

54º CONSELHO DIRETOR

67ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

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

Tema 7.5 da agenda provisória

CD54/INF/5
10 de setembro de 2015
Original: inglês/espanhol*

RELATÓRIOS DE PROGRESSO SOBRE ASSUNTOS TÉCNICOS

ÍNDICE

A. Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco	2
B. Proposta de Plano regional decenal sobre saúde buco-dental para as Américas.....	6
C. Plano de ação sobre segurança viária	11
D. Prevenção e controle da dengue nas Américas.....	14
E. A doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central	19
F. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde nos sistemas de saúde	24
G. Situação dos Centros Pan-Americanos.....	30

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

A. IMPLANTAÇÃO DA CONVENÇÃO-QUADRO DA OMS PARA O CONTROLE DO TABACO

Antecedentes

1. O presente relatório apresenta uma atualização do progresso do controle do tabaco na Região das Américas, do período entre 30 de junho de 2013 (relatório CD52/INF/4) (1) a 30 de abril de 2015, no âmbito de duas resoluções, a CD48.R2 (2008), aprovada pelo 48º Conselho Diretor (2), e a CD50.R6 (2010), aprovada pelo 50º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (3).

Atualização sobre o progresso

2. Houve um aumento do número de Estados Partes da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Controle do Tabaco (CQCT), para 30 Estados Partes da Região das Américas com a ratificação de El Salvador (em outubro de 2014). O progresso na implementação dos mandatos da CQCT tem sido lento nos dois últimos anos.

3. No âmbito da vigilância, foi realizada uma nova rodada da Pesquisa Mundial de Tabagismo em Jovens em sete países e está em preparação em outros quatro países. A Pesquisa Mundial de Tabagismo em Adultos foi repetida no México e realizada pela primeira vez na Costa Rica. Cabe destacar que a Argentina, o Brasil e o Uruguai incluíram perguntas padronizadas sobre o tabagismo nas suas pesquisas nacionais.

4. O Chile e a Venezuela instituíram medidas destinadas a aumentar o preço dos produtos de tabaco como parte das respectivas reformas tributárias. Honduras, por sua vez, fez um ajuste no imposto específico do tabaco considerando a inflação, Dominica e Granada aumentaram o imposto especial sobre o consumo, que entrou em vigência durante 2015, e São Vicente e Granadinas e Santa Lúcia estão avançando os trabalhos em propostas neste sentido. Quanto ao comércio ilícito de produtos de tabaco, o Protocolo sobre Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco conta com seis Estados Partes e dois deles (Nicarágua e Uruguai) pertencem à Região.

5. Com relação aos ambientes livres da fumaça do tabaco, não foram aprovadas novas legislações, mas foi regulamentada a legislação no Brasil, que entrou em vigência em dezembro de 2014.

6. A Jamaica, o Suriname e Trinidad e Tobago regulamentaram legislação sobre pacotes e etiquetas dos produtos de tabaco, com advertências gráficas relativas à saúde, enquanto que vários outros países fizeram a substituição por novas imagens durante o biênio. Até o momento, todos os Estados Partes que ainda não adotaram o artigo 11 da CQCT ultrapassaram a data-limite estipulada.

7. O Uruguai veio a se somar a outros quatro países que aprovaram a proibição total da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (além do Brasil, Colômbia, Panamá e Suriname). Ao fim deste biênio, os 22 países que não cumpriram com este artigo terão ultrapassado a data-limite estipulada na CQCT para sua aplicação.

8. Persiste a situação de interferência da indústria tabagista contra as políticas de controle do tabaco.

9. A Repartição Sanitária Pan-Americana continua prestando apoio técnico, tanto na redação como no processo de aprovação e implementação de legislação para o controle do tabaco, bem como em sua defesa dos ataques da indústria. Manteve a ajuda aos Estados Partes e ao Secretariado da CQCT nas comunicações realizadas entre as reuniões da Conferência dos Estados Partes. Organizou-se um seminário regional preparatório à Sexta Reunião da Conferência dos Estados Partes, com o apoio financeiro do Panamá. Por último, o Secretariado apresentou um *amicus curiae*, que foi aceito em 18 de março deste ano, no arbítrio solicitado pela Philips Morris contra o Uruguai, perante o Centro Internacional de Arbitragens de Diferenças Relativas a Investimentos (CIADI), uma instituição pertencente ao Grupo do Banco Mundial.¹

Medidas recomendadas para melhorar a situação

10. Reiteram-se as recomendações feitas no relatório de progresso de 2013 (documento CD52/INF/4) com ênfase especial para que:

- a) as Partes considerem a ratificação do Protocolo sobre Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, aprovado pela Quinta Reunião da Conferência dos Estados Partes da CQCT da OMS, se ainda não o ratificaram;
- b) Argentina, Cuba, Estados Unidos da América, Haiti e República Dominicana considerem a ratificação da CQCT da OMS;
- c) os Estados Membros considerem a possibilidade de implementar os quatro “best buys” relacionados ao controle do tabaco a fim de alcançar a meta do Sistema de Vigilância Mundial do Tabaco de reduzir em 30% a prevalência do consumo de tabaco até 2025, se ainda não o fizeram;
- d) os Estados Membros considerem a incorporação do tema do controle do tabaco na agenda de todos os organismos das Nações Unidas em nível de país, bem como em todos os projetos dos Marcos de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento (MANUD)² (4, 5).

¹ <http://www.iareporter.com/>

² Em seguimento à Declaração política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Prevenção e do Controle de Doenças Não Transmissíveis, e em cumprimento à resolução do Conselho Econômico e Social (ECOSOC) de julho de 2012.

Intervenção do Conselho Diretor

11. Solicita-se que o Conselho Diretor tome nota do presente relatório de progresso e faça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Aplicação do Convênio-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2013 (documento CD52/INF/4-D) [consultado em 21 de março de 2015]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22612&Itemid=270&lang=pt
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Convênio Básico da OMS para Controle do Tabaco: oportunidades e desafios para sua implementação na Região das Américas [Internet]. 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS, 2010 (Resolução CD48.R2) [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48.r2-p.pdf>
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Fortalecimento da capacidade dos Estados Membros para implementar as disposições e as diretrizes da Convenção-Quadro da OMS para o controle do tabaco [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS; 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1º de outubro de 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2010 (Resolução CD50.R6) [consultado em 3 de março de 2013]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/424/CD50.R6-p.pdf?sequence=4>
4. Nações Unidas. Declaração política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e o Controle das Doenças Não Transmissíveis [Internet]. Assembleia Geral das Nações Unidas, Sexagésimo-sexto período de sessões; 19 a 20 de setembro de 2011; Nova York, Estados Unidos. Nova York: ONU; 2011 (projeto de resolução A/RES/66/2) [consultado em 4 de março de 2013]. Disponível em espanhol em: <http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/documents.shtml>.
5. Nações Unidas, Conselho Econômico e Social. Projeto de resolução apresentado pelo vice-presidente do Conselho, Luis Alfonso de Alba (México), com base em consultas oficiosas. Coerência no trabalho de controle do tabaco ao nível de todo o sistema das Nações Unidas [Internet]. Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, período

de sessões de 2012; 2 a 27 de julho de 2012; Nova York, Estados Unidos. Nova York: ECOSOC; 2012 (documento E/2012/L.18) [consultado em 4 de março de 2013].

Disponível em espanhol em:

<http://www.un.org/es/ecosoc/docs/insessiondocs.shtml>.

B. PROPOSTA DE PLANO REGIONAL DECENAL SOBRE SAÚDE BUCO-DENTAL PARA AS AMÉRICAS

Antecedentes

1. A finalidade deste documento é informar aos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre a evolução alcançada em cumprimento à Resolução CD47.R12, o Plano Regional Decenal sobre Saúde Buco-Dental para as Américas (“o Plano”), adotado em 2006 (1). A Resolução objetiva que os Estados Membros reconheçam que a saúde bucal é um aspecto fundamental das condições de saúde geral, devido ao seu peso na morbidade geral e à associação com fatores de risco para doenças não-transmissíveis (DNTs), e pode ser implementado através de intervenções custo-efetivas para prevenção de doenças.
2. A Resolução CD47.R12 solicita que os Estados Membros apoiem três metas— integração da saúde bucal às estratégias da atenção primária à saúde (APS), maior acesso à assistência e extensão e consolidação de programas bem-sucedidos como a fluoretação, e a prestação de serviços de atenção à saúde bucal comprovadamente custo-efetivos, como, por exemplo, Procedimentos para Tratamento Restaurador Atraumático (técnica de restauração atraumática¹). A resolução também solicitou aos Estados Membros que trabalhassem de maneira multidisciplinar com outros interessados diretos, incluindo o setor privado, a comunidade acadêmica e a sociedade civil.
3. Para manter os Órgãos Diretivos informados sobre os avanços na Região para alcançar essas metas, foi solicitada a apresentação de relatórios sobre o progresso. As informações atualizadas são fornecidas a seguir, juntamente com uma descrição das três metas e seus objetivos complementares.

¹ PTRÁ (ou Procedimentos para Tratamento Restaurador Atraumático) é um método simples de tratamento da cárie dentária que é considerado um meio custo-efetivo de redução das iniquidades em serviços de atenção à saúde bucal. Envolve a remoção de tecido amolecido, desmineralizado, seguindo-se a restauração do dente com ionômero de vidro que libera flúor. Também conhecido como Técnica de Restauração Atraumática (TRA).

