

54º CONSELHO DIRETOR

67ª ANÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2015

Tema 7.4 da agenda provisória

CD54/INF/4
14 de julho de 2015
Original: inglês

REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL E A DOENÇA CAUSADA PELO VÍRUS EBOLA

Introdução

1. A finalidade deste relatório é fornecer uma atualização do estado da implementação do Regulamento Sanitário Internacional (“RSI” ou “Regulamentações”). Atualiza o último relatório apresentado em 2014 ao 53º Conselho Diretor (1), concentra-se em atividades de preparação e resposta empreendidas pelos Estados Partes e pela Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), em resposta à emergência em saúde pública de importância internacional (ESPII) no que se refere à doença causada pelo vírus Ebola (DVE), e destaca questões que requerem ação coordenada por Estados Partes na Região das Américas para a futura implementação das Regulamentações.

Análise da situação

2. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) serve como o Ponto de Contato do RSI da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Região das Américas e facilita a administração dos eventos de saúde pública pelos canais de comunicação estabelecidos com os Pontos Focais Nacionais (NFP, sigla em inglês) do RSI. Em 2014, todos os 35 Estados Partes na Região apresentaram uma confirmação ou atualização anual das informações de contato aos seus NFP. Os testes de conectividade de rotina, executados em 2014, entre o Ponto de Contato do RSI da OMS e os NFP na Região foram bem-sucedidos para 34 dos 35 Estados Partes (97%), por email, e para 33 dos 35 Estados Partes (94%), por telefone.

3. No período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2014, um total de 121 eventos de saúde pública de interesse internacional potenciais foi identificado e avaliado na Região. Para 92 dos 121 eventos (76%), as autoridades sanitárias nacionais, inclusive através dos NFP, em 75 ocasiões, foram as fontes iniciais de informações. A comprovação foi solicitada e obtida para 18 eventos identificados através de fontes informais ou não oficiais. Dos 121 estimados, 63 (51%), afetando 29 países e territórios na Região, foram de importância de saúde pública internacional justificada. A maior

proporção desses 63 eventos foi atribuída aos riscos infecciosos (42 eventos; 67%), e a etiologia mais frequentemente registrada foi a do vírus Chikungunya (21 eventos). Os 21 eventos restantes de importância de saúde pública internacional justificada foram atribuídos aos seguintes riscos: inocuidade dos alimentos (9), relacionado à zoonose (5), a produtos (3), doenças (2), relacionado a produtos químicos (1), e à radiação (1).

4. Os eventos significativos de saúde pública que afetaram, ou tiveram implicações de saúde pública para os Estados Partes nas Américas, desde 1º de janeiro de 2014 até 20 de março de 2015, se destacam a seguir:

- a) Como o “Comitê de Emergência do RSI referente à propagação internacional do vírus selvagem da pólio” (CE do RSI de Poliomielite) se reuniu primeiramente em abril de 2014, com determinação posterior pela Diretora-geral da OMS que a propagação internacional do vírus selvagem da pólio constituía uma Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, o CE do RSI de Poliomielite se reuniu em mais quatro ocasiões. Durante a sua última reunião, em maio de 2015, o CE do RSI de Poliomielite concluiu que a propagação do vírus selvagem da pólio ainda constitui uma ESPII, e as recomendações temporárias foram aperfeiçoadas e estendidas por três meses adicionais, com ênfase nos Estados Partes categorizados como se segue: *i*) Estados que estão atualmente exportando o vírus selvagem da pólio; *ii*) Estados que estão infectados pelo vírus selvagem da pólio, mas não o estão atualmente exportando; e *iii*) Estados que não estão mais infectados pelo vírus selvagem da pólio, mas permanecem vulneráveis à propagação internacional. A OPAS continua recomendando que os Estados Partes nas Américas apliquem as recomendações do Grupo Técnico Assessor para Doenças Imunopreveníveis, a fim de manter a região das Américas isenta do vírus selvagem da pólio.
- b) Os dois não epidemiologicamente vinculados casos confirmados da síndrome respiratória do Oriente Médio por infecção do coronavírus (MERS-CoV), nos Estados Unidos, em maio de 2014, permanecem os únicos casos detectados nas Américas. A MERS-CoV começou a se propagar em 2012 e, desde 12 de julho de 2015, mais de 1.300 casos, incluindo quase 500 fatalidades, foram notificados à OMS. Mesmo a maioria dos casos sendo registrados na Região do Mediterrâneo Oriental, com o Reino da Arábia Saudita contabilizando aproximadamente 75% desses, a República da Coreia do Sul é segundo país mais afetado, com 186 casos – inclusive 35 mortes –, todos epidemiologicamente vinculados a um indivíduo com infecção confirmada pelo MERS-CoV, e histórico de viagem à Região do Mediterrâneo Oriental em maio de 2015. Globalmente, casos confirmados de infecções pelo MERS-CoV foram notificados por 26 Estados Partes em todo o mundo, inclusive 13 com transmissão local documentada. Em resposta à propagação da MERS-CoV, a Diretora-geral convocou o “Comitê de Emergência do RSI para a Síndrome Respiratória do Oriente Médio por infecção do Coronavírus” (CE do RSI para MERS-CoV), o qual se reuniu nove vezes entre julho de 2013 e junho de 2015. A assessoria fornecida pelo CE do RSI para a

