

162ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 18 a 22 de junho de 2018

Tema 7.20 da agenda provisória

CE162/INF/20
6 de junho de 2018
Original: espanhol/inglês

RELATÓRIOS DE PROGRESSO SOBRE ASSUNTOS TÉCNICOS

CONTEÚDO

A.	Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher: Relatório de progresso.....	2
B.	Plano de ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes: Revisão intermediária	9
C.	Estratégia e plano de ação sobre a saúde urbana: Revisão intermediária	16
D.	Plano de ação para resistência antimicrobiana: Revisão intermediária	25
E.	Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais: Revisão intermediária	37
F.	Plano de ação para prevenção e controle da tuberculose: Revisão intermediária	48
G.	Plano de ação para a prevenção e o controle do hiv e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021: Revisão intermediária	58
H.	Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020: Revisão intermediária	69
I.	Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021: Relatório de progresso, Rev. 1	79
J.	Revisão da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os estados membros: Relatório de progresso	83
K.	Situação dos centros pan-americanos	86

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

A. ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA O REFORÇO DO SISTEMA DE SAÚDE PARA ABORDAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: RELATÓRIO DE PROGRESSO

Antecedentes

1. Reconhecendo a importância do papel do sistema de saúde no enfrentamento da violência contra a mulher, em outubro de 2015, os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovaram o documento *Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher 2015-2025* (Documento CD54/9 Rev. 2) (1). A finalidade deste documento é informar os Órgãos Diretores da OPAS sobre o progresso alcançado rumo à implementação da Estratégia e plano de ação, que constitui um guia para que os sistemas de saúde se unam a um esforço multissetorial de prevenção e resposta à violência contra a mulher na Região das Américas. Este relatório está fundamentado em análise da literatura publicada e cinzenta, além de consultas aos Estados Membros. Baseia-se também em informações obtidas durante esforços de cooperação técnica empreendidos desde a aprovação do documento Estratégia e plano de ação.

2. A Região das Américas foi a primeira região da OMS a obter a aprovação de suas instâncias mais altas a um plano de ação para enfrentar a violência contra a mulher. Em seguida, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou, em maio de 2016, o *Plano de ação global para fortalecer o papel do sistema de saúde no âmbito de uma resposta nacional multissetorial à violência interpessoal, em particular contra mulheres e meninas, e contra crianças* (2), que está perfeitamente alinhado com a Estratégia e plano de ação regionais da OPAS. O objetivo das ações propostas nos dois documentos é apoiar os esforços dos países para alcançar a meta 5.2 dos ODS, que propõe a eliminação de todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas. A aprovação de mandatos nos âmbitos regional e mundial contribuiu para aumentar as solicitações dos Estados Membros de apoio para enfrentar a violência, sobretudo a violência contra mulheres e crianças.

Atualização do progresso alcançado

3. As linhas da Estratégia e plano de ação da OPAS são reforçar: *a)* a disponibilidade e o uso de evidências; *b)* o compromisso político e financeiro para enfrentar a violência contra a mulher nos sistemas de saúde; *c)* a capacidade dos sistemas de saúde de responder à violência contra a mulher, e *d)* o papel dos sistemas de saúde na prevenção da violência contra a mulher. Como mostra o quadro adiante, houve progresso na maioria dos objetivos, ainda que este tenha sido maior em algumas áreas que em outras. Os países alcançaram progresso significativo nos esforços para fomentar os procedimentos operacionais padronizados nacionais e preparar os trabalhadores da saúde para enfrentar a violência contra a mulher (Objetivos 3.1 e 3.2 da Estratégia e plano de ação), áreas em que a OPAS prestou cooperação técnica substancial. Houve progresso significativo também na oferta de serviços de saúde de emergência para sobreviventes de estupro. Observou-se algum progresso no número de países que produziram estimativas nacionalmente representativas da prevalência da violência por parceiro íntimo e da violência sexual contra a mulher, ainda que apenas oito países tenham realizado levantamentos repetidos que permitam fazer análises de tendências. Entretanto, ainda há grandes desafios em termos da qualidade e comparabilidade dos dados. Por fim, houve poucos avanços no sentido de assegurar a inclusão no orçamento destinado à saúde de recursos para apoiar os esforços do sistema de saúde no enfrentamento da violência

contra a mulher. Na verdade, dada a magnitude da violência contra a mulher nas Américas e seus profundos efeitos adversos na saúde da mulher e de seus filhos, os recursos para essa área de trabalho ainda são insuficientes.

4. Conforme solicitação dos Estados Membros, a OPAS deu apoio substancial aos esforços para reforçar a capacidade do sistema de saúde de responder à violência contra a mulher. A Repartição elaborou orientação normativa baseada em evidências para apoiar a formulação de políticas e protocolos nacionais e realizou seminários regionais, sub-regionais e de saúde. Além disso, a OPAS está apoiando o desenvolvimento de dois currículos de treinamento para profissionais de saúde. Por fim, a OPAS concluiu uma análise comparativa das estimativas de prevalência de violência contra a mulher na Região.

<i>Linha estratégica de ação 1: Fortalecer a disponibilidade e o uso das evidências sobre a violência contra a mulher</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
1.1 Aumentar a coleta e a disponibilidade de dados, epidemiológicos e relacionados aos serviços sobre a violência contra a mulher.	1.1.1 Número de Estados Membros que realizaram estudos populacionais nacionalmente representativos sobre a violência contra a mulher (ou que incluíram um módulo sobre a violência contra a mulher em outras pesquisas populacionais demográficas ou de saúde) nos últimos cinco anos. Linha de base (2015): 14 Meta (2025): 22	Um total de 18 países na Região fizeram pesquisas sobre violência contra a mulher nos últimos cinco anos. Há várias outras pesquisas em curso, com uma concentração específica no Caribe, que, até o momento, enfrentou uma escassez de dados sobre a prevalência da violência contra a mulher.
	1.1.2 Número de Estados Membros que realizaram estudos populacionais nacionalmente representativos sobre a violência contra a mulher nos últimos cinco anos (ou que incluíram um módulo sobre a violência contra a mulher em outras pesquisas populacionais demográficas ou de saúde) que incluem uma análise da prevalência da violência contra a mulher nos diferentes grupos étnicos/raciais. Linha de base: 2 Meta: 10	Atualmente, 9 países incluíram uma análise da violência contra a mulher nos diferentes grupos étnicos/raciais em seus estudos populacionais nacionalmente representativos realizados nos últimos 5 anos. Em alguns casos, os países coletam os dados que permitiriam uma análise de estimativas da prevalência por grupo étnico e racial, mas não fazem essas análises. Outros 5 países têm estimativas da prevalência da violência contra a mulher desagregadas por grupo étnico/racial, porém produzidas há mais de 5 anos. Os desafios metodológicos na mensuração das variáveis de etnia e raça persistem e, com frequência, os dados resultantes não são comparáveis entre diferentes ambientes.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
	<p>1.1.3 Número de Estados Membros que conseguem fornecer dados sobre homicídio, desagregados por idade, sexo e relação da vítima com o agressor.</p> <p>Linha de base (2015): 9 Meta (2025): 15</p>	<p>Não houve progresso nesse indicador pois atualmente 9 países são capazes de apresentar dados de homicídio desagregados por idade, sexo e relação entre vítima e agressor. Alguns países podem fornecer essas estimativas quando solicitadas, mas não analisam os dados de homicídio dessa maneira com regularidade. Outros países podem fornecer o número de homicídios desagregado por sexo, mas não coletam com regularidade informações sobre a relação entre vítima e agressor, o que é necessário para determinar a magnitude do femicídio/feminicídio íntimo, forma de violência contra a mulher considerada altamente prevalente na Região das Américas.</p>

Linha estratégica de ação 2: Consolidar o compromisso político e financeiro para abordar a violência contra a mulher nos sistemas de saúde

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
<p>2.1 Consolidar políticas e planos nacionais e subnacionais para abordar a violência contra a mulher dentro do sistema de saúde.</p>	<p>2.1.1 Número de Estados Membros que incluíram a violência contra a mulher nos seus planos e/ou políticas nacionais de saúde.</p> <p>Linha de base (2015): 18 Meta (2025): 35</p>	<p>Em 2017, 20 países incluíam a violência contra a mulher em seus planos/políticas nacionais de saúde. Na maioria desses planos, a violência contra a mulher é reconhecida como um fator determinante de desfechos desfavoráveis em saúde e é contemplada em objetivos e ações estratégicas na área de saúde.</p>
	<p>2.1.2 Número de Estados Membros cujo orçamento nacional para a saúde tem uma ou mais linhas dedicadas a apoiar a prevenção e/ou resposta à violência contra a mulher.</p> <p>Linha de base (2015): 4 Meta (2025): 10</p>	<p>O progresso nesse indicador foi mínimo, e atualmente 5 países têm rubricas específicas para a violência contra a mulher no orçamento nacional para a saúde. Entretanto, em outros países, mecanismos nacionais de promoção da mulher (como ministérios das mulheres) alocam recursos em seus orçamentos a fim de melhorar a resposta na área de saúde para as sobreviventes de violência contra a mulher.</p>

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
	<p>2.1.3 Número dos Estados Membros que estabeleceram uma unidade (ou unidades) ou pontos focais no Ministério da Saúde responsável pela questão da violência contra a mulher.</p> <p>Linha de base (2015): 4 Meta (2025): 10</p>	Houve considerável progresso nesse indicador; atualmente 10 países na Região têm uma unidade ou ponto focal de violência contra a mulher no Ministério da Saúde. Embora este não seja um indicador nessa Estratégia e plano de ação, alguns países têm um ponto focal em outro ministério ou como ente independente. Alguns desses entes contam com a participação do Ministério da Saúde.
<p>2.2 Aumentar a participação do sistema de saúde nos planos, políticas e coalizões multissetoriais para abordar a violência contra a mulher.</p>	<p>2.2.1 Número de Estados Membros que têm um plano nacional ou multissetorial para abordar a violência contra mulher que inclui o sistema de saúde, segundo a situação do plano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ em desenvolvimento; ▪ atualmente em implementação. <p>Linha de base (2015): 13 Meta (2025): 20</p>	Houve progresso significativo nesse indicador, e a meta foi ultrapassada. Atualmente 21 países têm um plano nacional ou multissetorial para abordar a violência contra a mulher que inclui o sistema de saúde. Entretanto, em vários casos, esses planos não especificam o papel do sistema de saúde, e ainda há grandes desafios em termos da real implementação dos planos existentes.

Linha estratégica de ação 3: Reforçar a capacidade dos sistemas de saúde de proporcionar atendimento e apoio efetivos às mulheres que sofrem violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
<p>3.1 Reforçar os procedimentos operacionais padrão nacionais (protocolos, diretrizes) para proporcionar atendimento e apoio efetivo e seguro às mulheres que sofrem violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual.</p>	<p>3.1.1 Número de Estados Membros que têm procedimentos/protocolos/diretrizes operacionais padrão nacionais para o sistema de saúde responder à violência praticada pelo parceiro íntimo, conforme as diretrizes da OMS (3,4).</p> <p>Linha de base (2015): 6 Meta (2025): 15</p>	Em 2017, 14 países alcançaram esse indicador.
	<p>3.1.2 Número de Estados Membros que prestam serviços de atenção integrais pós-estupro nos serviços de emergência, conforme as diretrizes da OMS (3,4).</p> <p>Linha de base (2015): 2 Meta (2025): 15</p>	Em 2017, 13 países oferecem serviços de emergência pós-estupro conforme as diretrizes da OMS.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
3.2 Aumentar a capacidade de profissionais de saúde de responder à violência contra a mulher.	3.2.1 Número de Estados Membros que incluíram a questão da violência contra a mulher nos seus processos de formação contínua para profissionais da saúde. Linha de base (2015): 2 Meta (2025): 10	Em 2017, 5 países alcançaram esse indicador. Há maior reconhecimento da necessidade de preparar profissionais de saúde para identificar e oferecer atenção apropriada a sobreviventes; entretanto, a capacidade na região de oferecer capacitação na área de violência contra a mulher ainda é limitada. A OPAS está ajudando a suprir essa lacuna.

Linha estratégica de ação 4: Reforçar o papel do sistema de saúde de prevenir a violência contra a mulher

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
4.1 Reforçar a participação e o compromisso do sistema de saúde nos esforços para prevenir a violência contra a mulher.	4.1.1 Número de Estados Membros que têm uma coalizão ou grupo de trabalho multissetoriais para coordenar os esforços para prevenir a violência contra a mulher que conta com a participação do ministério da Saúde. Linha de base (2015): 3 Meta (2025): 10	Houve progresso significativo em relação a esse indicador e a meta foi ultrapassada. Atualmente 21 países têm um mecanismo multissetorial implantado, com participação do Ministério da Saúde, para coordenar a ação relativa à violência contra a mulher.
	4.1.2 Número de Estados Membros que têm um plano nacional ou multissetorial para combater a violência contra a mulher (que inclua o sistema de saúde) que proponha pelo menos uma estratégia para prevenir a violência contra a mulher, por tipo de estratégia. Linha de base (2015): 0 Meta (2025): 10	Em 2017, 17 países haviam implantado estratégias para prevenir a violência contra a mulher. Convém destacar, porém, que nem sempre essas estratégias contemplam as interseções entre diferentes formas de violência (por exemplo, interseções entre violência contra a mulher e violência contra crianças), o que pode acarretar fragmentação e, possivelmente, menor efetividade.

Ação necessária para melhoria da situação

5. Considerando o progresso supradescrito, as ações necessárias para melhorar a situação são:

- a) Continuar a aumentar a disponibilidade, a qualidade, a comparabilidade e o uso de dados epidemiológicos sobre a violência contra a mulher, em particular a disponibilidade de dados de tendência e estimativas de prevalência relativos a grupos em situação de vulnerabilidade em razão de etnia/raça, deficiência ou outra condição.
- b) Reforçar a capacidade de pesquisadores e institutos nacionais de estatística de realizar pesquisas sobre a violência contra a mulher segundo as recomendações éticas e metodológicas internacionais.
- c) Continuar a capacitar os profissionais de saúde para que respondam de maneira compassiva e efetiva às sobreviventes de violência contra a mulher, inclusive através da busca de oportunidades para integrar o tema da violência contra a mulher à educação universitária dos profissionais de saúde.
- d) Providenciar contracepção de emergência como parte da resposta de saúde integral para as sobreviventes de estupro.
- e) Promover a alocação de recursos, sobretudo dentro dos orçamentos na área de saúde, compatível com a magnitude da violência contra a mulher e a natureza extensa de suas consequências dentro e fora da área de saúde pública.
- f) Continuar a reforçar as evidências sobre as múltiplas maneiras de interseção da violência contra a mulher com outras formas de violência, em particular a violência contra crianças, e desenvolver estratégias para o enfrentamento integrado dessas formas de violência, quando for o caso.

Ação pelo Comitê Executivo

6. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório de progresso e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e Plano de Ação para o Reforço do Sistema de Saúde para Abordar a Violência contra a Mulher [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2015; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2015 (Documento CD54/9 Rev. 2) [consultado em 12 de fevereiro de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31651&Itemid=270&lang=pt
2. Organização Mundial da Saúde. WHO global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da Saúde; 23 a 28 de maio de 2016; Genebra: OMS; 2016

(Resolução WHA69.5) [consultado em 12 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/action-plan-endorsement/en/>

3. Organização Mundial da Saúde. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. [Internet]. Genebra: OMS; 2013 [consultado em 12 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>

4. Organização Mundial da Saúde. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [consultado em 12 de fevereiro de 2018]. Disponível em espanhol em:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1>

B. PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. O propósito deste documento é informar os Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) acerca do progresso na execução do *Plano de ação para prevenção da obesidade na infância e na adolescência* no período 2014-2019, aprovado pelo 53º Conselho Diretor da Organização em outubro de 2014 (documento CD53/9, Rev. 2, e resolução CD53.R13) (1, 2). O objetivo geral do Plano é deter o avanço da epidemia de obesidade na infância e na adolescência. Isto requer a aplicação de um enfoque multissetorial que inclua a totalidade do curso da vida, com base no modelo socioecológico e centrado em transformar o ambiente obesogênico atual em oportunidades para promover um maior consumo de alimentos nutritivos e um aumento da atividade física (1).

Análise do progresso alcançado

2. No final do terceiro ano de execução, registraram-se avanços nos indicadores do Plano, como se mostra no resumo a seguir. Para avaliar o progresso, reuniu-se informação acerca dos indicadores até 31 de dezembro de 2017. As fontes para determinar o avanço dos países foram as seguintes: a base de dados global da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre aplicação de medidas nutricionais (GINA, na sigla em inglês), os relatórios da Iniciativa Mundial sobre Tendências da Aleitamento materno (WBTi, na sigla em inglês), o exame mundial sobre políticas nutricionais (GNPR, na sigla em inglês) da OMS, a Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar (GSHS, na sigla em inglês), o instrumento de análise da capacidade dos países em matéria de doenças não transmissíveis (NCD CCS, na sigla em inglês) da OMS e a base de dados da Rede de Ciclovias Recreativas das Américas (CRA). Adicionalmente, reuniram-se documentos da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), da Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e dos pontos focais da OPAS. Por último, buscaram-se na internet documentos governamentais relacionados com os objetivos do plano.¹

¹ Pode-se encontrar informação mais completa e específica acerca do processo de avaliação no site do plano de ação:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=32013&Itemid=270&lang=en

<i>Linha de ação estratégica 1: Atenção primária à saúde e promoção de aleitamento materno e alimentação saudável</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
1.1 Incluir nos serviços de saúde a promoção da alimentação saudável com base em diretrizes nacionais de alimentação baseadas em alimentos, bem como outras atividades relacionadas à prevenção da obesidade.	1.1.1 Número de países com serviços de atenção primária à saúde que incorporam atividades de prevenção da obesidade orientadas para a família, inclusive promoção de alimentação saudável. Linha de base: 1 em 2014 Meta: 10 em 2019	9 países dispunham de ferramentas clínicas que incorporam atividades de prevenção da obesidade dirigidas às famílias, como a promoção da alimentação saudável e da atividade física, em seus serviços de atenção primária à saúde.
1.2 Reforçar os esforços para implementar a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas.	1.2.1 Número de países que periodicamente (no mínimo a cada três anos) publicam os resultados do monitoramento da implementação do Código. Linha de base: 5 em 2014 Meta: 15 em 2019	1 país publicou regularmente os resultados do acompanhamento da aplicação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e resoluções posteriores. 4 países que fizeram parte da linha de base não realizaram o acompanhamento da aplicação do Código com a periodicidade estabelecida.
	1.2.2 Número de países que têm pelo menos 50% de serviços de maternidade certificados pela IHAC. ² Linha de base: 0 em 2014 Meta: 5 em 2019	4 países informaram que ao menos 50% dos serviços de saúde materna haviam sido certificados ou recertificados como IHAC nos últimos cinco anos.

² Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

<i>Linha de ação estratégica 2: Melhoria de ambientes de nutrição e de atividade física escolar</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
<p>2.1 Implementar programas nacionais de alimentação escolar e adotar normas e/ou regulamentações sobre a venda de alimentos e bebidas em escolas (“alimentos competitivos”) que promovam o consumo de alimentos saudáveis e água e impeçam a disponibilidade de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas.</p>	<p>2.1.1 Número de países com programas nacionais ou subnacionais¹⁵ de alimentação escolar que atendem as necessidades nutricionais de crianças e adolescentes e estão de acordo com as diretrizes nacionais de alimentação baseadas em alimentos.</p> <p>Linha de base: 3 em 2014 Meta: 12 em 2019</p>	<p>18 países dispunham de um programa de alimentação escolar coerente com as diretrizes alimentares nacionais ou os requisitos nutricionais de macronutrientes, ou fornecem listas de alimentos saudáveis para a elaboração dos cardápios escolares.</p>
	<p>2.1.2 Número de países em que ao menos 70% das escolas têm normas e/ou regulamentações para a venda de alimentos e bebidas nas escolas (“alimentos competitivos”) que promovem o consumo de alimentos saudáveis e água e impedem a disponibilidade de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas.</p> <p>Linha de base: 8 em 2014 Meta: 16 em 2019</p>	<p>15 países dispunham de normas ou regulamentos para a venda de alimentos e bebidas (alimentos competitivos), que promovem o consumo de alimentos saudáveis e água e impedem a disponibilidade de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas.</p>
	<p>2.1.3 Número de países em que pelo menos 70% das escolas têm fonte de água potável.</p> <p>Linha de base: 3 em 2014 Meta: 12 em 2019</p>	<p>25 países informaram que pelo menos 70% das escolas contam com uma fonte de água potável.</p>

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
2.2 Promover e fortalecer políticas e programas escolares e de aprendizagem precoce que aumentam a atividade física.	2.2.1 Número de países em que pelo menos 70% das escolas implementaram um programa que inclui um mínimo de 30 minutos por dia de atividade física (aeróbica) moderada a intensa. Linha de base: 0 em 2014 Meta: 10 em 2019	Não há informação para este indicador. Contudo, entre os países que têm dados da Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar (13 a 15 anos), nenhum país informou que pelo menos 70% dos estudantes em suas escolas secundárias estavam fisicamente ativos ao menos 60 minutos por dia, cinco ou mais dias durante a última semana. A média estimada de atividade física ao menos 60 minutos por dia, cinco vezes ou mais dias durante a última semana, é 25,84%.

