



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

53º CONSELHO DIRETOR
66ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS
Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014

Tema 3.2 da Agenda Provisória

CD53/3, Rev. 1
1 de setembro de 2014
Original: inglês

**RELATÓRIO ANUAL DO DIRETOR
DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA**

Inovando para a saúde

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Prefácio	4
Introdução	5
Capítulo I. Doenças transmissíveis	6
Capítulo II. Doenças não transmissíveis e fatores de risco.....	13
Capítulo III Determinantes da saúde e a promoção da saúde em todo o curso de vida.....	20
Capítulo IV. Sistemas de saúde	25
Capítulo V. Prontidão, vigilância e resposta.....	30
Capítulo VI. Funções institucionais e capacitação	33
Conclusões	37
Siglas e abreviaturas	38

Aos Estados Membros:

De acordo com as disposições da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, tenho a honra de apresentar o Relatório Anual de 2013-2014 sobre o trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. O relatório destaca as realizações obtidas com a cooperação técnica no âmbito do Plano Estratégico de 2008-2013 e 2014-2019 da Organização Pan-Americana da Saúde, definido por seus órgãos diretores.

Dra. Carissa F. Etienne
Diretora

Prefácio

Este Relatório Anual cobre o primeiro ano desde que os Estados Membros me confiaram a liderança da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a direção de sua secretaria, a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA, ou Repartição). O relatório destaca as realizações importantes da Organização no último ano, produzidas com base em seu vigoroso histórico, mediante soluções inovadoras e práticas aos desafios enfrentados pela saúde pública em nossa região. A partir dessa perspectiva, o tema do relatório é *Inovando para a Saúde*, refletindo o trabalho da OPAS como mediadora do intercâmbio de conhecimento e catalisadora de mudanças positivas.

Uma parte significativa de meu primeiro ano foi dedicada a escutar os senhores, Estados Membros da OPAS, parceiros e interessados diretos. Esse diálogo rico ajudou a informar e refinar minha visão de como direcionar esta excelente Organização para o futuro.

Em conformidade com esse compromisso, declarado em meu discurso de posse defendendo a cobertura universal de saúde, aproveitei cada oportunidade, inclusive visitas oficiais a 11 Estados Membros, para defender firmemente, nos níveis mais altos do Governo, que atenção prioritária e vontade política fossem dirigidas a esse tema de saúde pública tão importante. Também fui partidária vigorosa da mudança e da melhoria nas áreas de saúde materno-infantil, doenças crônicas, objetivos de desenvolvimento sustentável e pós-2015, e recursos humanos em saúde.

Com relação à gestão, o último ano foi tanto exigente como gratificante. Reestruturamos a Repartição para melhorar a prestação dos serviços aos Estados Membros. Elaboramos e começamos a executar o novo Plano Estratégico 2014-2019. Também demos as boas-vindas a dois novos funcionários em nossa equipe de gestão executiva: o Diretor Adjunto e o Diretor de Administração.

Embora este seja o “Relatório Anual da Diretora”, na verdade é um registro do trabalho que todos realizamos para melhorar a saúde nas Américas. Os avanços documentados aqui são o resultado de esforços conjuntos com as autoridades sanitárias nacionais e diversos outros parceiros. Aproveito, portanto, esta oportunidade para agradecer sinceramente a nossos Estados Membros e a todos os nossos parceiros o compromisso com a Organização; e também agradeço aos funcionários sua resoluta dedicação e trabalho árduo. Espero trabalhar com todos os senhores no próximo ano, defendendo a saúde para o desenvolvimento sustentável e a equidade em toda a região.

Carissa F. Etienne
Diretora
Repartição Sanitária Pan-Americana

Introdução

As páginas a seguir destacam as principais inovações estratégicas nas iniciativas de cooperação técnica e gestão da RSPA, implementadas entre meados de 2013 e meados de 2014, a fim de melhorar a eficácia da Organização e promover a saúde pública nos Estados Membros da OPAS. Esses destaques são apresentados para cada uma das seis categorias do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019: (1) doenças transmissíveis; (2) doenças não-transmissíveis e fatores de risco; (3) determinantes da saúde e promoção da saúde em todo o curso de vida; (4) sistemas de saúde; (5) prontidão, vigilância e resposta; e (6) serviços institucionais e capacitação. O relatório também discute alguns dos desafios significativos que devem ser enfrentados pela RSPA e Estados Membros, de modo a assegurar o progresso permanente da saúde pública na região, assim como a sustentabilidade e o sucesso futuro da OPAS como organização.

Mais detalhes sobre os amplos programas de cooperação técnica da Organização e seus resultados podem ser encontrados no Relatório Final do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 e na Avaliação Final do Biênio do Programa e Orçamento 2012-2013, Documento Oficial 348.

Capítulo I. Doenças transmissíveis

Lançamento do tratamento do HIV 2.0

1. A RSPA lançou o tratamento do HIV 2.0 na América Latina e no Caribe em 2013-2014, colaborando com governos, doadores, sociedade civil e outros parceiros para definir a nova geração de programas de tratamento do HIV com base em uma perspectiva de saúde pública.
2. Esse novo sistema de tratamento 2.0 busca otimizar o uso dos medicamentos antirretrovirais, melhorar o diagnóstico no momento do atendimento, adaptar os modelos de prestação de serviços e mobilizar a participação comunitária para melhorar a eficiência e a eficácia do tratamento e do atendimento relacionado ao HIV. Para apoiar o lançamento desse sistema, a RSPA organizou uma série de missões para o tratamento 2.0, usando um diálogo estruturado para reunir as perspectivas técnicas, programáticas e financeiras, de modo a identificar e abordar as barreiras à expansão e à sustentabilidade dos programas de tratamento antirretroviral (TAR).
3. Durante o período do relatório, seis países – Argentina, Guatemala, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Uruguai – conduziram missões de tratamento 2.0, com o número total de 12 missões até o momento e três outras planejadas para 2014. Foram conduzidas pelos programas nacionais contra a AIDS e tiveram a participação de representantes de programas de prevenção e controle da tuberculose (TB), órgãos nacionais de regulação de compras, planejamento e finanças, sociedade civil e comunidade científica. Os peritos da RSPA em HIV, TB, medicamentos e tecnologias, bem como o Fundo Estratégico da OPAS, também participaram, juntamente com parceiros multilaterais como a UNAIDS e o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária.
4. Entre os resultados concretos dessas missões estão a atualização das diretrizes de tratamento em harmonia com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a otimização dos TAR, o planejamento para reduzir o número de regimes, a compra de medicamentos de TAR e outros produtos básicos através do Fundo Estratégico de OPAS e a intensificação da participação da sociedade civil e de associações de pacientes. Esse enfoque inovador para a colaboração e a participação de um grupo maior de interessados diretos de vários setores aumentou a liderança e a visibilidade da RSPA, de tal maneira que, por exemplo, a Organização é agora reconhecida como uma parceira essencial de cooperação técnica, cujas missões de tratamento 2.0 garantem que os países estejam atualizados em sua abordagem do HIV para a elaboração de novas propostas para o Fundo Global.
5. Os dados disponíveis indicam que, em 2013, 17 de cada 25 países haviam adotado o regime preferencial de tratamento de primeira linha recomendado pela OMS. Os números preliminares indicam um aumento constante da quantidade de pessoas seguindo o regime preferencial. Segundo as estimativas, 48% de pessoas qualificadas vivendo com

o HIV estavam recebendo o tratamento com antirretrovirais (com base nas novas diretrizes da OMS de 2013).

Controle da tuberculose em cidades grandes

6. A tuberculose continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública na América Latina e no Caribe, afetando principalmente a população mais pobre. Os dados nacionais de vários países mostram uma concentração da TB nas cidades grandes, onde a urbanização acelerada levou à criação de favelas urbanas cujos residentes são altamente vulneráveis à doença.

7. Em resposta a este desafio, a Organização desenvolveu um sistema inovador para o controle da tuberculose em cidades grandes, que procura envolver as autoridades nacionais e locais na luta contra a TB e incorpora abordagens multissetoriais, atenção aos determinantes sociais da saúde e proteção social para pacientes de TB e suas famílias. A iniciativa está sendo implementada em fase piloto em três cidades: Bogotá, Colômbia; Guarulhos, Brasil; e Lima, Peru. As intervenções em curso incluem estas a seguir:

- a participação de vários prestadores de serviço de saúde em atividades de controle da tuberculose, inclusive prestadores privados e públicos, farmácias, profissionais de medicina tradicional e do sistema penal;
- a incorporação de outros atores sociais nas atividades de controle, como treinamento para agentes de saúde comunitários, mesas-redondas e apoio social às famílias; e
- abordagens integradas com outros programas no nível primário de atenção, como diabetes, saúde mental, HIV/AIDS, gênero, diversidade cultural e outros.

8. A implementação desse sistema gerou firmes compromissos políticos e participação ativa das autoridades de diferentes setores, incluindo formuladores de políticas nacionais e locais, prefeitos, sociedade civil e setor privado. A TB é agora uma prioridade no planejamento do governo dos municípios e distritos de Guarulhos, Estado de São Paulo; Agostino e San Juan de Lurigancho, em Lima, Peru; e Uribe em Bogotá. Graças ao compromisso, houve pela primeira vez alocações orçamentárias dos fundos municipais para o controle da tuberculose, um acontecimento animador. Nos próximos meses, prevê-se que estarão disponíveis dados sobre o número de novos casos detectados e curados, assim como o impacto na mortalidade e nos determinantes da saúde. Agora planeja-se estender a execução desse novo enfoque de nossa cooperação técnica para a prevenção e o controle da tuberculose em outras cidades da região.

Intervenção integrada para a helmintíase transmitida por contato com o solo

9. A RSPA empregou sua perícia técnica em doenças tropicais negligenciadas e doenças prevenidas por vacina para que a eliminação da helmintíase transmitida por

contato com o solo fosse integrada às atividades de imunização da Semana de Vacinação nas Américas 2014. Foram proporcionados fundos sementes e assessoramento técnico para ajudar os países a lançarem campanhas integradas de monitoramento e avaliação. Como resultado desse trabalho, Honduras implementou sua primeira campanha nacional para desparasitar e vacinar as crianças, alcançando cerca de 800 mil crianças menores de 5 anos, e a Nicarágua integrou um novo componente para o monitoramento rápido de cobertura a sua campanha nacional em curso para desparasitar e vacinar 345 mil crianças menores de 5 anos.

10. O número de países que integrou a eliminação de parasitas às atividades da Semana de Vacinação aumentou de três países – Haiti, México e Nicarágua, que desparasitaram 4,6 milhões de crianças em idade pré-escolar em 2010 – para seis países – Belize, República Dominicana, Haiti, Honduras, México e Nicarágua – que desparasitaram 6,3 milhões de crianças em 2013. Está planejada ainda uma nova expansão dessa intervenção inovadora.

