



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



150ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 18–22 de junho de 2012

Tema 7.6 da Agenda Provisória

CE150/INF/6 (Port.)

7 de maio del 2012

ORIGINAL: INGLÊS/ESPAÑHOL*

RELATÓRIOS DE PROGRESO SOBRE ASSUNTOS TÉCNICOS

ÍNDICE

A.	Determinantes Sociais da Saúde**	2
B.	Plano de Ação para a Execução da Política de Igualdade de Gênero.....	7
C.	Eliminação do Sarampo, da Rubéola e da Síndrome de Rubéola Congênita na Região das Américas.....	12
D.	Estratégia e Plano de Ação Regional sobre Nutrição em Saúde e Desenvolvimento, 2006-2015: Revisão Intermediária	20
E.	Plano Estratégico Regional para HIV/AIDS e IST 2006–2015: Avaliação Intermediária.....	27
F.	Situação Atual da Dengue	31
G.	Implantação do Regulamento Sanitário Internacional.....	34
H.	Metas Regionais em Matéria de Recursos Humanos para a Saúde 2007-2015	43
I.	Situação dos Centros Pan-Americanos.....	48

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

** Documento CE150/INF/6-A, Rev. 1.

A. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Introdução

1. A Assembleia Mundial da Saúde, mediante a Resolução WHA62.14 (2009), “Reduzir as desigualdades de saúde mediante ações sobre os determinantes sociais da saúde”, insta os Estados membros a “lutar contra as iniquidades sanitárias nos países e entre eles mediante o compromisso político” (1). De acordo com essa resolução, o objetivo deste relatório de progresso é apresentar informações atualizadas sobre a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (doravante “Conferência Mundial”) e seus resultados. Isso também implica uma avaliação da atual situação regional e dos esforços feitos para melhorar a equidade em saúde mediante um enfoque de determinantes sociais da saúde (DSS).

Antecedentes

2. A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a Conferência Mundial de 19 a 21 de outubro de 2011 no Rio de Janeiro, Brasil, com o objetivo de construir apoio para a implementação de ações destinadas a abordar os determinantes sociais da saúde. A Conferência Mundial foi organizada de acordo com a Resolução WHA62.14 (2009) e teve como anfitrião o Governo do Brasil. Para organizar esse evento mundial, o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Ministério das Relações Exteriores colaboraram com a OMS e seu Escritório Regional para as Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

3. A Conferência Mundial reuniu Estados Membros e partes interessadas para intercambiar experiências sobre políticas e estratégias destinadas a reduzir as iniquidades em saúde. Mais de mil pessoas participaram da Conferência Mundial e outras 19.000 assistiram ao evento pelo webcast. O objetivo principal era extrair as lições aprendidas e catalisar ações globais coordenadas em cinco áreas essenciais:

- (a) governança para combater as causas das iniquidades em saúde: implementar ações sobre os determinantes sociais da saúde;
- (b) promoção da participação: liderança comunitária para ações sobre os determinantes sociais da saúde;
- (c) o papel do setor da saúde, inclusive programas de saúde pública, na redução das iniquidades em saúde;
- (d) ação global sobre determinantes sociais da saúde: alinhamento das prioridades e partes interessadas;

- (e) monitoramento do progresso: mensuração e análise para uma bem informada formulação de políticas que fortaleça a responsabilidade pelos determinantes sociais da saúde.
4. Em preparação para a Conferência Mundial, a OPAS realizou três consultas regionais:
- (a) Uma reunião presencial com os Estados Membros com o objetivo de formular recomendações regionais sobre os determinantes sociais da saúde em conformidade com os cinco temas identificados pela OMS (2).
 - (b) Uma consulta virtual a 300 organizações da sociedade civil (OSC), bem como uma reunião presencial com 25 OSC, esta última destinada a sintetizar os resultados da consulta anterior e formular recomendações para informar os formuladores de políticas sobre o que seria a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.
 - (c) Uma consulta virtual aos membros da listserv Equidade, Saúde e Desenvolvimento Humano destinada a envolver outras partes interessadas. As recomendações que brotaram dessas consultas foram documentadas e devidamente distribuídas.
5. No total, sete estudos de casos da Região das Américas foram documentados e publicados no *site* da Conferência da OMS como material de referência. Esses estudos constituem a base de dados usada na Conferência Mundial para ilustrar os aspectos sistemáticos e práticos da implementação do enfoque DSS no âmbito nacional.
6. A Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (doravante “Declaração do Rio”) foi aprovada em 21 de outubro de 2011 durante a Conferência Mundial (3). Ela expressa o compromisso político mundial de implementar um enfoque direcionado aos determinantes sociais da saúde, visando a reduzir as iniquidades em saúde. Isso permitirá que os países tomem impulso para desenvolver seus próprios planos de ação e estratégias nacionais para atingir essa meta dentro de suas fronteiras.
7. A Declaração do Rio recomenda que o enfoque DSS seja devidamente considerado no processo de reforma da OMS e que a Sexagésima Quinta Assembleia Mundial da Saúde aprove uma resolução incorporando seu texto. O resultado da Declaração do Rio foi discutido na 130ª sessão do Conselho Executivo da OMS (EB130). Um projeto de resolução proposto pelo Brasil, Chile e Equador será apresentado na Sexagésima Quinta Assembleia Mundial da Saúde, agendada para 21–26 de maio de 2012 em Genebra.

Informação sobre a Situação Atual

8. O enfoque DSS foi incluído na declaração sobre doenças não transmissíveis (Resolução A/RES/66/2 [2012] da ONU) (4) em resultado dos esforços para incluir esse modelo. Do mesmo modo, a OPAS está trabalhando para assegurar que o enfoque de iniquidades em saúde e determinantes sociais da saúde seja abordado na agenda da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (doravante “Conferência Rio+20”).
9. Também com relação à Conferência Rio+20, foi realizada uma reunião com 54 Centros Colaboradores da OPAS/OMS para examinar a melhor maneira de usar as recomendações da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde em preparação para a Conferência Rio+20, que abordará a questão do desenvolvimento sustentável (5).
10. A OPAS lançou e estabeleceu uma equipe interinstitucional sobre determinantes da saúde e riscos, que promove ações interprogramáticas e intersetoriais, inclusive o conceito de “saúde em todas as políticas”.
11. Em colaboração com a Universidade de New South Wales, da Austrália, e o Kobe Center, do Japão, 23 Delegações de Países da Região receberam capacitação em duas ferramentas:
 - (a) Avaliação do impacto na saúde;
 - (b) Ferramenta de Avaliação e Resposta de Equidade de Saúde Urbana (UrbanHEART).¹
12. Essas duas ferramentas abordam especificamente as iniquidades no contexto local e nacional.
13. A iniciativa *Rostos, Vozes e Lugares* da OPAS visa estabelecer colaborações intersetoriais e ações interagências. O objetivo é criar vontade política de alto nível e, ao mesmo tempo, fornecer apoio técnico para abordar os determinantes sociais e econômicos da saúde em nível local nas comunidades mais vulneráveis. Isso é realizado através de parcerias com prefeitos, organizações não governamentais e outras agências de desenvolvimento. A iniciativa expandiu para incluir, até o momento, mais de 50 comunidades em 23 países e quatro territórios.
14. O tema geral da edição 2012 de *Saúde nas Américas* é iniquidades e determinantes da saúde².

¹ Para mais informações, acessar http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/en/index.html

² Uma versão preliminar de *Saúde nas Américas* foi escrita tendo o Sir/Professor Michael Marmot como assessor externo.

15. Está sendo redigido um Plano de Ação Global e Estratégia da OMS (2012–2017) para implementar a Declaração do Rio, que será revisado em várias consultas.

16. A OPAS, através de convocação de reuniões e debates, tem prestado apoio aos preparativos da Estratégia e Plano de Ação Global.

17. O enfoque DSS está sendo abordado e promovido em preparação para a 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, a ser realizada em Helsinque em 2013. Seu tema central será “saúde em todas as políticas”.

Ações para Melhorar a Situação

18. Em conformidade com as recomendações emanadas da Consulta Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde, a OPAS fará o seguinte:

- (a) Ampliar e fortalecer as ações intersetoriais através da iniciativa *Rostos, Vozes e Lugares*.
- (b) Coletar dados desagregados para melhorar a análise e entendimento das iniquidades e gradientes sociais em saúde na Região, bem como nos países.
- (c) Incluir o tema “Determinantes sociais da saúde” ao formular os objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) após 2015.
- (d) Trabalhar com as redes da OPAS e expandi-las para fortalecer a cooperação técnica sobre determinantes sociais da saúde.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Sexagésima Segunda Assembleia Mundial da Saúde; 18-22 de maio de 2009; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2009 (Resolução WHA62.14) [acessado em 23 de março de 2012]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf.
2. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para as Américas. Consulta Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde na Região das Américas; 8-9 de agosto de 2011; San José, Costa Rica [acessado em 23 de março de 2012]. Disponível em: http://new.paho.org/cor/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=264.

3. Organização Mundial da Saúde. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde [Internet]. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde; 19-21 de outubro de 2011; Rio de Janeiro, Brasil [acessado em 20 de abril de 2012]. Disponível em:
http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf.
4. Nações Unidas. Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis [Internet]. Sexagésima Sexta Assembleia Geral das Nações Unidas; 13 de setembro-28 de dezembro de 2011, Nova York (NY), EUA. Nova York: UN; 2012 (Resolução A/RES/66/2) [acessado em 23 de março de 2012]. Disponível em:
<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/458/97/PDF/N1145897.pdf?OpenElement>.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Reunião dos Centros de Colaboração da OPAS/OMS sobre o Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental. Seminário sobre Saúde e Desenvolvimento no contexto da Rio+20; 24-26 de outubro de 2011. Research Triangle Park, North Carolina. Washington (DC): OPAS; 2011 [acessado em 20 de abril de 2012]. Disponível em:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17038&Itemid=.

B. PLANO DE AÇÃO PARA A EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE IGUALDADE DE GÊNERO

Antecedentes

1. Os Estados Membros aprovaram a Política de Igualdade de Gênero da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) durante o 46º Conselho Diretor (Resolução CD46.R16 [2005]). Com a resolução, solicitou-se que a Diretora “(...) com os recursos financeiros disponíveis, conforme indicado nos diversos processos de fortalecimento institucional, desenvolva um plano de ação para a execução da Política de Igualdade de Gênero, incluindo o monitoramento do desempenho e sistema de responsabilidade” (1).

2. O Plano de Ação solicitado foi aprovado pelos Estados Membros em 2009 (Resolução CD49.R12) (2). Fornece um guia com indicadores para monitoramento para que a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) e os Estados Membros implantem a Política de Igualdade de Gênero. O plano estipula que a Diretora informe o progresso da sua execução. Este é o primeiro informe apresentado aos Órgãos Diretivos.

Metodologia

3. O Escritório de Igualdade de Gênero, Diversidade e Direitos Humanos da RSPA (GDR) elaborou um modelo de monitoramento (três questionários) para solicitar informação sobre o progresso de áreas técnicas da RSPA, representações nos países da OMS/OPAS, Estados Membros e GDR. Em 2011, o modelo de monitoramento foi apresentado em três reuniões sub-regionais de gerentes da RSPA, assim como no Grupo Técnico Assessor em Igualdade de Gênero e Saúde (GTA/GEH), rede de pontos focais de gênero da RSPA (GFP) e outros parceiros. As quatro áreas estratégicas examinadas no modelo são: (a) desagregação, análise e uso dos dados; (b) capacitação para integrar o gênero na saúde; (c) participação da sociedade civil em planos de igualdade de gênero e (d) monitoramento dos avanços em igualdade de gênero.

Atualização

4. Informações foram fornecidas por quatro áreas técnicas da RSPA, GDR e 36 países e territórios, inclusive Barbados e nove países do Caribe Oriental. Haiti, Jamaica, Porto Rico e Estados Unidos não forneceram resultados. Algumas das consultas cotaram com a participação de todos os parceiros, inclusive da sociedade civil, outras incluíram somente representantes de ministérios da Saúde e colegas de RSPA, e ainda outras incluíram outros ministérios e parceiros das Nações Unidas. Foram feitos dois relatórios sem consultas.

Resultados sobre Desagregação de Dados de Saúde

Escritório de Igualdade de Gênero, Diversidade e Direitos Humanos da RSPA

5. O GDR desenvolveu várias ferramentas para treinar os produtores e usuários das informações de saúde sobre como integrar uma perspectiva intercultural e de gênero ao uso de informações de saúde e sistemas de informação de saúde. Para fortalecer a capacidade dos países de produzir, analisar e usar informação de saúde que inclui indicadores de gênero, o GDR desenvolveu (com parceiros das Nações Unidas) o terceiro caderno estatístico bienal de “Gênero, Saúde e Desenvolvimento nas Américas: Indicadores Básicos de 2009”, Saúde da Mulher e Saúde do Homem nas Américas: Perfil 2009”; e outros documentos.¹

Áreas Técnicas: Número e Porcentagem de Diretrizes com Dados Desagregados por Gênero, Idade e Grupo Étnico, 2005–2010

Projeto ²	Número Total de Diretrizes	Desagregado por:					
		Gênero		Idade		Grupo étnico	
		Número	%	Número	%	Número	%
SDE	9	9	100	8	89	3	33
FCH	20	14	70	16	80	6	30
HSD	13	11	85	10	77	9	69
HSS	8	5	63	6	75	4	50
TOTAL	50	39	78	40	80	22	44

6. Como apresentado na tabela acima, entre 63% e 100% das diretrizes e publicações produzidas pelas áreas técnicas desagregaram os dados por gênero, mas por grupo étnico em uma proporção consideravelmente menor. A desagregação é um passo necessário para identificar as disparidades de saúde, mas ela por si só não é suficiente para entender por que essas disparidades existem. Uma análise de gênero e de igualdade podem complementar as informações desagregadas ao indicar como lidar com desigualdades em saúde.

¹ Todas as publicações, inclusive o relatório completo de monitoramento, estão disponíveis em <http://www.paho.org/gdr/publications>.

² As siglas nesta coluna se referem às seguintes áreas da RSPA: Desenvolvimento Sustentável e Saúde (SDE), Saúde Familiar e Comunitária (FCH), Vigilância em Saúde, Controle e Prevenção de Doenças (HSD) e Sistemas de Saúde baseados em Atenção Primária à Saúde (HSS).