Linha de ação estratégica 3: Políticas fiscais e regulamentação do marketing e rotulagem de alimentos.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
3.1 Implementar políticas para reduzir o consumo de bebidas açucaradas e produtos energéticos com poucos nutrientes por crianças e adolescentes.	3.1.1 Número de países que aprovaram legislação para tributar bebidas açucaradas e produtos energéticos com poucos nutrientes. Linha de base: 1 em 2014 Meta: 10 em	5 países haviam aprovado legislação para tributar as bebidas açucaradas.
3.2 Sancionar regulamentações para proteger crianças e adolescentes do impacto do marketing de bebidas açucaradas, produtos energéticos com poucos nutrientes e fast-foods.	3.2.1 Número de países que implementaram regulamentações para proteger crianças e adolescentes do impacto do marketing de bebidas açucaradas, produtos energéticos com poucos nutrientes e fast-foods de acordo com as Recomendações de uma Consulta de Especialistas da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Marketing de Alimentos e Bebidas Não Alcoólicas para Crianças nas Américas. Linha de base: 1 em 2014 Meta: 15 em 2019	3 países haviam estabelecido regulamentações para proteger a população infantil e adolescente do impacto do marketing de bebidas açucaradas, fast-foods e produtos energéticos com poucos nutrientes.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
3.3 Elaborar e instituir normas para a rotulagem da parte frontal da embalagem que promovam escolhas saudáveis mediante a rápida e fácil identificação de produtos energéticos com poucos nutrientes.	3.3.1 Número de países com normas instituídas para a rotulagem da parte frontal da embalagem para facilitar a rápida identificação de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas que levam em consideração as normas do Codex. Linha de base: 1 em 2014 Meta: 15 em 2019	2 países haviam implementado sistemas de rotulagem para desincentivar o consumo de produtos processados ou ultraprocessados com alto conteúdo de açúcar, gordura e sal.

Linha de ação estratégica 4: Outras ações multissetoriais

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
4.1 Mobilizar outras instituições governamentais e, conforme apropriado, outros setores.	4.1.1 Número de países em que a implementação desse Plano de Ação é apoiada por uma abordagem multissetorial. Linha de base: 0 em 2014 Meta: 10 em 2019	8 países dispunham de uma estratégia ou plano de ação multissetorial para a prevenção do sobrepeso ou da obesidade.
4.2 Aumentar o acesso a espaços urbanos recreativos como os programas “ruas abertas”.	4.2.1 Número de países em que a população de pelo menos cinco cidades tem acesso aos programas “ruas abertas”. Linha de base: 6 em 2014 Meta: 15 em 2019	9 países contavam com pelo menos cinco cidades com programas “ruas abertas”.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
4.3 Tomar medidas no âmbito nacional e subnacional para aumentar a disponibilidade e acessibilidade de alimentos nutritivos.	4.3.1 Número de países que criaram incentivos no âmbito nacional para apoiar programas de agricultura familiar. Linha de base: 5 em 2014 Meta: 21 em 2019	19 países criaram incentivos no âmbito nacional para apoiar programas de agricultura familiar.
	4.3.2 Número de países que introduziram medidas para melhorar os preços relativos e/ou acessibilidade a alimentos saudáveis. Linha de base: 3 em 2014 Meta: 10 em 2019	18 países dispunham de feiras ou mercados de agricultores que fomentavam a acessibilidade a alimentos saudáveis.

Linha de ação estratégica 5: Vigilância, pesquisa e avaliação

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
5.1 Fortalecer sistemas nacionais de informação para que as tendências e os determinantes de obesidade, desagregados por ao menos dois estratificadores de equidade, estejam disponíveis de modo habitual e oportuno para a tomada de decisão sobre políticas.	5.1.1 Número de países com sistema de informação para reportar sobre padrões de alimentação, sobrepeso e obesidade de uma amostra nacionalmente representativa de mulheres grávidas e crianças em idade escolar e adolescentes, a cada dois anos. Linha de base: 3 em 2014 Meta: 8 em 2019	4 países dispunham de sistemas que informam sobre o consumo de alimentos e o sobrepeso e a obesidade em mulheres em idade fértil, crianças e adolescentes.

Ação necessária para melhoria da situação

3. Considerando o progresso supradescrito, as ações necessárias para melhorar a situação são:
 - a) Adotar diretrizes clínicas para a prevenção, a detecção precoce e o controle do sobrepeso e da obesidade para sua aplicação no primeiro nível de atenção.

- b) Aprovar legislação que cubra todas as disposições do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções posteriores, e vigiar seu cumprimento regularmente. Continuar incentivando a proteção da maternidade e aumentar o número de centros participantes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que prestam serviços de saúde materna.
- c) Estabelecer normas para os programas de alimentação escolar e cantinas escolares assegurando a ingestão de frutas, verduras e água para evitar o consumo de produtos processados ou ultraprocessados com alto teor de açúcar, sal e gorduras. Além disso, promover a atividade física nas escolas.
- d) Aumentar os impostos sobre as bebidas açucaradas. Assegurar que os produtos processados e ultraprocessados com alto teor de açúcar, sal e gorduras não sejam promovidos aos menores de 16 anos e que estes produtos tenham uma rotulagem frontal de advertência que permita sua identificação rápida e simples.
- e) Aumentar o número de cidades com acesso a programas “ruas abertas”.
- f) Impulsionar políticas para melhorar a disponibilidade e o acesso a alimentos saudáveis.
- g) Estabelecer ou atualizar os sistemas de vigilância para monitorar regularmente os padrões de alimentação, o sobrepeso e a obesidade em crianças, adolescentes e, especialmente, grávidas.

Ação pelo Comitê Executivo

- 4. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota do presente relatório e ofereça as observações que considerar pertinentes.

Referências

- 1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para prevenção da obesidade na infância e adolescência [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (documento CD53/9, Rev. 2) [consultado em 23 de outubro de 2017]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26981&Itemid=270&lang=pt
- 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para prevenção da obesidade na infância e adolescência [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (resolução CD53.R13) [consultado em 23 de outubro de 2017]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27588&Itemid=270&lang=pt

C. ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO SOBRE A SAÚDE URBANA: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. A Região das Américas é a região mais urbanizada no mundo. Atualmente, cerca de 80% de sua população vive nos centros urbanos, e, até 2030, espera-se que esta proporção alcance 85% (1). Este relatório pretende resumir o quanto a Região progrediu na implementação da Estratégia e plano de ação regional na saúde urbana, adotada em setembro de 2011, pelo 51º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (documento CD51/5) (2). A Estratégia e plano estabeleceu objetivos para um período de 10 anos (2012-2021) para o fortalecimento da capacidade de organização e do papel gestor de Ministérios da Saúde e governos municipais, ao defender o crescimento urbano sustentável que coloca os indivíduos e as comunidades no centro do planejamento. Além disso, procurou combater as iniquidades na saúde e abordar as necessidades, e se beneficiar dos ativos do espectro de populações urbanas, através de políticas, programas e serviços para pessoas e comunidades que vivem e trabalham em meios urbanos (2).

Análise do progresso alcançado

2. Desde a adoção do Plano, a saúde e o desenvolvimento se tornaram cada vez mais reconhecidas como prioridades globais vinculadas, observadas em tais eventos, como a Sétima Sessão do Fórum Urbano Mundial (2014) e a Habitat III, a terceira Conferência das Nações Unidas sobre Moradia e Desenvolvimento Urbano Sustentável (2016). No âmbito regional, este movimento foi catalisado pelo 3º Fórum Regional em Saúde Urbana (2015). Os participantes, representando cidades e nações, compartilharam conhecimentos-chave e identificaram o conceito Saúde em Todas as Políticas, e a promoção da saúde no contexto de Cidades, Municípios e Comunidades Saudáveis como áreas de ação.

3. A Região das Américas vem sendo uma força impulsora para a revitalização global do movimento Cidades Saudáveis. Em colaboração com a Rede de Gestores de Promoção da Saúde da América Latina e do Caribe (Redlac Promsa, em espanhol) e o Ministério da Saúde do Chile, a OPAS organizou um Pré-Fórum de Prefeitos, em Santiago, Chile, em julho de 2016, no qual prefeitos e pessoal da área de promoção da saúde de 12 países da Região dividiram experiências e adotaram a Declaração de Santiago (3), a fim de direcionar o desenvolvimento de uma Estratégia para Cidades, Municípios e Comunidades Saudáveis. Esta iniciativa foi conduzida por um comitê formado por membros do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Cidades e Municípios Saudáveis (CEPEDOC, sigla em inglês); pessoal de Ministérios da Saúde de Argentina, Chile, Cuba e México; e pessoal da área de desenvolvimento do Chile e Peru.

4. Abordagens multissetoriais são vitais para o desenvolvimento urbano sustentável e representam uma área altamente ativa para a OPAS, sendo conduzidas institucionalmente sob o saúde em todas as políticas. A Região das Américas foi a primeira a estabelecer um

Plano de ação para definir medidas claras para a implementação do enfoque HiAP (4). Até 2016, 180 participantes de 16 países da Região haviam recebido treinamento no Saúde em Todas as Políticas (4).

5. “Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis” consiste em uma meta reconhecida como prioridade global na Agenda 2030, conforme o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 11 (5). Em abril de 2018, após a reunião regional na Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), realizada para avaliar o progresso na direção do cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o Fórum Político de Alto Nível das Nações Unidas em Desenvolvimento Sustentável examinará o ODS 11 em profundidade. A atenção a essas questões gera oportunidades excepcionais para impulsionar a agenda de saúde urbana.

6. *A Estratégia e plano de ação sobre a saúde urbana*, teve como objetivo iniciar uma série de atividades que estabeleceriam as prioridades na saúde urbana como considerações principais para as políticas e o planejamento nacional, estadual e municipal. A OPAS trabalhou sistematicamente para fornecer recursos apropriados, em particular, conhecimento técnico específico e poder de coordenação, ao apoiar a capacitação nacional e regional. Informações específicas sobre o progresso em direção ao cumprimento dos objetivos alcançados até o presente encontram-se a seguir.

Objetivo específico	Indicador, linha de base e meta	Situação
1. Elaborar as políticas de saúde urbana.	Número de países com planos de desenvolvimento nacional e políticas no âmbito nacional e estadual, conforme o caso, que integrem a saúde e a equidade na saúde ao desenvolvimento urbano.	Até 2017, em seus planos e políticas nacional (ou estadual), 21 países haviam introduzido saúde e/ou equidade em saúde como aspectos do desenvolvimento urbano (6). Até 2017, 12 cidades, em 5 países, haviam relatado políticas de redução da demanda excessiva por serviços de transporte e infraestrutura, tais como restrições de veículos e estacionamento, transportes compartilhados, e valores de pedágio para o tráfego (7). ¹

¹ A Região das Américas assumiu um papel protagonista ao implementar políticas de transporte urbano inovadoras e intervenções que favorecem a saúde urbana e a equidade. O transporte sustentável aumenta o acesso equitativo aos serviços e às oportunidades, de maneira que minimiza as consequências ambientais negativas, bem como a segurança e a acessibilidade. Em 2017, cidades latino-americanas relataram possuir 1.912 km de rotas de ônibus e de transporte expresso, em 67 cidades e 13 países; 3.486 km de bicicletas, em 51 cidades, em 10 países; 1.041 km de linha férrea de metrô/veículo leve sobre trilhos, em 19 cidades, em 7 países, e 47 km de rotas para trens elétricos, em 7 cidades, em 4 países. O interesse por estender ciclovias recreativas vem subindo — o que significa programas multissetoriais que provisória ou permanentemente destinem ruas para usos de lazer aos transportes não motorizados, com 457 cidades, em 16 países da América Latina relatando ações nessa área (7).

Objetivo específico	Indicador, linha de base e meta	Situação
	Linha de base (2011): 6 Meta (2021): 18	
2. Ajustar os serviços de saúde urbanos para promover a saúde e melhorar a cobertura.	Número de países com um Plano Nacional de Saúde, e um plano de saúde infranacional, conforme o caso, integrando uma estrutura de equidade na saúde urbana, levando em consideração os grupos vulneráveis. Linha de base (2011): 6 Meta (2021): 25	Os dados indicam um crescente interesse em enfoques de saúde urbana integrados na Região. Quatorze países estão utilizando seus planos de saúde nacionais para abordar questões relacionadas à equidade em saúde urbana e melhorar a colaboração intersetorial, e a participação comunitária, além de utilizar intervenções comprovadas. Por exemplo, alguns países se concentraram na modificação das condições nos meios urbanos para melhor apoiar a saúde da população (8). Adicionalmente, em 2 países, a iniciativa “Cidades Amigas de Idosos e Comunidades” da OMS está sendo implementada em mais de 50 cidades, com 6 países, na ALC, que possuem pelo menos uma cidade ou comunidade ocupada com essa iniciativa (9).
3. Construir estruturas normativas e estratégias de governo participativas que promovam a saúde.	Número de países que aplicam as diretrizes de saúde pública da OPAS para o planejamento urbano de saúde. Linha de base (2011): 3 Meta (2021): 18	Até 2017, 10 cidades na Região haviam aderido à campanha BreatheLife, que mobiliza cidades e pessoas para diminuir a poluição do ar aos níveis seguros até 2030 (10). A OPAS trabalhou para facilitar conexões técnicas e estratégicas que apoiam a extraordinária energia na Região em saúde urbana, mantendo um foco nacional ao priorizar a capacitação e a formação de redes em importantes áreas técnicas. Estados Membros estabeleceram processos nacionais de promoção e difusão de diretrizes em saúde pública e critérios para moradia e planejamento urbanos. Em conformidade com as diretrizes da OMS para a qualidade do ar em locais fechados, os países estão trabalhando para substituir os fogões e aquecedores tradicionais por tecnologias mais limpas, a fim de reduzir as emissões domésticas de combustíveis sólidos (11). A OPAS está, também, disseminando orientações da OMS para o despejo de baterias domésticas e a redução da exposição ao chumbo. Segundo estimativas das Nações Unidas, existem procedimentos definidos claramente, na forma de lei ou política, visando a participação dos usuários de

Objetivo específico	Indicador, linha de base e meta	Situação
		serviços urbanos e comunidades no planejamento de programas para o controle da água potável (29 países da Região) e para a gestão do saneamento (25 países) (12).
<p>4. Ampliar as redes nacionais e regionais para o desenvolvimento saudável.</p>	<p>Número de países com uma rede nacional de municípios saudáveis usando o Instrumental dos Municípios Saudáveis da OPAS nas comunidades com mais de 100 mil habitantes.</p> <p>Linha de base (2011): 5 Meta (2021): 24</p>	<p>Em resposta à aceleração do interesse na Região, em 2018, novas instruções para municípios e comunidades saudáveis foram formuladas em parceria com a Universidade do Kansas. Espera-se que oito países liderem ou implementem as instruções ao final de 2018.</p> <p>Foi executado um trabalho fundamental em direção à Atividade 4.1. da <i>Estratégia e plano de ação sobre a saúde urbana</i>² Aplicando o enfoque Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis, 12 países se comprometeram com mecanismos, estabelecendo o engajamento das comunidades e da sociedade civil no processo de formulação de políticas nos diversos setores, conforme demonstrado por assinatura da Declaração de Santiago de 2016 (3).</p> <p>Além disso, a partir de 2018, 4 países/territórios se uniram ao grupo de trabalho internacional de universidades e instituições de nível profissionalizante em promoção da saúde, com 8 países relatando redes nacionais de promoção da saúde.</p> <p>Finalmente, em 2017, 14 cidades, em 8 países da Região, haviam se comprometido com a iniciativa “Cidades Seguras e Espaços Públicos Seguros” do Programa Global da ONU Mulheres (13).</p>
<p>5. Fortalecer o conhecimento, a capacidade e a sensibilização para responder aos desafios emergentes em termos de saúde urbana.</p>	<p>Número de países com sistemas de vigilância que abrangem indicadores de saúde urbana.</p> <p>Linha de base (2011): 4 Meta (2021): 15</p>	<p>Em 2016, 15 países apresentavam sistemas de vigilância implantados capazes de relatar informações-chave sobre a saúde urbana segundo os indicadores de resultados em saúde, a produtividade do sistema de saúde, os fatores de risco e os determinantes da saúde. (14).</p> <p>Em 2017, 27 países haviam completado suas avaliações em vulnerabilidade da saúde e adaptação para a mudança climática. Através deste processo, Ministérios da Saúde conseguem avaliar as vulnerabilidades dos sistemas de saúde durante</p>

² Atividade 4.1: Sustentar e realçar o componente de saúde urbana em redes nacionais e regionais, e construir sobre a base, e através das redes regionais existentes, como a Rede das Américas para Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis; Escolas de Promoção da Saúde; Moradia Saudável; Rostos, Vozes e Lugares; e redes globais, como a Comunidades Seguras.

Objetivo específico	Indicador, linha de base e meta	Situação
		<p>mudanças climáticas, estimar os encargos causados pelas doenças e seus riscos e identificar políticas e projetos de adaptação para abordar as vulnerabilidades.</p> <p>Em preparação para a Habitat III, realizada em Quito, Equador, em setembro de 2016, 19 países da Região entregaram relatórios nacionais que articulavam experiências com a administração de questões urbanas, auxiliando, assim, com informações para a Nova Agenda Urbana (15).</p> <p>De acordo com a Atividade 5.4 da <i>Estratégia e plano de ação sobre a saúde urbana</i>³ em setembro de 2015, o Instituto Internacional da Universidade das Nações Unidas para Saúde Global (UNU-IIGH, sigla em inglês), a Escola Drexel Dornsife de Saúde Pública e a CEPAL formaram uma parceria para pesquisas em saúde urbana na região ALC: a Rede de Saúde Urbana para a América Latina e o Caribe (SALURBAL, sigla em espanhol).</p> <p>A rede reúne especialistas regionais em saúde urbana, apoia vínculos de pesquisa intrarregionais e de treinamento, e procura identificar e difundir lições importantes tanto dentro como além da região ALC (16). Devido a um grande financiamento para pesquisa, recentemente concedido aos membros da rede, a OPAS e a Universidade Drexel vêm discutindo ativamente sobre as oportunidades de colaboração em um extenso estudo regional sobre saúde urbana.</p>

³ Atividade 5.4: Construir relações mais estreitas de configuração com acadêmicos e universidades, fomentando ações de centros colaboradores, promovendo o financiamento em pesquisas pertinentes, conforme identificado nos observatórios e práticas relacionadas com o impacto da urbanização na saúde e no gradiente social.

Objetivo específico	Indicador, linha de base e meta	Situação
	<p>Número de países que apliquem, às políticas, programas ou projetos nacionais ou municipais, as diretrizes e ferramentas para ação relacionadas a avaliações de impacto sanitário e/ou do impacto sobre a equidade na saúde.</p> <p>Linha de base (2011): 3 Meta (2021): 15</p>	<p>Em 2017, 2 países desenvolveram capacidade para utilizar o Innov8, um organizador de tarefas e uma ferramenta de colaboração on-line, a fim de avaliar e fornecer recomendações para a integração entre gênero, equidade e direitos humanos em seus programas. A ferramenta foi adaptada para ser utilizada, futuramente, na Região, com tradução em espanhol e um componente relacionado ao grupo étnico. (17)</p> <p>Quinze países estão se associando à Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas, com o intuito de compreender os fatores que levam às iniquidades na saúde na Região, inclusive os efeitos positivos e negativos da urbanização (18), e formas de abordá-los.</p>

Ação necessária para melhoria da situação

7. Como um ator da mobilização nos âmbitos nacional, regional e global, a OPAS é responsável pelo apoio aos Estados Membros na formulação de estratégias e políticas apropriadas ao planejamento em saúde urbana, na identificação de mecanismos para ações multissetoriais e na coleta e compartilhamento de experiências nacionais de saúde urbana, lições aprendidas e boas práticas. Recomenda-se ação estratégica nas seguintes áreas:

- a) Fortalecer a capacidade regional em planejamento urbano, sua implementação e vigilância;
- b) Seguir com o apoio da OPAS no aspecto da participação por parte de Ministérios da Saúde, lideranças em cidades, outros setores governamentais, setor privado e sociedade civil. É possível aumentar parcerias através de tomada de decisão participativa; colaboração público-privadas, particularmente, sobre planejamento urbano; e pelo Saúde em Todas as Políticas;
- c) Garantir o acesso igualitário às oportunidades para todas as pessoas, invocando autoridades das cidades, para considerar, sistematicamente, as necessidades de mulheres, crianças e jovens, pessoas com deficiências, pessoas de idade, populações indígenas e outros grupos marginalizados;
- d) Incentivar os Estados Membros a melhorarem os seus sistemas de coleta de dados e de relatos sobre os indicadores de saúde urbana, através de investimento em capacitação, quando houver necessidade. Deve-se fortalecer as relações entre o pessoal de saúde urbana e de determinantes de saúde, nos Estados Membros, nas representações e na sede da OPAS, além do que esforços devem ser iniciados para

que se harmonize o planejamento com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

Ação pelo Comitê Executivo

8. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório final e faça as recomendações que considere pertinentes..

Referências

1. Nações Unidas. World Urbanization Prospects [Internet]. Nova Iorque, NY: ONU; 2014. [consultado em 30 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wup/publications/files/wup2014-highlights.pdf>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação sobre a saúde urbana [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 26 a 30 de setembro de 2011; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (documento CD51/5) [consultado em janeiro de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14576&Itemid=270.
3. Pré-Foro de Alcaldes de las Américas: Camino a Shanghai 2016. Declaración de Santiago de Chile [Internet]. Santiago, Chile; 2016 [consultado em 30 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=41597&lang=es.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington: OPAS; 2014 (resolução CD53.R2) [consultado em janeiro de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27551&Itemid=270&lang=pt.
5. Nações Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 70ª Sessão da Assembleia Geral, resolução A/RES/70/1. Disponível em: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=S.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Web-based review of National Development Plans of Member States. Washington, DC. PAHO. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=44930&Itemid=270&lang=en.

