



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 45º CONSELHO DIRETOR

### 56ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

*Washington, D.C., EUA, 27de setembro-1 de outubro 2004*

*Tema 5.7 da Agenda Provisória*

CD45/12 (Port.)

1 agosto 2004

ORIGINAL: INGLÊS

### **REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL: PERSPECTIVAS DA REGIÃO DAS AMÉRICAS**

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) está sendo revisto em conformidade com uma resolução adotada pela Assembléia Mundial da Saúde em 1995 (WHA48.7) para fazer face à ameaça representada pelo aparecimento e reaparecimento de doenças infecciosas e pelo aumento do risco de sua propagação internacional, causado especialmente pelo crescimento do transporte aéreo comercial e do comércio internacional. As experiências depois do aparecimento e rápida difusão internacional da síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2003 deram expressão concreta a essas ameaças e riscos e desafiaram o atual Regulamento a orientar adequadamente os parceiros internacionais em saúde pública para ações específicas a serem levadas a cabo.

Consultas com peritos e grupos de trabalho realizadas desde 1995 resultaram num consenso relativo à direção do processo de revisão do RSI. Eles propuseram critérios de notificação e possíveis ações de resposta para fazer face a “emergências de saúde pública de interesse internacional”, bem como a designação de um centro nacional como ponto de contato para assuntos relativos ao RSI. Em 2001, o 43º Conselho Diretor da OPAS adotou a Resolução CD43.R13, apoiando a revisão do RSI e instando os Estados Membros a participar ativamente no processo de revisão, tanto nacionalmente como através de sistemas de integração regional. A OPAS vem aproveitando com êxito as oportunidades oferecidas pelo Mercado Comum do Sul (Mercosul) e pelos países da Comunidade Andina para obter comentários sobre as modificações que estão sendo propostas.

Em 2004, foi organizado um extenso processo de consulta para chegar a um consenso em relação à primeira versão preliminar revista do RSI, distribuída aos Estados Membros em janeiro de 2004. Sessões de consulta sub-regionais foram realizadas entre abril e junho de 2004. A OMS consolidará a resposta de todas as Regiões e um grupo de trabalho intergovernamental reunir-se-á em Genebra em novembro de 2004 para redigir a versão definitiva do Regulamento Sanitário Internacional revisto, a ser apresentada à Quinquagésima Oitava Assembléia Mundial da Saúde em maio de 2005. Esse processo visa a assegurar que todas as questões essenciais dos Estados Membros com respeito a implicações de saúde pública do RSI revisto sejam abordadas de tal forma que suas obrigações possam ser cumpridas.

Este relatório de progresso é apresentado ao Conselho Diretor a título informativo.

## ÍNDICE

|   | <i>Página</i> |
|---|---------------|
| Antecedentes .....                                | 3             |
| Regulamento Sanitário Internacional Revisto ..... | 4             |
| Desafios.....                                     | 6             |
| Cooperação Técnica Regional .....                 | 7             |
| Futuras Atividades .....                          | 10            |
| Ação do Conselho Diretor .....                    | 11            |

## **Revisão do Regulamento Sanitário Internacional: Perspectivas da Região das Américas**

### **Antecedentes**

1. O propósito do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é assegurar a máxima segurança contra a propagação internacional de doenças com um mínimo de interferência no tráfego mundial. Suas origens remontam a meados do século XIX, quando epidemias de cólera varreram a Europa entre 1830 e 1847.
2. Em 14 de novembro de 1924, na VII Conferência Sanitária Pan-Americana em Havana, Cuba, os governos de 21 repúblicas americanas assinaram e ratificaram o Código Sanitário Pan-Americano (Código). Os objetivos do Código são: prevenção da propagação internacional de infecções transmissíveis; promoção de medidas de cooperação entre governos; estímulo ao intercâmbio de informações para melhorar a saúde pública e combater doenças; e a padronização de medidas empregadas nos pontos de entrada. O Código foi modificado pelo Protocolo Adicional ao Código Sanitário Pan-Americano (1952), que eliminou vários artigos.
3. Em 1948, a Constituição da OMS entrou em vigor e em 1951 os Estados Membros da OMS adotaram o Regulamento Sanitário Internacional, cujo nome em inglês foi alterado em 1969. O Regulamento foi modificado em 1973, com disposições adicionais para o controle do cólera, e em 1981, para excluir a varíola. O RSI visava originariamente a ajudar a monitorar e controlar seis doenças infecciosas graves: cólera, peste, febre amarela, varíola, febre recorrente e tifo. Atualmente, apenas o cólera, peste e febre amarela são doenças notificáveis.
4. A Assembléia Mundial da Saúde (WHA) solicitou a revisão do RSI em 1995 (Resolução WHA48.7), para abordar a ameaça representada pelo surgimento e ressurgimento de doenças infecciosas e o grande risco de sua propagação internacional causada, em particular, pelo crescimento do transporte e comércio aéreo. As experiências após o surgimento e rápida propagação internacional da síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2003 deu expressão concreta a essas ameaças e riscos, desafiando o atual Regulamento a orientar adequadamente a OMS e seus parceiros internacionais acerca das ações específicas a serem realizadas.
5. Uma série de consultas de especialistas e grupos de trabalho teve lugar desde 1995 para formar um consenso acerca da orientação para o processo de revisão do RSI. Em 2001, a Resolução WHA54.14 estabeleceu uma estratégia de “segurança sanitária mundial: alerta e resposta a epidemias” para a OMS e abordou a necessidade de todos os Estados Membros colaborarem com a OMS e outros parceiros técnicos na revisão do

