Membros da OPAS examinaram esses esforços no contexto da pandemia de H1N1. Entre as suas conclusões, estavam as seguintes:

- A existência de planos nacionais de preparação para pandemias em quase todos os países ofereceu a orientação necessária, mas a maioria dos planos não era insuficientemente operacional, particularmente em termos das ações necessárias no âmbito local.

- Os esforços de preparação devem envolver o setor privado e o público e incluir medidas de coordenação intersetorial. Isso facilitaria a incorporação mais rápida de provedores de saúde privados numa resposta coordenada à pandemia.
- Os planos de preparação para pandemias devem ser flexíveis e adaptáveis a diferentes situações, devido à ampla gama de características e padrões evolucionários que as futuras pandemias podem apresentar.

197. Apesar da virulência de leve a moderada do vírus H1N1, a pandemia de 2009-2010 expôs deficiências nos sistemas de saúde dos países. Em vários países, o grande número de casos exerceu uma pressão tão grande sobre os serviços de saúde que cirurgias comuns e outros serviços tiveram que ser adiados. Certos grupos de risco, particularmente as mulheres grávidas, sofreram impacto maior do que se reconhece em geral; em parte como consequência disso, as mulheres grávidas estavam entre os grupos com a menor taxa de vacinação contra o vírus H1N1.

198. A pandemia também destacou mais uma vez a importância da confiança pública nas autoridades de saúde e nas decisões baseadas em evidências, assim como o poder do medo baseado na falta de informações. A adoção de restrições desnecessárias sobre viagens e agrupamentos de pessoas e a baixa procura pela nova vacina contra influenza H1N1 em muitas partes do mundo são só dois exemplos.

199. Uma das lições mais importantes da pandemia de 2009-2010 se refere, num sentido mais amplo, à questão da segurança humana: num mundo globalizado, nenhum indivíduo, família, comunidade ou país pode estar completamente seguro quando a segurança de outros está em sério risco. Isso significa que os investimentos em saúde pública, fortalecimento dos sistemas de saúde, parcerias internacionais e solidariedade são as melhores armas para se defender do próximo inimigo mundial da saúde pública, possivelmente mais virulento, seja um novo vírus de influenza ou outro tipo de ameaça. Em combinação com os esforços intersetoriais que abordam os outros componentes da segurança humana, esses investimentos e parcerias renderão dividendos no curto e longo prazo para o desenvolvimento humano e social, fortalecendo a resistência dos países e melhorando substancialmente a qualidade de vida de suas populações.

200. Este relatório cobre um ano muito desafiador para a saúde pública na Região das Américas. A maioria dos esforços de preparação valeu a pena. Não obstante, as enormes diferenças nas capacidades dos países de assegurar a segurança humana de seus cidadãos continuam sendo uma questão prioritária. Comprovou-se mais uma vez que a solidariedade e a cooperação horizontal entre os países em questões de saúde são fortes ativos no esforço para proteger a vida e o bem-estar das pessoas. Ao mesmo tempo, a missão da OPAS de liderar os esforços estratégicos de colaboração novamente se mostrou vital para melhora do bem-estar, da saúde e da segurança dos povos das Américas.

SIGLAS E ABREVIATURAS	
ACHIPIA	Agência Chilena para a Inocuidade Alimentar
AECID	Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
AFRO	Escritório Regional da OMS para a África
AIDS	Síndrome de imunodeficiência adquirida
AMRO	Escritório Regional da OMS para as Américas
AyA	Instituto de Água e Esgoto (Costa Rica)
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAFTA-DR	Acordo de Livre Comércio Estados Unidos/República Dominicana/América Central
CAREC	Centro Epidemiológico do Caribe
CCSD	Centros de coordenação sanitária durante desastres (Costa Rica)
CCSS	Fundo de Seguro Social da Costa Rica
CDC	Centros de Prevenção e Controle de Doenças
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CERF	Fundo Central de Resposta de Emergência
CIDA	Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional
CLAP/SMR	Centro Latino-Americano de Perinatologia e Saúde da Mulher e Reprodutiva
CNE	Comissão Nacional de Prevenção de Riscos e Atenção de Emergência (Costa Rica)
CONASAN	Conselho Nacional de Alimentação e Segurança Nutricional (El Salvador)
CONASEVI	Comissão Nacional de Segurança Rodoviária (El Salvador)
CONPES	Conselho Nacional de Política Econômica e Social (Colômbia)
COSEVI	Conselho de Segurança Rodoviária (Costa Rica)
DFID	Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido
DIPECHO	Programa de Preparação para Desastres do ECHO (Comissão Europeia)
ECHO	Departamento de Ajuda Humanitária (Comissão Europeia)
EMRO	Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental
EMS	Site de manejo de eventos (RSI)
EPA	Agência de Proteção Ambiental (EPA)
EURO	Escritório Regional da OMS para a Europa
EVIPNET	Rede de políticas informadas por evidências
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FCTC	Convenção-Quadro para Controle do Tabaco
FOCARD-PHC	Fórum da América Central e República Dominicana sobre Água e Saneamento
FONASA	Fundo Nacional da Saúde (Uruguai)
FVP	Rostos, Vozes e Lugares dos ODM
GOARN	Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IAFA	Instituto de Alcoolismo e Farmacodependência (Costa Rica)
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguro Social
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
IHSDN	Redes integradas de serviços de saúde
AIDI	Atenção integrada às doenças prevalentes da infância
INCAP	Instituto de Nutrição da América Central e Panamá
OIT	Organização Internacional do Trabalho

SIGLAS E ABREVIATURAS (cont.)	
PIB	Produto interno bruto
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros
LSS/SUMA	Sistema de apoio logístico/sistema de gestão de suprimentos
ODM	Objetivos de desenvolvimento do milênio
PFN	Pontos focais nacionais (RSI)
ONG	Organização não governamental
NIOSH	Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (Estados Unidos)
NORAD	Agência Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento
OEA	Organização dos Estados Americanos
OCHA	Escritório de Coordenação de Assuntos Humanitários
PAHEF	Fundação Pan-Americana de Saúde e Educação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PANAFTOSA	Centro Pan-Americano de Febre Aftosa
PANDRH	Rede Pan-Americana de Harmonização da Regulamentação Farmacêutica
PCR	Reação em cadeia da polimerase
PERC	Produção, Eficiência, Recursos e Custo
PMNCH	Parceria de saúde materna, neonatal e infantil
RAVREDA	Rede Amazônica de Vigilância da Resistência aos Antimaláricos
RS10	Segurança Rodoviária em 10 Países
SAFE	Cirurgia, antibióticos, higiene facial e melhoria ambiental
SGSSS	Sistema Geral de Seguro Social em Saúde (Colômbia)
SIDA	Agência Sueca de Cooperação Internacional
SIP	Sistema de Informação Perinatal
SIVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (Equador)
SOG	Atendimento Obstétrico Gratuito (Haiti)
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
SUN	Sustainable UN (ONU Sustentável)
TCC	Cooperação técnica entre países
ONU	Organização das Nações Unidas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNASUL	União das Nações da América do Sul
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UN-HABITAT	Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos
UNHCR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
UNIBAM	United Belize Advocacy Movement
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFEM	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
UNISDR	Estratégia Internacional para Redução de Desastres
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UNOPS	Escritório das Nações Unidas para Serviços de Projetos
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
WFP	Programa Alimentar Mundial
WHO (OMS)	Organização Mundial da Saúde