- MERS-CoV, difundida a todos os Estados Partes, não levou à determinação de uma ESPII pela Diretora-geral.
- c) O vírus Chikungunya foi primeiramente detectado em dezembro de 2013 na sub-região do Caribe. Até 10 de julho de 2015, a transmissão autóctone do vírus estava documentada em 30 Estados Partes e 15 territórios através das sub-regiões. Casos importados do vírus Chikungunya foram notificados em quatro Estados Partes (Argentina, Canadá, Chile e Cuba) e em um território (Bermuda). Entre a detecção de sua introdução na Região e 10 de julho de 2015, mais de 1,5 milhões de casos, inclusive mais de 238 fatais, foram registrados nas Américas. Mais informações são apresentadas no Relatório sobre Transmissão e Impacto do Vírus Chikungunya nas Américas (documento CD54/INF/3 [2015]).
- d) Após a ressurgência do vírus Zika transmitido por vetores na Região do Pacífico Ocidental em 2007, um caso de transmissão autóctone do vírus Zika foi confirmado na Ilha de Páscoa, no Chile, em 2014. Em fevereiro de 2015, autoridades sanitárias do Brasil começaram a investigar casos de exantema nos estados do Nordeste, o que, no final de abril de 2015, chegaram a quase 7.000. A investigação levou à confirmação laboratorial de transmissão autóctone do vírus Zika em maio de 2015, representando a primeira transmissão documentada na plataforma continental das Américas. Até 10 de junho de 2015, a circulação do vírus Zika tinha sido confirmada em oito estados do Brasil.
- e) Os primeiros casos da DVE (Doença causada pelo Vírus Ebola) na Guiné foram notificados à OMS em março de 2014. O surto se propagou rapidamente aos países vizinhos da Libéria e de Serra Leoa, também incluindo as capitais dos três países. O aumento vertiginoso fora de controle do surto, que alcançou uma magnitude sem precedentes e imprevisível—com mais de 27.500 casos e mais de 11.000 mortes, desde 5 de julho de 2014, nos três países da África Ocidental ainda passando por transmissão—levou à convocatória, em 6 agosto 2014, do “Comitê de Emergência do RSI para o vírus Ebola” e, sob sua assessoria, para determinação pela Diretora-geral do surto da DVE na África Ocidental como uma ESPII. A determinação do evento como uma ESPII implicou na emissão, a países do mundo todo, de recomendações temporárias subdivididas em três subconjuntos aplicáveis segundo suas situações epidemiológica e de risco específicos da DVE. Até 20 de março de 2015, mais 35 casos da DVE, inclusive 15 fatais, tinham sido registrados em outros seis países (Mali, Nigéria, Senegal, Espanha, Reino Unido, EUA). Os casos registrados nesses países, todos livres da DVE desde 20 de março de 2015, foram resultado de importação e/ou transmissão local, e um dos dois casos importados nos Estados Unidos levou à transmissão local nosocomial a dois profissionais da saúde. Além dos casos confirmados da DVE nos Estados Unidos, até 20 de março de 2015, indivíduos em oito países nas Américas (Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, El Salvador, Honduras, México, EUA) com enfermidade compatível à DVE tinham sido investigados e subsequentemente comprovados por não apresentarem a doença. Desde a sua primeira reunião em agosto de 2014, o “Comitê de Emergência do RSI para o Ebola” se reuniu em cinco ocasiões adicionais, e recomendações temporárias foram ainda mais aperfeiçoadas.

Conforme também destacado através das missões nos países organizadas pela OPAS no apoio aos esforços de preparação relacionados à DVE em 26 Estados Partes na Região, uma questão foi a adoção das medidas de saúde pública que não necessariamente interferem com viagem e comércio internacional, e violam uma das recomendações temporárias. Com base no Artigo 43 das Regulamentações,¹ pelo menos 14 Estados Partes na Região foram solicitados a fornecer justificação de saúde pública para a adoção de tais medidas. Entre julho de 2014 e março de 2015, 17 funcionários da RSPA foram enviados à África Ocidental para apoiar os esforços de resposta. O compromisso da comunidade internacional para intensificar esforços para o controle do surto da DVE na África Ocidental foi cristalizado na Resolução EBSS3.R1 (2) e na Decisão WHA68(10) (3). Esta última requer, também, que a Diretora-geral estabeleça um Comitê de Exame responsável por revisar o funcionamento do RSI com relação à eclosão da DVE; o trabalho do novo comitê complementaria o esforço do Painel de Avaliação Provisório para Ebola (4, 5). As seções a seguir explicam mais detalhadamente os esforços de preparação relacionados à DVE realizados na Região pelos Estados Partes e pela RSPA.