7. Sarmiento OL, Siri JG, Rodriguez D, et al. Transporte sostenible y salud urbana: aprendizajes latinoamericanos. Bogotá: Bogotá: Rede de Saúde Urbana para América Latina e Caribe; 2017.
8. Conselho Internacional de Ciência. El Salvador launches urban health model [Internet]; 7 de abril de 2017. Disponível em: <https://www.icsu.org/current/news/el-salvador-launches-urban-health-model>.
9. Organização Mundial da Saúde. Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores. Ginebra: OMS; 2018. Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/?alpha=Z>.
10. Organização Mundial da Saúde & ONU Meio Ambiente. BreatheLife: The BreatheLife cities network [Internet]. Disponível em: <http://breathelife2030.org/breathelife-cities/>.
11. Troncoso K, Soares A. LPG fuel subsidies in Latin America and the use of solid fuels to cook. Energy Policy 107 (2017): 188-196. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enpol.2017.04.046>.
12. Conselho Econômico e Social das Nações Unidas. Progress towards the Sustainable Development Goals: report of the Secretary-General [Internet]. Relatório dos ODS; anexo estatístico. Nova Iorque: ONU; 2016. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2016/secretary-general-sdg-report-2016--Statistical-Annex.pdf>.
13. ONU Mulheres. Ciudades seguras y espacios públicos seguros. 2017 [Internet]. Disponível em: <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2017/safe-cities-and-safe-public-spaces-global-results-report-es.pdf?la=es&vs=47>.
14. Organização Mundial da Saúde. Country profiles on urban health. Ginebra: OMS; 2016. Disponível em: http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urban_health_observatory/uprofiles/en/.
15. Habitat III: Conferência das Nações Unidas sobre Moradia e Desenvolvimento Urbano Sustentável. Relatórios nacionais [Internet]. Outubro de 2016. Disponível em: <http://habitat3.org/the-new-urban-agenda/documents/national-reports/>.
16. Universidade das Nações Unidas. A new network for urban health research in Latin America: UNU-IIGH. Abril de 2016. Disponível em: <https://iigh.unu.edu/news/news/a-new-network-for-urban-health-research-in-latin-america-and-the-caribbean.html>.

D. PLANO DE AÇÃO PARA RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. A finalidade deste documento é informar aos Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) o progresso na implementação do Plano de Ação para a Resistência Antimicrobiana, aprovado em outubro de 2015 (documento CD54/12, Rev. 1 e resolução CD54.R15) (1). A meta do Plano de Ação é que os Estados Membros tomem todas as medidas necessárias e possíveis, de acordo com seu contexto, necessidades e prioridades, para garantir sua capacidade para tratar e prevenir doenças infecciosas por meio do uso responsável e racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde seguros, eficazes, acessíveis, com garantia de qualidade e com preços acessíveis. O Plano se enquadra na estrutura de cobertura universal de saúde, especificamente com respeito ao acesso oportuno a medicamentos de qualidade, e está alinhado com o *Plano de ação mundial da OMS para resistência antimicrobiana* endossado na 68ª Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2015 (2).

2. Reconhecendo as sólidas evidências sobre a morbidade e o impacto econômico estimados da resistência antimicrobiana (3, 4) e entendendo que a situação é uma crise mundial que põe em risco o desenvolvimento sustentável, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou uma declaração política sobre a resistência antimicrobiana em 2016 (5).

Análise do progresso alcançado

3. Um número cada vez maior de países reconhece a resistência antimicrobiana como uma área de ação intersetorial prioritária na saúde, na agricultura e na pecuária. A Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) está apoiando os países na elaboração de enfoques multissetoriais por meio de oficinas, ferramentas e consultas multinacionais. Ao todo, 30 países concluíram ou estão elaborando planos de ação nacionais. Será necessário apoio contínuo para finalizar esses planos e assegurar recursos humanos e financeiros para a sua implementação e monitoramento. O êxito e a sustentabilidade da implementação desses planos caminharão lado a lado com a consecução das metas deste Plano de Ação.

4. Foram obtidos avanços em todas as cinco linhas estratégicas de ação descritas no Plano de Ação. As medidas específicas tomadas visando a consecução de cada um dos objetivos e indicadores estão resumidas nos quadros a seguir.

<i>Linha estratégica de ação 1: Melhorar a conscientização e a compreensão com relação à resistência antimicrobiana por meio de comunicação, educação e formação efetivas</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
1.1 Promover para que a resistência antimicrobiana seja reconhecida como uma necessidade de ação prioritária intersetorial.	1.1.1 Número de países que têm campanhas sobre resistência antimicrobiana e uso racional de antimicrobianos dirigidas ao público em geral e a setores profissionais. Linha de base: 9 em 2015 Meta: 20 em 2020	Em 2017, 31 países trabalharam para melhorar a conscientização e a compreensão dos riscos da resistência antimicrobiana para a saúde humana por meio da participação na Semana Mundial de Conscientização sobre o Uso de Antibióticos, atividades de capacitação ou campanhas nacionais (6, 7). É importante que os países mantenham e ampliem as atividades de conscientização em âmbito nacional e meçam o impacto dos seus esforços.
	1.1.2 Número de países que realizam atividades intersetoriais para o controle da resistência antimicrobiana, inclusive atividades de formação profissional. Linha de base: 5 em 2015 Meta: 10 em 2020	Até 2017, 11 países estavam realizando atividades educacionais e de capacitação com base na perspectiva de “Uma Saúde”, como parte das atividades de vigilância integradas.

<i>Linha estratégica de ação 2: Reforçar o conhecimento e a base científica com vigilância e pesquisa</i>		
Objetivos	Indicador, linha de base e meta	Situação
2.1 Manter e melhorar os sistemas nacionais de vigilância da resistência, para que se possa monitorar o impacto da	2.1.1 Número de países que fornecem dados de laboratório sobre resistência antimicrobiana com periodicidade anual. Linha de base: 20 em 2015 Meta: 35 em 2020.	Em 2017, 19 países latino-americanos estavam participando da ReLAVRA ¹ (8, 9) e apresentando dados sobre a resistência antimicrobiana à OPAS anualmente. Além disso, os dados do Canadá e Estados Unidos estão disponíveis ao público. Urge ampliar a colaboração adicional técnica para

¹ Rede Latino-Americana de Vigilância da Resistência Antimicrobiana.

Objetivos	Indicador, linha de base e meta	Situação
resistência na saúde pública.		apoiar os países e territórios do Caribe, dos quais 10 já estão fortalecendo sua capacidade laboratorial rumo ao desenvolvimento de sistemas nacionais de vigilância da resistência antimicrobiana.
	2.1.2 Número de países que integram redes de vigilância da resistência aos antimicrobianos centradas no paciente. Linha de base: 0 em 2015 Meta: 10 em 2020	Quatro países ingressaram no Sistema Mundial de Vigilância da Resistência Antimicrobiana da OMS (GLASS) (10), que coleta dados da resistência centrados no paciente. A ReLAVRA está se alinhando com a metodologia GLASS para apoiar os países que tomaram a decisão nacional de adotá-la.
	2.1.3 Número de países que realizam a notificação e análise da utilização de antimicrobianos de uso humano e animal. Linha de base: 2 em 2015 Meta: 5 em 2020	Em 2017, quatro países estavam informando e analisando o uso de drogas antimicrobianas em seres humanos e em animais (6, 7). Ao todo, 11 países contavam com um sistema para monitorar o uso de antimicrobianos na saúde humana (6, 7) e 19 países enviavam dados sobre o uso de antimicrobianos em animais à Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) (11).
2.2 Desenvolver um sistema de vigilância nacional da resistência, que integre os dados de patógenos zoonóticos transmitidos por alimentos e contato direto.	2.2.1 Número de países e territórios com mecanismos para colaboração multissetorial no desenvolvimento de programas de vigilância integrada em resistência antimicrobiana. Linha de base: 3 em 2015 Meta: 11 em 2020	Em 2017, 10 países haviam posto em prática um programa integrado de vigilância da resistência antimicrobiana ou haviam começado a desenvolver um programa desse tipo com colaboração multissetorial.
2.3 Promover o monitoramento da resistência do HIV aos antirretrovirais nos países da Região.	2.3.1 Número de países que realizam ações de vigilância da resistência do HIV aos antirretrovirais conforme as recomendações da OPAS/OMS. Linha de base: 3 em 2015 Meta: 15 em 2020	Em 2017, seis países estavam monitorando a resistência a medicamentos antirretrovirais que suprimem o HIV de acordo com as diretrizes de vigilância da resistência aos medicamentos contra o HIV recomendados pela OMS (12, 13). Além disso, a implementação estava em curso em 11 países e em diversas etapas do planejamento em nove países.

Objetivos	Indicador, linha de base e meta	Situação
<p>2.4 Dispor de informação atualizada sobre a magnitude e tendência da tuberculose multirresistente, que contribua para fortalecer a prevenção da resistência da tuberculose.</p>	<p>2.4.1 Número de países que realizam testes de sensibilidade em 100% dos casos de tuberculose previamente tratados.</p> <p>Linha de base: 3 em 2015 Meta: 12 em 2020</p>	<p>Em 2016, 3 países estavam realizando testes de sensibilidade em 100% dos casos de tuberculose previamente tratados (14). Com a implementação progressiva dos métodos de diagnóstico molecular em vários países, a porcentagem de pacientes previamente tratados com testes de sensibilidade está aumentando, mas ainda não chegou a 100% na maioria dos países.</p>
	<p>2.4.2 Número de países que diagnosticam mais de 85% dos casos de tuberculose multirresistente estimados entre os casos de tuberculose notificados.</p> <p>Linha de base: 6 em 2015 Meta: 16 em 2020</p>	<p>Em 2017, apenas um país estava diagnosticando mais de 85% dos casos de tuberculose multirresistente estimados, inclusive os casos resistentes à rifampicina, entre os casos de tuberculose notificados, em conformidade com a classificação atual da OMS da tuberculose resistente a medicamentos (14).</p> <p>Houve mudanças na definição da OMS de tuberculose multirresistente, que atualmente abrange a tuberculose resistente à rifampicina; assim, foram substituídos os critérios usados para estabelecer os valores da linha de base de 2013 e da meta. Este indicador deve ser atualizado de modo a refletir a classificação atual da OMS de tuberculose multirresistente e reformulado da seguinte maneira: “Número de países que diagnosticam mais de 85% dos casos estimados de tuberculose multirresistente e de tuberculose resistente à rifampicina entre os casos de tuberculose notificados”. Desse modo, a linha de base e a meta poderiam ser alteradas, de forma mais realista, para 1 e 10 países, respectivamente.</p>

Objetivos	Indicador, linha de base e meta	Situação
2.5 Dispor de evidências obtidas em estudos de vigilância da eficácia e resistência dos antimaláricos que contribuam para melhoria da qualidade do tratamento.	2.5.1 Número de países que realizam estudos de vigilância da eficácia e resistência aos antimaláricos periodicamente. Linha de base: 6 em 2015 Meta: 11 em 2020	Estudos da eficácia terapêutica e/ou a vigilância com marcadores moleculares foram implementados em 8 países para monitorar a eficácia dos antimaláricos e a resistência a eles, em conformidade com as diretrizes da OPAS/OMS (15).
2.6 Dispor de uma agenda de pesquisa regional que possa gerar evidência aplicável em saúde pública sobre mecanismos eficazes para combater a resistência antimicrobiana.	2.6.1 Elaboração de uma agenda de pesquisa regional de intervenções de saúde pública para combater a resistência antimicrobiana. Linha de base: 0 em 2015 Meta: 1 em 2020	No primeiro semestre de 2019, será realizada uma consulta a Estados Membros e outros interessados diretos pertinentes para formular a agenda de pesquisa sobre ações de saúde pública para combater a resistência antimicrobiana.

Linha estratégica de ação 3: Reduzir a incidência de infecções com medidas eficazes de saneamento, higiene e prevenção

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
3.1 Estabelecer estratégias que melhorem a capacidade nacional de controle, tratamento, prevenção, vigilância e avaliação e comunicação do risco de doenças causadas por microrganismos multirresistentes.	3.1.1 Número de países com programas de prevenção e controle de infecções que dispõem de dados nacionais de infecções associadas à assistência à saúde. Linha de base: 9 em 2015 Meta: 18 em 2020	Em 2017, 10 países contavam com um programa de prevenção e controle de infecções que previa a vigilância obrigatória das infecções associadas à assistência à saúde.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
	<p>3.1.2 Número de países em que é realizada avaliação da capacidade de prevenção e controle de infecções.</p> <p>Linha de base: 13 em 2015 Meta: 18 em 2020</p>	Em 2017, 18 países haviam sido avaliados no tocante à sua capacidade de prevenção e controle de infecções usando um guia padronizado (17). Desses 18 países, 13 dispunham de um programa nacional de prevenção e controle de infecções.
	<p>3.1.3 Número de países que realizam avaliação da própria infraestrutura sanitária referente ao controle de infecção causada por transmissão de aerossóis.</p> <p>Linha de base: 0 em 2015 Meta: 10 em 2020</p>	Até 2017, 18 países haviam feito uma avaliação da sua infraestrutura de saúde com respeito ao controle das infecções transmitidas por aerossóis (17).

Linha estratégica de ação 4: Otimizar o uso de medicamentos antimicrobianos na saúde humana e animal

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
4.1 Estabelecer estratégias ao nível nacional para conter a resistência antimicrobiana e monitorar o uso racional de antibióticos, inclusive com o fortalecimento do papel dos comitês de uso de antibióticos.	<p>4.1.1 Número de países que dispõem de uma estratégia por escrito para combater a resistência antimicrobiana (ano da última atualização) com um plano de mensuração de resultados.</p> <p>Linha de base: 3 em 2015 Meta: 14 em 2020</p>	Em 2017, segundo os resultados da autoavaliação com a ferramenta <i>Global Monitoring of Country Progress on AMR</i> da OMS (6, 7), 14 países dispunham de um plano de ação nacional e outros 16 países estavam elaborando um plano como esse.
	<p>4.1.2 Número de países que formaram e financiaram um grupo especial intersectorial nacional para promover o uso apropriado dos antimicrobianos e a prevenção da propagação de infecções.</p> <p>Linha de base: 5 em 2015 Meta: 15 em 2020</p>	Até 2017, oito países haviam criado um grupo intersectorial nacional para promover o uso apropriado de antimicrobianos e evitar a propagação de infecções.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
	<p>4.1.3 Número de países que produziram no grupo intersetorial nacional financiado relatórios e recomendações para promover o uso apropriado de antimicrobianos e a prevenção da propagação de infecções.</p> <p>Linha de base: 5 em 2015 Meta: 15 em 2020</p>	<p>Esses mesmos oito países do indicador anterior (4.1.2) produziram relatórios e recomendações para promover o uso racional dos antimicrobianos e evitar a propagação de infecções.</p>
	<p>4.1.4 Número de países onde são vendidos antibióticos sem receita médica, embora esteja em oposição às regulamentações.</p> <p>Linha de base: 15 em 2015 Meta: 11 em 2020</p>	<p>Para complementar este indicador, a Repartição também está coletando informações sobre o número de países com regulamentação que obriga a que os antibióticos sejam vendidos e adquiridos apenas com prescrição. Em 2017, cinco países tinham regulamentação nesse sentido, enquanto, em 2015, esse número era de apenas três. Ao fim da implementação deste plano, 10 países devem contar com esse tipo de regulamentação. .</p>

Linha estratégica de ação 5: Preparar argumentos econômicos para um investimento sustentável que leve em consideração as necessidades dos países, e aumentar o investimento em novos medicamentos, meios de diagnóstico, vacinas e outras intervenções.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
<p>5.1 Gerar e sistematizar evidências para documentar o impacto econômico da resistência antimicrobiana.</p>	<p>5.1.1 Número de países que conduzem estudos que dimensionam o impacto econômico da resistência antimicrobiana.</p> <p>Linha de base: 11 em 2015 Meta: 20 em 2020</p>	<p>Uma busca na bibliografia especializada indicou que 13 países produzem estudos que quantificam o impacto econômico da resistência antimicrobiana.</p>

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
<p>5.2 Fomentar a cooperação intersetorial para melhorar a eficiência no desenvolvimento, introdução, regulamentação e utilização de novos antimicrobianos, diagnósticos e vacinas.</p>	<p>5.2.1 Número de países que fizeram progresso na realização de acordos ou novas medidas reguladoras para a avaliação de novas vacinas, diagnósticos e antimicrobianos e que estão incluídos nas agendas de saúde.</p> <p>Linha de base: 6 em 2015 Meta: 11 em 2020</p>	<p>Em 2017, oito países estavam trabalhando em acordos ou novas medidas reguladoras para avaliar novas vacinas, métodos de diagnóstico e antimicrobianos e haviam incluído essas medidas nas suas agendas de saúde.</p>
<p>5.3 Desenvolver um mecanismo para o intercâmbio de informações e especialistas entre os setores governamental, privado, acadêmico e empresarial..</p>	<p>5.3.1 Mecanismo disponível para o intercâmbio de informações e experiências entre os diferentes setores.</p> <p>Linha de base: 0 em 2015 Meta: 1 em 2020</p>	<p>No primeiro semestre de 2019, uma consulta com especialistas sobre a resistência antimicrobiana será organizada para obter assessoria especializada sobre o melhor mecanismo para o intercâmbio de informações e especialistas entre os setores governamental, privado, acadêmico e empresarial.</p>

Ação necessária para melhoria da situação

5. Para alcançar as metas referentes a 2020, será importante para a OPAS convocar seminários internacionais sobre temas da resistência antimicrobiana, com ênfase em um enfoque multissetorial de “Uma Saúde”, além de oferecer aos países consultas sob medida para assegurar a conclusão e a implementação sustentável dos planos de ação nacionais. Uma implementação detalhada, planos de orçamento e grupos de trabalho específicos são necessários no âmbito nacional para assegurar a consecução dos objetivos estratégicos da vigilância, prevenção e controle de infecções e uso apropriado dos antimicrobianos em todos os setores. A disponibilidade de recursos financeiros e humanos em âmbito nacional é crucial e, portanto, os ministérios das Finanças devem ser envolvidos ativamente.

6. A vigilância da resistência antimicrobiana tem sido feita em muitos países há décadas, mas agora existe a necessidade de ampliar essa vigilância de modo a abranger o uso de antimicrobianos e integrar o setor agropecuário (18, 19). Ao mesmo tempo, é importante trabalhar para aperfeiçoar ainda mais os sistemas de vigilância já existentes e alinhá-los com a metodologia GLASS, com ênfase nas áreas em que a vigilância está ainda no seu estágio inicial de desenvolvimento.

7. Os Estados Membros dispõem de regulamentação e são instados a aplicá-la, sobretudo com respeito à dispensação de antibióticos apenas com prescrição. Além disso,

são instados a pôr em prática programas de gestão de antimicrobianos nos hospitais e no primeiro nível da atenção, bem como a monitorar e avaliar as vendas em âmbito nacional e o uso racional dos antimicrobianos nos seres humanos e nos animais como parte dos seus planos nacionais.

8. Os Estados Membros devem dar atenção urgente à implementação das estratégias de intervenção para melhorar a prevenção e o controle das infecções associadas à atenção à saúde, que também é essencial para limitar o desenvolvimento e a propagação de bactérias multirresistentes.

9. Com o apoio da OPAS, os Estados Membros devem investir para garantir o acesso universal a novos métodos de diagnóstico para testar a sensibilidade aos medicamentos, inclusive técnicas moleculares. Com respeito à tuberculose, os Estados Membros devem trabalhar no teste e melhoria da vigilância de rotina dos casos resistentes a medicamentos. Na área da infecção pelo HIV/AIDS, os Estados Membros devem enfrentar com urgência o surgimento da resistência a medicamentos antirretrovirais e alinhar o componente do HIV de planos de ação nacionais contra a resistência antimicrobiana com o novo plano de ação mundial da OMS sobre a resistência aos medicamentos contra o HIV (21). No tocante à malária, a diminuição do número de casos tornou mais difícil fazer estudos de eficácia terapêutica, a metodologia-padrão para avaliar a eficácia dos medicamentos antimaláricos. Em vista dessa situação, os Estados Membros são instados a continuar a monitorar a eficácia e a resistência dos antimaláricos empregando marcadores moleculares e estudos de eficácia terapêutica sempre que possível (15).

Ação pelo Comitê Executivo

10. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a resistência antimicrobiana [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 67ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2015; Washington, DC. Washington, DC: 2015 (documento CD54/12, Rev. 1 e resolução CD54.R15) [consultado em 2 de fevereiro de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31275&Itemid=270&lang=pt
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31941&Itemid=270&lang=pt.
2. Organização Mundial da Saúde. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [consultado em 2 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
<http://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/en/>.

3. Review on Antimicrobial Resistance. Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations [Internet]. Londres; 2016 [consultado em 2 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em: https://amr-review.org/sites/default/files/160525_Final%20paper_with%20cover.pdf.
4. Grupo Banco Mundial. Final Report: Drug-Resistant Infections – A threat to our economic future [Internet]. Washington, D.C. Washington, DC: 2017 [consultado em 2 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/323311493396993758/pdf/114679-REVISED-v2-Drug-Resistant-Infections-Final-Report.pdf>
5. Organização das Nações Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Septuagésimo primeiro período de sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas; 5 de outubro de 2016; Nova York: 2016 (resolução A/RES/71/3) [consultado em 2 de fevereiro de 2018]. Disponível em espanhol em: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/71/3>.
6. Organização Mundial da Saúde. Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura. Organização Mundial de Saúde Animal. Global Database for Antimicrobial Resistance Country Self-Assessment (Versão 1) [Internet]. Genebra: OMS; 2017 Versão 1.1. 2018 [consultado em 2 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=%2FWHO_HQ_Reports/G45/PROD/EXT/amrcsat_Menu.
7. Organização Mundial da Saúde. Global Database for Antimicrobial Resistance: Country Self-Assessment [Internet]. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2017 [consultado em 2 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=%2FWHO_HQ_Reports/G45/PROD/EXT/amrcsat_Menu.
8. Schmunis G, Salvatierra-Gonzalez R. Birth of a public surveillance system: PAHO combats the spread of antimicrobial resistance in Latin America. APUA Newsletter. 2006;24(1) [consultado em 2 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em: http://emerald.tufts.edu/med/apua/news/APUA_v24n1.pdf
9. Organização Mundial da Saúde. Antimicrobial Resistance: Global Report on Surveillance, 2014 [Internet]. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2014 [consultado em 2 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1.
10. Organização Mundial da Saúde. Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) report: Early implementation, 2016-2017. Genebra: OMS; 2014 [consultado em 2 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/glass/resources/publications/early-implementation-report/en/>.