Atualização do progresso alcançado

Metas	Objetivos	Status
<p>1. Assegurar nível essencial e básico de acesso à atenção à saúde bucal para todos ao responder a lacunas na atenção aos grupos mais vulneráveis</p>	<p>1. Reduzir as infecções bucais em grupos vulneráveis</p> <p>2. Aumentar o acesso à atenção à saúde bucal para grupos vulneráveis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 56 levantamentos nacionais de saúde bucal indicaram um marcado declínio (35%-85%) na prevalência de cárie dentária, atribuído principalmente a programas de fluoretação (2). • 34 Estados Membros tiveram um escore de CPO-D² médio ≤ 3 em crianças com 12 anos de idade (23 destes países alcançaram escores ≤ 2); somente um país recebeu escore >5. A <i>Caries Free Communities Initiative</i> (CFCI), uma colaboração entre diversos parceiros lançada em 2009, apoia intervenções custo-efetivas e aumentou a cobertura dos serviços para as populações mais vulneráveis nas Américas. A CFCI inclui 37 coordenadores nacionais de saúde bucal, 17 faculdades de odontologia, 12 associações de odontologia e duas empresas privadas de saúde. A colaboração fornece evidências e promove ações para aperfeiçoar os programas de saúde bucal em nível nacional e local em toda a Região (3).
<p>2. Integrar a atenção à saúde bucal aos serviços de atenção primária à saúde</p>	<p>1. Integrar os programas de saúde bucal às estratégias de atenção primária</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os países da Região relatam ter políticas institucionais para integrar a saúde bucal às estratégias da APS. • Com a inclusão da saúde bucal na declaração política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre as DNTs, outros esforços estão sendo feitos pelos Estados Membros para integrar de maneira sustentável a saúde bucal aos programas de APS e defini-la como um fator de risco para DNTs (4-6). • Com o apoio do setor privado, um plano em vários países conhecido como SOFAR³ está em curso até 2016 em nove países para melhorar ainda mais a saúde bucal das crianças e reduzir os fatores de

² CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) é uma unidade de medida (escore) que descreve a quantidade de cáries em uma população. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda um escore CPO-D ≤ 3 para a população com 12 anos de idade.

³ SOFAR (*Salud Oral y Factores de Riesgo* ou Saúde Bucal e Fatores de Risco) compreende a integração horizontal da saúde bucal à APS ao *a*) promovê-la e incorporá-la como parte integral da de áreas da APS, como saúde da família e saúde perinatal (por exemplo, incluir a aplicação de verniz com flúor no calendário de vacinação) e *b*) enfatizar a má saúde bucal como um fator de risco para a saúde geral.

		risco em comum para DNTs usando abordagens multidisciplinares.
3. Expandir as intervenções comprovadamente custo-efetivas—plano plurianual para programas de fluoretação nas Américas e ampliação da cobertura de saúde bucal com tecnologias simples	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer a capacidade do país de permitir a expansão de programas de fluoretação 2. Expandir a cobertura da saúde bucal usando tecnologias custo-efetivas e simples 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os países da Região têm programas de fluoretação eficazes em diferentes etapas de amadurecimento e com diferentes níveis de sustentabilidade. • A fluoretação do sal foi reconhecida como um estudo de caso importante em saúde global sustentável (7). • De acordo com as diretrizes atuais de ingestão de sal, os procedimentos de enriquecimento do sal estão sendo examinados. • A TRA é reconhecida como um modelo de boa prática por todos os países da Região e foi expandida em 20 países. • Quase 126 milhões de pessoas se beneficiarão com a expansão inicial do SOFAR.

Desafios

- a) Alcançar o reconhecimento da saúde bucal como prioridade de saúde pública permanece sendo um desafio que continua difícil, apesar da conexão demonstrada entre saúde bucal e saúde sistêmica e do custo-efetividade de intervenções de saúde bucal.
- b) Incentivar ações para melhorar a saúde bucal e alinhá-la e integrá-la com sistemas de APS para modificar os fatores de risco para DNTs.
- c) Alcançar uma resposta eficaz em nível nacional à tendência recente de aumento do câncer bucal associado ao papilomavírus humano (HPV).

Ações necessárias para melhorar a situação

4. As seguintes ações são necessárias para melhorar a situação:
 - a) Reconhecer que a saúde bucal é prioridade e parte essencial da saúde geral e que tem impacto direto sobre a qualidade de vida da população em envelhecimento.
 - b) Continuar a fortalecer a capacidade dos trabalhadores da APS para melhorarem a saúde bucal e integrarem a saúde bucal à APS de maneira sustentável.
 - c) Responder às implicações do estado da ciência do câncer bucal associado ao HPV para pesquisas futuras e política de saúde pública na Região.
 - d) Preparar um novo plano de ação, com a finalização deste, para manter os avanços em saúde bucal na Região.

Ação pelo Conselho Diretor

5. O Conselho Diretor é convidado a registrar o relatório de progresso e a fornecer as recomendações pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Proposta de Plano Regional Decenal sobre Saúde Buco-Dental para as Américas [Internet]. 47º Conselho Diretor da OPAS, 58ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2006; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2006 (Resolução CD47.R12) [consultado em 3 de dezembro de 2014]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/372/CD47.r12-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas: edição de 2012. Panorama regional e perfis de países [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2012 [consultado em 3 de dezembro de 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=pt
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Salud en las Américas: edición del 2007. Vol 1 – Regional [Internet]. Washington (DC): PAHO; c2007 (PAHO Scientific and Technical Publication No. 622) [consultado em 3 de dezembro de 2014]. Disponível em espanhol em: <http://www1.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Front%20Matter.pdf>
<http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/health-americas-2007-vol-1.pdf>
4. Pan American Health Organization. (Pan American Forum for Action on NCDs). Report of the first meeting of the Pan American forum: from declaration to multi-stakeholder action on NCDs [Internet]. First Meeting of the Pan American Forum; 8 a 9 de maio de 2012; Brasília (Brasil). Brasília: OPS; 2012 [consultado em 3 de dezembro de 2014]. Disponível em inglês em: http://www.paho.org/panamericanforum/wp-content/uploads/2012/07/PAF_First_Meeting_Final_Report.pdf
5. Cohen L, Estupinan-Day S, Buitrago C, Ferro Camargo MB. Confronting the global NCD epidemic through healthy smiles. *Compen Contin Educ Dent*. 2012 Oct;33(9):649-650, 652.
6. Nações Unidas. Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Reunión de Alto Nivel de la 66.ª Asamblea General sobre la Prevención y

el Control de las Enfermedades No Transmisibles; 19 a 20 de setembro de 2012; New York. New York: UN; 2011 (Resolução A/RES/66/2). Disponível em espanhol em: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2&referer=/english/&Lang=S

7. Levine R. Case studies in global health: millions saved. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publishers; 2007. 172 p.

C. PLANO DE AÇÃO SOBRE SEGURANÇA VIÁRIA

Antecedentes

1. Neste relatório, são considerados os avanços obtidos quanto à segurança viária na Região das Américas desde outubro de 2011 até dezembro de 2014, sucessivamente à resolução CD51.R6 do 51º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (1, 2).

Atualização sobre o progresso

2. Este relatório de progresso se baseia no relatório mundial de segurança viária (3), com informação complementar recebida dos escritórios nos países.

3. Houve um aumento no número de países que contam com um organismo responsável pela coordenação das medidas de promoção da segurança viária. Além dos 25 países que se encontravam na linha de base, há mais dois (Colômbia e Paraguai) que, neste período, estabeleceram um organismo para segurança viária.

4. O número de países que aprovam leis fixando o nível de álcool no sangue para condutores em $\leq 0,05$ g/dl (concentração de álcool no sangue) aumentou. O número de países que haviam fixado este limite era de 10 e, agora, passaram a 15. O Chile é exemplo de um dos países que reduziram o limite ao máximo de 0,03 g/dl.

5. Em comparação ao parâmetro, dois países, México e Panamá, aprovaram leis para a velocidade, com limites nas zonas urbanas de ≤ 50 km/h, e existe a possibilidade de que as autoridades locais possam estabelecer limites mais baixos.

6. Destaca-se um importante progresso conseguido pelos países devido à aprovação de leis para o uso obrigatório do cinto de segurança para todos os ocupantes de veículos: de 20 países que se encontravam no parâmetro, agora, o número está em 32. Alguns exemplos dos países que melhoraram suas leis estão: Cuba, Equador, Guatemala, Honduras, Paraguai, São Vicente e Granadinas e Venezuela.

7. Houve progresso na aprovação de leis para o uso obrigatório do capacete para todos os ocupantes de motocicletas: de 12 países no parâmetro, em 2011, atualmente, este número está em 30; dentre esses, as leis melhoraram na Argentina, Bolívia e Nicarágua.

8. Argentina, Cuba, Equador, Peru e Uruguai melhoraram as leis quanto ao uso obrigatório dos sistemas de retenção infantil.

9. Houve melhoras nas políticas nacionais para promover o transporte público seguro na Argentina, em Cuba, na Guatemala, na Jamaica, no Panamá, no Peru e no Uruguai.

10. Os países que promovem a atenção pré-hospitalar para as vítimas de traumatismos resultantes de incidentes no trânsito eram 22 no parâmetro, aos que agora se somam mais três países: El Salvador, Jamaica e Peru, e, com isso, o número chega a 25.