Inovações para a oncocercose, o tracoma e a doença de Chagas

11. Em 2013, com a cooperação técnica da RSPA, a Colômbia se tornou o primeiro país do mundo a ser certificado pela OMS livre da oncocercose. A Colômbia também lançou uma nova campanha para oferecer a cirurgia de correção da triquíase tracomatosa (tracoma induzido por cílio encravado) como uma medida para prevenir a cegueira e acelerar a eliminação do tracoma. Além disso, durante o período do relatório, o Equador solicitou à OMS e à OPAS que iniciassem o processo de verificação para a comprovação de que o país está livre da oncocercose. Desse modo, uma equipe internacional de comprovação visitou o país e recomendou à Diretoria-Geral da OMS que o Equador pode ser certificado como isento de oncocercose.

12. Na luta contra a doença de Chagas, a RSPA liderou as iniciativas¹ sub-regionais de cooperação Sul-Sul, que promoveram medidas de controle de vetores, triagem universal de doadores em bancos de sangue e melhoria da qualidade e da cobertura do atendimento de saúde. Graças a esses esforços, em 2013, 17 países verificaram a interrupção da transmissão pelo principal vetor de Chagas em todo o seu território ou em zonas geográficas específicas, alcançando a meta regional fixada anteriormente.

Promoção do progresso contra a malária

13. Os dados preliminares coletados dos 21 países endêmicos na região indicam que foram notificados 427.035 casos da malária em 2013, revelando uma redução de 64%

¹ A Iniciativa Sub-Regional do Cone Sul para a Eliminação do *Triatoma infestans* e a Interrupção de transmissão por transfusão de tripanossomíase americana (INCOSUR/Chagas), a Iniciativa da América Central e do México para o Controle da Transmissão por Transfusão e Vetores e a Atenção Médica à doença de Chagas (IPCAM), a Iniciativa Andina para o Controle da Transmissão por Vetor e Transfusão e Atenção Médica à Doença de Chagas (AIP), e a Iniciativa Intergovernamental para a Vigilância e Prevenção da Doença de Chagas na Amazônia (AMCHA).

com relação aos casos notificados em 2000. Treze desses países informaram reduções de mais de 75%, representando um avanço para o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio relacionado à malária para 2015. Houve, no entanto, um aumento no número de casos na Guiana, na Venezuela e no Haiti. Sete países da região – Argentina, Belize, Costa Rica, El Salvador, Equador, México e Paraguai – entraram na fase de pré-eliminação. Além disso, em 2013, todos os países da América Central e da Ilha de Hispaniola se comprometeram a eliminar a malária de seus territórios até 2020. A RSPA apoiou a elaboração de um conceito para a Eliminação da Malária na Mesoamérica e na Ilha de Hispaniola, sob o qual nove países – Belize, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Panamá – se beneficiarão de fundos sementes para acelerar a eliminação da malária. A RSPA desempenhou um papel fundamental coordenando diversos interessados diretos e assegurando a validade técnica da proposta final.

14. O Brasil, a Guiana Francesa, a Guiana, o Suriname e a Venezuela dividem o Planalto das Guianas, geologicamente definido no litoral norte da América do Sul. Nessa área, que é conhecida por suas reservas de ouro, a mineração é uma grande fonte de emprego, ocasionando um movimento transfronteiriço constante em áreas que favorecem a transmissão da malária, mas que têm acesso limitado aos serviços de saúde. Devido ao aumento da incidência da malária na Guiana e na Venezuela, a OPAS reforçou sua cooperação técnica no Planalto e está trabalhando em colaboração com o Instituto Pasteur na Guiana Francesa, o qual foi designado centro colaborador da OMS para a malária. Devido a suspeita da eficácia reduzida do medicamento artemisinina contra a malária na Guiana e no Suriname, sua eficácia está sendo testada e uma estratégia e plano para a prevenção, contenção e eliminação do potencial surgimento da resistência está sendo elaborado.

15. No Dia da Malária nas Américas, 6 de novembro de 2013, a Organização premiou três Campeões da Luta contra a Malária nas Américas pelos esforços inovadores que contribuíram significativamente para a superação dos desafios relacionados à malária no âmbito nacional. O Projeto da Malária da Colômbia foi premiado pela melhoria da saúde em uma região de grande população indígena e pela criação da capacidade local sustentável no controle e na prevenção da malária através do treinamento dos profissionais da saúde locais. O Centro Nacional para o Controle das Doenças Tropicais da República Dominicana foi reconhecido, entre outros motivos, pelo uso inovador da tecnologia para lidar com casos individuais da malária, por sua colaboração com interessados diretos, tanto na área da saúde como outras (turismo, agrícola, construção), e pelo controle integrado dos vetores, que também contribui para o controle da dengue e para a eliminação de filariose linfática. A Secretaria da Saúde do Estado do Acre, Brasil, foi reconhecida por sua liderança na redução da malária e por seus esforços inovadores para abordar outros problemas de saúde, inclusive a filariose linfática e a doença de Chagas. O concurso Campeões da Luta contra a Malária nas Américas é uma iniciativa da RSPA em coordenação com Fundação da OPAS, a Universidade George Washington e a Escola Bloomberg de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins.

Promoção da eliminação do cólera na ilha de Hispaniola

16. A RSPA vem apoiando o controle e a eliminação do cólera no Haiti e na República Dominicana desde que a epidemia começou em 2010. Durante o período do relatório, esse apoio se caracterizou pela cooperação técnica direta através das Representações da OPAS/OMS nos dois países e a captação de recursos e assistência técnica adicional através da Coalizão Regional para a Água e o Saneamento para Eliminar o Cólera na Ilha de Hispaniola, para a qual a RSPA atua como secretária.

17. Os esforços voltados para a eliminação da epidemia de cólera no Haiti e na República Dominicana estão produzindo resultados positivos. Os casos de cólera registrados no Haiti caíram de 352.033 em 2011 para 58.809 em 2013, o que significa uma redução de 83%. As tendências de morbidade indicam que a diminuição continua em 2014, já que apenas 6.513 casos foram registrados durante os seis primeiros meses do ano. Devido à melhor detecção e aos tratamentos rápidos, a mortalidade do cólera foi reduzida de 16,7% em 2011 a menos de 1% em 2013. Da mesma forma, na República Dominicana a epidemia do cólera diminuiu significativamente, de 20.840 casos registrados em 2013 para apenas 178 casos durante os seis primeiros meses de 2014.

18. Em 2014, a Organização continuou demonstrando seu firme compromisso com a prestação de um apoio técnico da melhor qualidade ao Haiti e à República Dominicana. Foi proporcionada cooperação técnica para uma campanha de vacinação do cólera em seis comunidades haitianas consideradas de alto risco para o cólera e para uma Campanha Total de Saneamento lançada pelo governo haitiano e pelo Secretário das Nações Unidas, Ban Ki Moon, em várias comunidades. Calcula-se que cerca de 200.000 pessoas serão vacinadas contra o cólera, e a campanha de saneamento chegará a pelo menos 700.000 domicílios. Em abril, a Organização se associou com o UNICEF para convocar um encontro de especialistas mundiais em cólera e de funcionários do Ministério de Saúde Pública e População do Haiti (MSPP) e do Diretório Nacional de Água e Saneamento (DINEPA). As discussões técnicas chegaram à conclusão de que a eliminação do cólera provavelmente será alcançada em 10 anos e de que o aumento de investimentos para ampliar a cobertura de água e saneamento nas áreas urbanas e rurais é crucial.

Tecnologia móvel para o monitoramento da qualidade da água

19. A Organização facilitou a transferência de tecnologia de um sistema inovador para o monitoramento da qualidade da água, conhecido como SIS-KLOR (Sistema de Controle de Cloro Residual) do Haiti à República Dominicana. O sistema usa mensagens SMS para transmitir em tempo real as informações coletadas pelas equipes responsáveis pela obtenção e avaliação de amostras de água. A Representação da OPAS/OMS na República Dominicana trabalhou com o Ministério da Saúde Pública e Assistência Social do país e o Instituto Nacional de Água Potável e Esgoto para adaptar o sistema às necessidades do país, a fim de proporcionar informações oportunas sobre o estado da desinfecção de água nas áreas urbanas e rurais. O SIS-KLOR, uma tecnologia móvel de baixo custo que pode ser usada em locais remotos e de difícil acesso, foi uma das

inovações que surgiram da resposta ao terremoto de 2010 no Haiti, através das alianças entre a RSPA e o DINEPA, o Ministério de Educação Nacional e Treinamento Vocacional, o UNICEF e organizações não governamentais.

Vigilância baseada em risco para a febre aftosa

20. A ausência de casos clínicos de febre aftosa nos dois últimos anos comprova o sucesso do Programa Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA) nas Américas. Porém, a ocorrência de um grande surto no Paraguai em 2011 revela o risco contínuo da circulação do vírus na região e a necessidade crítica de fortalecer os programas nacionais para assegurar a detecção oportuna de qualquer circulação viral.

21. O Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), no Rio de Janeiro, Brasil, está enfrentando esse desafio com a elaboração, a testagem em campo e a promoção de estratégias de vigilância com base no risco, buscando melhorar o limiar de detecção da febre aftosa com o uso eficiente dos recursos. As estratégias inovadoras com base no risco, que também lidam com a influenza, tornaram-se ferramentas importantes, ajudando os países no processo de decisão para controlar os riscos à saúde pública que surgem no ponto de contato humano, animal e ambiental. Ao fortalecer a capacidade do país de detectar rapidamente os riscos para a saúde pública e informá-los, essas novas ferramentas estão também contribuindo para o fortalecimento das capacidades centrais de implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005).

22. Para assegurar o apoio contínuo aos trabalhos de erradicação da febre aftosa, inclusive a coordenação do Plano de Ação do PHEFA 2011-2020, a Organização criou um fundo de reserva como um mecanismo adicional de financiamento.

Novas ferramentas para o cálculo dos custos de imunização

23. O Programa Ampliado de Imunização (PAI) é um dos maiores sucessos pan-americanos em saúde pública. O programa, que em seus primeiros anos proporcionava vacinas contra seis doenças da infância, hoje tem em sua carteira de imunização 14 vacinas. No entanto, os custos crescentes associados à introdução de novas vacinas de custo mais elevado e o aumento das populações-alvo requerem mais cuidado ao considerar a relação custo-eficácia na elaboração dos planos de ação anuais. Para suprir essa necessidade, em 2013, a Organização liderou um trabalho de revisão do Modelo de Plano de Ação do PAI introduzido nos anos 70, com a intenção de assegurar a uniformidade dos registros e elaborar um método mais robusto para a definição dos orçamentos através de exercícios periódicos de cálculo dos custos de programas rotineiros. Os Estados Membros definiram essa prioridade devido às preocupações relacionadas com a sustentabilidade programática e a necessidade de demonstrar o uso eficaz dos recursos, de modo a melhorar futuras captações de fundos. Como resultado, a Organização lançou uma nova ferramenta aliada ao Modelo de Plano de Ação do PAI, a COSTVAC, que auxilia as equipes do PAI na coleta de dados sobre os custos de

imunização em todos os níveis dos programas e permite a estimativa dos custos totais de vacinação em um determinado ano para a elaboração de orçamentos mais precisos.

