



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



52º CONSELHO DIRETOR

65ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 30 de setembro a 4 de outubro de 2013

Tema 3.2 da agenda provisória

CD52/3 (Port.)
30 de agosto de 2013
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO ANUAL DO DIRETOR DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA

Aproveitando o Passado e Avançando em Direção ao Futuro com Confiança

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Prefácio.....	4
Capítulo I: Continuidade e mudança.....	7
Capítulo II: Cooperação técnica e conquistas	10
Capítulo III: Lições aprendidas e seguindo em frente	47
Siglas e abreviaturas.....	56

Aos Estados Membros:

De acordo com a Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, tenho a honra de apresentar o relatório anual de 2012–2013 sobre o trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. O relatório destaca as mais importantes conquistas da Repartição na prestação de cooperação técnica durante este período no âmbito do Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde para 2008–2013, definido por seus órgãos diretores.

Este relatório é complementado pelo Relatório Financeiro do Diretor e pelo Relatório do Auditor Externo para 2012.

Dra. Carissa F. Etienne
Diretora

Aproveitando o passado e avançando em direção ao futuro com confiança

“A convergência [destas] condições cria um contexto único para a saúde nas Américas. Acredito que tenhamos o poder de promover mudanças: na saúde materno-infantil, nas doenças não transmissíveis, nas doenças infecciosas, com o fortalecimento dos sistemas de saúde e o acesso universal à saúde. A saúde tem um potencial enorme para impulsionar mudanças.”

Dra. Carissa F. Etienne
*Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana
Organização Pan-Americana da Saúde*

Prefácio

1. Em setembro de 2012, quando fui eleita Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) pela 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, comprometi-me a liderar um processo de renovação que defenderia os valores e princípios centrais desta instituição secular e também promover a inovação para fazer dela um agente mais eficaz para a mudança. Desde que assumi o cargo de Diretora em fevereiro de 2013, tive o prazer de descobrir que os valores centrais de universalidade, equidade e solidariedade pan-americana permanecem robustos dentro da Organização, ao passo que uma confiança e um otimismo coletivos se combinaram para criar maiores expectativas a respeito do futuro da OPAS. É uma fonte de grande satisfação para mim encontrar-me na liderança de uma organização com forte tradição de excelência e orgulho de suas conquistas, assim como de uma sensível abertura às mudanças e ao aprimoramento.

2. Uma de minhas primeiras tarefas como Diretora foi iniciar um processo de consultas com os funcionários e Estados Membros sobre como reestruturar a RSPA, o secretariado da OPAS, para melhorar a sinergia e complementaridade de nossos programas de cooperação técnica. Dois meses depois, anunciei uma nova estrutura organizacional, com uma primeira rodada de mudanças que entraram em vigor no dia 1º de julho de 2013. Minha meta nesta empreitada foi posicionar a OPAS como uma organização flexível, transparente e receptiva que traz perícia e inovação à sua colaboração com os Estados Membros.

3. Continuei consultando com o pessoal, com nossos Estados Membros e com outros parceiros e interessados diretos para compartilhar ideias, avaliar necessidades e identificar as oportunidades nas quais o trabalho da OPAS pode fazer uma diferença real para o melhoramento do estado de saúde nas Américas. Em todas essas consultas, tenho

promovido quatro prioridades: reduzir as desigualdades na saúde, fortalecer os sistemas de saúde, abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde e alcançar a cobertura universal de saúde, ou seja, o acesso à assistência de saúde de qualidade para todos sem medo de empobrecimento. Acredito que a promoção dessas prioridades é essencial para realizarmos a visão para a Região das Américas: sociedades livres de disparidades, onde as pessoas tenham as condições sociais e ambientes sadios necessários para viverem vidas longas, dignas, saudáveis e produtivas.

4. Nas minhas consultas, foi animador, ainda que não surpreendente, descobrir que os funcionários e interessados diretos da OPAS compartilham esta visão, saúdam essas prioridades e estão igualmente ansiosos para encontrar novas oportunidades de trabalhar em conjunto para promovê-las de maneira mais eficaz e sustentável.

5. Também foi animador confirmar, durante meus primeiros meses como Diretora da RSPA, que a OPAS está começando sua nova viagem a partir de uma posição forte. Fiquei impressionada com a riqueza de experiências, a energia, o empreendedorismo, a paixão e a dedicação que os funcionários e parceiros da OPAS trazem ao seu trabalho.

6. Esses primeiros meses também reconfirmaram minha visão de que nossos países, nossa Região e nossa Organização estão enfrentando novos tempos e novas condições que requerem novas maneiras de trabalhar para promover a saúde pública. Sabemos que nossos Estados Membros são os repositórios de grande parte do conhecimento, perícia e sabedoria que temos para melhorar a saúde em toda a Região. Isso significa que uma das funções mais importantes da OPAS—se não sua função mais importante—é a de ser uma parceira estratégica que apoia os esforços para aumentar a vontade política, compartilhar conhecimento e mobilizar ações colaborativas e multissetoriais tanto dentro de nossos países membros como entre eles.

7. Analisando este relatório, fica claro que a cooperação técnica da OPAS tem contribuído para importantes avanços em uma ampla gama de áreas, da eliminação e controle das doenças infecciosas ao fortalecimento dos sistemas de saúde, abordando os determinantes sociais da saúde e assegurando que os que são afetados pelas doenças tenham acesso aos serviços de prevenção, atenção à saúde, e reabilitação.

8. Este relatório apresenta destaques deste progresso e conquistas específicas do último ano, de meados de 2012 a meados de 2013. Este período inclui os últimos sete meses da administração anterior da OPAS e os cinco primeiros meses sob minha liderança. O trabalho da Organização durante este período foi guiado pelo Plano Estratégico da OPAS 2008–2013 e também incluiu o desenvolvimento de um novo Plano Estratégico para 2014–2019.

9. Segundo o previsto pelos Órgãos Diretores da OPAS, o relatório fornece uma contabilidade das atividades da RSPA, e cada conquista aqui descrita contou com o apoio da cooperação técnica dos programas da RSPA em âmbito regional ou nacional. Porém, a grande maioria dessas conquistas foi o resultado dos esforços conjuntos entre os funcionários da RSPA, suas contrapartes nos ministérios da saúde e parceiros dentro dos Estados Membros e na comunidade internacional. Por este motivo, o relatório refere-se não somente às atividades da RSPA mas também às conquistas da OPAS, ou seja, do secretariado e dos Estados Membros juntos.

10. Este relatório apresenta evidências robustas da força contínua desta Organização e do valor de seu trabalho. Neste sentido, desejo reconhecer e agradecer a minha antecessora, a Diretora anterior da RSPA, Mirta Roses Periago, por sua gestão desta Organização. Acredito que a OPAS tem um futuro brilhante, com grande potencial para desempenhar um papel maior ainda no melhoramento das condições sanitárias e no fortalecimento da saúde nas agendas de desenvolvimento nacionais e internacionais. Espero liderar esta Organização em direção a esse futuro, com o firme apoio de nossos Estados Membros, para que juntos possamos concluir nossos assuntos pendentes, enfrentar novos desafios e, futuramente, realizar o sonho da saúde para cada mulher, homem e criança nas Américas.

Dra. Carissa F. Etienne
Diretora

Capítulo I. Continuidade e mudança

11. Os seis últimos meses de 2012 e a primeira metade de 2013—o período geral coberto por este relatório—foram momentos tanto de continuidade como de mudança na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Durante 2012, a OPAS celebrou o seu 110º ano em funcionamento, uma conquista ainda mais notável pelos impressionantes ganhos em saúde registrados nas Américas durante o século anterior. Estes incluem um ganho de 45 anos na expectativa de vida média e uma redução de 11 vezes na mortalidade infantil desde 1902, a erradicação da varíola e da poliomielite e a eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, o acesso ampliado à água potável e ao saneamento e a expansão significativa da cobertura sanitária. Hoje, a Região das Américas apresenta as taxas mais elevadas de tratamento antirretroviral para a infecção pelo HIV/AIDS dentre todas as regiões da OMS, além de níveis de cobertura vacinal que se encontram entre os mais elevados do mundo.

12. Através de vários processos organizacionais iterativos, a OPAS de hoje—o mais antigo organismo de saúde internacional do mundo—desempenhou uma função de liderança crucial em muitas dessas conquistas, e a tradição de pan-americanismo na qual fomos pioneiros continua contribuindo para os avanços em saúde em todo o hemisfério e além.

13. A Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), o secretariado da OPAS, trabalhou estreitamente com os Estados Membros da OPAS ao longo de 2012–2013, proporcionando cooperação técnica para promover a saúde, proteger os avanços e abordar desafios persistentes e novos. Este trabalho foi guiado pelo Plano Estratégico da OPAS 2008–2013, a Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017 e por outros mandatos regionais estabelecidos pelos Estados Membros da OPAS, assim como por prioridades nacionais identificadas através de estratégias de cooperação de países (ECP) da OPAS.

14. Em janeiro de 2013, tomou posse a 10ª Diretora da OPAS, Dra. Carissa F. Etienne, ex-Subdiretora da OPAS e Subdiretora Geral da OMS para Sistemas e Serviços de Saúde. Ao longo dos três meses seguintes, a Diretora liderou um processo abrangente e inclusivo de consultas com os interessados diretos e funcionários para identificar maneiras de posicionar a OPAS como uma organização flexível, transparente e receptiva que traz tanto experiência como inovação à sua colaboração com os Estados Membros. Este processo consultivo incluiu duas reuniões do tipo assembleia com funcionários na sede da OPAS e várias visitas aos Estados Membros.

15. Em abril de 2013, a Diretora anunciou uma nova estrutura organizacional concebida para fortalecer a função da OPAS como principal organismo de saúde pública das Américas em uma conjuntura dinâmica e complexa. As mudanças, em vigor a partir de 1º de julho de 2013, visaram maximizar sinergia e complementaridade nos programas

técnicos centrais da Organização. Em consequência, um grupo de trabalho especial liderado pelo Diretor de Administração supervisionou ajustes à programação, pessoal, e processos administrativos da OPAS.

16. A nova estrutura tem cinco departamentos de cooperação técnica centrais— Família, Gênero, e Curso de Vida (FGL); Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde (CHA); Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental (NMH); Sistemas e Serviços de Saúde (HSS); e Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres (PED)— assim como um programa especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade na Saúde (SDE).

17. Além disso, cinco departamentos administrativos respondem ao Diretor da Administração: Gestão de Recursos Humanos (HRM), Gestão de Recursos Financeiros (FRM), Serviços de Tecnologia da Informação (ITS), Operações de Serviços Gerais (GSO) e Compras e Gestão de Suprimentos (PRO). Além de PED, três departamentos adicionais respondem ao Diretor Adjunto: Planejamento e Orçamento (PBU); Relações Externas, Parcerias e Órgãos Diretores (EPG); e Gestão do Conhecimento e Comunicação (KMC), que presta serviços a outros departamentos, assim como cooperação técnica a Estados Membros.