11. Não se observaram progressos na melhoria da qualidade dos dados sobre as vítimas de traumatismos resultantes de incidentes no trânsito. As sub-regiões andinas, Mesoamérica e o Cone Sul apresentam altas porcentagens de mortes classificadas como “outras causas ou não específica” (48%, 34% e 20%, respectivamente). É evidente que há a necessidade urgente de se melhorar os registros e a classificação das mortes devido a incidentes no trânsito nestas sub-regiões.

12. A atenção à mobilidade e à segurança dos usuários não é uniforme em todas as sub-regiões. Como exemplo, apenas 14 países possuem políticas de separação de espaços seguros para ciclistas na infraestrutura rodoviária em algumas cidades.

13. Para medir se há progressos no tema da revisão técnica de todas as frotas veiculares, não há informação disponível na base de dados da OPAS, nem na base de dados de outra instituição regional.

14. A maioria dos países contam com programas de controle do cumprimento do que foi aprovado nas leis referentes aos fatores de risco e ao uso de equipamentos protetores, mas poucos países avaliam como eficazes os níveis de aplicação das leis.

Ação necessária para a melhora da situação

15. Reiteram-se as recomendações para que os países estabeleçam comitês consultivos ou organismos nacionais que coordenem a segurança viária, proporcionando-lhes a autoridade necessária e os recursos para promover, implementar e assegurar o cumprimento das leis e medidas de segurança viária aprovadas (4).

16. É necessário que os Estados Membros considerem o estabelecimento de um sistema de vigilância nacional ou fortaleçam os existentes para melhorar a qualidade dos dados sobre os grupos e sobre as zonas de maior risco de traumatismos causados por incidentes no trânsito (4), as revisões das frotas veiculares e a implementação das estruturas legais, entre outros.

17. É importante que os Estados Membros assegurem que as leis e os regulamentos estabeleçam claramente como sua implementação, seu cumprimento e seguimento serão realizados, e se defina qual é a entidade responsável (5).

Intervenção do Conselho Diretor

18. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota do presente relatório de progresso e formule as recomendações que considere pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para segurança viária [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 á 30 de setembro de 2011; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS 2011 (documento CD51/7, Rev. 1) [consultado em 27 de fevereiro de 2015]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14662&Itemid=
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para segurança viária [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 á 30 de setembro de 2011; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS 2011 (resolução CD51.R6) [consultado em 27 de fevereiro de 2015]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15084&Itemid=
3. Organização Mundial da Saúde. Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2013: apoyo al decenio de acción [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado em 27 de fevereiro de 2015]. Disponível em espanhol em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83798/1/WHO_NMH_VIP_13.01_spa.pdf?ua=1
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Dados sobre a segurança viária na região das Américas, 2013 [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2013 [consultado em 27 de fevereiro de 2015]. Disponível em espanhol em:
<http://www.paho.org/seguridadvial>
5. Organização Mundial da Saúde. Fortalecimiento de la legislación sobre seguridad vial: manual de prácticas y recursos para los países [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado em 27 de fevereiro de 2015]. Disponível em espanhol em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128039/1/9789243505107_spa.pdf?ua=1&ua=1

D. PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE NAS AMÉRICAS

Antecedentes

1. Diante do aumento de casos de dengue nas Américas e do fato de os programas nacionais de controle da dengue serem predominantemente verticais com o uso de inseticidas como principal estratégia, em 2001, foi elaborado e apresentado um plano de ação detalhado para enfrentar a situação (1). Em 2003, foi implementada a *Estratégia de gestão integrada para prevenção e controle da dengue* nas Américas (EGI-Dengue), embasada inicialmente em cinco componentes (atenção ao paciente, vigilância epidemiológica, laboratório, manejo integrado de vetores e comunicação social) e posteriormente foi incorporado o componente de meio ambiente (2, 3). O processo de implementação da EGI-Dengue foi gradual em cada sub-região e em 35 países ou territórios, sendo realizada a avaliação em 22 (realizaram-se duas avaliações no Brasil e duas no México). Foi formado um grupo técnico internacional de especialistas em dengue (GT-Dengue internacional) que proporciona apoio técnico aos países e territórios em cada um dos componentes da EGI-Dengue (3). Em 2007, foi aprovada a Resolução CSP27.R15 que reitera aos países e territórios que fortaleçam a implementação da EGI-Dengue e realizem a avaliação sistemática (4).

2. A situação epidemiológica da dengue continua extremamente complexa e instável. Entre 2000 e 2014 foram registrados 14,2 milhões de casos e 7.000 mortes causadas pela dengue. A incidência manteve uma tendência crescente, em parte devido a melhorias nos sistemas de vigilância epidemiológica e notificação dos países na Região. No entanto, a incidência em 2014 (193,7 casos por 100 mil habitantes) teve uma redução de 31% em comparação à incidência média dos últimos cinco anos (282,4 casos por 100 mil habitantes) e uma redução de 57% em comparação somente com 2013 (455,9 casos por 100 mil habitantes) (5). Atualmente, 70% dos casos de dengue registrados na Região ocorrem no Brasil, Colômbia e México. Os quatro sorotipos do vírus da dengue circulam nas Américas, o que aumenta o risco de casos graves (resposta imunológica secundária) (6-8). No entanto, cabe assinalar que, nos últimos cinco anos, foi registrada uma redução no percentual de casos graves, de forma mais acentuada nos últimos dois anos, o que reflete uma clara tendência de queda (5). Há uma relação direta entre a queda no número de casos graves e as melhorias na qualidade e acesso à assistência médica ao nível primário (sinais de alerta), constatada nas avaliações realizadas nos países.

Atualização sobre o progresso

3. A implementação da EGI-Dengue tem permitido aos países e territórios contar com uma sólida ferramenta metodológica para a prevenção e o controle da dengue.

4. Foi realizada a revisão, atualização, adaptação e publicação para as Américas do guia clínico da Organização Mundial da Saúde (OMS) para assistência de pacientes com

dengue, aliado a um processo de capacitação e treinamento por parte de especialistas do GT-Dengue do pessoal médico e paramédico nos diversos níveis de atenção de saúde dos países (9, 10).

5. Após a implementação dos novos guias clínicos, houve queda na taxa de letalidade da dengue nas Américas e estima-se que 3.300 mortes foram evitadas entre 2011 e 2014.¹ A 2ª edição do guia clínico (2015) está em vias de publicação e traz novos elementos para o manejo dos casos da dengue em gestantes, recém-nascidos e idosos, bem como para a reorganização dos serviços de saúde durante surtos, entre outros.

6. Foi criada uma rede de laboratórios para o diagnóstico da dengue nas Américas (RELDA), por meio da qual se faz periodicamente a transferência aos países e territórios de tecnologia e conhecimentos para a aplicação de métodos atualizados de diagnóstico da dengue, moleculares e sorológicos, com o apoio dos centros colaboradores da OMS (CCOMS) para dengue.

7. Nos últimos cinco anos, foi possível manter a notificação periódica de dados da dengue de 50 países e territórios (5). Está em desenvolvimento um sistema genérico de vigilância epidemiológica integrada que se baseia em definições e indicadores padronizados e integra elementos entomológicos e ambientais na análise. Além disso, abrange a vigilância em áreas sentinela, com o propósito de caracterizar melhor a história e o curso da doença, bem como o seu manejo nos sistemas de serviços em cada país. Este sistema está em fase de validação em vários países e territórios. Também existem trabalhos para estimar a carga econômica da dengue em vários países.

8. Em maio de 2014, foi realizada uma revisão do nível de conhecimento sobre a dengue nos últimos 10 anos (11), com a participação de acadêmicos, setor privado, CCOMS, países e territórios e organizações não governamentais. Esta análise permitiu confirmar que a EGI-Dengue é a melhor estratégia disponível bem como fortalecer seu modelo operacional com a Estratégia global para prevenção e controle da dengue 2012-2020 da OMS (12).

Medidas necessárias para melhorar a situação

9. Maior progresso na consolidação do modelo da EGI-Dengue como ferramenta metodológica nos países e territórios para a prevenção e o controle da dengue.

10. Garantir apoio político e recursos financeiros e humanos para a implementação sustentável da EGI-Dengue.

11. Atrair a participação de outros setores do governo, ministérios, meio acadêmico, setor privado, comunidade e família a fim de dar uma resposta integrada aos determinantes socioambientais implicados na transmissão da dengue, pois ela não é um

¹ Estimado com base em um aumento anual da letalidade de 0,018% (aumento da letalidade entre 2009 e 2010).

problema exclusivo do setor da saúde. Demonstrou-se que o analfabetismo, a baixa cobertura de saneamento e rede de esgoto e a pobreza em geral estão relacionados com alta incidência e transmissão da doença.

12. Continuar promovendo e impulsionando políticas públicas que atuem nos determinantes socioambientais da transmissão da dengue para minimizar o risco de infecção.

13. Melhorar e fortalecer a capacidade e a qualidade da assistência médica em todos os países e territórios, com foco no manejo clínico de casos ao nível de atenção primária, a fim de evitar a evolução a formas graves da doença, já que ainda persistem dificuldades no manejo dos casos.

