



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 152<sup>a</sup> SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, de 17 a 21 de junho de 2013

*Tema 7.7 da Agenda Provisória*

CE152/INF/7 (Port.)

3 de junho de 2013

ORIGINAL: INGLÊS/ESPAÑHOL \*

### RELATÓRIOS DE PROGRESSO SOBRE ASSUNTOS TÉCNICOS

#### ÍNDICE

A.	Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Saúde do Recém-Nascido no Contexto do Processo Contínuo da Atenção à Mãe, ao Recém-Nascido e à Criança (2008-2015): Avaliação Intermediária .....	2
B.	Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita: Avaliação Intermediária .....	9
C.	Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e as Metas de Saúde na Região das Américas ** .....	14
D.	Aplicação do Convenção-Quadro da OMS Para o Controle do Tabaco.....	20
E.	Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores .....	25
F.	Rumo à Eliminação da Oncocercose (Cegueira Dos Rios) nas Américas.....	33
G.	Plano Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde.....	41
H.	Implantação do Regulamento Sanitário Internacional ** .....	44
I.	Situação dos Centros Pan-Americanos .....	48

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

\*\* Documento CE152/INF/7-C, Rev. 1; Documento CE152/INF/7-H, Rev. 1

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

**Antecedentes**

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

**Alcance e Metodologia da Avaliação**

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

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

4. A avaliação considerou quatro componentes principais:

- a) Revisão de planos e documentos técnicos com informação pertinente vinculada às estratégias, às metas ou aos resultados previstos.
- b) Análise de informações provenientes de fontes primárias e secundárias a fim de responder aos indicadores previstos.

- c) Promoção de um processo de revisão nos países da Região com relação à execução do plano e sua adequação às realidades nacionais, bem como a seus resultados e às lições extraídas. As conclusões desse processo foram consolidadas e analisadas em duas reuniões sub-regionais.
- d) Consultas com grupos técnicos e de especialistas, como a Aliança Regional para a Saúde Neonatal e o Grupo Assessor Técnico (GATA) sobre AIDPI – Atenção Integral à Saúde da Infância –, bem como com os centros colaboradores da OPAS/OMS. No processo de análise e debate nos países foi promovido um mecanismo de consulta participativa semelhante com associados e outras organizações pertinentes.

### **Atualização Quanto à Situação**

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

- a) A criação de entornos favoráveis à promoção da saúde neonatal, a elaboração de planos nacionais e a promoção de alianças nos países constituíram estratégias essenciais que foram postas em prática na Região. Dos 29 países que deram conta de resultados<sup>1</sup> (que representam 83% dos países da Região), 72% têm um plano nacional que inclui a saúde materna e neonatal no marco do contínuo da atenção, e três países da Região estão em processo de formulação de um plano nacional. Na sua maioria, os planos nacionais aprovados e em execução incluem um sistema de seguimento; aproximadamente a metade deles conta com orçamento específico apropriado; e uma grande proporção dos países conta com alianças ou grupos técnicos sobre saúde neonatal.
- b) Em geral, é elevada na Região a proporção de nascimentos assistidos por pessoal qualificado. Contudo, em 20% dos países a proporção de partos assistidos por pessoal qualificado é inferior a 90%. É particularmente dentro dos países que se encontram as diferenças mais importantes, no tocante tanto à proporção de nascimentos assistidos por pessoal qualificado quanto à proporção de partos institucionais. Em algumas zonas geográficas são registrados menos de 50% de nascimentos institucionais; em muitos casos, trata-se de zonas com elevada proporção de população indígena. Praticamente a totalidade dos países (96%) informa que dispõe de guias, normas ou protocolos para a atenção neonatal nos serviços de saúde, aprovados pelas autoridades nacionais. As visitas domiciliares ou outras intervenções comunitárias vinculadas à saúde do recém-nascido mostram significativas limitações nos países da Região.

---

<sup>1</sup> A informação decorre de uma pesquisa em linha feita especialmente para este fim.

c) Os países da Região contam com sistemas de informação em funcionamento, embora com significativa variabilidade no que se refere à cobertura e ao tipo de informação. Dispõem também de sistemas orientados para avaliar dados vitais (88,5%), bem como de sistemas de informação nos serviços de saúde (77%). Os países têm avançado na formação de comitês de análise de causas de morte neonatal (70% indicaram dispor de um comitê desse tipo). É menos frequente a existência de sistemas de informação a nível comunitário (50%).

6. Registrou-se na Região das Américas uma redução de 55,6% da taxa estimada de mortalidade neonatal entre 1990 e 2010 (de 18 para 8 por 1000 nascidos vivos).<sup>2</sup> Entretanto, é ampla a variabilidade entre países, com taxas que oscilam entre 2,8 e 27,3 por 1000 nascidos vivos.

7. No mesmo período observou-se uma redução de 50% da taxa estimada de mortalidade neonatal na América Latina e Caribe. Nesse caso, a taxa de mortalidade neonatal para os anos 1990 e 2010 acusou uma redução de 22 para 11 por 1000 nascido vivos.<sup>2</sup> Entre 2008 e 2010, calcula-se que a taxa de mortalidade neonatal caiu 4%.<sup>3</sup>

8. A mortalidade neonatal (menores de 28 dias) constitui o principal componente da mortalidade de menores de 1 e de 5 anos, e aumentou na Região com relação a 1990. A mortalidade neonatal representa 57,1% da mortalidade de menores de 1 ano e 44,4% da de menores de 5 anos na Região das Américas. No caso da América Latina e Caribe, essa proporção é de 61,1% e 47,8%, respectivamente. A mortalidade neonatal apresenta uma tendência um pouco maior no sexo masculino, no qual se estima uma mediana de 54,6%, embora com valores que oscilam entre 45,2% e 61,1%.

9. A mortalidade neonatal desdobrada por causas não sofreu grandes modificações: a prematuridade (35,2%), as anomalias congênitas (20%), a asfixia (15,2%) e os processos infecciosos como a septicemia, a meningite e o tétano (12,2%) representam mais de 85% dos óbitos neonatais, problemas que podem ser todos evitados em grande medida com a aplicação de medidas específicas de controle e tratamento oportuno e de qualidade.

10. Outros transtornos que afetam a saúde do recém-nascido e que repercutem ao longo da vida são considerados igualmente prioritários e precisam ser abordados. Entre eles, a prematuridade (2) e o peso baixo ao nascer (3, 4, e 5), a retinopatia do prematuro (6) e as malformações congênitas, assim como os problemas metabólicos ou sensoriais específicos, contribuem em grau variável para o desenvolvimento de diferentes

---

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

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

incapacidades, bem como para o aparecimento de doenças crônicas que afetam de maneira significativa a qualidade de vida e o capital social nos países da Região (7).

### **Medidas para Melhorar a Situação**

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

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

### **Conclusões**

12. Observam-se avanços tanto na execução do plano regional como na obtenção de resultados. Entretanto é imprescindível fortalecer as medidas orientadas para abordar os determinantes que influem tanto na mortalidade neonatal como no desenvolvimento de

doenças que afetarão a qualidade de vida das crianças e, conseqüentemente, de suas famílias e da comunidade.

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

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

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

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

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

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

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

### **Intervenção do Comitê Executivo**

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

### **Referências**

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao

- recém-nascido e à criança [Internet]. 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 28 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2008 (resolução CD48.R4, Rev. 1) [consultado em 26 de janeiro de 2013]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd48.r4-p.pdf>.
2. March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children, Organização Mundial da Saúde. Born too soon: the global action report on preterm birth [Internet]. Eds. Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. Genebra: OMS; 2012 [consultado em 26 de janeiro de 2013]. Disponível em: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm\\_birth\\_report/en/index1.html](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index1.html).
  3. Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da Saúde nas Américas: Indicadores Básicos 2008 [Internet]. Washington: OPAS; 2008 [consultado em 26 de janeiro de 2013]. Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BI\\_2008\\_PORT.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BI_2008_PORT.pdf).
  4. Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da Saúde nas Américas: Indicadores Básicos 2010. Washington: OPS; 2010.
  5. Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da Saúde nas Américas: indicadores básicos 2012 [Internet]. Washington: OPAS; 2012 [consultado em 17 de março de 2013]. Disponível em: [http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI\\_2012\\_SPA.pdf](http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf).
  6. Furtado JM, Lansingh VC, Carter MJ, Milanese MF, Peña BN, Ghersi HA, Bote PL, Nano ME, Silva JC. Causes of blindness and visual impairment in Latin America. *Surv Ophthalmol* [Internet]. 2012 Mar-Apr; 57(2):149-77 [consultado em 17 de março de 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=silva%20JC%20prematurity%20retinopathy>.
  7. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008;371:340-357.
  8. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPS, 63ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 26 a 30 de setembro de 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2011 (documento CD51/12) [consultado em 26 de janeiro de 2013]. Disponível em:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=14756&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14756&Itemid=)

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

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7022&Itemid=39541&lang=pt](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7022&Itemid=39541&lang=pt).



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

### **Antecedentes**

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

### **Apoio da OPAS à Execução da Estratégia e Plano de Ação**

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

### **Finalidade da Avaliação Intermediária**

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

### **Alcance e Metodologia**

4. A avaliação intermediária abrangeu os três primeiros anos de implantação da resolução (2010–2012). A avaliação procurou prestar contas sobre a perspectiva regional com os resultados ao nível nacional e questões consideradas prioridades absolutas. As seguintes fontes de informações foram consultadas: (a) o relatório global do UNAIDS (10); (b) relatórios regionais (8,9); (c) relatórios de três reuniões sub-regionais de interessados diretos realizadas em 2012; e (d) um questionário de avaliação intermediária enviado a todos os países e respondido por 30.

### **Principais Resultados**

#### ***Progresso***

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

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

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

### ***Desafios***

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

### **Conclusões**

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

e divulgação de modelos e boas práticas para a integração de HIV/SRH/SMI e fortalecimento de laboratórios.

- (d) A ênfase contínua em um enfoque de sistemas de saúde é fundamental para enfrentar as barreiras dos sistemas de saúde.