RSI. Juntos, deviam definir critérios de notificação e possíveis ações de resposta para abordar “emergências sanitárias de interesse internacional” e designar um ponto focal nacional para o RSI. Nesse mesmo ano, a 43ª Reunião do Conselho Diretor da OPAS adotou a Resolução CD43.R13, que apóia a revisão do RSI, instando os Estados Membros a participarem ativamente da revisão, tanto no plano nacional como nos sistemas de integração regional.

6. Um extenso processo de consulta foi organizado para chegar a um consenso acerca da revisão. O RSI revisto, elaborado após uma série de consultas técnicas, foi distribuído aos Estados Membros em janeiro de 2004 de modo a dar-lhes tempo suficiente para examinar o texto antes das reuniões de consulta sub-regionais realizadas entre abril e junho de 2004. A OMS consolidará os comentários de todas as Regiões e um grupo de trabalho intergovernamental se reunirá em Genebra em novembro de 2004 para redigir a versão final do Regulamento Sanitário Internacional revisto a ser submetido à 58ª Assembléia Mundial da Saúde em maio de 2005.

### **Regulamento Sanitário Internacional Revisto**

7. A estrutura do RSI revisto baseia-se na noção de que a melhor maneira de prevenir a propagação internacional de doenças é detectá-las e contê-las enquanto ainda são um problema local. Os surtos e epidemias repetidamente desafiam os serviços nacionais de saúde e prejudicam os programas de controle de rotina, desviando a atenção e os fundos. É preciso haver coordenação internacional, pois muitos países podem necessitar de cooperação técnica com atividades de contenção das doenças durante episódios graves.

8. No mundo atual de doenças novas e reemergentes, qualquer lista de doenças se torna obsoleta logo após ser divulgada. Além disso, um caso de uma doença nem sempre representa perigo de propagação ou impacto internacional. A doença deve ocorrer em determinadas circunstâncias, como lugar, época, tamanho do surto, proximidade de uma fronteira internacional (ou aeroporto), velocidade da propagação e modo de transmissão, etc. Conseqüentemente, o cólera não será mais notificável a não ser que o surto seja de importância internacional — por exemplo, se ocorrer numa área em que a doença não é endêmica, ou envolva uma nova cepa com resistência antimicrobiana, gravidade extraordinária ou se outros Estados Membros aplicarem restrições de comércio e viagem.

9. O conceito central do RSI revisto — que exigirá uma mudança substancial na maneira em que os países interatuam com a OMS no âmbito global, regional e nacional — é que todos os eventos que possam constituir uma emergência de saúde pública de interesse internacional devem ser notificados à OMS. Elaborou-se um conjunto de critérios para definir esses eventos e cooperar com os Estados Membros na decisão de notificar. O instrumento de decisão consiste de quatro critérios — gravidade do impacto

público sobre a saúde, caráter incomum ou inesperado da doença, potencial de propagação internacional e restrições de transporte e comércio — e um conjunto de indicadores na forma de questões de apoio, que ajudam a definir cada critério.

10. Quando acontece um evento com possíveis repercussões internacionais, as administrações nacionais de saúde (com contribuição de vários setores) deverão determinar se o evento preenche os critérios e, portanto, deve ser notificado à OMS.