24. Tanto a COSTVAC como a versão revisada do Modelo de Plano de Ação do PAI foram testadas e utilizadas em âmbito nacional com feedback positivo. Todos os países receberam o modelo atualizado para facilitar o planejamento em 2014. Honduras foi um dos primeiros países do mundo a fazer uma análise integral do custo da imunização de rotina usando a COSTVAC e os resultados dessa análise foram fundamentais para a realização de planos de sustentabilidade antes de deixar o financiamento da GAVI. O Brasil está atualmente implementando a COSTVAC, e outros países, inclusive a Guiana e o Peru, solicitaram apoio à introdução dessas ferramentas novas e atualizadas.

Utilização das TICs para imunização

25. Para garantir uma boa relação custo-eficácia dos programas de vacinação, são necessárias informações de qualidade e oportunas, bem como a análise sistemática de dados para informar decisões com base em evidências. A cooperação técnica da RSPA com os Estados Membros nessa área inclui a orientação sobre o uso de novas tecnologias da informação e da comunicação (TICs). Os Estados Membros estão começando a implementar tais inovações, como painéis de gestão e registros informatizados de imunização (RII), os quais podem melhorar o monitoramento da cobertura de vacinação. Para otimizar e melhorar o uso desses registros, é importante garantir que os RII sejam desenvolvidos no contexto das estratégias nacionais de eSaúde e sejam operáveis com outros sistemas de informação em saúde, inclusive o registro de nascimentos, além de que sejam implementados, avaliados e financiados de maneira adequada.

Capítulo II. Doenças não transmissíveis e fatores de risco

Abordagens integradas para as DNTs e fatores de risco

26. As doenças não transmissíveis (DNTs) constituem a principal causa de enfermidade e morte nas Américas, são responsáveis por três de cada quatro mortes, sendo mais de um terço destas de indivíduos de 30 a 69 anos. Com a cooperação técnica da RSPA, os países da região estão elaborando e implantando políticas e programas que utilizam abordagens integradas e abrangentes para prevenir e controlar as DNTs e seus fatores de risco. Depois da adoção, em 2013, do Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e o Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020, a OPAS lançou na região seu Plano de Ação para a Prevenção e o Controle das Doenças Não Transmissíveis 2013-2019, que é adaptado às necessidades da região e proporciona a orientação para a cooperação técnica em DNTs a médio prazo.

27. Com base em sistemas globais e regionais, vários países revisaram recentemente seus planos nacionais para as DNTs com o apoio da RSPA. Em 2013, Belize, Costa Rica, Equador e Paraguai revisaram seus planos nacionais e debateram com as ONGs e o setor privado a definição de metas nacionais. Na Costa Rica, onde em 2011, 50% da população foi declarada fisicamente sedentária, 36% com excesso de peso e 26% obesa, o Ministério da Saúde elaborou uma Estratégia Nacional para a Prevenção e o Controle de Doenças Não transmissíveis e Fatores de Risco 2013-2021, bem como um plano de ação nacional correspondente. A Repartição está também prestando assessoria técnica e jurídica para ajudar o país a definir sua estrutura normativa e a criar condições favoráveis para implementação do plano. Isso inclui fortalecer o compromisso entre diferentes instituições e setores, em especial a educação e o setor privado, e envolvê-los nas iniciativas de promoção de estilos de vida saudáveis, melhoria a atenção às DNTs e regulamentação da comercialização de alimentos.

28. Na tentativa de reduzir a epidemia de obesidade em crianças e adultos, os países também ampliaram seus esforços, introduzindo legislação ou regulamentações relacionadas com a alimentação saudável. Nesse sentido, foram apresentadas leis para reduzir o consumo de alimentos processados pelas crianças, no Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica e Peru.

Projeto Global de Tratamento Padronizado da Hipertensão

29. A RSPA e os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), em colaboração com outros interessados diretos, encabeçaram o Projeto Global de Tratamento Padronizado da Hipertensão, um esforço inovador para se desenvolver e implementar uma estrutura para o tratamento padronizado da hipertensão. A iniciativa tem três pilares principais: *a)* identificação de um grupo central de medicamentos essenciais ao tratamento da hipertensão, *b)* aumento da disponibilidade desses medicamentos, e *c)* melhoria da atenção à hipertensão. A Repartição contribuiu para a elaboração do projeto e forjou alianças com interessados diretos e ministérios da saúde

para promover sua implantação. Além disso, os medicamentos selecionados foram adicionados à lista dos produtos disponíveis para a compra através do Fundo Estratégico da OPAS. As lições aprendidas com a implementação desse esquema nas Américas ajudarão a facilitar a aplicação em todo o mundo.

Doenças crônicas e envelhecimento

30. Estima-se que o número de adultos de mais de 60 anos nas Américas dobre de 100 milhões em 2006 a 200 milhões até 2020. O aumento concomitante das doenças crônicas não transmissíveis e as necessidades de cuidados exercerão pressão sobre os sistemas de saúde e as famílias. Para enfrentar esse desafio, a OPAS tem trabalhado com parceiros para a implementação do Programa de Autogestão das Doenças Crônicas em seus Estados Membros. O programa consta de oficinas comunitárias conduzidas por colegas, que capacitam as pessoas de idade para que controlem suas afecções crônicas, em coordenação com equipes de assistência de saúde, e continuem sendo membros ativos da sociedade. Os dados dos países-piloto indicam que os participantes desses programas melhoram seu estado de saúde, comportamento de saúde e cuidado consigo próprio, além de recorrerem menos às salas de emergência. A Argentina, o Chile, a República Dominicana e o Paraguai estão atualmente usando o modelo de atenção às afecções crônicas em todo o âmbito nacional para melhorar a qualidade da atenção a essas doenças, e foi realizado um treinamento nacional de profissionais da saúde na gestão de doenças crônicas na Argentina, no Brasil, no Chile e na Colômbia. A Organização planeja aumentar progressivamente a execução do programa, começando com 600 oficinas comunitárias em sete países, durante o período de 18 meses.

Inovações em tecnologia para a detecção do câncer de colo do útero

31. O câncer de colo do útero continua a ser um dos principais cânceres femininos na América Latina e no Caribe, embora possa ser facilmente prevenido. A RSPA tem promovido a aplicação de uma nova tecnologia, o teste de DNA do papilomavírus humano (HPV), para melhorar a eficácia dos programas de detecção.

32. No fim de 2013, a OPAS e a OMS publicaram novas diretrizes com base em evidências para a detecção do câncer de colo do útero, que incluía o uso do teste de DNA do HPV como uma ferramenta de detecção primária. A Repartição organizou em seguida uma série de diálogos sobre políticas com diversos interessados diretos na Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala e Nicarágua, com vistas a divulgar as novas evidências e discutir a mudança das políticas. Essa iniciativa levou à elaboração e ao lançamento, com o apoio da RSPA, de novas políticas e planos nacionais utilizando os programas de detecção com teste de DNA do HPV. A Repartição está também conduzindo um projeto de demonstração do teste de DNA do HPV em São Vicente e Granadinas e São Cristóvão e Nevis, e preparando um guia sobre planejamento, implementação e avaliação dos programas com a nova tecnologia, focando as experiências em meios de baixa e média renda.

33. A RSPA também facilitou uma série de eventos para intercambiar informações científicas e compartilhar as experiências dos países, inclusive uma reunião regional com interessados diretos de 20 países e seis organizações internacionais, e um diálogo dos setores público e privado com os fabricantes do teste de DNA do HPV sobre como tornar os testes mais acessíveis e econômicos. Como resultado deste diálogo, a Repartição está trabalhando para estabelecer critérios e normas para a inclusão dos testes do HPV no Fundo Estratégico da OPAS, de modo a permitir que os Estados Membros comprem esses testes a preços viáveis.

34. A mudança para uma nova tecnologia apresentará desafios, inclusive afetando as práticas de prestadores de serviços de saúde, passando de uma modalidade consolidada de detecção a um regime novo e diferente, no qual as mulheres são submetidas aos exames em idades mais avançadas, com menos frequência e com um método diferente. O processo também modificará a função dos citologistas e citotécnicos, cujas carreiras e formação foram baseadas nos enfoques tradicionais de detecção, utilizando o exame de Papanicolau. A incorporação das novas tecnologias trará novos custos associados, mas uma vez estabelecidos, os testes de HPV terão uma relação custo-eficácia melhor do que o exame tradicional. Conforme os países avançam na testagem do HPV, a Repartição terá que promover o uso de evidências na tomada de decisão, ajudar a adaptar as práticas dos prestadores de serviços e identificar maneiras de reduzir custos.

A redução dos fatores de risco para as DNTs

35. A RSPA apoiou as ações dos Estados Membros para reduzir o custo das DNTs no âmbito da Estratégia Regional para a Prevenção e o Controle de Doenças Não Transmissíveis 2012-2025, que formula quatro objetivos estratégicos, a saber, políticas e parcerias; risco e fatores de proteção; resposta dos sistemas de saúde; e vigilância e pesquisa. Grande parte desse trabalho se concentrou na redução dos quatro principais fatores de risco para as DNTs: tabaco, dieta insalubre, sedentarismo e o uso prejudicial do álcool. Durante o período deste relatório, a Organização patrocinou os projetos detalhados a seguir.

36. Em 2013, o México, que tem consumo per capita de refrigerantes mais alto do mundo e uma das taxas mais elevadas de morte por diabetes, aprovou uma nova lei estabelecendo impostos sobre as bebidas adoçadas como uma medida de saúde pública para reduzir a demanda. A lei determina um imposto de um peso por litro sobre bebidas açucaradas, tanto na forma líquida como em pó, assim como um imposto de 8% sobre alimentos superprocessados e de alto valor energético (“*junk food*”). A lei também inclui novas restrições à propaganda de produtos alimentícios insalubres para as crianças e novas exigências para o rótulo dos alimentos. A receita gerada pelos novos impostos será destinada ao fornecimento de água potável nas escolas do México.

37. Essa realização pioneira foi o resultado dos esforços conjuntos por parte dos representantes dos Ministérios das Finanças e da Saúde, do Congresso Federal Legislativo, da academia, da sociedade civil e das organizações internacionais. A RSPA

apoiou a promoção da legislação organizando três fóruns especiais: um “fórum econômico,” um “fórum de legislação” e um “fórum de mídia” com a participação de peritos internacionais e formuladores de políticas. Além disso, a Repartição compilou as evidências científicas, elaborou folhetos informativos sobre o uso de políticas fiscais para modificar padrões de consumo em prol de opções mais saudáveis, e facilitou o diálogo entre o governo e sociedade civil. Em seguida, o México enfrentará o desafio de assegurar que as novas exigências para os rótulos estão em conformidade com as novas diretrizes da OMS sobre o consumo de açúcar, que estão sendo atualmente elaboradas.

38. No Panamá, a RSPA começou a trabalhar com o Ministério da Saúde em 2012 para fortalecer os mecanismos nacionais e regionais de controle do comércio ilícito de produtos derivados do tabaco. Em meados de 2013, esses esforços foram ampliados para incluir a colaboração no planejamento de intervenções para lidar com os efeitos de saúde adversos do tabagismo. O país está usando os impostos sobre o tabaco para financiar um novo plano de trabalho que será posto em prática pelo Ministério da Saúde com a assistência técnica, de compras e logística da RSPA. Além disso, o Panamá usou os impostos do tabaco para financiar tanto atividades nacionais como regionais em regulamentação, vigilância e controle do tabagismo, assim como de doenças crônicas associadas a tabagismo como exposição secundária ao fumo.