18. Quatro escritórios especiais respondem à Diretora: Apoio aos Países (CSA), Assessoria Jurídica (LEG), Chefia de Gabinete (COS) e Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (IES). Outros dois—o Escritório de Ética e o Ombudsman (OMB)—são independentes e, junto com o IES, fazem parte do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS.

19. A OPAS segue com presença forte na Região, com 28 representações nos Estados Membros. Além disso, a Organização administra três centros técnicos pan-americanos: o Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP) em Montevideu, Uruguai; o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) em São Paulo, Brasil; e o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) no Rio de Janeiro, Brasil. Durante o período coberto por este relatório, o antigo Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e o Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) completaram o processo da transição à Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), sediada em Trinidad e Tobago, que entrou em funcionamento em janeiro de 2013.

20. A RSPA desempenhou um papel ativo, em consulta com o Grupo Consultor de Países dos Estados Membros (CCG), na finalização da proposta de Plano Estratégico da OPAS 2014–2019, que será apresentada ao 52º Conselho Diretor da OPAS em setembro de 2013 para aprovação. Refletindo as prioridades da nova liderança da Organização, assim como as prioridades coletivas dos Estados Membros da OPAS, o novo plano busca melhorar a saúde da população através de ações que promovem o desenvolvimento

sustentável e a equidade na saúde. Isso inclui ações para abordar os determinantes sociais, impulsionar a cobertura sanitária universal e incorporar a saúde em todas as políticas, programas, iniciativas e intervenções.

21. O novo Plano Estratégico difere do plano estratégico anterior à medida que seus objetivos estratégicos—redefinidos como “categorias”—são em menor número (seis, contra 16 no plano anterior) e foram projetados de modo a refletir melhor o trabalho interprogramático. O número de indicadores foi reduzido (de 256 para 106), e os indicadores foram redefinidos para medir o avanço na promoção das condições de saúde em vez de avaliar processos. Uma característica importante do novo plano é a inclusão de metas, indicadores e objetivos referentes à equidade em saúde. Também reflete o alinhamento mais próximo com a OMS, sendo o primeiro plano estratégico da OPAS a seguir-se à finalização do Programa Geral de Trabalho da OMS para 2014–2019.

22. Tanto a nova estrutura organizacional da OPAS como o Plano Estratégico 2014–2019 objetivam melhorar a capacidade da RSPA de trabalhar junto aos Estados Membros para promover saúde e bem-estar, reduzir o ônus das doenças transmissíveis e não transmissíveis, propor uma abordagem multissetorial aos determinantes sociais da saúde e promover a colaboração em direção à cobertura universal de saúde. O trabalho da Organização para essas metas nos próximos seis anos se baseará em nosso rico conjunto de experiências, conhecimentos especializados e colaboração e em muitas conquistas dos programas e projetos existentes implementados pela OPAS ou com o seu apoio.

Capítulo II. Cooperação técnica e conquistas

23. As seções seguintes deste relatório destacam conquistas alcançadas nos Estados Membros e no âmbito regional de meados de 2012 a meados de 2013 que foram possibilitadas ou apoiadas pelos programas de cooperação técnica da OPAS. Depois destes destaques, serão apresentados desenvolvimentos na gestão e a governança da Organização durante o período de notificação. Finalmente, o relatório discute lições que foram aprendidas a partir das conquistas e desafios deste período e que podem ser aplicadas para melhorar a eficácia e o impacto duradouro da cooperação técnica da Organização no futuro.

Sistemas e serviços de saúde

24. Sistemas e serviços de saúde equitativos, eficazes e bem organizados e que promovem o acesso universal são um alicerce essencial para melhorar a saúde da população. Ao longo de 2012–2013, a Organização trabalhou com os Estados Membros para fortalecer os sistemas de saúde com base em uma estratégia renovada de atenção primária à saúde e com o objetivo de promover a cobertura sanitária universal.

25. Bolívia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guiana, México, Uruguai e os países do Caribe trabalharam para avançar em direção à cobertura universal de saúde com suporte da OPAS, do Departamento do Reino Unido para Desenvolvimento Internacional (DFID), a Agência Australiana para o Desenvolvimento Internacional (AusAID) e a Agência Espanhola de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (AECID). O trabalho da OPAS incluiu suporte para o desenvolvimento de um guia esboçando o caminho em direção à cobertura sanitária universal para os países do Caribe.

26. Dados sobre os gastos particulares (de recursos próprios) em assistência de saúde no Canadá e nos países do Mercosul foram coletados para facilitar a análise dos determinantes de tais gastos e os efeitos redistributivos dos investimentos em saúde pública. Várias unidades de economia da saúde dos ministérios da saúde da Região tiveram discussões com parceiros como a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe das Nações Unidas (CEPAL), o Banco Mundial, e o Fundo Monetário Internacional (FMI) a respeito de questões como assistência à saúde não remunerada, “espaço fiscal” e perspectivas para ampliação do investimento em saúde pública.

27. Durante 2012 e 2013, a OPAS desenvolveu ou apoiou vários estudos sobre ampliação da cobertura em saúde. Uma análise realizada no Brasil, no Chile, na Colômbia, na Jamaica, no México e no Peru examinou quais políticas públicas tinham maior probabilidade de ser eficazes para melhorar a cobertura e a equidade. Um estudo na República Dominicana avaliou o impacto financeiro do componente de saúde no

esquema de seguro-saúde subsidiado do país, enquanto estudos realizados em El Salvador avaliaram as conquistas na reforma sanitária e os desafios em consolidá-las.

28. Oitenta técnicos de 18 países fizeram um curso virtual sobre o projeto e gestão de pacotes de benefícios de assistência em saúde. Como seguimento, a OPAS organizou uma comunidade de prática para compartilhamento de informações e experiências entre o pessoal que trabalha na área. El Salvador, México, Peru e Uruguai desenvolveram ou atualizaram seus pacotes de benefícios garantidos de assistência em saúde.

29. A Organização apoiou os países membros ao fortalecer seus regimes jurídicos para promover o direito à saúde e o acesso à assistência através de várias iniciativas legislativas e regulamentares. Em 2013, 18 dos países da Região incluem o direito à saúde em suas constituições, e o conceito de proteção social em saúde é um princípio básico dos sistemas de saúde de Chile, Colômbia, Guiana, Haiti e Peru. A Organização ajudou o Panamá a redigir um novo Código de Saúde e apoiou o Ministério da Saúde de El Salvador a formular uma legislação sobre vacinas, que entrou em vigor em janeiro de 2013.

30. A Organização prestou suporte ao planejamento estratégico e reestruturação dos sistemas de saúde de Aruba, Bahamas e Curaçao, assim como nas ilhas das antigas Antilhas Holandesas (Bonaire, Saba e Sint Eustatius), que reestruturaram seus setores da saúde após mudanças em seu status constitucional em 2010. Para promover o enfoque da atenção primária em saúde na organização dos sistemas e serviços de saúde, a OPAS criou a Rede Colaborativa de Atenção Primária à Saúde, que permite que peritos de diferentes países compartilhem informações e identifiquem e divulguem boas práticas. A Rede já possui 450 membros e 14 comunidades regionais de prática e inspirou a criação de comunidades de prática semelhantes de âmbito nacional no Brasil e no Chile. Com o apoio da OPAS, o Brasil pôs em prática um programa para melhorar o acesso a e qualidade da atenção primária e avaliou cerca de metade das 40.000 equipes de atenção primária atuantes no país.

31. A OPAS se associou com a Escola de Saúde Pública da Andaluzia para validar uma análise da situação dos hospitais em 10 países e territórios da América Latina e Caribe—República Dominicana, El Salvador, Jamaica, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, Trinidad e Tobago e Uruguai—e trabalhou com a Faculdade Nacional de Saúde Pública de Antioquia (Colômbia) para autenticar uma análise dos serviços de emergência de 14 países. Gestores dos serviços de saúde de vários países usaram a Metodologia de Gestão Produtiva para os Serviços de Saúde (PMMHS) da OPAS para analisar a eficiência e a qualidade da assistência à saúde e calcular o custo e o financiamento dos serviços de assistência à saúde.

Doença renal crônica de causas não tradicionais na América Central

Um aumento desconcertante da doença renal crônica de causas não tradicionais (DRCnT), com elevada mortalidade, foi observado nas comunidades agrícolas da América Central, principalmente em El Salvador e na Nicarágua. Como resposta, os Estados Membros do Sistema de Integração Centro-Americana (SICA) e o Conselho dos Ministérios da Saúde da América Central e República Dominicana (COMISCA) emitiram a Declaração de San Salvador sobre DRCnT em abril de 2013, reconhecendo a DRCnT como um sério problema de saúde pública e conclamando a uma ação urgente multissetorial, multidisciplinar e participativa para enfrentá-la. Como parte da sua cooperação técnica, a OPAS está apoiando o fortalecimento dos sistemas de vigilância em saúde e capacidade de pesquisa para entender melhor as causas e as consequências da DRCnT, além de prestar apoio na organização dos serviços de saúde.

32. A OPAS apoiou os esforços de países para alinhar as suas políticas de pesquisa com a Política regional para a Pesquisa em Saúde (CD49/10), aprovada pelos Estados Membros da OPAS em 2009, e com a Estratégia para Pesquisa em Saúde de 2010 da OMS (WHA63.21). Em 2012 e 2013, o Conselho de Ministros da Saúde da América Central (COMISCA) usou a política regional como uma estrutura para estabelecer a Comissão de Pesquisa em Saúde para a América Central e República Dominicana. O Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde da OMS trabalhou com a OPAS para elaborar uma ferramenta do tipo *scorecard* para monitorar a implementação da política regional.

33. Também durante o período coberto por este relatório, 19 países da América Latina e Caribe aumentaram sua proporção de ensaios clínicos incluídos na Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos da OMS, e Peru satisfaz os requisitos técnicos para ser incluído na plataforma como provedor de dados. Com o apoio de uma rede de peritos regionais e internacionais, 12 países adotaram normas e usaram plataformas para traduzir conhecimento para a prática. O Chile lançou uma plataforma para a análise de pesquisas pelos comitês de ética.

34. A OPAS apoiou os esforços nacionais na área de segurança dos pacientes e controle de infecção. O Brasil iniciou um novo Programa Nacional de Segurança do Paciente e elaborou legislação para implementar o programa em seu Sistema Único de Saúde. As Bahamas elaboraram um plano de ação nacional para melhorar a prevenção e controle das infecções associadas à assistência em saúde.