5. No final de julho de 2014, a RSPA intensificou substancialmente as atividades de apoio aos Estados Partes em seus esforços de preparação relacionados à DVE, assim como de melhora de seu próprio nível de prontidão. Um número extremamente limitado de casos da DVE introduzidos por viagens aéreas foi considerado como o cenário mais provável para conduzir atividades de preparação consistentes com as recomendações temporárias aplicáveis aos países sem DVE e, em último caso, objetivando conter e prevenir o estabelecimento de cadeias de transmissão local, minimizando qualquer interferência desnecessária com viagens e comércio internacional.

6. Atividades iniciais empreendidas pela RSPA incluíram: *a)* o desenvolvimento e a difusão das diretrizes técnicas,² inclusive os protocolos para a remessa de amostras para testes confirmatórios aos Centros Colaboradores da OMS nos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), Atlanta, Geórgia, EUA, e na Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC), Winnipeg; *b)* a organização de reuniões virtuais com as autoridades nacionais competentes de diferentes disciplinas e setores com respeito à implementação das recomendações temporárias; *c)* a intensificação de interações com organizações internacionais parceiras e instituições, inclusive a Associação Internacional de Transporte Aéreo, a Organização de Aviação Civil Internacional (OACI), a Associação Internacional, a Agência de Linhas de Cruzeiros, a Agência de Saúde Pública do Caribe, Agências Governamentais dos EUA, e a PHAC; *d)* a criação de um suprimento regional de equipamento de proteção pessoal (EPP) no depósito da OPAS, no Panamá; *e)* o estabelecimento de um Grupo de Trabalho da OPAS para o Ebola que inclui equipe sênior em diferentes níveis de organização; *f)* a ativação de um mecanismo de

¹ O texto do Regulamento Sanitário Internacional, resolução WHA58.3, está disponível em espanhol em: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf?ua=1.

² http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10137&Itemid=41116&lang=es.

administração de incidentes; g) o fornecimento de treinamento na administração clínica, biossegurança e comunicação de risco laboratorial nos âmbitos nacional, sub-regional e regional; e h) o desenvolvimento da Estrutura para Fortalecimento da Preparação e Resposta Nacional à doença causada pelo vírus Ebola nas Américas (Estrutura para a DVE da OPAS), amplamente aplicável a qualquer doença infecciosa emergente ou reemergente (6).

7. A fim de apoiar eficaz e sustentavelmente as autoridades nacionais, as atividades da RSPA esboçadas na Estrutura para a DVE da OPAS foram adaptadas ao contexto de cada país e abrangeram três fases—preparatória, missões nos países, e acompanhamento—todas requerendo ações em ambos os níveis de organização, políticos e técnicos.

- a) A fase preparatória teve como foco a análise de documentos técnicos e infraestruturas existentes pelas autoridades nacionais e representações nos países da OPAS/OMS, a fim de identificar as brechas e necessidades merecendo provisão de cooperação técnica adicional através das missões nos países. Para aliviar o temor relacionado com a DVE, alimentado pela mídia, e para se prepararem para a implementação das recomendações decorrentes de missões nos países, foram enviadas cartas da Direção da RSPA a autoridades nacionais do mais alto nível e contato foi estabelecido com os líderes do Banco Interamericano de Desenvolvimento, da Organização dos Estados Americanos, do Banco Mundial, com organismos doadores e com o Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe.
- b) Entre outubro de 2014 e março de 2015, missões técnicas multidisciplinares (com uma duração de três dias em média), envolvendo várias instituições parceiras, foram lideradas pela RSPA em 25 Estados Partes. Os resultados específicos de cada país das equipes da missão foram posteriormente compartilhados com os chefes de Estado e ministros da saúde. As missões no país se centraram em elementos para preparação críticos para que um país administre um caso em potencial da EVD durante as primeiras 72 horas após a sua detecção. Resultados e observações com respeito à situação dos preparativos específicos para a DVE, em toda a Região, são apresentados abaixo.
 - i. *Observações gerais:* Não existe uma abordagem única, relacionada à preparação, para todos os casos. Propriedade, liderança e conhecimento do contexto local pelas autoridades nacionais são essenciais para que os esforços de preparação e resposta sejam eficazes, principalmente ao se considerar a necessidade de induzir mudanças de comportamento nos grupos públicos e específicos ocupacionais, assim como de assegurar a aceitação do público das medidas que talvez sejam restritivas. Conscientes de que as estratégias para assegurar sustentabilidade e memória institucional devem ser um componente inerente dos esforços de preparação, e depois de exercícios de análise da ação, as missões nos países demonstraram que, com o nível devido de compromisso político e

dedicação, poderá haver progresso significativo em curtos períodos de tempo sem a necessidade de grandes investimentos financeiros. O corte de questões que surgiram durante as missões nos países foi necessário à caracterização precisa em termos práticos do valor agregado de mecanismos de integração sub-regionais para preparação nacional, assim como a necessidade de abordar rapidamente assuntos legais e éticos não contemplados anteriormente.