Países com Diretrizes/Publicações com Dados Desagregados por Gênero e Idade, 2005– 2010

7. Os países informaram ter entre 1 e 19 diretrizes para integrar o gênero nas informações de saúde, políticas e programação (o maior número foi informado pela Bolívia) e entre 1 e 20 publicações (o maior número foi informado pelo Peru e Uruguai). Os países que desagregaram informação por gênero informaram na sua maioria que haviam incluído uma análise de gênero e usado os dados em processos decisórios, defesa de direitos, monitoramento e treinamento. Os países que publicaram perfis de gênero e de saúde foram Bolívia, Costa Rica, Honduras, México, Panamá, Peru e Uruguai. Colômbia, Nicarágua e Trinidad e Tobago informaram que a análise de gênero estava incluída nos relatórios da situação de saúde de seus países.

Resultados em Capacitação em Gênero e Saúde

Treinamento para o Pessoal da RSPA em Gênero e Saúde

8. O assessor sênior do GDR integra a equipe de administração da RSPA que determina as oportunidades de treinamento de pessoal. Em 2008 e 2009, o GDR treinou pontos focais de gênero das representações nos países, ministérios da Saúde e parceiros de agências nacionais de questões da mulher e organizações da sociedade civil em seminários sub-regionais de quatro dias. Como resultado, mais de 100 pessoas no âmbito nacional e 30 funcionários da sede da RSPA passaram por treinamento. Desde então, o GDR desenvolveu um curso virtual sobre “Gênero e Saúde com uma Perspectiva de Diversidade Cultural e Direitos Humanos” para treinar equipes intersetoriais nos países. Em 2011, 58 pessoas, inclusive 16 da RSPA, foram treinadas em cinco países prioritários.

Treinamento de Gênero e Saúde nos Estados Membros

9. Mais da metade dos Estados Membros informou que eles receberam treinamento na questão de gênero para implementar os seus planos nacionais de gênero e saúde. Observou-se, em geral, que este treinamento deveria ser mais uniforme e focado em questões específicas de saúde. Com frequência, os treinamentos foram ministrados pelo ministério da Saúde do país, como no caso exemplar do México, cujos instrutores de gênero da Secretaria de Saúde proporcionam apoio contínuo para capacitação e dão diploma de gênero e saúde aos profissionais de saúde.

Resultados dos Planos de Gênero e Participação da Sociedade Civil

Grupo Técnico Assessor em Gênero e Saúde (GTA/GEH)

10. O GTA/GEH do Diretor da RSPA é formado por especialistas em questões de gênero e representantes de organismos irmãos das Nações Unidas, do governo (representantes do alto escalão do ministério da saúde ou escritórios de gênero) e organizações regionais da sociedade civil que promovem a igualdade de gênero em saúde. O GTA/GEH se reuniu três vezes de 2008 a 2011 para ajudar a Diretora e a RSPA a elaborar recomendações concretas para desenvolvimento, consulta, execução e monitoramento do Plano de Ação para a Política de Igualdade de Gênero.

Políticas de Igualdade de Gênero e Orçamentos

11. A maioria dos países sancionou legislação nacional referente à igualdade de gênero ou oportunidades iguais que também se aplicam ao setor da saúde. Nove países informaram ter políticas específicas de gênero e saúde e oito têm unidades específicas. Somente Honduras, México, Peru e Venezuela informaram orçamentos designados por lei. Muitos países observaram que suas atividades de gênero tiveram, na sua maioria, o apoio de doadores.

Resultados em Igualdade de Gênero em Mecanismos de Monitoramento da Saúde

12. A RSPA elaborou e executou ferramentas de gênero e listas de verificação para analisar os Planos de Trabalho Bienais, Estratégias de Colaboração entre os Países e documentos e resoluções dos Órgãos Diretivos. Essas ferramentas, que também avaliam a integração dos direitos humanos e diversidade cultural, foram incluídas nos manuais de operação, planejamento e treinamento da RSPA.

Participação Intersetorial em Grupos de Consulta do Ministério da Saúde

13. A participação de diversos interessados diretos na integração do gênero na saúde é fundamental porque parceiros capacitados podem apoiar os esforços dos próprios ministérios da Saúde nas questões de gênero.

Ações para Melhorar a Situação

Conclusão

14. As áreas técnicas da OPAS, representações nos países e Estados Membros estão em geral de acordo que o entendimento das causas das disparidades de saúde entre mulheres e homens requer uma perspectiva de igualdade e determinante social. O exercício de monitoramento revela que o maior desafio para a integração de gênero na

saúde é apoio político insuficiente. Apesar dos desafios, os resultados também mostram progresso na implantação do Plano de Ação para a Política de Igualdade de Gênero da OPAS.

Recomendações

15. Os ministérios da Saúde devem dar claro destaque à integração do gênero nos seus planos nacionais de saúde. Isto requer uma política de gênero específica e plano de ação que inclui indicadores, alocação de orçamento e pessoal treinado. Muitos países recomendam que os ministérios da Saúde devem criar uma unidade coordenadora em nível superior para se incumbir desta responsabilidade.

16. A igualdade de gênero na Política de Saúde da OPAS deve incluir outros importantes componentes relacionados com a igualdade de gênero e saúde, inclusive questões de saúde relacionado ao homem, assistência de saúde gratuita em domicílio e compensação igual dos profissionais de saúde, participação da mulher em cargos de liderança e políticas contra o assédio sexual.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Política de igualdade de gênero da OPAS [Internet]. 46º Conselho Diretor da OPAS, 57ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26–30 de setembro de 2005; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2005 (Resolução CD46.R16) [citado 2012 março 15]. Disponível em: http://www.paho.org/english/gov/cd/CD46_r16-e.pdf.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a execução da política de igualdade de gênero [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2009 (Resolução CD49.R12) [citado 2012 março 15]. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20\(Port.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20(Port.).pdf).

C. ELIMINAÇÃO DO SARAMPO, DA RUBÉOLA E DA SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÊNITA NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Introdução

1. Em 1994, durante a 24^a Conferência Sanitária Pan-Americana, os ministros da saúde aprovaram a Resolução CSP24.R16, estabelecendo a meta da eliminação do sarampo da Região das Américas até 2000. A aprovação da resolução baseou-se na rápida e notável redução do sarampo demonstrada pelos países que tinham sido pioneiros no uso de estratégias de imunização para a eliminação. A meta de eliminação do sarampo foi subseqüentemente reafirmada pelas Resoluções CD38.R6 (1995), que aprovou um Plano de Ação para a Eliminação do Sarampo nas Américas,¹ e CE118.R14 (1996), que instou todos os países a alocar os recursos humanos e financeiros necessários para implementar plenamente as estratégias esboçadas no plano Regional. A Região das Américas atingiu a meta da eliminação do sarampo em novembro de 2002.

2. O fortalecimento da vigilância do sarampo revelou também que a rubéola e a síndrome da rubéola congênita (SRC) se haviam projetado como significativos problemas de saúde pública na Região. Em 1999, o Grupo Técnico Assessor sobre Doenças Evitáveis por Vacinação (GTA), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), recomendou o controle acelerado da rubéola e a prevenção da SRC com campanhas orientadas para uma ampla gama de idades, inclusive adultos jovens. Em vista das lições aprendidas da vacinação de populações grandes e heterogêneas com a vacina contra sarampo e rubéola, bem como do custo-efetividade documentado da vacinação contra a rubéola, em 2003 o 44^o Conselho Diretor aprovou Resolução CD44.R1, conclamando em Estados Membros a eliminar rubéola e a síndrome da rubéola congênita de seus territórios até 2010. Para isso, solicitou-se que os países formassem planos de ação nacionais dentro de um ano. Além disso, a resolução pediu que a Diretora “elaborasse um plano de ação regional e mobilizasse recursos para apoiar uma meta de eliminação de rubéola/SRC até 2010”. Os últimos casos de rubéola endêmica e de SRC na Região foram notificados em 2009.

3. Em outubro de 2007, a 27^a Conferência Sanitária Pan-Americana, considerando a eliminação do sarampo em 2002 e o progresso alcançado no sentido das metas de eliminação da rubéola e da SRC, aprovou Resolução CSP27.R2. Essa resolução instou Estados Membros a estabelecer Comissões Nacionais para documentar e comprovar a eliminação do sarampo, da rubéola e da SRC em cada país e autorizou a formação de um

¹ O Plano de Ação (contido no Documento CD38/15) tem por alvo alcançar e manter pelo menos 95% da cobertura de vacinação contra o sarampo em todos os municípios ou distritos de cada país da Região. Far-se-á isso complementando as atividades de vacinação de rotina com as campanhas de manutenção periódicas para prevenir a acumulação de crianças em idade pré-escolar suscetíveis.

Comitê de Especialistas Internacionais (CEI) para documentar e verificar a interrupção da transmissão dos vírus de sarampo e da rubéola endêmicos na Região das Américas. Para assegurar um enfoque padronizado na documentação e verificação, a OPAS formulou um plano de ação regional que foi endossado pelo GTA e aprovado pelo CEI. O plano foi criado para orientar os países e suas Comissões Nacionais na compilação e análise das provas de que transmissão do sarampo e da rubéola endêmica tinha sido interrompida.

4. O presente documento resume o progresso até agora na documentação da eliminação do sarampo, da rubéola e da SRC na Região das Américas, bem como os desafios e riscos restantes para manter a Região livre de sarampo endêmico, rubéola e SRC. Propõe também um plano de ação de emergência para garantir a manutenção da eliminação dessas doenças na Região.

Progresso até Agora

5. De acordo com a Resolução CSP27.R2, da Conferência Sanitária Pan-Americana, foi formado um Comitê de Especialistas Internacionais e 23 Comissões Nacionais foram estabelecidas, inclusive uma Comissão para os Departamentos Franceses do Exterior, nas Américas. Além disso, foi criada uma Comissão Sub-Regional para os países e territórios de língua inglesa e holandesa do Caribe, inclusive o Suriname.

6. Desde abril de 2012, 19 comissões, inclusive dos Departamentos Franceses e do Caribe de Língua Inglesa/Holandesa, apresentaram seus relatórios finais de eliminação à OPAS, para análise e comentário pelo Comitê Internacional de Especialistas. Os demais países (Brasil, Colômbia, Equador, Haiti e Peru) apresentarão seus relatórios no fim junho ou depois de assegurarem que a transmissão do sarampo foi interrompida mediante buscas ativas e retrospectivas, vacinação em resposta a surtos e bem sucedidas campanhas de vacinação para fechar lacunas de imunidade.

7. Após cuidadosa análise dos relatórios apresentados pelas Comissões Nacionais e pela Comissão Sub-Regional, parece ter sido lograda a interrupção da transmissão do sarampo endêmico e do vírus da rubéola. Contudo, os países que deram conta de surtos persistentes do sarampo em 2011 terão de apresentar provas de que a transmissão do vírus não se estendeu por um período de 12 meses ou mais. Para a rubéola, um país com casos de fontes desconhecidas, identificados pelo processo de documentação, terá de fazer uma investigação cuidadosa para assegurar que os casos não sejam devidos à circulação endêmica.

8. Como parte do processo de documentação e verificação, vários Estados Membros da OPAS identificaram desafios na manutenção da eliminação do sarampo, da rubéola e da SRC. Ademais, alguns países notificaram debilidades e malogros nos sistemas nacionais de vigilância e programas de vacinação de rotina, que têm de ser equacionados.

Desafios à Manutenção da Eliminação

9. Entre 2003 e 2010, foram notificados números historicamente baixos de casos de sarampo nas Américas. Durante esses oito anos, 34 de 45 países e territórios (76%) não notificaram caso algum de sarampo e outros cinco países (11%) notificaram juntos 10 casos confirmados. Os seis países (13%) restantes notificaram um total de 1.239 casos, 99% dos 1.249 casos confirmados na Região durante esse período. A ocorrência de sarampo ficou limitada principalmente aos casos que tinham sido importados internacionalmente ou estavam vinculados à importação. Além disso, todos os genótipos identificados dos surtos ocorridos nas Américas desde 2003 têm sido importados à Região.

10. Em 2011, porém, foram notificados 1.379 casos de sarampo nas Américas, um aumento de oito vezes a média anual anterior, de 156 casos, entre 2003 e 2010. Esse aumento coincidiu com vários grandes surtos na Europa e na África. Dos 45 países e territórios, 33 (73,3%) não notificaram casos de sarampo e 9 (20%) notificaram 14 casos confirmados. Três países—Canadá, Equador e Estados Unidos (6,7%)—notificaram um total de 1.290 casos, 93% dos 1.379 casos confirmados na Região (dados não confirmados para 2011, segundo EW18/2012). Os genótipos mais geralmente identificados nesses três países incluem D4, que está circulando no continente europeu; B3, da África; e D8 e D9, do Sudeste asiático e Pacífico

11. Os surtos de sarampo mais recentes, com várias transmissões secundárias, têm características semelhantes. A grande maioria dos casos ocorreu em grupos específicos de pessoas não vacinadas (grupos religiosos ou outros grupos que rejeitam a vacinação) ou em áreas geográficas específicas, como em comunidades indígenas, nas grandes cidades (especialmente nas periferias), e em zonas rurais e de fronteira com acesso limitado à atenção de saúde. Quase todos os casos de sarampo são associados à importação.

12. Os surtos atuais na Região põem em risco a eliminação do sarampo. Em 2011, foram documentados 171 surtos decorrentes de vírus de sarampo importados, e vírus importados causaram transmissões persistentes em pelo menos três países. Para destacar os desafios, os três maiores surtos são resumidos adiante.

13. O maior surto, com uma duração de sete meses (EW14/2011–EW40/2011), ocorreu no Canadá e foi resultado de uma importação de vírus de sarampo D4 da Europa. Representou 803 casos, 61% de todos os casos notificados na Região em 2011. Uma grande parte desses casos (70%) foi centrada numa única província, Quebec, onde 79% dos casos detectados não tinham sido vacinados ou não tinham prova de vacinação. As autoridades desenvolveram atividades de vacinação baseadas em escolas em toda a província, tendo em mira crianças que não estavam plenamente imunizados contra sarampo, com as duas doses recomendadas de vacina contra sarampo, parotidite e rubéola.