14. Desenvolver e implementar novos modelos operacionais de trabalho para o controle do vetor.

15. Acompanhar o desenvolvimento e a avaliação de novas tecnologias para o controle e a prevenção da doença que possam ser introduzidas na prática, como vacina contra a dengue, geração de mosquitos transgênicos, uso de bactérias do gênero *Wolbachia* e novas armadilhas de oviposição, entre outros (13-15).

Intervenção do Conselho Diretor

16. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota do presente relatório e faça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção e controle da dengue [Internet]. 43º. Conselho Diretor da OPAS, 53ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 24 a 28 de setembro de 2001; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2001 (documento CD43/12) [consultado em 25 de fevereiro de 2015]. Disponível em: http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd43_12-p.pdf.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Dengue [Internet]. 44º. Conselho Diretor da OPAS, 55ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 22 a 26 de setembro de 2003; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2003 (documento CD44/14) [consultado em 25 de fevereiro de 2015]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-14-p.pdf>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Dengue [Internet]. 44º. Conselho Diretor da OPAS, 55ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 22 a 26 de setembro de 2003; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2003 (resolução CD44.R9) [consultado em 25 de fevereiro de 2015]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-r9-p.pdf>.

4. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção e controle da dengue nas Américas [Internet]. 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 1 a 5 de outubro de 2007; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2007 (resolução CSP27.R15) [consultado em 25 de fevereiro de 2015]. Disponível em:
<http://www1.paho.org/portuguese/gov/csp/csp27.r15-p.pdf>
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Informação regional da dengue: número de casos [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2015 [consultado em 25 de fevereiro de 2015]. Disponível em espanhol em: www.paho.org/dengue.
6. Guzmán MG, Kourí G, Valdés L, Bravo J, Vázquez S, Halstead SB. Enhanced severity of secondary dengue-2 infections: death rates in 1981 and 1997 Cuban outbreaks. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* [Internet]. 2002 [consultado em 25 de fevereiro de 2015];11(4):223-7. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000400003&lng=en&nrm=iso y en:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000400003>
7. Libraty DH, Endy TP, Houngh H-SH, Green S, Kalayanarooj S, Suntayakorn S, et al. Differing influences of virus burden and immune activation on disease severity in secondary dengue-3 virus infections. *J Infect Diseases* [Internet]. 2002 [consultado em 25 de fevereiro de 2015];185(9):1213-1221. Disponível em:
<http://jid.oxfordjournals.org/content/185/9/1213.full>
8. Guzman MG, Alvarez M, Halstead SB. Secondary infection as a risk factor for dengue hemorrhagic fever/dengue shock syndrome: an historical perspective and role of antibody-dependent enhancement of infection. *Arch Virol* 2013; 158(7):1445-1459 [consultado em 25 de fevereiro de 2015]. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23471635>
9. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde (Programa Especial para la Investigación y Capacitación de Enfermedades Tropicales). Dengue guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Nova edição. [Internet]. La Paz: OPAS/OMS; 2010 [consultado em 25 de fevereiro de 2015]. Disponível em espanhol em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789995479213_spa.pdf
10. OPAS. Dengue. Guías de atención para enfermos en la región de las Américas [Internet]. La Paz: OPAS; 2010 [consultado em 25 de fevereiro de 2015]. Disponível em espanhol em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=11239&lang=es

11. Organização Pan-Americana da Saúde. Últimos adelantos técnicos en la prevención y el control del dengue en la Región de las Américas. Informe de reunión [Internet]. Reunión: Últimos adelantos técnicos para la prevención y control del dengue en las Américas; 28 a 29 de maio de 2014, Washington, (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2014 [consultado em 25 de fevereiro de 2015]. Disponível em espanhol em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=27234&lang=es
12. Organização Mundial da Saúde. Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020 [Internet]. Genebra: OMS; 2012 [consultado em 24 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75303/1/9789241504034_eng.pdf
13. Sabchareon A, Wallace D, Sirivichayakul C, Limkittikul K, Chanthavanich P, Suvannadabba S, et al. Protective efficacy of the recombinant, live-attenuated, CYD tetravalent dengue vaccine in Thai schoolchildren: a randomised, controlled phase 2b trial. *The Lancet*. 2012;380(9853):1559-1567.
14. Noor Afizah A, Lee H. Wolbachia-based strategy for dengue control—the way forward. *Dengue*. 2013;37:107.
15. Sim S, Cirimotich CM, Ramirez JL, Souza-Neto JA, Dimopoulos G. 22 Dengue virus—mosquito interactions and molecular methods of vector control. *Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever*. 2014:425.

E. A DOENÇA RENAL CRÔNICA EM COMUNIDADES AGRÍCOLAS DA AMÉRICA CENTRAL

Antecedentes

1. Nas duas últimas décadas, na sub-região centro-americana, tem sido notificado um número crescente de casos de pessoas que sofrem da doença renal crônica (DRC) e falecem por essa causa. Entre esses casos, foi notificado um tipo de DRC cuja etiologia não está relacionada com as causas mais frequentes da DRC, como o diabetes melito e a hipertensão arterial. Esse tipo de doença renal crônica não tradicional, ou de causas não tradicionais ou ainda não conhecidas (doravante DRCnT), apresenta uma frequência maior do que a observada na Região das Américas e tem uma tendência crescente (1). Reconhecendo essa situação, os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovaram a resolução [CD52.R10](#) (2013) *Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Centra*¹ durante seu 52.º Conselho Diretor (2). O presente relatório apresenta os avanços obtidos na execução dessa resolução.

Análise do progresso alcançado

2. Avançou-se na definição de caso clínico e caso epidemiológico da DRCnT, bem como no estabelecimento de mecanismos funcionais para fortalecer a vigilância epidemiológica. A OPAS — em cooperação com os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), a Sociedade Latino-americana de Nefrologia e Hipertensão (SLANH), a Secretaria Executiva do Conselho de Ministros da Saúde da América Central e a República Dominicana (SE-COMISCA), além de representantes dos Ministérios da Saúde da América Central — elaborou uma proposta de definição de caso para a vigilância epidemiológica e de caso clínico e, juntos, revisaram o documento sobre harmonização de procedimentos para melhorar a notificação e a qualidade do registro das mortes pela DRC. A Rede Latino-americana e Caribenha para o Fortalecimento dos Sistemas de Informação em Saúde (RELACSYS), da OPAS/OMS, tem conseguido uma melhoria na cobertura e qualidade das informações sobre a mortalidade, a padronização das definições e a formulação de uma proposta para a implementação dos novos códigos que figurarão na Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição (CIE-11).

3. Embora não se tenha chegado a um consenso para a formulação da agenda regional de pesquisas, os países avançaram na realização de estudos, publicação de artigos, incorporação da DRCnT à agenda nacional de pesquisas e participação em pesquisas. A *MEDICC Review (International Journal of Cuban Health and Medicine)* dedicou um número especial ao tema (3). Neste período, fortaleceu-se a colaboração entre a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) e os Centros Colaboradores em

¹ Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá.

saúde ocupacional e ambiental da OPAS/OMS,² que incluíram a DRCnT como parte de suas atividades de apoio. Além disso, foi constituída uma rede de colaboração para a pesquisa sobre a epidemia: o Consórcio da Epidemia da Nefropatia na América Central e México (CENCAM) (4). Embora a etiologia permaneça desconhecida até agora, a comunidade científica chegou a um consenso sobre a caracterização da doença, considerando que a DRCnT é essencialmente ocupacional e, portanto, é indispensável fortalecer a promoção da saúde ambiental e ocupacional a fim de alcançar a prevenção da doença.

4. Os avanços em saúde ambiental e ocupacional foram escassos, mas destacam-se a atualização da estrutura legal para o controle dos pesticidas em El Salvador, que proibiu o uso de 53 ingredientes ativos de alta toxicidade (5), e a aprovação do novo regulamento nacional de saúde e segurança no trabalho na Guatemala, que abrange aspectos relacionados à prevenção da DRC (6). A Guatemala também está trabalhando na alteração do regulamento sobre o manejo de pesticidas caseiros.

5. Os países organizaram atividades de capacitação na abordagem intersetorial de riscos relacionados com o ambiente, a toxicologia clínica e a metodologia de avaliação de riscos. A RSPA, junto com os Centros Colaboradores da OPAS/OMS em saúde ocupacional e ambiental já mencionados, está elaborando protocolos para a análise de situação e a implementação de intervenções preventivas e corretivas nos ambientes de trabalho. Ademais, a RSPA implementou um curso tutorial online com especialistas regionais sobre o diagnóstico, tratamento e prevenção das intoxicações agudas pelos pesticidas (7).

6. Há alguns avanços na incorporação da atenção integral da DRC nos serviços de saúde, entre eles o desenvolvimento de guias de atenção clínica para pacientes com DRC na atenção primária, a atualização das normas nacionais e o desenvolvimento de serviços de prevenção e atenção integral da DRC, com ênfase na atenção primária. Dois países, El Salvador e Nicarágua, notificaram avanços no estabelecimento de marcos legais e regulatórios para a doação e os transplantes de órgãos e tecidos.

7. A RSPA concluiu uma revisão de medicamentos essenciais e tecnologias para o tratamento da DRC, para possível inclusão na lista do Fundo Estratégico da OPAS (8). A OPAS consolidou a demanda desses medicamentos; no entanto, com a exceção das insulinas, os Estados Membros não têm utilizado o Fundo para adquirir tais medicamentos.