11. Organização Mundial de Saúde Animal (OIE). OIE Annual Report on Antimicrobial Agents Intended for Use in Animals: Better understanding of the global situation. Second report [Internet]. Paris, OIE; 2017 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Our_scientific_expertise/docs/pdf/AMR/Annual_Report_AMR_2.pdf.
12. Organização Mundial da Saúde. Nota conceitual: Surveillance of HIV drug resistance in adults initiating antiretroviral therapy (pre-treatment HIV drug resistance) [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/pretreatment_drugresistance/en/.
13. Organização Mundial da Saúde. Nota conceitual: Surveillance of HIV drug resistance in adults receiving ART (acquired HIV drug resistance) [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired_drugresistance/en/.
14. Organização Mundial da Saúde. Global Tuberculosis Report, 2017 [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 2 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.
15. Organização Mundial da Saúde. World Malaria Report, 2017 [Internet]. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2017 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
<http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2017/en/>.
16. Organização Mundial da Saúde. Guidelines and core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
<http://www.who.int/gpsc/core-components.pdf>.
17. Organização Pan-Americana da Saúde. Rapid evaluation guide for hospital programs for prevention and control of nosocomial infections [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2011 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=22319&lang=en.
18. Organização Mundial da Saúde. Integrated surveillance of antimicrobial resistance in foodborne bacteria: Application of a One Health approach [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/foodsafety/publications/agisar_guidance2017/en/.

19. Organização Mundial da Saúde. WHO guidelines on use of medically important antimicrobials in food-producing animals, 2017 [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em: http://www.who.int/foodsafety/publications/cia_guidelines/en/.
20. Organização Mundial da Saúde. HIV drug resistance report, 2017 [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hivdr-report-2017/en/>.
21. Organização Mundial da Saúde. Global Action Plan on HIV Drug Resistance, 2017-2021 [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hivdr-action-plan-2017-2021/en/>.

E. PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. A finalidade deste documento é informar aos Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre o progresso obtido na implementação do Plano de Ação para Prevenção e Controle das Hepatites Virais (Documento CD54/13, Rev. 1 [2015]), vigente no período 2016-2019 (1).
2. Este Plano está alinhado com a visão, as metas e as instruções estratégicas da *Estratégia Global do Setor de Saúde Contra as Hepatites Virais 2016-2021 da OMS* (2), endossada pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS) em maio de 2016, a qual clama pela eliminação das hepatites virais como ameaça de saúde pública (redução de 90% na incidência e 65% na prevalência) até 2030. Além disso, o Plano reflete a meta global de combater as hepatites virais incluído no Objetivo 3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).
3. A resposta regional deve levar em consideração várias características essenciais das hepatites virais. Em 2016, a OPAS calculou que 2,8 milhões de pessoas na Região estavam vivendo com hepatite B (HBV) e 7,2 milhões com hepatite C (HCV); aproximadamente 125.000 morreram de hepatite viral em 2013 (3). Cerca de 96% da mortalidade por hepatites virais é resultado da infecção crônica pelo HBV ou HCV, levando à cirrose e ao câncer primário do fígado, ou carcinoma hepatocelular (CHC). De fato, aproximadamente 78% dos casos de CHC em todo o mundo são resultado da hepatite B ou C crônica (2). Portanto, os esforços para controlar a incidência de hepatite e sua mortalidade devem se concentrar nas hepatites B e C. Os novos tratamentos são muito eficazes: os medicamentos antivirais contra a hepatite B e C podem reduzir o risco de câncer do fígado em cerca de 75%, o que é um benefício adicional de saúde pública – a ação para eliminar a hepatite reduzirá a incidência de CHC na Região. Os novos antivirais de ação direta (DAAs) contra o HCV são capazes de curar esta infecção em 95% dos casos somente com os medicamentos de primeira linha e em 99,9% dos casos quando os medicamentos de segunda linha também são acessíveis.
4. Em escala mundial e na Região das Américas, a resposta à hepatite foi dificultada por uma falta de financiamento internacional em escala mundial. Portanto, a resposta à hepatite depende quase inteiramente da disponibilidade de recursos nacionais.

Atualização do progresso alcançado

5. Este relatório e os seguintes quadros resumem o progresso intermediário da Região rumo ao cumprimento dos objetivos do Plano em 2016-2017. Também destaca os desafios que deverão ser superados no próximo ano para alcançar as metas estabelecidas no Plano.

6. Cabe ressaltar que os indicadores do Plano de Ação de 2016 são indicadores de política e, portanto, não quantificam a força ou amplitude da resposta de nenhum país individual.

Linha estratégica de ação 1: Promover uma resposta abrangente e integrada		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Status
1.1 Promover a integração da prevenção, vigilância, diagnóstico, atenção e intervenções e serviços de controle para as hepatites virais no setor da saúde e implementá-los de forma coordenada e eficaz com os parceiros e as partes interessadas pertinentes.	1.1.1 Número de países que possuem uma estratégia ou plano nacional estruturado e orçado para a prevenção, o tratamento e o controle das hepatites virais. Linha de base: 10 em 2015 (8) Meta: 20	15 países e territórios (7) Este indicador é fundamental para apoiar a ação nacional. Até o final de 2017, mais 5 países haviam desenvolvido estratégias ou planos nacionais contra a hepatite que vão além da imunização.
1.2 Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas e intervenções de saúde pública coordenadas a fim de erradicar as hepatites B e C dos Estados Membros da OPAS até 2030.	1.2.1 Número de países com o objetivo de eliminar as hepatites B e C como problemas de saúde pública. Linha de base: 0 em 2015 (8) Meta: 6	0 países (7) Embora todos os países e territórios estejam comprometidos com a Estratégia Mundial do Setor da Saúde para eliminar as hepatites virais como problema de saúde pública até 2030, nenhum país a implementou como política nacional ainda.
	1.2.2 Número de países com o objetivo de eliminar a transmissão da hepatite B de mãe para filho. Linha de base: 1 em 2012 (9) Meta: 5	12 países e territórios (7) No futuro, esses países e territórios trabalharão no marco da iniciativa EMTCT-Plus.
1.3 Implementar atividades de informação e comunicação e campanhas nos âmbitos regional, sub-regional, nacional e local para aumentar a conscientização sobre a existência, a gravidade e as vias de transmissão das hepatites virais e sobre as medidas para prevenir e controlar a doença.	1.3.1 Número de países que comemoram o Dia Mundial da Hepatite por meio de campanhas de conscientização ou grandes eventos temáticos. Linha de base: 10 em 2015 (8) Meta: 20	12 países e territórios (7) O Dia Mundial da Hepatite é uma efeméride consagrada no calendário de saúde pública da Região.

<i>Linha estratégica de ação 2: Fomentar o acesso equitativo à atenção preventiva</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Status
<p>2.1 Manter e ampliar programas de imunização contra HBV a fim de aumentar a cobertura para todas as crianças, populações-chave e grupos vulneráveis.</p>	<p>2.1.1 Número de países que mantêm uma alta cobertura contra HBV (95% ou mais) como parte do calendário de vacinação infantil de rotina (antes de 1 ano de idade).</p> <p>Linha de base: 15 em 2013 (10) Meta: 25</p>	<p>17 países e territórios (10)</p> <p>Em toda a região, em 2017, a cobertura vacinal contra HBV aumentou de 90% para 91%, e em 2 países, atingiu ou excedeu 95%.</p>
	<p>2.1.2 Número de países que incluíram a imunização de recém-nascidos contra HBV nas primeiras 24 horas em seus programas de vacinação.</p> <p>Linha de base: 18 em 2013 (10) Meta: 25</p>	<p>21 países e territórios (7)</p> <p>Além de 21 países e territórios que fornecem dose universal no parto, outros 13 países fornecem a dose no parto apenas a recém-nascidos de mães HBsAg-positivas.</p>
<p>2.2 Incentivar os países a realizar avaliações epidemiológicas, de carga de doença e de tecnologia em saúde; por exemplo, análises de custo-efetividade para promover decisões baseadas em evidências sobre a introdução da vacina contra a hepatite A (HAV).</p>	<p>2.2.1 Número de países que realizaram avaliações epidemiológicas, de carga de doença e de tecnologia em saúde para HAV; por exemplo, análises de custo-efetividade para embasar a introdução de vacinas.</p> <p>Linha de base: 5 em 2013 (11 - 15) Meta: 10</p>	<p>9 países (16)</p> <p>Surtos esporádicos de transmissão de HAV entre homens que fazem sexo com homens foram descritos em vários países da Região.</p>
<p>2.3 Fortalecer a capacidade do setor da saúde de realizar as ações necessárias para promover a aplicação mais estrita de normas, protocolos e recomendações para prevenir a transmissão das hepatites virais em ambientes de atenção à saúde.</p>	<p>2.3.1 Número de países com medidas para a prevenção da hepatite B entre profissionais de saúde.</p> <p>Linha de base: 13 em 2015 (8) Meta: 26</p>	<p>32 países e territórios (7)</p> <p>Esses 32 países e territórios implementaram estratégias específicas para a prevenção da hepatite B entre profissionais de saúde.</p>

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Status
2.4 Fortalecer a capacidade do setor da saúde de elaborar e implementar políticas e estratégias para prevenir a transmissão das hepatites virais entre usuários de drogas e outras populações-chave.	2.4.1 Número de países com estratégias para prevenção e controle das hepatites virais, como a vacina contra HBV, visando populações-chave. Linha de base: 8 em 2015 (8) Meta: 20	14 países e territórios (7) O aumento para 14 países e territórios é atribuível à expansão dos programas de vacinação de reforço contra o HBV em populações-chave.

<i>Linha estratégica de ação 3: Fomentar o acesso equitativo à atenção clínica</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Status
3.1 Adaptar e implementar normas e padrões para o rastreamento, o diagnóstico, a atenção e o tratamento das hepatites virais.	3.1.1 Número de países que formularam diretrizes para a prevenção, a atenção e o tratamento da hepatite B de acordo com as recomendações mais recentes da OMS. Linha de base: 16 em 2012 (9) Meta: 25	18 países e territórios (7) A principal mudança no tratamento recomendado ocorreu em 2015, quando a terapia foi limitada a antivirais orais com alta barreira à resistência. Dezoito países e territórios possuem diretrizes nacionais compatíveis com esses novos esquemas.
	3.1.2 Número de países que formularam diretrizes para o rastreamento, o diagnóstico, a atenção e o tratamento da hepatite C de acordo com as recomendações mais recentes da OMS Linha de base: 6 em 2015 (8) Meta: 15	12 países e territórios (7) Foram publicadas novas recomendações em abril de 2018. Doze países e territórios têm diretrizes compatíveis com as recomendações anteriores da OMS.
	3.1.3 Número de países que começaram a oferecer diagnóstico e tratamento para HBV com financiamento público. Linha de base: 11 em 2015 (8) Meta: 20	22 países e territórios (7) Esses 22 países e territórios oferecem tratamento (embora o acesso seja limitado em muitos países).

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Status
	<p>3.1.4 Número de países que começaram a oferecer diagnóstico e tratamento para HCV com financiamento público.</p> <p>Linha de base: 6 em 2015 (8) Meta: 10</p>	<p>15 países e territórios (7)</p> <p>Esses 15 países e territórios oferecem alguma forma de tratamento para hepatite com financiamento público. Na maioria dos países, o número de pacientes ainda é limitado e, muitas vezes, o acesso ao tratamento foi garantido mediante ações judiciais.</p>
	<p>3.1.5 Número de países que incluem em suas listas e/ou formulários nacionais de medicamentos essenciais um ou mais medicamentos recomendados pelas diretrizes de 2015 da OMS para o tratamento de HBV.</p> <p>Linha de base: 10 em 2015 (8) Meta: 20</p>	<p>22 países e territórios (7)</p> <p>A edição mais recente das diretrizes da OMS para tratamento do HBV foi publicada em 2015.</p>
	<p>3.1.6 Número de países que incluem em suas listas e/ou formulários nacionais de medicamento essenciais um ou mais medicamentos recomendados pelas diretrizes de 2014 da OMS para tratamento de HCV.</p> <p>Linha de base: 8 em 2015 (8) Meta: 15</p>	<p>10 países (7).</p> <p>Estes 10 países estão utilizando um dos antivirais de ação direta (DAAs) incluídos nas diretrizes para tratamento de HCV¹.</p>

¹ A terapia antiviral de ação direta recomendada mudou muito nos últimos três anos. A OMS agora recomenda esquemas pangenotípicos, dos quais são oferecidas três formas atualmente. Tanto o caráter dinâmico da terapia quanto os altos preços têm prejudicado o acesso e a aceitação do tratamento.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Status
3.2 Adaptar e implementar normas e padrões para o tratamento das hepatites virais (B e C) em pacientes coinfectados por HIV.	3.2.1 Número de países que atualizaram seus critérios de tratamento com antirretrovirais, incluindo a recomendação de iniciar a terapia antirretroviral (TARV) independentemente da contagem de CD4 em pacientes com HIV e doença hepática crônica grave relacionada ao HBV. Linha de base: 24 em 2014 (17) Meta: 30	30 países e territórios (18) Este número inclui 22 países e territórios que recomendam o tratamento do HIV para todos os indivíduos infectados e 8 nos quais o tratamento do HIV é recomendado para pacientes com HIV e doença hepática crônica grave relacionada ao HBV.

Linha estratégica de ação 4: Fortalecer as informações estratégicas

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Status
4.1 Aumentar e fortalecer a capacidade dos países de desenvolver e implementar estratégias para a vigilância, a prevenção, o controle e/ou a eliminação das hepatites virais.	4.1.1 Número de países que notificam casos de hepatite B aguda e crônica.. Linha de base: 8 em 2015 (8) Meta: 16	22 países (7) Em 2016, foram realizadas reuniões sub-regionais em apoio à informação e vigilância estratégica da hepatite na América do Sul e Central.
	4.1.2 Número de países que notificam casos de infecção por hepatite C. Linha de base: 13 em 2015 (8) Meta: 26	18 países (7) Vide comentário ao item 4.1.1 acima. Esses 18 países notificam ao menos alguns casos de hepatite C aguda ou crônica.
	4.1.3 Número de países que realizam estudos sobre a prevalência de hepatite viral B ou C na população geral e/ou em populações-chave. Linha de base: 11 em 2015 (8) Meta: 18	14 países Esses 14 países relatam realização de ao menos um estudo sobre a prevalência de HBV ou HCV.
4.2 Aumentar a capacidade dos países de analisar, publicar e difundir dados nacionais sobre hepatites virais e impacto das respostas desagregados por idade, sexo e diversidade cultural.	4.2.1 Número de países que publicaram um relatório nacional sobre hepatites virais. Linha de base: 8 em 2015 (8) Meta: 15	13 países (7) Esses 13 países publicaram relatórios nacionais de linha de base sobre hepatites virais no marco da iniciativa da OPAS para mineração de dados em âmbito nacional.

Linha estratégica de ação 5: Fortalecer a capacidade laboratorial para apoiar o diagnóstico, a vigilância e o fornecimento de sangue seguro		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Status
5.1 Implementar tecnologias inovadoras para o diagnóstico e o monitoramento laboratorial de respostas terapêuticas.	5.1.1 Número de países que implementam tecnologias padronizadas e eficazes para monitorar pacientes com HBV. Linha de base: 10 em 2015 (8) Meta: 20	19 países e territórios (7) Esses 19 países realizam monitoramento do HBV mediante exames laboratoriais recomendados pela OMS.
	5.1.2 Número de países que implementam tecnologias padronizadas e eficazes para a confirmação da infecção por HCV, incluindo sorologia, genotipagem e monitoramento do paciente. Linha de base: 8 em 2015 (8) Meta: 15	19 países e territórios (7) Esses 19 países e territórios realizam monitoramento do HCV mediante exames laboratoriais recomendados pela OMS.
5.2 Implementar normas para melhorar a segurança dos estoques de sangue e hemoderivados.	5.2.1 Número de países que rastreiam HBV e HCV em 100% das unidades de transfusão de sangue. Linha de base: 39 em 2014 (19) Meta: 41	41 países e territórios. A cobertura do sangue doado continua altíssima em nível regional. Diferenças nos processos de notificação de alguns países e territórios explicam a falta de aumento no número de países que rastreiam 100% das unidades de transfusão de sangue desde 2015.

7. Além do progresso em direção à implementação do Plano de Ação, a OPAS deu início a uma iniciativa que enfoca a prevenção integrada da transmissão materno-infantil do HIV, hepatite B, sífilis e doença de Chagas no marco comum da saúde materno-infantil. Esse marco integrado, o *Marco para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV, Sífilis, Hepatite e doença de Chagas* (EMTCT-Plus) (4), deve ser implementado em pelo menos dois Estados Membros ao longo de 2018. Os objetivos da iniciativa EMTCT Plus estão alinhados e, portanto, são complementares aos do Plano de Ação Regional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais e da Estratégia Global do Setor de Saúde Contra as Hepatites Virais 2016-2021.

Ação necessária para melhoria da situação

8. Tendo em vista o progresso descrito acima, as ações necessárias para melhorar a situação incluem:

- a) Na maioria dos países e territórios, há necessidade de um aumento absoluto do financiamento nacional alocado à hepatite B e C, considerando a deficiência atual de financiamento internacional para apoiar as respostas nacionais contra a hepatite.
- b) Apoiar os Estados Membros no planejamento nacional em hepatite B e C e no estudo de “casos de investimento”—ou seja, modelagem da carga de morbidade com base em dados epidemiológicos empíricos e projeção do impacto e dos custos em potencial associados a intervenções de abrangência populacional que visem atingir as metas globais de eliminação.
- c) Trabalhar com os Estados Membros para garantir que o fornecimento de serviços contra a hepatite seja livre de estigma e discriminação e implementado por meio de uma abordagem que respeite os direitos humanos, equidade, etnia e gênero.
- d) Fortalecer a capacidade dos Estados Membros de gerar e notificar informações estratégicas sobre hepatites virais desagregadas por gênero, idade, pertencimento a populações-chave e etnia.
- e) Continuar a expandir os programas de prevenção da transmissão materno-infantil do HBV, simultaneamente com a adoção da nova plataforma EMTCT-Plus, que inclui HIV, sífilis e doença de Chagas, juntamente com os esforços existentes.
- f) Promover a expansão urgente do acesso ao diagnóstico, atenção e tratamento da hepatite B e C, conforme preconizado pela OMS, nos sistemas nacionais de saúde e nos sistemas de seguro de saúde, inclusive para populações-chave e povos indígenas.
- g) Realizar articulação mais próxima com comunidades afetadas e grupos que representam as comunidades afetadas para acelerar a adoção de testes e tratamento e criar demanda por outros serviços relacionados à hepatite.
- h) Continuar auxiliando os Estados-Membros a acessar diagnósticos de hepatite e medicamentos anti-HBV e HCV acessíveis e de qualidade e a incorporar as terapias antivirais recomendadas às diretrizes nacionais de tratamento de hepatite.
- i) A OPAS reconhece o caráter dinâmica da terapia antiviral de ação direta anti-HCV desde que o Conselho Diretor aprovou o Plano de Ação em 2016. Portanto, a Repartição apoiará os Estados Membros na inclusão de novos DAAs pangenotípicos acessíveis nas relações nacionais de medicamentos essenciais e nos programas de seguro-saúde, bem como na aquisição desses agentes através do Fundo Estratégico.

Ação pelo Comitê Executivo

9. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2015 (Documento CD54/13, Rev. 1 e Resolução CD54.R7) [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31285&Itemid=270&lang=pt
2. Organização Mundial da Saúde. Global Health Sector Strategy for Viral Hepatitis 2016-2021 [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246177/1/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?ua=1>
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Hepatitis B and C in the spotlight: a public health response in the Americas [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2016 [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31449/9789275119297-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
4. Organização Pan-Americana da Saúde. EMTCT-Plus: a framework for elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis, hepatitis B, and Chagas [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2017 [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34306/PAHOCHA17009-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Organização Mundial da Saúde. Global hepatitis report [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>
6. Organização Mundial da Saúde. Global report on access to hepatitis C treatment: focus on overcoming barriers [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250625/1/WHO-HIV-2016.20-eng.pdf?ua=1>
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Hepatitis B and C in the spotlight: a public health response in the Americas [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2017 [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34257/hepatitis-spotlight2017_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatórios sobre a hepatite viral B e C nos países. Washington, DC: OPAS; 2017. Documentos não publicados.

9. Organização Mundial da Saúde. Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States [Internet]. Genebra: OMS; 2013 [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85397/1/9789241564632_eng.pdf?ua=1
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Immunization in the Americas: 2014 summary [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2014 [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27446&Itemid=270&lang=en
11. Quezada A, Baron-Papillon F, Coudeville L, Maggi L. Universal vaccination of children against Hepatitis A in Chile: a cost-effectiveness study. *Rev Panam Salud Pública* 2008;23(5):303-12.
12. Ellis A, Ruttimann RW, Jacobs RJ, Meyerhoff AS, Innis BL. Cost-effectiveness of childhood hepatitis A vaccination in Argentina: a second dose is warranted. *Rev Panam Salud Pública* 2007;21(6):345-56.
13. Sartori AM, de Soárez PC, Novaes HM, Amaku M, de Azevedo RS, Moreira RC, Pereira LM, Ximenes RA, Martelli, CM. Cost-effectiveness analysis of universal childhood hepatitis A vaccination in Brazil: regional analyses according to the endemic context. *Vaccine* 2012;39(52):7489-97.
14. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Hepatitis A [Internet]. Bogotá (Colômbia); 2012. Disponível em espanhol em:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Hepatitis%20A%20-%20Una%20enfermedad%20ligada%20a%20la%20pobreza%20y%20el%20subdesarrollo.pdf>
15. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), Fiore A, Wasley A, Bell B. Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2006 May 19;55(RR-7):1-23.
16. Organização Mundial da Saúde. Vaccine-preventable diseases: monitoring system: 2017 global summary [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=CHE

17. Organização Pan-Americana da Saúde. Antiretroviral treatment in the spotlight: a public health analysis in Latin America and the Caribbean [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2013 [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23710&Itemid=270&lang=en
18. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global AIDS monitoring: indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Genebra: UNAIDS; 2017.
19. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014. (Documento CD53/6 e Resolução CD53.R6) [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26761&Itemid=270&lang=pt

F. PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA TUBERCULOSE: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. O propósito deste documento é informar os Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre o progresso na implantação do Plano de ação para prevenção e controle da tuberculose, aprovado em outubro de 2015 (documento CD54/11 e resolução CD54.R10) (1, 2). A meta do Plano de ação é acelerar a redução da incidência e da mortalidade da tuberculose, pondo fim à epidemia da doença na Região das Américas. A implantação do Plano de ação permitirá atingir, até 2019, as metas estipuladas no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. O Plano de ação faz parte do esquema geral da *Estratégia global e metas para a prevenção, atenção e controle da tuberculose pós-2015* da Organização Mundial da Saúde, posteriormente conhecida como Estratégia pelo Fim da Tuberculose e aprovada na Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2014 (3).