14. O segundo maior surto na Região ocorreu no Equador, onde parece que as crianças em algumas localidades rurais indígenas continuaram perdidas durante as atividades de imunização da rotina e complementares, criando assim focos de população suscetíveis. O surto se propagou a nove diferentes províncias no país. Ocorreu um total de 265 casos confirmados do sarampo em seis províncias em 2011 e 53 casos adicionais entre as crianças em três províncias em 2012 (dados até maio de 2012). O grupo de idade mais afetado foi o de menores de 5 anos. Foram identificados casos com o genótipo B3, geralmente encontrado na África, juntamente com um caso de D4. Para assegurar resposta rápida a esse surto de sarampo, uma campanha de manutenção destinada a crianças de até 15 anos foi alterada, começando mais cedo. Segundo o Ministério da Saúde, a cobertura de vacinação entre crianças de até 5 anos de idade foi de $\geq 95\%$ na maioria das províncias. O Equador completou também as atividades de vacinação para a faixa etária de 5 a 14 anos. O último caso de sarampo foi notificado na EW16/2012 (dados de 2 de maio de 2012). Depois que nenhum novo caso do sarampo tenha sido notificado no país por um período de 12 semanas, as autoridades sanitárias desenvolverão três atividades principais para confirmar a interrupção da circulação do vírus do sarampo: (a) monitoração de cobertura rápida; (b) buscas de casos ativos de sarampo; e (c) retestagem de espécimes negativos de dengue para sarampo. Uma vez concluídas essas atividades, a Comissão Nacional apresentará o relatório final sobre a interrupção da transmissão endêmica de sarampo, rubéola e SRC no Equador.

15. O estado de São Paulo (Brasil) notificou o terceiro maior surto, com seis casos isolados e três cadeias de transmissão que resultaram em 27 casos confirmados em sete municípios. Somente dois dos seis casos isolados deram conta de viagem anterior ao estrangeiro. Em dois casos, foi isolado o genótipo D4. Além disso, informou-se que um lactente de 7 meses tinha um exantema, com data de aparecimento de 24 de dezembro de 2011, que veio a ser confirmado como sarampo com o genótipo D4. Apesar de completas investigações epidemiológicas, não foi possível identificar a fonte de infecção de qualquer caso ou vincular qualquer um dos casos confirmados a importações. A Comissão Nacional para documentação/comprovação da eliminação de sarampo e rubéola examinará a epidemiologia e os resultados das buscas retrospectivas de casos no fim de abril de 2012 para descartar ou confirmar a circulação de vírus de sarampo na área.

16. Durante 1998–2006, os casos confirmados de rubéola nas Américas diminuíram em 98%, de 135.947 para 3.005. Em 2007, porém, as Américas acusaram um ressurgimento de casos de rubéola devidos a importações do vírus da rubéola em países que inicialmente tiveram apenas mulheres por alvo durante campanhas de vacinação em massa. Os casos confirmados de rubéola aumentaram de 3.005 em 2006 para 13.187 em 2007, em resultado de surtos em três países. Foi notificado na Região em 2008 um total de 4.536 casos confirmados de rubéola; os casos em dois países representaram 98% deles. Como desafortunada consequência dos surtos de rubéola de 2008-2009, foi notificado um total de 27 casos da SRC nesses dois países. O último caso confirmado de

SRC foi uma criança nascida no dia 26 de agosto de 2009. Em resposta a esses surtos, os países intensificaram as atividades de vigilância e intervenções de vacinação, desenvolvendo atividades complementares de imunização entre adolescentes e adultos. Os países que completaram campanhas para adolescentes e adultos de ambos os sexos não notificaram casos endêmicos de rubéola. O último caso confirmado de rubéola endêmica foi notificado em fevereiro de 2009. Naquele ano, dois países notificaram sete casos de rubéola associados a importação; em 2010, o total regional subiu a 15 casos de rubéola associados a importação; e em 2011, ocorreram novamente sete casos de rubéola importada (dados provisórios de abril de 2012). Nenhum caso endêmico de SRC foi notificado em 2010 ou 2011.

17. Apesar das limitadas informações epidemiológicas moleculares, o genótipo do vírus da rubéola 1C foi identificado como endêmico somente nas Américas, por não ter sido identificado em outras regiões do mundo. A última ocorrência de transmissão do vírus 1C ocorreu em 2005. Entre 2006 e 2009, o genótipo 2B foi isolado dos surtos notificados em três países e considerado endêmico nas Américas, mas a transmissão endêmica foi interrompida em 2009. Desde 2009, os vírus dos genótipos 1E, 1G, 1J e 2B estiveram vinculados a casos importados.

18. Durante o processo de confirmação da eliminação de sarampo, rubéola e SRC, a Colômbia identificou clinicamente e em laboratório vários casos confirmados de rubéola clínica em 2008, 2009 e 2011. O primeiro caso detectado foi um caso de rubéola confirmado por laboratório em 2011, sem informação disponível sobre o genótipo. Investigações retrospectivas no mesmo departamento da Colômbia revelaram mais oito casos de rubéola com confirmação de laboratório ou clínica entre 2008 e 2009. A maioria das pessoas afetadas não tinha histórico de vacinação. Embora se hajam realizado buscas retrospectivas e de casos ativos para complementar a pesquisa epidemiológica, elas não puderam identificar a fonte de infecção de todos esses casos. A Colômbia terá de fazer buscas de casos ativos nas áreas epidemiologicamente silenciosas do país.

19. Embora o progresso rumo à meta de documentação e verificação da eliminação do sarampo, da rubéola e da SRC estivesse em curso no fim de 2011, algumas das Comissões Nacionais concluíram que a vigilância epidemiológica não é suficientemente robusta para assegurar a manutenção da eliminação da rubéola e da SRC. Contudo, as Comissões afirmam que é possível fazer a documentação para comprovar a ausência das doenças endêmicas na Região se os pontos fracos identificados forem corrigidos sem demora. Para isso, os países são instados a tomar medidas imediatas para corrigir os desafios identificados durante o processo de verificação, a fim de assegurar que sejam mantidos os avanços na eliminação das doenças endêmicas.

20. Assegurar vacinação oportuna em resposta aos vírus de sarampo e rubéola importados tem-se tornado cada vez mais importante com os avanços conseguidos no tocante à documentação e verificação da eliminação de vírus endêmicos. Os Estados Membros tomaram caras medidas adicionais para reduzir o risco de novos surtos causado

pela propagação internacional dos vírus de sarampo e rubéola. Essas medidas incluem atividades de imunização complementares e de rotina para fechamento de lacunas na imunidade da população, monitoramento de cobertura rápida, vacinação de populações vulneráveis e investigação oportuna de cada caso importado. Nas campanhas complementares para eliminação de sarampo e rubéola na Região, 485 milhões de pessoas foram vacinadas, muitas vezes paralelamente a campanhas simultâneas em curso nas zonas de fronteira com países vizinhos. As ações para conter surtos representam substanciais custos diretos para a saúde pública e o sistema de atenção de saúde, com um custo líquido para o setor público de até US\$10.000 por caso.²

21. A Região das Américas continua em risco de importações, dada a circulação contínua de vírus de sarampo e rubéola em outras regiões do mundo. Além disso, anunciar a eliminação de sarampo endêmico e rubéola pode ser mal interpretado pelo público em geral ou pelas pessoas que não estão familiarizadas com as distinções técnicas entre os casos importados e endêmicos.

22. Considerando os desafios restantes à manutenção da eliminação de sarampo e rubéola na Região das Américas, propõe-se à 150^a Sessão do Comitê Executivo que recomende à 28^a Conferência Sanitária Pan-Americana a aprovação de uma resolução sobre um plano de ação de emergência. Essa resolução deve instar os Estados Membros a fortalecer a vigilância ativa dessas doenças e a manter uma alta imunidade da população através da vacinação.

Plano de Ação Regional de Emergência para Manter a Eliminação do Sarampo e da Rubéola em 2012–2014

23. Com o objetivo de manter a meta regional da eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome de rubéola congênita, e seguindo orientação do GTA, do CEI e da OPAS, foi formulado um plano de ação de emergência para os próximos dois anos para corrigir debilidades identificadas nos programas de imunização e vigilância para sarampo, rubéola, e SRC.

24. Os Estados Membros foram conclamados a verificar a interrupção dos casos de sarampo endêmico, rubéola e SRC em todos os países das Américas por um período de pelo menos três anos a partir do último caso endêmico conhecido, na presença de vigilância de alta qualidade e com coordenação e orientação da OPAS. Eliminação é a interrupção da transmissão de uma doença endêmica por um período de pelo menos 12 meses, sob vigilância de alta qualidade. Para manter esse avanço na eliminação e se basear nele, a OPAS insta os Estados Membros a implementar as seguintes ações, que são altamente recomendadas pelo CEI:

² Sugerma DE, Barskey AE, Delea MG, et al. Measles outbreak in a highly vaccinated population, San Diego, 2008: Role of the intentionally undervaccinated. *Pediatrics* 2010;125(4):747–55.

- (a) Manter uma boa vigilância padrão da eliminação em todos os Estados Membros e assegurar medidas oportunas e eficazes em resposta a surtos face a qualquer importação de vírus selvagem. Para assegurar a vigilância de alta qualidade, as seguintes atividades devem ser desenvolvidas:
- i. Executar avaliações externas rápidas de sistemas de vigilância de sarampo, rubéola e SRC, a fim de aumentar a robustez e qualidade da detecção e notificação de casos e fortalecer os registros das anomalias congênitas.
 - ii. Levar a cabo buscas de casos ativos e avaliar a sensibilidade dos sistemas de vigilância nas áreas epidemiologicamente silenciosas.
 - iii. Emitir os alertas de saúde para eventos que reúnem grandes massas (como os Jogos Olímpicos e Copa do Mundo da FIFA).
 - iv. Incluir o setor privado na vigilância de doenças, dando especial ênfase à inclusão de laboratórios privados na Rede Regional de Laboratórios de Sarampo e Rubéola.
 - v. Reforçar a colaboração entre equipes epidemiológicas e laboratoriais para melhorar a vigilância do sarampo e da rubéola, bem como a classificação final de casos suspeitos.
 - vi. Melhorar o genótipo molecular dos casos confirmados em todos os surtos.
 - vii. Abordar as lacunas e falhas nos sistemas de vigilância, identificadas pelas Comissões Nacionais.
- (b) Manter uma alta cobertura de imunização da população contra sarampo e rubéola ($\geq 95\%$) em todos os Estados Membros. Para isso, recomendam-se as seguintes atividades:
- i. Executar o monitoramento rápido da cobertura para identificar populações suscetíveis ao sarampo e à rubéola, concentrando-se particularmente em populações de alto risco com qualquer das seguintes características:
 - Vivem nas zonas de fronteira de trânsito intenso.
 - Vivem em áreas densamente povoadas como os assentamentos periféricos urbanos.
 - Vivem em áreas com baixa cobertura de vacinação ou altas taxas de evasão da vacinação.
 - Vivem em áreas que não notificam casos suspeitos (epidemiologicamente silenciosas).
 - Vivem em áreas com uma alta densidade de turistas.
 - São geográfica, cultural ou socioeconomicamente difíceis de atingir.

- Estão dedicados a comércio/trocas comerciais (por exemplo, feiras, mercados) ou vivem em áreas altamente industrializadas.
 - ii. Executar atividades imediatas de vacinação nas áreas onde o monitoramento de cobertura rápida constata que a cobertura está abaixo do limiar recomendado de 95%.
 - iii. Executar campanhas de vacinação de seguimento de alta qualidade. Para assegurar altos níveis de imunidade, os países se comprometeram a executar tais campanhas enquanto a Região está verificando sua condição de isenta de transmissão endêmica de sarampo e rubéola (2008–2014).
25. A implementação completa de atividades intensificadas de vacinação para manter o estado de eliminação será essencial assegurar ampla cobertura de imunização, principalmente em áreas que têm populações suscetíveis. Nas zonas onde os vírus de sarampo e rubéola ainda estão circulando, novos esforços para interromper a transmissão dos vírus e fazer pesquisas epidemiológicas devem se concentrar nos grupos populacionais vulneráveis não vacinados e nas zonas de alto risco.
26. Os países devem integrar as atividades propostas para manter a eliminação do sarampo, da rubéola e da SRC nos seus planos de ação anuais para programas nacionais de imunização, que refletirão um contínuo empenho político e financiamento suficiente.
27. Para assegurar execução do plano de ação de emergência para 2012–2014, a fim de manter a Região livre de sarampo, rubéola e SRC, o orçamento de US\$1,5 milhão deve ser plenamente financiado.

Ação do Comitê Executivo

28. Convida-se o Comitê Executivo a examinar a informação fornecida neste documento e a considerar se é apropriado transferir este tema de “Assuntos de Informação” para “Assuntos Relativos à Política de Programas”, a fim de aprovar uma resolução durante a 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

D. ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO REGIONAL SOBRE NUTRIÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO, 2006-2015: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Introdução

1. Não há boa saúde sem boa nutrição. Muitas das políticas e programas mais eficazes para promover a boa nutrição encontram-se fora do setor da saúde. Não obstante, a carga da nutrição deficiente, com uma variedade de resultados de saúde relacionados tanto à desnutrição como ao sobrepeso, tem impacto direto no setor da saúde. Está crescendo o duplo ônus da desnutrição, inclusive a subnutrição (principalmente a desnutrição crônica entre as crianças pequenas e a carência de micronutrientes entre crianças e outros grupos etários), e, em contraste, o sobrepeso e a obesidade. Essas duas formas de desnutrição podem coexistir dentro do mesmo país ou comunidade, e mesmo dentro de um único domicílio. Insegurança alimentar e nutricional, água e saneamento inadequados, pobreza e lacunas no acesso a serviços de saúde e educação são todos fatores determinantes de desnutrição, que põem em risco a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e outras metas de saúde globais e regionais.

2. Nas Américas, em 2007, 77% do total de óbitos (3,9 milhões) foram causados por doenças não transmissíveis (DNT) crônicas (1). Dessas mortes, 76% (2,95 milhões) resultaram de quatro doenças: afecções cardiovasculares (1,5 milhão), câncer (1 milhão), diabetes (232.000) e doença pulmonar obstrutiva crônica (219.000). Três destas (todas menos o câncer) têm a deficiência nutricional como fator de risco. Aproximadamente 44% dos óbitos por todas as causas ocorreram antes dos 70 anos de idade; essas mortes prematuras estão associadas a significativos custos sociais, de saúde e econômicos para as famílias e países, e particularmente para o setor da saúde.

3. As DNT são um problema em todos os países. Como a desnutrição, porém, a carga de DNT afeta muito mais os pobres que os ricos, em termos tanto relativos como absolutos, mundialmente e na Região das Américas. O grau da desnutrição infantil na Região varia de país a país, dependendo dos respectivos níveis de pobreza, igualdade relativa de renda e redes de segurança. Varia também nos países devido a desigualdades. As carências de micronutrientes são generalizadas.