11. Para assegurar que as urgências nacionais de interesse internacional sejam detectadas no início, cada país exigirá que seu sistema de vigilância recolha informações sobre eventos incomuns e inesperados de maneira agilizada. Além do mais, o sistema deve ter a capacidade de análise rápida, para que as decisões de ação com base nos dados possam ser tomadas no nível local. O RSI revisto conterá um conjunto recomendado de requisitos básicos de capacidade para vigilância e resposta nos Estados Membros.

12. Em muitos países, talvez já exista capacidade decisória orientada para a vigilância e ação. Outros países talvez necessitem de um período de carência para preencher este requisito do RSI, o que exigirá cooperação técnica e financiamento adicional.

13. Atualmente, quando um surto num país pode constituir uma emergência sanitária de interesse mundial, é preciso um esforço colaborativo para garantir a segurança sanitária global. As redes de vigilância e resposta devem contribuir para a segurança sanitária mundial congregando recursos de instituições técnicas nas áreas de gestão epidemiológica, laboratorial e clínica, pesquisa e comunicações, e colaborando para conter rapidamente as ameaças.

14. As principais alterações propostas no RSI revisto referem-se a quatro áreas: âmbito da notificação do risco ou doença; quadro normativo de alerta e resposta a epidemias; designação de pontos focais nacionais e definição de capacidades básicas necessárias para vigilância e resposta; capacidade de saúde pública para implementar as medidas recomendadas nos pontos de entrada. A notificação de risco e doença foi ampliada para abranger todas as emergências de saúde pública de interesse internacional e está vinculada a mecanismos estabelecidos de ação rápida, tanto por parte das autoridades nacionais quanto da Organização.

15. Outras informações além da notificação oficial podem ser usadas pela OMS para identificar e controlar urgências internacionais. Os Estados Membros terão a obrigação de responder a pedidos da Organização para verificar a confiabilidade dessa informação. Já que o novo RSI cobrirá uma gama muito mais ampla de eventos de saúde pública e surtos, e já que esses eventos podem surgir repentinamente, é preciso manter comunicação permanente com a OMS.

16. Os eventos que não preencherem os critérios do instrumento decisório podem ser comunicados à OMS mediante um processo de consulta. Os pontos focais nacionais devem ser designados com responsabilidades definidas para intercâmbio oficial de informação com a OMS durante eventos urgentes. Na maioria dos casos, essa informação talvez deva ser distribuída nacionalmente a hospitais, autoridades sanitárias, portos e aeroportos de maneira muito rápida. Preferentemente, a comunicação deve ser feita por meios eletrônicos e deve haver um sistema de "back-up" em cada Estado Membro, para que a informação sempre chegue a alguém disponível. Um único ponto de contato é vital para assegurar que o Estado Membro possa se proteger numa emergência.

17. Os requisitos de capacidade básica de vigilância e resposta nos países, mais especificamente nos pontos de entrada (portos, aeroportos e cruzamentos de fronteira), propostos no RSI criam uma referência para a formação de capacidade dos serviços nacionais de saúde e exigirão um processo de avaliação e desenvolvimento de planos nacionais de ação apoiados por cooperação técnica.

18. No nível regional, a OPAS/OMS terá a obrigação de proporcionar rapidamente cooperação técnica aos Estados Membros para avaliar e controlar surtos. As Redes de Vigilância de Doenças Infecciosas Emergentes e Reemergentes são uma vantagem para uma colaboração estreita com os Estados Membros. A OPAS/OMS deverá tomar a iniciativa de proporcionar cooperação técnica, bem como reagir e ajudar a controlar os surtos, especialmente se vários surtos ocorrerem simultaneamente. Algumas atividades já estão sendo desenvolvidas: treinamento em vigilância, investigação de surtos e técnicas de laboratório, reforço da capacidade laboratorial, melhor interação entre parceiros em serviços epidemiológicos e laboratoriais e divulgação de alertas epidemiológicos e informação técnica sobre doenças que podem se tornar epidêmicas.

19. Com as mudanças propostas no RSI revisto, haverá mais demandas sobre os escritórios nacionais e regionais. Essa questão merece séria consideração no planejamento do orçamento por programas para que a Organização possa cumprir suas responsabilidades.