2. Em novembro de 2017, a primeira Conferência Ministerial Mundial da OMS para Acabar com a Tuberculose na Era do Desenvolvimento Sustentável: Uma Resposta Multissetorial foi organizada pela OMS e pela Federação Russa. A conferência culminou com a Declaração de Moscou para acabar com a tuberculose (4), na qual os países afirmaram o compromisso de acabar com a epidemia da tuberculose até 2030. A Declaração conclama a OMS a apoiar a aceleração da resposta a fim de atingir as metas acordadas na Estratégia pelo Fim da Tuberculose e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, alinhando maior compromisso nacional e mundial. A Região das Américas é a primeira região da OMS que está mais perto de alcançar a meta de eliminação da tuberculose e a OPAS se comprometeu a prestar todo o apoio necessário aos seus Estados Membros para este fim. Dando seguimento à conferência de Moscou, será realizada em 2018 a primeira Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Fim da Tuberculose, que buscará o compromisso no nível político mais alto para atingir a eliminação da tuberculose.

Atualização do progresso alcançado

3. A partir de 2015, os países da Região passaram a elaborar e/ou renovar planos estratégicos nacionais de controle da tuberculose de acordo com a Estratégia global e o Plano de ação regional. Houve progresso nos três indicadores de resultados e nos indicadores para as três linhas estratégicas de ação estabelecidas no Plano de ação. As principais fontes de informações para esta revisão intermediária são o Relatório Global de Tuberculose 2017 da OMS (5), relatórios de visitas de monitoramento e avaliação de programas nacionais de controle da tuberculose (PNCT) e informes de consultas e seminários regionais e sub-regionais (6).

<i>Indicadores de resultados</i>		
Indicador	Linha de base e meta	Situação
1. Número acumulado de pacientes com tuberculose confirmada bacteriologicamente tratados com êxito em programas que adotaram a estratégia recomendada pela OMS desde 1995.	Linha de base: 1.450.000 em 2013. Meta: 2.500.000 em 2019.	Em 2015 (último coorte disponível), 2,05 milhões de pacientes com tuberculose haviam sido tratados com êxito nos países.
2. Número ao ano de pacientes com tuberculose multirresistente, presumida ou confirmada, baseado nas definições da OMS (2013), incluídos os casos resistentes à rifampicina, que recebem tratamento contra a tuberculose multirresistente na Região.	Linha de base: 2.960 pacientes em 2013. Meta: 5.490 pacientes em 2019.	Em 2016 (últimos dados disponíveis), 3.525 casos presuntivos ou confirmados de TB-MR/RR receberam tratamento.
3. Porcentagem de novos pacientes com tuberculose diagnosticada, em comparação com número total de casos incidentes de tuberculose.	Linha de base: 79% em 2013. Meta: 90% em 2019.	Em 2016 (últimos dados disponíveis), 81% dos casos incidentes estimados de tuberculose foram diagnosticados.

4. No que se refere à primeira linha estratégica, cooperação técnica foi prestada aos PNCT com missões nos países e cursos de capacitação. A capacidade de diagnóstico precoce e detecção de casos foi ampliada com o auxílio de uma subvenção regional do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária para robustecer os laboratórios de tuberculose em 20 países (7). O tratamento da tuberculose e da tuberculose farmacorresistente foi revigorado com o apoio técnico prestado pela iniciativa regional Comitê Sinal Verde (GLC) e o tratamento medicamentoso da tuberculose está sendo favorecido com o trabalho conjunto com o Fundo Estratégico da OPAS. Da mesma forma, o trabalho colaborativo em TB/HIV foi reforçado, com a atualização dos protocolos clínicos regionais. Outras comorbidades da tuberculose (tuberculose/diabetes e tuberculose/tabagismo) também estão sendo contempladas.

<i>Linha estratégica de ação 1: Prevenção e atenção integradas da tuberculose, centradas nas pessoas afetadas com a doença.</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
<p>1. Fortalecer a prevenção e a atenção integradas da tuberculose, centradas nas pessoas afetadas pela doença, e de acordo com as normas internacionais de atenção da tuberculose.</p>	<p>1.1 Número de países que diagnosticam e tratam a tuberculose de acordo com as normas internacionais de atenção à tuberculose.</p> <p>Linha de base: 20 em 2013. Meta: 35 em 2019.</p>	<p>Em 2017, 25 países haviam atualizado os protocolos nacionais da tuberculose incluindo as recomendações da OMS para diagnóstico e tratamento da doença.</p> <p>O progresso neste indicador fica restrito diante das frequentes atualizações feitas às recomendações da tuberculose, sobretudo com relação aos novos métodos diagnósticos e medicamentos. Da mesma forma, os processos de análise e aprovação nos países também contribuem para a demora na atualização dos protocolos nacionais.</p> <p>A OPAS está dando apoio aos PNCT nesses processos.</p>
	<p>1.2 Número de países que realizam o tratamento preventivo sistemático a contatos com menos de cinco anos de idade dos casos de tuberculose ativa.</p> <p>Linha de base: 5 em 2013. Meta: 20 em 2019.</p>	<p>Em 2017, 15 países estavam realizando o tratamento preventivo com isoniazida de crianças menores de 5 anos que são contatos de casos de tuberculose ativa, conforme recomendado pela OPAS/OMS.</p> <p>A atividade representada neste indicador é fundamental para prevenir a tuberculose em um grupo muito vulnerável. Esforços estão sendo feitos para aumentar a notificação e o acompanhamento.</p>
	<p>1.3 Número de países que realizam o tratamento preventivo sistemático de acordo com os guias nacionais para pessoas co-infectadas por TB/HIV</p> <p>Linha de base: 5 em 2013. Meta: 10 em 2019.</p>	<p>Em 2017, sete países estavam notificando o início do tratamento preventivo da isoniazida em pessoas com HIV. Existem evidências isoladas de que esta atividade está sendo amplamente realizada nos serviços de atenção do HIV, mas os dados disponíveis são escassos.</p>

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
	<p>1.4 Número de países que diagnosticam mais de 85% dos casos de MR/TB estimados entre os casos de tuberculose notificados.</p> <p>Linha de base: 6 em 2013. Meta: 16 em 2019.</p>	<p>Alguns países encontraram maneiras inovadoras de assegurar o registro e a notificação destas informações.</p> <p>Em 2017, somente um país estava fazendo o diagnóstico de mais de 85% de casos estimados de TB-MR, incluindo casos de TB-RR, dentre os casos notificados de tuberculose, de acordo com a classificação atual da OMS de tuberculose farmacorresistente (8) e a introdução nos países do teste molecular rápido para o diagnóstico da tuberculose, Xpert® MTB/RIF.</p> <p>A definição da OMS de TB-MR foi modificada para incluir TB-RR, suplantando desse modo os critérios usados ao se estabelecer a linha de base de 2013 e as metas projetadas. Este indicador precisa ser ajustado de maneira conforme.</p> <p>A OPAS está facilitando a implementação do teste Xpert MTB/RIF. Também está prestando apoio para melhorar a vigilância de rotina da tuberculose farmacorresistente, o que deve apurar os dados disponíveis e assim permitir estimativas mais realistas.</p> <p>Obs.: este indicador deve ser atualizado segundo a classificação atual da OMS de tuberculose farmacorresistente e ser reformulado como “Número de países que fazem o diagnóstico de mais de 85% dos casos estimados de TB-MR/RR dentre os casos notificados de tuberculose”. Da mesma forma, para serem mais realistas, a linha de base e a meta poderiam ser modificadas para 1 e 10 países, respectivamente.</p>

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
	<p>1.5 Número de países que iniciam o tratamento de 100% dos casos de MR-TB notificados.</p> <p>Linha de base: 6 em 2013. Meta: 12 em 2019.</p>	Em 2017, 14 países haviam iniciado o tratamento de todos os casos notificados de TB-MR. Este número supera a meta de 2019. Apoio técnico intenso foi prestado pelos especialistas em TB-MR por meio da iniciativa regional Comitê Sinal Verde.
	<p>1.6 Número de países onde 100% dos casos de co-infecção TB/HIV recebem tratamento antirretroviral.</p> <p>Linha de base: 6 em 2013. Meta: 15 em 2019.</p>	Em 2017, nove países forneciam terapia antirretroviral a todos os pacientes coinfetados com TB/HIV. A OPAS está prestando apoio aos países para satisfazer este importante indicador. Os programas de HIV têm acesso cada vez maior aos antirretrovirais, beneficiando assim os pacientes coinfetados.

5. O compromisso político foi reforçado com a coordenação com a Frente Parlamentar de Tuberculose das Américas (9), formada por representantes de 20 países das Américas. Apoio foi dado para a comemoração anual do Dia Mundial da Tuberculose. Tem sido intensificado o trabalho com as populações vulneráveis (crianças e grupos indígenas) e a participação de organizações da sociedade civil; apoio foi dado para fomentar a análise dos dados de tuberculose e medidas foram tomadas para promover a inclusão dos pacientes com tuberculose em programas de proteção social.

<i>Linha estratégica de ação 2: Compromisso político, proteção social e cobertura universal do diagnóstico e tratamento oportunos da tuberculose.</i>		
Objetivos	Indicador, linha de base e meta	Situação
<p>2. Formular e implementar planos nacionais de controle da tuberculose de acordo com a estratégia mundial, que reforcem o compromisso político e a atenção integral do controle da tuberculose, emoldurados na</p>	<p>2.1 Número de países que implementam planos atualizados de acordo com a estratégia mundial.</p> <p>Linha de base: 0 em 2013. Meta: 30 em 2019.</p>	Em 2017, 21 países estavam implementando planos estratégicos nacionais para tuberculose de acordo com a Estratégia pelo Fim da Tuberculose.

Objetivos	Indicador, linha de base e meta	Situação
Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde, e na previdência social.	<p>2.2 Número de países que financiaram seus planos estratégicos atualizados de acordo com a estratégia mundial.</p> <p>Linha de base: 0 em 2013. Meta: 30 em 2019.</p>	Em 2016, 15 países informaram terem financiado planos estratégicos nacionais atualizados para tuberculose. A distribuição do financiamento das atividades de tuberculose foi 67% de origem nacional, 15% de origem internacional e 18% não financiados (a parcela não financiada foi de 21% no ano precedente).
	<p>2.3 Número de países que apresentam redes comunitárias trabalhando no controle da tuberculose.</p> <p>Linha de base: 3 em 2013. Meta: 10 em 2019.</p>	Em 2017, 13 países instituíram redes comunitárias para dar apoio a atividades de prevenção e controle da tuberculose, em coordenação com pessoal e serviços da área da saúde. A partir da experiência adquirida nesses países, a OPAS está promovendo a criação de uma rede comunitária regional que facilitará instituir e expandir as redes nacionais.
	<p>2.4 Número de países com regulamentações estabelecidas referentes ao registro, à importação e a fabricação de produtos médicos.</p> <p>Linha de base: 28 em 2013. Meta: 30 em 2019.</p>	Em 2017, 31 países estabeleceram regulamentações relacionadas ao registro, importação e fabricação de produtos médicos, inclusive para tuberculose (medicamentos, métodos diagnósticos e materiais), superando a meta (10, 11).
	<p>2.5 Número de países que incluem as pessoas afetadas pela tuberculose em programas de providência social.</p> <p>Linha de base: 5 em 2013. Meta: 15 em 2019.</p>	<p>Em 2017, 10 países possuíam programas de proteção social com a inclusão de pacientes com tuberculose. Em alguns casos, as famílias também se beneficiam.</p> <p>Uma lição aprendida com a implementação desses programas de proteção social diz respeito à sustentabilidade. Quando os programas são implantados por apenas um curto período, ocorrem efeitos negativos, como a perda de adesão ao tratamento.</p>

6. No que se refere à terceira linha estratégica, foi incentivada a introdução de novas tecnologias de diagnóstico (teste rápido molecular GeneXpert e ensaios com sondas moleculares) e novos medicamentos (bedaquilina e delamanida). Capacidade nacional foi desenvolvida com capacitação (SORT-IT) para pesquisa operacional. A iniciativa para o controle da tuberculose nas grandes cidades foi ampliada a 13 centros urbanos. A farmacovigilância ativa de TB-MR tem sido desenvolvida em cinco centros-piloto e sete

países com baixa carga da doença têm sido acompanhados na iniciativa de eliminação da tuberculose.

<i>Linha estratégica de ação 3: Investigação operacional e implementação de iniciativas e ferramentas inovadoras para prevenção e controle da tuberculose.</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
3. Implementar iniciativas e ferramentas inovadoras para o controle da tuberculose, com a medição e a avaliação da contribuição das mesmas em matéria de diagnóstico e resultados do tratamento, mediante pesquisas operacionais, em cada um dos Estados Membros.	3.1 Número de países com redes nacionais de pesquisa em tuberculose formadas e funcionais, que incluem os programas nacionais de controle da tuberculose. Linha de base: 1 em 2013. Meta: 10 em 2019.	Em 2017, três países estabeleceram redes nacionais de pesquisa em tuberculose que estão em funcionamento e coordenadas com o PNCT. Outros países estão em processo de desenvolvimento destas redes.
	3.2 Número de países que contam com planos de pesquisa operacional em tuberculose. Linha de base: 1 em 2013. Meta: 10 em 2019.	Em 2017, seis países haviam elaborado planos de pesquisa de pesquisa operacional em tuberculose sobre tópicos específicos. Outros países estão estabelecendo suas prioridades de pesquisa como primeiro passo para elaborar um plano.
	3.3 Número de países que utilizam as novas ferramentas para o controle da tuberculose Linha de base: 11 em 2013. Meta: 20 em 2019.	Em 2017, 16 países estavam usando as novas ferramentas para prevenção e controle da tuberculose, inclusive novos métodos diagnósticos (GeneXpert® e ensaios de sondas moleculares). Iniciativas inovadoras para o controle da tuberculose estão em andamento em grandes cidades e têm contribuído para o aumento na detecção de casos de tuberculose.

Ação necessária para melhoria da situação

7. Considerar reafirmar os compromissos e chamados à ação da Declaração de Moscou para acabar a tuberculose, inclusive com o reforço de intervenções interprogramáticas e intersetoriais; aumentar a participação da sociedade civil na prevenção e controle da tuberculose; atuar em coordenação com a Frente Parlamentar de Tuberculose das Américas para obter maior compromisso político dos governos, realizar pesquisa operacional para fundamentar as políticas e dar seguimento às decisões oriundas da Reunião de Nível Alto da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Fim da Tuberculose a ser realizada em setembro de 2018.

8. Intensificar a detecção dos casos de tuberculose nos países visando eliminar a lacuna existente de 50.000 casos não diagnosticados na Região que mantém a transmissão

da doença, com estratégias como campanhas informativas e de comunicação sobre os sintomas da doença dirigidas às populações vulneráveis, maior incentivo aos serviços de tuberculose e reforço do treinamento do pessoal da saúde em tuberculose, entre outros.

9. Instituir e/ou reforçar serviços apropriados para populações vulneráveis à tuberculose como crianças, presidiários, povos indígenas, afrodescendentes, dependentes químicos e populações pobres que vivem em áreas urbanas, levando em consideração aspectos sociais e culturais.

10. Estimular o diagnóstico rápido tanto de casos de tuberculose sensível como de tuberculose farmacorresistente, com o uso de testes moleculares para o diagnóstico rápido como GeneXpert – no primeiro nível de atenção para o diagnóstico inicial, visto que também pode servir de plataforma de diagnóstico para diversas doenças – e ensaios de sondas moleculares.

11. Prosseguir com o fortalecimento das redes de laboratórios de tuberculose, com o transporte eficiente das amostras, controle de qualidade e interconectividade para a transmissão dos resultados em tempo real.

12. Promover uma mudança para o enfoque da tuberculose centrado no paciente visando melhorar o tratamento das populações afetadas de maneira integrada. Existe uma necessidade urgente de ações voltadas a facilitar a adesão ao tratamento, como introduzir e ampliar esquemas mais curtos de tratamento de TR-MR, ao uso de combinações de dose fixa e das mais recentes formulações pediátricas dispersíveis e a formas inovadoras de supervisionar o tratamento.

13. Estudar a ocorrência cada vez maior de comorbidades da tuberculose, sobretudo associadas à diabetes e saúde mental (dependências), e desenvolver enfoques interprogramáticos inovadores para lidar com o problema.

14. Estimular a inclusão de pacientes com tuberculose e seus familiares em programas de proteção social dos países para suprir parte das necessidades destes pacientes e facilitar a adesão ao tratamento e resultados, como demonstram as evidências.

15. Melhorar a divulgação dos dados de tuberculose no sistema de informação em saúde dos países e a análise dos dados direcionada à tomada de decisão.

Ação pelo Comitê Executivo

16. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório e ofereça as observações que considere pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a prevenção e controle da tuberculose [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2015 (documento CD54/11, Rev. 1) [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31243&Itemid=270&lang=pt
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a prevenção e controle da tuberculose [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2015 (resolução CD54.R10) [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31898&Itemid=270&lang=pt
3. Organização Mundial da Saúde. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [Internet]. Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde; 19–24 de maio de 2014; Genebra. Genebra: OMS; 2014 (resolução WHA67.1) [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf?ua=1#page=25
4. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Moscou para acabar com a tuberculose [Internet]. Primeira Conferência Ministerial Mundial da OMS para Acabar com a Tuberculose na Era do Desenvolvimento Sustentável: Uma Resposta Multissetorial; 16 e 17 de novembro de 2017; Moscou. Moscou: OMS; 2017 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/tb/features_archive/Moscow_Declaration_to_End_TB_final_EN_GLISH.pdf?ua=1
5. Organização Mundial da Saúde. Relatório Global de Tuberculose 2017 [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Tuberculosis: meeting reports [Internet]. Washington, DC; 2018. Disponível em inglês em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=4465&Itemid=40776&lang=en

7. Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária. Grant: strengthening of the TB laboratory network in the Americas [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
<https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/applicant/grant/?k=128fee49-5c69-4230-9600-76bd78772be9&grant=QRA-T-ORAS>
8. Organização Mundial da Saúde. Definitions and reporting framework for tuberculosis: 2013 revision (atualizado em dezembro de 2014) [Internet]. Genebra: OMS; 2013 [consultado em 9 de fevereiro de 2018]. Disponível em inglês em:
<http://www.who.int/tb/publications/definitions/en/>
9. Plataforma regional – América Latina e Caribe. Frente Parlamentar de Tuberculose das Américas é lançada no Brasil [Internet]. 25 de abril de 2016. Disponível em:
http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5032:frente-parlamentar-de-tuberculose-das-americas-e-lancada-no-brasil&Itemid=812
10. Organização Pan-Americana da Saúde. System for evaluation of the national regulatory authorities for medicines [Internet]. Washington, DC; 2018. Disponível em inglês em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1615%3A2009-sistema-evaluacion-autoridades-reguladoras-nacionales-%20technologies&Itemid=1179&lang=en
11. Agência Caribenha de Saúde Pública. What we do: The Caribbean Regulatory System (CRS) [Internet]. Disponível em inglês em:
<http://carpha.org/What-We-Do/Laboratory-Services-and-Networks/CRS>

G. PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DO HIV E DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS 2016-2021: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. A finalidade deste documento é informar aos Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre o progresso obtido na implantação do *Plano de Ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021* (1). O Plano está alinhado com a visão, as metas e as linhas estratégicas das Estratégias Globais do Setor de Saúde para o HIV e infecções sexualmente transmissíveis (IST) da OMS para o período 2016-2021 (2, 3), e também com a *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes 2016-2030* (4). Também adere ao marco dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A implementação deste Plano contribuirá para a meta do ODS 3 de acabar com a AIDS como problema de saúde pública (5). A meta deste Plano de Ação é acelerar o progresso rumo ao fim das epidemias de AIDS e IST como problemas de saúde pública na Região das Américas até 2030, mediante redução da incidência de novos casos de HIV, mortalidade relacionada com a AIDS e complicações relacionadas com IST. O Plano também integra as metas da antiga *Estratégia regional e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do hiv e da sífilis congênita* (6).

Atualização do progresso alcançado

2. Este relatório resume o progresso intermediário da Região rumo aos objetivos do Plano em 2016/2017. Também destaca os desafios a superar nos próximos três anos para alcançar as metas estabelecidas no Plano. Os quadros abaixo apresentam as linhas de base, metas e o progresso obtido nos indicadores gerais de impacto, assim como nos indicadores relacionados com os objetivos do Plano em cada linha estratégica.

3. Salvo indicação em contrário, as principais fontes consultadas para a elaboração deste relatório foram o sistema de coleta de dados Global AIDS Monitoring (GAM) do UNAIDS/OMS/UNICEF (7, 8) e o Relatório de 2017 da OPAS/UNAIDS, *Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa* (9), complementado por análises documentais de planos, estratégias e políticas nacionais.