8. A RSPA continuou seus esforços em matéria de cooperação técnica para incluir o tema do acesso e da cobertura de transplantes para o tratamento da DRC, inclusive na reunião de alto nível da Rede/Conselho Ibero-americano de Doação e Transplantes, organizada no Panamá, em novembro de 2014, e as reuniões do COMISCA XXXVIII e

² O Instituto Regional de Estudos em Substâncias Tóxicas (IRET), Costa Rica; o Instituto Nacional de Saúde Público de Quebec (INSP Quebec), Canadá, e os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e seu Instituto Nacional para a Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH).

XL, organizadas na Costa Rica e na República Dominicana em junho de 2013 e junho de 2014, respectivamente.

Medidas necessárias para melhorar a situação

9. É importante concluir, em caráter de urgência, a formulação da agenda regional de pesquisas sobre o tema e identificar recursos para fazer dois tipos de estudos fundamentais para orientar a prevenção: *a)* estudos de etiologia e *b)* estudos de pesquisa operacional sobre a eficácia das intervenções.

10. É crucial que, tão logo se tenha chegado a um acordo sobre as definições de caso para a vigilância da DRCnt (caso suspeito, caso clínico e a codificação da mortalidade), os países desenvolvam e usem uma plataforma padronizada de vigilância e compartilhem periodicamente as informações sobre a vigilância acordadas. Além disso, é necessário manter os esforços para desenvolver e fortalecer os registros de diálise e transplante renal, e reforçar a vigilância da saúde ambiental e ocupacional.

11. Os Estados Membros devem fazer, em caráter de urgência, uma análise da resposta integral à DRC, desde o compromisso estabelecido para avançar até o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. É necessário analisar como se incorpora a DRC ao conjunto de serviços integrais universais, levando em consideração não apenas a atenção clínica à doença, mas também a promoção e a prevenção.

12. Como a DRCnt é essencialmente ocupacional, é necessária uma ação intersetorial imediata para abordar os fatores de risco e os determinantes sociais da saúde claramente relacionados com esse problema e identificar ações que permitam promover a saúde ambiental e ocupacional a fim de alcançar a prevenção da doença.

13. As estimativas disponíveis indicam que o custo do tratamento da DRC é muito alto e que o financiamento e a sustentabilidade dos serviços de saúde estarão influenciados, em grande parte, pela capacidade dos países de implementar medidas de prevenção da DRC. O custo estimado da diálise por paciente oscila entre US\$ 355³ e US\$ 2.249 no setor público (9) e o custo mensal dos imunodepressores por paciente transplantado varia entre US\$ 725 e US\$ 4.250 (9). Nesses países, o gasto total per capita em saúde (público + privado) oscila entre US\$ 144 e US\$ 951, e o gasto per capita em saúde do governo oscila entre US\$ 78 e US\$ 710 (10). É necessário fazer estudos da relação custo--benefício para embasar os processos de expansão e sustentabilidade do acesso ao tratamento, bem como explorar opções para negociar preços melhores, no contexto dos planos e políticas de saúde dos países.

14. É necessário fortalecer a capacidade resolutiva dos níveis locais para a atenção integral à DRC, inclusive uma maior capacidade dos recursos humanos para o manejo da

³ Salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias no presente documento são expressas em dólares dos Estados Unidos.

diálise peritoneal e da hemodiálise, os protocolos de atenção e as intervenções de saúde mental, a fim de apoiar não somente os pacientes, mas também a família à sua volta.

Intervenção do Conselho Diretor

15. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota do relatório e formule as recomendações que considere pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central [Internet] 52.º Conselho Diretor. 65ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2013 (documento CD52/8) [consultado em 15 de janeiro de 2015]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22778&Itemid=270&lang=pt.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central [Internet] 52.º Conselho Diretor. 65ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2013 (resolução CD52.R10) [consultado em 15 de janeiro de 2015]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23349&Itemid=270&lang=pt.
3. Enfermedad renal crónica azota comunidades agrícolas *MEDICC Review* [Internet]. abril de 2014 [consultado em 15 de janeiro de 2015]; Selecciones 2013, abril de 2014. Disponível em espanhol em: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=32>.
4. Consorcio de la Epidemia de la Nefropatía en Centroamérica y México. Red de colaboración del CENCAM. Costa Rica: CENCAM; 2012 [consultado em 15 de janeiro de 2015]. Disponível em inglês em: <http://www.regionalnephropathy.org/>.
5. Decreto 453, Ley sobre Control de Pesticidas, Fertilizantes y Productos para uso agropecuario. Ministerio de Agricultura y Ganadería. El Salvador. 2014. A ser publicado.
6. Reglamento nacional de salud y seguridad laboral. Acuerdo Gubernativo número 229-2014. Diario de Centro América. Guatemala, 2014. [consultado em 15 de janeiro de 2015]. Disponível em espanhol em: <http://elexsa.com/assets/2013/11/Acuerdo-Gubernativo-N%C3%BAmero-229-2014.pdf>.

7. Organização Pan-Americana da Saúde; Campus Virtual de Salud Pública. Curso virtual con expertos/as regionales sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de las intoxicaciones agudas por plaguicidas, versión 2015 [Internet]. Washington (DC): OPS y CVSP; 2015 [consultado em 12 de janeiro de 2015]. Disponível em espanhol em: <http://www.campusvirtualesp.org/?q=es/node/10406/>.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Fondo estratégico de la OPS [Internet]. Washington (DC): OPS, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, Unidad de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias; 2014 [atualizado em 23 de julho de 2014; consultado em 12 de janeiro de 2015]. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1159&layout=blog&Itemid=452&lang=es
9. Sistema de la Integración Centroamericana. Costos de diálisis e inmunosupresores. En: Donación y trasplante de órganos y tejidos humanos. XXXVIII Reunión Ordinaria del Consejo de Ministerios de Salud de Centroamérica y República Dominicana; San José, Costa Rica; 27 e 28 de junho de 2013. San José: SICA/COMISCA; 2013.
10. World Health Organization. Global Health Expenditure Database [Internet]. Geneva: OMS; c2014 [consultado em 9 de janeiro de 2015]. Disponível em inglês em: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

F. AVALIAÇÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Antecedentes

1. Em setembro de 2012, na 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana (CSP), os Estados Membros foram pioneiros ao aprovar pela primeira vez uma resolução sobre a avaliação e incorporação das tecnologias em saúde nos sistemas de saúde. Com a resolução CSP28.R9, adotou-se um documento de política inovador que propõe vincular a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) aos processos decisórios relativos à incorporação dessas tecnologias aos sistemas de saúde (1). A resolução teve impacto mundial. Em 2013, os países da SEARO¹ adotaram uma resolução sobre a ATS (2) e, em 2014, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a resolução WHA67.23 sobre esse mesmo tema (3). A resolução CSP28.R9 também reconhece a importância da Rede de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas (RedETSA), criada em 2011 e cuja secretaria é exercida pela OPAS, e insta os países a participar ativamente da referida rede. No presente relatório aos Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), são apresentados os avanços obtidos na Região na aplicação da resolução CSP28.R9.

Atualização sobre o progresso alcançado

2. Nos últimos anos, houve avanços claros na institucionalização da avaliação de tecnologias em saúde na Região, tanto em âmbito regional como nacional. Entre os países que avançaram nesse tema, cabe mencionar a: a) Argentina, com a criação de uma rede nacional, a RedARETS, a consolidação de uma unidade coordenadora, a UCEETS, e o reconhecimento do IECS como o Centro Colaborador da OMS; b) Brasil, com o fortalecimento de uma Comissão Nacional, CONITEC, e a ampliação de uma rede nacional, REBRATS, com mais de 75 instituições; c) Colômbia, com o fortalecimento de um instituto nacional, o IETS; d) Chile, com a criação de uma Comissão Nacional sobre a ATS.

3. Para conhecer a situação da ATS na Região, foi feito um mapeamento² por meio do qual foram obtidas informações de 28 países. No mapeamento,³ observa-se que os avanços no uso da ATS são claros. Em 12 países da Região, há unidades, comissões ou institutos para a ATS. De acordo com as respostas dos países, a Região conta com

¹ Consulte a lista de siglas no fim do documento.

² O mapeamento foi dividido em dois componentes: diagnóstico das capacidades de ATS e processos decisórios. Foram feitas entrevistas com funcionários-chave dos Ministérios da Saúde, instituições de avaliação de tecnologias em saúde e outras instituições acadêmicas e de saúde entre 2014 e princípios de 2015. Foi recebido um total de 147 respostas de 28 países.

³ A pesquisa de processos decisórios foi elaborada como parte do projeto “Advance-HTA”, em conjunto com a EASP, a LSE e a NICE; já a pesquisa sobre capacidades de ATS foi elaborada pelos países da RedETSA, com base em uma pesquisa de um mapeamento feito no Mercosul.

76 instituições que levam a cabo algum tipo de atividade relacionada com a ATS. Dessas instituições, 49% se encontram na esfera estatal e 34% são instituições acadêmicas.

4. Sete países⁴ informaram que já contam com leis que, de alguma maneira, exigem o uso da ATS nos processos decisórios. No continente, além da legislação, a vinculação real entre a tomada de decisões e as conclusões da ATS é muito diversa. Com base nas respostas recebidas, pode-se afirmar que as conclusões da ATS sempre são levadas em conta para a tomada de decisões apenas no Brasil. Em contraste, sete países⁵ informaram que as decisões são tomadas sem se referir à ATS. Os demais países⁶ notificaram que usam a ATS para apoiar a tomada de decisões com diferentes níveis de frequência.