- ii. *Coordenação:* Embora os mecanismos intersetoriais de coordenação devam ser mais aperfeiçoados e constantemente testados, foi conseguido um impulso significativo em termos de implementação de ações coordenadas. Enquanto existe a necessidade de que funções de liderança sejam claramente atribuídas e exercidas, há também uma necessidade de fornecer mais claramente à instituição técnica mais competente as ferramentas para o exercício de sua orientação para assegurar um enfoque tecnicamente coerente à preparação e resposta. Embora a formulação de planos seja crítica aos preparativos, a situação desses planos é ainda incerta, e a operabilidade e interoperabilidade de diferentes planos e procedimentos pareceram ser subaproveitadas. Existe uma necessidade de que os planos e procedimentos se tornem ferramentas mais relevantes para as operações orientadoras de preparação e resposta, e devem ser testados em situações da vida real, bem como em simulações.
- iii. *Detecção:* A função da advertência precoce da vigilância não está homogeneamente empreendida através dos serviços de saúde, portanto, a coordenação entre autoridades de saúde pública e o setor privado é subaproveitada. Há uma necessidade substancial para a melhoria da capacidade dos profissionais de saúde para sistematicamente medir informações clínica e epidemiológica. Foi observada uma excessiva dependência e confiança injustificada em triagem, nos pontos de entrada, para identificação e prevenção da introdução dos casos da DVE em potencial. Juntamente com a necessidade de melhorar o controle de qualidade e os aspectos de biossegurança de laboratórios, a administração de amostras para casos da DVE potenciais permanecem um desafio, sendo o principal obstáculo para conduzir testes confirmatórios da DVE a falta de arranjos verdadeiramente operacionais para remessa internacional de amostras aos Centros Colaboradores da OMS.
- iv. *Isolamento:* Uma ampla variedade de áreas de isolamento designadas foi observada durante as missões nos países, e praticamente todos apresentaram brechas e foram motivo de preocupação com respeito à sustentabilidade em termos de adequação da disposição da infraestrutura e de procedimentos de prevenção e controle da infecção (IPC, sigla em inglês), inclusive disponibilidade e adequação de EPP e administração de resíduos. As estratégias de IPC completas e sustentáveis, incluindo um componente de treinamento forte, contínuo, deveriam ser de suma

prioridade nacional para assegurar a implementação rotineira das práticas de IPC, orientada mediante a avaliação de riscos.

- v. *Resposta:* Por uma série de razões, a capacidade de investigar e implementar medidas de controle em resposta a um potencial caso de DVE nem sempre é distribuída homoganeamente através dos territórios dos países. Além disso, a fragmentação dos serviços de saúde (público, privado, de previdência social) cria um obstáculo à administração dos casos de DVE em potencial, desde a detecção até o encaminhamento, gestão clínica, e desinfecção. No que se refere à adoção de medidas que poderiam interferir com viagens e comércio internacional, foi observada pouca conformidade com as recomendações temporárias para os países sem a DVE, assim como o conhecimento e o entendimento limitado do Artigo 43 das Regulamentações. No entanto, fatores que poderiam explicar parcialmente a adoção de tais medidas foram a escassez global de EPP, mecanismos de compra subaproveitados e cadeias logísticas, e as mudanças nas especificações de EPP publicadas pela OMS e por outros organismos internacionais em outubro de 2014 (7). O grau da implementação dos planos de comunicação de risco foi difícil de avaliar. Porém, os níveis de participação das comunidades no preparo para uma possível introdução da DVE pareciam ser insuficientes, e o uso dos meios de comunicação para aliviar a ansiedade foi subaproveitado.
- c) A fase de acompanhamento se concentrará no apoio de autoridades nacionais na implementação de recomendações formuladas durante as missões nos países, e a Secretaria está interagindo estreitamente com bancos internacionais de desenvolvimento e outros organismos doadores para assegurar o acesso aos recursos necessários.

8. Em conformidade com os Artigos 5 e 13 do RSI, os 35 Estados Partes na Região comunicaram formalmente à OMS sua posição face à potencial extensão adicional de 2014-2016 para atingir as capacidades centrais (detalhadas no Anexo 1 das Regulamentações) e as manter além desta data. Vinte e dois dos Estados Partes (63%) solicitaram a extensão. Os seis Estados Partes que determinaram em 2012 que as capacidades centrais estavam presentes reiteraram sua habilidade para mantê-las. Em 2014, sete Estados Partes adicionais determinaram que as capacidades centrais tinham sido atingidas e poderiam ser mantidas. Enquanto dois dos três Estados Partes Europeus com territórios ultramarinos localizados geograficamente na Região—França e Países Baixos—também solicitaram a extensão 2014-2016 por causa dos desafios encontrados nos seus territórios ultramarinos, o Reino Unido, a quem foi concedido uma extensão de 2012-2014, não comunicou sua posição face à extensão 2014-2016. O Anexo apresenta um resumo dos Relatórios Anuais de Estados Partes à Sexagésima Oitava Assembleia Mundial da Saúde (maio de 2015) e a situação das solicitações da extensão adicional de 2014-2016 para o estabelecimento das capacidades centrais.