Meta	Indicador de impacto	Situação
<p>Acelerar o progresso em direção ao fim das epidemias de AIDS e IST como problemas de saúde pública na Região das Américas até 2030.</p>	<p>1. Número estimado de novas infecções pelo HIV.^{a, b}</p> <p>Linha de base: 120,000 (2014)^c Meta: 40,000 (2020)</p>	<p>120,000 (2016) (7). Não foi observada mudança alguma no número estimado de novas infecções. Expandir e inovar as estratégias combinadas de prevenção do HIV é uma prioridade regional.</p>
	<p>2. Número estimado de mortes relacionadas com a AIDS.^{a, b}</p> <p>Linha de base: 50,000 (2014)^c Meta: 19,000 (2020).</p>	<p>49,000 (2016) (7). O número estimado de mortes relacionadas com a AIDS caiu 2%. O diagnóstico tardio continua a limitar o impacto do tratamento sobre a mortalidade relacionada ao HIV.</p>
	<p>3. Taxa (%) de transmissão materno-infantil (TMI) do HIV.^{b, d}</p> <p>Linha de base: 12% (2014)^c Meta: 2% ou menos (2020)</p>	<p>9% (2016). Estima-se que a TMI tenha caído 32% na América Latina, mas está estagnada no Caribe. Para diminuí-la, são necessários maiores esforços para alcançar as adolescentes e adultas de populações-chave e aquelas em condições de vulnerabilidade.</p>
	<p>4. Incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos).^{d, e, f}</p> <p>Linha de base: 1.4% (2014)^g Meta: 0,5 ou menos (2020)</p>	<p>1.6 (2016). Os principais fatores que afetam o progresso são o uso insuficiente de diagnósticos <i>point-of-care</i>, a falta de penicilina G benzatina, o acesso tardio à atenção pré-natal e a baixa cobertura de tratamento adequado para gestantes e seus parceiros.</p>
	<p>5. Número estimado de novos casos de câncer do colo uterino.^{e, h}</p> <p>Linha de base: 83,200 (2012) Meta: 79,000 (2020)</p>	<p>Não há estimativas atualizadas disponíveis no Globocan da OMS/Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer. A implementação do novo Plano de Ação para a Prevenção e Controle do Câncer do Colo Uterino 2018-2030 da OPAS ajudará a monitorar esse indicador ao melhorar a coleta, análise e modelagem de dados.</p>

<i>Linha estratégica de ação 1: Fortalecimento da gestão, governança, planejamento estratégico e informação</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
1.1 Desenvolver e atualizar planos nacionais para HIV e IST e/ou estratégias com a meta de por fim às epidemias de AIDS e IST enquanto problemas de saúde pública, de forma harmonizada com os planos e estratégias globais e regionais.	1.1.1 Número de países com estratégia nacional de HIV/AIDS que incorpore as metas de prevenção regionais e 90-90-90. ^{e, i} Linha de base: 20 (2015); Meta: 30 (2020)	33 (2016). Metas de prevenção regionais e 90-90-90 foram incorporadas aos planos ou estratégias nacionais de HIV em 33 países.
	1.1.2 Número de países e territórios com eliminação validada da transmissão materno-infantil de HIV e sífilis. ^{e, i} Linha de base: 1 (2015); Meta: 20 (2020)	7 (2017). Um país foi validado em 2015 e 6 em 2017 (todos no Caribe); 6 solicitaram validação em 2016 mas não a obtiveram: 3 não atingiram as metas e 3 serão reavaliados em 2018.
	1.1.3 Número de países que elaboraram estratégias de IST nacionais de acordo com a Estratégia Global do Setor de Saúde para as IST. ^{e, i} Linha de base: 9 (2015); Meta: 20 (2020)	11 (2016). Em 2016, 11 países haviam elaborado planos ou estratégias de IST nacionais de acordo com a Estratégia Global do Setor de Saúde para as IST.

<i>Linha estratégica de ação 2: Fortalecimento do quadro normativo para a promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, atenção e tratamento de HIV/IST</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
2.1 Análise e atualização das diretrizes e normas para promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, atenção e tratamento integral de IST, HIV e coinfeções.	2.1.1 Número de países e territórios que atualizaram suas diretrizes nacionais de tratamento do HIV para harmonizá-las com a mais recente diretriz da OMS ^{d, e} Linha de base: 5 (2015); Meta: 25 (2020)	22 (2017). Até agora, 22 países atualizaram suas diretrizes nacionais, incluindo a recomendação da OMS de “tratar todos”, e mais 6 estão em processo de revisão de suas políticas.
	2.1.2 Número de países e territórios que atualizaram suas diretrizes nacionais de tratamento de IST de acordo com a última diretriz da OMS. ^{e, i} Linha de base: 0 (2015); Meta: 17 (2020)	16 (2016). Após a publicação das novas diretrizes de manejo de IST da OMS em 2015, 16 países informaram que suas diretrizes nacionais estão alinhadas com as mais recentes normas globais.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
2.2 Implementar e aumentar a cobertura de intervenções chave para promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, atenção e tratamento do HIV.	2.2.1 Número de países nos quais pelo menos 90% dos portadores de HIV (estimados) foram diagnosticados. ^{b, d} Linha de base: 0 (2014); Meta: 10 (2020)	0 (2016) (8). Nenhum país atingiu a meta até agora, embora 3 países relatem ter diagnosticado > 85% de seus portadores estimados de HIV (81% para a América Latina como um todo; 64% no Caribe).
	2.2.2 Número de países com no mínimo 80% de cobertura de terapia antirretroviral (TARV) para portadores de HIV (estimados). ^{b, d} Linha de base: 0 (2014); Meta: 10 (2020)	0 (2016) (8). Nenhum país atingiu ainda a meta de 80%, embora 3 países tenham atingido cobertura entre 60% e 70% (58% na América Latina; 52% no Caribe). Na ALC como um todo houve aumento significativo, de 48% em 2015 para 56% em 2016.
2.3 Implementar e aumentar a cobertura de intervenções chave para prevenção, diagnóstico e tratamento de IST, inclusive eliminação da TMI da sífilis.	2.3.1 Número de países e territórios com pelo menos 95% de cobertura de tratamento de sífilis entre mulheres grávidas. ^{e, i} Linha de base: 14 (2014); Meta: 30 (2020)	19 (2016). Os principais desafios são o uso insuficiente de diagnósticos <i>point-of-care</i> , a não adoção do tratamento imediato, a falta de penicilina G benzatina e o acesso tardio à atenção pré-natal.
2.4 Adotar estratégias para prevenção e controle da resistência aos antimicrobianos contra HIV/IST.	2.4.1 Número de países que monitoram a resistência gonocócica de acordo com as recomendações da OPAS/OMS. ^{e, i} Linha de base: 8 (2015); ^j Meta: 23 (2020)	12 (2016). O número de países que notificam resistência gonocócica aos antimicrobianos através da rede ReLAVRA aumentou, mas ainda é preciso aumentar a vigilância com base em metodologia padronizada.

Linha estratégica de ação 3: Acesso ampliado e equitativo a serviços para HIV/IST, com integralidade e qualidade

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
3.1 Aumentar o acesso equitativo a e cobertura de intervenções para prevenção combinada de HIV/IST em populações-chave.	3.1.1 Mediana regional da proporção (%) de homens homossexuais e HSH que fizeram teste de HIV nos últimos 12 meses e sabem o resultado. ^{b, d, k} Linha de base: 47% (2014); Meta: 90% (2020)	48% (2016) (9). Os países adotaram abordagens mais focalizadas, inclusive atividades comunitárias de conscientização, para aumentar o acesso dos HSH ao teste de HIV. A maioria destes programas ainda é altamente dependente do financiamento por doadores.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
	<p>3.1.2 Mediana regional da proporção (%) das profissionais do sexo que fizeram teste de HIV nos últimos 12 meses e sabem o resultado.^{b, d, k} Linha de base: 65% (2014); Meta: 90% (2020)</p>	65% (2016) (9). Vide acima.
	<p>3.1.3 Mediana regional da proporção (%) de homens homossexuais e HSH que usaram preservativo no último episódio de sexo anal com um companheiro.^{b, d, k} Linha de base: 64% (2014); Meta: 90% (2020)</p>	63% (2016) (9). Não foi observada melhora neste indicador. A OMS recomenda não apenas melhorar as abordagens tradicionais de prevenção, mas também adotar novas intervenções biomédicas (por exemplo, profilaxia pré-exposição e profilaxia pós-exposição não ocupacional).
	<p>3.1.4 Número de países que informam dados sobre acesso a teste de HIV ou serviços de prevenção para mulheres trans.^{b, d} Linha de base: 1 (2015); Meta: 10 (2020)</p>	15 (2016) (8). O número de países que coletam informações sobre mulheres trans aumentou significativamente, e já excede a meta para 2020.
3.2 Qualificar a atenção e tratamento do HIV	<p>3.2.1 Número de países que conseguem 90% de retenção na TARV aos 12 meses^{b, d} Linha de base: 5 (2014); Meta: 18 (2020)</p>	5 (2016) (8). Embora somente 5 países tenham atingido a meta de 90%, outros 7 conseguiram retenção de >80% aos 12 meses.
	<p>3.2.2 Número de países que conseguem 90% de supressão viral (carga viral <1000 cópias/ml) em pessoas recebendo ARV.^{b, d} Linha de base: 1 (2015); Meta: 10 (2020)</p>	2 (2016) (7). Embora somente 2 países tenham atingido a meta de 90% (Brasil e Chile), outros 5 atingiram >80% de supressão viral.
3.3 Promover e fortalecer a participação eficaz da sociedade civil na promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, atenção e tratamento de HIV/IST.	<p>3.3.1 Número de países que oferecem apoio por pares a pacientes com HIV em tratamento.^{b, d, l} Linha de base: 21 (2015); Meta: 33 (2020)</p>	28 (2016). Mais países estão oferecendo apoio por pares para pacientes com HIV em tratamento, mas esta atividade ainda é altamente dependente de financiamento externo ou serviço voluntário. Não há informações sobre cobertura.

<i>Linha estratégica de ação 4: Aumento e aprimoramento do financiamento da resposta ao HIV e às IST, com equidade e uso eficaz dos recursos para garantir sustentabilidade</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
4.1 Garantir o acesso universal a serviços de prevenção, diagnóstico, atenção e tratamento de HIV/IST, financiados com recursos nacionais.	4.1.1 Número de países com pouca ou nenhuma dependência de financiamento externo para a resposta ao HIV (0-5% do montante total de recursos). ^{e, m} Linha de base: 11 (2014); Meta: 17 (2020)	Ainda não há dados disponíveis sobre a dependência de financiamento externo da resposta ao HIV. Em 2017, apenas 6 países relataram nenhuma dependência de financiamento externo para a prevenção do HIV (9).
4.2 Promover eficiência nas compras de medicamentos e outros insumos estratégicos para HIV/IST.	4.2.1 Número de países que utilizam o Fundo Estratégico da OPAS ou outros mecanismos regionais para melhorar o acesso a antirretrovirais e outros insumos para HIV/IST/OIS. ^{e, i} Linha de base: 15 (2015); Meta: 20 (2020)	19 (2016). Em 2016, 13 países adquiriram medicamentos antirretrovirais através do Fundo Estratégico da OPAS. A OECS adquire antirretrovirais através de um mecanismo de compra coletiva.

^a Fonte: Estimativas UNAIDS, Spectrum (dados validados e aprovados pelos países).

^b A linha de base e a meta referem-se a América Latina e Caribe.

^c A linha de base e a meta foram atualizadas em 2017 para refletir as novas estimativas do UNAIDS para 2014.

^d Fonte: UNAIDS/OMS/UNICEF, *Global AIDS Monitoring (GAM)*.

^e A linha de base e a meta referem-se à Região das Américas.

^f Fonte: Relatórios sobre TMI de países que solicitaram validação (fonte adicional, complementar ao GAM).

^g A linha de base foi atualizada em 2017 para refletir informações atualizadas sobre o número de casos de sífilis congênita publicados ou compartilhados com a OPAS pelos países. Os atrasos deveriam-se à notificação tardia de casos e ao trabalho de melhoria dos sistemas de informação.

^h Fonte: Estimativas do Globocan (OMS/IARC) ou dos países.

ⁱ Fonte: Análise documental pela OPAS.

^j A linha de dados foi atualizada para refletir uma análise documental dos resultados disponibilizados pela ReLAVRA.

^k Essas proporções representam a mediana de uma série de resultados obtidos de pesquisas de comportamento.

^l O indicador original (*Número de países com os trabalhadores da comunidade realizados o apoio a pacientes de TAR*) foi excluído do GAM. O indicador, a linha de base e a meta foram atualizados para refletir o atual sistema de coleta de dados.

^m Fonte: UNAIDS, Aidsinfo. Disponível em: <http://aidsinfo.unaids.org>.

Ação necessária para melhoria da situação

4. Os países devem acelerar suas respostas nacionais direcionadas para acabar com as epidemias de AIDS e IST como problemas de saúde pública até 2030 e expandir o acesso equitativo e a cobertura dos serviços para HIV e IST dentro do marco mais amplo da saúde universal e dos processos atuais de reforma dos sistemas de saúde (10).

5. O fortalecimento dos programas de prevenção do HIV e DST com uma abordagem combinada, centrada na pessoa e na comunidade, é fundamental para aumentar o impacto sobre a incidência do HIV. A gama completa de intervenções de alto impacto

recomendadas pela OMS, inclusive profilaxia pré-exposição e profilaxia pós-exposição não ocupacional para exposições sexuais, deve ser oferecida integralmente (11-13). Deve-se reconhecer a contribuição da sociedade civil e aumentar o financiamento para garantir a sustentabilidade dos serviços por ela liderados.

6. É preciso incorporar e expandir abordagens baseadas em evidências, inovadoras e eficazes para melhorar os serviços de teste de HIV, inclusive iniciativas de testagem comunitária focadas em populações-alvo, testes de triagem por leigos treinados, autoteste de HIV e notificação de parceiros assistida por voluntários (14, 15). É necessário abordar urgentemente as barreiras ao teste de HIV, inclusive algoritmos de diagnóstico complexos e ineficientes, normas e regulamentos nacionais que limitam a transferência/delegação de tarefas para realização de testes rápidos, exigência de assinatura de termo de consentimento informado, obrigatoriedade do aconselhamento pré-teste (em vez de informações breves antes do teste) e consentimento dos pais para adolescentes.

7. Os países devem proceder à adoção plena da EMTCT Plus, a nova plataforma para eliminar a transmissão materno-infantil que integra intervenções para a eliminação do HIV perinatal, HBV perinatal, sífilis congênita e doença Chagas congênita aos programas de saúde materno-infantil e de saúde sexual e reprodutiva no âmbito da atenção básica. São necessários esforços contínuos para estimular as mulheres grávidas e seus parceiros a procurar atendimento pré-natal precoce, inclusive triagem precoce, intervenções imediatas e acompanhamento. Os serviços *point-of-care* e as intervenções baseadas na comunidade são estratégias essenciais para aumentar a taxa de triagem, principalmente entre adolescentes e mulheres em condições de vulnerabilidade (16).

8. Os países devem acelerar a adoção e plena implementação da recomendação da OMS de “tratar todos” e proceder ao início rápido da TARV (17, 18), reanálise imediata das políticas atuais, garantia de atendimento de qualidade e medidas para maximizar a adesão, retenção, prevenção e controle da resistência aos medicamentos contra o HIV (19). De acordo com o modelo de rede integrada de prestação de serviços de saúde, os serviços de atenção e tratamento do HIV devem ser descentralizados e integrados em todos os níveis do sistema de saúde, com resolutividade eficiente no nível primário (20).

9. Além disso, é preciso urgentemente melhorar a eficiência da gestão da cadeia de suprimentos para antirretrovirais e antibióticos essenciais, bem como insumos de laboratório. O Fundo Estratégico da OPAS procurará acelerar a inclusão de novos antirretrovirais e associações em dose fixa recomendadas pela OMS em sua lista, e expandir seu papel no apoio à aquisição mais eficiente de insumos laboratoriais estratégicos (21).

10. É igualmente essencial aprimorar as informações estratégicas que visam garantir que a resposta seja sustentável. Áreas prioritárias incluem a manutenção e expansão da vigilância da resistência aos antirretrovirais e da suscetibilidade do gonococo aos antimicrobianos (22); melhorar a vigilância da sífilis congênita e alinhar as definições de caso com os padrões internacionais; fortalecer a capacidade dos Estados Membros de gerar

informações estratégicas desagregadas por gênero, idade, populações-chave e etnia; e melhorar sua capacidade de analisar os investimentos e resultados atuais da resposta ao HIV e às IST.

11. Também faz-se mister abordar as barreiras estruturais, especialmente o estigma e a discriminação nos ambientes de atenção à saúde, para as pessoas que vivem com HIV e populações-chave. Devem-se empreender maiores esforços para garantir que serviços centrados nas pessoas sejam oferecidos por profissionais de saúde sensibilizados, inclusive mediante adoção de políticas e normas amigáveis, a criação de mecanismos transparentes para o monitoramento da discriminação em instituições de saúde, com participação significativa da sociedade civil, e a disponibilização de mecanismos de reparação (23).

12. No contexto das reduções do financiamento externo e transição aos recursos nacionais, é essencial melhorar a sustentabilidade da resposta ao HIV. Os Estados Membros devem considerar a possibilidade de aderir às recomendações endossadas no Terceiro Fórum Latino-Americano e Caribenho sobre Sustentabilidade da Resposta ao HIV, realizado em novembro de 2017 em Porto Príncipe, Haiti, que estabeleceram ações específicas destinadas a manter a resposta ao HIV com vistas a eliminar a AIDS até 2030, com base nos princípios dos direitos humanos e da saúde universal (24).

Ação pelo Comitê Executivo

13. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório e ofereça as observações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021 [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2016; Washington, DC. Washington, DC: PAHO; 2016 (documento CD55/14 e resolução CD55.R5) [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em:
1.<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34077>.
2. Organização Mundial da Saúde. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH para 2016-2021 [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da Saúde; 23 a 28 de maio de 2016; Genebra. Genebra: OMS; 2016 (documento A69/31) [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em:
2.http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_31-sp.pdf.
3. Organização Mundial da Saúde. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da

- Saúde; 23 a 28 de maio de 2016; Genebra. Genebra: OMS; 2016 (documento A69/33). [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em:
3.http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_33-sp.pdf.
4. Organização Mundial da Saúde. Todas las mujeres, todos los niños. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) [Internet]. Genebra: OMS; 2015. [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em:
4.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1.
5. Nações Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. New York: Nações Unidas, 2015 (resolução A/RES/70/1) [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf?OpenElement>.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1 de outubro de 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2010 (resolução CD50.R12) [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em:
5.https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8996&Itemid=270.
- 6.
7. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. UNAIDS data 2017 [Internet]. Genebra: UNAIDS; 2017 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em:
7.http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf.
8. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Aidsinfo. Disponível em: <http://aidsinfo.unaids.org>.
9. Organização Pan-Americana da Saúde/Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. HIV Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa: Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe 2017 [Internet]. Washington, DC. Washington, DC: OPAS/UNAIDS; 2017 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <https://www.paho.org/prevencion-vih-la-lupa-2017/>.
10. Organização Pan-Americana da Saúde. estratégia para o acesso universal à saúde a cobertura universal de saúde [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (resolução CD53.R14) [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em:
8.https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27598&Itemid=270&lang=pt.

11. Organização Mundial da Saúde. Consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment, and care for key populations: 2016 update [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf?ua=1>
12. Organização Mundial da Saúde. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV 2015 [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: 9.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1.
13. Organização Mundial da Saúde. WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/>.
14. Organização Mundial da Saúde. Consolidated guidelines for HIV testing services. 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection 2015 [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em:
10. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1.
15. Organização Mundial da Saúde. Guidelines on HIV self-testing and partner notification. 2016 Supplement to the consolidated guidelines on HIV testing services [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251655/1/9789241549868-eng.pdf?ua=1>.
16. Organização Pan-Americana da Saúde. EMTCT Plus: Framework for elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis, hepatitis B, and Chagas [Internet]. 2017. Washington, DC: OPAS; 2017 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em:
11. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34306/PAHOCHA17009-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
17. Organização Mundial da Saúde. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Second edition [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>
18. Organização Mundial da Saúde. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/advanced-HIV-disease/en/>.

19. Organização Mundial da Saúde. Guidelines on the public health response to pretreatment HIV drug resistance. Supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Second edition [Internet]. Geneva: OMS; 2017. [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hivdr-guidelines-2017/en/>
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2011 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf.
21. Organização Mundial da Saúde. Transition to new antiretroviral drugs in HIV programmes: clinical and programmatic considerations. Technical update [Internet]. Geneva: OMS; 2016. [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/transition-to-new-arv-technical-update/en/>.
22. Organização Mundial da Saúde. Global action plan on HIV drug resistance 2017–2021 [Internet]. Geneva: OMS; 2017 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hivdr-action-plan-2017-2021/en/>
23. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). Hacer frente a la discriminación: Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá [Internet]. Geneva, UNAIDS; 2017. [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://www.unaids.org/es/resources/documents/2017/confronting-discrimination>.
24. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). Llamado a la acción: Tercer foro Latinoamericano y del Caribe Poner fin al sida en América Latina y el Caribe: hacia la sostenibilidad de las metas regionales de Acción Acelerada [Internet]. Puerto Príncipe: ONUSIDA; 2017 [consultado em 7 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://onusidalac.org/1/images/llamado-a-la-accion11-12.pdf>.

H. PLANO DE AÇÃO PARA A ELIMINAÇÃO DA MALÁRIA 2016-2020: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. O *Plano de ação para a eliminação da malária* (documento CD55/13) e a resolução correspondente, CD55.R7, aprovados pelo 55º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em setembro de 2016, contêm o marco para a cooperação técnica com países e outros interessados diretos visando atingir as metas da Região para eliminação da malária até 2020 (1, 2). O Plano encontra-se firmemente alinhado com a Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo 2016–2030 (3), o documento *Ação e Investimento para Vencer o Paludismo 2016–2030* (AIM) (4) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS) (5).