5. Outras conclusões importantes do mapeamento são: *a)* produção significativa de documentos⁷ sobre a ATS, com destaque, nesse sentido, para Argentina, Brasil, Canadá e Colômbia; *b)* uso elevado de relatórios sobre a ATS elaborados fora do próprio país para a tomada de decisões; *c)* amplo uso de guias metodológicos entre os países da RedETSA e, em contraste, uso inexistente entre os que não pertencem à Rede e *d)* pouca consideração dos aspectos éticos e de igualdade como critérios explícitos na tomada de decisões.

6. Apesar dos grandes avanços, os resultados do mapeamento mostram uma grande heterogeneidade. Embora haja países que conseguiram importantes resultados, por outro lado, há países sem nenhuma institucionalização da ATS. Nos países do Caribe, por exemplo, o nível de aplicação da ATS continua sendo baixo. Por outro lado, em sete países⁸ do Caribe, comissões ou estruturas encarregadas da seleção de produtos da lista de medicamentos essenciais poderiam servir como ponto de partida para o estabelecimento de unidades de avaliação de tecnologias em saúde.

7. No plano regional, os principais fatores limitantes ou obstáculos destacados quanto à aplicação da ATS foram a carência de recursos humanos qualificados, a necessidade de orçamento ou financiamento, a escassa inclusão da ATS como ferramenta na tomada de decisões e a falta de acesso a bases de dados.

8. Levando em consideração a necessidade de capacitação na Região, o início do primeiro curso sobre a ATS no Campus Virtual da OPAS foi um progresso muito importante. Em setembro de 2014, com o apoio do IECS da Argentina, foi iniciado o curso virtual com aulas sobre “Introdução à Avaliação de Tecnologias em Saúde e Avaliações Econômicas”. No total, 352 pessoas, de 19 países, solicitaram a inscrição no curso, mas só foi possível aceitar 47 participantes de 16 países.

⁴ Bermuda, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Suriname e Uruguai.

⁵ Barbados, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Sint Maarten e Trinidad e Tobago.

⁶ Argentina, Bermuda, Bolívia, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Jamaica, Paraguai, Peru, República Dominicana, Santa Lúcia, Suriname, Uruguai e Venezuela.

⁷ Os países notificaram uma produção de aproximadamente 3.900 documentos sobre a ATS desde 2010.

⁸ Antígua e Barbuda, Dominica, Granada, Jamaica, Suriname, Trinidad e Tobago, e Turks e Caicos.

9. A colaboração por meio de redes desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento da ATS. A RedETSA cresceu desde sua criação (atualmente, está integrada por 26 instituições de 14 países)⁹ e tem contribuído para o fortalecimento da ATS na Região. Além do mapeamento das capacidades e processos decisórios, outros resultados importantes foram alcançados: a Rede permitiu a criação de um espaço para o intercâmbio de informações mediante a consolidação da comunidade de práticas¹⁰ na PRAIS, ao habilitar um espaço virtual para intercambiar relatórios, abordar temas de interesse e fazer consultas sobre tecnologias específicas. Além disso, foram organizados oito encontros e oficinas para considerar diversos temas como o papel da ATS para a cobertura universal de saúde e a interação das ATS e das regulamentações dos países. Em novembro de 2014, na Cidade do México, ocorreu o encontro mais recente da RedETSA, organizado em colaboração com a OPAS e o Centro Nacional de Excelência Tecnológica em Saúde (CENETEC), em conjunto com o 10º Fórum Nacional de Tecnologias para a Saúde. Também se destaca a colaboração com outras redes regionais de ATS, como a EUnetHTA e a HTAsiaLink, bem como com a Rede mundial INAHTA, que, nos últimos anos, tem registrado um aumento significativo na afiliação de países da Região.¹¹

10. Tem se avançado na adoção de um enfoque integrado para a ATS em apoio à tomada de decisões, que inclua a avaliação, a seleção, a incorporação e o uso racional. A primeira experiência de aplicação desse enfoque foi realizada nos países do Caribe, em 2013. No mesmo sentido, uma Direção de ATS e uso racional está em processo de criação no Paraguai, a primeira a integrar ambos os temas na Região. Ademais, o desenho de um curso integrado de seleção, ATS e uso racional está em andamento no Campus Virtual da OPAS.

11. O uso racional das tecnologias é um elemento essencial na aplicação da abordagem integrada e tem conseguido avanços significativos, como a adoção, em 12 países, de mecanismos padronizados para a elaboração de guias de prática clínica.

Ações necessárias para melhorar a situação

12. Entre as ações para diminuir as brechas existentes e para melhorar a situação dos países da Região quanto à utilização da ATS como ferramenta para apoiar a tomada de decisões, destacam-se:

- a) A ampliação da RedETSA: considerando a brecha notável na utilização da ATS nos países que não pertencem à Rede, os países da América Central e do Caribe

⁹ Argentina, Brasil, Bolívia, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, México, Paraguai, Peru e Uruguai.

¹⁰ Atualmente, está integrada por 63 participantes pertencentes às organizações que formam a RedETSA e conta com cerca de 150 documentos.

¹¹ A INAHTA, criada em 1993, conta atualmente, entre seus membros, com 13 instituições de oito países da região (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Estados Unidos, México e Uruguai). Desde 2012, foram incorporadas instituições da Argentina, Brasil, Colômbia e Uruguai.

que não fazem parte da Rede¹² constituem uma prioridade para essa ampliação. Os dados obtidos no mapeamento servem como linha de base para orientar esses esforços.

- b) A elaboração de uma estratégia de capacitação contínua: levando em consideração a grande demanda por capacitação na Região, faz-se necessária uma estratégia que contemple as diferentes necessidades dos países, inclusive a formação para a análise e a elaboração de relatórios sobre a ATS, bem como atividades de conscientização dos responsáveis pela tomada de decisões. A oferta de vagas no Campus Virtual será ampliada a fim de responder de forma mais adequada a essa demanda.
- c) Fortalecimento dos vínculos entre as avaliações e a tomada de decisões: o fraco vínculo existente entre a ATS e a tomada de decisões na Região torna prioritária a execução de atividades tendentes a fortalecer esse vínculo, tanto no nível legislativo como fático.
- d) Elaboração de ferramentas que respaldem os países na aplicação da ATS em seus processos decisórios: está sendo desenvolvida uma caixa de ferramentas relevantes para a tomada de decisões,¹³ que será de maior utilidade para os países que se encontrem em uma etapa prematura da aplicação da ATS.
- e) Aprofundamento do intercâmbio de informações relacionadas com a ATS entre os países da Região: apesar do progresso na produção de documentos sobre a ATS, é necessário ampliar sua acessibilidade a todos os países. A base de dados da RedETSA está em estágio de desenvolvimento e conterá os relatórios sobre a ATS e as decisões sobre a incorporação de tecnologias de todos os países. Além disso, está sendo elaborado um projeto de intercâmbio de estadias curtas de profissionais entre as instituições da RedETSA.
- f) Promoção da priorização das avaliações em função das necessidades nacionais e regionais, considerando aspectos éticos e de equidade: a incorporação desses elementos permitirá a adoção mais ampla da ATS nos processos de tomada de decisões.

Intervenção do Conselho Diretor

13. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota do presente relatório de progresso e formule as recomendações que considere pertinentes.

¹² Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Dominica, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, Nicarágua, Panamá, República Dominicana, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Santa Lúcia, Trinidad e Tobago, e Venezuela.

¹³ Elaborada pela OPAS e outras instituições como parte do projeto Advance-HTA.

Lista de siglas

Sigla	
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (<i>Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías en el Sistema Único de Salud</i>)
EASP	Faculdade Andaluz de Saúde Pública
EUnetHTA	European Network for Health Technology Assessment (Rede Europeia de Avaliação de Tecnologias em Saúde)
HTAsiaLink	Asian Health Technology Assessment Network (Rede Asiática de Avaliação de Tecnologias em Saúde)
IECS	Instituto de Eficácia Clínica e Sanitária
IETS	Instituto de Avaliação Tecnológica em Saúde
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment (Rede Internacional de Agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde)
LSE	London School of Economics and Political Science (Faculdade de Economia e Ciências Políticas de Londres)
NICE	UK National Institute for Health and Care Excellence (Instituto nacional para a Saúde e a Excelência Clínica, Reino Unido)
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Red brasileña de evaluación de las tecnologías sanitarias)
RedARETS	Rede Argentina Pública de Avaliação de Tecnologias em Saúde
RedETSA	Rede de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas
SEARO	Região do Sudeste Asiático (OMS)
UCEETS	Unidade Coordenadora de Avaliação e Execução de Tecnologias em Saúde

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde nos Sistemas de Saúde [Internet]. 28^a Conferência Sanitária Pan-Americana. 64^a sessão do Comité Regional da OMS para as Américas; 17 a 21 de setembro de 2012; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2012 (resolução CSP28.R9) [consultado em 27 de fevereiro de 2015]. Disponível em:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18920&Itemid=270&lang=pt

2. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage [Internet]. Sixty-sixth Session of the WHO Regional Committee for South-East Asia, 11 a 13 de setembro de 2013; Nova Délhi, Índia. Nova Delhi: SEARO; 2013 (documento SEA/RC66/R4) [consultado em 27 de fevereiro de 2015] Disponível em inglês em:
http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/rc_66_report.pdf?ua=1
3. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias en apoyo de la cobertura sanitaria universal [Internet]. 67ª Asamblea Mundial da Saúde; 19 a 24 de maio de 2014; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2014 (resolução WHA67.23) [consultado em 27 de fevereiro de 2015]. Disponível em espanhol em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf#page=23

G. SITUAÇÃO DOS CENTROS PAN-AMERICANOS

Introdução

1. Este documento foi elaborado em resposta ao mandato dos Corpos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de fazer avaliações e exames periódicos dos Centros Pan-Americanos, e informar sobre assuntos institucionais ou avanços técnicos de importância estratégica para a Organização.