9. Depois da assessoria do Comitê de Análise do RSI de Segundas Extensões para o Estabelecimento das Capacidades de Saúde Pública Nacionais e para Execução do RSI, que se reuniu em Genebra, Suíça, nos dias 13 e 14 de novembro de 2014, a Diretora-geral concedeu a extensão, até junho de 2016, a todos os Estados Partes que a haviam solicitado. Três Estados Partes para os quais o Plano de Ação de Extensão do RSI Nacional de 2014-2016 foi enviado considerado incompleto ou ausente, posteriormente receberam uma comunicação da Diretora-geral convidando-os a aperfeiçoarem ou elaborarem o plano.

10. Relatórios Anuais de Estados Partes enviados às Assembleias Mundiais da Saúde, entre 2011 e 2015, revelaram melhoras constantes no âmbito regional em todas as capacidades centrais. Contudo, a condição das capacidades centrais através das sub-regiões continua a ser heterogênea, com as pontuações mais baixas sistematicamente registradas na sub-região do Caribe. Desde 20 de março de 2015, 30 de 35 Estados Partes nas Américas (86%) haviam reportado à Sexagésima Oitava Assembleia Mundial da Saúde.

11. Quando os relatórios mais recentes são comparados com os Relatórios Anuais dos Estados Partes, apresentados à Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde, variações nas pontuações médias regionais ficam no alcance de pontos de 5% para o caso de todas as capacidades. Com exceção das capacidades para resposta aos eventos associados a perigos provenientes de produtos químicos (54%) e radiação (55%), a pontuação média regional para todas as capacidades restantes está perto ou acima de 75%; a pontuação mais elevada é para vigilância (89%). Como apontado anteriormente, o Anexo apresenta um resumo dos Relatórios Anuais dos Estados Partes à Sexagésima Oitava Assembleia Mundial da Saúde e a situação das solicitações da extensão adicional de 2014-2016 para o estabelecimento das capacidades centrais.

12. Para apoiar os esforços de fortalecimento institucionais nos Estados Partes na Região, a OPAS continua intensificando atividades conjuntas com outros organismos internacionais especializados (por exemplo, a Agência Internacional de Energia Atômica [AIEA] e a OACI) e parceiros com conhecimento especializado relevante na Região (por exemplo, o Centro Colaborador da OMS para Prevenção, Preparação e Resposta a Situações de Emergência Química na Companhia Ambiental do Estado de São Paulo, no Brasil; o Centro Colaborador da OMS para Implementação das Capacidades Centrais do RSI nos CDC, nos Estados Unidos; e a PHAC, no Canadá).

13. Até 20 de março de 2015, foram autorizados 484 portos em 27 Estados Partes na Região das Américas para emitir os Certificados de Controle Sanitário da Embarcação (8). Nove portos adicionais foram autorizados em seis territórios ultramarinos da França e do Reino Unido. Procedimentos para a certificação voluntária dos aeroportos e portos designados logo serão difundidos pela sede da OMS. O Simpósio Global de Arranjo Colaborativo para Prevenção e Administração de Incidentes em Saúde Pública na Aviação Civil (CAPSCA, sigla em inglês) foi convocado pela OACI em colaboração com a OMS em Montreal, no Canadá, de 28 a 30 de abril de 2015. Naquela ocasião, um dia extra foi dedicado a uma Sessão Regional de Brainstorming de Especialistas sobre o

Artigo 43 do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e a adoção e implementação das medidas de saúde pública relacionadas a viagens e comércio internacional”, organizada pela RSPA, em cumprimento à Recomendação 6 do Comitê de Exame do RSI para Segundas Prorrogações para o Estabelecimento das Capacidades Nacionais em Saúde Pública e para a Implementação do RSI. A Sexta Reunião do CAPSCA está agendada para acontecer na Cidade do Panamá, no Panamá, de 16 a 18 de setembro de 2015.

14. Na falta das negativas e/ou reservas, devendo ser notificados pelos Estados Partes a Diretora-geral o mais tardar em 11 de janeiro de 2016, a emenda do Anexo 7 das Regulamentações—reconhecendo que uma única dose de vacina contra a febre amarela é suficiente para conferir proteção vitalícia—entrará em vigor em junho de 2016 (9). Entretanto, com o objetivo de minimizar o desconforto aos viajantes e acelerar a harmonização das práticas, a resolução WHA68.4 de 2015 (“Mapeamento dos riscos de febre amarela e vacinação recomendada para viajantes”) (10) solicita que o Secretariado da OMS publique uma lista de países aceitando o certificado de vacinação de dose única contra a febre amarela. De modo semelhante, de forma a garantir um processo participativo no mapeamento de zonas de risco de transmissão de febre amarela, também foi necessário atualizar a publicação da OMS “Viagens Internacionais e Saúde” (11), a resolução WHA68.4 solicita o estabelecimento de um grupo formal científico e técnico assessor para o mapeamento geográfico dos riscos de febre amarela que incluirá a participação de países com áreas em risco de transmissão da febre amarela. Desde 20 de março de 2015, 24 dos 35 Estados Partes na Região (69%) haviam fornecido contribuições à atualização de 2015 da publicação da OMS “Viagens Internacionais e Saúde”.