4. A abordagem dos determinantes fundamentais e a melhoria da qualidade da alimentação e da atividade física durante o curso da vida são cruciais para reduzir tanto a subnutrição como as doenças crônicas associadas à nutrição. Isso requer políticas específicas para aumentar a produção agrícola e amplo acesso a alimentos de qualidade; melhoria das iniciativas para promover informação ao consumidor, nutrição escolar, nutrição geral e educação física; e implementação e monitoramento do Código

Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e das diretrizes para a comercialização de alimentos e bebidas para crianças.

Antecedentes

5. No 47º Conselho Diretor, em setembro de 2006, os Estados Membros, mediante a Resolução CD47.R8, aprovaram a Estratégia e Plano da Ação sobre Nutrição em Saúde e Desenvolvimento, 2006-2015 (Documento CD47/18), que inclui cinco estratégias interdependentes: formulação e difusão de macropolíticas direcionadas às questões mais críticas associadas à nutrição; fortalecimento da capacidade dos recursos na saúde e outros setores, com base em normas; informação, gestão do conhecimento e sistemas de avaliação; formulação e difusão de diretrizes, ferramentas e modelos eficazes; e mobilização de parcerias, redes e um Fórum Regional sobre Alimentação e Nutrição. Também inclui uma linha de ação principal e duas linhas secundárias: alimentação e nutrição em saúde e desenvolvimento; nutrição subótima e deficiências nutricionais; e nutrição e atividade física na obesidade e em doenças crônicas associadas à nutrição.

6. A Estratégia e Plano da Ação contribui para a Agenda de Saúde para as Américas e para o Plano Estratégico da OPAS para 2008-2012. Para executar as cinco estratégias, os Estados Membros, com apoio da Repartição Sanitária Pan-Americana, avançaram na elaboração de estratégias multissetoriais e na integração de intervenções em todo o curso da vida. Esse enfoque contribuiu para a prevenção da desnutrição em todas as suas formas.

Progresso e resultados iniciais

7. No que tange à “formulação e difusão de macropolíticas direcionadas às questões mais críticas associadas à nutrição”, em 2006 poucos países tinham políticas relacionadas à segurança alimentar e nutricional e redução da desnutrição crônica e da obesidade. Em 2012, quase todos os países tinham políticas nacionais para abordar uma ou mais dessas questões. Muitos estabeleceram também comitês intersetoriais e/ou interministeriais de alto nível nos âmbitos nacional, sub-regional e municipal. Alguns estão também atuando para garantir uma produção nacional de alimentos suficiente para atender às necessidades da população. Uma importante conquista na América Central foi a aprovação recente da Agenda Regional para a Segurança Alimentar e Nutricional. Na América do Sul, o Mercosul está trabalhando numa agenda semelhante. No 50º Conselho Diretor, em setembro de 2010, os Estados Membros aprovaram a Estratégia e Plano de Ação para Redução da Desnutrição Crônica (Documento CD50/13), mediante a Resolução CD50.R11. Essa Estratégia e Plano da Ação reconhece que fatores subjacentes causam desnutrição e propõe intervenções para abordar seus determinantes, usando um enfoque intersetorial e incluindo os diferentes níveis de governo. Promove também alianças nacionais, monitoramento e avaliação.

8. No que se refere ao “fortalecimento da capacidade dos recursos na saúde e outros setores, com base em normas”, a OPAS promoveu capacitações regionais e nacionais, em coordenação com parceiros, sobre Padrões de Crescimento Infantil e a Iniciativa Hospital Amigo do Lactante, da Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como sobre a elaboração de programas de fortificação dos alimentos e garantia de qualidade envolvendo tanto o setor público como os produtores de alimentos.

9. Na área de “informação, gestão do conhecimento e sistemas de avaliação”, a OPAS tem promovido o uso de indicadores nutricionais em sistemas nacionais de vigilância em saúde. Isso constitui um desafio e requer mais trabalho. Vários países executaram pesquisas nutricionais nacionalmente representativas que oferecem informação atualizada sobre indicadores nutricionais. Alguns ainda carecem de tais pesquisas, em particular os do Caribe. A OPAS usou essas pesquisas para elaborar relatórios sobre anemia, carência de iodo, crescimento infantil e amamentação, descrevendo tendências nacionais e regionais e o número de pessoas afetadas. Formou-se na OPAS uma equipe técnica transorganizacional sobre nutrição para a saúde e o desenvolvimento a fim de promover a coordenação de atividades entre diferentes áreas técnicas.

10. Na “formulação e difusão de diretrizes, ferramentas e modelos eficazes”, a OPAS, em coordenação com outros interessados, formulou diretrizes regionais, traduziu diretrizes da OMS e apoiou a adaptação das diretrizes a contextos nacionais. Os exemplos incluem material atualizado e reativação da Iniciativa Hospital Amigo do Lactante, indicadores para avaliação de práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas, diretrizes para administração de suplementos de vitamina A e diretrizes para implementação do controle de qualidade, garantia de qualidade e monitoramento regulador da fortificação de alimentos básicos. Essas ações resultaram em políticas e normas nacionais atualizadas nos Estados Membros, medição de indicadores usando padrões globais e/ou regionais e melhor capacitação nutricional para profissionais da saúde. Um desafio importante é assegurar ampla cobertura e alta qualidade na implementação dessas normas e diretrizes.

11. No tocante à “mobilização de parcerias, redes e um Fórum Regional sobre Alimentação e Nutrição”, os Diretores Regionais das Nações Unidas (ONU) em julho de 2008 estabeleceram a Aliança Pan-Americana de Nutrição e Desenvolvimento (2). Essa iniciativa interinstitucional, constituída de 15 organismos da ONU, facilita a coordenação dos esforços de cooperação e recursos internacionais para promover intervenções multissetoriais e interprogramáticas eficazes, com base científica, para responder às múltiplas causas da desnutrição. Os diretores do organismo estabeleceram uma Equipe Técnica Regional para elaborar um quadro conceitual e plano de ação. O quadro conceitual da Aliança foi divulgado em toda a Região mediante workshops com as Equipes de País das Nações Unidas, na Argentina, Bolívia, El Salvador, Guatemala,

Paraguai e Peru, além de diversos seminários políticos, técnicos e acadêmicos. O próximo passo é o desenvolvimento de alianças nacionais nos mesmos moldes.

12. No que se refere à linha secundária de ação sobre “nutrição subótima e deficiências nutricionais”, os dados mostram que entre as crianças da Região a desnutrição crônica é a forma mais prevalente de deficiência do crescimento. Contudo, o sobrepeso e a obesidade constituem também um crescente problema: 7% a 12% das crianças menores de 5 anos são obesas, seis vezes a proporção de crianças que têm atualmente peso inferior ao normal (3). Embora a prevalência de desnutrição crônica esteja diminuindo, cerca de um terço das crianças são atrofiadas na Bolívia e no Equador, e cerca de metade na Guatemala. Os dados nacionais ocultam disparidades cada vez maiores nos países, baseadas na renda, na residência rural ou urbana e na etnia. Como o retardo do crescimento começa já no período pré-natal e é transmitido entre gerações, sua erradicação requer enfoques intersetoriais e dos serviços de saúde, no contexto de todo o ciclo da vida. No setor da saúde, a OPAS promove políticas e programas para apoiar a amamentação e alimentação complementar ótima, a avaliação do crescimento, o tratamento da desnutrição aguda grave, a administração de suplementos de micronutrientes e a fortificação alimentar, assim como medidas para aumentar o acesso a serviços de saúde. A OPAS defende também enfoques numa variedade de outros setores, tais como habitação e meio ambiente, água e saneamento, educação, segurança alimentar, emprego e renda familiar e proteção social dirigida a áreas onde as deficiências nutricionais são mais prevalentes. Além disso, a OPAS tirou lições de experiências bem-sucedidas na redução da desnutrição crônica no Brasil, México e Peru e as compartilhou com outros países. Outros exemplos incluem o programa *Crece Contigo*, no Chile, e as transferências condicionais de renda em vários países.

13. Em escala mundial, a amamentação subótima é o terceiro maior fator de risco de morbidade e mortalidade, segundo as estimativas mais recentes do Projeto de Carga Global de Doenças.¹ As práticas tanto de amamentação como de alimentação complementar, essenciais para o crescimento e o desenvolvimento com saúde, estão longe de ser universais. Na Região, apenas 58% dos recém-nascidos são levados ao seio na primeira hora após o nascimento, e somente 44% dos lactentes de menos de 6 meses se beneficiam da amamentação exclusiva, caindo para apenas 25% entre os de 4 a 5 meses (4). Cerca de 30% das crianças não recebem uma diversidade alimentar mínima e somente 43% recebem uma frequência mínima de refeições. Embora a maioria dos países tenha implementado o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, apenas cinco têm regulamentos em vigor para cumpri-lo efetivamente (5). A certificação de hospitais para a Iniciativa Hospital Amigo do Lactante está defasada.

¹ Apresentado na OPAS em janeiro de 2012 por Cristopher Murray, Institute for Health Metrics and Evaluation; publicação pendente.

14. As carências de micronutrientes têm significativo impacto no desenvolvimento humano e na produtividade econômica. A prevalência de anemia na Região é de 44,5% em crianças pequenas (22,5 milhões), 30,9% em gestantes (3,5 milhões) e 22,5% em mulheres em idade reprodutiva (31,7 milhões) (6). Nos dez últimos anos, somente a prevalência de anemia entre gestantes diminuiu, mostrando o fracasso da maioria dos programas de suplementação de micronutrientes, bem como a necessidade de integrar melhor as ações contra anemia na Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), na atenção à saúde materna e outros programas que prestam serviços de saúde. A maioria dos países implementou programas de suplementação ou fortificação com ácido fólico para prevenir defeitos do tubo neural. A Argentina, o Brasil, o Canadá, o Chile, a Costa Rica e os Estados Unidos dispõem de informação nacionalmente representativa que mostra redução de defeitos do tubo neural como prova da eficácia desses programas. Os países centro-americanos estão envidando esforços para implantar um sistema de vigilância de defeitos do tubo neural. Foi adotada a iodação universal do sal para prevenir distúrbios por carência de iodo, do qual 90% da população da Região tem ingestão adequada. Os desafios persistem em países com produção de sal de baixa qualidade e nas comunidades sem acesso a alimentos fortificados. A carência de vitamina A é estimada entre leve e moderada na Região, embora, para alguns países, as informações disponíveis tenham mais de 10 anos. A suplementação com vitamina A é a principal estratégia para a prevenção dessa deficiência; contudo, somente os países com pesquisas demográficas e de saúde nacionais têm informação sobre a cobertura do programa. A fortificação de açúcar com vitamina A foi bem-sucedida na América Central. Carências de zinco, vitamina B12 e, mais recentemente, de vitamina D foram registradas por pequenas pesquisas não representativas na América Central. Embora a maioria dos países da Região tenha políticas e planos de ação nacionais para suplementação de micronutrientes ou fortificação de alimentos básicos, são fracos os sistemas de vigilância para orientar essas políticas.

15. No que se refere à linha da ação secundária sobre “nutrição e atividade física”, as crianças com excesso de peso e obesidade têm probabilidade de continuar obesas ao chegar à idade adulta e contrair DNT em uma idade menor que a média. Para a maioria das DNT associadas à obesidade, os riscos dependem em parte da idade em que ocorreu e da duração da obesidade. É preciso adotar políticas e programas que proporcionem ambientes conducentes à alimentação sadia e a uma vida ativa, para que a opção saudável se torne a opção mais fácil. Como são especialmente vulneráveis à influência da publicidade, as crianças devem ser protegidas através de efetiva ação de saúde pública. Para isso, a OPAS convocou uma Consulta de Especialistas em Comercialização de Alimentos e Bebidas Não Alcoólicas para Crianças nas Américas, para apresentar recomendações sobre o tema (7). Para implementar essas recomendações e avaliar seu impacto, são necessárias ações coordenadas e focalizadas nos Estados Membros. Registraram-se também avanços no desenvolvimento de ciclovias e na limitação do trânsito em algumas ruas nos fins de semana, a fim de facilitar a recreação. Realizaram-se reuniões regionais sobre obesidade em Aruba e no México e entre os presidentes da

América Central. O Senado Chileno organizou também uma conferência em Valparaíso, com apoio da OPAS, para discutir a melhoria da provisão de alimentos.

16. Durante a 63ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2010, foi aprovada a Resolução WHA63.23, a qual determina que a OMS apoie os Estados Membros na ampliação de suas intervenções nutricionais relacionadas ao duplo ônus da desnutrição, no monitoramento e avaliação dessas intervenções, no fortalecimento ou estabelecimento de efetivos sistemas de vigilância da nutrição e na implementação dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS e da Iniciativa Hospital Amigo do Lactante. Ademais, a resolução encarregou a OMS de elaborar um plano para implementação dessas medidas, a ser apresentado na Assembleia Mundial da Saúde em 2012. Para receber comentários dos Estados Membros ao projeto de estratégia de implementação, a OPAS e a Organização para a Agricultura e Alimentação convocaram uma reunião regional em 2011, a qual envolveu equipes de 17 países.

Conclusão

17. Na metade do período de implementação da Estratégia e Plano de Ação Nutricional, os Estados Membros fizeram importantes avanços na abordagem dos determinantes da desnutrição e seus efeitos sobre a saúde, com participação de muitos setores e partes interessadas. Ademais, há maior conscientização e integração de intervenções nutricionais na atenção primária à saúde, usando um enfoque baseado no ciclo da vida. Ocorreram notáveis reduções da desnutrição crônica no Brasil, México e Peru, e muitos outros países mostram certo grau de redução.

18. Esta análise intermediária destaca os muitos desafios na Região relacionados à dupla carga da subnutrição e do sobrepeso e obesidade. Embora grande parte do ônus da deficiência nutricional, em termos dos inúmeros resultados de saúde, afete o setor da saúde, muitas soluções dos seus determinantes fundamentais residem fora desse setor. Os ministérios da saúde devem, portanto, desempenhar um papel catalisador na promoção de um enfoque multissetorial e amplo, conduzido idealmente nos mais altos níveis do governo. A implementação de um bem estabelecido conjunto de intervenções eficazes poderia impedir 35% da mortalidade por desnutrição materna e infantil (8). Os ministérios da saúde devem assumir o comando na melhoria da cobertura e da qualidade dessas intervenções.