### **Ação pelo Comitê Executivo**

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

### **Referências**

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

Caribbean: Regional monitoring strategy [Internet]. 2ª. edição. Washington (DC): OPAS; 2013. [citado 2013 mar 11] Disponível em:

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

6. Organização Pan-Americana da Saúde. Field Guide for the Implementation of the Strategy and Plan of Action for the Elimination of mother-to-child transmission of HIV and Congenital Syphilis. Versão preliminar. OPAS: Washington (DC); 2013.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Regional Guidance for validation of elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis. Versão preliminar. OPAS: Washington (DC); 2013.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. 2010 Situation Analysis: Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2011. [citado 2013 Apr 2]. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=15893&Itemid=&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15893&Itemid=&lang=en).
9. Organização Pan-Americana da Saúde. 2012 Progress Report: elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2013. [citado 2013 mar 11]. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=20942&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20942&Itemid=).
10. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Relatório Global. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012 [Internet]. Genebra: UNAIDS; 2012. [citado 2013 mar 11]. Disponível em: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120\\_UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2012\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf).

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

### **Introdução**

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

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

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

### **Antecedentes**

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

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

renda insuficiente para aceder a uma alimentação adequada, motivo pelo qual a redução da desnutrição crônica continua sendo uma prioridade.<sup>4</sup>

### **Análise da Situação Atual**

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

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

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

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

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

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

---

<sup>4</sup> Hacia el desarrollo Sostenible: América Latina y el Caribe en la Agenda Post 2015 borrador para discusión. Fev 2013. Relatório interagencial coordenado pela CEPAL.

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

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

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

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

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



2011. No entanto, apesar dos avanços obtidos no controle, a multirresistência aos medicamentos e a coinfeção com o HIV (TB/HIV) continuam sendo desafios importantes que devem ser enfrentados. O relatório da OMS de 2012 sobre controle da tuberculose (que coleta os dados notificados pelos países da Região) assinala uma taxa de redução anual da incidência de tuberculose nas Américas de 4%, sendo a Região que maior redução registra no âmbito mundial. Ao mesmo tempo, a região das Américas alcançou e ultrapassou as metas propostas para 2015 de redução de 50% das taxas de prevalência e de mortalidade por tuberculose.<sup>5</sup>

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

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

### **Avanços nos Compromissos Assumidos em 2011**

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

---

<sup>5</sup> World Health Organization. Global tuberculosis control 2010. Genebra (Suíça): OMS; 2010.

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

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

### **Intervenção do Comitê Executivo**

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

### **Referências**

1. Nações Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010: Avances en la sostenibilidad ambiental del desarrollo en la América Latina y el Caribe. Santiago (Chile): ONU; 2010 (Relatório interagencial coordenado pela CEPAL) [consultado em 28 de janeiro de 2011]. Disponível em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/38496/2009-696-ODM-7-completo.pdf>.
2. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Informe mundial: informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2012 [Internet].Genebra (Suíça): UNAIDS; 2012 [consultado em 15 de fevereiro de 2013]. Disponível em: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120\\_UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2012\\_with\\_annexes\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf).

3. Fundo das Nações Unidas para a Infância; Organização Mundial da Saúde; Banco Mundial; Divisão da População das Nações Unidas. Levels & Trends in Child Mortality, Relatório 2012. Nova Iorque: UNICEF; 2012 (Estimativas desenvolvidas pelo Grupo Interinstitucional de Estimativas sobre Mortalidade Infantil das Nações Unidas).
4. Organização Mundial da Saúde. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates [Internet].Genebra, (Suíça): OMS; 2012 [consultado em 15 de fevereiro de 2013]. Disponível em: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4-1.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf).
5. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 2012 [Internet]. Genebra (Suíça): UNAIDS; 2012 [consultado em 15 de fevereiro de 2013]. Disponível em: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2434\\_WorldAIDSday\\_results\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2434_WorldAIDSday_results_es.pdf).
6. Organização Mundial da Saúde. World Malaria Report 2012 [Relatório Mundial sobre o paludismo 2012] (atualmente, apenas no idioma inglês). Genebra (Suíça): OMS; 2012 [consultado em 15 de fevereiro de 2013]. Disponível em: [http://www.who.int/malaria/publications/world\\_malaria\\_report\\_2012/report/es/](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/report/es/).
7. Organização Mundial da Saúde; Fundo das Nações Unidas para a Infância. A snapshot of Drinking-water and sanitation in the MDG region Latin-America & Caribbean, 2010 Update. A regional perspective based on new data from the WHO/UNICEF Joint Monitoring Program for Water Supply and Sanitation [Internet]. Nova Iorque: UNICEF; 2010 [consultado em 20 de fevereiro de 2013]. Disponível em: [http://www.wssinfo.org/fileadmin/user\\_upload/resources/1284626181-LAC\\_snapshot\\_2010.pdf](http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1284626181-LAC_snapshot_2010.pdf).
8. Fundo das Nações Unidas para a Infância ea Organização Mundial da Saúde. Progress on drinking water and sanitation: 2012 Update [Internet]. Nova Iorque: UNICEF/OMS; 2012 (Relatório preparado pelo Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoramento do Abastecimento de Água e do Saneamento) [consultado em 15 de fevereiro de 2013]. Disponível em: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/2012/jmp\\_report/en/index.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2012/jmp_report/en/index.html).

## **D. APLICAÇÃO DO CONVENÇÃO-QUADRO DA OMS PARA O CONTROLE DO TABACO**

### **Antecedentes**

1. Este relatório apresenta uma atualização acerca dos avanços do controle do tabaco na Região das Américas até 31 de dezembro de 2012, no âmbito de duas resoluções, a CD48.R2 (2008), aprovada pelo 48º Conselho Diretor, (1) e a CD50.R6 (2010), aprovada pelo 50º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2)

### **Relatório de progresso**

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

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

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

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

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

7. Em catorze países, todos os lugares públicos e de trabalho fechados e o transporte público são ambientes 100% livres da fumaça do tabaco. Recentemente, somaram-se o Brasil,<sup>6</sup> a Costa Rica e o Equador.

8. Dezenove países contam com legislação sobre pacotes e etiquetas de produtos de tabaco que é congruente com o CQCT, embora dois deles não incluam imagens e quatro ainda não tenham aplicado a lei. No final deste biênio, 12 países terão ultrapassado a data limite para a implementação deste artigo.

9. O Brasil<sup>7</sup> se somou à Colômbia e ao Panamá com uma proibição total da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, enquanto outros cinco países têm proibições amplas sem chegar a ser totais. Ao finalizar este biênio, 22 países que ainda não cumpriram este artigo terão ultrapassado a data limite indicada no CMCT para sua aplicação.

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

11. A Repartição Sanitária Pan-Americana mantém contínuo contato com os países para prestar apoio técnico tanto na redação como no processo de aprovação e implementação de legislação para o controle do tabaco, bem como em sua defesa dos ataques da indústria. Elaborou-se um manual para a formulação de leis sobre controle do tabaco, que inclui os fundamentos de direitos humanos subjacentes ao controle do tabaco, bem como as lições aprendidas nos países, que será publicado em meados de 2013. Além disso, vem sendo promovida a realização de fóruns regionais para a discussão de temas supranacionais (como as interações com os acordos comerciais e controle do contrabando) e promoção do intercâmbio de informação e experiências, não só entre países, mas dentro deles entre outros setores distintos do setor da saúde.

### **Medidas recomendadas para melhorar a situação**

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

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

---

<sup>6</sup> A regulamentação e implementação da lei ainda estão pendentes.

<sup>7</sup> Idem.

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

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

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

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

18. Levando em conta o impacto que o controle do tabaco terá sobre as doenças crônicas não transmissíveis,<sup>8</sup> recomenda-se aos Estados Membros considerar a incorporação do tema do controle do tabaco na agenda de todos os organismos das Nações Unidas em nível de país, bem como em todos os projetos dos Marcos de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento (MANUD). (12, 13)

### **Intervenção do Comitê Executivo**

19. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota do presente relatório de progresso.

### **Referências**

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Convênio Básico da OMS para Controle do Tabaco: Oportunidades e Desafios para sua Implementação na Região das Américas

---

<sup>8</sup> Dando seguimento à Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Prevenção e o Controle das Doenças Não Transmissíveis, e em cumprimento da resolução do Conselho Econômico e Social (ECOSOC) de julho de 2012.

- [Internet]. 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS, 2010 (resolução CD48.R2) [consultada em 4 de março de 2013]. Disponível em:  
<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd48.r2-p.pdf>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Fortalecimento da capacidade dos Estados Membros para implementar as disposições e diretrizes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1º de outubro de 2010; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS 2010 (resolução CD50.R6) [consultado em 3 de março de 2013]. Disponível em:  
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R6-p.pdf>.
  3. Organização Mundial da Saúde. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2010 [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em:  
[http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/).
  4. Monteiro CA, Cavalcante TA, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:527-534 [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em:  
<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/7/06-039073.pdf>.
  5. Abascal W., Esteves E., Goja B., González Mora F., Lorenzo A., Sica A., Triunfo P., Harris JE. Tobacco control campaign in Uruguay: a population-based trend analysis. *The Lancet* [online] 2012 Nov (Vol. 380, Issue 9853, pg 1575-1582) DOI: 10.1016/s0140-6736(12)60826-5 [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60826-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60826-5/abstract).
  6. Ferrante D, Linetzky B, Virgolini M, Schoj V, Apelberg B. Reduction in hospital admissions for acute coronary syndrome after the successful implementation of 100% smoke-free legislation in Argentina: a comparison with partial smoking restrictions. *Tobacco Control* 2011; 21:402-406.
  7. Sebríe EM, Sandoya E, Hyland A, Bianco E, Glantz SA, Cummings KM. Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay. *Tobacco Control* 2012: PMID 22337557 [Epub ahead of print].