39. As atividades do Panamá estão em conformidade com disposições importantes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT) e também contribuem para o cumprimento de mandatos do Conselho Diretor da OPAS com respeito à execução da CQCT nas Américas. O Panamá foi reconhecido por sua firme liderança no controle do tabagismo em maio do 2014, quando a Diretora-Geral da OMS, Margaret Chan, reconheceu o Ministério da Saúde do Panamá com o Prêmio Especial da Diretoria-Geral para o Dia Mundial sem Tabaco.

40. No Peru, uma parceria do governo com a sociedade civil liderada pelo Ministério da Saúde e pela Comissão Nacional Permanente de Controle do Tabagismo (COLAT Peru) trabalhou em conjunto para a aprovação de emendas à Lei Geral de Peru para a Prevenção e o Controle dos Riscos do Tabagismo, garantindo que a lei fosse compatível com a CQCT. A nova legislação tornou o Peru 100% livre de fumo em locais públicos fechados, aumentando o tamanho exigido para as advertências sanitárias nos produtos derivados do tabaco e proibindo a venda de pacotes contendo menos de dez cigarros. A parceria recebeu apoio da Campaign for Tobacco-free Kids, da União Internacional contra a Tuberculose e as Doenças Pulmonares e da OPAS/OMS.

41. Dezesete países agora já aprovaram legislação contra o fumo em todos os locais públicos e todos os locais de trabalho (público e privado), compatível com a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. Nove países implantaram políticas nacionais para promover a dieta saudável e a atividade física de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS. Esses países incluem Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Peru e Uruguai.

Inovações em serviços de apoio à saúde mental

42. A cooperação técnica da RSPA para melhorar o acesso ao tratamento de saúde mental e melhorar a qualidade dos serviços envolve os usuários dos serviços de saúde mental e suas famílias como participantes ativos no processo de cuidado. Em colaboração com o Ministério da Saúde do Brasil, a RSPA organizou uma reunião regional com os representantes de organizações de usuários e de famílias para compartilhar experiências pessoais e institucionais em direitos humanos, autonomia e empoderamento de usuários e suas famílias, e para promover sua participação nas decisões relacionadas aos cuidados de saúde mental. Cerca de 100 representantes de 18 países² participaram dessa reunião pioneira em outubro de 2013.

43. O Consenso de Brasília, que surgiu dessa reunião, preconiza a ação concreta por parte dos países para a implementação dos princípios internacionais de saúde mental e direitos humanos, a fim de estabelecer e fortalecer as associações dos usuários e suas famílias e criar uma rede regional dessas associações. Com base nessa experiência, a RSPA e a OMS estão analisando a possibilidade de organizar uma reunião semelhante no âmbito global.

Prevenção dos danos relacionadas ao álcool nas Américas

44. A Organização coordenou pesquisas colaborativas sobre o papel do consumo de álcool em lesões não fatais tratadas em salas de emergência. Dez países³ usaram o mesmo protocolo para investigar o risco relativo de uma lesão relacionada ao álcool em homens e mulheres maiores de 18 anos de idade. Os dados foram analisados através de uma parceria com dois Centros Colaboradores da OPAS/OMS no México e nos Estados Unidos. Os resultados foram resumidos e publicados com recomendações baseadas em evidências no livro “Prevention of Alcohol-related Injuries in the Americas: From Evidence to Policy Action”, em dezembro de 2013. O livro documenta o enorme ônus do consumo de álcool para os sistemas de saúde e as sociedades como um todo, descrevendo maneiras de reduzir as lesões relacionadas ao álcool, inclusive o uso de políticas eficazes e econômicas para reduzir o consumo prejudicial de bebida alcoólica, tanto no nível da população como do indivíduo.

45. A RSPA também desenvolveu uma série de seis cursos on-line para auxiliar na formulação e implementação de políticas para o álcool, ajudando a capacitar os profissionais da saúde na detecção e na abordagem do consumo excessivo de álcool, principalmente no contexto da atenção primária à saúde. Esses cursos gratuitos discutem as políticas e os exames relacionados ao álcool e à droga e o uso de “intervenções breves”. O México, a Guatemala e o Uruguai adotaram esses cursos e os estão complementando com sessões de treinamento presenciais e seminários via Web, em

² Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Suriname.

³ Argentina, Brasil, Canada, Estados Unidos, Guatemala, Guiana, México, Nicarágua, Panamá e República Dominicana.

parceria com grandes universidades, peritos locais, conselhos nacionais de medicamentos e Centros Colaboradores da OPAS/OMS.

Observatório do suicídio para a América Central e a República Dominicana

46. A cada ano, mais do que 800 mil pessoas morrem por suicídio em todo o mundo, e 76% dessas mortes ocorrem em países de renda baixa e média. O suicídio é a segunda principal causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos, e é uma significativa causa de morte durante toda a extensão da vida, afetando indivíduos de todas as idades. A prevalência, as características e os métodos do comportamento suicida variam muito entre as comunidades e os grupos demográficos. Por isso é essencial contar com informações atualizadas sobre o suicídio para que se possam planejar intervenções preventivas eficazes.

47. Na América Central, os dados sobre o suicídio foram prejudicados por não haver registros de todos os casos e pela heterogeneidade dos métodos de coleta, dificultando uma avaliação confiável do problema. Para lidar com essa dificuldade, a RSPA trabalhou com o Conselho dos Ministros da Saúde da América Central e da República Dominicana (COMISCA) para criar um observatório do suicídio. Lançado em dezembro de 2013, esse novo observatório proporciona uma plataforma virtual para a compilação de informações oportunas sobre o comportamento suicida, promovendo dessa maneira o planejamento com base em evidências e possibilitando que os países enfrentem os fatores do risco com maior eficácia.

48. Até o momento, seis países⁴ vêm inserindo dados de 2010 até o presente momento na plataforma, usando uma série de variáveis comuns. A RSPA está oferecendo apoio técnico e capacitação para esse processo e fará o acompanhamento com monitoramento e avaliação. A Repartição pretende ampliar essa rede pioneira na região a outros países, a fim de ajudar a melhorar a qualidade dos dados vitais registrados sobre o suicídio.

Avaliação da funcionalidade das pessoas com deficiência

49. Para melhorar a coleta de dados sobre deficiência, o Ministério da Saúde do Chile, com a assistência técnica da RSPA, criou uma ferramenta para avaliar o desempenho nas atividades diárias das pessoas com deficiência. A ferramenta, conhecida como IVADEC-CIF, baseia-se nas normas da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e pode ser usada para avaliar graus de deficiência, assim como os efeitos das intervenções.

50. A IVADEC-CIF é voltada para a implementação comunitária e pode ser usada como autoavaliação pelas próprias pessoas com deficiência ou por outros indivíduos que possam prestar informações a respeito. As informações qualitativas fornecidas pelos

⁴ Belize, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala e Honduras.

indivíduos são analisadas e transformadas em indicadores quantitativos, inclusive índices de deficiência e desempenho e coeficientes de dependência e mobilidade, entre outros.

51. A IVADEC-CIF contribui de várias maneiras para a melhor atenção às pessoas com deficiência. No nível clínico, apoia a transição ao enfoque biopsicossocial, pois possibilita a análise de desempenho no contexto comunitário. Também proporciona uma maneira de medir os efeitos das tecnologias de assistência e dos medicamentos. No nível da administração e dos sistemas de informação, facilita o alinhamento dos sistemas nacionais para qualificação e certificação das deficiências com a avaliação do impacto das políticas voltadas para a deficiência e a reabilitação. Além disso, essa avaliação pode facilitar a inclusão ou a reformulação das perguntas sobre deficiência nas pesquisas com a população. Por fim, contribui para as análises de diagnóstico e da situação, desenvolvendo perfis locais para a deficiência. A adaptação, o uso e a aplicação dessa ferramenta em outros Estados Membros serão abordados pela RSPA.

Ação interprogramática em DRC nas comunidades agrícolas da América Central

52. A doença renal crônica (DRC) não relacionada com os riscos tradicionais, como o diabetes e a hipertensão, emergiu há alguns anos como uma grande causa de deficiência e morte prematura nas comunidades agrícolas da América Central. Essa DRC de causa desconhecida afeta principalmente jovens adultos do sexo masculino em comunidades agrícolas já oprimidas por desvantagens socioeconômicas. Para incentivar intervenções com base em evidências e enfrentar essa epidemia, a RSPA vem conduzindo um trabalho de cooperação técnica interprogramática que canalizou recursos e iniciou o diálogo entre as equipes de pesquisa, os formuladores de políticas e os grupos interessados.

53. Em resposta a uma proposta de El Salvador, a Repartição elaborou um documento conceitual esboçando o impacto e os desafios relacionados à doença renal crônica na América Central e fez um apelo para uma ação internacional urgente. Essa manifestação, que reiterou a Declaração de El Salvador, assinada pelos países centro-americanos em abril de 2013, foi adotada formalmente pelo 52º Conselho Diretor da OPAS em outubro de 2013. Um número crescente de grupos de pesquisa, inclusive os Centros Colaboradores da OPAS/OMS, começou as pesquisas em campo. A Repartição está apoiando a elaboração de uma ampla agenda de pesquisa para aumentar o conhecimento sobre a história natural da doença e sua causa, ou causas, a qual será apresentada para a aprovação dos países afetados.

54. Além de promover o conhecimento sobre a epidemia através da pesquisa, é também essencial fortalecer os sistemas de vigilância dos riscos ambientais e ocupacionais, examinar os regimes jurídicos sobre doenças ocupacionais e higiene, e implantar políticas de saúde pública sólidas, bem como medidas que beneficiarão toda a população dos países afetados. Isso inclui políticas para deter a exposição desnecessária a possíveis agentes nefrotóxicos e medidas para melhorar as condições de trabalho e de vida deficientes que podem causar nefropatia ou piorar a lesão nos rins já vulneráveis. Igualmente importante é o desafio de proporcionar o acesso universal à assistência de

saúde, inclusive o diagnóstico e tratamento precoce e terapias de substituição suficientes no estágio final da nefropatia.

Capítulo III. Determinantes da saúde e a promoção da saúde em todo o curso de vida

Documentação dos casos de “quase morte” para evitar mortes maternas

55. A cada ano, cerca de 10 milhões de mulheres em todo o mundo ficam com sequelas ou deficiências graves devido a complicações relacionadas à gravidez. Esses casos de morbidade materna grave são com frequência denominados “quase perda” ou “quase morte”, pois apresentam risco de vida se não forem tratados oportuna e adequadamente. Embora os números precisos desses casos nas Américas sejam desconhecidos, a OPAS estima que para cada morte materna outras 20 mulheres, ou cerca de 1,2 milhão por ano, sofrem uma complicação grave, quase fatal.