## **Desafios**

20. Na era atual de rápida comunicação eletrônica — isto é, Internet — as notícias sobre muitas urgências internacionais se tornam públicas antes que até mesmo a mais eficiente administração sanitária tenha tempo de reagir e notificar. Essas notícias, mesmo se não forem confirmadas, podem rapidamente levar a restrições às viagens e comércio de outros países que se sentem ameaçados. As informações provenientes de uma ampla gama de fontes formais e informais sobre a ocorrência de surtos devem ser verificadas pelas autoridades nacionais para avaliar sua relevância internacional.

21. A resposta a ameaças apresentadas por doenças epidêmicas e doenças emergentes em geral tem sido tardia ou insuficiente. Alguns países não fortaleceram sua capacidade nacional de vigilância e resposta por não entenderem a necessidade ou devido à falta de compromisso, escassez de fundos ou outras prioridades. Atualmente, a maioria dos países tem algum tipo de sistema de vigilância de doenças transmissíveis, mas esses sistemas em geral não têm um elemento de alerta inicial e não conseguem produzir ações eficientes e eficazes em resposta aos dados coletados.

22. Para um alerta e resposta eficaz a epidemias nos países, é preciso haver compromisso político e um núcleo de competência técnica e infra-estrutura. Essa capacidade nacional deve basear-se nos sistemas de vigilância de doenças transmissíveis; deve ser dinâmica e adaptável às prioridades nacionais e regionais; deve vincular recursos comuns para evitar duplicação; e, sempre que possível, deve aproveitar sinergias para utilizar melhor a capacidade laboratorial e clínica e as habilidades epidemiológicas de cada país. A capacidade nacional inclui gerentes e técnicos competentes cujo trabalho seja guiado por políticas e procedimentos claramente estabelecidos e compartilhados por todo o sistema. Recursos financeiros suficientes devem estar disponíveis para a manutenção do sistema e devem estar rapidamente acessíveis para a resposta aos surtos.

23. Um desafio importante consiste em organizar os recursos internacionais para responder a um surto que ameace sobrecarregar a capacidade nacional ou conter uma doença pouco conhecida. A resposta a esse desafio implicará a cooperação internacional para fortalecer parcerias, que por sua vez habilita os países a acessar recursos logísticos, epidemiológicos e laboratoriais e capacidade de comunicação.

### **Cooperação Técnica Regional**

24. A OPAS/OMS proporciona cooperação técnica na formação de capacidade nacional e sub-regional para detectar, investigar e controlar eventos referentes a doenças epidêmicas. O *Plano Regional de Ação para Combater Doenças Infecciosas Novas, Emergentes e Reemergentes nas Américas*, publicado em 1995, apresenta a estrutura dentro da qual são realizadas as ações nessa área.

25. Em 1998, a reunião regional inicial da OPAS/OMS para revisão do RSI contou com a participação de funcionários de todos os Estados Membros. Desde então, a OPAS tem trabalhado com Estados Membros para obter seu compromisso com as revisões propostas e mantê-los informados sobre o progresso registrado. Após a Resolução CD43.R13, a OPAS discutiu o RSI em grupos de trabalho sobre saúde formados nos sistemas de integração sub-regional.

26. Um componente importante do controle transfronteiriço de epidemias é o intercâmbio de informações e mecanismos de comunicação entre várias instituições nacionais de saúde pública em todos os níveis dos serviços de saúde.

27. Em colaboração com outros organismos e governos, esse esforços tiveram os seguintes resultados:

- Foram estabelecidas redes de vigilância na Bacia Amazônica, Cone Sul, América Central e, mais recentemente, Caribe. Essas redes reúnem epidemiologistas, clínicos e cientistas de laboratórios para intercambiar informações, complementar as vantagens de cada país e colaborar na resposta a eventos que ultrapassam a capacidade de cada país.
- Argentina, Bolívia e Brasil iniciaram uma ampla reorganização de seus sistemas de vigilância, com ênfase na capacidade local para detectar e responder a surtos de doenças infecciosas.
- A OPAS tem colaborado com os Estados Membros no fortalecimento da capacidade epidemiológica e laboratorial para a vigilância e controle de doenças transmissíveis mediante vários programas de cooperação técnica, além de organizar redes de laboratórios para patógenos específicos e doenças emergentes e reemergentes. A capacidade laboratorial de confirmar a etiologia infecciosa de surtos tornou-se parte integral das redes de vigilância mencionadas, que enfatizam o uso de centros de excelência de referência.
- Quanto à resistência antimicrobiana, há uma rede funcional para identificação de bactérias e controle de qualidade dos exames de sensibilidade antimicrobiana para *Salmonella*, *Shigella*, *Vibrio cholerae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e outras bactérias de importância nosocomial e comunitária.