8. Organização Mundial da Saúde. Gender, women, and the tobacco epidemic [Internet]. Eds. Jonathan M. Samet and Soon-Young Yoon. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2012 [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women\\_tob\\_epidemic/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/index.html).
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Jóvenes y tabaco en las Américas: resultados de la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes 2000-2010 [Internet]. Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2012 (folheto) [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1371&Itemid=1231&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1371&Itemid=1231&lang=es).
10. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco questions for surveys: a subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS) [Internet]. 2nd Edition. Atlanta (GA), US. Atlanta, GA: United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2011 [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/tqs/en/index.html>.
11. Organização Mundial da Saúde. Confronting the tobacco epidemic in a new era of trade and investment liberalization [Internet]. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2012 [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/publications/industry/trade/confronting\\_tob\\_epidemic/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/publications/industry/trade/confronting_tob_epidemic/en/index.html)
12. Nações Unidas. Declaração política da reunião de alto nível da Assembleia Geral sobre a prevenção e o controle das doenças não transmissíveis [Internet]. Assembleia Geral das Nações Unidas, Sexagésimo Sexto Período de Sessões; 19 a 20 de setembro de 2011; Nova York (NY), Estados Unidos. ONU; 2011 (projeto de resolução A/RES/66/2) [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: <http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/documents.shtml>.
13. Nações Unidas. Projeto de resolução apresentado pelo Vice-Presidente do Conselho, Luis Alfonso de Alba (México), com base em consultas oficiosas. Coherencia en la labor de control del tabaco a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas [Internet]. Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, período de sessões substantivo de 2012; 2 a 27 de julho de 2012; Nova York (NY), Estados Unidos. Nova York: ECOSOC; 2012 (documento E/2012/L.18) [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: <http://www.un.org/es/ecosoc/docs/insessiondocs.shtml>.



## **E. PLANO REGIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES**

### **Introdução**

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

### **Antecedentes**

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

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

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

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

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

### **Atualização no Tocante à Situação**

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

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

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

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

não chegam a refletir um panorama regional completo: ambos excluem a população não afiliada aos sistemas de previdência social e existe um significativo sub-registro de casos.

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

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

12. A situação atual indica que, apesar dos resultados alcançados pelo Plano ao longo destes anos, persistem lacunas que impõem grandes e inquietantes desafios no tocante a poderem os países superar as desigualdades na saúde dos trabalhadores. Os sistemas de saúde estão assumindo a carga e os custos da prestação de serviços de saúde aos trabalhadores formais e informais.

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

### **Medidas para Melhorar a Situação**

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

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

### **Intervenção do Comitê Executivo**

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

Anexo

### **Referências**

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

4. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório da oficina sobre o Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores; 6 a 7 de maio de 1999; Washington, D.C., Estados Unidos. Washington (D.C.): OPAS; 1999.
5. Rodríguez J, Piedrahita H & Muñoz J. Actualización, edición y traducción de los logros y avances del Plan Regional de Salud de los Trabajadores de la OPS 1995-2006. Documento de trabalho. Washington (D.C.): Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores [Internet]. Tennessee, Maritza (ed.). Washington (D.C.): OPAS; 2001. Disponível em: [http://www.who.int/occupational\\_health/regions/en/oehamplanreg.pdf](http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehamplanreg.pdf). Acesso em 30 de novembro de 2012.
7. Organização Internacional do Trabalho. Statistical update on employment in the informal economy [Internet]. ILO Department of Statistics. Genebra: OIT; 2011. Disponível em: [http://laborsta.ilo.org/applv8/data/EAPEP/eapep\\_E.html](http://laborsta.ilo.org/applv8/data/EAPEP/eapep_E.html). Acesso em 26 de abril de 2012.
8. Benach J & Muntaner C. Mercados de trabajo y estados de bienestar: una perspectiva de país. Cap. 6. En: Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global. Primera edición. Barcelona: Icaria Editorial, S.A.; 2012.
9. Organização Internacional do Trabalho e Organização Mundial do Comércio. La globalización y el empleo informal en los países en desarrollo. Estudio conjunto de la Oficina Internacional del Trabajo y la Secretaría de la Organización Mundial del comercio [Internet]. Genebra: OMC; 2009. Disponível em: [http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2009/109B09\\_249\\_span.pdf](http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2009/109B09_249_span.pdf). Acesso em março de 2012.
10. Organização Internacional do Trabalho. Statistical update on employment in the informal economy. ILO Department of Statistics [Internet]. Genebra: OIT; junho de 2012. Disponível em: [http://laborsta.ilo.org/applv8/data/INFORMAL\\_ECONOMY/2012-06-Statistical%20update%20-%20v2.pdf](http://laborsta.ilo.org/applv8/data/INFORMAL_ECONOMY/2012-06-Statistical%20update%20-%20v2.pdf). Acesso em março de 2012.
11. Solar, O., Bernales, P., González, M. e Ibañez, C. Precariedad laboral y salud de los trabajadores y trabajadoras de Chile. Las inequidades en la salud de los trabajadores y trabajadoras desde una perspectiva de género. Análisis epidemiológico avanzado para la primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida (ENETS 2009-2010) [Internet]. Ministerio de Salud de Chile: Santiago; 2011. Disponível em: [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/PRECARIEDAD\\_BAJA.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/PRECARIEDAD_BAJA.pdf). Acesso em 19 de dezembro de 2012.

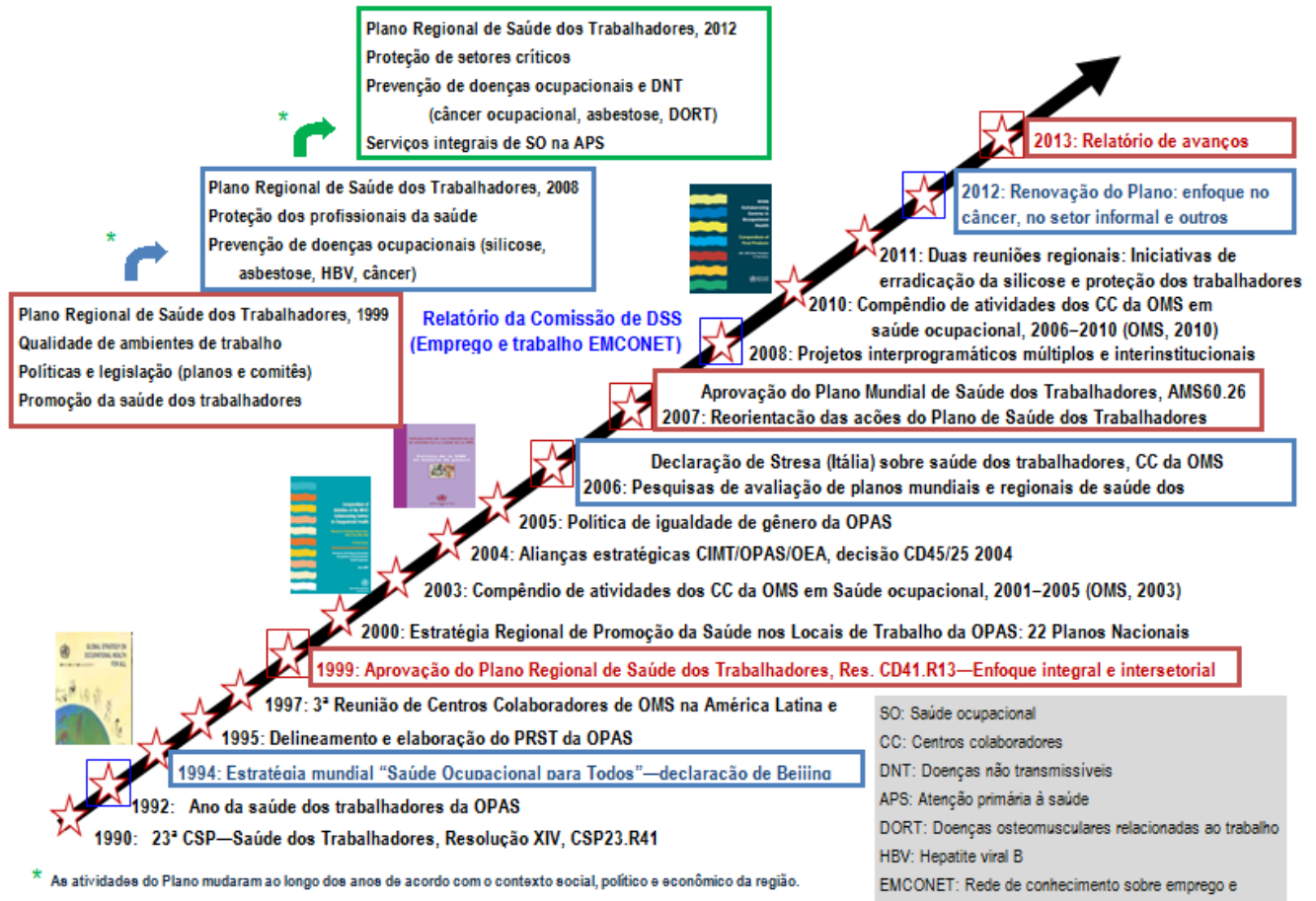
12. Solar, O. Construcción propia sobre la base de datos de la Encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida (ENETS 2009-2010). Ministerio de Salud de Chile. Consultoria para a OPAS, novembro de 2011. Documento de trabalho, disponível mediante solicitação.
13. Yacouba Diallo, Frank Hagemann, Alex Etienne, Yonca Gurbuzer y Farhad Mehran. Evolución mundial del trabajo infantil: Evaluación de las tendencias entre 2004 y 2008 [Internet]. Organização Internacional do Trabalho; Programa Internacional para a Erradicação do Trabalho Infantil (IPEC). Genebra: OIT; 2011. Disponível em: <http://www.ilo.org/ipecinfo/product/viewProduct.do?productId=16995>. Acesso em março de 2012.
14. Pinzon-Rondon Angela Maria, Koblinsky Sally A., Hofferth Sandra L., Pinzon-Florez Carlos E., Briceno Leonardo. Work-related injuries among child street-laborers in Latin America: prevalence and predictors [Internet]. *Rev Panam Salud Publica*. 2009 Sep; 26(3): 235-243. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892009000900008&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000900008&lng=en). Acesso em abril de 2012.
15. Organização Internacional do Trabalho. Capítulo 1. O conceito de trabalho forçado: Questões emergentes. In: O custo da coerção. Relatório Global no seguimento da Declaração da OIT sobre os Direitos e Princípios Fundamentais do Trabalho [Internet]. Conferência Internacional do Trabalho, 98.<sup>a</sup> Reunião; 3 a 19 de junho de 2009; Genebra (Suíça). Genebra: OIT; 2009 [Informe I (B)] disponível nos idiomas: alemão, árabe, chinês, espanhol, francês, inglês, português e russo. Disponível em: [http://www.ilo.org/sapfl/Informationresources/ILOPublications/WCMS\\_106269/lang-es/index.htm](http://www.ilo.org/sapfl/Informationresources/ILOPublications/WCMS_106269/lang-es/index.htm). Acesso em março de 2012.
16. Organização Internacional do Trabalho. Estimación mundial sobre el trabajo forzoso. Resumen ejecutivo [Internet]. ILO Special Action Programme to Combat Forced Labour (SAP-FL), Programme for the Promotion of the Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work. Genebra: OIT; 2012. Disponível em: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---declaration/documents/publication/wcms\\_182010.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_182010.pdf). Acesso em março de 2012.
17. Stelman, J, & Mejía, P. Women, work and health in Latin America. University of Columbia. Palestra. In: Proceedings of the 2nd Hispanic Forum. Califórnia; 2001. Documento disponível mediante solicitação.
18. Organização Internacional do Trabalho. Piso de proteção social para uma globalização equitativa e inclusiva. Relatório do Grupo Consultivo sobre o Piso de Proteção Social [Internet]. Genebra: OIT; 2011. Disponível em:

[http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/social\\_protection/pub/piso%20de%20protecao%20social\\_749.pdf](http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/social_protection/pub/piso%20de%20protecao%20social_749.pdf).

19. Solar, O. Proporción de trabajadores expuestos a diferentes peligros: Análisis de encuestas de Condiciones de Trabajo, Salud y Seguridad Ocupacional de Argentina, Colombia, Chile, Guatemala y Nicaragua. Estimaciones para determinar la carga de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en 2011 en dieciséis países de las Américas. Documento de trabalho. Consultoria para a OPAS. Santiago (Chile); 2011. Disponível mediante solicitação.
20. Organização Internacional do Trabalho. A prevenção das doenças profissionais [Internet]. Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho; 28 de abril de 2013, Genebra (Suíça). Genebra: OIT; 2013. Disponível em: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_209555.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_209555.pdf). Acesso em 4 de abril de 2013.
21. Fingerhut M, Nelson DI, Driscoll T, Concha-Barrientos M, Steenland K, Punnett L, Prüss-Ustün A, Leigh J, Corvalan C, Eijkemans G, Takala J. The contribution of occupational risks to the global burden of disease: summary and next steps. *Med Lav*. 2006 Mar-Apr;97(2):313-21.
22. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [Internet]. *Lancet*. 2012 Dec 15; 380(9859):2224-2260. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245609>.
23. Organização Mundial da Saúde. Global estimates of occupational burden of disease [Internet]. Genebra: OMS; 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/#>  
[http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/global/occrf2004/en/index.html](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/global/occrf2004/en/index.html). Acesso em 5 de março de 2013.



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





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

### Antecedentes

1. A oncocercose é uma infecção produzida pelo parasita *Onchocerca volvulus*, transmitido aos seres humanos por picadas das moscas do gênero *Simulium*. A doença causa prurido, deformações dermatológicas, perda da visão e cegueira. A prevalência e a intensidade de microfilaremia aumentam significativamente com a idade, mas não foi encontrada uma associação com o sexo das pessoas afetadas (1, 2).

2. A oncocercose é endêmica em 13 focos localizados em seis países das Américas (Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, México e Venezuela). O número de pessoas expostas ao risco de contrair a infecção e ficarem cegas passou de 550.000 para apenas 376.601 em 2012 (ver o Anexo A).

3. Em 1991, o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou a [resolução CD35.R14](#) (em espanhol), relativa à eliminação da oncocercose nas Américas. Contribuiria para essa eliminação a doação do medicamento feita pelo [programa de doação de ivermectina](#) a partir de 1987. Em 1992, com o apoio da OPAS, foi criado o [Programa de Eliminação da Oncocercose nas Américas](#) (OEPA, na sigla em inglês) para unir esforços com os parceiros e os aliados com vistas à consecução da meta, bem como para prestar assistência técnica e financeira aos programas nacionais. A meta foi reafirmada nas resoluções [CD48.R12 \(2008\)](#) e [CD49.R19 \(2009\)](#), nas quais se estabelecia que 2012 seria o ano para alcançar a meta de eliminação da morbidade ocular e interrupção da transmissão na Região.

4. Em 2013, o presente relatório de progresso é apresentado aos Órgãos Diretivos da OPAS e se expõem os desafios a serem superados no intuito de alcançar a meta definida para a Região e preservar os avanços obtidos até o momento.

### Avanços

5. Considera-se que a cegueira causada pela oncocercose está eliminada na Região das Américas desde 1995, pois não foram notificados novos casos desde aquele ano. Como resultado da iniciativa regional, em 2013 existem 184.310 pessoas (33%) fora de risco de contrair a oncocercose, ao passo que a população passível de receber tratamento é de 19.133 pessoas (anexo B). A transmissão da oncocercose foi eliminada em sete focos e interrompida em quatro, razão pela qual foi suspensa a administração de medicamentos em massa nesses 11 focos (anexos A, B, C). Com isso, foi alcançada a meta estabelecida na resolução CD48.R12.

6. A Colômbia é o primeiro país das Américas a eliminar a transmissão da oncocercose e, em 2013, receberá a verificação oficial emitida pela OPAS/OMS. O Equador confirmou que a transmissão foi eliminada, e poderá ser o próximo país a solicitar formalmente verificação à OPAS/OMS em 2013.

7. A Guatemala e o México completarão três anos de vigilância epidemiológica pós-tratamento (VEPT) em todos os seus focos em 2014 e, na sequência, poderiam solicitar a verificação à OPAS/OMS.

8. O Brasil, no seu foco no Amazonas, aumentou o número de rodadas de tratamento nas comunidades hiper e mesoendêmicas a partir de 2010, no intuito de acelerar o processo de eliminação (quatro vezes ao ano) (3). Ao mesmo tempo, mantém o esquema tradicional (duas vezes ao ano) no restante das comunidades. Com isso, o país se situa próximo da meta de eliminação.

9. A Venezuela interrompeu a transmissão em dois dos seus três focos da doença. Em 2013, a VEPT completará três anos no foco Centro-norte, e a categoria de eliminada poderia ser alcançada; no foco Nordeste, teve início a fase de VEPT. No foco Sul, foram identificadas 185 novas comunidades endêmicas ianomâmi na fronteira com o Brasil, com 8.591 pessoas passíveis de receber tratamento.

10. Os países avançaram na difusão das provas científicas que sustentam os avanços obtidos, mediante artigos científicos publicados em revistas indexadas (3-12). Além disso, desde 1996, são publicados anualmente os dados correspondentes no [Weekly Epidemiological Record](#) da OMS.

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

## **Desafios**

12. O foco ianomâmi, dividido entre o Brasil (foco Amazonas) e a Venezuela (foco Sul), é o último obstáculo para se alcançar a eliminação da oncocercose na Região, em função das suas dificuldades particulares: *a*) está dividido por uma fronteira política; *b*) é de difícil acesso geográfico (zona de selva); e *c*) as comunidades afetadas são nômades. Em consequência, a logística necessária para chegar às pessoas expostas ao risco dificulta a prestação de atendimento e implica um alto custo operacional.

13. Outro desafio é garantir que, após a interrupção da transmissão, os países *a*) mantenham as atividades para a detecção de uma possível recrudescência (13); *b*) após alcançarem a eliminação, documentem o processo e solicitem a verificação à OPAS/OMS, como fez a Colômbia e *c*) enfrentem os desafios do período pós-eliminação.

**Próximos Passos**

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

- (a) Instar firmemente por uma ação coordenada na área ianomâmi (foco Sul da Venezuela e foco Amazonas do Brasil), a fim de que sejam tomadas decisões na esfera política. Além disso, é preciso definir um plano operacional para os próximos cinco anos e oferecer tratamento e atenção integral para que se consiga cumprir as metas de interrupção da transmissão em 2015 e da eliminação da oncocercose em 2019 (anexo C), no âmbito da proteção dos territórios ianomâmi e de uma abordagem intercultural (14, 15).
- (b) Promover, durante os três anos de VEPT, a adoção de metodologias de educação e participação comunitária, por meio da integração de outros programas de saúde pública, bem como a manutenção do monitoramento e a avaliação para sustentar a meta de eliminação.
- (c) Manter, na fase de pós-eliminação da oncocercose, uma abordagem ecossistêmica a partir dos determinantes da saúde e das atividades de vigilância epidemiológica, por meio da integração das atividades para enfrentar outras doenças infecciosas negligenciadas e continuar a fortalecer os serviços de assistência primária e a abordagem integrada setorial e intersetorial (acesso a serviços de saúde, educação, moradia, água segura e saneamento básico).
- (d) Recomendar que o OEPA, com apoio da OPAS/OMS e em coordenação com os seis países endêmicos, com os parceiros e com os aliados, lidere a valorização do impacto da eliminação da oncocercose na Região das Américas e promova a publicação das lições extraídas para que sirvam de apoio na eliminação de outras doenças.

**Intervenção do Comitê Executivo**

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

**Referências**

1. Vivas-Martínez S, Basáñez MG, Botto C, Rojas S, García M, Pacheco M, Curtis CF. Amazonian onchocerciasis: parasitological profiles by host-age, sex, and endemicity in southern Venezuela. *Parasitology*. 2000;121(5):513-25.