2. Além da malária, o Plano também contribui para o cumprimento de outros mandatos importantes do Conselho Diretor da OPAS, inclusive a *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* (2014) (6); a *Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza* (2009) (7); a *Política de pesquisa para a saúde* (2009) (8); e *Controle integrado de vetores: resposta integral às doenças transmitidas por vetores* (2008) (9).

Atualização do progresso alcançado

3. A principal referência para a preparação das atualizações principais é a lista das metas com as quais a Região se comprometeu para o período 2016–2020:

- a) redução adicional da morbidade pela malária de 40% ou mais (com base nos dados oficiais de 2015);
- b) redução adicional da mortalidade relacionada à malária de 40% ou mais (com base nos dados oficiais de 2015);
- c) implementação de esforços para eliminar a malária em 18 dos 21 países endêmicos e alcançar situação livre da transmissão da malária em pelo menos quatro países;
- d) implementação de enfoques inovadores para lidar com os desafios nos países onde o progresso tem sido limitado;
- e) prevenção do restabelecimento da malária nos países declarados como livres da doença.

4. Em 2016, quatro países e territórios na Região (Belize, Bolívia, Guatemala e Guiana Francesa) notificaram uma redução de mais de 10% no número de casos de malária por *Plasmodium falciparum* (Pf) e *P. vivax* (Pv) em relação ao ano de 2015. Porém, a Região apresentou um aumento geral de 26%, influenciado principalmente pela epidemia em curso na Venezuela, país que já há alguns anos tem registrado o maior número de casos de malária

na sua história. No Peru, o número de infecções por Pf aumentou 12%, ainda que um aumento geral de aproximadamente 50% nos casos também tenha sido notificado na Colômbia, Equador e Nicarágua. Aumentos inferiores a 50% foram observados na República Dominicana, Guiana, Haiti, Honduras, México e Panamá, reafirmando a fragilidade dos avanços obtidos na Região entre os anos 2000 e 2015. As mortes por malária na Região também aumentaram 43%, de 159 em 2015 para 228 em 2016 (10).

5. Sete países da Região (Belize, Costa Rica, Equador, El Salvador, México, Paraguai e Suriname) foram incluídos pela OMS no grupo de 21 países em todo o mundo com potencial de eliminar a transmissão local da malária até 2020 (11). Consideráveis avanços foram obtidos nos países da América Central e Suriname em termos de reorientar os seus respectivos programas de controle para que se concentrassem na eliminação. O processo de certificação para a eliminação da malária na Argentina e no Paraguai também está progredindo, com a meta de obter certificação até o final de 2018.

6. Com orientações do Grupo Técnico Assessor (GTA) de Malária e em coordenação com parceiros, a OPAS promoveu inovação operacional e estratégias para acelerar o progresso nas áreas com maiores desafios. Esses esforços incluem a iniciativa DTI-R (*Diagnosis-Treatment-Investigation and Response*) (12) e esforços direcionados para as populações de difícil acesso. Vinte e sete países e territórios na Região continuam livres de malária. Quinze destes ainda são considerados receptivos e vulneráveis à malária, dos quais 10 recentemente aumentaram seus esforços para prevenir o restabelecimento.

<i>Linha estratégica de ação 1: Acesso universal a intervenções de prevenção da malária, controle integrado de vetores e diagnóstico e tratamento da malária de boa qualidade</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e metas	Status
1.1 Reforçar a capacidade do país em termos do acesso a, e cumprimento de, ações de prevenção da malária e intervenções de manejo de casos através da gestão eficaz da cadeia de provisão, esforços de informação, educação e comunicação, entre outros.	1.1.1 Número de Estados Membros e territórios que estão implementando esforços de prevenção da malária e manejo de casos. Linha de base: 33 Meta: 51	Vinte dos 21 países onde a malária é endêmica na Região assumiram um compromisso oficial com a eliminação da malária e estão implementando esforços correspondentes, embora permaneçam desafios operacionais e técnicos. Dos 15 países não endêmicos que permanecem receptivos e vulneráveis à doença, 10 foram atualizados quanto ao seu risco e estão em vias de reforçar suas capacidades.

Objetivo	Indicador, linha de base e metas	Status
<p>1.2 Reforçar a capacidade do país de abordar problemas específicos de controle de vetores, inclusive monitoramento da resistência aos inseticidas.</p>	<p>1.2.1 Número de países (endêmicos e não endêmicos para malária) que estão implementando o controle integrado de vetores de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS (inclusive vigilância da resistência aos inseticidas e estudos de comportamento de vetores).</p> <p>Linha de base: 15 Meta: 18</p>	<p>Dezesseis países relataram a distribuição gratuita de mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração; 15 países relataram aplicação intradomiciliar de inseticida de efeito residual como intervenção de combate à malária. Porém, os desafios relativos à qualidade e cobertura das intervenções têm que ser abordados mais a fundo.</p>
<p>1.3 Melhorar a prontidão institucional, das redes e do país para realizar e administrar diagnósticos e tratamentos adequados e apropriados da malária em diversos contextos programáticos.</p>	<p>1.3.1 Número de países onde a malária é endêmica que notificam dados de vigilância sobre a eficácia dos antimaláricos e a resistência a estes medicamentos à OPAS, conforme as diretrizes da OPAS/OMS.</p> <p>Linha de base: 14 Meta: 17</p>	<p>Quinze países onde a malária é endêmica estão notificando dados de vigilância sobre a eficácia dos antimaláricos e/ou a resistência a estes medicamentos à OPAS, conforme as diretrizes da OPAS/OMS.</p>
	<p>1.3.2 Número de países que estão implementando as diretrizes da OPAS/OMS para diagnóstico e tratamento da malária de qualidade.</p> <p>Linha de base: 23 Meta: 51</p>	<p>Vinte e cinco países estão seguindo as diretrizes da OPAS/OMS para diagnóstico e tratamento da malária de qualidade; 21 laboratórios de referência em 20 países estão participando do programa de garantia externa da qualidade (EQAP) para o diagnóstico da malária; e 2 países não endêmicos do Caribe (JAM, MTQ) expressaram interesse em participar a partir de 2018.</p>

Linha estratégica de ação 2: Vigilância reforçada da malária para a tomada de decisão e resposta com base científica

Objetivo	Indicador, linha de base e metas	Status
2.1 Melhorar mais os sistemas de vigilância com detecção precoce de casos e surtos e trabalhar para que seja feita a coleta de dados da malária (por caso, inclusive informações sobre idade, sexo, etnia e outras variáveis que facilitam a análise apropriada de disparidades e desigualdades entre populações).	2.1.1 Número de países que notificam anualmente dados de vigilância da malária à OPAS/OMS, por nível subnacional, sexo, idade e outras variáveis relacionadas à equidade. ¹ Linha de base: 27 Meta: 51	Trinta e cinco países e territórios estão notificando dados de vigilância da malária anualmente à OPAS/OMS, por nível subnacional, sexo, idade e outras variáveis relacionadas à equidade.
2.2 Fortalecer e melhorar o processo decisório baseado em dados com o intercâmbio de dados epidemiológicos em todos os níveis: regional, entre países fronteiriços e dentro do próprio país.	2.2.1 Número de países onde a malária é endêmica ² com processo decisório baseado em dados fortalecido (com o auxílio da ferramenta de comprovação de dados de malária da OPAS) e que compartilham dados epidemiológicos. Linha de base: 0 Meta: 21	Doze países na Região usaram a ferramenta de comprovação de dados de malária da OPAS, compartilharam informação epidemiológica e fortaleceram o seu processo decisório baseado em dados.

Linha estratégica de ação 3: Sistemas de saúde, planejamento estratégico, monitoramento e avaliação, pesquisa operacional e capacitação em nível nacional fortalecidos

Objetivo	Indicador, linha de base e metas	Status
3.1 Melhorar o recrutamento, treinamento e retenção do pessoal da saúde habilitado em malária nos sistemas de saúde do país e na OPAS/OMS para facilitar a cooperação técnica de interesse nos diversos níveis de trabalho (regional,	3.1.1 Número de países que estão implementando planos para treinamento do pessoal da saúde em malária. Linha de base: 21 Meta: 33	Vinte e um países onde a malária é endêmica e 10 onde não é endêmica têm participado recentemente de diversas missões em campo para eliminação da malária, atividades de capacitação e oficinas.

¹ Local de residência, raça/etnia/cultura/idioma, ocupação, religião, nível de escolaridade, condição socioeconômica, capital social e outros possíveis fatores como situação da doença ou invalidez..

² Considerando os esforços em curso para eliminação da malária, é provável que, até 2020, o número de países na região onde a malária é endêmica seja inferior a 21.

Objetivo	Indicador, linha de base e metas	Status
entre países e dentro do próprio país) e contextos dos programas (em particular, em eliminação da malária).		
3.2 Reforçar a formulação de políticas sobre malária e o planejamento estratégico em colaboração com os países e interessados diretos.	3.2.1 Número de países com planos estratégicos nacionais (enfocando ou inclusive a malária) alinhados às estratégias recomendadas pela OMS e aos componentes do Plano de ação para a malária da OPAS. Linha de base: 31 Meta: 51	Dezesseis dos 21 países onde a malária é endêmica atualizaram seus planos nacionais de malária com vistas à eliminação, enquanto 10 países não endêmicos indicaram interesse, e alguns solicitaram apoio da OPAS para elaborar um plano/diretriz de resposta aos surtos de malária. ³
3.3 Fortalecer a capacidade dos programas nacionais nas áreas de gestão e logística em colaboração com parceiros e interessados diretos.	3.3.1 Número de países onde a malária é endêmica sem desabastecimento dos principais insumos de combate à malária (inclusive antimaláricos) em nível nacional em determinado ano. Linha de base: 19 Meta: 21	Dezenove dos 21 países onde a malária é endêmica não tiveram nenhuma escassez de insumos essenciais de combate à malária em 2017.
3.4 Elaborar estratégias financeiras para manter os esforços de prevenção e eliminação da malária nos diferentes níveis em colaboração e sinergia com parceiros e interessados diretos.	3.4.1 Número de países com financiamento nacional interno sustentado para os esforços de combate à malária. Linha de base: 20 Meta: 51	Vinte dos 21 países onde a malária é endêmica mantiveram o financiamento doméstico para os esforços de combate à malária, embora persistam déficits financeiros.
3.5 Reforçar as pesquisas operacionais em elaboração e gestão de programas.	3.5.1 Número de países que realizam pesquisas operacionais em malária, inclusive sobre o controle integrado de vetores. Linha de base: 13 Meta: 21	Treze países onde a malária é endêmica continuam realizando pesquisa operacional em malária, inclusive em temas de controle integrado de vetores.

³ A lista dos 26 países que atingiram este indicador até 2018 não é necessariamente a mesma que a lista de 31 países de linha de base elaborada em 2015. A notificação do status/progresso em relação a este indicador agora também é orientada pelo *Marco de Eliminação da Malária* publicado pela OMS em 2017.

Linha estratégica de ação 4: Promoção de causa, comunicações e parcerias e colaborações estratégicas

Objetivo	Indicador, linha de base e metas	Status
4.1 Apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento das capacidades através das redes existentes de malária, parcerias e colaborações na Região.	4.1.1 Número de países que participam de redes e colaborações ao nível regional. Linha de base: 19 Meta: 42	Vinte dos 21 países onde a malária é endêmica estão participando de diversas redes e iniciativas de colaboração, enquanto 10 países não endêmicos recentemente afirmaram a importância de manter uma rede entre aqueles que continuam sendo receptivos e vulneráveis à malária, principalmente com vistas à prevenção e controle de surtos.
4.2 Otimizar as oportunidades de coordenação, sinergia e intercâmbio de informação com outras iniciativas e políticas existentes da OPAS/OMS (por exemplo, integração dos esforços da malária com a saúde materno-infantil em programas locais e comunitários de assistência de saúde, comunicações e mobilização da sociedade, intervenções educativas e de promoção da saúde, programas para doenças negligenciadas e saúde ocupacional).	4.2.1 Número de países com participação em ações interprogramáticas e/ou sinérgicas promovidas nas iniciativas e políticas da OPAS/OMS. Linha de base: 18 Meta: 26	Dezenove dos 21 países onde a malária é endêmica estão realizando ações interprogramáticas e/ou sinérgicas promovidas sob as iniciativas e políticas da OPAS/OMS.
4.3 Reforçar e apoiar esforços para identificar, documentar e reproduzir boas práticas, inclusive modelos de eliminação das doenças e integração com êxito de questões de alcance intersetorial.	4.3.1 Número de países com boas práticas identificadas em suas atividades de combate à malária. Linha de base: 13 Meta: 15	Até o momento, 27 boas práticas em malária foram identificadas, documentadas e compartilhadas por 14 países na Região.

Linha estratégica de ação 5: Esforços concentrados e enfoques adaptados para facilitar a eliminação da malária e prevenir o restabelecimento da doença em áreas livres de transmissão da malária

Objetivo	Indicador, linha de base e metas	Status
5.1 Sanar as lacunas críticas nas populações-alvo chave ⁴ com relação ao alcance das metas de eliminação da malária.	5.1.1 Número de países que estão implementando estratégias para lidar com o problema da malária em populações em situação de vulnerabilidade. Linha de base: 10 Meta: 18	Dezesseis dos 21 países onde a malária é endêmica atualizaram os seus planos nacionais de malária rumo à eliminação e integraram estratégias específicas para as populações em situação de vulnerabilidade.
5.2 Sanar as lacunas críticas técnicas e de conhecimento, inclusive as pertinentes ao <i>P. vivax</i> e a preparação para a conjuntura da etapa final.	5.2.1 Número de países que estão implementando as recomendações da OMS sobre <i>P. vivax</i> de 2015 (13). Linha de base: 0 Meta: 16	Os 19 países onde a transmissão por <i>P. vivax</i> é endêmica estão implementando recomendações essenciais para eliminação do <i>P. vivax</i> , embora persistam desafios técnicos e operacionais.
5.3 Implementar o processo de reorientação dos programas de combate à malária para eliminação da doença e certificação (conforme solicitado pelos Estados Membros).	5.3.1 Número de países que recebem apoio para a reorientação dos programas de combate à malária para a eliminação da doença. Linha de base: 10 Meta: 18	Vinte e um países onde a malária é endêmica receberam apoio técnico direto para a reorientação de seus programas contra a malária.
5.4 Manter as capacidades essenciais nos países que eliminaram a transmissão local da malária.	5.4.1 Número de países não endêmicos que recebem apoio para manutenção das capacidades essenciais de combate à malária. Linha de base: 9 Meta: 17	Dez dos 15 países não endêmicos ⁵ do Caribe que continuam receptivos e vulneráveis à reintrodução da malária participaram de uma oficina sobre malária em novembro de 2017.

⁴ Por exemplo, gestantes, crianças, pessoas vivendo com HIV/AIDS, viajantes, populações em movimento, mineiros, madeireiros, trabalhadores braçais de plantações de banana e cana-de-açúcar, grupos indígenas, populações em áreas de conflito armado e/ou social e pessoas vivendo em zonas de fronteira ou áreas de interesse epidemiológico comum.

⁵ O *Marco da OMS para Eliminação da Malária*, publicado em 2017, esclareceu que a avaliação do risco de reestabelecimento da malária deve levar em conta fatores relacionados à receptividade ou à capacidade do ecossistema de permitir a transmissão da malária; e a vulnerabilidade ou probabilidade de que os parasitas da malária sejam importados para um país ou área. Com base nisso, determinou-se que, embora a maioria dos países possa ter casos importados, apenas 15 países não endêmicos na Região correm risco real de reestabelecimento da malária.

Desafios e lições aprendidas

7. Embora a Região tenha sido fortemente sensibilizada em relação ao conceito, perspectivas e importância da eliminação da malária, desafios operacionais e técnicos surgem continuamente como reflexo dos problemas políticos e administrativos subjacentes e em evolução nos países endêmicos. Embora os países da Região tenham firmado um compromisso oficial com a eliminação da malária, o apoio e os recursos locais ainda são inadequados em muitas áreas onde a transmissão continua difundida.

Ação necessária para melhoria da situação

8. Para mitigar a situação atual, incentivamos cada país a levar seu compromisso ao mais elevado nível político e implementar seu respectivo plano nacional para eliminação da malária, incorporando estratégias que operacionalizem o *Marco para eliminação da malária da OMS (14)* e o conceito de vigilância como intervenção. Acesso precoce ao diagnóstico, tratamento e investigação de casos devem ser componentes centrais de uma agenda de eliminação da malária que envolva outros atores e a comunidade. Também clamamos aos parceiros e interessados diretos que juntem-se à OPAS para impulsionar esforços de promoção de causa, inclusive chamados e missões de alto nível, para assegurar que a malária continue no topo dos programas políticos e de desenvolvimento dos países afetados e que os programas de combate à malária recebam o apoio apropriado rumo à eliminação. Estas e outras disposições fundamentais contidas na Resolução CD55.R7 (2) são reiteradas neste apelo à ação correspondente pelos Estados Membros, parceiros e interessados diretos relevantes.

Ação pelo Comitê Executivo

9. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências:

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020 [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2016 (documento CD55/13) [consultado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível em:
12. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35668&Itemid=270&lang=pt

2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020 [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2016 (resolução CD55.R7) [consultado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36379&Itemid=270&lang=pt
3. Organização Mundial da Saúde. Estratégia técnica mundial contra a malária 2016-2030 [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [22 de janeiro de 2018]. Disponível em:
<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564991/es/>
4. Roll Back Malaria. Acción e inversión para vencer a la malaria 2016-2030 [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [consultado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em:
https://rollbackmalaria.com/wp-content/uploads/2017/07/RBM_AIM_Report_A4_AW_ES-lores.pdf.
5. Nações Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 70ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas; 11 a 18 de setembro de 2015; Nova York, EUA. Nova York: ONU; 2015 (Resolução A/RES/70/1) [consultado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em:
<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2) [consultado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27418&Itemid=270&lang=pt
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2009 (documento CD49/9) [consultado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2666&Itemid=270&lang=pt
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Política de pesquisa para a saúde [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2009 (documento CD49/10) [consultado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-10-p.pdf>

9. Organização Pan-Americana da Saúde. Controle integrado de vetores: resposta integral às doenças transmitidas por vetores [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. Washington, DC: OPAS; 2008 (Document CD48/13) [consultado em janeiro de 2018]. Disponível em:
<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48-13-p.pdf?ua=1>
10. Organização Mundial da Saúde. World Malaria Report 2017 [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259492/1/9789241565523-eng.pdf>
11. Organização Mundial da Saúde. Getting to zero: WHO holds global forum to accelerate malaria elimination progress [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível em:
<http://www.who.int/malaria/news/2017/global-forum-elimination/en/>
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Diagnosis-Treatment-Investigation and Response (DTI-R). Washington (DC): OPAS, 2017.
13. Organização Mundial da Saúde. Control y eliminación del paludismo por Plasmodium vivax: Informe técnico [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [consultado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204494/9789243509242_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Organização Mundial da Saúde. A framework for malaria elimination [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254761/1/9789241511988-eng.pdf?ua=1>

I. PLANO DE AÇÃO PARA A REDUÇÃO DO RISCO DE DESASTRES 2016-2021: RELATÓRIO DE PROGRESSO

Antecedentes

1. O presente documento informa aos Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) o progresso realizado na implementação do *Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021* (documento CD55/17, Rev. 1 e resolução CD55.R10 [2016]) (1, 2).

Análise do progresso alcançado

2. Este relatório é respaldado pelas informações obtidas nas reuniões regionais e sub-regionais de coordenadores de desastres dos ministérios da Saúde nos anos de 2016 e 2017, bem como pelos resultados de um questionário elaborado para o monitoramento do plano, respondido por 31 países e territórios.¹

<i>Linha estratégica de ação 1: Conhecimento do risco de desastres no setor da saúde</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
1.1 Analisar o risco de desastres no setor da saúde.	1.1.1 Número de países que avaliaram o risco de desastres no setor da saúde. Linha de base: 0 Meta: 35	7 países avaliaram o risco de desastres no setor da saúde (Bolívia, Brasil, Canadá, Colômbia, Cuba, Estados Unidos da América e Peru). Em 16 países e territórios, a análise do risco está em andamento (Argentina, Bermuda, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, Ilhas Cayman, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, República Dominicana, São Vicente e Granadinas e Venezuela).

¹ Até 11 de maio de 2018, os seguintes países e territórios haviam respondido ao questionário sobre a implementação do *Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021*: Argentina, Bahamas, Barbados, Bermuda, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Estados Unidos da América, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Ilhas Cayman, Ilhas Turcas e Caicos, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Vicente e Granadinas, Trinidad e Tobago e Venezuela.

<i>Linha estratégica de ação 2: Governança da gestão do risco de desastres no setor da saúde</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
2.1 Fortalecer a estrutura organizacional dos escritórios de gestão do risco de desastres nos ministérios da Saúde.	2.1.1 Número de países que contam com pessoal designado para trabalhar em período integral na redução do risco de desastres. Linha de base: 15 Meta: 30	Antígua e Barbuda e o Haiti se juntaram aos 15 países que contam com pessoal trabalhando em período integral e orçamento designados para a redução do risco de desastres em saúde.
2.2 Promover a liderança dos países na gestão do risco de desastres na saúde, promovendo o trabalho setorial e intersetorial.	2.2.1 Número de países que contam com um mecanismo setorial para a coordenação, implementação e monitoramento da gestão do risco de desastres na saúde. Linha de base: 9 Meta: 15	31 países contam com um programa para desastres: em 19 países, a gestão do risco de emergências e desastres está estabelecida oficialmente na estrutura do ministério da Saúde; seis países têm um escritório ou unidade estabelecida, ainda que não disponham dos recursos necessários para o funcionamento; outros seis países contam com um escritório ou unidade encarregada de outros assuntos a que também é atribuída essa responsabilidade.