Recursos humanos em saúde

35. A OPAS trabalhou com países para melhorar o planejamento e administração da força de trabalho de saúde, tanto nos ministérios da saúde como no âmbito local. Esse apoio incluiu vários esforços sub-regionais para melhorar a formulação de políticas e o planejamento em recursos humanos. O escritório da OPAS de Coordenação de Programas no Caribe coordenou com os ministérios da saúde do CARICOM e outros atores para desenvolver um guia sub-regional de recursos humanos com marcos específicos para melhorar a governança e as competências de recursos humanos em saúde no Caribe em 2012–2017. Na região andina, a Organização ajudou a elaborar uma política sobre os recursos humanos na saúde no marco da Organização Andina de Saúde/Convênio Hipólito Unanue, aprovado pelos ministros de saúde andinos em 2012. Na qualidade de órgão consultivo para o Conselho de Ministros da Saúde da América Central, a OPAS trabalhou com as equipes de Belize, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, e Panamá na execução do Plano de Desenvolvimento para os Recursos Humanos na Saúde para a América Central.

36. Em colaboração com os ministérios da saúde de Jamaica, Peru e Uruguai e o Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Pesquisa da Força de Trabalho em Saúde na Dalhousie University, Canadá, e o Centro Colaborador para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde na Universidade do Estado de Rio de Janeiro, Brasil, a OPAS ajudou a projetar uma iniciativa regional sobre metas de recursos humanos. Inclui uma segunda rodada de medições de 20 metas regionais para os recursos humanos na saúde para 2007–2015 e uma análise dos programas de recursos humanos vinculados às metas prioritárias no âmbito nacional.

37. Como parte do fortalecimento integrado dos recursos humanos, uma proposta nas competências para os serviços farmacêuticos foi aprovada pelos representantes das escolas de farmácia de 23 países.

38. Entre meados de 2012 e meados de 2013, mais de 2.800 indivíduos participaram de 67 cursos oferecidos pelo Campus Virtual de Saúde Pública sobre temas incluindo envelhecimento e saúde, o direito à saúde, funções essenciais da saúde pública, a renovação da atenção primária à saúde e sexo. O programa Edmundo Granda Ugalde para a liderança na saúde internacional, da OPAS, forneceu educação e capacitação para 39 profissionais da saúde de 19 países durante o 2012. Além disso, a OPAS apoiou os esforços por parte de 30 faculdades de medicina em oito países—Argentina, Brasil, Chile, Canadá, Colômbia, Guatemala, Nicarágua, e Estados Unidos—para alinhar seus currículos com a atenção primária à saúde. O Programa Ampliado de Livros de Texto e Materiais de Instrução da OPAS (PALTEX) incluiu 54 novos livros e expediu 26 novas edições durante 2012–2013.

39. A OPAS também desempenhou uma função chave de apoio ao facilitar a cooperação Sul-Sul no desenvolvimento de recursos humanos envolvendo Cuba e outros países nas Américas. Durante 2012–2013, mais de 300 profissionais de saúde cubanos realizaram atividades de capacitação fora de Cuba, e quase 800 profissionais de saúde viajaram a Cuba para comparecer a eventos ou participar de treinamentos.

40. O Observatório Regional de Recursos Humanos em Saúde foi consolidado como uma plataforma para o intercâmbio de experiências, informações e conhecimento sobre políticas dos recursos humanos orientadas em direção à cobertura universal de saúde e ao desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na atenção primária. Em meados de 2013, 12 países haviam se filiado ao observatório, facilitando o diálogo on-line e o compartilhamento de experiências entre países e outros interessados diretos.

Medicamentos e tecnologias em saúde

41. Para fortalecer as políticas nacionais de medicamentos, a OPAS colheu informação sobre 24 países e disponibilizou os resultados aos respectivos Estados Membros em uma reunião regional em Quito, Equador, em 2013. A Organização preparou diretrizes para elaborar políticas farmacêuticas que abarcam o direito à saúde, a cobertura universal de saúde, e os determinantes sociais envolvidos na garantia ao acesso a medicamentos seguros e eficazes.

42. Com o apoio da OPAS, o Conselho para Desenvolvimento Humano e Social (COHSOD) aprovou a política farmacêutica do Caribe em 2012; no mesmo ano, Barbados aprovou sua Política Farmacêutica Nacional. A OPAS também apoiou El Salvador no desenvolvimento e aprovação da Política Nacional de Medicamentos em 2012 e na criação da Autoridade Nacional Reguladora. Através de medidas normativas, El Salvador conseguiu uma redução de 35% nos preços dos medicamentos.

43. A OPAS ajudou a fortalecer a capacidade da Comissão Federal do México para Proteção contra os Riscos à Saúde (COFEPRIS), que conseguiu ser reconhecida pela OPAS como uma Agência Reguladora de Referência em novembro de 2012.

44. A OPAS ajudou a fortalecer o controle de qualidade dos medicamentos antituberculosos nos laboratórios de controle de medicamentos da CARICOM em Guiana, Jamaica, Suriname e Trinidad e Tobago com fundos do Ministério das Relações Exteriores da Argentina, através do Fundo Argentino para Cooperação Sul-Sul e Triangular (FOAR). A 10ª fase do programa de controle de qualidade externo de laboratórios de 23 países começou no final de 2012 com o suporte da Convenção Farmacopeica dos EUA (USP). A OPAS também apoiou uma iniciativa de cooperação Sul-Sul na qual Cuba trabalhou com os países membros da Aliança Bolivariana para os Povos de Nossas Américas (Alba) na área da regulamentação farmacêutica.

45. Com apoio do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose, e Malária, a OPAS ajudou a República Dominicana, a Guatemala, e Honduras a prevenir o desabastecimento de medicamentos antirretrovirais, melhorando as projeções de demanda e outros aspectos da gestão da cadeia de suprimentos. Este trabalho incluía a incorporação de uma ferramenta especial de monitoramento de medicamentos na Plataforma Regional de Acesso e Inovação para as Tecnologias em Saúde (PRAIS).

Fundo Estratégico da OPAS

O Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública, conhecido como o Fundo Estratégico da OPAS, continuou desempenhando uma função importante ao promover o acesso a insumos sanitários essenciais e de alta qualidade para os Estados Membros. De junho de 2012 a junho de 2013, 18 países da Região usaram o fundo para comprar cerca de \$34 milhões em medicamentos e outros insumos essenciais de saúde pública; sete usaram a conta de capital do fundo para evitar o risco de uma escassez de medicamentos. Durante o período de notificação, a OPAS atualizou a lista de medicamentos do fundo para incluir 16 medicamentos adicionais para o tratamento das doenças não transmissíveis (DNTs).

46. Como parte da PRAIS, um novo observatório de tecnologia, acesso e inovação em saúde finalizou seu primeiro ano de operações em maio de 2013. Além disso, indicadores para o setor de tecnologia em saúde foram validados em 19 países. Em meados de 2013, a PRAIS tinha aproximadamente 1.000 usuários e mais de 20 comunidades de prática ativas compartilhando informações de participação para melhorar a governança e a regulamentação de tecnologias em saúde.

47. A OPAS também apoiou as iniciativas para assegurar a disponibilidade de sangue e hemocomponentes seguros na Região. Análises técnicas e legais e planos sub-regionais para a segurança do sangue e HIV para 2013–2017 foram preparados para a região andina e para a América Central e República Dominicana. Um projeto de cooperação técnica envolvendo a OPAS e o laboratório de hemoderivados da Universidade Nacional de Córdoba (Argentina) permitiu ao Brasil realizar avanços significativos na segurança dos hemocomponentes e fortalecer a produção de hemoderivados.

48. Em parceria com a Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), a OPAS colaborou na formulação de um novo plano estratégico do organismo (2016–2021) e desempenhou uma função importante ao garantir a segurança e as boas condições de funcionamento dos equipamentos de radioterapia na Região. Durante 2012–2013, mais de 150 equipamentos de radioterapia foram inspecionados, e o sistema de auditoria dosimétrica postal por dosimetria termoluminescente (TLD) da AIEA foi usado para certificar a calibração de equipamentos. Um projeto conjunto com o Rotary International instalou e calibrou 30 equipamentos de radiografia digital básica nas instituições de atenção primária da Guatemala. A OPAS também trabalhou com a RAD-AID—uma

organização sem fins lucrativos dedicada à expansão dos serviços de radiologia no mundo em desenvolvimento—para fornecer serviços de educação, capacitação, avaliação e planejamento de equipamentos no Haiti. Trinidad e Tobago receberam apoio no controle da exposição excessiva à radiação.

49. No âmbito regional, a 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, em setembro de 2012, endossou oficialmente o novo documento da AIEA Proteção radiológica e segurança das fontes de radiação: Normas básicas internacionais de segurança, que descreve em detalhes os requisitos para proteger as pessoas e o ambiente dos efeitos nocivos da radiação ionizante e assegurar a segurança das fontes de radiação.

50. Em 2012, os Estados Membros da OPAS aprovaram uma resolução sobre Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde nos Sistemas de Saúde (CSP28.R9), que requer o fortalecimento e uso ampliado de processos de avaliação para subsidiar a tomada de decisão. A Rede de Avaliação de Tecnologia em Saúde das Américas (REDE TSA), coordenada pela OPAS, teve seus quadros aumentados para 25 membros.

51. A OPAS também trabalhou em 2012–2013 para fortalecer o processo de seleção de medicamentos tanto através do Campus Virtual de Saúde Pública como através do apoio direto ao desenvolvimento ou atualização das listas de medicamentos essenciais em Barbados, Chile, Guatemala, Guiana e Paraguai. Esta colaboração contribuiu para uma economia coletiva de cerca de \$15 milhões por estes países em 2012.

52. O novo Grupo de Farmacovigilância da Rede Pan-Americana para Harmonização da Regulação de Medicamentos (PANDRH) iniciou suas atividades em dezembro de 2012, em estreita relação com a Rede de Centros de Informações sobre Medicamentos da América Latina e Caribe (RED CIM LAC). As autoridades reguladoras têm colaborado em matéria de farmacovigilância através deste mecanismo.

Doenças transmissíveis

53. A cooperação técnica da OPAS apoiou os esforços dos Estados Membros para reduzir o ônus das doenças transmissíveis e avançar em direção à eliminação destas doenças consideradas elimináveis. Este trabalho concentrou-se no fortalecimento da capacidade em controle e prevenção de doenças, prontidão, vigilância, detecção, redução de risco e resposta aos riscos à saúde humana, inclusive casos de interesse internacional em potencial, como define o Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

HIV, tuberculose, hepatite e doenças sexualmente transmissíveis

54. Em 2012, o programa da OPAS em HIV e doenças sexualmente transmissíveis (DST) realizou uma avaliação intermediária do Plano Regional para HIV/AIDS e DST para o Setor da Saúde 2006–2015. A incidência calculada da infecção pelo HIV na

América Latina e no Caribe diminuiu de 21,1 por 100.000 habitantes em 2005 a 19,1 por 100.000 habitantes em 2011. Os casos pediátricos diminuíram significativamente durante o período 2001-2011, com redução de 60% no Caribe e 38% na América Latina. O aumento do acesso à terapia antirretroviral contribuiu para uma redução de 36% nas mortes relacionadas ao HIV na América Latina e aproximadamente 50% no Caribe durante o período 2001–2010. Como resultado da avaliação intermediária, a OPAS reorientou sua cooperação técnica em HIV/DST para concentrar-se em quatro prioridades: otimização de tratamento, eliminação da transmissão materno-fetal de HIV e sífilis congênita, prevenção e atenção a populações chave e informação estratégica.