2. Vivas-Martinez S, Basáñez MG, Grillet ME, Weiss H, Botto C, García M, Villamizar, NJ, Chavasse DC. Onchocerciasis in the Amazonian focus of southern Venezuela: altitude and blackfly species composition as predictors of endemicity to select communities for ivermectin control programmes. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1998;92(6):613-20.
3. Rodríguez-Pérez MA, Lutzow-Steiner MA, Segura-Cabrera A, Lizarazo-Ortega C, Domínguez-Vázquez A, Sauerbrey M, Richards F Jr, Unnasch TR, Hassan HK, Hernández-Hernández R. Rapid suppression of *Onchocerca volvulus* transmission in two communities of the Southern Chiapas focus, Mexico, achieved by quarterly treatments with Mectizan. *Am J Trop Med Hyg.* 2008;79(2):239-44.
4. Cruz-Ortiz N, Gonzalez RJ, Lindblade KA, Richards FO Jr, Sauerbrey M, Zea-Flores G, Dominguez A, Oliva O, Catú E, Rizzo N. Elimination of *Onchocerca volvulus* transmission in the Huehuetenango focus of Guatemala. *J Parasitol Res.* 2012;2012:638429. [Publicação eletrônica (Epub) em 23 de agosto de 2012].
5. Cupp EW, Sauerbrey M, Richards F. Elimination of human onchocerciasis: history of progress and current feasibility using ivermectin (Mectizan®) monotherapy. *Acta Trop.* 2011;120 Suppl 1:S100-8. Publicação eletrônica (Epub) em 27 de agosto de 2010. Revisão.
6. Rodríguez-Pérez MA, Unnasch TR, Domínguez-Vázquez A, Morales-Castro AL, Peña-Flores GP, Orozco-Algarra ME, Arredondo-Jiménez JI, Richards F Jr, Vásquez-Rodríguez MA, Rendón VG. Interruption of transmission of *Onchocerca volvulus* in the Oaxaca focus, Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;83(1):21-7.
7. Rodríguez-Pérez MA, Unnasch TR, Domínguez-Vázquez A, Morales-Castro AL, Richards F Jr, Peña-Flores GP, Orozco-Algarra ME, Prado-Velasco G. Lack of active *Onchocerca volvulus* transmission in the northern Chiapas focus of Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;83(1):15-20.
8. Gonzalez RJ, Cruz-Ortiz N, Rizzo N, Richards J, Zea-Flores G, Domínguez A, Sauerbrey M, Catú E, Oliva O, Richards FO, Lindblade KA. Successful interruption of transmission of *Onchocerca volvulus* in the Escuintla-Guatemala focus, Guatemala. *PLOS Negl Trop Dis.* 2009;3(3):e404. Publicação eletrônica (Epub) em 31 de março de 2009.
9. Rodríguez-Pérez MA, Lizarazo-Ortega C, Hassan HK, Domínguez-Vásquez A, Méndez-Galván J, Lugo-Moreno P, Sauerbrey M, Richards F Jr, Unnasch TR. Evidence for suppression of *Onchocerca volvulus* transmission in the Oaxaca focus in Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 2008 Jan;78(1):147-52.

10. Lindblade KA, Arana B, Zea-Flores G, Rizzo N, Porter CH, Dominguez A, Cruz-Ortiz N, Unnasch TR, Punkosdy GA, Richards J, Sauerbrey M, Castro J, Catú E, Oliva O, Richards FO Jr. Elimination of *Onchocerca volvulus* transmission in the Santa Rosa focus of Guatemala. *Am J Trop Med Hyg.* 2007 Aug;77(2):334-41.
11. Vieira JC, Cooper PJ, Lovato R, Mancero T, Rivera J, Proaño R, López AA, Guderian RH, Guzmán JR. Impact of long-term treatment of onchocerciasis with ivermectin in Ecuador: potential for elimination of infection. *BMC Med.* 2007;23;5:9.
12. Cupp EW, Duke BO, Mackenzie CD, Guzmán JR, Vieira JC, Mendez-Galvan J, Castro J, Richards F, Sauerbrey M, Dominguez A, Eversole RR, Cupp MS. The effects of long-term community level treatment with ivermectin (Mectizan) on adult *Onchocerca volvulus* in Latin America. *Am J Trop Med Hyg.* 2004;71(5):602-7.
13. Program Coordinating Committee and OEPA staff. Guide to detecting a potential recrudescence of onchocerciasis during the posttreatment surveillance period: the American paradigm. *Research and Reports in Tropical Diseases* 2012;3:21-33.
14. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos [Internet]. Informe anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1984-1985, Capítulo III, Resoluciones relativas a casos individuales, Resolución No. 7615 (Brasil) 5 de marzo de 1985. Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): CIDH; 1985 (documento OEA/Ser.L/V/II.66). Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/annualrep/84.85sp/Brasil7615.htm> [acesso em 15 de fevereiro de 2013].
15. Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales [Internet]. Asamblea General de las Naciones Unidas, 21.º período de sesiones; del 20 de septiembre al 20 de diciembre de 1966; Nueva York (NY) Estados Unidos. Nueva York: Naciones Unidas: 1966 (Naciones Unidas, Serie de Tratados, Vol. 993, 3 – entrada em vigor em 3 de janeiro de 1976). Disponível em: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36c0.html> [acesso em 15 de fevereiro de 2013]. Texto em português disponível em: <http://www.camara.gov.br/Internet/comissao/index/perm/cdh/Pidesc%20-%20Relat%C3%B3rio%20Final.html##PIDESC> [acesso em 9 de abril de 2013].

Anexo A. Distribuição Geográfica da Oncocercose e Situação da Transmissão nas Américas, Dezembro de 2012



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

\* Falta aceitação por parte das autoridades do governo do Equador.

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

Foco da doença	Comunidades endêmicas	População em risco	População fora de risco	População sob vigilância epidemiológica pós-tratamento (VEPT)	População passível de receber tratamento	Situação da transmissão
Escuintla - GUA	117		62.590			Eliminada
Santa Rosa - GUA	37		12.208			Eliminada
Chiapas Norte - MEX	13		7.125			Eliminada
López de Micay - COL	1		1.366			Eliminada
Huehuetenango - GUA	43		30.239			Eliminada
Oaxaca - MEX	98		44.919			Eliminada
Esmeraldas - ECU	119		25.863 *			Eliminada *
Central - GUA	321	126.430		126.430		Interrompida
Chiapas Sul - MEX	559	117.825		117.825		Interrompida
Centro - norte - VEN	45	14.385		14.385		Interrompida
Nordeste - VEN	465	94.583		94.583		Interrompida
Sul - VEN	10	10.390			8.591	Continua
Amazonas - BRA	22	12.988			10.542	Continua
<b>Total</b>	<b>1.850</b>	<b>376.601</b>	<b>184.310</b>	<b>353.223</b>	<b>19.133</b>	

\* Falta aceitação por parte das autoridades do governo do Equador.

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

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

País	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Colômbia		VEPT			2011	✓	A equipe internacional designada pela OPAS/OMS para verificar a eliminação da oncocercose visitou a Colômbia em novembro de 2012.						
Equador				VEPT			2013	✓	O PCC recomendou ao Equador que solicitasse formalmente à OPAS/OMS a verificação da eliminação.				
Guatemala						VEPT			2015				
México						VEPT			2015				
Brasil		Área ianomâmi											
Venezuela									VEPT				2019
		Último ano de administração maciça de medicamentos											
		Fase de vigilância epidemiológica pós-tratamento (VEPT)											
		Ano no qual o país poderia solicitar à OPAS/OMS a verificação da eliminação da oncocercose											

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

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



## **G. PLANO REGIONAL PARA O FORTALECIMENTO DAS ESTATÍSTICAS VITAIS E DE SAÚDE**

### **Antecedentes**

1. Este documento tem por finalidade informar os Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) dos avanços realizados no cumprimento das metas definidas no *Plano de Ação Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde* (PEVS, na sigla em espanhol), (CD48.R6 [2008])<sup>9</sup> (1).

### **Relatório de progresso**

2. No caso da cobertura dos nascimentos (Tabela 1), em meados do último quinquênio (2005-2010)<sup>10</sup>, 17 de 25 países teriam alcançado a meta indicada para a sua cobertura: Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos da América, Honduras, México, Nicarágua, Peru, São Vicente e Granadinas, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela (12 desses teriam superado a meta). Três países (Equador, Panamá e Paraguai) teriam aumentado os níveis de cobertura no quinquênio e poderiam alcançar a meta prevista se mantivessem planos vigentes de fortalecimento. Bolívia, Colômbia, El Salvador, Guatemala e República Dominicana teriam diminuído seu nível em relação ao período anterior e deveriam direcionar mais esforços para o alcance da meta.

3. No caso da cobertura dos falecimentos (Tabela 2), em meados do último quinquênio (2005-2010), 11 de 25 países teriam alcançado a meta: Argentina, Barbados, Belize, Chile, Cuba, Equador, Estados Unidos da América, México, São Vicente e Granadinas, Trinidad e Tobago e Uruguai (os 4 últimos a teriam superado). Bahamas, Brasil, El Salvador, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Peru teriam aumentado sua cobertura no quinquênio e poderiam alcançar a meta se mantivessem processos de fortalecimento dos sistemas de informação de saúde. A diminuição mínima na Costa Rica, país com

---

<sup>9</sup> Nesta ocasião, há apenas informação sobre a cobertura de nascimentos e falecimentos. Para ambos os eventos, a meta de alcance definida no PEVS para 2005-2013 era: países com mais de 90% de cobertura deveriam, pelo menos, mantê-la; países com 80% a 90% deveriam, ao menos, atingir 90%; países com 61% a 79% deveriam aumentá-la em, pelo menos, 10%, e países com 60% e menos, aumentá-la em, no mínimo, 20%. Os outros indicadores mencionados no Anexo da Resolução CD48.R6 (2008) encontram-se em processo de avaliação.

<sup>10</sup> Considerando que há somente informação uniforme de registros rotineiros de nascimentos e falecimentos até 2011, e de estimativas vigentes para os quinquênios (2000-2005 e 2005-2010) provenientes da CEPAL/CELADE, neste relatório, se analisa a evolução da cobertura em meados desses quinquênios. Nos próximos dois anos (2014/2015), se espera dispor de dados rotineiros atualizados para 2013 relacionados aos numeradores das taxas e projeções atualizadas nos países a partir dos últimos censos da rodada de 2010 para os denominadores dessas taxas. Dessa forma, haverá valores mais realistas para avaliar a evolução das taxas de cobertura.

cobertura quase completa, e as reduções na Colômbia, Guatemala, República Dominicana e Venezuela, podem estar associadas (particularmente na Costa Rica e na Venezuela) à utilização de estimativas ainda não ajustadas à luz de seu novo censo. Por fim, não há dados disponíveis para Bolívia e Honduras para o último período.