<i>Linha estratégica de ação 3: Hospitais seguros e inteligentes</i>		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
3.1 Melhorar a segurança das redes integradas de serviços de saúde mediante a aplicação de critérios de hospitais seguros ao planejamento, concepção, construção e operação desses serviços.	3.1.1 Número de países que incorporam os critérios de hospitais seguros no planejamento, concepção, construção e operação dos serviços de saúde. Linha de base: 28 Meta: 35	19 países contam com uma política nacional de hospitais seguros. Em 28 países, está sendo aplicado o índice de segurança hospitalar (ISH) para avaliar a segurança dos componentes estruturais, não estruturais e funcionais dos hospitais. A grande maioria dos hospitais localizados nos países afetados em 2017 pelos furacões Harvey, Irma e Maria e por terremotos, como Dominica, Ilhas Virgens Britânicas e México, continuou em operação. Também em 2017, o fenômeno El Niño costeiro no Peru afetou menos de 1% dos estabelecimentos de saúde, causando danos e interrupções no atendimento.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
3.2 Melhorar a segurança das redes integradas de serviços de saúde mediante a elaboração e aplicação de critérios para fazer face à mudança climática, no que diz respeito tanto à adaptação como à mitigação, ao planejamento, concepção, construção e operação desses serviços.	3.2.1 Número de países que incorporam os critérios de mitigação das consequências dos desastres e de adaptação à mudança climática no planejamento, concepção, construção e operação dos serviços de saúde. Linha de base: 2 Meta: 15	7 países do Caribe estão realizando atividades de mitigação do risco de desastres e tomando medidas de adaptação à mudança climática nos estabelecimentos de saúde. 13 países e 2 territórios estabeleceram equipes nacionais de avaliação do índice de segurança hospitalar e da lista de verificação “verde”.

Linha estratégica de ação 4: Capacidade do setor de saúde para a preparação, resposta e recuperação frente a casos de desastre.

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
4.1 Fortalecer a capacidade do setor da saúde para a resposta e a recuperação rápida em casos de emergências e desastres.	4.1.1 Número de países que contam com planos e procedimentos testados para a resposta e a recuperação em casos de emergências e desastres. Linha de base: 6 Meta: 35	27 países contam com um plano nacional de resposta a emergências de saúde. 16 desses planos foram atualizados nos últimos dois anos. 20 países dispõem de um centro de operações de emergência (COE) subordinado ao ministério da Saúde para a coordenação da resposta a emergências e desastres no setor da saúde. 8 países contam com um plano multissetorial de recuperação após emergências e desastres.

Ação necessária para melhoria da situação

3. É necessário elaborar e divulgar ferramentas para o setor da saúde avaliar o risco de desastres, elaborar planos de resposta a múltiplas ameaças, avaliar a situação da preparação para emergências e desastres, e elaborar planos para a recuperação após os desastres. Igualmente, é necessário validar e implementar as iniciativas para a gestão do

risco de desastres no que respeita às populações indígenas e às pessoas com deficiência. Por último, os Ministérios da Saúde devem continuar a fortalecer a dotação de pessoal e financiamento dos seus programas de emergências de saúde.

Intervenção pelo Comitê Executivo

4. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório de progresso e ofereça as observações que considere pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a redução do risco de desastres [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2016; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPAS; 2016 (documento CD55/17, Rev. 1) [consultado em 5 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35651&Itemid=270&lang=pt.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CD55.R10. Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021 [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2016; Washington, D.C.. Washington, D.C.: OPAS; 2016 (resolução CD55.R10) [consultado em 20 de março de 2018]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36399&Itemid=270&lang=pt.

J. REVISÃO DA TAXA COBRADA PARA AS COMPRAS DE PROVISÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA OS ESTADOS MEMBROS: RELATÓRIO DE PROGRESSO

Antecedentes

1. Ao longo dos anos, as atividades de compras da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm sido apoiadas por três mecanismos de compras: o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas (Fundo Rotativo, RF na sigla em inglês), o Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública (Fundo Estratégico, FS na sigla em inglês) e o mecanismo de processo de compras reembolsáveis em nome dos Estados Membros. O Fundo Rotativo foi estabelecido em 1977, conforme a resolução CD25.R27 do Conselho Diretor, para facilitar a disponibilidade oportuna de vacinas de qualidade pelo menor preço possível. O Fundo Estratégico foi estabelecido em 1999 em resposta aos Estados Membros, que solicitaram ajuda para a compra de insumos estratégicos de saúde pública, com foco no combate ao HIV/AIDS, à tuberculose, à malária e às doenças negligenciadas. Desde 2013, o Fundo Estratégico incorpora também medicamentos para prevenir e tratar as doenças não transmissíveis. O mecanismo para o processo de compras reembolsáveis em nome dos Estados Membros foi estabelecido pelo Conselho Diretor da OPAS em 1951 para apoiar as compras de elementos do programa de saúde que são impossíveis ou difíceis de obter nos próprios Estados Membros.¹ Para o biênio 2016-2017, o custo total dos produtos obtidos através dos três mecanismos de compras foi de aproximadamente US\$ 1,363 bilhão.²

2. Em 2013, o 52º Conselho Diretor aprovou a resolução CD52.R12, “Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros” (1). Esta resolução previu um aumento da taxa cobrada pelas compras de todos os insumos de saúde pública para 4,25%, em vigor a partir de 1º de janeiro de 2014. Também solicitou à Diretora que analisasse a taxa cobrada e apresentasse um relatório sobre as rendas e despesas vinculadas ao uso de 1,25% da taxa total para cobrir custos administrativos, operacionais e de pessoal no final de cada biênio. A receita gerada pelos 3,0% restantes da taxa é aplicada para a capitalização do respectivo Fundo usado em nome dos Estados Membros.

3. Um relatório inicial foi apresentado na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana (documento CSP29/INF/7) em setembro de 2017.

Atualização do progresso alcançado

4. O biênio 2016-2017 foi o primeiro biênio de vigência da resolução CD52.R12 no qual foi iniciado e mantido um processo sistemático para custear das atividades associadas

¹ Resolução CD5.R29.

² A menos que indicado de outra forma, todos os valores monetários neste documento são expressos em dólares dos Estados Unidos.

aos três mecanismos de compras. As rendas acumuladas da arrecadação desses três mecanismos no biênio 2014-2015 foram de aproximadamente \$14,7 milhões.

5. Um plano de trabalho e orçamento inicial para 2016-2017 foi preparado e aprovado pela Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA). O plano de trabalho previa pessoal dedicado ao controle dos três mecanismos de compras e uma Estrutura Operacional correspondente. Aproximadamente \$8,3 milhões foi desembolsado durante o biênio 2016-2017, como mostra a tabela a seguir. A maioria desses recursos (aproximadamente \$7,3 milhões ou 88%) foi gasta com despesas de pessoal nas áreas de Compras, Finanças, Controle de Qualidade, Administração e Jurídico, e com o escritório do Fundo Rotativo para Vacinas. O saldo restante foi de aproximadamente \$6,4 milhões.

Receita, 2014-2015		\$14.725.216
Despesas, 2016-2017		\$8.346.264
Pessoal ³	\$7.322.340	
Operações	\$1.023.924	
Saldo		\$6.378.952

6. Em colaboração com as representações da OPAS e com os Estados Membros, o pessoal custeado por esta renda processou mais de 3.900 ordens de compra, representando mais de \$1,363 bilhão em custos de produtos, frete e seguro para a compra de vacinas, seringas e equipamento de cadeia fria para programas nacionais de vacinação e medicamentos essenciais para HIV/AIDS, tuberculose, malária e prevenção e tratamento de doenças não transmissíveis.

7. Para fortalecer ainda mais o valor desses três mecanismos de compras para os Estados Membros, os funcionários da RSPA colaboraram para abordar três áreas de trabalho: *a)* aumento da eficiência das operações, *b)* desenvolvimento de inteligência de mercado e *c)* fortalecimento do conhecimento e da conscientização.

8. Para o biênio 2018-2019, a taxa financiará plenamente o pessoal e as operações, e permitirá um aumento das operações em vista das recomendações advindas da Avaliação do Fundo Rotativo, do Plano Empresarial do Fundo Estratégico e de outras iniciativas para assegurar o melhoramento contínuo de serviços prestados aos Estados Membros.

Ação necessária para melhoria da situação

9. A RSPA continuará monitorando a situação para assegurar que as atividades de compras e o pessoal necessários para administrar tanto o Fundo Rotativo como o Fundo Estratégico, assim como o mecanismo reembolsável de compras em nome dos Estados Membros, sejam cobertos pela arrecadação gerada pela taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública em nome dos Estados Membros.

³ Para os cargos preenchidos durante o biênio, os gastos reais são refletidos.

Ação pelo Comitê Executivo

10. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório de progresso e ofereça as observações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Revisão da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros [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. Washington, DC: OPAS; 2013 (documento CD52/15) [consultado em 15 de maio de 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22594&Itemid=270&lang=pt

K. SITUAÇÃO DOS CENTROS PAN-AMERICANOS

Introdução

1. Este documento foi elaborado em resposta ao mandato dos Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de fazer avaliações e análises periódicas dos Centros Pan-Americanos e informar sobre assuntos institucionais ou sobre o progresso técnico de importância estratégica à Organização.

Antecedentes

2. Os Centros Pan-Americanos têm sido uma modalidade importante de cooperação técnica da OPAS há quase 60 anos. Neste período, a OPAS criou ou administrou 13 centros,¹ eliminou nove² e transferiu a administração de um deles aos seus próprios Órgãos Diretores.³ No presente documento, são expostas informações estratégicas atualizadas sobre o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) e Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA).

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

3. A BIREME é um centro especializado da OPAS fundado em 1967 com a missão de canalizar a cooperação que a Organização presta aos Estados Membros em informação científica e técnica e intercâmbio de conhecimento e evidências que contribuem para o melhoramento contínuo dos sistemas de saúde, do ensino e da pesquisa.

4. Dentro da estrutura organizacional da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), a BIREME está situada no Departamento de Evidência e Inteligência para Ação em Saúde e tem um Plano de Trabalho Bienal 2018–2019, aprovado pela Diretora da RSPA.

Estrutura institucional da BIREME

5. A estrutura institucional da BIREME foi estabelecida com o Convênio de Manutenção e Desenvolvimento do Centro (“Convênio de Manutenção”), firmado entre a OPAS e os Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) em 2004.

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

² CAREC, CEPANZO, CEPIS, CFNI, CLATES, ECO, INPPAZ PASCAP e o Programa Regional de Bioética do Chile.

³ INCAP.

6. Em 2009, reconhecendo que a estrutura institucional da BIREME não atendia adequadamente às necessidades presentes e futuras de governança, gestão e financiamento, o 49º Conselho Diretor da OPAS adotou a resolução CD49.R5 aprovando um novo Estatuto para a BIREME e solicitando à Diretora da RSPA que iniciasse negociações com o Governo do Brasil para elaborar um novo Acordo de Sede que define as responsabilidades do governo referente à manutenção da BIREME e seus privilégios e imunidades naquele país.

7. O Convênio de Manutenção de 2004 expirou no dia 1º de março de 2015.

Situação atual das estruturas institucionais

Acordo de instalações e funcionamento

8. Esforços estão sendo realizados para implementar plenamente a nova estrutura institucional da BIREME e o representante da OPAS/OMS no Brasil e o Diretor da BIREME prosseguem com as negociações do Acordo de Sede com o Governo do Brasil. Ao mesmo tempo, um acordo de cooperação de cinco anos (*Termo de cooperação para o desenvolvimento e aprimoramento da BIREME*) foi firmado com o Ministério da Saúde do Brasil em 2 de fevereiro de 2017. Este novo acordo reconhece a situação jurídica da BIREME como um Centro Pan-Americano que é parte integrante da OPAS, em conformidade com os convênios básicos firmados entre a Organização e o Governo do Brasil. Também estipula as contribuições financeiras a serem feitas pelo Governo do Brasil para a manutenção da BIREME.

Progresso recente na BIREME

9. A terceira sessão do Comitê Científico da BIREME foi realizada em 6 e 7 de dezembro de 2017, com o comparecimento de especialistas de renome em informação e gestão do conhecimento e áreas relacionadas do Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Jamaica e México. As principais recomendações feitas foram: *a)* apoiar e promover políticas e práticas científicas abertas (livre acesso e dados, métodos de mensuração e métodos de mensuração alternativos abertos), *b)* avaliar as políticas públicas para a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 6 e 7 da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e *c)* incentivar o intercâmbio de informação de projetos e experiências bem-sucedidos entre os países.

10. No contexto do 50º Aniversário da BIREME, linhas de ação foram preparadas para fortalecer a cooperação técnica ao nível local, nacional e regional.

Objetivos a curto prazo para a BIREME

11. Entre os objetivos estão:

- a) prosseguir com as negociações com o Governo do Brasil para finalizar o Acordo de Sede, que contribuirá para a efetividade da BIREME como instituição e fortalecerá o Centro do ponto de vista financeiro e operacional;
- b) implementar as recomendações do Comitê Consultivo da BIREME, como acordado na sexta sessão de 2 de fevereiro de 2017; o Comitê prestará cooperação para a consolidação institucional da BIREME como centro de referência em informação e evidências científicas para os países da América Latina e Caribe;
- c) implementar as recomendações do Comitê Científico da BIREME, como acordado na terceira sessão do Comitê, para fortalecer o programa de cooperação técnica do Centro, levando em consideração seus produtos e serviços na área de comunicação científica e redes;
- d) realizar a 10ª edição do Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde (CRICS10) no Brasil, de 23 a 25 de outubro de 2018, organizado conjuntamente com o país-anfitrião e
- e) preparar e implantar o Plano de Captação de Recursos Financeiros da BIREME, em conformidade com a política interna da RSPA para garantir sustentabilidade financeira ao Centro.

Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR)

12. O Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) foi criado em 1970 por um acordo entre o Governo da República Oriental do Uruguai, a Universidade da República do Uruguai e a OPAS. Após a fusão do Centro com a unidade de Saúde da Mulher da OPAS em 2005, ele passou a funcionar como uma unidade descentralizada vinculada ao Departamento de Família, Promoção da Saúde e Curso de Vida. O objetivo geral do CLAP/SMR é promover, fortalecer e melhorar a capacidade dos países na Região das Américas em termos de assistência de saúde para mulheres, mães e recém-nascidos.

Progresso recente no CLAP/SMR

13. O posicionamento estratégico adotado pelo CLAP/SMR está centrado na cooperação Sul-Sul, intercâmbio de boas práticas e enfoque na comunidade para reduzir a mortalidade materna e neonatal. O Centro tem *a)* participado de projetos prioritários entre regiões como na Região do Chaco argentino; *b)* contribuído para melhorar o acesso e a qualidade da assistência de saúde em serviços materno-neonatais em áreas pós-conflito na Colômbia e *c)* promovido casas de parto saudáveis (*Casas Maternas Saludables*) na Nicarágua para reduzir iniquidades na acessibilidade e qualidade de serviços, sobretudo para mulheres e crianças, populações indígenas e afrodescendentes na zona rural, entre outros grupos.

14. A capacidade da Rede CLAP/SMR para o monitoramento e a atenção da mulher foi fortalecida em 60 centros-sentinela em 16 países, com foco no *near miss* materno e anticoncepção pós-obstétrica e no projeto para mulheres em situação de abortamento (*Mujeres em situación de aborto – Musa*), incluindo anticoncepção pós-evento obstétrico (pós-parto e pós-abortamento). Cerca de 4.000 profissionais foram habilitados para atuar como instrutores a fim de capacitar o pessoal em tópicos como emergências obstétricas, vigilância da mortalidade materna e resposta, trabalho de obstetras, investigação de mortes neonatais, anticoncepção e uso do Sistema de Informação Perinatal (SIP) com seminários presenciais ou pela internet.

15. Como resultado do projeto interprogramático de zero morte materna por hemorragia apoiado pela Diretora, 12 países estão organizando capacidades técnicas para gerir emergências obstétricas: Bolívia, Brasil, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai, Peru, República Dominicana, e Suriname. Seis países têm pessoal habilitado em assistência obstétrica (Brasil, Colômbia, México, República Dominicana, Trinidad e Tobago e Uruguai) e elaboraram planos nacionais para promover a saúde materna e reduzir a mortalidade materna (Belize, Granada, Jamaica, República Dominicana, e Trinidad e Tobago).

16. O novo Sistema de Informação Perinatal (SIP PLUS) possibilitará aos países aprimorar e simplificar a implementação dos diferentes tipos de registros clínicos eletrônicos e sistemas de notificação. O SIP está em fase de implementação em estágios distintos em 22 países, sendo oito países de língua inglesa do Caribe.

17. Um novo Acordo Básico da estrutura institucional e estratégica do CLAP/SMR foi firmado entre a Organização e o Governo do Uruguai em outubro de 2017.

Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA)

18. O PANAFTOSA é um centro da OPAS sediado no Estado do Rio de Janeiro, no Brasil. Foi criado em 1951 por um convênio firmado entre o Governo do Brasil e a OPAS. Sua finalidade inicial era executar o Programa Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA). Em 2005, as atividades de cooperação técnica, pesquisa e referência zoonóticas em inocuidade dos alimentos foram transferidas do antigo Instituto Pan-Americano de Proteção de Alimentos e Zoonoses da OPAS (INPPAZ) ao PANAFTOSA.

Progresso recente no PANAFTOSA

19. O Centro passou por uma inspeção administrativa em setembro de 2016 e por uma avaliação técnica externa em setembro de 2017. As recomendações da avaliação técnica foram apresentadas à Gestão Executiva da RSPA e aprovadas pela Diretora em dezembro de 2017. Com a avaliação, chegou-se à conclusão de que, apesar de terem sido identificadas áreas para fortalecimento, o PANAFTOSA deve tirar proveito das próprias estratégias de colaboração intersetorial e interdisciplinar “One Health” (Uma Saúde) para otimizar a cooperação técnica e ter na Região das Américas um forte defensor da saúde pública

veterinária. As recomendações, apresentadas à Diretora, serão implementadas no atual biênio (2018–2019) conforme um guia que foi preparado.

20. Com respeito à eliminação da raiva humana transmitida por cães, o PANAFTOSA desenvolveu um trabalho com a Representação da OPAS/OMS no Haiti para capacitar mais de 250 profissionais da saúde das 10 províncias do país no manejo de casos clínicos de pessoas mordidas por cães. Quinze mil doses de vacina antirrábica humana foram doadas pelo Brasil e Paraguai e estão disponíveis em mais de 140 centros de saúde. Campanhas de vacinação nacional contra a raiva canina foram programadas conjuntamente na Guatemala e Haiti.

21. A 16ª Reunião de Diretores dos Programas de Raiva nas Américas (REDIPRA 16) foi realizada em 29 e 30 de novembro de 2017 na Guatemala para discutir os desafios da eliminação da raiva humana transmitida por cães nas Américas. As principais recomendações desta reunião foram: *a)* fortalecer a cooperação técnica do PANAFTOSA nos países prioritários (Bolívia, República Dominicana, Guatemala e Haiti); *b)* promover estratégias para vigilância e controle da raiva em áreas de fronteira e *c)* assegurar que todos os países participantes da REDIPRA disponham de infraestrutura básica laboratorial para o diagnóstico da raiva ao fim de 2018.

22. Em 2017, o PANAFTOSA continuou coordenando a Iniciativa Sul-americana para a Vigilância e Controle da Hidatidose, inclusive com a publicação de um protocolo para prevenção e controle local da hidatidose.

23. Com relação ao envenenamento por animais peçonhentos (ofídios e artrópodes), o Centro expandiu sua colaboração com o Instituto Butantan no Brasil e com o Instituto Clodomiro Picado na Costa Rica para avaliar o impacto em saúde e determinar a demanda de cooperação técnica, como dados epidemiológicos e disponibilidade de soros antivenenos.

24. Em resposta ao surto de febre aftosa na Colômbia (junho de 2017), o PANAFTOSA prestou cooperação técnica para fortalecer a capacidade de resposta do país. Foi também realizada a Sexta Reunião Extraordinária da Comissão Sul-americana para a Luta contra a Febre Aftosa (Cosalfa) em julho de 2017, com o comparecimento de representantes de 13 países, para debater e fazer recomendações de medidas para lidar com as ameaças na Região. Os termos do acordo do Banco Regional de Antígenos e Vacinas para a Febre Aftosa (BANVACO) foram redigidos e apresentados aos países para consideração.

25. O PANAFTOSA fortaleceu a cooperação técnica prestada na análise de risco à inocuidade (segurança) dos alimentos e resistência aos antimicrobianos. O Consórcio de Análise de Risco Aplicada à Inocuidade dos Alimentos foi instituído com o apoio de diversas instituições e especialistas para preparar melhor os países para a análise de risco de inocuidade dos alimentos. O Centro lidera um grupo interinstitucional que coordena ações de combate à resistência aos antimicrobianos em animais. Em 2017, atividades de cooperação técnica em inocuidade dos alimentos foram realizadas na Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Guiana, Paraguai e Suriname.

Acordos de cooperação e captação de recursos

26. A contribuição anual do Ministério da Agricultura do Brasil, Pecuária e Abastecimento (MAPA) cobre plenamente os custos de manutenção do Centro. Além disso, o PANAFTOSA tem captado contribuições voluntárias para a erradicação da febre aftosa na América do Sul, o que vem apoiando a cooperação técnica do Centro para a coordenação regional do PHEFA. O Centro também tem captado contribuições voluntárias para as áreas de inocuidade dos alimentos e zoonoses de órgãos públicos do setor da saúde animal, inclusive da Agência Equatoriana de Garantia de Qualidade Agrícola (Agrocalidad) e do Serviço Nacional de Qualidade e Saúde Animal do Paraguai (Senacsa). Por fim, por meio do PANAFTOSA, a OPAS renovou o acordo de cooperação técnica firmado com a Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS)/Ministério da Saúde do Brasil e também o estabelecido com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Brasil, ambos prestando apoio ao controle de doenças zoonóticas e doenças transmitidas por alimentos e à inocuidade (segurança) dos alimentos. O PANAFTOSA também colabora com a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA) para apoiar os Estados Membros.

Ação pelo Comitê Executivo

27. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório e ofereça as observações que considerar pertinentes.