19. Um requisito essencial para a cooperação técnica da OPAS é identificar as ações que possam ter o maior impacto na redução da morbidade e da mortalidade causadas pela desnutrição. Além disso, a difusão de conhecimentos em todas as áreas técnicas da OPAS deve ser fortalecida, para que as intervenções sabidamente eficazes na redução da desnutrição sejam implementadas no contexto da atenção primária à saúde.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Technical reference document on non-communicable disease prevention and control. Washington (DC): PAHO; 2011.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Pan American Alliance for Nutrition and Development, Basic document, conceptual premises and strategic principles. Washington (DC): PAHO; 2009.
3. Lutter CK et al. Progress towards Millennium Development Goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of the choice of indicator for undernutrition. *Bull World Health Organ.* 2011;89:22-30.
4. Lutter CK et al. Undernutrition, poor feeding practices and low coverage of key nutrition interventions. *Pediatrics.* 2011;128:e1-e10.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington (DC): PAHO; 2011.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Anemia in Latin America and the Caribbean, 2009. Situation analysis, trends, and implications for public health programming. Washington (DC): PAHO; 2010.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Recommendations from a Pan American Health Organization Expert Consultation on the Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children in the Americas. Washington (DC): PAHO; 2011.
8. Bhutta ZA. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet.* 2008 Feb 2;371:417-40.

E. PLANO ESTRATÉGICO REGIONAL PARA HIV/AIDS E IST 2006–2015: AVALIAÇÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. O Plano Estratégico Regional para HIV/AIDS e IST 2006–2015 foi aprovado pelos Estados Membros da OPAS em setembro de 2005 (Resolução CD46.R15). Requer uma avaliação intermediária que está sendo realizada durante o período 2012 de março a julho, para comunicar, revisar e atualizar as metas, prioridades e estratégias para os anos restantes do Plano.

2. O objetivo do Plano é dar diretrizes aos países das Américas para responder de modo mais eficaz à epidemia de HIV e prevenir e controlar infecções sexualmente transmissíveis (IST). Procura fortalecer os planos nacionais em todos os países da Região, assim como incentivar os planejadores nacionais e internacionais a considerar o impacto, a sustentabilidade e a trajetória da doença a longo prazo com relação a outras metas de desenvolvimento econômicas e humanas de longo prazo.

3. O Plano tem cinco linhas de ação fundamentais:

- (a) fortalecer a liderança e a gestão do setor de saúde e fomentar a participação de sociedade civil;
- (b) elaborar e implementar programas para o combate de HIV/AIDS e IST eficazes e sustentáveis e capacitar os recursos humanos;
- (c) fortalecer, ampliar e redirecionar os serviços de saúde;
- (d) melhorar o acesso aos medicamentos, meios de diagnóstico e outros produtos primários e
- (e) melhorar o gerenciamento de informação e conhecimento, inclusive vigilância, monitoramento e avaliação e disseminação.

4. Para cada linha de ação, estratégias específicas, metas, marcos e indicadores que são definidos no Plano, também se estabelece o papel da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) em apoiar o Plano, incluindo sua supervisão e gestão.

Planos sub-regionais

5. Com base no Plano, foram elaborados planos sub-regionais para o Caribe, América Central e regiões andinas. O Plano Andino foi concluído em 2010 e avaliado em 2011. Os resultados deste processo estão sendo incorporados ao processo de análise intermediária. Os outros planos sub-regionais serão avaliados usando uma metodologia plenamente alinhada com a do Plano Regional.

Finalidade da avaliação intermediária

6. A avaliação intermediária tem o propósito de:
- (a) identificar os principais avanços e desafios relacionados com a resposta regional do setor da saúde para HIV/IST e a implementação do Plano e
 - (b) atualizar as metas, prioridades e estratégias para a resposta do setor da saúde, assim como para a estratégia de cooperação técnica da OPAS para o período 2012–2015.

Escopo da avaliação

7. A avaliação intermediária abrange o período 2006–2011 e tem um alcance regional, com atenção específica aos processos sub-regionais, problemas e resultados. Concentra-se primordialmente na atualização das estratégias do setor de saúde com base em novas evidências e iniciativas, eventos e compromissos recentes relacionados ao HIV, entre eles:

- (a) Novas evidências relacionadas ao tratamento do HIV como prevenção.
- (b) Tratamento 2.0 da OMS/UNAIDS, para otimização do tratamento do HIV.
- (c) Iniciativa Regional para Eliminação da Transmissão Materno-fetal do HIV e Sífilis Congênita na América Latina e no Caribe.
- (d) Estratégia Global do Setor de Saúde da OMS em HIV/AIDS, 2011–2015.
- (e) Mudanças na situação financeira global relacionadas com o HIV, inclusive nos critérios de qualificação para o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária e as suas consequências para a Região.

Metodologia

8. Dentro dos parâmetros de recursos limitados, a avaliação intermediária aplica uma mescla dos enfoques para permitir o mais elevado nível possível de consulta e participação de interessados diretos e para criar um alto nível de propriedade dos resultados do processo.

9. A metodologia possui cinco componentes principais:
- (a) Análise dos planos regionais e sub-regionais, relatórios e documentos recentes regionais e globais de orientação técnica.
 - (b) Consultas aos interessados diretos em eventos regionais e sub-regionais.

- (c) Pesquisas com colaboradores gerenciadas via email para os gerentes dos programas nacionais, diretores de laboratório, pessoas vivendo com HIV, organizações da sociedade civil, defensores da causa e equipe técnica da OPAS. Dois formulários de pesquisa diferentes foram elaborados para os interessados diretos e pessoal da OPAS.
- (d) Entrevistas em profundidade com interessados diretos selecionados, como parceiros das Nações Unidas, organizações regionais e sub-regionais pertinentes, diretores médicos, gestores de programas nacionais, representantes de entidades sub-regionais (como a Parceria Pancaribenha contra o HIV/AIDS e Conselho de Ministros de Saúde da América Central e República Dominicana – COMISCA) e pessoal da OPAS regional e sub-regional e nos países.
- (e) Consulta ao Comitê Consultivo Técnico da OPAS em HIV/IST (TAC) com análise e debate dos resultados preliminares e recomendações e formulação conjunta das recomendações finais.

Processo de implementação

10. O Processo de implementação inclui:
 - (a) Dois consultores foram contratados para a avaliação intermediária, um para o processo do Caribe e o outro para a América Latina. Esses consultores estão trabalhando junto com a equipe da OPAS para identificar e coletar os documentos relevantes, desenvolver instrumentos de coleta de dados e identificar os interessados diretos para entrevista.
 - (b) No Caribe, foi instituído um Comitê Gestor presidido pelo Ministro da Saúde de Granada para fornecer informações para o processo de avaliação. No nível regional, o TAC assumirá esse papel.
 - (c) Com base na análise dos dados coletados, serão feitos dois relatórios. O primeiro será um relatório detalhado sobre o processo de avaliação e resultados. O segundo será um relatório resumido com as principais conclusões e recomendações para realinhamento e atualização da resposta do setor da saúde ao HIV/IST para o período restante do Plano Regional de Combate ao HIV/IST, a ser apresentado a Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2012.

Cronograma de implementação

Datas	Atividade
Março de 2012	Contratação de consultores, desenvolvimento da metodologia de avaliação e ferramentas
Abril-maio de 2012	Consultas às partes interessadas, entrevistas das pesquisas, elaboração de relatórios
4-5 de junho de 2012	Reunião do Comitê Gestor do Caribe para a revisão dos resultados no processo do Caribe
11-13 de junho de 2012	Reunião do TAC em HIV/IST para revisão dos resultados no processo regional e relatórios preliminares
14-30 de junho de 2012	Elaboração dos relatórios finais

Esperado resultado

11. O resultado esperado da avaliação intermediária é uma série de dados e outras informações relevantes para obter orientação dos Órgãos Diretivos nas áreas centrais para a implementação da estratégia para o período restante do plano.

F. SITUAÇÃO ATUAL DA DENGUE

Introdução

1. A dengue, doença endêmica na Região com ciclos epidêmicos, continua sendo um problema significativo de saúde pública. Sua persistência encontra-se associada à existência de determinantes sociais ou macrofatores como o crescimento populacional, as migrações, a urbanização não controlada e não planejada, os cinturões de pobreza nas cidades e a falta de serviços básicos como fornecimento de água e eliminação de resíduos líquidos e sólidos.

2. Este relatório apresenta uma atualização da situação da doença e o grau de avanço das atividades promovidas pelos Estados Membros para sua prevenção e controle.

Antecedentes

3. Na 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana de 2007, os países reconheceram o problema que representam os surtos cada vez mais frequentes da dengue e a complexidade da situação epidemiológica para sua prevenção e controle. A Conferência considerou a dengue como um problema que vai além do setor da saúde e orientou a busca por políticas públicas de controle dos macrofatores condicionantes de sua transmissão e o fortalecimento das estratégias nacionais de gestão integrada para sua prevenção e controle (EGI-dengue).

Análise da situação

4. A dengue nas Américas mantém uma situação epidemiológica muito complexa, com a circulação dos quatro sorotipos da doença e condições muito propícias para sua transmissão. O ano de 2010 foi o de maior notificação, com 1,6 milhão de casos, sendo 50.235 graves e 1.185 óbitos. Para 2011, houve uma redução de 39% da morbidade e de 40% na mortalidade, com 1.044.279 casos e 719 mortes, respectivamente, tendência que aparentemente se manterá neste ano de 2012. Também houve uma queda de 39,1% na proporção de casos graves em 2011 com relação aos últimos quatro anos, que pode estar relacionada com a aplicação nas novas diretrizes de manejo de casos, que preconizam o atendimento oportuno em caso de sinais de alerta que indicam gravidade, desde o nível da atenção primária à saúde.

5. Atualmente, 22 países e territórios das Américas já elaboraram suas EGI-dengue nacionais. Além disso, quatro EGI-dengue sub-regionais foram desenvolvidas (sub-região andina, Cone Sul, América Central e Caribe anglófono).

6. O processo de avaliação das EGI-dengue começou no México em 2008. Desde então, 16 países e territórios já foram avaliados. O Grupo Técnico Internacional (GTI-

dengue) e os grupos técnicos nacionais participaram integralmente de todos os processos de avaliação. O GTI-dengue presta apoio técnico em situações de surtos e epidemias desde 2003 e vem fortalecendo a capacidade técnica dos países. Atualmente, o Grupo está agindo para impulsionar a utilização de ferramentas novas, tais como o Levantamento de Índice Rápido de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA), os Sistemas de Informações Geográficas (SIG), novos exames de diagnóstico e a nova classificação da dengue.

7. Durante o biênio 2009-2010, surtos importantes foram notificados na Argentina, Colômbia, Brasil, Bolívia, Guadalupe, Honduras, Martinica, Paraguai, Porto Rico, República Dominicana e Venezuela. É notória a importância de uma abordagem mais integral do problema com a participação dos municípios, do setor privado, da comunidade e dos meios de comunicação além do setor da saúde. Como exemplo, temos os surtos em Santa Cruz de la Sierra (Bolívia), no Chaco argentino e em Honduras.

8. Foi consolidada a Rede de Laboratórios de Dengue das Américas (RELDA), composta pelos laboratórios nacionais de referência e dos quatro centros colaboradores em dengue da OPAS/OMS. O processo de controle de qualidade e o uso de técnicas de diagnóstico molecular foram fortalecidos.

9. Continuam os esforços de capacitação dos países na metodologia Comunicação para Impactar Conduta em Dengue (conhecida como COMBI por sua sigla em inglês) e comunicação de risco. Em 2011, uma publicação que sistematiza este processo foi elaborada e distribuída a todos os países.

10. A EGI-dengue está influenciando na elaboração de políticas públicas, leis e portarias para melhorar o meio ambiente e enfrentar os macrofatores causadores da dengue. No entanto, para que os esforços atuais se tornem sustentáveis, é preciso haver um maior impulso extrasetorial e um enfoque nos determinantes sociais que originam a transmissão.

11. Em 2010, começou o processo de divulgação das novas diretrizes sobre a dengue elaboradas pela OPAS/OMS, por meio de sua tradução, publicação e distribuição. O componente de atendimento ao paciente foi adaptado por especialistas da Região em 2011 e foram realizadas ações de capacitação em todos os países da América do Sul, América Central e do Caribe latino.

12. No tocante ao combate do vetor, o uso inadequado de inseticidas compromete a durabilidade dos princípios ativos disponíveis atualmente e fortalece o aumento da resistência do *Aedes aegypti* aos inseticidas. Além disso, são poucos os países desta Região que realizam pesquisas sobre a suscetibilidade e resistência. Por este motivo, a OPAS/OMS está trabalhando em um projeto regional sobre vigilância da resistência aos

inseticidas, em cooperação com a Rede latino-americana de Controle de Vetores (RELCOV) e com o apoio de quatro centros de referência.

13. Atualmente, há várias vacinas contra a dengue em fase de desenvolvimento clínico, e é possível que, em pouco tempo (5 a 10 anos), haja pelo menos uma vacina segura e eficaz. A mais avançada, uma vacina de vírus vivo atenuado contra os quatro sorotipos, encontra-se em ensaios clínicos fase III, cujos resultados são esperados para 2013. Existe um incentivo para que os Estados Membros e a OPAS/OMS se preparem de forma oportuna e baseada em evidências para a introdução da vacina contra a dengue, a qual, em um contexto integral, será mais uma ferramenta para o controle da dengue. Destaca-se a intenção do ProVac¹ de incluir a vacina da dengue em seus trabalhos futuros.

14. Durante os últimos dois biênios, a cooperação dos governos espanhol e canadense foi fundamental para os avanços obtidos. Nos próximos anos, o Projeto Mesoamérica contra a dengue será um apoio para os países desta sub-região.

15. Ainda há grandes desafios para a prevenção e controle da dengue na Região. Os países ainda enfrentam sérios problemas no que diz respeito à atenção aos determinantes sociais, problemas estes complicados por outros fatores externos, como a mudança climática, que favorecem o ciclo de vida do mosquito transmissor.

Proposta

16. Este relatório de situação apresenta os avanços e o trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana para a prevenção e do controle da dengue na Região. Propõe-se continuar apoiando a resposta de gestão integrada, fortalecer as capacidades nacionais e intensificar os esforços dos Estados Membros no sentido de implementar políticas públicas que repercutam nos determinantes sociais ou nos macrofatores relacionados com a doença.

¹ A iniciativa ProVac, composta por instituições e organizações de alto nível científico, foi criada pelo projeto de imunização da OPAS/OMS para fortalecer a capacidade nacional para a tomada de decisões baseada em evidências no tocante à introdução de novas vacinas.

G. IMPLANTAÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

Introdução

1. A finalidade deste relatório é fornecer uma atualização sobre o progresso feito pelos Estados Membros na Região das Américas e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para cumprir suas obrigações e compromissos com a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI; daqui em diante também referido como “Regulamento”). É uma atualização do último relatório apresentado em 2011 ao 51º Conselho Diretor (1).