### **Proposta**

4. Submete-se à consideração dos Órgãos Diretivos a importância de confiar um relatório de progresso que leve em consideração dados rotineiros e estimativas atualizadas para 2015, e assegurar a sustentabilidade e ajuste necessário do PEVS para o período 2013-2017, de maneira que, sem descuidar dos êxitos alcançados por boa parte dos países, focalize os esforços na cooperação técnica, para que aqueles que se encontram em uma situação mais crítica avancem na melhoria da cobertura e da qualidade das estatísticas vitais.

5. Fortalecer a cooperação horizontal, o intercâmbio de boas práticas, reforçando o papel da Rede Latino-Americana e do Caribe no Fortalecimento dos Sistemas de Informação de Saúde (RELACISIS), para que favoreça sua extensão aos países do Caribe de língua inglesa e mantenha a aliança com agências internacionais técnicas e de financiamento.

### **Intervenção do Comitê Executivo**

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

Anexo

### **Referências**

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

Anexo. Cobertura de nacimientos e falecimientos. 2000-2005 e 2005-2010. Meta para 2013 segundo o PEVS.

Tabla 1. NACIMIENTOS. Nivel de progreso de la cobertura entre los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010								Tabla 2. DEFUNCIONES. Nivel de progreso de la cobertura entre los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010								
Países seleccionados de las Américas								Países seleccionados de las Américas								
Grupo según cobertura en línea de base	País	2000-2005	Meta CD48.R6	Meta en 2013 (%Cob)	2005-2010	Progreso hacia 2010	Esfuerzo a realizar hasta 2013 (puntos)	Grupo según cobertura en línea de base	País	2000-2005	Meta CD48.R6	Meta en 2013 (%Cob)	2005-2010	Progreso hacia 2010	Esfuerzo a realizar hasta 2013 (puntos)	
1 91% y más	EUA	100,0	Mantener nivel	100,0	100,0	Alcanza		1 91% y más	EUA	100,0	Mantener nivel	100,0	100,0	Alcanza		
	México*	100,0	Mantener nivel	100,0	100,0	Alcanza			Cuba**	100,0	Mantener nivel	100,0	100,0	Alcanza		
	Argentina**	100,0	Mantener nivel	100,0	100,0	Alcanza			Uruguay**	100,0	Mantener nivel	100,0	100,0	Alcanza		
	Bahamas	100,0	Mantener nivel	100,0	100,0	Alcanza			Chile**	100,0	Mantener nivel	100,0	100	Alcanza		
	Barbados#	97,0	Mantener nivel	97,0	100,0	Alcanza y Aumenta			Argentina**	99,0	Mantener nivel	99,0	99	Alcanza		
	Cuba**	96,8	Mantener nivel	96,8	96,8	Alcanza			St Vicent	100,0	Mantener nivel	100,0	100,0	Alcanza		
	Uruguay**	96,2	Mantener nivel	96,2	100,0	Alcanza y Aumenta			Barbados	100,0	Mantener nivel	100,0	100,0	Alcanza		
	Venezuela**	96,5	Mantener nivel	96,5	100,0	Alcanza y Aumenta			Costa Rica**	97,3	Mantener nivel	97,3	93,5	Disminuye (3,8 puntos)		
	Chile**	95,1	Mantener nivel	95,1	98,3	Alcanza y Aumenta			Trinidad y Tobago	99,4	Mantener nivel	99,4	100,0	Alcanza y Aumenta		
	St Vicent	94,8	Mantener nivel	94,8	95,4	Alcanza y Aumenta			México*	94,9	Mantener nivel	94,9	100,0	Alcanza y Aumenta		
	Costa Rica**	94,6	Mantener nivel	94,6	99,8	Alcanza y Aumenta			Ecuador*	93,5	Mantener nivel	93,5	94,6	Alcanza y Aumenta		
	Trinidad y Tobago	92,9	Mantener nivel	92,9	93,6	Alcanza y Aumenta			Guatemala	93,2	Mantener nivel	93,2	89,5	Disminuye (3,7 puntos)	3,7	
	Guatemala	91,8	Mantener nivel	91,8	81,6	Disminuye (10,2 puntos)	10,2		2 80-90%	Venezuela**	89,1	Alcanzar 90%	90,0	71,1	Disminuye (18,0 puntos)	18,9
	El Salvador	91,2	Mantener nivel	91,2	82,8	Disminuye (8,4 puntos)	8,4			Brasil**	86,4	Alcanzar 90%	90,0	87,0	Aumenta pero no alcanza	3
Panamá*	84,6	Alcanzar 90%	90,0	88,4	Aumenta pero no alcanza	1,6	Panamá*	84,4		Alcanzar 90%	90,0	85,8	Aumenta pero no alcanza	4,2		
80-90%	Ecuador*	83,0	Alcanzar 90%	90,0	84,6	Aumenta pero no alcanza	5,4	Colombia	81,6	Alcanzar 90%	90,0	78,0	Disminuye (3,6 puntos)	12		
	3 61-79,9%	Nicaragua	79,6	Aumentar 10%	87,6	89,3	Alcanza y Aumenta		3 61-79,9%	Bahamas	75,6	Aumentar 10%	83,2	76,9	Aumenta pero no alcanza	6,3
Bolivia**		79,2	Aumentar 10%	87,1	52,90	Disminuye (26,3 puntos)	34,2	El Salvador		75,6	Aumentar 10%	83,2	79,0	Aumenta pero no alcanza	4,2	
Colombia		78,7	Aumentar 10%	86,6	76,40	Disminuye (2,3 puntos)	10,2	Honduras		68,0	Aumentar 10%	74,8	nd			
Brasil**		74,1	Aumentar 10%	81,5	90,80	Alcanza y Aumenta		Paraguay**		62,4	Aumentar 10%	68,6	67,9	Aumenta pero no alcanza	0,7	
Rep.Dominicana**		69,3	Aumentar 10%	76,2	62,90	Disminuye (6,4 puntos)	13,3	4 Hasta 60%		Nicaragua	57,4	Aumentar 20%	68,9	62,0	Aumenta pero no alcanza	6,9
Honduras#		68,0	Aumentar 10%	74,8	100,00	Alcanza y Aumenta				Rep.Dominicana**	50,4	Aumentar 20%	60,5	49,9	Disminuye (0,5 puntos)	10,6
Peru		62,3	Aumentar 10%	68,5	100,00	Alcanza y Aumenta				Peru	57,1	Aumentar 20%	68,5	58,8	Aumenta pero no alcanza	9,7
Paraguay** #	60,1	Aumentar 20%	72,1	65,00	Aumenta pero no alcanza	7,1	Belice		50,0	Aumentar 20%	60,0	80,5	Alcanza y Aumenta			
Belice#	50,0	Aumentar 20%	60,0	96,40	Alcanza y Aumenta		Bolivia**	31,1	Aumentar 20%	37,3	nd					

\*Países con estimaciones ajustadas basadas en censos circa 2010

\*\*Países con censos circa 2010 que aún no difunden estimaciones ajustadas. Se utilizan estimaciones vigentes de Naciones Unidas

#Países con datos de registro en OPS

\*Países con estimaciones ajustadas basadas en censos circa 2010

\*\*Países con censos circa 2010 que aún no difunden estimaciones ajustadas. Se utilizan estimaciones vigentes de Naciones Unidas

nd No hay datos

## H. IMPLANTAÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

1. A finalidade deste relatório é fazer uma atualização sobre a situação da implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI, daqui em diante também denominado “Regulamento”). Também se destacam questões que merecem ação articulada pelos Estados Partes na Região para a futura implantação do Regulamento.

2. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) atua como ponto de contato do RSI da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Região das Américas e facilita a gestão dos eventos de saúde pública. No período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2012, ao todo, 122 eventos de saúde pública de interesse internacional em potencial foram identificados e avaliados. Em 63 dos 122 eventos (52%), as autoridades sanitárias nacionais (através dos pontos focais nacionais do RSI, PFN) foram as fontes iniciais de informação. Comprovação foi solicitada para 31 eventos identificados através de fontes informais ou não oficiais e obtida dos PFNs para todos os eventos, exceto um. Dos 122 eventos considerados, 56 (46%) foram eventos de saúde pública de interesse internacional fundamentados, que acometeram 20 Estados Partes na Região. A maior proporção desses eventos foi atribuída a riscos infecciosos (34 eventos ou 61%), e as etiologias com mais frequência registradas foram vírus da dengue (8) e vírus da influenza (4). Os 22 eventos restantes de saúde pública de interesse internacional fundamentados foram atribuídos aos seguintes riscos: inocuidade dos alimentos (11), relacionado a zoonose (5), relacionado a produto (3), indeterminado (2) e radiação (1). Pode-se assinalar que, em 2012, 32 dos 35 Estados Partes na Região (91%) apresentaram uma confirmação ou atualização anual de informações para contato dos PFNs.

3. Posterior à solicitação de prorrogação do prazo e à apresentação do Plano de Ação Nacional de Prorrogação do Prazo do RSI 2012–2014 em junho de 2012, foi concedida a 29 dos 35 Estados Partes das Américas (83%) prorrogação do prazo até junho de 2014 para instaurar as capacidades de base.<sup>11</sup>

4. Em 15 de maio de 2013, 31 dos 35 Estados Partes das Américas (89%) haviam apresentado um Relatório Anual dos Estados Partes à Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde (AMS). Esta informação é apresentada no Relatório do Diretor-geral intitulado “Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)”<sup>12</sup>. As deficiências mais críticas observadas nas Américas (capacidade com pontuação inferior a 60%) foram as seguintes: recursos humanos (57%), prontidão (55%), gestão de eventos

<sup>11</sup> Resolução WHA58.3 (2005). Revisão do Regulamento Sanitário Internacional. Disponível em: <http://www.who.int/csr/ihr/WHA58-en.pdf>

<sup>12</sup> Organização Mundial da Saúde. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005), Relatório do Diretor-geral [Internet]. 66ª Assembleia Mundial da Saúde; 20–28 de maio de 2013; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2013 [citado 2 mai 2013]. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_16-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_16-en.pdf)

relacionados com perigos químicos (48%) e gestão dos eventos relacionados a riscos de radiação (41%).