56. O Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) elaborou um novo modelo de registro com base em variáveis definidas pela OMS para permitir que os profissionais da saúde prevejam e evitem complicações graves na atenção de mulheres grávidas. Essa ferramenta proporciona instruções sobre como medir a magnitude e a gravidade das complicações em cada caso e como gerar conscientização sobre esses casos entre os funcionários da área de saúde, a comunidade científica e as universidades, assim como entre mulheres grávidas e suas famílias. A ferramenta foi testada em 23 serviços de saúde em 12 países da América Latina e do Caribe⁵ com resultados positivos.

57. O registro clínico foi incorporado ao Sistema de Informação Perinatal (SIP), e as variáveis incluídas nesse registro serão refinadas e testadas em uma pesquisa envolvendo diversos países em 2014. Além disso, as versões móvel e web do software do SIP estão atualmente sendo elaboradas e possibilitarão o acesso dos usuários a todas as funções do SIP em uma variedade de dispositivos, inclusive computadores de mesa, *tablets* e telefones celulares.

Utilização das TICs para melhorar a saúde materna

58. As tecnologias da informação e da comunicação (TICs) oferecem oportunidades inovadoras para a melhoria da assistência de saúde, inclusive a atenção às mulheres grávidas, de modo a melhorar os resultados da saúde materna. Dando acompanhamento a um evento paralelo sobre as TICs e a saúde da mulher, organizado pela RSPA e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) durante a 12^a Conferência Regional sobre a Mulher na América Latina e no Caribe, realizado em outubro de 2013, a Organização está patrocinando um projeto na República Dominicana, o qual emprega as TICs para melhorar o comparecimento às primeiras consultas pré-natais, com o foco em mulheres urbanas vivendo em condições socioeconômicas difíceis.

⁵ Argentina, Colômbia, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e República Dominicana.

59. A Repartição, com o financiamento da OMS, está colaborando com os ministérios nacionais responsáveis pela saúde, mulheres e tecnologia para fornecer aparelhos portáteis, promover a divulgação da saúde, capacitar profissionais da saúde, criar grupos de apoio às mulheres e monitorar o aumento do comparecimento aos ambulatórios e os resultados maternos. O projeto tem múltiplos benefícios, inclusive o fortalecimento do conhecimento dos profissionais da saúde com relação ao uso das TICs, à igualdade de gênero e aos direitos humanos, bem como o empoderamento das mulheres para que sejam atuantes na determinação de sua própria saúde.

60. Como parte desse projeto intersetorial, que obteve apoio de uma empresa privada de tecnologia, as organizações não governamentais prestarão serviços de extensão às mães. O Ministério de Saúde Pública e Assistência Social da República Dominicana pretende replicar o modelo em outras regiões do país. Está havendo monitoramento e a avaliação ativa com o objetivo de apoiar a introdução de projetos semelhantes em outros Estados Membros.

Desafios na redução da mortalidade materna

61. Dados do grupo interagência da ONU para a estimativa da mortalidade materna revelam uma redução de 40% da mortalidade materna nas Américas entre 1990 e 2013. Embora seja notável, significando mais de 2 mil mulheres salvas anualmente, essa cifra está aquém dos 75% de redução da mortalidade materna preconizados pelo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5 (ODM).

62. Ainda que o acesso à assistência de saúde tenha avançado constantemente na região, a prevalência de nascimentos domiciliares sem atendimento continua sendo um grande desafio para a redução da mortalidade materna. A falta de atendentes qualificados coloca as mulheres e seus bebês em grave risco e contribui para um alto ônus em mortalidade materna.

63. Um estudo recente, “Causas Globais da Mortalidade Materna: Uma análise sistemática da OMS”, concluiu que uma em cada quatro mortes maternas é causada por estados clínicos preexistentes, como diabetes, HIV, malária e obesidade, cujo impacto na saúde pode ser agravado pela gravidez.

64. Apesar dos avanços nos 20 últimos anos, ainda é preciso trabalhar mais para prevenir a gravidez de adolescentes, abortos, mortes maternas, doenças sexualmente transmissíveis e HIV, bem como reduzir as disparidades significativas com relação à disponibilidade, qualidade e acesso à educação sexual e serviços integrais para os jovens, principalmente em países de baixa renda.

Desafios na redução da mortalidade neonatal

65. Nas Américas, a taxa de mortalidade neonatal estimada foi reduzida em 56%, de 18 a 8 por 1.000 nascidos vivos entre 1990 e 2010. Porém, a proporção da mortalidade

neonatal relativa à mortalidade infantil aumentou, representando atualmente 57% das mortes de crianças menores de um ano de idade e 44% das mortes de menores de cinco anos de idade. Além disso, as causas da mortalidade neonatal não mudaram: mais de 85% das mortes neonatais se devem à prematuridade, defeitos congênitos, asfixia e doenças infecciosas como sépsis, meningite e tétano. Embora existam intervenções de baixo custo e eficazes para a maioria dessas causas, a atenção perinatal está em muitos casos defasada. Para ajudar os países a aprimorar esses cuidados, a Repartição compilou, atualizou e difundiu dados sobre as intervenções perinatais durante o processo contínuo de assistência (preconcepção, pré-natal, parto, e pós-natal). A fim de avaliar a execução dessas intervenções, a CLAP/SMR projetou uma ferramenta que está atualmente sendo testada experimentalmente na Colômbia e em Honduras, antes do possível aumento de escala. As avaliações resultantes informarão o processo de tomada de decisão, melhorando a qualidade do atendimento, especialmente para as áreas e os grupos populacionais mais vulneráveis.

Convenção de Minamata sobre Mercúrio

66. A Convenção de Minamata sobre Mercúrio – um tratado internacional aberto para assinatura em outubro de 2013 – procura proteger a saúde humana e ambiental das emissões e lançamentos antropogênicos de mercúrio e compostos de mercúrio. A RSPA e a OMS apoiaram os esforços para fortalecer a proteção sanitária na convenção, proporcionando análises e participando do Comitê de Negociação Intergovernamental e de reuniões do Grupo de Países da América Latina e Caribe (GRULAC).

67. A Convenção de Minamata atribui funções importantes à OMS – e, portanto, à OPAS – e aos ministérios da saúde. A convenção encarrega a OMS e a OPAS de elaborar e colocar em prática estratégias e programas para identificar e proteger as populações em risco de exposição ao mercúrio, e de promover a eliminação progressiva do mercúrio em produtos e aparelhos médicos, como os antissépticos e cosméticos de clareamento da pele.

68. A RSPA já está promovendo a substituição dos termômetros de mercúrio e dos esfigmomanômetros nos hospitais públicos, como parte da cooperação técnica para proteger os profissionais da saúde, juntamente com iniciativas colaboradoras, incluindo a coalizão Saúde sem Dano e a Rede de Centros Colaboradores da OMS em Saúde Ocupacional. Em conformidade com a convenção, a RSPA e a OMS estão apoiando o desenvolvimento de uma estratégia de saúde para os planos de ação nacionais, com vistas a eliminar ou reduzir o uso de mercúrio na extração de ouro de pequena escala. A RSPA também ajudará a difundir as diretrizes da OMS sobre os níveis de exposição ao mercúrio e a promover o intercâmbio de informações na região, conforme requerido pela convenção.

69. Em maio de 2014, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a resolução WHA67.11 “Impactos de Saúde Pública da Exposição ao Mercúrio e Compostos de Mercúrio: a Função da OMS e Ministérios de Saúde Pública na Execução da Convenção

de Minamata”. Essa resolução orientará e facilitará o trabalho da RSPA e da OMS com os Estados Membros, o Comitê de Negociação Intergovernamental da Convenção de Minamata, a Conferência dos Partidos, o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo para o Meio Ambiente Mundial (FMAM) e outras organizações internacionais, na promoção das disposições da convenção nos Estados Membros.

O monitoramento da exposição a carcinógenos por meio do CAREX

70. A Organização vem trabalhando com os Estados Membros para elaborar e ampliar o banco de dados regional CAREX (*CARcinogen EXposure*), que identifica quem, onde, e como os indivíduos estão expostos a carcinógenos no local de trabalho. O CAREX fornece informações importantes para a formulação das políticas de saúde pública e recomendações sobre a prevenção dos cânceres ocupacionais, além de ferramentas para o controle da exposição. Desenvolvido originalmente pelo Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional e pelo Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer (CIIC), o CAREX foi adaptado para América Latina e o Caribe pelo Instituto Regional de Estudos Toxicológicos (IRET), um Centro Colaborador da OPAS/OMS na Universidade Nacional da Costa Rica.

71. A Repartição liderou várias atividades para ajudar os Estados Membros na construção de seus próprios bancos de dados CAREX, inclusive com cursos e seminários on-line e campanhas promocionais. Em maio do 2014, a RSPA organizou na Colômbia uma oficina regional sobre o CAREX para participantes de 13 países, em colaboração com CAREX Canadá, o Instituto Nacional do Câncer da Colômbia e Centros Colaboradores da OPAS/OMS no Brasil, Chile, Colômbia e Costa Rica.

72. Até o momento, o CAREX foi implementado no Canadá, Colômbia, Costa Rica, Guatemala, Nicarágua e Panamá. Espera-se que outros dez países e territórios⁶ da região implementem bancos de dados CAREX até 2015. Além de apoiar esses esforços, a Repartição continuará trabalhando com os Estados Membros, outros organismos das Nações Unidas e da Organização dos Estados Americanos (OEA), interessados diretos e redes na capacitação da vigilância, documentação e resposta ao câncer ocupacional, bem como outras condições e tendências que afetam saúde de trabalhadores.

⁶ Bahamas, Bonaire, Chile, Curaçao, El Salvador, México, Peru, Santo Estácio, Trinidad e Tobago e Venezuela.

Capítulo IV. Sistemas de saúde

Guia regional para o progresso no sentido da cobertura universal de saúde

73. Os países das Américas têm uma tradição antiga de estabelecer metas comuns para a saúde pública, refletindo um compromisso pan-americano coletivo com a promoção da saúde para todos na região. A mais recente meta, e uma das mais ambiciosas já adotadas pelos Estados Membros da OPAS, consiste em alcançar a cobertura universal de saúde.

74. Cobertura universal de saúde significa que todas as pessoas e as comunidades têm acesso equitativo a serviços de saúde integrais⁷, centrados nas pessoas e de qualidade garantida, necessários durante o curso de vida, sem dificuldades financeiras. Os países das Américas reafirmaram seu compromisso com essa meta no 52º Conselho Diretor da OPAS, em 2013, e encomendaram uma estratégia regional nesse sentido para ser submetida à aprovação do 53º Conselho Diretor, em 2014.

75. O processo de desenvolvimento dessa estratégia tem sido intersetorial e participativo, incluindo peritos mundiais e regionais, sociedade civil e principais interessados diretos, através de consultas e discussões nacionais em fóruns sub-regionais e regionais. Esse processo consultivo mobilizou a vontade política e o compromisso dos Estados Membros, aprimorando o trabalho da Repartição ao definir políticas e diretrizes para a ação nacional.