55. Para tanto, a OPAS organizou orientações sub-regionais para os países da América Latina e Caribe na implementação da plataforma Treatment 2.0, que busca maximizar a eficácia e efetividade do tratamento do HIV. A Organização realizou duas reuniões sub-regionais sobre o marco Treatment 2.0. A OPAS enviou missões de otimização a seis países: Bolívia, República Dominicana, Equador, El Salvador, Honduras, e Venezuela. Esses países começaram a executar as ações prioritárias, inclusive a migração voluntária dos pacientes a regimes preferenciais, melhoras nas projeções e na gestão da cadeia de suprimentos (com o apoio do Fundo Estratégico da OPAS), fortalecimento da participação comunitária, serviços descentralizados e acesso ampliado à testagem e aconselhamento em HIV.

56. Junto com o Fundo Global de Combate à Aids, à Tuberculose e à Malária, a OPAS ajudou os países a fortalecerem sua capacidade de compras e gestão da cadeia de suprimentos para reduzir o desabastecimento de medicamentos antirretrovirais e insumos de saúde relacionados. Uma nova plataforma regional para vigilância dos medicamentos antirretrovirais foi criada com apoio do Fundo Global e está sendo administrada pelo Fundo Estratégico da OPAS.

57. A Organização elaborou uma metodologia para validar o cumprimento das metas para eliminar a transmissão materno-fetal de HIV e sífilis congênita, que foi implementada em projetos-piloto no Chile e em Santa Lúcia. Um relatório de progresso de 2012 baseado nesta metodologia revelou que a cobertura regional do teste de HIV entre as mulheres grávidas havia aumentado de 29% em 2008 para aproximadamente 66% em 2011, a cobertura antirretroviral estimada para as mulheres grávidas soropositivas aumentou de 55% em 2008 para 70% em 2011, e os novos casos de infecção pelo HIV entre crianças tinham caído 24% na América Latina e 32% no Caribe entre 2009 e 2011. Seis países—República Dominicana, Guatemala, México, Nicarágua, Panamá, e Paraguai—tiveram menos de 50% de cobertura para os testes de HIV ou sífilis para as mulheres grávidas em 2011. A OPAS firmou parceria com os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) para ajudar alguns países, inclusive Bolívia e Trinidad e Tobago, a analisarem e revisarem seus algoritmos para exame de sífilis e introduzirem testes laboratoriais remotos.

58. A OPAS encabeçou o desenvolvimento de ferramentas para proporcionar o atendimento integral às pessoas transgênero e suas comunidades. Com base nas experiências geradas nesta área, a Organização contribuiu a um diálogo técnico para reenquadrar a transgeneridade na nova Classificação Internacional de Doenças (CID). Também facilitou a capacitação em atenção para os membros de populações chave no Brasil e nos países do Cone Sul e, em um esforço de colaboração com a ONU Mulheres, desenvolveu um pacote de treinamento sobre a integração do gênero e dos direitos humanos nos serviços de saúde sexual e reprodutiva e HIV para profissionais da saúde. Também durante o período coberto por este relatório, a Assembleia Nacional da Nicarágua aprovou uma nova lei que garante os direitos das pessoas com HIV, que a OPAS apoiou ao trabalhar com a Comissão de Saúde da assembleia e fornecer assessoria especializada à consulta nacional.

59. Até 2012–2013, a Região das Américas já havia conseguido e ultrapassado as metas globais da Parceria STOP TB de reduzir casos de tuberculose e mortes por tuberculose em 50% até 2015. De acordo com o relatório global de TB de 2012 da OMS, as Américas apresentaram a taxa anual de diminuição na incidência de TB mais elevada dentre todas as regiões da OMS: 4%. Contudo, a tuberculose com farmacorresistência múltipla (TB-FRM) e a coinfeção TB/HIV permanecem grandes desafios para a Região.

60. Durante 2012–2013, 21 países estavam implementando programas nacionais para tratamento de casos de TB-FRM conforme recomendações da OPAS, 20 países introduziram novas tecnologias para o diagnóstico da TB (GenXpert e ensaios moleculares do tipo *line probe assay*, LiPAs) e 13 países adotaram métodos especiais para controle da tuberculose nas populações indígenas.

61. Em parceria com a USAID, a OPAS apoiou a implementação de uma estrutura especial para o controle da tuberculose nas grandes cidades em três cidades-piloto: Bogotá, Colômbia; Guarulhos, Brasil; e Lima, Peru. O Suriname adotou um novo Plano Nacional Estratégico para Controle da Tuberculose, e um novo Centro de Excelência regional para Tuberculose foi estabelecido em El Salvador para treinar novos funcionários dos programas antituberculose a implementar a Estratégia STOP TB.

62. A OPAS elaborou uma estratégia integral regional em hepatites virais para as Américas. Dezesete países expressaram apoio à estratégia, e Argentina, Brasil, Colômbia, Jamaica e Peru começaram a executar atividades específicas alinhadas com ele.

Doenças negligenciadas, tropicais e transmitidas por vetores

63. Durante o período coberto por este relatório, a malária permaneceu endêmica em 21 Estados Membros da OPAS, mas 12 países já alcançaram a meta dos ODM para a malária, com redução superior a 75% no número de casos desde 2000. Vários países estavam avançando além do controle e em direção à eliminação. Em 2012–2013, Costa

Rica e Equador se juntaram à Argentina, El Salvador, México e Paraguai na fase pré-eliminação, ao reduzir os casos a menos de 5 por 1.000 habitantes e dar início a planos de eliminação nacionais. Guatemala e Nicarágua permaneceram na fase de controle mas reorientaram seus Programas Nacionais de Combate à Malária em direção a ações para a pré-eliminação. Guiana e Haiti atualizaram seus planos estratégicos contra a malária, e a Guiana também tomou medidas para fortalecer seu sistema de vigilância de malária e melhorar sua capacidade de resposta rápida. Os países do Escudo das Guianas—Brasil, Guiana, Guiana Francesa e Suriname—fortaleceram a coordenação fronteiriça dos seus esforços de controle da malária.

64. Melhoras contínuas na farmacovigilância da malária ajudaram os países a monitorarem melhor o desenvolvimento de resistência aos medicamentos antimaláricos. A vigilância antimalárica de rotina no Suriname detectou uma possível perda de sensibilidade aos antimaláricos de primeira linha. Outros avanços em 2012–2013 incluíram o lançamento de uma nova Agenda Regional de Pesquisas em Malária e compras de medicamentos antimaláricos e insumos através do Fundo Estratégico da OPAS por 12 países. Além disso, a OPAS reconheceu e promoveu “boas práticas” em malária do Brasil, Equador, e Paraguai através de seu concurso Campeões da Luta contra a Malária, prestigiando os ganhadores no Dia da Malária nas Américas de 2012.

65. Durante 2012–2013, Aruba, Bonaire, Curaçao, Jamaica, Sint Eustatius e Sint Maarten elaboraram novas estratégias para a gestão integrada da prevenção e controle da dengue, e El Salvador aumentou sua verba para a implementação de sua estratégia existente, que enfoca uma ampla ação intersetorial. Bolívia e Chile conseguiram melhoras no desempenho de seus programas de combate à dengue. A introdução progressiva da nova classificação da dengue da OMS em sete países—Bolívia, República Dominicana, Guatemala, Honduras, México, Panamá e Paraguai—melhorou o atendimento aos pacientes mediante aumento na detecção de casos potencialmente graves.

66. Os países continuaram seus esforços para combater as doenças infecciosas negligenciadas, alcançando vários marcos importantes durante o período deste relatório. Belize foi certificado em novembro de 2012 como livre da transmissão da doença de Chagas pelo seu principal vetor, *Triatoma dimidiata*. A Bolívia foi certificada pela interrupção da transmissão pelo *Triatoma infestans*, seu principal vetor de Chagas, nos 21 municípios do departamento de La Paz. A Argentina eliminou seu principal vetor em várias zonas endêmicas e o Paraguai o eliminou no departamento de Alto Paraguai.

Colômbia se torna o primeiro país a eliminar a oncocercose

Em 2013, a OMS certificou oficialmente a Colômbia como país livre da transmissão da oncocercose, ou cegueira dos rios, fazendo dela o primeiro país no mundo a eliminar a doença. Este avanço seguiu-se a 16 anos de esforços do país para controlar a oncocercose em uma remota comunidade do sudoeste do Pacífico através do uso do medicamento antiparasitário ivermectina, da vigilância epidemiológica e da educação da comunidade. O esforço foi liderado pelo Instituto Nacional de Saúde da Colômbia com o apoio do Ministério da Saúde e Proteção Social, da OPAS, do Carter Center Onchocerciasis Elimination Program of the Americas (OEPA), e do Programa de Doação de Mectizan dos Laboratórios Merck.

67. Além da conquista da Colômbia, os esforços para a eliminação da oncocercose avançaram em 13 áreas de outros cinco países—Brasil, Equador, Guatemala, México e Venezuela. O Equador está no processo de comprovação; Guatemala e México podem ser comprovados como livres de oncocercose em 2015. A Venezuela interrompeu a transmissão em duas de suas zonas focais, embora em duas zonas restantes na região dos ianomâmis (que estende-se ao Brasil), a eliminação tenha se mostrado mais difícil devido à sua distância e à grande mobilidade de sua população principalmente nômade.

68. Sete países lançaram novos planos de ação nacionais para o controle e eliminação das doenças infecciosas negligenciadas: Brasil, Colômbia, El Salvador, Guatemala, Guiana, Honduras e Suriname. Dezoito países desenvolveram planos de ação para controle de geohelmintos, enquanto Honduras e Paraguai lançaram campanhas em massa contra as helmintíases. O Brasil implementou uma campanha para tratamento das doenças transmitidas pelos geohelmintos e para a detecção e tratamento precoce da hanseníase, dirigida a 7 milhões de crianças em idade escolar, com esforços especiais concentrados na detecção do tracoma em grupos de crianças de alto risco. O Haiti tratou quase 8 milhões de pessoas com filariose linfática durante 2012, o que representa cerca de 60% da população total em risco de ter esta doença nas Américas.