5. Comparados aos Relatórios Anuais dos Estados Partes apresentados à Sexagésima Quinta AMS, os dados mostraram que os Estados Partes fizeram progresso em várias capacidades de base. Progresso mais significativo foi obtido na capacidade em pontos de entrada designados (+8%), seguido da capacidade de laboratório e capacidade de gerir eventos relacionados aos riscos zoonóticos e de inocuidade dos alimentos (+6%), vigilância (+5%) e gestão de eventos relacionados a perigos químicos (+4%), recursos humanos, e capacidade de gerir eventos relacionados a riscos de radiação (+3%) e capacidade de resposta (+2%). Não foi registrada mudança substancial nas seguintes capacidades: legislação e política (-1%), prontidão (-1%) e coordenação (-4%). Regressão mais perceptível foi observada na capacidade de comunicação de risco (-6%). Um quadro resumido sobre os Relatórios dos Estados Partes da Região das Américas à 66<sup>a</sup> AMS é fornecido no Anexo.

6. Trinta e um dos 35 Estados Partes indicaram seus portos designados (64 ao todo); 34 Estados Partes indicaram seus aeroportos designados (77 ao todo) e nove Estados Partes forneceram uma lista dos seus pontos designados de travessia terrestre de fronteiras (22 ao todo). Além disso, até 31 de março de 2013, 457 portos em 23 Estados Partes na Região das Américas estavam autorizados a emitir Certificados de Controle Sanitário de Bordo.<sup>13</sup>

7. Junto com os mecanismos sub-regionais de integração<sup>14</sup>, organizações internacionais (como a Organização de Aviação Civil Internacional e a Agência Internacional de Energia Atômica), e os centros colaboradores da OMS,<sup>15</sup> a OPAS

---

<sup>13</sup> Lista dos portos autorizados a emitir Certificados de Controle Sanitário de Bordo. Disponível em: [http://www.who.int/ihr/ports\\_airports/ihr\\_authorized\\_ports\\_list.pdf](http://www.who.int/ihr/ports_airports/ihr_authorized_ports_list.pdf) [citado 4 abr 2013].

<sup>14</sup> Mercado Comum do Sul (Mercosul), através da Comissão Intergovernamental para o Regulamento Sanitário Internacional (CIRSI) do Grupo de Trabalho em Saúde (SGT-11); Comunidade Andina (CAN), através da Rede Andina para Vigilância Epidemiológica (RAVE) do Organismo Andino de Saúde-Convênio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU); União de Nações Sul-Americanas (Unasul), através de seu Grupo Técnico de Trabalho para Vigilância e Resposta (GTVR); Sistema de Integração Centro-Americana (SICA), através do Secretariado Executivo do Conselho dos Ministérios da Saúde da América Central e República Dominicana (SE-COMISCA); e Comunidade do Caribe (CARICOM).

<sup>15</sup> Centro Colaborador da OMS (CC) para Implementação de Sistema Nacional de Vigilância e Capacidade de Resposta do RSI nos Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), Atlanta, GA: [http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc\\_ref=USA-359&cc\\_ref=usa-359&](http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=USA-359&cc_ref=usa-359&); CC da OMS para Legislação de Saúde Pública e Direitos Humanos no Centro de Legislação e Saúde Pública, Washington, D.C., EUA, CC da OMS USA-311: [http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc\\_ref=USA-311&cc\\_ref=usa-311&](http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=USA-311&cc_ref=usa-311&); CC da OMS para Prevenção, Prontidão e Resposta a Situações de Emergência Química na Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB), São Paulo, Brasil, CC da OMS BRA-46: [http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc\\_ref=BRA-46&cc\\_ref=bra-46&](http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=BRA-46&cc_ref=bra-46&); CC da OMS para Saúde de Viajantes nos CDC, Atlanta, GA, EUA, CC da OMS USA-387: [http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc\\_ref=USA-387&cc\\_ref=usa-387&](http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=USA-387&cc_ref=usa-387&)

continua apoiando os esforços dos Estados Partes na Região para atingir e manter as suas capacidades de base.

8. Cumprir o prazo de junho de 2014 de instaurar as capacidades de base representa desafios consideráveis aos Estados Partes e à OPAS/OMS. Prevendo que um número significativo de Estados Partes buscaria uma prorrogação do prazo adicional de dois anos até 15 de junho de 2016, o Secretariado da OMS propôs que a 132<sup>a</sup> Sessão do Conselho Executivo da OMS adotasse critérios a serem usados ao considerar solicitações futuras de prorrogação do prazo.<sup>16</sup> Embora o Conselho Executivo não tenha feito objeções aos critérios propostos, ele determinou que seria proveitoso se os critérios fossem considerados mais a fundo pelos Estados Membros nas sessões seguintes dos Comitês Regionais em 2013. Isto permitiria que os critérios finais fossem apresentados à 134<sup>a</sup> Reunião do Conselho Executivo em janeiro de 2014.

#### **Ação pelo Comitê Executivo**

9. Solicita-se à 152<sup>a</sup> Sessão do Comitê Executivo a tomar conhecimento deste relatório e fazer as recomendações que julgar cabíveis. Também se solicita ao Comitê a aprovar a inclusão do RSI como tema de políticas do programa da agenda do 52<sup>o</sup> Conselho Diretor, 65<sup>a</sup>. Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas para consolidar a posição dos Estados Partes na Região com respeito aos critérios para conceder prorrogação do prazo adicional de dois anos, assim como em relação aos procedimentos e métodos para monitorar a situação de implantação do Regulamento após 2016.

Anexo

---

<sup>16</sup> Organização Mundial da Saúde. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005). Relatório do diretor-geral. [Internet]. 132<sup>a</sup> Reunião do Conselho Executivo. 21–29 de janeiro de 2013. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2013 [citado 9 mai 2013]. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB132/B132\\_15Add1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_15Add1-en.pdf)

## Quadro sumário: Relatório Anual dos Estados Partes apresentado à 66<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde e Plano de Ação Nacional de Prorrogação do Prazo do RSI, Região das Américas, 2012–2014

Estado Parte	Prorrogação de 2012-2014 solicitada e obtida	Relatório Anual do Estado Parte apresentado à 66a. AMS	Áreas de Atuação												
			Política e legislação	Coordenação	Supervisão	Resposta	Promitida	Comunicação de risco	Recursos humanos	Laboratório	Pontos de entrada	Eventos zoonóticos	Eventos de inocuidade dos alimentos	Eventos químicos	Emergências por radiação
Antigua and Barbuda	Yes	Yes	100	66	95	70	60	43	100	66	77	89	80	62	29
Argentina <sup>1</sup>	Yes	Yes	50	73	80	83	100	86	100	73	NA <sup>2</sup>	67	60	69	86
Bahamas	Yes	No													
Barbados	Yes	Yes	50	40	95	66	40	86	80	96	97	100	93	54	0
Belize	Yes	Yes	25	36	85	76	10	71	40	77	58	78	67	8	0
(Estado Plurinacional da) Bolívia	Yes	Yes	50	56	75	83	60	43	0	86	51	78	60	31	71
Brasil	No	No													
Canadá	No	Yes	100	83	100	100	100	100	100	100	94	100	100	100	100
Chile	No	Yes	50	46	85	94	70	57	20	67	87	89	93	23	79
Colômbia	No	Yes	100	73	70	65	50	86	80	90	97	33	80	62	21
Costa Rica	No	Yes	100	100	95	94	60	86	100	80	91	100	100	38	21
Cuba	Yes	Yes	100	100	100	100	100	100	100	96	97	100	100	100	93
Dominica	Yes	Yes	75	100	85	65	50	29	0	71	87	78	73	31	0
República Dominicana	Yes	Yes	75	90	80	48	70	86	40	39	21	44	27	23	57
Equador	Yes	Yes	0	56	35	47	20	43	20	35	45	56	60	38	71
El Salvador	Yes	Yes	75	90	100	100	50	71	100	100	97	67	73	46	86
Granada	Yes	Yes	50	83	90	52	0	57	0	41	64	100	67	23	0
Guatemala	Yes	Yes	75	66	85	76	20	86	100	91	38	89	47	62	29
Guiana	Yes	Yes	100	83	80	94	90	71	80	100	50	100	67	62	7
Haiti	Yes	No													
Honduras	Yes	Yes	50	26	90	71	20	29	60	91	22	100	67	0	7
Jamaica	Yes	Yes	50	73	100	100	90	86	100	90	91	100	93	54	0
México	Yes	Yes	100	53	80	89	60	43	80	96	54	89	87	69	86
Nicarágua	Yes	Yes	25	100	95	87	80	100	20	81	62	100	80	92	71
Panamá	Yes	Yes	100	73	90	89	50	43	100	96	77	100	93	54	43
Paraquai	Yes	Yes	50	80	55	82	10	100	60	96	37	33	60	46	71
Peru	Yes	Yes	100	50	100	87	50	57	80	77	27	78	93	8	0
Saint Kitts and Nevis	Yes	Yes	100	66	60	52	40	29	20	59	97	78	93	31	14
Santa Lúcia	Yes	Yes	0	73	80	65	50	29	20	43	12	67	40	15	0
São Vicente e Granadinas	Yes	Yes	0	46	75	60	10	0	0	81	41	100	40	0	0
Suriname	Yes	Yes	50	66	35	66	50	43	0	90	51	56	67	54	0
Trinidad and Tobago	Yes	Yes	50	56	80	76	50	71	0	77	74	89	87	46	57
Estados Unidos	No	Yes	100	100	100	100	100	100	100	60	100	100	100	100	93
Uruguai	Yes	No													
(República Bolivariana da) Venezuela	Yes	Yes	25	73	80	94	80	86	80	90	50	100	87	85	86
Pontuação de capacidade de base (%) – média regional			64	70	82	78	55	65	57	79	65	83	75	48	41
Estados Partes que identificaram necessidade de ação atingir a capacidade de base em Planos de Ação de Prorrogação do Prazo do RSI 2012-2014			26	26	25	27	21	20	25	24	25	16	16	21	21

Legenda: : Ações a serem tomadas para atingir a capacidade de base indicada no Plano de Ação Nacional de Prorrogação do Prazo do RSI 2012–2014.  
: Ações a serem tomadas para atingir a capacidade de base, mas não considerada prioridade no Plano de Ação Nacional de Prorrogação do Prazo do RSI 2012–2014.