15. Desde 20 de março de 2015, a Lista de Especialistas do RSI incluía 424 especialistas, dos quais 117 são da Região das Américas, inclusive oito designados pelo respectivo Estado Membro.

16. O surto da DVE na África Ocidental colocou praticamente todas as disposições do RSI em teste. Embora alimentados pelo temor, a onda de choque político e de saúde pública nos Estados Partes nas Américas, gerada por este evento, deveria ser considerado um alerta que oferece aos Estados Partes e ao Secretariado da OMS uma oportunidade para aproveitar o impulso gerado pelos esforços de preparação para a DVE reativos, áridos e acelerados empreendidos desde agosto 2014. O surto da DVE também oferece a oportunidade de reconsiderar o significado operacional e as implicações de saúde pública práticas reais do compromisso dos Estados Partes com a saúde pública nacional e global, expressado através do RSI, e com o estabelecimento e a manutenção das funções essenciais da saúde pública, inclusive intersetoriais (capacidades centrais detalhadas no Anexo 1 das Regulamentações). Isto implica em um enfoque para a preparação que está além de uma lista de verificação e indicadores quantitativos, além de uma ênfase legal na implementação das Regulamentações e além das datas de entrega fixas, que devem ser consideradas como marcos. Finalmente, destaca que a preparação da saúde pública requer uma abordagem contínua e holística ao fortalecimento do sistema de saúde para assegurar que sistemas de saúde sejam suficientemente robustos e resilientes na permissão do grau

desejado de flexibilidade ao se preparar para e responder aos riscos rapidamente emergentes e/ou em transformação em um mundo interconectado, assim como assegurar a sustentabilidade das funções essenciais da saúde pública.

17. Esta alteração substancial na perspectiva—das Regulamentações como um instrumento meramente legal para uma ferramenta que apoiará processos contínuos de preparação da saúde pública contínuos em todos os Estados Partes e em escala mundial—foi cristalizada no “Relatório do Comitê de Análise de Segundas Extensões para o Estabelecimento de Capacidades de Saúde Pública Nacionais e Execução do RSI” (12), cujas 10 recomendações foram adotadas na Sexagésima Oitava Assembleia Mundial da Saúde (13) e versam sobre as duas conclusões seguintes:

- a) *O trabalho de desenvolvimento, fortalecimento e manutenção das capacidades centrais sob a supervisão do RSI deve ser considerado um processo contínuo por todos os países:* O fato de que 22 Estados Partes na Região solicitaram a extensão de 2014-2016 deve ser considerado um sinal de responsabilidade, destacando o entendimento de que preparações da saúde pública consistem em um processo contínuo e reflete, na maioria dos casos, considerações referentes à solidez institucional e ao contexto político. Além disso, os esforços de preparação relacionados com a DVE dos estados insulares pequenos e territórios ultramarinos aumentaram os inconvenientes de uma abordagem única à implementação das Regulamentações. De modo semelhante, esses esforços destacam os desafios no âmbito nacional ao assegurar a coordenação com os múltiplos parceiros e doadores externos.
- b) *A implementação do RSI agora deveria avançar além das simples “listas de verificação da implementação” para um enfoque voltado mais à ação para a avaliação periódica das capacidades funcionais:* Segundo indicado na Decisão CD52(D5), “Execução do Regulamento Sanitário Internacional” (14), um grande desafio ao executar o RSI é a falta de métodos de medição adequados que demonstrem benefícios reais de saúde pública do RSI, o grau de comprometimento pelas partes (Secretariado e Estados Partes), assim como a falta de mecanismos satisfatórios que assegurem os níveis desejados de responsabilidade mútua entre os Estados Partes. Foram oferecidas opções para monitorar a implementação das Regulamentações para além de 2016 durante a “Reunião Regional nas Américas sobre a Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)” em Buenos Aires, Argentina, nos dias 29 e 30 de abril de 2014, e foram captadas nas recomendações do Comitê de Análise do RSI de Segundas Extensões para o Estabelecimento das Capacidades de Saúde Pública Nacionais e a Execução do RSI. Incluem (i) a necessidade de revisar o esquema de monitoração global de uma maneira institucionalmente participativa, com base em um guia que reflete o calendário de Órgãos Diretivos da OMS regionais e globais; (ii) a necessidade de um esquema de monitoração holística que abarque todas as partes e disposições; (iii) o uso de enfoques quantitativos e qualitativos que incluam os Estados Partes individualmente e conjuntamente, e ênfase nos eventos de saúde pública, na institucionalização das funções essenciais da saúde