Regulamento Sanitário Internacional, alerta e resposta ante epidemias e doenças transmitidas pela água

69. Como Ponto de Contato da OMS para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) nas Américas, a OPAS contribuiu para a detecção e abordagem de mais de 100 eventos com potencial importância para a saúde pública internacional de meados de 2012 a meados de 2013. Como parte do processo de gestão de risco, a comprovação dos eventos (quando aplicável) foi obtida dentro da janela de 48 horas estipulada pelo RSI, e todos os casos foram avaliados conjuntamente com Estados Partes. A informação e orientação correspondentes a esses eventos de saúde pública foi difundida por meio de 22 alertas epidemiológicos e 67 relatórios. Além disso, a OPAS prestou apoio à resposta a surtos, inclusive com mobilização de peritos internacionais às Bahamas, Barbados, Belize

e Peru para surtos de dengue, micro-organismos produtores de *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase, *Acinetobacter baumannii* e *Enterobacter cloacae*. A OPAS também apoiou o Chile em sua resposta a um aumento excessivo dos casos da doença meningocócica causada pela *N. meningitidis* W135.

70. Seis dos 35 Estados Partes do RSI nas Américas—Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica e os Estados Unidos—determinaram que as suas capacidades centrais de vigilância e resposta, inclusive em pontos de entrada designados, estavam implementadas até o prazo de junho de 2012 estabelecido no RSI. Os outros 29 Estados Partes obtiveram uma extensão de dois anos, até junho de 2014. A OPAS prestou apoio aos esforços desses países para melhorarem suas capacidades centrais através da implementação dos Planos de Ação Nacionais para Extensão do RSI 2012–2014.

71. Os relatórios anuais dos Estados Partes do RSI apresentados à 66ª Assembleia Mundial da Saúde revelaram considerável heterogeneidade no estado das capacidades centrais dos países das Américas. Em comparação com o ano anterior, foram constatados avanços nas capacidades relacionadas a pontos de entrada designados, laboratórios, gestão de eventos relacionados com riscos zoonóticos e de segurança dos alimentos e vigilância. Os pontos fracos mais críticos estavam relacionados com as capacidades de administração de eventos associados aos riscos químicos e de radiação. Para acelerar a capacitação, a OPAS, em parceria com a AIEA, organizou duas oficinas para os países da Comunidade do Caribe (CARICOM) em 2012 e uma oficina para os países do Sistema de Integração Centro-Americana (SICA) em 2013.

72. Embora a propagação do cólera na ilha Hispaniola tenha desacelerado em comparação com os estágios iniciais da epidemia, Haiti e República Dominicana continuaram combatendo a doença em 2012–2013. De meados de 2012 a meados de 2013¹, o Haiti notificou 103.046 novos casos de cólera, com 850 mortes, enquanto a República Dominicana notificou 5.220 novos casos e 52 mortes.

¹ Da semana epidemiológica 23 de 2012 à semana epidemiológica 23 de 2013.

Coalizão Regional para Eliminação do Cólera na Ilha Hispaniola

Um desdobramento importante foi a criação em junho de 2012 da Coalizão Regional de Água e Saneamento para Eliminação do Cólera na Ilha Hispaniola pela OPAS, em parceria com o UNICEF, os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), a Agência Espanhola de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (AECID) e a Associação Interamericana de Engenharia Sanitária (AIDIS). Lançada no 33º Congresso da AIDIS em Salvador, Bahia, a coalizão foi uma resposta ao “chamado à ação” emitido em janeiro de 2012 pelos governos do Haiti e da República Dominicana à comunidade internacional para captar os recursos para apoiar grandes novos investimentos em água e saneamento para possibilitar a eliminação do cólera.

No final de 2012, com o apoio técnico da Coalizão Regional, tanto o Haiti como a República Dominicana elaboraram planos de ação nacionais detalhados para eliminar o cólera até 2022. O plano do Haiti requer \$2,2 bilhões de investimentos ao longo de 10 anos, inclusive \$443,7 milhões nos dois primeiros anos. O plano da República Dominicana requer \$77 milhões de investimentos ao longo de 10 anos, inclusive \$33 milhões nos dois primeiros anos.

Em meados de 2013, a Coalizão Regional havia crescido até 20 membros, havia conseguido mais de \$200 milhões em promessas de contribuição (incluindo \$29,1 milhões em novos fundos) e estava trabalhando para ajudar a captar os recursos adicionais necessários para financiar plenamente os planos para a eliminação do cólera.

73. A vigilância da gripe continuou a melhorar nos países das Américas durante 2012–2013. Com a implementação do Sistema de Vigilância da Doença Respiratória Aguda Grave (DRAG), em junho de 2013, 62 hospitais em 13 países estavam notificando dados semanais usando os indicadores internacionalmente aceitos.

74. Além disso, 27 centros de gripe nacionais em toda a Região estavam compilando, analisando e difundindo dados virológicos semanais para vigilância dos vírus sazonais da gripe e vírus com potencial pandêmico e contribuir para a seleção global de cepas para vacina. Para integrar os dados laboratoriais e epidemiológicos nos países, a OPAS elaborou um sistema de informação, PAHOFlu, que foi instalado em 14 hospitais e nove laboratórios na Bolívia e no Chile, com planos de ampliar o sistema a outros países da região.

75. Em meados de 2013, 20 dos países da Região estavam participando de um sistema de vigilância da resistência antimicrobiana com base em dados atuais dos laboratórios microbiológicos. Cinco países—Barbados, Equador, Guatemala, Panamá e Paraguai—fortaleceram sua capacidade de identificar, investigar e responder a surtos nosocomiais.

76. A difusão de normas microbiológicas contribuiu para a padronização e consensualização dos procedimentos para a Rede Regional de Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos. Dentre os novos agentes patogênicos sendo vigiados por

laboratórios da saúde pública nacionais está a *Neisseria gonorrhoeae*, que tem desenvolvido resistência a antibióticos cefalosporínicos de terceira geração.

77. Como parte do seu trabalho para fortalecer a capacidade laboratorial, a OPAS ajudou 18 centros de informação e laboratórios nacionais a melhorarem sua capacidade de realizar PCR em tempo real e imunofluorescência para a gripe e outros vírus respiratórios e forneceu insumos essenciais para o diagnóstico laboratorial da meningite e pneumonia bacteriana em 14 países e no CAREC.

78. A Organização facilitou a inspeção de laboratórios no Brasil (Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde), Colômbia (Instituto Nacional para Vigilância de Alimentos e Medicamentos) e México (Comissão para Controle Analítico e Expansão de Cobertura). Em setembro de 2012, a 10ª fase do Programa de Controle de Qualidade Externo da OPAS dos laboratórios oficiais responsáveis pelo controle de qualidade dos medicamentos foi realizada em 23 países, com ênfase nos comprimidos de pirazinamida para o tratamento da tuberculose.

79. A OPAS desenvolveu um guia com base no Processo em Etapas de Aprimoramento para fortalecer os sistemas de laboratórios de gestão de qualidade no Caribe, em consulta com os peritos de saúde de 22 países e territórios. Profissionais de 31 países foram treinados na gestão de risco biológico e foram certificados em transporte seguro de amostras infecciosas.

Saúde pública veterinária e segurança dos alimentos

80. Através de seu Centro Pan-Americano em Febre Aftosa (PANAFTOSA), a OPAS forneceu cooperação técnica em saúde pública veterinária e segurança dos alimentos, concentrando-se na eliminação da febre aftosa e da raiva humana enquanto trabalhava também para fortalecer as capacidades nacionais para reduzir os riscos de zoonoses e doenças transmitidas pelos alimentos.

81. Durante o período deste relatório, a Região das Américas não registrou surtos de febre aftosa, cumprindo com os compromissos do Programa Continental para a Erradicação da Febre Aftosa. No âmbito nacional, o Peru foi declarado livre de febre aftosa em maio de 2012, o Equador permaneceu livre de surtos pelo segundo ano consecutivo e a Bolívia ampliou a área livre de doença a 40% de seu território. O Paraguai estava em vias de ser certificado como livre da febre aftosa com vacinação.

82. Sete países—Brasil, Chile, Colômbia, República Dominicana, Equador, Haiti, e Peru—fortaleceram seus laboratórios para diagnóstico da raiva através do treinamento e do estabelecimento de uma nova Rede de Laboratórios para Diagnóstico de Raiva na América Latina e Caribe. Haiti e República Dominicana atualizaram seus programas para controle da raiva canina.

83. Uma nova Estratégia Regional de Inocuidade dos Alimentos para 2013–2017 foi endossada pela Comissão Pan-Americana de Inocuidade dos Alimentos (COPAIA 6) e por 15 países durante a Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura de 2012 (RIMSA 16). Cinco países—Bolívia, Panamá, Peru, Uruguai e Venezuela—fortaleceram sua capacidade laboratorial de análise dos agentes patogênicos transmitidos pelos alimentos. Além disso, um projeto Sul–Sul de cooperação entre Brasil, Colômbia e Cabo Verde e um esforço Sul–Norte entre o Canadá e países do Caribe foram ampliados de modo a incluir o fortalecimento da inocuidade dos alimentos além da capacitação para avaliar os riscos microbiológicos e químicos.

Informações e análises em saúde

84. A OPAS publicou a mais recente edição de sua principal publicação *Saúde nas Américas, edição de 2012*, durante o período de notificação. Este relatório abrangente, publicado a cada cinco anos, fornece dados e análises a nível regional e nacional essenciais e acessíveis para autoridades sanitárias, formuladores de políticas, pesquisadores, acadêmicos, outros analistas e para o público em geral.

85. No âmbito nacional, durante 2012–2013, Antígua e Barbuda, Bahamas, Haiti e Jamaica desenvolveram novas políticas e planos de ação para seus sistemas de informação em saúde de modo a melhorar a qualidade de seus dados de vigilância. República Dominicana, Equador e El Salvador começaram a usar o sistema online de vigilância epidemiológica ViEpi, e a Jamaica instalou um sistema integrado de vigilância para as doenças que podem ser prevenidas pela vacinação. Além disso, 13 países fortaleceram sua capacidade de guiar a formulação de prioridades e a tomada de decisão no setor da saúde, elaborando folhetos de “Indicadores Básicos” nacionais.

86. Em 2012, 17 de 25 países alcançaram a meta acordada para notificação de estatísticas nacionais de nascimentos. Além disso, 11 de 25 países alcançaram a meta de notificação de estatísticas nacionais de mortalidade.²

87. Vinte e cinco facilitadores de Bolívia, Equador, Paraguai e Peru e 100 codificadores de El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua receberam capacitação na Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição (CID-10). Bolívia e Equador forneceram capacitação em CID-10 a cerca de 200 técnicos de saúde através de cursos estaduais. Oito países—Argentina, Chile, Costa Rica, Equador, Guatemala, Paraguai, Uruguai e Venezuela—começaram a usar um sistema eletrônico para codificação da mortalidade segundo a CID-10, fornecido pelo México.