28. Um dos grupos com participação mais ativa na revisão do RSI tem sido o Mercado Comum do Sul (Mercosul), que inclui os países do Cone Sul (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, além de Bolívia e Chile como observadores). Esse grupo apresentou à OPAS/OMS comentários valiosos sobre as alterações propostas e adotou medidas concretas com relação ao RSI, como as seguintes:

- Inclusão do Regulamento como tema prioritário do Grupo de Trabalho sobre Vigilância.
- Apoio unânime ao processo de revisão, especialmente no que se refere à saúde fronteiriça e seus componentes comerciais.



- Realização de quatro seminários que resultaram em resoluções e acordos assinados pelos Ministérios da Saúde.
- Realização de atividades no âmbito nacional, incluindo a revisão de normas nacionais para o saneamento dos portos de entrada e atestado de saúde dos viajantes; testagem da vigilância sindrômica no âmbito nacional; testagem dos “critérios decisórios” para notificação de eventos de saúde pública de interesse internacional.

29. O *Organismo Andino de Salud*, que compreende os países andinos (Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela), incluiu a revisão do RSI em sua agenda de saúde. Mediante um acordo de cooperação com a OPAS/OMS, organizou dois seminários sobre o tema para informar aos países sobre o andamento da revisão do RSI; iniciar um processo nacional de reunião das partes interessadas; e obter opiniões nacionais sobre as alterações propostas. Duas resoluções ministeriais brotaram desses debates. A primeira estabeleceu forças-tarefa técnicas nacionais e a segunda insta os países a fortalecer a vigilância epidemiológica, especialmente nas áreas de fronteira.

30. Na América do Norte, os Estados Unidos estabeleceram um grupo de trabalho nacional para examinar o RSI revisto com ampla representação institucional; inclui a participação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS), Centros para Controle e Prevenção de Doenças, Administração de Drogas e Alimentos, Departamento de Agricultura, Serviço de Imigração e Naturalização, a Alfândega e outros. O HHS tem contribuído muito para o processo de revisão do RSI, apresentando comentários sobre cada passo com sugestões específicas de ajuste. Mais recentemente, dois conjuntos de comentários sobre a primeira versão do RSI revisto foram apresentados à OPAS/OMS e estão disponíveis no site da OMS (IHR). Com base na Rede Global de Informações sobre Saúde Pública e na experiência com o surto de SARS, o Canadá também reforçou a importância do RSI. O Canadá assumiu o compromisso de fortalecer sua capacidade de saúde pública, com ênfase particular nos eventos de saúde pública de interesse internacional. Logo após o surto de SARS no Canadá, Health Canada encomendou uma análise sobre o manejo da situação, o que funcionou e o que não deu certo. O relatório recomendou a necessidade de um novo órgão de saúde pública e o governo está ativamente envolvido no planejamento e elaboração desse órgão.

31. A experiência após o surgimento e rápida propagação internacional da síndrome respiratória aguda grave (SARS) deu expressão concreta à magnitude dos desafios que os Estados Membros e a OPAS/OMS enfrentam para implementar o RSI revisto. Essa considerável ameaça à saúde pública levou as autoridades nacionais a solicitar a assistência da OPAS/OMS. A situação envolveu um agente desconhecido, apresentando aspectos clínicos incomuns e modo de transmissão desconhecido; e o caso inicial estava vinculado a viagens internacionais, afetando importantes aeroportos e resultando em

restrições a viagens internacionais para turismo e negócios. Utilizaram-se amplamente as fontes de informação não oficiais. A sede da OMS, junto com os escritórios regionais, coordenou uma resposta global utilizando redes laboratoriais, clínicas e epidemiológicas para estabelecer diretrizes técnicas (controle de infecções, clínicas, laboratórios, companhias aéreas e navios), definição de caso e alertas de viagem; atualizar as informações para aeroportos, autoridades sanitárias e o público em geral sobre o risco real; e esclarecer questões comerciais sobre restrições referentes ao risco de transmissão por produtos.