pública, nas obrigações administrativas, no uso de mecanismos de monitoração existentes internacionais empregados por outras organizações internacionais relevantes (por exemplo, AIEA, OACI), e no desempenho do Secretariado da OMS. Opções para o lançamento do sistema de monitoramento do RSI para além de 2016 começaram a ser exploradas por especialistas nas Américas em duas consultas organizadas pela RSPA, em estreita colaboração com sedes da OMS (Brasília, Brasil, de 13 a 14 de maio de 2014, e Washington, D.C., Estados Unidos, 30 de junho a 2 de julho de 2015).

Ação pelo Conselho Diretor

18. Convida-se o Conselho Diretor a tomar nota deste relatório e a fornecer quaisquer recomendações.

Anexo

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Avanços da Posição Regional no Regulamento Sanitário Internacional [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014, Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2014 (documento CD53/14) [citado em 24 de março de 2015]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27045&Itemid=270&lang=pt
2. Organização Mundial da Saúde. Ebola: Extinción del brote actual, fortalecimiento de la preparación mundial y garantía de la capacidad de preparación y respuesta de la OMS ante futuros brotes y emergencias a gran escala con consecuencias sanitárias [Internet]. Sessão Especial do Conselho Executivo sobre Ebola; 25 de janeiro de 2015, Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2015 (resolução EBSS3.R1) [citado em 20 de março de 2015]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS3/EBSS3_R1-sp.pdf
3. Organização Mundial da Saúde. Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 y seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre el ebola [Internet]. 68ª Assembleia Mundial da Saúde; 18 a 26 de maio de 2015, Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2015 (Decisão WHA68(10)) [citado em 14 de julho de 2015]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_DIV3-sp.pdf
4. Organização Mundial da Saúde. Grupo de Expertos para la Evaluación Interina del Ebola. Informe de la Secretaría [Internet]. 68ª Assembleia Mundial da Saúde; 18 a

- 26 de maio de 2015, Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2015 (documento A68/25) [citado em 14 de julho de 2015]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_25-sp.pdf
5. Organização Mundial da Saúde. Report of the Ebola Interim Assessment Panel. Genebra: OMS; 2015 [citado em 14 de julho de 2015]. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf?ua=1>
 6. Organização Pan-Americana da Saúde. Framework for strengthening national preparedness and response for ebola virus disease in the Americas [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2014 [citado em 20 de março de 2015]. Disponível em inglês em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=29172&lang=en
 7. Organização Mundial da Saúde. Personal protective equipment in the context of filovirus disease outbreak response [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [citado em 20 de março de 2015]. Disponível em inglês em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137410/1/WHO_EVD_Guidance_PPE_14_1_eng.pdf
 8. Organização Mundial da Saúde. IHR list of authorized ports [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [citado em 20 de março de 2015]. Disponível em inglês em: http://who.int/ihr/ports_airports/ihr_authorized_ports_list.pdf?ua=
 9. Organização Mundial da Saúde. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 67ª Assembleia Mundial da Saúde; 19-24 de maio de 2014, Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2014 (resolução WHA67.13) [citado em 20 março de 2015]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R13-sp.pdf
 10. Organização Mundial da Saúde. Cartografía del riesgo de fiebre amarilla y recomendaciones de vacunacion para los viajeros [Internet]. 68ª Assembleia Mundial da Saúde; 18-26 de maio de 2015, Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2015 (Resolução WHA68.4) [citado em 14 de julho de 2015]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R4-sp.pdf
 11. Organização Mundial da Saúde. Viajes internacionales y salud [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [citado em 20 de julho de 2015]. Disponível em espanhol em: <http://www.who.int/ith/es/>
 12. Organização Mundial da Saúde. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI [Internet]. 136ª sessão do Conselho Executivo; 26 de janeiro a 3 de fevereiro,

Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2015 (documento EB136/22 Add.1) [citado em 20 de março de 2015]. Disponível em espanhol em:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-sp.pdf

13. Organização Mundial da Saúde. Recomendaciones del Comité de examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI [Internet]. 68ª Assembleia Mundial da Saúde; 18-26 de maio 2015, Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2015 (resoluçãoWHA68.5) [citado em 14 de julho de 2015]. Disponível em espanhol em:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R5-sp.pdf

14. Organização Pan-Americana da Saúde. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional [Internet]. Em: Relatório Final, 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 04 de outubro de 2013, Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2013. (decisão CD52[D5]) [citado em 20 de março de 2015]. Disponível em:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=24485&Itemid=270&lang=pt

Anexo

Quadro-Sumário: Relatórios Anuais dos Estados Partes à 68ª Assembleia Mundial da Saúde e Situação das Solicitações para Extensão Adicional de 2014-2016 para o Estabelecimento das Capacidades Centrais