² Metas para 2005 a 2013: países com >90% de cobertura devem, no mínimo, mantê-la; países com 80-90% devem alcançar no mínimo 90%; países com 61-79% devem melhorar a cobertura em, no mínimo, 10%; e países com ≤60% devem melhorar a cobertura em, no mínimo, 20%. (Plano de Ação Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde, CD48/9 [2008])

Família, Gênero e Curso de Vida

88. A OPAS reconhece a função central da família e comunidade ao promover e proteger a saúde como um valor social e um direito humano e utiliza um enfoque do ciclo de vida, abordando as necessidades específicas de cada grupo populacional. A cooperação técnica nesta área busca promover a saúde, a nutrição e o desenvolvimento integral das crianças desde a primeira infância até o fim adolescência e proteger as conquistas em imunização enquanto amplia o acesso a seus benefícios. Uma prioridade central deste trabalho durante o período coberto por este relatório foi acelerar as reduções da mortalidade materna e neonatal.

Imunização

89. Os países das Américas mantiveram sua posição de liderança na introdução de novas vacinas apoiada por evidências apropriadas. Até junho de 2013, 17 países e territórios haviam introduzido a vacina contra o rotavírus nos seus programas nacionais de vacinação, protegendo 86% de todas as crianças menores de 1 ano na Região. Vinte e um países e cinco territórios incluíram a vacina antipneumocócica nos seus esquemas de vacinação de rotina, o que corresponde a uma cobertura de 81% das crianças menores de 1 ano. Além disso, sete países introduziram a vacina contra o papilomavírus humano (HPV), cobrindo 51% de todas as meninas na faixa etária dos 10-14 anos nas Américas.

90. Outras introduções de novas vacinas durante 2012–2013 incluíram a vacina pentavalente no Haiti; a vacina pneumocócica conjugada na Argentina, nas Bahamas, na Guatemala, no Paraguai e em Trinidad e Tobago; a vacina contra a poliomielite inativada no Brasil, a vacina contra a gripe sazonal em Dominica e as vacinas contra catapora e hepatite A no Paraguai. Vários países também conseguiram avanços na ampliação da cobertura de imunização durante 2012–2013.

91. A cooperação técnica da OPAS para apoiar essas conquistas concentrou-se na capacitação para o seguimento e vigilância rápidos da cobertura vacinal e análise dos dados sobre as doenças que podem ser prevenidas pela vacinação. Além disso, a iniciativa ProVac da OPAS ajudou os países a desenvolverem a capacidade de tomar decisões com base científica sobre a introdução de novas vacinas.

Fundo Rotativo da OPAS

O Fundo Rotativo para Compra de Vacinas da OPAS apoiou os avanços em imunização durante o período de notificação ao fornecer linhas de crédito e realizar compras em atacado em prol dos países membros para assegurar uma provisão contínua de vacinas e seringas de alta qualidade para os programas nacionais de vacinação. Em meados de 2013, 39 países e territórios estavam participando do Fundo Rotativo, o que se traduz em mais de \$518 milhões em vacinas adquiridas para a Região durante 2012—6,5 vezes o montante comprado em 2000.

92. A OPAS prestou importante apoio para ajudar a manter a eliminação da poliomielite, sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, inclusive com o desenvolvimento de um plano regional de ação para fortalecer a capacidade de resposta rápida nos países. Como parte desses esforços, cinco países—Argentina, Bolívia, Colômbia, Equador e Haiti—receberam apoio da OPAS para reforçar a vigilância e resposta aos surtos.

93. Em abril de 2013, a OPAS celebrou a 11ª Semana Anual de Vacinação nas Américas, a maior iniciativa regional de saúde das Américas. Quarenta e quatro países e territórios participaram da ação, que estendeu-se a mais de 44 milhões de pessoas. Todas as regiões da OMS também participaram da segunda Semana Mundial de Imunização.

Saúde materno-infantil e saúde do adolescente

94. Ao longo de 2012–2013, a OPAS apoiou os esforços dos países em reduzir a mortalidade materno-infantil através da cobertura ampliada do atendimento pré-natal e da atenção qualificada ao parto, acesso a e uso dos contraceptivos, e diretrizes e treinamento para melhorar o atendimento obstétrico e pediátrico. Estas e outras intervenções estiveram de acordo com o Plano de Ação Regional para Acelerar a Redução de Mortalidade Materna e Morbidade Grave (CD51/12 [2011]) e a Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Saúde do Recém-nascido no Contexto do Processo Contínuo da Atenção à Mãe, ao Recém-nascido e à Criança de 2008 (CD48/7 [2008]), para o quais uma avaliação intermediária foi completada.

95. Países incluindo Argentina, Colômbia, Dominica, República Dominicana, Haiti e Paraguai elaboraram ou avançaram em direção à implementação de programas nacionais para reduzir a mortalidade neonatal e melhorar a saúde materna, com o apoio da OPAS. A Guiana implementou um programa de atenção ao recém-nascido em seu principal hospital que diminuiu significativamente a mortalidade neonatal nesta instituição. A Guatemala adaptou e implementou a estratégia Código Vermelho para controle da hemorragia obstétrica, e o Brasil lançou a nova Rede Cegonha, que utiliza comissões de especialistas e mobilização social para reduzir a mortalidade materna e neonatal.

96. Em um trabalho de colaboração com o Texas Children's Hospital, um Centro Colaborador da OPAS/OMS, o Hospital San Juan de Dios no Departamento de San Miguel, em El Salvador, e o Hospital da Criança do Panamá tornaram-se centros de referência em treinamento para a classificação, avaliação e tratamento de emergências pediátricas.

97. Durante 2012–2013, o Sistema de Informação Perinatal do CLAP (SIP) foi usado como o padrão nacional em nove países e estava sendo implementado como o padrão nacional em outros seis: Bahamas, Belize, Colômbia, Costa Rica, Guiana e México. Em um projeto de cooperação técnica entre países (CTP), El Salvador, Honduras, Nicarágua e Panamá fortaleceram o seu uso do SIP para produzir informação melhor e mais completa, particularmente na área de transmissão materno-fetal do HIV e sífilis. Além disso, uma metodologia para validar o cumprimento das metas para eliminar a transmissão materno-fetal de HIV e sífilis congênita foi desenvolvida e submetida a um teste piloto no Chile e em Santa Lúcia.

98. Com apoio da OPAS e do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a América Latina e Caribe (GNUD-ALC), seis países—Bolívia, Brasil, Guatemala, Honduras, México e Peru—elaboraram um guia para implementação do marco Informação e Responsabilidade em Saúde da Mulher e Infantil para notificação, supervisão e responsabilidade em saúde da mulher e infantil. Esses guias serão apresentados à OMS para financiamento de atividades de execução prioritária e espera que ajudem a orientar a alocação dos recursos futuros de outras fontes.

99. A OPAS apoiou os esforços dos Estados Membros para abordar os múltiplos desafios de saúde enfrentados pelos adolescentes e jovens nas Américas. Estes incluem taxas de fecundidade altas, abuso de substâncias, violência, e a tendência crescente para o sedentarismo e sobrepeso/obesidade. Jovens de baixa renda, de populações fronteiriças e de minorias étnicas são afetados desproporcionalmente por muitos desses problemas, e a OPAS se concentrou tanto em pesquisa como em intervenção nesses grupos. A Organização também apoiou os países membros nas áreas de prevenção de risco e promoção de comportamentos saudáveis no âmbito individual, familiar e da comunidade.

100. Até 2013, 28 países haviam estabelecido Programas de Saúde dos Adolescentes nacionais e estavam avançando com sua execução em regiões e departamentos. A OPAS apoiou esses esforços, com ênfase na abordagem de curso de vida, gênero e direitos humanos e nas populações vulneráveis e em risco. Áreas chave de trabalho incluíram a prevenção da violência por motivo de gênero, os serviços integrais de saúde sexual e reprodutiva e a prevenção da gravidez em adolescentes e do HIV/AIDS.

101. A OPAS colaborou com uma iniciativa apoiada pelo Governo da Noruega para melhorar a saúde do adolescente em países como República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Panamá. Seis destes países elaboraram

estratégias durante 2012–2013 para adaptar as políticas de saúde às necessidades de saúde e de desenvolvimento dos adolescentes, com base em intervenções e serviços recomendados pela Estratégia Gestão Integrada das Necessidades dos Adolescentes (IMAN). Bolívia, Colômbia, Equador e Peru implementaram o Programa Fortalecendo Famílias—apoiado pela OPAS, pela União Europeia e pelo PRADICAN (Programa contra as Drogas Ilícitas na Comunidade Andina)—para reduzir comportamentos de risco entre adolescentes e fortalecer a comunicação entre pais e adolescentes.

102. Com suporte técnico e financeiro da OPAS e dos CDC dos Estados Unidos, os países do Caribe Oriental realizaram a Pesquisa de Saúde do Caribe, cujos resultados revelaram o uso de drogas ilícitas, a violência, a gravidez de adolescentes e a obesidade/sedentarismo como as grandes questões de saúde enfrentadas pelos adolescentes da sub-região. Com base nos resultados da pesquisa, Barbados, São Kitts e Nevis e São Vicente e Granadinas elaboraram políticas de saúde do adolescente de acordo com a Estratégia Regional da OPAS para Melhorar a Saúde do Adolescente e da Juventude (CD48/8 [2008]).

Nutrição

103. A OPAS apoiou a formulação e implementação de planos estratégicos nacionais em nutrição em vários países da Região. Na área da nutrição dos lactantes e crianças pequenas, a Organização ajudou os países a implementar, regulamentar e monitorar o Código da Comercialização de Sucedâneos de Leite Materno. Este trabalho contribuiu para aprovação de legislação pelo congresso de El Salvador, ao decreto de uma política de amamentação pelo Secretário de Saúde do México e a uma regulamentação para implementar legislação sobre o código de leite materno assinado pelo presidente do Panamá. A OPAS apoiou o envio de equipes do Chile e México ao Brasil para observar seu programa bem-sucedido de apoio à amamentação e armazenamento de leite materno. Uma ferramenta para promover a programação em amamentação e alimentação complementar, o ProPAN (Processo para a Promoção da Alimentação Infantil), foi finalizada e amplamente distribuída em reuniões presenciais e webinars.

104. Na América Central, República Dominicana e Paraguai, a OPAS apoiou esforços para prevenir a desnutrição crônica e desenvolver normas e regulamentações para suplementação de micronutrientes e fortificação de alimentos. A Organização também trabalhou com os países para formular pautas para a publicidade de alimentos dirigida às crianças.