32. Os Estados Membros participaram ativamente das reuniões sub-regionais de consulta com delegações que incluíam primordialmente funcionários do ministério da saúde. Em alguns casos, estiveram presentes representantes dos setores de transportes, agricultura, relações exteriores e inocuidade dos alimentos. A preparação das reuniões, com ampla consulta nacional, foi efetuada por metade dos Estados participantes. Várias áreas-chave de preocupação para os Estados Membros foram identificadas durante as regiões sub-regionais: uma delas é a necessidade de incorporar no RSI o compromisso por parte dos Estados Membros e da OMS quanto aos recursos e prazos para estabelecer a capacidade necessária de vigilância e resposta e para os aeroportos, portos e postos de fronteira designados. Houve também reservas quanto à implantação das medidas recomendadas nos pontos de entrada pela autoridade jurisdicional de saúde pública. A corrente de comunicação entre o centro nacional-ponto focal (NC-FP) para o RSI, a administração de saúde e a OMS deve ser redefinida para assegurar que o NC-FP obtenha autorização da administração de saúde antes de comunicar-se com a OMS. O instrumento decisório para avaliação e notificação de eventos que podem constituir uma emergência de saúde pública de interesse internacional deve ser ajustado para assegurar uma sensibilidade que permita ações oportunas de prevenção e controle, minimizando a sobrecarga dos sistemas nacionais e globais de alerta e resposta. Deve-se considerar uma lista de doenças para suplementar o instrumento decisório. O processo decisório para alerta e resposta a epidemias deve ser transparente, assegurando-se independência do comitê de emergência e análise. Além disso, solicitou-se que o Estado afetado seja capaz de fazer representações a esses comitês para ajudá-los em suas deliberações. Finalmente, alguns países solicitaram que a autoridade sanitária tenha o direito de cobrar uma taxa pela vacinação e outras medidas profiláticas. Um relatório resumido de cada reunião está disponível no site da OPAS.

### **Futuras Atividades**

33. Para assegurar a participação plena de todos os países nas etapas finais do processo de revisão do RSI, serão dedicados recursos à colaboração com os países na preparação para a implementação do RSI mediante fortalecimento da cooperação técnica da OPAS/OMS em vigilância, alerta e resposta a doenças transmissíveis. A OPAS continuará proporcionando cooperação técnica aos países em seu processo de expandir a

conscientização e participação. Dois importantes objetivos foram estabelecidos para o atual biênio: consultar os Estados Membros sobre o proposto texto revisto do RSI e fortalecer a capacidade da Região das Américas para detectar surtos de doenças e responder aos mesmos.

34. Tendo realizado as quatro reuniões sub-regionais de consulta mencionadas anteriormente (parágrafo 32), a OPAS resumiu as contribuições regionais para o Grupo de Trabalho Intergovernamental que se reunirá em Genebra em novembro de 2004. A OPAS continuará mantendo o RSI como tema prioritário da agenda de saúde dos países e dos sistemas de integração sub-regional.

35. As atividades para melhorar a capacidade regional de alerta e resposta serão direcionadas ao fortalecimento da vigilância sub-regional de doenças emergentes, bem como mecanismos de alerta e resposta na sede da OPAS e escritórios nos países. Estas atividades incluem a melhoria dos procedimentos para rápida informação sobre epidemias, verificação e comunicação segura de informações essenciais e sensíveis em coordenação com a Rede Global de Alerta e Resposta (WHO/GOARN); ampliação das comunicações e intercâmbio de informação sobre emergências de saúde pública de interesse internacional com ministérios da saúde em tempo real mediante a vigilância sub-regional de doenças infecciosas emergentes, coordenação da investigação e resposta a surtos regionais; e apoio a intervenções nacionais mediante acordos contingentes, apoio logístico e protocolos padronizados.

36. No âmbito nacional, os países serão incentivados a avaliar a preparação dos seus serviços de saúde pública (laboratórios, serviços de epidemiologia, hospitais, etc.) para detectar e responder a emergências causadas por epidemias de doenças infecciosas utilizando diretrizes padronizadas. Isso incluirá a elaboração de planos de ação para fortalecimento da capacidade nacional (detecção de doenças, investigação, confirmação e resposta).

37. O fortalecimento do sistema nacional de alerta e resposta exigirá a vinculação, expansão e integração das atividades epidemiológicas, laboratoriais e de planejamento, especialmente nos países menos desenvolvidos. O resultado mais relevante dessa atividade será a preparação de planos de contingência para lidar com as deficiências e vantagens identificadas na avaliação.

#### **Ação do Conselho Diretor**

38. Solicita-se que o Conselho Diretor formule comentários e apresente recomendações sobre o processo de revisão do RSI, suas implicações para a Região das Américas e as atividades programadas para a futura implementação do RSI.