Antecedentes

2. Os Centros Pan-Americanos têm sido uma modalidade importante de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) há quase 60 anos. Nesse período, a OPAS criou ou administrou 13 centros,¹ eliminou nove e transferiu a administração de deles para os seus próprios órgãos diretores. No presente documento, apresentam-se informações estratégicas atualizadas sobre o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME).²

Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA)

3. A OPAS tem exercido a liderança continental para abordar a convergência da saúde humana e a saúde animal e ambiental no campo das zoonoses, da inocuidade dos alimentos e da segurança alimentar mediante a eliminação continental da febre aftosa. A PANAFTOSA ocupa uma posição excepcional nesse sentido em virtude da sua ampla rede formal e informal nas áreas da saúde pública e da saúde animal, que compreende entidades governamentais, acadêmicas e dos sectores privado e filantrópico, organizações sem fins lucrativos e organismos internacionais. Dessa forma, o Centro participa da análise do risco causado pelas doenças dos animais que poderiam constituir eventos de saúde pública de importância internacional, contribuindo com a aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (2005).

4. As diretrizes políticas e estratégicas atuais para a cooperação técnica da Organização em matéria de saúde pública veterinária foram definidas pelo “Consenso de Santiago do Chile”,³ produto do diálogo interministerial no nível político e técnico entre

¹ CLATES, ECO, PASCAP, CEPANZO, INPPAZ, INCAP, CEPIS, Programa Regional de Bioética do Chile, CAREC, CFNI, CLAP, PANAFTOSA e BIREME.

² Nesta ocasião não se considerou necessário incluir informações sobre o Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) porque não houve mudanças desde o último relatório.

³ Centro Pan-Americano de Febre Aftosa da Organização Pan-Americana da Saúde. Consenso de Santiago do Chile [Internet]. 16a Reunião Interamericana em Nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura, 26 e 27 de julho de 2012; Santiago, Chile. Rio de Janeiro (Brasil): OPAS/PANAFTOSA; 2012 [consultado no dia 14 de fevereiro de 2014]. Disponível em (em espanhol): [http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/dmdocuments/RIMSA16\(INF5\)%20Consenso%20esp.pdf](http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/dmdocuments/RIMSA16(INF5)%20Consenso%20esp.pdf).

saúde e agricultura durante a 16^a Reunião Interamericana em Nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 16). Além disso, ao anunciar a segurança dos alimentos como tema para o Dia Mundial da Saúde 2015, A Diretora-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizou a necessidade de empreender um esforço mundial coordenado e de colaboração com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) para assegurar a inocuidade dos alimentos em todas as etapas da cadeia alimentar.

Progresso recente

5. A cooperação técnica de PANAFTOSA é realizada como parte do trabalho do Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde (CHA) e está a cargo de uma equipe técnica localizada no Brasil (Rio de Janeiro e Minas Gerais), dois assessores de saúde pública veterinária em países das sub-regiões andina e do Caribe, e de um assessor principal na sede. Recentemente, foram alcançados resultados importantes na melhoria da saúde com igualdade, por meio de atividades voltadas para a promoção da inocuidade dos alimentos, a segurança alimentar, a eliminação de zoonoses prioritárias e a prevenção de mortalidade e deficiências decorrentes de emergências sanitárias, que contribuem para as categorias 1 e 5 do Plano Estratégico da OPAS 2014–2019.

6. Com relação à inocuidade dos alimentos, tem se conseguido uma maior participação dos líderes e responsáveis pelas decisões sobre esse tema, em decorrência da campanha do Dia Mundial da Saúde 2015. Com isso, a OPAS foi posicionada como a instituição de referência nessa matéria. Continuou-se o trabalho de fortalecer as redes regionais e aumentou-se o número de instituições da Região que participam ativamente da prevenção de doenças de transmissão alimentar (a saber, a Rede Interamericana de Laboratórios de Análise de Alimentos [RILAA], a Rede Mundial de Infecções Transmitidas pelos Alimentos [GFN, na sigla em inglês] e a rede PulseNet da América Latina e Caribe). Colabora-se ativamente com as cinco linhas estratégicas do Plano de Ação Mundial sobre a Resistência Antimicrobiana, em particular, no aumento da conscientização e da compreensão da resistência aos antimicrobianos, a melhoria da base científica por meio da vigilância e da pesquisa e a otimização do uso de medicamentos antimicrobianos na saúde animal.

7. Quanto às zoonoses, o Centro está executando um plano de ação para a erradicação da raiva transmitida pelo cão no plano regional⁴ mediante a prestação de cooperação técnica aos países nas áreas de diagnóstico laboratorial, profilaxia após a exposição à raiva, gestão de programas, definição de indicadores de vigilância, promoção da erradicação da raiva no âmbito mundial e incorporação da vacina antirrábica para cães

⁴ Centro Pan-Americano de Febre Aftosa. Plano de Ação para a Eliminação da Raiva Humana transmitida por Perros [sic] [Internet]. 14^a Reunião dos Diretores de Programas Nacionais de Controle da Raiva na América Latina (REDIPRA 14), Lima, Peru, agosto de 2013. OPAS/PANAFTOSA; 2013 [consultado no dia 2 de fevereiro de 2015]. Disponível para consulta em:

https://www.google.com/url?q=http://www.paho.org/panaftosa/index.php%3Fgid%3D379%26option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download&sa=U&ei=oVeWVd2uMMqeNuCguvgH&ved=0CAgQFjAB&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNHE-EDpFSKXmMYRtMa2N2v2wnIwrQ

ao Fundo Rotativo da OPAS. Além da cooperação técnica relacionada com a raiva transmitida pelo cão, o PANAFTOSA oferece cooperação técnica aos países para a prevenção e o controle da raiva transmitida por morcegos.

8. Quanto a outras zoonoses, o Centro colabora com outras unidades da OPAS no fortalecimento das capacidades com relação à leptospirose, à leishmaniose e à febre amarela. O Centro também leva a cabo atividades de cooperação técnica para a vigilância e do controle da equinococose ou hidatidose em cinco países. Em 2014, foram iniciadas atividades de cooperação técnica para a prevenção e o controle da neurocisticercose, em cooperação com o Departamento de Controle de Doenças Tropicais Negligenciadas da OMS, a Unidade de Doenças Negligenciadas Tropicais e Transmitidas por Vetores e a Unidade de Saúde Mental.

9. Quanto à febre aftosa, pela primeira vez desde o estabelecimento do Centro em 1951, já passaram mais de três anos consecutivos sem nenhum caso notificado de febre aftosa. Trata-se de um resultado histórico para os países de todo o continente e para a OPAS/OMS. Os desafios enfrentados agora consistem em manter esse resultado à medida que se avança rumo ao continente livre da febre aftosa sem vacinação; continuar dando apoio aos países, em particular, na adoção de novas ferramentas de vigilância e resposta às emergências, e administrar mecanismos para enfrentar a crescente sensibilidade da população ao vírus da febre aftosa; além de fortalecer a política, a estratégia e os planos nacionais de erradicação da febre aftosa. Continua a prestação de cooperação técnica para fortalecer os programas nacionais de combate à febre aftosa e, como resultado, em 2014, Bolívia e Paraguai receberam da OIE o reconhecimento formal como países livres da febre aftosa. Em maio de 2015, foi a vez do Equador receber esse mesmo reconhecimento.

Acordos de cooperação e captação de recursos

10. Em 2015 continua vigente o Acordo de Cooperação Técnica para o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde do Brasil, firmado em 2012 entre a OPAS, representada pelo PANAFTOSA, e a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde do Brasil, cujo objetivo é reduzir a carga de zoonose e de doenças transmitidas por vetores, pela água e pelos alimentos na população humana. Além disso, foram firmados outros acordos financeiros e de cooperação técnica com diversas instituições, como a Fundação Merieux (França), o Wellcome Trust (Instituto Sanger); o Instituto Conjunto de Inocuidade dos Alimentos e Nutrição Aplicada (JIFSAN, na sigla em inglês); a Administração de Alimentos e Medicamentos e os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças, ambos dos Estados Unidos de América; o Fundo para a Aplicação de Normas e Fomento do Comércio (FANFC), da Organização Mundial do Comércio, e a Seção de Produtos Sanitários e Alimentação da *Health Canada*.