76. A Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e para a Cobertura Universal de Saúde define as condições que possibilitarão aos países das Américas orientar suas políticas e medir o progresso no sentido do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde. A estratégia identifica quatro linhas de ação principais, a saber: *a*) ampliação do acesso equitativo a serviços de saúde integrais, de qualidade e centrados em indivíduos e comunidades; *b*) fortalecimento da gestão e da governança; *c*) aumento e aperfeiçoamento do financiamento, com equidade e eficiência e no sentido da eliminação do pagamento direto no local de atendimento, o que representa uma barreira ao acesso; e *d*) fortalecimento da coordenação multisectorial para lidar com os determinantes sociais da saúde.

77. A estratégia é também um guia para os países monitorarem e avaliarem seu progresso no sentido da cobertura universal, de acordo com o diálogo em evolução sobre as metas de saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015.

⁷ Inclui serviços e intervenções para promover a saúde, prevenir doenças, cuidar das enfermidades (diagnóstico, tratamento e reabilitação) e proporcionar os cuidados necessários em curto, médio e longo prazo.

Perfil Básico Regulamentar - PRAIS

78. O valor da otimização do intercâmbio de informações sobre saúde pública é sabido, mas a complexidade das novas tecnologias da informação e da comunicação, assim como das tecnologias emergentes na área da saúde, apresenta novos desafios para o compartilhamento eficaz do conhecimento pelos interessados diretos. O novo Perfil Básico Regulamentar constante da Plataforma Regional sobre Acesso e Inovação para Tecnologias em Saúde (PRAIS) facilita a sistematização e a análise dos dados regulamentares básicos para ajudar a definir as prioridades da cooperação técnica e a identificar lacunas no conhecimento, ao mesmo tempo melhorando a transparência entre os interessados diretos. Todos os Estados Membros da OPAS atualmente participam da PRAIS, que tem 1.038 membros e 268 instituições em seu registro.

79. O Perfil Básico Regulamentar para as Américas foi desenvolvido usando os metadados de 25 países e um conjunto de indicadores básicos para várias capacidades – da regulamentação à avaliação de evidências de eficácia e segurança de medicamentos – que facilitarão a fixação de referências e o monitoramento de iniciativas para fortalecer essas capacidades. A primeira publicação dos Perfis Básicos Regulamentares para os países no Boletim do Observatório-PRAIS, em abril de 2014, buscava potencializar os processos regulamentares regionais para assegurar a disponibilidade das tecnologias de saúde de qualidade garantida, seguras e eficazes, bem como o acesso a elas. Vinte e sete Estados Membros atualmente participam do Observatório, fornecendo informação sobre suas capacidades regulamentares.

80. Conforme os Estados Membros aprimoram sua capacidade regulamentar, a Repartição também se beneficia de autoridades reguladoras nacionais mais fortes e do uso das informações sobre suas autorizações para comercialização, a fim de ampliar os critérios de qualificação para as licitações do Fundo Estratégico da OPAS e aumentar a sua base fornecedora qualificada. A sistematização das capacidades regulamentares também ajudou a identificar e abordar as lacunas de conhecimento que requerem colaboração de vários setores, por exemplo, com relação aos medicamentos para tratar doenças não transmissíveis e ao uso de imunossuppressores em transplantes. Além disso, a RSPA reuniu as autoridades reguladoras e os membros da Rede de Avaliação de Tecnologia em Saúde das Américas (RedETSA) para facilitar o desenvolvimento de uma base de conhecimento mais forte para administrar as tecnologias de saúde.

81. Um grande desafio ao fortalecimento da capacidade regulamentar reside na ampla variação da capacidade dos Estados Membros e nos requisitos específicos de diferentes sistemas nacionais de saúde. Nas Américas, alguns países são reconhecidos como líderes no regulamento sanitário, enquanto outros estão trabalhando para melhorar suas políticas e recursos básicos a fim de proteger eficazmente suas populações. Devido à limitação dos recursos desses últimos, é importante para a Repartição trabalhar estreitamente com esses países para identificar e fortalecer as funções de regulamentação essenciais. Para enfrentar esses desafios, a RSPA está colaborando com os parceiros para desenvolver

modelos regulamentares alternativos, fundamentados em boas práticas e mandatos internacionais, e está facilitando a cooperação bilateral e multilateral entre os países.

Sistematização do trabalho dos comitês de ética em pesquisa

82. A plataforma ProEthos é uma iniciativa colaborativa da RSPA, da Pontifícia Universidade Católica do Chile e do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da OPAS (BIREME). A plataforma mencionada ajuda a sistematizar os procedimentos dos comitês de ética encarregados de avaliar as pesquisas com seres humanos, a fim de aperfeiçoar a qualidade, a transparência e a eficiência de seu trabalho. O piloto dessa iniciativa teve início em março de 2013 com diversos comitês de pesquisa em quatro Estados Membros da OPAS. No período deste relatório, a plataforma foi aprimorada com o objetivo de torná-la sustentável, livre e de código aberto para o uso dos comitês de ética em pesquisa. A plataforma consiste em um modelo sustentável para a cooperação técnica em bioética e será atualizada e melhorada através da interação com Estados Membros e a colaboração de uma rede de instituições de pesquisa.

Mais Médicos: cooperação técnica para ampliar o acesso à atenção em saúde

83. A RSPA desempenhou uma função facilitadora importante nos esforços do Brasil para ampliar o acesso à assistência de saúde através do programa Mais Médicos (“Mais Médicos”). Esse programa inovador foi estabelecido depois de um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011) do Brasil, o qual revelou que 58% de brasileiros consideravam a escassez de médicos o problema mais significativo do Sistema Único de Saúde (SUS). Naquele momento, o Brasil registrava a razão de 1,8 médicos por 1.000 habitantes, indicando uma carência de aproximadamente 168.424 médicos em todo o país. Essa carência era especialmente evidente na Amazônia e nas áreas rurais.

84. O programa Mais Médicos procura remediar o problema da falta de médicos e de sua distribuição desigual por meio de três linhas de ação principais:

- proporcionando médicos em caráter de emergência a regiões prioritárias para o SUS, por meio de um “convite aos interessados” lançado nacional e internacionalmente e da cooperação internacional;
- reestruturando unidades básicas de saúde do país; e
- aumentando o número de graduados em medicina e residentes, com ênfase na formação em atenção básica em saúde.

85. Com uma série de acordos, a RSPA, o Ministério da Saúde do Brasil e o Governo de Cuba têm colaborado para executar as disposições de emergência do programa, de curto prazo, voltadas para aumentar a cobertura do serviço de saúde e o acesso ao SUS.

Em meados de 2014, os médicos cubanos representavam mais de 80% dos médicos participantes do programa.

86. A Repartição está apoiando ativamente o monitoramento e a avaliação desses elementos de cooperação técnica do programa Mais Médicos pelos quais é responsável. Também pretende documentar e publicar uma série de boas práticas e lições aprendidas com base nas experiências registradas na execução dessa modalidade de cooperação técnica.

Formação de recursos humanos em saúde por meio de uma clínica escola virtual

87. Como parte do trabalho para alcançar a cobertura universal de saúde, os países das Américas precisam superar tanto a escassez em números como a distribuição desigual dos recursos humanos na saúde. Alguns desafios estão sendo enfrentados pelo uso das tecnologias de *e-learning* e telemedicina, reduzindo o isolamento profissional, proporcionando oportunidades de baixo custo para manter e desenvolver a competência clínica e assegurando melhor qualidade de atendimento em áreas rurais e de difícil acesso.

88. Por intermédio da Clínica Escola Virtual, parte do Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS, os profissionais da saúde e técnicos agora podem receber treinamento em seus locais de trabalho através de módulos autodidáticos, com sessões de perguntas e respostas com os peritos, discussões clínicas, galerias de fotos, estudos de caso, seminários e conferências, além de informações clínicas atualizadas.

89. A Clínica Escola Virtual foi lançada em 2013 como um programa-piloto na Argentina, na Colômbia e no Panamá e foi, posteriormente, ampliada para a Bolívia e o Paraguai. No Panamá, mais de 220 profissionais da saúde em áreas remotas obtiveram acesso à Clínica Escola Virtual por meio de um computador de mesa, *laptop*, *tablet* ou *smartphone*. No total, mais que 400 profissionais da saúde participaram dessa nova iniciativa.

90. Os casos clínicos e as muitas perguntas que surgiram na fase piloto foram publicados on-line e atraíram mais de 4.200 visitantes até meados de 2014. No total, 5.952 profissionais da saúde e técnicos concluíram cursos autodidáticos e tutoriais através do Campus Virtual de Saúde Pública em 2013. Prevê-se que no futuro, poderemos correlacionar a melhoria dos recursos humanos em saúde e o uso extensivo de *e-learning* e das tecnologias de eSaúde com a melhoria da qualidade de atendimento em nossos Estados Membros.

91. Os países que atualmente têm um ponto no Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS contam com um portal web com funções administrativas e de gestão do conhecimento, podendo compartilhar os recursos educacionais através da Biblioteca Virtual em Saúde. A incorporação da nova Clínica Escola Virtual nesses portais possibilitará que o treinamento e o modelo de consulta sejam usados para fortalecer as

competências clínicas das equipes de saúde, usando tecnologias web e móveis. A Clínica Escola Virtual também contribuirá para a criação de uma comunidade de peritos e especialistas que podem interagir e ajudar os profissionais em áreas rural e zonas de difícil acesso. No entanto, a fim de assegurar o uso completo dessas e de outras novas TICs na saúde pública, é importante continuar a melhorar a infraestrutura tecnológica disponível nos serviços de saúde. O acesso à Internet é fundamental para que os funcionários da área de saúde nas regiões remotas tenham como obter acesso ao Campus Virtual de Saúde Pública e a serviços semelhantes, e assim reduzir as discrepâncias no acesso ao conhecimento, melhorando a qualidade do atendimento e ajudando os países a avançarem no sentido da cobertura universal de saúde.

Capítulo V. Prontidão, vigilância e resposta

Instalações de saúde inteligentes no Caribe

92. Entre os efeitos da mudança climática adversos à saúde está a interrupção dos serviços de saúde causada por fenômenos naturais extremos e desastres climáticos. Sendo a região do Caribe uma área sempre em risco, o setor da saúde está sujeito aos impactos diretos e indiretos desses eventos. Por exemplo, uma tempestade severa em São Vicente e Granadinas, em dezembro de 2013, custou ao setor da saúde cerca de US\$ 2,1 milhões, danificando severamente o único hospital especializado do país e inundando muitas das 39 clínicas distritais.

93. A RSPA trabalhou com as partes interessadas nos países do Caribe para inovar com a implementação da nova Iniciativa do Hospital Inteligente. Aproveitando a iniciativa dos Hospitais Seguros, essa nova iniciativa promove uma mudança do modelo tradicional de resposta a desastres, buscando reduzir proativamente o impacto sanitário desses eventos através da adaptação ao clima, das medidas de mitigação e da prontidão. Também procura reduzir a pegada ecológica do setor da saúde, um dos maiores consumidores da energia.