2. Além disso, este relatório tem o propósito de incentivar os Estados Partes a usarem o RSI não só como um modelo para garantir a segurança sanitária global. O RSI é também uma oportunidade e uma ferramenta para institucionalizar as funções essenciais da saúde pública¹ através da captação de recursos sustentáveis para manter mecanismos eficientes para colaboração intersetorial e prontidão de saúde pública para riscos diversos.

3. Este relatório é estruturado em torno de áreas estratégicas de trabalho selecionadas como definido no documento da OMS, Regulamento Sanitário Internacional (2005): Áreas de trabalho para implantação (2). Está centrado na situação das capacidades nacionais essenciais como indicado no anexo 1 do Regulamento, a ser apresentado em 15 de junho de 2012.

Promover parcerias regionais e globais

4. A OPAS continua a colaborar com as iniciativas e os mecanismos de integração sub-regionais.² O objetivo mais importante a este respeito é promover a propriedade e a liderança dos Estados Partes nos seus esforços de implantação do RSI. Outros objetivos são otimizar o uso de recursos técnicos e financeiros e melhorar a conscientização quanto aos direitos e obrigações estipuladas pelo Regulamento entre parceiros e Estados Partes.

¹ Documento *A Saúde Pública nas Américas – Medição do Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública* (PAHO 2001). Disponível em: www.opas.org.br/servico/arquivos/apres_port.pdf.

² Entre os mecanismos de integração e iniciativas sub-regionais estão o Mercado Comum do Sul (Mercosul), através do seu grupo de Trabalho na Saúde (SGT-11) responsável pela Comissão Intergovernamental para o Regulamento Sanitário Internacional (CIRSI); a Comunidade Andina (CAN), através da Rede Andina para Vigilância Epidemiológica (RAVE) coordenado pelo Agência Andina Regional de Saúde-Acordo Hipólito Unanue (ORAS-CONHU); a União dos Países Sul-americanos (Unasul), através de seu Grupo Técnico de Trabalho para Vigilância e Resposta (GTVR); o Sistema de Integração Centro-Americana (SICA), através do Secretariado Executivo do Conselho de Ministros da Saúde Centro-americanos (SE-COMISCA) e a Comunidade de Caribe (CARICOM), através da OPAS/OMS e Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC).

5. Embora a implantação do RSI esteja refletida nos documentos programáticos e estratégicos das iniciativas sub-regionais, e é apoiado pela OPAS/OMS por meio de planos de trabalho sub-regionais específicos,³ os diversos mecanismos de governança, estruturas organizacionais e conhecimento técnico especializado das iniciativas sub-regionais continuam a ser caracterizados pela falta de clareza quanto às suas funções e responsabilidades relacionados ao RSI. Dentre outros estão: percepção de que as iniciativas sub-regionais podem ter delegadas responsabilidades que são prerrogativas dos Estados Partes (por exemplo, controle de emergências de saúde pública de potencial importância internacional); nortear-se pelas agendas dos doadores que resultam no desvio da atenção da implantação de Planos de Ação Nacionais do RSI; aproveitamento subótimo do potencial que eles têm de garantir o compromisso político e a coordenação intersetorial necessária para a implantação dos Planos de Ação Nacionais do RSI.

6. Os mecanismos para maximizar a contribuição das redes existentes para cooperação técnica precisam ser mais bem explorados e desenvolvidos pela Organização. Os resultados de tal avaliação devem ser usados pelas autoridades nacionais para reforçar os esforços existentes.⁴

7. OPAS/OMS e a Organização de Aviação Civil Internacional (OACI) realizaram avaliações conjuntas em aeroportos internacionais em 15 países da Região como parte do Acordo Cooperativo para Prevenção da Propagação de Doenças Transmissíveis pelo Transporte Aéreo (CAPSCA).⁵

³ Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), Agência Andina Regional de Saúde-Acordo Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), Secretariado Executivo do Conselho de Ministros da Saúde Centro-americano (SE-COMISCA), Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC).

⁴ Informações disponíveis das seguintes fontes:

- Rede Internacional de Autoridades de Inocuidade de Alimentos (INFOSAN):
http://www.who.int/foodsafety/fs_management/infosan/en/index.html.
- Rede Mundial de Doenças Transmitidas por Alimentos (GFN):
http://thor.dfvf.dk/portal/page?_pageid=53.1&_dad=portal&_schema=PORTAL
- PulseNet: <http://www.pulsenetinternational.org/networks/Pages/latinamerica.aspx>
- Redes de Centros de Controle de Intoxicações:
http://www.who.int/gho/phe/chemical_safety/phe_poison_centres_20110701.xls
- Enfoque Estratégico para a Gestão Internacional de Produtos Químicos (SAICM) do Programa Ambiental das Nações Unidas:
<http://www.saicm.org/documents/List%20of%20SAICM%20National%20Focal%20Points%20web.doc>
- Rede de Emergências Químicas da América Latina e Caribe (REQUILAC):
<http://www.bvsde.paho.org/requilac/e/miembros.html>
- Rede de Toxicologia da América Latina e Caribe (RETOXLAC):
<http://www.bvsde.paho.org/bvstox/e/retoxlac/review.html>
- Rede de Ajuda e Prontidão para Emergências Médicas por Radiação (REMPAN):
http://www.who.int/ionizing_radiation/a_e/rempan/REMPAN_directory_2007.pdf

⁵ Para a informação sobre as visitas de países a CAPSCA, ver
<http://www.capsca.org/AmericasEventsRefs.html>.

8. Em decorrência da parceria da OPAS com a Agência Internacional de Energia Atômica (IAEA), um projeto único será lançado em junho de 2012 para fortalecer a infraestrutura nacional para segurança contra radiação e vigilância das fontes radiativas nos Países Membros da Comunidade do Caribe (CARICOM).

9. Na sessão sobre a vigilância integrada na 16ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA), que OPAS convocará no Chile em julho de 2012, a Organização usará o modelo do RSI para ampliar a colaboração intersetorial com instituições e organizações internacionais. O enfoque da reunião será na interação entre seres humanos e animais e maior conscientização sobre as obrigações nacionais sob o RSI entre os diferentes setores da saúde.⁶

10. A OPAS continua a fortalecer as parcerias com o Centro Colaborador da OMS (CC da OMS) para a Implantação de Capacidade Nacional de Vigilância e Resposta do RSI nos Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) em Atlanta, Geórgia. Entre os esforços adicionais feitos pela OPAS para dar acesso ao mais elevado nível de conhecimento técnico especializado estão a participação do CC da OMS no controle de incidentes específicos e no processo decisório relacionado à extensão do prazo de 2012.

11. Em junho de 2011, a OPAS desempenhou um papel de facilitador ao estabelecer o componente regional da Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos da OMS (GOARN).

12. Para promover o intercâmbio de experiências e boas práticas entre os Estados Partes na Região, assim como identificar os desafios e soluções comuns, a OPAS organizou a *Segunda Reunião Regional sobre Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) nas Américas*, realizada em Cancún, México, nos dias 1 e 2 de setembro de 2011.

13. A Copa do Mundo da FIFA e as Olimpíadas que o Brasil sediará em 2014 e 2016, respectivamente, serão outras oportunidades para forjar parcerias e acelerar a prontidão de saúde pública na Região. Para este propósito, nos dias 12 e 13 de dezembro de 2011, a OPAS e o Ministério da Saúde do Brasil organizaram a *Primeira Reunião na América Latina em Ações do Setor da Saúde para Eventos de Massa/V Reunião da Câmara Temática de Saúde para a Copa do Mundo FIFA de 2014* em Brasília, Brasil.

⁶ Por exemplo, a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), a Organização Internacional Regional para a Saúde da Planta e Animal (OIRSA), e Organização Mundial de Saúde Animal (OIE).

Fortalecer a prevenção, vigilância, controle de doenças e sistemas nacionais de resposta e segurança de saúde pública em trânsito e transporte

14. No Regulamento, em conformidade com as disposições dos Artigos 5 e 13, assim como o Anexo 1, os Estados Partes devem ter avaliado as suas capacidades essenciais de vigilância e resposta, inclusive em portas de entrada designados, até 15 de junho de 2009. Além disso, eles devem ter elaborado um Plano de Ação Nacional do RSI para desenvolver capacidades essenciais até 15 de junho de 2012 e institucionalizado os mecanismos para mantê-las após esta data.

15. Os prazos estipulados no Regulamento devem ser considerados como marcos em um processo em andamento de prontidão de saúde pública. No entanto, as datas previstas são um desafio para serem cumpridas. Portanto, em conformidade com as disposições citadas acima que permitem que a data prevista seja prorrogada até 15 de junho de 2014 em um primeiro momento, em setembro de 2011, tanto a OMS quanto a OPAS informaram os Estados Partes sobre os procedimentos para solicitação de prorrogação.

16. Para este fim, a partir de fevereiro de 2012, a OPAS vem realizando reuniões com autoridades nacionais, tanto virtuais quanto presenciais. Para fins de transparência e responsabilidade durante essas sessões, pediu-se a todos os Estados Partes que comunicassem à OPAS/OMS antes da 65^a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) suas respectivas posições quanto a uma possível extensão do prazo, o mais tardar até 15 de junho de 2012. De modo semelhante, em uma primeira tentativa de compilar a lista das portas de entrada designadas que deveriam ter uma função de resposta, os Estados Partes foram convidados a explicitamente informar a lista das portas de entrada designadas que já tinham as capacidades essenciais ou que precisavam de uma extensão do prazo para obtê-las.

17. Como previsto no Relatório do Comitê de Análise sobre o Funcionamento do Regulamento Sanitário Internacional (2005) com relação à pandemia do vírus (H1N1) 2009, que foi apresentado à 64^a. AMS, “muitos Estados Partes não têm as capacidades essenciais para detectar, avaliar e notificar ameaças em potencial à saúde e não estão em vias de completar suas obrigações para planos e infraestrutura até o prazo de 2012 especificado no RSI” (3). Em escala mundial, estima-se que aproximadamente 70% dos 194 Estados Partes solicitarão uma extensão do prazo de 2012. Em 15 de abril de 2012, a OPAS/OMS havia recebido de cinco Estados Partes na Região uma comunicação oficial da posição deles quanto à extensão do prazo. Com base nas comunicações com as autoridades nacionais, a OPAS prevê que 28 (~80%) dos 35 Estados Partes nas Américas devem solicitar uma extensão do prazo de 2012.

18. A situação das capacidades essenciais na Região é bastante heterogênea nas sub-regiões, como poder ser observado no quadro decorrente de interações diretas com autoridades nacionais, assim como no Relatório Anual dos Estados Partes apresentado à

65ª AMS por 31 dos 35 Estados Partes (89%).⁷ A tabela no anexo mostra a pontuação média das capacidades essenciais por sub-região (em porcentagem), como definido no documento da OMS Modelo de monitoramento das capacidades essenciais do RSI: lista de verificação e indicadores para progresso do monitoramento no desenvolvimento das capacidades essenciais do RSI nos Estados Partes (4), que constitui a base do formato proposto pela OMS para comunicação à AMS. A situação atual no âmbito global e em outras Regiões é apresentada à 65ª AMS (2012) em Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005): Relatório do diretor-geral (5).

19. Os pontos fracos mais críticos identificados incluíam as seguintes áreas: emergências envolvendo radiação, incidentes de natureza química, portas de entrada, recursos humanos e prontidão. Espera-se que estas áreas sejam contempladas no(s) plano(s) de ação que devem ser apresentados pelos Estados Partes, junto com suas solicitações de extensão do prazo de 2012. Estas áreas precisam esforços de captação de recursos no âmbito internacional.

20. O seguinte deve ser levado em consideração: a variação substancial na capacidade e qualidade observada nos Estados Partes quanto ao enfoque adotado para o processo de planejamento em termos do grau de participação e compromisso intersetoriais; abrangência das capacidades abordadas nos planos; estabelecimento de prioridades para os componentes com o objetivo de assegurar a sustentabilidade das capacidades obtidas; situação e integração dos planos no contexto da estratégia nacional de saúde, processos de planejamento, ciclos financeiros e mecanismos de monitoramento e avaliação; estratégias previstas no uso de planos como ferramenta de captação de recursos e o papel do monitoramento e avaliação para a implementação de tais planos.

21. A alta rotatividade de pessoal dentro do setor da saúde, que se estende às instituições dos Centros de Coordenação Nacionais (CCNs), reduz o poder do setor de capacitar recursos humanos de modo sustentado. Em alguns países com populações pequenas e capacidade limitada do governo, é comum que uma pessoa seja a cargo de diversas responsabilidades. Tais desafios dificultam os esforços e os investimentos feitos tanto pela Organização como por outros parceiros desde que o Regulamento entrou em vigor. O Plano Regional da OPAS para Formação em Epidemiologia nas Américas 2010 deve ser revitalizado numa tentativa de instituir e manter as competências na área de epidemiologia segundo modelos que melhor se adéquam a cada contexto nacional.

⁷ A situação quanto à apresentação por cada país do *Relatório Anual dos Estados Partes* (daqui em diante referido como “o Relatório”) à 65ª Assembleia Mundial da Saúde em 15 de abril de 2012 é como segue:

- República Dominicana, Peru, Uruguai e Venezuela ainda não haviam apresentado o Relatório.
- Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia e Paraguai haviam apresentado o Relatório usando a ferramenta do Mercosul, com subsequente migração dos dados das seções relevantes ao formato proposto pela OMS segundo o acordo com o Grupo Técnico de Trabalho para Vigilância e Resposta da Unasul.
- Saint Kitts e Névis, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago haviam apresentado o Relatório usando versões modificadas do formato proposto pela OMS.

22. Em cumprimento às recomendações preconizadas pelo Relatório do Comitê de Análise sobre o Funcionamento do Regulamento Sanitário Internacional (2005) em relação à Pandemia (H1N1) de 2009, e seguindo a solicitação apresentada por diversos Estados Membros da OMS durante a 130^a Reunião do Conselho Executivo, a sede da OMS e seus Escritórios Regionais fizeram uma análise dos fatores que limitam o progresso dos países para obter as capacidades nacionais essenciais, assim como de quaisquer ações possíveis que a Organização deve realizar para superar esses obstáculos. A análise completa será apresentada à 65^a AMS.

23. A OMS está atualmente considerando convocar um Comitê de Análise do RSI para dar assessoria sobre os métodos de monitoramento e avaliação relacionados com a implantação do Regulamento, incluindo as capacidades essenciais. O alcance antecipado do trabalho do Comitê de Análise do RSI pode incluir aspectos relacionados a uma possível extensão do prazo de 2014–2016, assim como a viabilidade de avaliar o impacto do Regulamento em termos da saúde e economia.