11. O PANAFTOSA conseguiu mobilizar contribuições voluntárias provenientes de fontes interessadas especificamente na erradicação da febre aftosa na América do Sul, que apoiam a cooperação técnica do Centro quanto à coordenação regional do Plano

Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA). Um exemplo é a Associação Coordenadora Nacional de Saúde Animal (ACONASA) do Paraguai, que renovou seu apoio financeiro ao fundo fiduciário estabelecido para facilitar as contribuições financeiras. Além disso, foram subscritos acordos de cooperação com organismos públicos de outros Estados Membros como o da Agência Equatoriana de Garantia da Qualidade do Agro (Agroqualidade) e o do Serviço Nacional de Qualidade e Saúde Animal (SENACSA), do Paraguai. Em consequência, os recursos financeiros ordinários proporcionados pela Organização ao centro foram canalizados para a cooperação técnica nas áreas das zoonoses e da inocuidade dos alimentos. A generosa contribuição do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Brasil (MAPA) continua a fazer face plenamente aos custos de manutenção do Centro.

Revisão da governança do PANAFTOSA

12. Em 2014, a delegação do Governo do Brasil sugeriu que fosse estudada a possibilidade de revisar o mecanismo de governança do PANAFTOSA. Em resposta a essa solicitação, a OPAS iniciará um processo de consultas com o Brasil e os demais Estados Membros no decorrer de 2015 e informará aos Órgãos Diretores os avanços e os resultados desse processo.

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

13. O BIREME é um centro especializado da OPAS/OMS fundado em 1967. Sua missão principal é prestar cooperação técnica aos Estados Membros da Organização em temas relacionados com a informação científica e técnica, e intercambiar conhecimentos e evidências que contribuam para o melhoramento contínuo dos sistemas de saúde, o ensino e a pesquisa.

14. O BIREME está subordinado ao Departamento de Gestão do Conhecimento, Bioética e Pesquisa (KBR) e conta com um plano bienal de trabalho (2014–2015) específico para o centro.

Progresso recente

15. Houve progresso ao nível regional no desenvolvimento da capacidade nacional para o fortalecimento dos sistemas de informação científica e técnica em saúde. No período em avaliação, foram realizadas mais de 150 atividades presenciais e virtuais de cooperação técnica, capacitação e promoção, entre elas cabe destacar:

- a) Seminário de atualização da plataforma tecnológica da Biblioteca Virtual em Saúde (para profissionais de 8 países: Argentina, Brasil, Bolívia, Honduras, Panamá, Peru, Uruguai e Venezuela);
- b) I Seminário regional da Plataforma ProEthos de gestão dos comitês de ética em pesquisa (para profissionais de 8 países: Argentina, Brasil, Colômbia, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras e Peru);

- c) curso online sobre a metodologia LILACS;
- d) curso de comunicação e redação científica.

16. Foi desenvolvido e lançado o Portal EvIDeNce em cooperação com a Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), sendo oferecidas aos países do Caribe evidências científicas em saúde organizadas de acordo com as necessidades desta sub-região.

17. Foram também ampliadas as ações de cooperação técnica entre a BIREME e a Sede da OPAS, tais como: *a)* desenvolvimento de buscas bibliográficas de acordo com as necessidades das áreas técnicas e programáticas; *b)* incorporação de dados ao Repositório Institucional da OPAS (OPAS-IRIS); *c)* desenvolvimento e hospedagem do Blog de Equidade da OPAS/OMS; *d)* apoio para a definição do modelo conceitual para a plataforma de cobertura universal de saúde; e *e)* elaboração de cursos regionais à distância integrados ao Campus Virtual em Saúde Pública.

Institucionalidade da BIREME

18. Desde o ano 2010, o BIREME tem como característica institucional a coexistência do quadro institucional anterior, na forma do Convênio de Manutenção e Desenvolvimento do Centro, firmado entre a OPAS/OMS e os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) do Brasil, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (S-SP) e a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), e do novo marco, na forma do Estatuto do BIREME, aprovado pelo 49º Conselho Diretor em setembro de 2009.

19. A sede física do centro se encontra no campus de São Paulo da Unifesp, em conformidade com o Convênio de Manutenção e Desenvolvimento do BIREME, do qual é signatária a universidade.

20. O Convênio de Manutenção e Desenvolvimento do BIREME venceu no dia 1º de março de 2015. Embora continuem as negociações para prorrogá-lo até 31 de dezembro de 2015, em particular com a Unifesp, que no segundo semestre de 2014 pediu a revisão das suas contribuições para o centro, uma nova prorrogação não foi assinada até o momento.

21. A estrutura de governança do BIREME compreende o Comitê Assessor Nacional (CAN), do quadro anterior, e os Comitês Assessor e Científico, do quadro novo. Os três comitês estão funcionando regularmente.

- a) O Comitê Assessor Nacional é formado pelos membros signatários do Convênio de Manutenção e Desenvolvimento do BIREME e se reúne duas vezes por ano. Nessas reuniões, são apresentados os resultados da cooperação técnica do BIREME com os países da Região, em particular com o Brasil. Em 2014, celebraram-se duas reuniões do CAN, no dia 15 de agosto e no dia 9 de dezembro. O MS esteve presente nas duas reuniões, a S-SP compareceu apenas à primeira delas, enquanto o MEC e a Unifesp não participaram de nenhuma das duas.

- b) O Comitê Assessor do BIREME é composto por dois membros permanentes, a OPAS e o Governo do Brasil, representado pelo Ministério da Saúde, e cinco membros não permanentes. A 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana elegeu Cuba, Equador e Porto Rico para integrar o Comitê Assessor por um mandato de três anos (2013–2015). O 53º Conselho Diretor elegeu o Panamá e Trinidad e Tobago para exercerem um mandato de três anos (2015–2017). Desde a sua criação, o Comitê Assessor se reuniu em cinco ocasiões, a última delas no dia 3 de dezembro de 2014. A sexta reunião está prevista para o fim de 2015. Durante a sua quinta sessão, o Comitê Assessor reafirmou seu apoio contínuo ao desenvolvimento institucional do Centro e, em particular, a urgência de implementar o novo marco institucional e assinar um acordo de sede, que assegure a transferência de recursos financeiros do MS para a manutenção regular do BIREME.
- c) O Comitê Científico é formado por cinco especialistas na área de informação sobre saúde, selecionados pelo Comitê Assessor. Os membros atuais desse comitê vêm do Brasil, Canadá, Honduras, Trinidad e Tobago, além de um representante da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*National Library of Medicine – NLM*) dos Estados Unidos. Até o momento, o Comitê Científico se reuniu em duas ocasiões, no dia 27 de julho de 2013 e no dia 14 de agosto de 2014. A terceira sessão do comitê está prevista para o segundo semestre de 2015.

22. Com o objetivo de fortalecer a aplicação do Estatuto do BIREME, aprovado pelos Estados Membros da OPAS/OMS, o Escritório do Subdiretor coordenou uma avaliação externa do centro. As respectivas recomendações foram apresentadas à Diretora e à Direção Executiva da Repartição Sanitária Pan-Americana em março de 2015.

23. Em 19 e 20 de agosto de 2015, o Diretor de Administração da OPAS realizou uma revisão administrativa da BIREME que incluiu uma atualização abrangente de vários processos de gestão do Centro.

Situação atual sobre os marcos institucionais

Acordo de sede no Brasil

24. Prosseguem as negociações sobre o acordo de sede, previsto no marco institucional do centro entre a OPAS e o Governo do Brasil, por intermédio do MS. A falta de um acordo de sede vigente limita a transferência dos recursos orçados pelo MS para o BIREME, a menos que se chegue a um acordo em torno de um instrumento jurídico provisório.

Acordo de instalações e funcionamento

25. Desde 2014, a OPAS/OMS vem mantendo negociações com a Reitoria da Unifesp, cujo marco de referência são os compromissos do Governo do Brasil com a

OPAS/OMS, o mandato dos Órgãos Diretores em conformidade com a resolução CD49.R5 e a necessidade de assegurar a cooperação técnica do BIREME com diferentes interessados dos países-membros, entre outros a Unifesp.

26. Em setembro de 2014, a Reitoria da Unifesp comunicou à Diretora da RSPA que a Universidade estava reconsiderando suas contribuições para a manutenção e desenvolvimento do BIREME, em especial com relação: *a)* à adaptação imediata do espaço físico ocupado pelo BIREME, o que implicaria reduzir suas instalações a um andar em vez dos quatro andares atuais, além do pagamento do aluguel correspondente, e *b)* à reintegração, à Unifesp, de 16 funcionários dessa universidade que trabalharam por muitos anos nas áreas administrativas e técnica do BIREME. Esses funcionários foram reintegrados à Unifesp no dia 1º de abril de 2015. O Diretor interino da BIREME programou realizar uma reunião com as autoridades da UNIFESP, em particular para discutir o item *a)* descrito anteriormente.

Desafios a curto prazo

27. Subscrever com urgência o acordo de sede entre o Governo do Brasil e a OPAS para o funcionamento do BIREME no território brasileiro, que permita garantir a transferência dos recursos necessários para o seu funcionamento.

28. Definir e formalizar a relação institucional futura com a Unifesp, em particular com relação à presença física do BIREME na Unifesp, a negociação de um acordo de instalações e funcionamento, bem como a redefinição dos objetivos da cooperação com a Unifesp, levando em consideração as expectativas da comunidade científica e acadêmica, e a cooperação internacional a cargo do BIREME.

29. Fortalecer a governança do BIREME mediante uma participação proativa do Comitê Assessor Nacional, Comitê Assessor e Comitê Científico nos temas da sua competência.

Intervenção do Conselho Diretor

30. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota do presente relatório de progresso e formule as recomendações que considere pertinentes.

- - -