94. Os principais resultados da iniciativa até o momento incluem:

- um guia para a implementação das medidas de mitigação da mudança climática nas instalações de saúde existentes;
- a análise do custo-benefício de se transformar um hospital em uma instalação “climaticamente inteligente” através de medidas que não agridem o meio ambiente e promovem a resiliência após os desastres; e
- implementação de dois locais de demonstração de instalações com Serviços de Saúde Inteligentes, no Hospital de Georgetown, em São Vicente e Granadinas, e no Hospital Pogson, em São Cristóvão e Nevis.

95. A iniciativa já reduziu o uso e os custos da energia nessas instalações. Por exemplo, o Hospital de Georgetown, em São Vicente e Granadinas, relatou a redução de 60% no consumo de energia. A iniciativa também está contribuindo para reduzir as emissões de gás de efeito estufa e o impacto ambiental em geral, e para melhorar a segurança e a acessibilidade, bem como a qualidade do ar em locais fechados, obtendo também melhores níveis de satisfação entre os funcionários do hospital, pacientes e visitantes. A OPAS está incentivando vigorosamente a aplicação dos princípios e elementos principais da iniciativa de Hospital Inteligente na formulação de novos serviços de saúde, como está sendo feito, por exemplo, no novo hospital especializado a ser construído na Dominica.

96. A Iniciativa do Hospital Inteligente está também contribuindo para a conscientização nacional sobre a mudança climática, a adaptação ao clima e a mitigação de seus efeitos, bem como sobre as questões ambientais, catalisando interesse e participação para além do setor da saúde. Vários países têm promovido o conceito “inteligente” para os projetos de infraestrutura com parceiros de desenvolvimento e adaptando-o a “comunidades inteligentes”, “escolas inteligentes” e “hotéis inteligentes”.

Desafios para hospitais com segurança contra desastres

97. A iniciativa dos Hospitais Seguros incentivou países como a Colômbia, o México e o Peru a investirem bilhões de dólares para melhorar a segurança de instalações de saúde novas e já existentes. Em muitos países, porém, ainda é um desafio garantir que todos os novos serviços de saúde sejam seguros em caso de desastre e modernizar os estabelecimentos existentes, principalmente devido às limitações financeiras e outras prioridades concorrentes. Para estimular o progresso nessa área, a RSPA está desenvolvendo um painel on-line para acompanhar as instalações de saúde planejadas e programadas, e está buscando convênios com instituições financeiras internacionais e agências de desenvolvimento para incluir critérios para os hospitais seguros nos instrumentos de financiamento.

Espaço virtual da saúde em Chocó, Colômbia

98. A Colômbia é o terceiro país mais vulnerável aos desastres naturais em todo o mundo, com a maioria de seus habitantes vivendo em áreas com alto risco de terremoto, deslizamento de terra, erupções vulcânicas ou tsunamis,. O país também tem o maior número de pessoas internamente deslocadas (PIDs), cerca de 4,9-5,5 milhões, muitos dos quais vivem em áreas propensas à inundação e deslizamento de terra, que consiste em 65% do território nacional.

99. Esse perfil de risco tem um enorme impacto na situação da saúde, principalmente das PIDs, que enfrentam limitações extremas no acesso aos serviços de proteção à vida. O Departamento de Chocó é um dos mais desfavorecidos nesse sentido, com índices de mortalidade neonatal e infantil que são o dobro dos índices nacionais. Além disso, os trabalhadores da saúde e da resposta aos desastres têm acesso precário às comunidades afetadas e às informações de emergência em saúde para a tomada de decisão.

100. Para abordar essas questões, a RSPA e o Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA) associaram-se às autoridades colombianas para fortalecer o anteriormente criado Espaço Virtual da Saúde. Essa iniciativa web facilita o acompanhamento em tempo real das emergências e desastres com possíveis efeitos na saúde pública, no Departamento de Chocó. Os líderes comunitários e o público em geral podem se conectar ao espaço virtual como voluntários, facilitando a participação de comunidades remotas e ampliando as informações e o conhecimento disponíveis para fundamentar a tomada de decisão e a resposta eficaz.

Novas iniciativas para apoiar a resposta aos desastres e a redução do risco

101. Reconhecendo que tanto a resposta nacional como a cooperação internacional em para a saúde em desastres poderiam ser melhoradas significativamente através do estabelecimento de um mecanismo regional de registro com critérios comuns a respeito da composição, das habilidades essenciais e do equipamento para as equipes de resposta, bem como processos claramente definidos para sua mobilização, a RSPA vem desenvolvendo e está atualmente realizando o teste-piloto de uma nova plataforma, Operações de Saúde em Emergências (HOPE), para facilitar o registro das equipes de respostas internacionais. Além disso, também foi criado um guia para uma equipe de assistência médica do Caribe, a qual está sendo avaliada por especialistas. Também foram preparadas normas para as equipes médicas de resposta estrangeiras em colaboração com a OMS. Essas iniciativas serão ainda mais fortalecidas quando essa área de trabalho for incluída no plano de trabalho bienal da RSPA 2014-2015.

Prontidão em grandes eventos

102. Como sede da Copa do Mundo da FIFA de 2014, o Brasil enfrentou o desafio de preparar seu sistema e seus serviços de saúde pública para um dos maiores eventos do mundo, atraindo milhões de espectadores, jogadores e trabalhadores. O país empreendeu uma série de ações para prevenir, reduzir e responder às possíveis emergências em saúde pública. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), com o apoio da Repartição e da Universidade Internacional da Flórida, elaborou um plano para a prontidão e resposta às emergências em saúde pública, que usou o sistema de controle de incidentes como mecanismo de mobilização e coordenação dos centros de operação de emergência em saúde da SVS. As autoridades também elaboraram os planos de contingência para as emergências em saúde pública, bem como os protocolos e procedimentos relacionados às enchentes, secas, dengue e leptospirose.

103. Para a capacitação dos recursos humanos, a SVS, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com apoio da RSPA e da Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB, Centro Colaborador da OPAS/OMS em situações de emergência química), desenvolveram um curso de treinamento sobre a resposta a eventos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares. O curso foi oferecido nos 12 estados-sede das partidas da Copa do Mundo para fortalecer a ação na saúde, inclusive a vigilância epidemiológica, o monitoramento ambiental, a promoção da saúde, a assistência de saúde e os procedimentos laboratoriais.

104. Aproveitando essas iniciativas, a RSPA e o Brasil estão desenvolvendo uma plataforma de ensino à distância para disponibilizar os cursos sobre emergências e desastres em locais remotos, particularmente na Amazônia.

Capítulo VI. Funções institucionais e capacitação

Fortalecimento da cooperação centrada nos países

105. Uma avaliação da implementação da Política de Cooperação Centrada nos Países das Américas da OMS foi realizada durante o período de junho a dezembro de 2013, e foram apresentadas recomendações para fortalecer o foco da Organização nos países. Essa avaliação foi a segundo do gênero para a RSPA. Uma avaliação anterior havia sido empreendida em 2003 quando foi criada a unidade de apoio aos países. A avaliação mais recente desencadeou importantes ações de acompanhamento.

106. Em janeiro de 2014, em conformidade com as recomendações do relatório de avaliação, a unidade de apoio aos países foi renomeada Escritório de Coordenação de Países e Sub-regiões (CSC) e reestruturada para refletir adequadamente suas funções analíticas e estratégicas e para alinhar-se melhor ao plano de implementação de alto nível da reforma da OMS.

107. A Organização tem orgulho de seu longo histórico de contribuição para a cooperação técnica entre os países (CTP), particularmente através de sua versão de cooperação triangular. Também promoveu com êxito e apoiou a cooperação Sul-Sul. Consciente de que tanto a cooperação internacional em saúde como o conceito de cooperação técnica entre países em desenvolvimento evoluíram com o tempo, tornando-se um conceito mais amplo de cooperação entre países e parcerias horizontais, em outubro de 2013, os Estados Membros da OPAS aprovaram uma nova política e uma resolução sobre a Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas. A RSPA começou a implementação dessa política com o estabelecimento de uma força-tarefa para a cooperação entre os países no desenvolvimento da saúde e também empreendeu uma avaliação de sua CTP durante o período 2008-2013. Houve recomendações para tornar essa modalidade de CT mais estratégica, promovendo mecanismos complementares de desenvolvimento da saúde e cooperação, de modo a continuar o progresso da agenda de saúde regional e mundial.

108. Essa modalidade mais ampla aproveitará melhor o conhecimento especializado em desenvolvimento da saúde e gerará novos modelos para trabalhos de colaboração futuros, particularmente para enfrentar os desafios associados à agenda de desenvolvimento pós-2015. A RSPA é singularmente qualificada para liderar essa nova modalidade de cooperação técnica, haja visto sua já antiga função de congregar os principais interessados da região na saúde pública.

Desafios para a cooperação técnica sub-regional

109. Os processos e as entidades de integração sub-regionais nas Américas têm uma longa história, remontando a meados do século XX. Esses processos e entidades representam agrupamentos políticos de países através dos quais os Estados Membros da OPAS discutem temas em conjunto, compartilham experiências e colaboram

mutuamente. Dada a importância de seu poder político e decisório, e o fato de que oferecem uma oportunidade significativa de fortalecimento da cooperação técnica, ao longo dos anos, a RSPA explorou e implementou diferentes mecanismos para interagir e cooperar com esses processos.

110. Um grande desafio adiante consiste em otimizar a cooperação técnica sub-regional da Repartição de modo a maximizar seu impacto e contribuir para processos de integração mais eficazes e eficientes, já que os Estados Membros se organizam em grupos que atravessam as tradicionais sub-regiões geográficas. A estratégia de cooperação técnica sub-regional da OPAS deve, portanto, aproveitar as oportunidades para trabalhar estrategicamente com esses processos de integração, evitando, no entanto, a duplicação de esforços e assegurando uso eficaz dos recursos limitados.

Cooperação técnica em legislação da saúde

111. A legislação em saúde é uma ferramenta de importância crescente para promover equidade na saúde e acesso aos bens e serviços de saúde, bem como para proteger e promover o direito à saúde. As áreas específicas em que a RSPA deve concentrar seus esforços incluem o controle do tabagismo de controle, alimentos saudáveis, ambientes seguros e saudáveis, saúde dos trabalhadores e direitos de grupos vulneráveis.

112. Durante o período do relatório, a RSPA organizou reuniões técnicas regionais e sub-regionais sobre legislação de saúde na América Central, na América do Sul e no Caribe. Mais de 150 participantes dos ministérios da saúde, órgãos legislativos e judiciais, escritórios de direitos humanos, comunidade acadêmica, organismos internacionais e organizações da sociedade civil discutiram a formulação e a revisão das leis e regulamentações da saúde, produzido uma série de recomendações para essa área de trabalho. Em seguimento, a RSPA trabalhará com os parceiros e por meio da cooperação Sul-Sul para prestar apoio aos esforços dos países para:

- elaborar ou revisar leis e regulamentações nacionais para a comercialização e o consumo de produtos nocivos e potencialmente nocivos, criação de ambientes saudáveis e promoção da nutrição saudável;
- eliminar as barreiras jurídicas ao acesso à saúde relacionadas à identidade de gênero, etnia e determinantes socioeconômicos da saúde;
- implementar e reformar a legislação existente, caso seja apropriado, de acordo com os instrumentos internacionais aplicáveis aos Estados Membros da OPAS, a fim de proteger o direito à saúde e os direitos humanos relacionados e promover a colaboração entre a saúde e as autoridades tributárias, os legisladores e outros setores;

- proporcionar treinamento e orientação aos funcionários da área de saúde, assim como juízes e legisladores sobre os aspectos relacionados à saúde e aos direitos humanos da legislação; e
- fortalecer as iniciativas legislativas em colaboração com organizações internacionais e regionais, universidades, sociedade civil e setor privado, caso seja apropriado.