<sup>1</sup> A Argentina apresentou o relatório usando a ferramenta do Mercosul e posteriormente foi feita a migração dos dados às seções relevantes no formato proposto pela OMS, em conformidade com o acordo com Unasul-GTVR.

<sup>2</sup> Informações relacionadas aos pontos da entrada da Argentina foram apresentadas em um formato que não pôde ser convertido para o formato da OMS.

## I. SITUAÇÃO DOS CENTROS PAN-AMERICANOS

### Introdução

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

### Antecedentes

2. Os Centros Pan-americanos têm sido uma modalidade importante de cooperação técnica da OPAS durante quase 60 anos. Nesse período, a OPAS criou ou administrou 13 centros<sup>17</sup>, suprimiu nove e transferiu a administração de um deles aos próprios órgãos diretivos. Este documento apresenta informação atualizada sobre o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), Centro Latino-Americano e do Caribe para Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR), e dois centros sub-regionais, Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI), que foram transferidos ao final de 2012 à Agência Caribenha de Saúde Pública (CARPHA).

### Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA)

3. Tendo em vista a convergência entre saúde humana e saúde animal, há necessidade cada vez maior de que a OPAS exerça liderança na esfera das zoonoses, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar. A articulação entre a saúde, a agricultura e o meio ambiente constituiu o tema central da 16ª. Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, em Saúde e Agricultura (RIMSA 16), *Agricultura – Saúde – Meio Ambiente: somando esforços para o bem-estar das populações das Américas*, que foi realizada em Santiago (Chile), nos dias 26 e 27 de julho de 2012, sob a coordenação do PANAFTOSA. Antes da RIMSA 16 foram realizados três eventos técnicos: a 12ª. Reunião do Comitê Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa nas Américas (COHEFA 12); a 6ª. Reunião da Comissão Pan-Americana de Inocuidade de Alimentos (COPAIA 6); e o Fórum Interagencial “Para uma vigilância epidemiológica integrada”. A RIMSA 16 e os três eventos técnicos mencionados acima contaram com a contribuição técnica e financeira do Governo do Chile, através dos Ministérios da Saúde e da Agricultura. O relatório final da RIMSA 16, que culminou com o Consenso de Santiago, será apresentado aos Órgãos Diretivos no decorrer deste ano. Os relatórios finais dos eventos técnicos realizados antes da RIMSA 16 e o Consenso de Santiago estão disponíveis no site do PANAFTOSA.<sup>18</sup>

<sup>17</sup> CLATES, ECO, PASCAP, CEPANZO, INPPAZ. INCAP, CEPIS, Programa Regional de Bioética no Chile, CAREC, CFNI, CLAP, PANAFTOSA e BIREME

<sup>18</sup> <http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/>



### *Avanços Recentes*

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

5. Ao final de 2012, a OPAS, por meio do PANAFTOSA, e a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde do Brasil firmaram um Termo Aditivo ao Acordo de Cooperação Técnica para contribuir ao fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde do Brasil para reduzir a carga à população humana das zoonoses, doenças transmitidas por vetores e doenças transmitidas pela água e alimentos. O acordo e seu *Termo Aditivo* também preveem atividades de gestão do conhecimento e de cooperação sul-sul, e vem a se somar à prolongada e valiosa colaboração de 60 anos com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Brasil, destacando assim a importante função do PANAFTOSA como centro de cooperação técnica intersetorial entre saúde animal e saúde pública.

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

7. No âmbito do Plano de Ação para Erradicação da Raiva Humana Transmitida pelo Cão, que define as ações na última etapa da eliminação a ser alcançada em 2015, estão sendo fortalecidos os laboratórios de diagnóstico com a capacitação de profissionais e a revisão dos planos nacionais de eliminação nos países prioritários por grupos de avaliação. Foi prestada cooperação técnica em um surto de raiva silvestre no Equador, por meio da capacitação de profissionais de campo e de laboratório. Está sendo prestado apoio aos laboratórios da América Central e da Colômbia para o diagnóstico de encefalites equinas e elaboração do plano nacional intersetorial de vigilância, prevenção e controle da equinococose/hidatidose no Peru.

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

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

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

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

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

12. A 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana elegeu Cuba, Equador e Porto Rico para integrarem o Comitê Assessor da BIREME por um mandato de três anos, em substituição à Argentina, Chile e República Dominicana, cujos mandatos expiraram em 2012.

### ***Avanços Recentes***

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

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

- (a) Acordo de Sede para a BIREME: a OPAS e o Ministério da Saúde do Brasil elaboraram um acordo da sede, que foi encaminhado para aprovação no dia 6 de agosto de 2010. Após uma série de negociações realizadas durante 2012, no dia 4 de outubro do mesmo ano, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil, através da Representação da OPAS no Brasil, apresentou uma nova versão do *Acordo entre a República Federativa do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde sobre a instalação da sede do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde* proposto pelo Governo do Brasil. Esta nova versão foi revisada na sede da OPAS e apresentada ao Ministério da Saúde do Brasil com observações, pois apresentava mudanças substanciais com relação à proposta anterior, em especial com relação aos privilégios e imunidade da OPAS que devem ser reconhecidos.
- (b) Acordo de instalação e funcionamento da BIREME no Campus São Paulo da UNIFESP: os termos deste acordo estão sendo negociados com a UNIFESP e sua assinatura se dará após ser firmado o Acordo de Sede com o Governo do Brasil, citado no parágrafo anterior.
- (c) Definição do mecanismo de financiamento da BIREME com base nas contribuições da OPAS e do Governo do Brasil, estipulado no Artigo 6 do Estatuto: as contribuições regulares serão definidas de comum acordo para respaldar os planos de trabalho bienais aprovados, em conformidade com o estabelecido no Estatuto. Na primeira reunião de 2012 do Comitê Assessor Nacional da BIREME, realizada em 1º de junho, o Ministério da Saúde do Brasil aprovou uma contribuição de R\$ 3,8 milhões (cerca de US\$ 1,8 milhão) para financiar o plano de trabalho da BIREME correspondente ao ano 2012. Este

- montante será transferido à OPAS através do *Termo Aditivo* No. 20 ao Convênio de Manutenção e Desenvolvimento da BIREME, que está em processo de assinatura na data de publicação deste documento.
- (d) Instituição do Comitê Científico em conjunto com o Comitê Assessor da BIREME. No primeiro semestre de 2012 foi realizado o processo de apresentação de candidaturas para eleger os membros do Comitê Científico. Foram recebidas propostas de 13 Estados Membros, apresentadas ao Comitê Assessor da BIREME durante o segundo semestre daquele ano para a nomeação de seus integrantes, em conformidade com os Termos de Referência aprovados para o Comitê.
15. O Plano Bienal de Trabalho (2012–2013) da BIREME, sob a forma de subentidade da Área de Gestão do Conhecimento e Comunicações da OPAS, foi elaborado de modo integrada com esta Área, com a qual continua sendo coordenado o seu aperfeiçoamento e articulação.

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

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

### ***Avanços Recentes***

17. Foi elaborada a linha de base do Plano de aceleração para redução da mortalidade materna e morbidade materna grave; foi desenvolvido junto com a OMS e especialistas da Região um formulário complementar de História Clínica Perinatal do SIP (Sistema de Informação Perinatal) para o registro dos eventos de morbidade materna extremamente graves; foi finalizada a execução do projeto de cooperação técnica entre países na América Central (El Salvador, Honduras, Nicarágua, Panamá) e elaborada uma nova proposta com os mesmos propósitos incorporando Belize, Costa Rica, República Dominicana no âmbito da estratégia de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Materna; foi feita a validação da ferramenta de certificação e teste de campo para a certificação do Chile como país que alcançou a meta de erradicação da sífilis congênita no âmbito da estratégia de Erradicação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Materna; o CLAP/SMR assumiu a responsabilidade por implementar o componente neonatal e foi realizada a avaliação intermediária do Plano Regional de Saúde do Recém-nascido; o CLAP/SMR foi aceito como membro do Comitê Executivo do Fórum LAC que se dedica ao planejamento familiar; foi dado impulso à formação de docentes para curso de parteira

através do Caribbean Regional Midwives Association diante da necessidade de fortalecer esta profissão na Região.

18. Continua-se em busca de um local para instalar os escritórios do CLAP e a Representação da OPAS no Uruguai. Ao final de 2011, haviam sido visitados cinco locais que não cumpriam os requisitos necessários. No primeiro semestre de 2012 foi reiniciada a busca, sendo visitadas cinco propriedades privadas e uma pública pertencente à Faculdade de Veterinária. Esta última foi descartada, pois somente estará disponível daqui a dois anos e as demais propriedades não cumpriam com os requisitos físicos e econômicos.

### **Centros Sub-regionais (CAREC e CFNI)**

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

### ***Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC)***

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

21. Ao mesmo tempo, o CAREC colaborou ativamente com o Comitê Executivo da CARPHA para a aprovação do organograma, políticas, procedimentos e processos, inclusive o Regulamento do Pessoal. Além disso, deu apoio à contratação de funcionários para postos-chave como o primeiro Diretor da CARPHA, o Diretor de Serviços Institucionais e o Diretor de Vigilância e Pesquisa.

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

***Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI)***

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

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

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

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

**Intervenção do Comitê Executivo**

27. Solicita-se ao Comitê Executivo que tome conhecimento do presente relatório de progresso e faça outras recomendações que julgar pertinente.

**Referência**

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

- - -