Fortalecer os sistemas globais e regionais de alerta e resposta da OPAS/OMS

24. A OPAS serve como interface do RSI da OMS para a Região das Américas ao facilitar o processo de gestão dos incidentes de saúde pública, que inclui detecção de riscos, avaliação de riscos, resposta e comunicação de riscos. No período de 1^o de janeiro a 31 de dezembro de 2011, um total de 196 incidentes de saúde pública de potencial importância internacional foi detectado e avaliado. Em 94 dos 196 incidentes analisados (48%), as autoridades sanitárias nacionais, via o centro de coordenação nacional, foram a primeira fonte de informação. Para os outros 102 incidentes, foi solicitada confirmação que foi obtida do centro de coordenação nacional em todos os casos, exceto 2. Dos incidentes analisados, 82 (42%) foram de real importância de saúde pública internacional, afetando 22 Estados Partes na Região. A maior proporção desses incidentes se deveu a riscos infecciosos (52 eventos, 63%): as etiologias mais frequentemente registradas foram casos importados de sarampo (10), vírus da influenza (9) e dengue (6). Em seguida vieram incidentes relacionados com a inocuidade dos alimentos (11), incidentes relacionados a zoonoses (8), incidentes de origem indeterminada (5), incidentes relacionados a produtos (3), incidentes que ocorreram em contexto de catástrofe (2) e um único incidente relacionado a risco radioativo.

25. A OPAS continua apoiando as autoridades no Haiti e na República Dominicana nos seus esforços de controlar o surto de cólera. Em 11 de janeiro de 2012, os presidentes do Haiti e da República Dominicana, junto com a OPAS/OMS, UNICEF e CDC, pediram grandes investimentos internacionais em infraestrutura de água e saneamento para eliminar a cólera da Ilha Hispaniola.⁸ Em seguida foi realizada uma reunião binacional, com a presença do Subdiretor da OPAS, realizada no Haiti em março de 2012, em que se

⁸ *Call to Action: A Cholera-Free Hispaniola*; consulte <http://new.paho.org/colera/>.

procurou conformizar os planos de ação nacionais de cólera do Haiti e da República Dominicana.

26. Durante o período considerado, a OPAS apoiou as autoridades nacionais nos seus esforços para responder aos diversos surtos na Região, mobilizando especialistas de instituições que são membros da rede regional GOARN.

27. Como parte da estratégia de regionalizar a rede GOARN, foi realizado em Atlanta, Geórgia, EUA, em maio de 2012, um exercício para avaliar as respostas conjuntas do CDC-OPAS.

Manter os direitos, obrigações e procedimentos; realizar estudos e monitorar o progresso

28. Vários países examinaram as disposições do Regulamento e conformizaram as próprias disposições nacionais do sistema jurídico e normativo dos países. Contudo, os países continuam tendo o desafio de aprovar e fazer cumprir as normas e leis revisadas. Com este intuito, a OPAS organizou um Seminário de Legislação do RSI para os Países do Caribe Oriental em Bridgetown, Barbados, de 22 a 23 de novembro de 2011.

29. Em 2011, todos os 35 Estados Partes na Região fizeram a confirmação anual ou atualização dos dados sobre seus centros de coordenação nacionais. Em 31 de março de 2012, o rol de especialistas do RSI incluía 309 nomes, 71 dos quais eram da Região das Américas. Em 2011, os procedimentos para renovação ou interrupção da participação no rol de especialistas – que é válido por quatro anos – foram ativados e estão atualmente em funcionamento.

30. Em 31 de março de 2012, 412 portos em 19 Estados Partes da Região das Américas estavam autorizados a emitir Certificados de Controle Sanitário de Bordo. A lista dos portos autorizados está sendo periodicamente atualizada e divulgada pela internet.⁹

31. Em 2011, 15 Estados Partes da Região informaram a OMS sobre suas exigências de vacinação para viagem. Estas informações foram incluídas na edição de 2012 da publicação da OMS *International Travel and Health (ITH)*, atualmente disponível em inglês (6). A OPAS tomou medidas para melhorar a transparência dos procedimentos e participação relacionados à definição das áreas de risco de transmissão de febre amarela. Um enfoque em duas etapas para atualizar as exigências de vacinação para febre amarela para viagem deve ser introduzido em âmbito global e constar da edição de 2013 do ITH.

⁹ A lista dos portos autorizados está disponível em http://www.who.int/ihr/training/ihr_authorized_ports_list.pdf.

Referências

1. Organização Pan-americana da Saúde. Implantação do Regulamento Sanitário Internacinal [Internet]. 51º. Conselho Diretor da OPAS, 63ª. Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2011; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2011 (Documento CD51/INF/5) [consultado em 25 de março de 2012]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lang=pt/CD51-INF-5-D-p.pdf.
2. Organização Mundial da Saúde. International Health Regulations (2005) - *Areas of work for implementation*. Genebra: OMS, 2007 [consultado em 25 de março de 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/ihr/finalversion9Nov07.pdf>
3. Organização Mundial da Saúde. *Implementation of the International Health Regulations (2005) – Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to pandemic (H1N1) 2009* [Internet]. 64a. Assembleia Mundial da Saúde; 16 a 24 de maio de 2011; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2011 (Documento A64/10) [consultado em 25 de março de 2012]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf
4. Organização Mundial da Saúde. *IHR Core Capacity Monitoring Framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties* [Internet]. Genebra: OMS; 2011 [consultado em 25 de março de 2012]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HSE_IHR_2011.6_eng.pdf.
5. Organização Mundial da Saúde. *Implementation of the International Health Regulations (2005) – Report by the Director-General* [Internet]. 65ª. Assembleia Mundial da Saúde; 21 a 26 de maio de 2012; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2012 (Documento A65/17) [consultado em 5 de abril de 2012]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_17-en.pdf.
6. Organização Mundial da Saúde. International Travel and Health [Internet]. Genebra: OMS; 2012 [consultado em 18 de maio de 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/ith/en/index.html>

**CAPACIDADES ESSENCIAIS
PONTUAÇÃO MÉDIA (%) POR SUB-REGIÃO**

Capacidade	Sub-região				Americas ⁵
	<i>América do Norte</i> ¹	<i>Caribe</i> ²	<i>América Central</i> ³	<i>América do Sul</i> ⁴	
Legislação nacional, política e financiamento	92%	36%	80%	84%	65%
Coordenação e comunicação com CCNs	82%	62%	90%	73%	74%
Supervisão	90%	77%	76%	73%	77%
Resposta	88%	73%	72%	80%	75%
Prontidão	68%	49%	53%	63%	58%
Comunicação de riscos	76%	71%	68%	69%	72%
Recursos humanos	100%	39%	50%	66%	57%
Laboratório	80%	63%	76%	86%	73%
Portas de entrada	85%	50%	58%	48%	51%
Incidentes zoonóticos	81%	74%	73%	80%	77%
Inocuidade dos alimentos	91%	64%	56%	71%	69%
Incidentes de natureza química	75%	29%	23%	59%	41%
Emergências envolvendo radiação	86%	15%	46%	40%	35%

¹ A sub-região da América do Norte inclui Canadá, México e Estados Unidos; a taxa de resposta foi de 3 em 3 Estados Partes (3/3, ou 100%). A tabela reflete os dados fornecidos pelos 3 Estados Partes.

² A sub-região do Caribe inclui Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Cuba, Dominica, Granada, Haiti, Jamaica, Santa Lúcia, Saint Kitts e Névis, São Vicente e Granadinas, e Trinidad e Tobago; a taxa de resposta foi de 13 em 13 Estados Partes (13/13, ou 100%). A tabela reflete os dados fornecidos por 11 Estados Partes.

³ A sub-região centro-americana inclui Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá; a taxa de resposta foi de 6 em 7 Estados Partes (6/7, ou 86%). A tabela reflete os dados fornecidos por 6 Estados Partes.

⁴ A sub-região sul-americana inclui Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela; a taxa de resposta foi de 9 em 12 Estados Partes (9/12, ou 75%). A tabela reflete os dados fornecidos por 8 Estados Partes.

⁵ Para a Região das Américas, a taxa de resposta foi de 31 em 35 Estados Partes (31/35, ou 89%). A tabela reflete os dados fornecidos por 28 Estados Partes.

H. METAS REGIONAIS EM MATÉRIA DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE 2007-2015

Introdução

1. Em setembro de 2007, a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (CSPA) ratificou a Resolução CSP27.R7, Metas Regionais em Matéria de Recursos Humanos para a Saúde 2007–2015 (1). Sua meta é apoiar a formulação dos planos de ação nacionais em matéria de recursos humanos para a saúde (RHS), que visam fortalecer a atenção primária à saúde (APS). Uma série de 20 Metas Regionais em Matéria de Recursos Humanos para a Saúde (2007) foram organizadas sob os cinco desafios críticos identificados no *Chamado à Ação de Toronto 2006-2015: Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas* (2), e, mais adiante, na *Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017*.

2. Este relatório de progresso contém informação sobre os principais resultados da avaliação da situação inicial para as 20 Metas Regionais, realizada em 23 países.¹ Identifica as áreas que requerem atenção renovada e propõe recomendações para assegurar o cumprimento dessas metas até 2015.

Situação atual

3. Depois da adoção da Resolução CSP27.R7 (2007), foram elaborados um conjunto de indicadores e uma metodologia para estabelecer uma avaliação inicial da situação (ponto de comparação) e para permitir monitoramento futuro. Forneceu-se capacitação e apoio técnico aos Ministérios da Saúde dos países que demonstraram interesse. O processo foi concluído primeiramente nos países selecionados da Região Andina, seguida do Cone Sul, dos países do Caribe anglófono e, mais recentemente, da América Central e do Caribe latino.

4. Os resultados mais relevantes, apresentados sob os cinco desafios críticos,² foram:

Desafio 1: Definir políticas e planos de longo prazo em matéria de recursos humanos

5. Três metas referentes ao Desafio 1 (Metas 1, 2 e 5)³ demonstraram sérios problemas para se atingir tanto a densidade mínima de profissionais de saúde como a

¹ Para maiores informações sobre a situação inicial para mensuração das 20 Metas Regionais, 2007 2015, consulte o site <http://www.paho.org/baseline20goalsshr>

² Um informe sobre a avaliação da situação inicial para as 20 Metas Regionais será publicado em 2012.

³ Meta 1: Todos os países da Região terão conseguido uma taxa de densidade de recursos humanos de 25 por 10.000.

Meta 2: A proporção regional e sub-regional de médicos encarregados de atenção básica à saúde será de mais de 40% do total da força de trabalho de médicos.

Meta 5: Todos os países da Região terão estabelecido uma unidade de recursos humanos para a saúde, para o desenvolvimento de políticas e planos de recursos humanos, definição de direções estratégicas e negociação com outros setores, outros níveis de governo e interessados diretos.

composição adequada da força de trabalho de médicos. A limitação da capacidade nacional para gestão de recursos humanos em saúde (RHS) continua sendo um problema.

6. Em relação à Meta 1, somente 12 dos 23 países onde foi realizada a avaliação da situação inicial conseguiram a densidade mínima recomendada pela OMS, ou seja, 25 profissionais da saúde (médicos/enfermeiras/parteiras) por 10.000 habitantes. No que se refere à Meta 2, somente 6 países informaram que mais de 40% do total da força de trabalho de médicos dedica-se à atenção primária à saúde. Somente 3 países atingiram completamente a Meta 5, o que significa que já estabeleceram uma unidade de RHS com plena capacidade para planejamento estratégico, gestão, monitoramento e avaliação.

Desafio 2: Situar as pessoas adequadas nos lugares devidos

7. As quatro metas expostas no Desafio 2 dizem respeito principalmente à ampliação do acesso nacional à atenção primária à saúde. Muitos dos países tiveram dados insuficientes para avaliação adequada dessas metas. Porém, quando havia informação disponível para esses pontos específicos, a Meta 7⁴ revelou que o acesso à atenção primária não está sendo desenvolvido adequadamente, e que há necessidade de ação imediata para garantir a universalidade do acesso à saúde.

8. *Meta 7:* Requer que pelo menos 70% dos trabalhadores de atendimento básico à saúde tenham competências interculturais e de saúde pública comprováveis. Nove países tiveram uma nota abaixo de 50% para este indicador, enquanto dois países não possuíam os dados necessários. Barbados, Dominica, Jamaica e Santa Lúcia atingiram 100%—ou seja, já atingiram plenamente a Meta 7.

Desafio 3: Garantir um nível adequado de trabalhadores de saúde segundo as necessidades do país

9. Os países da Região ainda não atingiram a autossuficiência para a eliminação de suas lacunas de RHS e atendimento das necessidades nacionais. Na maioria dos países, houve melhorias na regulação da migração através de acordos bilaterais e multilaterais que visam o reconhecimento da certificação médica e a notificação cooperativa. Porém, a Meta 10⁵ indica que poucos países se comprometeram a aderir a qualquer código de conduta ética para a migração internacional de profissionais de saúde e a medidas de proteção dos países de origem contra práticas abusivas de recrutamento por parte de outros países.

10. *Meta 10:* Com respeito ao recrutamento internacional dos profissionais de saúde, somente 2 dos 23 países (menos de 10%) pesquisados já adotaram um código de conduta

⁴ Meta 7: Pelo menos 70% dos trabalhadores de atendimento básico à saúde terão competências interculturais e de saúde pública comprováveis.

⁵ Meta 10: Todos os países da Região terão adotado um código mundial de exercício profissional ou terão elaborado normas éticas para o recrutamento internacional de profissionais de saúde.

internacional ou elaboraram normas éticas para este tipo de recrutamento. Estes países são Barbados e Jamaica.

Desafio 4: Promover ambientes de trabalho saudáveis e compromissos com a missão institucional de garantia de bons serviços de saúde de qualidade para toda a população

11. Pesquisas já demonstraram que locais de trabalho que apoiam os trabalhadores aumentam a produtividade, melhoram a qualidade de atendimento e reduzem a emigração. No tocante ao Desafio 4, as Metas 13⁶ e 16⁷ foram as mais surpreendentes, revelando que muitos países já possuem mecanismos para a resolução de conflitos de trabalho. Porém, ainda não regularizaram a prática de contratos por escrito nem possuem diretrizes para a regularização de cargos—embora tais práticas básicas aliviem as causas das disputas laborais.