Estados Partes	Solicitada e obteve extensão de 2012-2014	Posição formalmente comunicada face à extensão de 2014-2016	Solicitada e obteve extensão de 2014-2016	Apresentado relatório anual do Estado Membro à 68ª AMS	Financiamento de Política de Legislação	Coordenação e comunicação dos NFP	Supervisão	Resposta	Prontidão	Comunicação de Risco	Recursos Humanos	Laboratório	Pontos de Entrada	Eventos Zoonóticos	Eventos de Inocuidade dos Alimentos	Eventos Químicos	Emergências por Radiação
Antígua e Barbuda	sim	sim	sim	sim	100	100	100	82	73	71	100	95	86	100	100	85	23
Argentina	sim	sim	não	sim	50	73	80	83	100	86	100	90	86	100	60	69	62
Bahamas	sim	sim	sim	sim	75	83	100	70	41	86	40	96	74	44	47	38	0
Barbados	sim	sim	sim	sim	75	53	70	82	70	71	80	86	97	89	60	46	38
Belize	sim	sim	sim	não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(Estado Plurinacional da) Bolívia	sim	sim	sim	sim	100	90	80	76	60	43	20	71	31	78	53	15	77
Brasil	não	sim	não	sim	100	100	100	100	100	100	100	96	80	100	100	85	92
Canadá	não	sim	não	sim	100	100	95	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chile	não	sim	não	sim	75	83	95	94	66	71	60	86	35	100	93	23	62
Colômbia	não	sim	não	sim	100	63	50	94	33	100	80	76	91	78	67	69	69
Costa Rica	não	sim	não	sim	100	100	95	100	71	100	80	76	97	100	100	77	62
Cuba	sim	sim	não	sim	100	100	100	100	100	100	100	50	83	100	100	85	100
Dominica	sim	sim	sim	sim	75	100	90	83	60	100	20	73	64	89	87	31	23
República Dominicana	sim	sim	sim	sim	75	90	85	76	81	100	100	90	64	56	27	23	69
Equador	sim	sim	sim	sim	75	100	85	76	71	71	80	71	73	89	80	54	100
El Salvador	sim	sim	não	sim	100	100	100	100	90	86	100	100	100	100	93	62	77
Granada	sim	sim	sim	não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	sim	sim	não	sim	0	73	75	76	45	57	50	75	60	78	100	67	50
Guiana	sim	sim	sim	sim	100	83	90	100	100	86	100	100	38	100	73	62	0
Haiti	sim	sim	sim	sim	0	46	95	69	20	86	40	96	6	44	27	0	0

Quadro-Sumário (cont.)

Honduras	sim	sim	sim	sim	50	53	90	52	33	43	40	71	36	78	47	8	31
Jamaica	sim	sim	sim	sim	50	73	60	75	73	57	20	53	70	67	47	38	31
México	sim	sim	não	sim	100	80	95	94	90	100	100	100	94	100	100	85	100
Nicarágua	sim	sim	não	sim	100	83	100	94	90	100	100	86	90	100	80	92	100
Panamá	sim	sim	sim	sim	75	100	95	88	60	71	40	96	65	89	60	15	31
Paraguai	sim	sim	sim	sim [#]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peru	sim	sim	sim	sim	100	83	100	94	90	100	80	100	27	100	100	46	85
São Cristóvão e Névis	sim	sim	sim	não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	sim	sim	sim	sim	25	20	65	58	25	86	40	86	6	89	60	23	0
São Vicente e Granadinas	sim	sim	sim	sim	75	73	80	66	53	43	20	35	48	100	40	8	0
Suriname	sim	sim	sim	sim	50	83	90	100	83	71	40	100	84	67	87	62	0
Trinidad e Tobago	sim	sim	sim	sim	50	56	95	76	71	71	20	81	77	89	87	62	77
Estados Unidos	não	sim	não	sim	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100	100
Uruguai	sim	sim	não	não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(República Bolivariana da) Venezuela	sim	sim	sim	sim	50	90	100	100	100	71	100	90	59	100	93	92	85

Caribe* (n=12)	65	73	86	80	64	77	52	79	61	82	68	45	24
América Central** (n=7)	71	86	91	84	67	80	73	85	73	86	72	49	60
América do Sul*** (n=8)	81	85	86	90	78	80	78	85	60	93	81	57	79
América do Norte**** (n=3)	100	93	97	98	97	100	100	83	98	100	100	95	100

Região das Américas (n=30)	74	81	89	85	72	81	68	83	67	87	76	54	55
-----------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Não foi possível coletar dados devido ao envio tardio do Relatório Anual à 68ª Assembleia Mundial da Saúde.

* Sub-região do Caribe inclui: Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Cuba, Dominica, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago.

** Sub-região da América Central inclui: Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá.

*** Sub-região da América do Sul inclui: Argentina, (Estado Plurinacional da) Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai, (República Bolivariana da) Venezuela.

**** Sub-região da América do Norte inclui: Canadá, México, EUA.

- - -