113. A pedido dos Estados Membros, e para fortalecer sua cooperação técnica nessa área, a RSPA elaborou uma estratégia regional para legislação sobre saúde que será apresentada para aprovação no 53º Conselho Diretor da OPAS. Propõe, entre outras ações, a recompilação de dados e o desenvolvimento de novos bancos de dados, programas de treinamento, manuais e outras ferramentas para apoiar a reforma legislativa nos Estados Membros.

Sistema de informação para a gestão da RSPA (PMIS)

114. Durante o período do relatório, a Repartição continuou realizando o trabalho de desenvolver seu novo Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS), a fim de assegurar uma infraestrutura administrativa mais ágil e eficaz no futuro.

115. No final de 2013, a RSPA firmou vários contratos com diversos provedores de software em áreas como recursos humanos e gestão financeira, planejamento e orçamento, e de serviços de gestão de mudanças. A Repartição também recrutou gerentes de projeto externa e internamente, formou e treinou uma equipe de implementação do PMIS e preparou planos detalhados de trabalho, treinamento e gestão de mudanças. A fase de implementação, iniciada em janeiro de 2014, teve uma série de sessões de *design* conduzidas por um consultor externo com a participação do pessoal de recursos humanos e responsável pela folha de pagamento, a equipe do PMIS e outros, incluindo funcionários técnicos e administradores da representação nos países.

116. Espera-se que os primeiros componentes do sistema – para a gestão de recursos humanos e folha de pagamento – estejam em funcionamento pleno no final de 2014. O componente de gestão financeira deve estar operacional no final de 2015 e os módulos de planejamento e orçamento serão postos em prática em 2014 e 2015.

117. Quando plenamente implementado, o PMIS otimizará os processos e contribuirá para melhorar a eficiência, a transparência e a prestação de contas.

Promoção da ética na OPAS

118. O valor e a importância da ética na cultura organizacional da RSPA, assim como o papel crítico e a responsabilidade do pessoal com relação ao tema, foram reiteradas pela administração. Para apoiar essa ênfase, o Escritório de Ética lançou duas novas iniciativas para aumentar a conscientização do pessoal sobre as questões éticas. Essas iniciativas

incluem um novo programa de conflito de interesses e a nomeação de novos pontos focais dos países para o Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS (ICMS).

119. O novo programa de conflito de interesses foi criado para que os interesses privados do pessoal não interfiram com suas responsabilidades oficiais, nem enfraqueçam a integridade da Organização. O Escritório de Ética elaborou um questionário de declaração de interesses, que dará a oportunidade a um pessoal selecionado, que tem relações e atividades fora da OPAS, de revelar anualmente informações pertinentes que permitam ao Escritório de Ética identificar possíveis conflitos de interesses.

120. Pela primeira vez na história da OPAS, novos pontos focais do ICMS foram definidos em cada representação e centro da OPAS. Cada ponto focal assiste informal e confidencialmente os funcionários com dificuldades no local de trabalho ou com questões éticas, encaminhando o funcionário ao recurso pertinente do ICMS na sede para orientação e ação, conforme necessário.

121. Além disso, foi produzida uma série de folhetos informativos, abordando os temas específicos de conflito de interesses, atividades fora do emprego, e presentes e hospitalidade. Os folhetos, que serão distribuídos em breve, servem para lembrar ao pessoal as políticas da Organização, de maneira clara e sucinta, em áreas em que o pessoal enfrenta com maior frequência dilemas éticos.

Desafios da captação de recursos no futuro

122. A arrecadação de recursos para a cooperação em desenvolvimento vem sendo cada vez mais difícil para os países da América Latina e do Caribe, em grande parte países de renda média, portanto, é imperativo que a OPAS amplie sua base de apoio além de seus associados tradicionais, desenvolvendo novas abordagens para a mobilização de recursos. A RSPA terá de articular melhor a história notável da OPAS ao abordar potenciais parceiros e melhorar a capacidade do pessoal em toda a Organização de criar relações mais diversificadas com os investidores não tradicionais na área social e de saúde. Para tanto, foi definida uma nova Estratégia de Comunicação para a Organização com vistas a tornar a OPAS mais conhecida e atraente para potenciais parceiros.

123. O panorama de financiamento está mudando e existe uma variedade de atores influentes investindo na saúde e no desenvolvimento, o que agora exige métodos de participação inovadores e diferentes. A antiga Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação (PAHEF) foi revitalizada e renomeada como Fundação da OPAS. Seu novo nome e sua identidade renovada refletem a clara missão da Fundação e uma relação mais forte com a OPAS, sendo o seu parceiro filantrópico. É uma prioridade explícita da RSPA captar os recursos requeridos para fechar o déficit de financiamento e alcançar os objetivos do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, mediante a reestruturação e a redefinição de departamentos específicos e o recrutamento de pessoal novo com talentos relevantes, habilidades profissionais e competências de que a Organização agora necessita.

Conclusões

124. Os aspectos destacados neste relatório ilustram uma ampla variedade de ideias inovadoras, enfoques e ferramentas utilizadas na provisão de nossa cooperação técnica durante o último ano. O relatório também chama a atenção para alguns desafios enfrentados pela Repartição no trabalho com os Estados Membros, em curto e médio prazos, que exigirão novas abordagens para a cooperação técnica. Podemos prever um ambiente de cooperação técnica em evolução, conforme os Estados Membros continuam a fortalecer sua própria capacidade de liderança na saúde pública, novos atores entram no campo da cooperação internacional em saúde e os doadores mudam suas prioridades, ou suas condições financeiras mudam. A agenda inconclusa dos ODM exigirá esforços redobrados para alcançar as metas dos ODM que ainda não foram cumpridas no âmbito regional, nacional ou subnacional, ao mesmo tempo assegurando que a saúde continue a ser um tema central na agenda de desenvolvimento pós-2015. Aliadas a esses fatores há as transformações sociais, econômicas, ambientais, geopolíticas, científicas e tecnológicas que estão impulsionando a mudança, de uma maneira que repercutirá fundamentalmente no trabalho da Organização.

125. Todos esses desafios salientam a necessidade crítica de se aplicarem abordagens inovadoras para financiar e administrar as operações da RSPA e para adaptar seus programas às necessidades dos Estados Membros, tanto individualmente como coletivamente. Mantendo a abordagem de envolver a sociedade como um todo e o governo como um todo, que é essencial para enfrentar os desafios da saúde, a RSPA também precisará explorar novas parcerias em outros setores, com outros organismos bilaterais e multilaterais e com possíveis parcerias inexploradas nas Américas e mais além.

126. À medida que a Organização inova e se adapta à mudança, deve também fortalecer suas realizações passadas e a forte tradição de solidariedade pan-americana que as tornou possível. A OPAS desempenha um papel central nas Américas na erradicação, eliminação e interrupção da transmissão de doenças. A meta recém-endossada de alcançar a cobertura universal da saúde reflete o compromisso contínuo da região com a obtenção de resultados pioneiros em saúde pública, mesmo diante de possibilidades intimidantes.

127. Olhando adiante, a liderança e o pessoal da RSPA continuam firmemente comprometidos com a excelência técnica, o aperfeiçoamento da eficiência e da eficácia da Organização e a captação de recursos necessários para facilitar e apoiar seus programas de cooperação técnica. A RSPA continuará trabalhando em estreita colaboração com os Estados Membros da OPAS, e sob sua orientação, para a realização das metas comuns de saúde pública que protegerão e melhorarão as vidas das pessoas nas Américas.

Siglas e abreviaturas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil)
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAREX	Exposição a carcinógenos
CDC	Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
CETESB	Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (Brasil)
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIIC	Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer
CLAP/SMR	Centro Latino-Americano de Perinatologia e Saúde da Mulher e Reprodutiva
COMISCA	Conselho dos Ministros da Saúde da América Central e República Dominicana
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
CSC	Escritório de Coordenação de Países e Sub-regiões
DNTs	doenças não transmissíveis
DRC	doença renal crônica
FMAM	Fundo para o Meio Ambiente Mundial
GCTH	Grupo de Colaboração Técnica Horizontal em Infecção pelo HIV/AIDS na América Latina e no Caribe
GRULAC	Grupo de Países da América Latina e Caribe
HIV	vírus da imunodeficiência humana
HPV	papilomavírus humano
ICMS	Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos
INCOSUR/Chagas	Interrupção de transmissão por transfusão de tripanossomíase americana
IPCAM	Iniciativa do México para o Controle da Transmissão por Transfusão e Vetores e a Atenção Médica à doença de Chagas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Brasil)
IRET	Instituto Regional de Estudos Toxicológicos (Costa Rica)
IVADEC-CIF	Ferramenta para avaliação de desempenho na comunidade— Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

OCHA	Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAHEF	Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação
PAI	Programa Ampliado de Imunização
PANAFTOSA	Centro Pan-Americano de Febre Aftosa
PHEFA	Programa Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa
PID	pessoa internamente deslocada
PMIS	Sistema de Informação para a Gestão da RSPA
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
PRAIS	Plataforma Regional sobre Acesso e Inovação para Tecnologias em Saúde
RedETSA	Rede de Avaliação de Tecnologia em Saúde das Américas
RII	registro informatizado de imunização
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSPA	Repartição Sanitária Pan-Americana
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde (Brasil)
SIP	Sistema de Informação Perinatal
SIS-KLOR	Sistema de Controle do Cloro Residual
SMS	serviço de mensagens curtas
SUS	Sistema Único de Saúde (Brasil)
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil)
TAR	Tratamento antirretroviral
TB	tuberculose
TICs	Tecnologias da informação e da comunicação
UIC	Unidade de Inspeção Conjunta do sistema das Nações Unidas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas

Agradecimentos

A Repartição Sanitária Pan-Americana agradece o apoio generoso de seus Estados Membros, assim como de organismos e instituições individualmente, a saber:

Fundação Bill e Melinda Gates
CDC Foundation
Colgate Palmolive Company
Conselho Nacional Pecuário
Comunidade econômica europeia
Aliança GAVI
Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária
International Development Research Center
Banco do Japão para Cooperação Internacional
Fundação da OPAS
RAD-aid Internacional
Sabin Vaccine Institute
Sanofi Espoir Foundation
Agência Sueca de Cooperação Internacional para o desenvolvimento
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
Fundação das Nações Unidas
Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários
Escritório das Nações Unidas para Redução de Riscos de Desastre
Fundo de Reserva das Nações Unidas para Segurança Humana
Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
World Diabetes Foundation

- - -