12. *Meta 13:* A maioria dos países tem uma proporção alta de contratos de trabalho desprotegidos e precários para os profissionais de saúde. Cinco países tiveram nota 0% ou ‘não aplicável’, ou seja, não possuem estratégia para regularização de contratos que ofereçam proteção social aos trabalhadores. Outros sete países tiveram notas abaixo de 50%. Somente quatro países atingiram plenamente a meta, o que significa que já definiram estratégias para proteção dos trabalhadores com carteira assinada e regularização dos cargos precários.

13. *Meta 16:* Dezesesseis países atingiram plenamente a Meta 16, o que significa que mais de dois terços dos países avaliados já possuem mecanismos para resolução de conflitos e para assegurar a continuidade de atendimento à população durante disputas laborais, e quatro dos sete países restantes já avançaram 50% rumo a esta meta.

Desafio 5: Desenvolver cooperação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde

14. Tendo em vista que a maioria dos ministérios da saúde dos países participantes não possui autoridade sobre as instituições formadoras em ciências da saúde, surgiram problemas nas tentativas de avaliar as metas relacionadas—o que evidencia falta de coordenação.

⁶ Meta 13: A proporção de condições de emprego precárias e desprotegidas junto a provedores de serviços de saúde terá sido reduzida pela metade em todos os países.

⁷ Meta 16: 100% dos países da Região estabelecerão mecanismos e legislação eficazes de negociação para prevenir, mitigar ou resolver conflitos de trabalho e garantir a continuidade de serviços essenciais, se os conflitos ocorrerem.

15. *Meta 17*: Somente um país (Jamaica) alcançou a Meta 17,⁸ que requer que as atividades de educação de 80% das escolas de ciências da saúde do país enfoquem a atenção primária à saúde e requer a adoção de estratégias de treinamento multidisciplinar. A maioria dos países teve desempenho muito baixo neste indicador, sendo que 15 países—mais da metade dos mensurados—atingiu apenas 50% ou menos.

16. Países diferentes usaram enfoques diferentes para abordar prioridades nacionais específicas; porém, houve um consenso quanto à necessidade de (a) melhorar a capacidade de monitoramento e avaliação da parte dos ministérios; e (b) aperfeiçoar e ajustar as Metas Regionais com base nas necessidades próprias de cada país.

17. Com base nos principais resultados da avaliação da situação inicial rumo às 20 Metas Regionais, os Estados Membros estão convidados a considerar as seguintes linhas de ação:

- (a) Redobrar tanto os esforços como os investimentos no planejamento e aumento dos recursos humanos de saúde, que são um requisito essencial para o acesso universal a serviços de saúde de qualidade e para a implantação da estratégia de atenção primária à saúde.
- (b) Intensificar os esforços dirigidos à distribuição equitativa dos funcionários da área da saúde, especificamente no que diz respeito ao seu recrutamento e retenção em áreas subatendidas, rurais e indígenas.
- (c) Implementar sistemas de educação continuada e programas de capacitação em serviço para gestores de RHS e profissionais da saúde; e associar-se com instituições acadêmicas.
- (d) Fortalecer seus Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, como estratégia para a inclusão dos setores e atores sociais relevantes e para assegurar a informação de qualidade sobre RHS, como subsídio tanto para a tomada de decisão como para a formulação de políticas.
- (e) Comprometer-se a realizar uma segunda avaliação das 20 Metas Regionais em Matéria de Recursos Humanos para a Saúde em 2013.

18. A Organização reitera o seu compromisso em trabalhar junto aos ministérios da saúde e entidades regionais e apoiar seus esforços dirigidos às Metas Regionais, para fortalecer a capacidade de RHS na Região.

⁸ Meta 17: 80% das escolas de ciências clínicas da saúde terão reorientado suas atividades de educação para alinhar-se ao atendimento básico de saúde e às necessidades de saúde da comunidade, adotando estratégias de treinamento multidisciplinar.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Metas Regionais de Recursos Humanos para a Saúde 2007-2015 [Internet]. 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 1–5 de outubro de 2007; Washington, D.C., EUA. Washington (DC): OPAS; 2009 (Resolução CSP27.R7) [acesso em 20 de março de 2012]. Disponível em <http://www.paho.org/portuguese/gov/csp/csp27.r7-p.pdf>
2. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Health Canada, Ministério da Saúde e Atendimento de Longo Prazo de Ontário [Internet]. 7ª Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, 4–7 de outubro de 2005, Toronto (Ontário), Canadá. Toronto; 2005 [acesso em 30 de março de 2012]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_acao_toronto.pdf

I. SITUAÇÃO DOS CENTROS PAN-AMERICANOS

Introdução

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

Antecedentes

2. Os Centros Pan-Americanos são uma modalidade importante de cooperação técnica da OPAS há quase 60 anos. Nesse período, a OPAS criou ou administrou 13 centros, suprimiu seis e transferiu a administração de um para seus órgãos diretivos próprios. Este documento apresenta informações atualizadas sobre o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), o Centro Latino-Americano e do Caribe para Informação em Ciências da Saúde (BIREME), o Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) e os Centros Sub-Regionais—o Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e o Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI).

Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA)

3. Em vista da convergência da saúde humana e da saúde animal, existe uma necessidade cada vez maior de que a OPAS exerça a liderança na esfera das zoonoses, da inocuidade dos alimentos e da segurança alimentar.

Avanços Recentes

4. No marco do projeto de desenvolvimento institucional para o PANAFTOSA, criou-se um Fundo Fiduciário para facilitar a contribuição financeira dos setores público e privado, interessados na erradicação da febre aftosa. O Fundo recebeu o seu primeiro financiamento da Associação Coordenadora Nacional de Saúde Animal (ACONASA) do Paraguai, e outros doadores estudam a viabilidade de sua utilização. Deste modo, canalizou-se uma proporção adequada dos recursos financeiros regulares do Centro para a cooperação técnica nas áreas das zoonose e da inocuidade dos alimentos. Os recursos financeiros mobilizados para a febre aftosa estão apoiando a cooperação técnica relacionada com a coordenação regional do Plano de Ação 2011-2020 do Programa Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA), aprovado em uma reunião extraordinária do Comitê Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (COHEFA) em dezembro de 2010 (1).

5. No mês de dezembro de 2011, terminou a primeira etapa da transferência do laboratório de referência do PANAFTOSA para as instalações do Laboratório Nacional

Agropecuário, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Brasil, situado em Pedro Leopoldo, Estado de Minas Gerais. Atualmente está sendo concluída a remodelação do laboratório, cujo nível de biossegurança será 4, segundo as normas da Organização Mundial de Sanidade Animal (OIE).

6. Em dezembro de 2011 a OPAS, por intermédio do PANAFTOSA, e a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde do Brasil subscreveram um acordo de cooperação técnica destinado a contribuir para o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde do Brasil para reduzir a carga das zoonoses, doenças zoonóticas e de origem hídrica e alimentar sobre a população humana. O acordo também prevê ações de gestão do conhecimento e de cooperação Sul-Sul, e soma-se à valiosa colaboração de 60 anos com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Brasil, dando ênfase ao importante papel do PANAFTOSA como centro de cooperação técnica intersetorial entre a saúde animal e a saúde pública. Vale a pena ressaltar que a articulação entre saúde, agricultura e ambiente será o tema central da próxima Reunião interamericana a Nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura, que será realizada em Santiago (Chile) nos dias 26 e 27 de julho de 2012. O PANAFTOSA está coordenando a organização e preparação desta Reunião.

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

7. O BIREME é um centro especializado da OPAS fundado em 1967 a fim de canalizar a cooperação técnica prestada pela Organização à Região quanto à informação científica e técnica em matéria de saúde. Em 1º de janeiro de 2010 entrou em vigência o novo Estatuto do BIREME e, em seguida, estabeleceu-se o Comitê Assessor do BIREME.

8. O 51.º Conselho Diretor elegeu dois novos membros, Bolívia e Suriname, para integrar o Comitê Assessor do BIREME ao encerrar-se os mandatos da Jamaica e México. A 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana elegerá três novos Estados Membros para integrar o Comitê Assessor do BIREME, com um mandato de três anos, substituindo a Argentina, Chile e República Dominicana, cujos mandatos chegarão ao fim em 2012.

Avanços Recentes

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

- (a) Convênio de sede para o BIREME: a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde do Brasil elaboraram um convênio de sede, que foi encaminhado para aprovação em 6 de agosto de 2010. Após a mudança de governo no Brasil, foram mantidos os contatos com a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. A Secretaria

- Executiva do Ministério da Saúde do Brasil convocou o Diretor do BIREME para uma reunião no final de fevereiro de 2012 a fim de considerar a situação da adoção do novo marco institucional do BIREME, discussão ampliada em uma reunião realizada no dia 21 de março de 2012 com a participação da Secretaria Executiva, outros dois Secretários do Ministério da Saúde, representantes da FIOCRUZ, UNIFESP, ABRASCO e da Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, da Representação da OPAS no Brasil, do Gerente da Área de Gestão do Conhecimento e Comunicações da OPAS e do Diretor do BIREME.
- (b) Convênio para instalações e funcionamento do BIREME no recinto universitário da UNIFESP: a processo de negociação e assinatura deste documento começará uma vez assinado o Acordo de Sede com o Governo do Brasil citado no parágrafo anterior.
 - (c) Definição do mecanismo de financiamento para o BIREME nos próximos anos a partir das contribuições da OPAS e do Governo do Brasil, estipulado no artigo 6 do Estatuto; as contribuições regulares serão definidas de comum acordo para respaldar os planos de trabalho bienais aprovados em conformidade com o estabelecido no Estatuto. Em 2011, como ainda se encontrava pendente a assinatura do novo Acordo de Sede, foi necessário prorrogar uma vez mais o Convênio de Manutenção e Desenvolvimento do BIREME. Aprovou-se um orçamento a partir de um plano de trabalho detalhado para esse ano, mediante o Termo Aditivo nº 18¹ ao Convênio de Manutenção e Desenvolvimento do BIREME, num montante aproximado de US\$2.300.000 sobre a base do novo marco institucional do BIREME.
 - (d) Estabelecimento do Comitê Científico em 2011, em conjunto com o Comitê Assessor do BIREME. Começou o processo de apresentação de candidaturas para eleger os membros do Comitê Científico, em conformidade com os Termos de Referência aprovados. Esses Termos foram anexados a uma carta em que se solicita aos países que enviem suas propostas até o final de maio de 2012 a fim de cumprir o plano para estabelecer o Comitê Científico no primeiro semestre de 2012.
10. A segunda reunião do Comitê Assessor do BIREME foi realizada no dia 25 de outubro de 2011 nos escritórios do BIREME em São Paulo (Brasil). Seus membros reafirmaram o apoio ao desenvolvimento institucional do Centro, o que abrange a

¹ O Termo Aditivo nº 18 ao Convênio nº 007/2004 (Grant 063004), que entre si celebram o Governo da República Federativa do Brasil, por intermédio de seus Ministérios da Saúde e da Educação, o Estado de São Paulo, por intermédio de sua Secretaria da Saúde, e a OPS/OMS tem por objetivo a manutenção e desenvolvimento do BIREME destinando, por parte do Ministério da Saúde, recursos financeiros e metas em apoio da manutenção e custeio do Centro Latino-Americano e do Caribe para Informação em Ciências da Saúde da OPAS, em conformidade com o estabelecido no segundo parágrafo da cláusula 14^a do Convênio 007/2004.

execução do novo marco institucional, estabelecimento e assinatura do Acordo de Sede e financiamento de seus planos de trabalho, além da integração do Comitê Científico no primeiro semestre do 2012 e a organização do IX Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde (CRICS), que será celebrado em Washington, D.C., no segundo semestre do 2012.

11. Elaboração do plano bienal de trabalho (2012-2013) sob a forma de subentidade da Área de Gestão do Conhecimento e Comunicações da OPAS. O plano de trabalho bienal com a OPAS 2012-2013 foi elaborado de forma integrada com a área de Gestão do Conhecimento e Comunicações, e prosseguiram as comunicações para conseguir seu aperfeiçoamento e articulação.

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

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

Avanços Recentes

13. Continua-se buscando um local para instalar os escritórios do CLAP e da Representação OPAS/OMS no Uruguai. Em fins de 2011 se visitaram cinco locais, que não preenchiam os requisitos necessários. No primeiro semestre do 2012 reiniciou-se a busca, com a visita a cinco propriedades privadas e uma governamental, esta pertencente à Faculdade de Veterinária.

Centros Sub-Regionais (CAREC e CFNI)

Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC)

14. Foi programada a transição do CAREC para o Organismo de Saúde Pública do Caribe (CARPHA) no final de 2012. O CAREC concentrou o seu trabalho em manter os seus serviços atuais, ampliá-los conforme o caso e preparar-se para a transição. Como uma das medidas para fortalecer a sua capacidade atual, preencheu-se o cargo de diretor de laboratório, em setembro de 2011, e no último trimestre do 2011 completou-se uma análise e reorganização de seus recursos humanos.

15. Em todas as atividades relativas à transição o CAREC recebeu importante apoio da sede. Em preparação para esse processo, formou-se um grupo de trabalho encarregado

de implementar um plano com relação aos produtos e serviços técnicos, administrativos e laboratoriais que se transladarão para o CARPHA.

16. Programaram-se missões complementares ao CAREC, que se levarão a cabo durante o resto do ano de 2012. O plano de transição prevê uma execução eficiente e ordenada, para evitar interrupções no serviço que o CAREC presta a seus Estados Membros.

Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI)

17. Programou-se a transição do CFNI ao CARPHA para fins de 2012. Em preparação para a transição, reposicionou-se o pessoal do escritório subsidiário do Instituto em Trinidad e Tobago dentro da sede do CAREC. Além disso, estão sendo avaliadas as funções de vigilância do CFNI e do CAREC a fim de fundi-las, quando possível, para conseguir uma eficácia maior. Este processo será concluído em dezembro de 2012.

18. Prosseguiram os planos para reposicionar o escritório da Representação da OPAS/OMS na Jamaica no edifício do CFNI e se prevê que este processo seja concluído no segundo semestre do 2012.

19. O CFNI continua mantendo o apoio técnico aos países membros, e ao mesmo tempo também continua trabalhando com a CARICOM nos vários temas e processos necessários a uma transição eficiente e ordenada para o CARPHA.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde - Centro Pan-Americano de Febre Aftosa. Programa Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA) - Plano de Ação 2011-2020. PANAFTOSA; Rio de Janeiro (Brasil): OPAS; 2011 [consultado no dia 9 de março de 2012]. Disponível em:
<http://bvs1.panaftosa.org.br/local/file/textoc/PHEFA-PlanAccion-2011-2020port.pdf>.