Saúde bucal

105. A cooperação técnica em saúde bucal da OPAS durante o período incluiu apoio a uma pesquisa sobre o estado de saúde bucal e dental de crianças em idade escolar e Barbados, usando o protocolo de 1987 da OMS e o componente de saúde bucal do

Levantamento Canadense de Indicadores de Saúde de 2010 da Health Canada. O estudo encontrou cáries dentais em 55% dos barbadenses com 6 anos de idade, 43% das crianças de 12 anos, e 58% dos adolescentes de 15 anos. Esses resultados se compararam desfavoravelmente com os valores de 2001 (37%, 37% e 45%, respectivamente).

106. A OPAS também apoiou o lançamento do Plano Estratégico para a Saúde Bucal 2013–2022 no Haiti, a implementação sistemática de uma política de saúde bucal no Paraguai e a expansão da cobertura de água fluoretada e implementação da estratégia Comunidades Sem Cáries no Panamá.

107. Em 2013, a OPAS e a Colgate-Palmolive renovaram termos de cooperação que objetivam melhorar a saúde bucal das crianças e adolescentes residentes em comunidades remotas na Colômbia, Guatemala, Honduras, México e Peru. Esta colaboração se concentrará na capacitação e sensibilização a respeito dos fatores de risco associados às doenças bucais.

Envelhecimento

108. A OPAS seguiu apoiando os esforços dos Estados Membros em adaptarem suas políticas e sistemas de saúde para abordar as necessidades em processo de mudança de uma população que está envelhecendo rapidamente e promover ações de prevenção para manter os idosos saudáveis e ativos. Em 2013, 18 países haviam elaborado políticas, marcos legais e/ou planos nacionais sobre o envelhecimento e a saúde, e pelo menos cinco outros países estavam em vias de desenvolvê-los.

109. Mais de 200 gestores em saúde de 18 países da América Latina e 11 países e territórios do Caribe foram treinados em um programa de 10 meses de especialização em saúde pública e envelhecimento criado pela OPAS em parceria com outras organizações para melhorar a atenção primária à saúde do idoso. Além disso, a OPAS mediu um acordo entre o Centro Interamericano de Estudos de Seguridade Social e mais de 15 universidades na América Latina e Caribe para desenvolver um Consórcio de Saúde Pública e Envelhecimento que promoverá a causa do envelhecimento saudável como prioridade essencial de saúde pública. Atualmente, Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, México e Estados Unidos possuem representantes no consórcio.

Doenças não transmissíveis e saúde mental

110. Em setembro de 2012, a 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprovou a Estratégia Regional para Doenças Não Transmissíveis 2012–2025 (CSP28/9, Rev. 1). A estratégia é compatível com a estratégia e plano de ação global da OMS para as DNTs e inclui quatro linhas principais de ação: políticas e parcerias, fatores de risco e proteção, resposta pelo sistema de saúde e vigilância e pesquisa. Concentra-se nas quatro DNTs

com o maior ônus nas Américas (doença cardiovascular, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) e seus quatro principais fatores de risco (tabaco, alimentação inadequada, sedentarismo e uso prejudicial de álcool). A estratégia procura aumentar a visibilidade do impacto das DNTs no desenvolvimento e nas agendas econômicas dos países e promove um enfoque de toda a sociedade, inclusive os governos, o setor privado, a comunidade acadêmica e a sociedade civil. De acordo com a nova estratégia regional, 10 países—Antígua e Barbuda, Belize, Costa Rica, Dominica, Guiana, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Saint Kitts e Névis e Suriname—estabeleceram ou revisaram políticas, estratégias ou planos nacionais multissetoriais sobre DNTs durante 2012–2013.

111. No âmbito regional, a OPAS convocou o novo consórcio SaltSmart, que reúne peritos em saúde e nutrição dos governos, da sociedade civil e de universidades com representantes da indústria. Em 2013, o consórcio apoiou um plano plurianual para reduzir o consumo de sal na dieta das Américas pela metade até o ano 2020. O plano propõe uma série de compromissos e ações, inclusive campanhas para conscientizar o público sobre a importância da redução do consumo de sal e passos para reduzir o teor de sal dos alimentos industrializados.

Iniciativa Câncer em Mulheres

Em fevereiro de 2013, a OPAS lançou a Iniciativa Câncer em Mulheres, uma aliança de organizações públicas e privadas comprometidas a reduzir o câncer de mama e cervicouterino, os principais cânceres que afetam as mulheres na América Latina e no Caribe. A iniciativa realizará esforços conjuntos em áreas como a promoção da causa e divulgação; a capacitação para a detecção, diagnóstico, tratamento e atenção; o melhoramento do acesso aos serviços e tratamentos; a expansão da vacinação contra o papilomavírus humano (VPH); e a ampliação da pesquisa. Assim como o consórcio SaltSmart, a Iniciativa Câncer em Mulheres foi lançada no marco do Fórum Pan-Americano para Ação contra as DNTs (PAFNCD).

112. Vários países colocaram em prática programas novos ou melhorados para a atenção às DNTs nos seus serviços de saúde. Dominica, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas e Suriname lançaram programas para abordagem integrada às doenças crônicas centrada na atenção primária, enquanto Colômbia, Equador, Jamaica, México e Peru elaboraram programas novos especificamente para a prevenção e controle do câncer. Apoiando esses e programas semelhantes, a OPAS definiu um conjunto de medicamentos essenciais e a preços acessíveis para tratamento de DNTs que os Estados Membros poderiam comprar através do Fundo Estratégico da OPAS.

113. Argentina, Bolívia, El Salvador, Guatemala, Honduras e Jamaica fortaleceram seus programas nacionais de rastreamento do câncer do colo uterino através do treinamento dos profissionais da saúde, melhoramento da qualidade de exame, aumento

da cobertura de rastreamento e garantias de diagnóstico e tratamento para mulheres com resultados de exame anormais. Pelo menos 12 outros países melhoraram seus sistemas e procedimentos para registro de câncer.

114. Dezesesseis países implementaram o Passaporte de Cuidados Crônicos, um cartão para o paciente desenvolvido através da cooperação técnica da OPAS que promove a aderência à medicação, o autocuidado e a prevenção e facilita a coleta de dados sobre as DNTs. Mais de 1.500 profissionais da saúde e 500 pacientes em toda a Região cadastraram-se para realizar um curso online sobre autocuidado no diabetes oferecido através do Campus Virtual de Saúde Pública.

Legislação e regulamentação para enfrentar os fatores de risco para as DNTs

A OPAS apoiou esforços em vários países para enfrentar as DNTs e seus fatores de risco através de iniciativas legislativas e regulamentares. O Chile e a Bolívia foram dois dos vários países que sancionaram novas leis em cumprimento da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), enquanto a Bolívia estabeleceu uma comissão intersetorial para a implementação da CQCT. Antígua e Barbuda, Bolívia, Dominica, Granada, Guiana, Peru, Santa Lúcia, São Cristóvão e Nevis e São Vicente e Granadinas estavam com propostas de lei para a implementação da CQCT em andamento em meados de 2013.

Para confrontar o problema crescente do sobrepeso e da obesidade tanto em crianças como em adultos, países incluindo Brasil, Chile, Equador e Peru aprovaram leis para regulamentar a publicidade, promoção e rotulagem dos alimentos industrializados, inclusive com restrições às ações de publicidade dirigidas a crianças. Chile, Costa Rica, Equador, México, Peru e Uruguai adotaram ou implementaram novas normas ou diretrizes para a promoção da merenda escolar saudável, e o Brasil firmou um convênio com a Federação Nacional das Escolas Particulares para tal finalidade. No México, a OPAS ajudou a defender novos impostos sobre as bebidas adoçadas com açúcar.

Também durante este período, o Paraguai aprovou novas regulamentações para reduzir o conteúdo de sal dos pães industrializados.

115. Na área das incapacidades e da reabilitação, a Organização ajudou os países andinos a elaborarem uma política comum sobre a atenção aos portadores de incapacidades. A implementação começou na Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela nas áreas de desenvolvimento e fortalecimento de redes para serviços integrados de reabilitação; uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS (CIF); e intervenções para proteção social dos portadores de incapacidades.

116. Sete países—Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Paraguai, e Venezuela—começaram a implementar a estratégia de Reabilitação na Comunidade da

OPAS, e foram atualizados os dados de referência sobre a situação das pessoas com incapacidades em nove países: Argentina, Brasil, Chile, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

Saúde mental

117. Os países em toda a Região obtiveram avanços na implementação do Programa de Ação da Lacuna em Saúde Mental da OMS (mhGAP). Este Programa promove a expansão dos serviços para os transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias. Durante o período de notificação, 18 países e territórios na Região estavam usando o mhGAP para integrar a saúde mental nos serviços de saúde primários ou elaborando planos para tanto.

118. Durante 2012–2013, vários países e territórios completaram ou avançaram na elaboração de políticas e legislação de saúde mental. Anguila, Antígua e Barbuda, Barbados, Costa Rica, Ilhas Virgens Britânicas, Panamá, Suriname e Venezuela elaboraram políticas de saúde novas ou atualizaram seus planos existentes nacionais de saúde mental. A Argentina promulgou regulamentos relacionados com sua Lei de Saúde Mental, que protege os direitos dos portadores de transtornos mentais, enquanto a Jamaica e as Ilhas Virgens Britânicas realizaram análises de legislação em saúde mental.

119. Profissionais de Anguila, Antígua e Barbuda e Jamaica receberam treinamento em primeiros socorros psicológicos (PFA) em desastres e emergências, e redigiram componentes de saúde mental e psicossocial para seus planos nacionais de desastres de saúde. Bahamas, Suriname e Trinidad e Tobago também ministraram treinamentos sobre a saúde mental nos desastres e PFA.

120. A OPAS publicou o Relatório Regional sobre a Avaliação dos Sistemas de Saúde Mental na América Latina e no Caribe, que avalia 34 países e territórios. O relatório contém um ponto de comparação para avaliação futura do progresso em reforma da saúde mental.

121. O uso prejudicial de álcool é um fator de risco crítico para saúde mental e outras DNTs, assim como para lesões e problemas reprodutivos. Nesse contexto, a OPAS apoiou uma reunião da Rede Pan-americana em Álcool e Saúde Pública em 2012, na qual representantes de 30 países geraram recomendações para a implementação o Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial de Álcool de 2011. Em 2013, a OPAS lançou vários cursos virtuais nesta área, inclusive um curso sobre o rastreamento do alcoolismo e intervenções breves para profissionais de saúde e cursos em saúde pública e álcool e políticas sobre drogas para formuladores de políticas em saúde. A Organização também trabalhou ao longo de 2012–2013 para fortalecer a implantação do Plano de Ação para o uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública de 2011, prestando cooperação técnica aos ministérios da saúde em coordenação com outros setores.

Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental

122. A OPAS trabalhou para fortalecer as capacidades dos países membros de abordar temas de saúde ambiental e determinantes sociais da saúde através do trabalho intersetorial e promoção da “saúde em todas as políticas”. A OPAS participou de processos globais e regionais como a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20), o Congresso da Associação Interamericana de Engenharia Sanitária (AIDIS) e outras consultas para abordar essas questões.

123. Com o apoio da OPAS, os países da América Latina e Caribe promoveram com êxito as questões de saúde na Conferência Rio+20 em junho de 2012. As ferramentas da OPAS para a “Rio+20” e uma série de seminários, ainda em curso, forneceram informação e espaço para o debate sobre essas questões para os interessados diretos do setor da saúde. Em fevereiro de 2013, OPAS e AECID organizaram uma consulta em saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 em Antígua, Guatemala, com representantes da sociedade civil e prefeitos de municípios vulneráveis de 15 países. Além disso, a OPAS ajudou Santa Lúcia a se preparar para uma consulta nacional patrocinada pelo PNUD sobre a agenda pós-2015, uma de 50 tais consultas realizadas em todo o mundo. A OPAS também facilitou os preparativos para a 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde em Helsinque, em junho de 2013, através do desenvolvimento e difusão de ferramentas para “Saúde em Todas as Políticas.”

124. Para dar seguimento às recomendações da Declaração do Rio sobre os Determinantes Sociais de Saúde, Belize, República Dominicana e Trinidad e Tobago estabeleceram comitês intersetoriais durante o período de notificação. Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México e Peru fortaleceram seus comitês já existentes. Com apoio do Canadá e da OMS, uma análise resumindo as justificativas econômicas de outros setores para abordar os determinantes sociais de saúde foi realizada no México, documentada e finalizada. A OPAS ajudou Honduras e Peru a fortalecerem sua capacidade de medir e monitorar as disparidades de saúde dentro do marco dos determinantes sociais da saúde.

125. A OPAS trabalhou com países para aumentar a capacidade de realizar trabalho intersetorial, promover a causa da “saúde em todas as políticas” e promover a equidade na saúde. A Organização criou uma ferramenta para ajudar os países a documentar e sistematizar exemplos de trabalho intersetorial no âmbito nacional, estadual e local que exemplifiquem o enfoque da saúde em todas as políticas. Dezesesseis países usaram a ferramenta para elaborar seus próprios estudos de casos. Além disso, Brasil, Chile, El Salvador e México coletaram evidências que corroboram que o enfoque da saúde em todas as políticas tem efeitos importantes sobre a equidade na saúde.

126. A Organização facilitou a apresentação de vários estudos de casos regionais na 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde em Helsinque, em junho de 2013. Esses

estudos da caso incluíram as iniciativas Bolsa Família e Brasil sem Miséria, do Brasil; a experiência do Canadá em “equidade na saúde em todas as políticas”; a iniciativa “Escolha a Vida Saudável”, do Chile; o Plano Nacional do “Bem Viver”, do Equador; a Comissão Intersetorial de Saúde de El Salvador (CISALUD); e o Acordo Nacional do México para Saúde Nutricional – Estratégia contra a Obesidade.

127. Como parte do seu trabalho na promoção de ambientes saudáveis, a OPAS ajudou a desenvolver novas plataformas digitais que integram os websites e as mídias sociais da Rede Escolas Saudáveis, da International Ecoclubs Network e da Rede Ibero-americana de Universidades Saudáveis, com planos para desenvolver plataformas semelhantes para a Rede de Municípios e Comunidades Saudáveis. O Equador se tornou o primeiro país a estabelecer normas nacionais para a acreditação de mercados saudáveis, usando os conceitos propostos pela OPAS.

128. Também durante o período, o movimento Ciclovias cresceu até atingir 354 municípios, cidades, e bairros participantes nas Américas. Cerca de 240 dos programas mais novos estão no Peru, e são o resultado de novos incentivos para os municípios fornecidos pelo Ministério de Economia e Finanças.

Violência e segurança humana

129. Em colaboração com os CDC dos Estados Unidos, a OPAS publicou em 2012 *Violência contra a Mulher na América Latina e no Caribe: Uma Análise Comparativa dos Dados Populacionais de 12 Países*. Este é o primeiro relatório comparativo com dados nacionalmente representativos sobre violência contra a mulher na América Latina e no Caribe. Para facilitar as análises comparativas futuras, a OPAS apoiou um esforço por parte da Comunidade Andina de Nações para padronizar os indicadores para a violência baseada no gênero.

130. Juntamente com os Centros Colaboradores da OPAS/OMS, a OPAS apoiou esforços para elaborar planos nacionais para prevenção de violência e trauma em Trinidad e Tobago e para a prevenção da violência baseada no gênero na Guiana, enquanto ajudava a fortalecer a capacidade de prevenção primária de violência contra as mulheres na Bolívia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Paraguai e Peru. Na Guatemala, este trabalho incluiu a formulação de planos locais para a prevenção da violência e de criminalidade, inclusive a violência baseada no gênero, como parte do Programa Conjunto das Nações Unidas para a Prevenção de Conflitos e Construção da Paz, patrocinado pelo Fundo para o Alcance dos Objetivos do Milênio.

131. O escritório da OPAS para a fronteira Estados Unidos–México ajudou a pôr em prática um programa financiado pelo USAID em Ciudad Juarez, o Projeto de Prevenção da Violência e das Lesões (VIP Project), que se tornou um modelo para outras cidades e municípios no México. Como parte deste programa, a Organização ajudou a fortalecer o

Observatório para Segurança e Convivência Pacífica na Universidade Autônoma de Ciudad Juarez; capacitar profissionais da atenção primária e do serviço social, socorristas e organizações comunitárias e melhorar as habilidades de Gestão do Conhecimento e Comunicação da mídia e da comunidade.

132. A OPAS ministrou treinamento em coleta e análise de informação em prevenção da violência. Em meados de 2013, 24 países já haviam nomeado um ponto focal para fornecimento de dados para o Relatório da Situação Global sobre Prevenção da Violência da OMS. Com apoio do Centro Nacional para Prevenção e Controle de Lesões (NCIPC) dos CDS dos Estados Unidos, um Centro Colaborador da OPAS/OMS, a OPAS contribuiu para a avaliação e fortalecimento dos sistemas de vigilância em violência e lesões em países como Belize, Haiti e Trinidad e Tobago.

133. A OPAS apoiou o desenvolvimento e a implementação de componentes de saúde em projetos para melhorar a segurança humana no Brasil, Colômbia e Guatemala, com verbas do Fundo de Reserva das Nações Unidas para a Segurança Humana. Em 2012, a Organização lançou um Documento de Referência Técnica sobre as implicações da segurança humanas para a saúde pública, enquadrando um enfoque colaborativo à segurança humana que reúne diversas organizações e políticas para abordar as causas fundamentais das vulnerabilidades da população. Durante o período de notificação, estudos de casos de projetos realizados com base neste enfoque foram finalizados no Brasil, na Colômbia, na República Dominicana, na Guatemala, no México e no Peru.

Segurança química

134. Quatorze países das Américas participaram na terceira sessão da Conferência Internacional para a Gestão dos Produtos Químicos, realizada em Nairóbi, Quênia, em setembro de 2012. Como resultado desta participação, vários países apresentaram pedidos de recursos do Enfoque Estratégico para a Gestão dos Produtos Químicos a Nível Internacional (SAICM), uma estrutura de política para promoção da segurança química em todo o mundo.

135. Os Estados Membros também assumiram um papel ativo nos comitês de negociação intergovernamental para a redação da Convenção de Minamata sobre o Mercúrio, um tratado global juridicamente vinculante para prevenção das emissões e descargas químicas. Como resultado destas negociações, um artigo sobre a saúde foi incluído no texto final do tratado, que será aberto para a ratificação em uma reunião especial no Japão em outubro de 2013. Em um trabalho relacionado, a OPAS traduziu o documento de orientação técnica da OMS *Replacement of mercury thermometers and sphygmomanometers in health care (Substituição de termômetros e esfigmomanômetros de mercúrio na assistência à saúde)* para o idioma espanhol e o divulgou na Região das Américas.

Saúde do trabalhador e dos consumidores

136. Em dezembro de 2012, um “apelo em prol da ação em saúde e segurança do trabalhador no Caribe” foi aprovado e endossado pelos representantes de oito países e territórios do Caribe: Bahamas, Barbados, Belize, Granada, Jamaica, Saint Kitts e Névis, Santa Lúcia e Turks e Caicos. O documento prevê a criação de um Plano de Ação para Saúde e Segurança do Trabalhador no Caribe e clama por um enfoque intersetorial. Este esforço foi liderado pela OPAS em colaboração com as autoridades sanitárias e trabalhistas nacionais e com a St. George University em Granada (um Centro Colaborador da OPAS/OMS), com apoio do Departamento de Estado de Relações Exteriores, Comércio Exterior e Desenvolvimento (DFAIT) do Canadá e o Conselho de Seguro Nacional (NIB) das Bahamas, entre outros.

137. Juntamente com CAREX Canada e com os Centros Colaboradores da OPAS/OMS, a OPAS prestou apoio à capacitação em cânceres ocupacionais e na estimativa da exposição ocupacional a agentes carcinogênicos como parte de esforços para construir o CAREX regional, um sistema de informação com dados sobre a exposição a trabalhadores aos carcinógenos. Cinco países—Canadá, Colômbia, Costa Rica, Nicarágua e Panamá—participaram da construção das matrizes de exposições ocupacionais que foram usadas para aumentar a conscientização e capacitar 28 especialistas em saúde ocupacional da América Latina para usarem a metodologia.

138. Peritos em vigilância de saúde pública de 15 países foram mobilizados durante o período de notificação para participar da Rede Consumo Seguro e Saúde (RCSS), coordenada pela OPAS e pela Organização dos Estados Americanos (OEA). Eles receberam treinamento na gestão de sistemas de vigilância da segurança de produtos de consumo, oferecido conjuntamente com a Universitat Pompeu Fabra de Barcelona.

Segurança viária

139. No contexto da Década de Ação para a Segurança no Trânsito das Nações Unidas (2011–2020), vários países nas Américas desenvolveram, aprovaram ou implementaram novos planos e leis objetivando reduzir as mortes por acidentes de trânsito. Estes países incluem o Equador, que melhorou sua legislação sobre o risco de lesões causadas por acidentes de trânsito e fatores de proteção (a OPAS ajudou a desenvolver normas técnicas sobre o uso de capacetes protetores por motociclistas), assim como Dominica, Guiana e Uruguai. El Salvador ratificou uma nova Lei para o Fundo Nacional para as Vítimas dos Acidentes de Trânsito (FONAT), que prioriza o problema dos acidentes de trânsito e das mortes de trânsito como assunto de interesse público. Além disso, o México progrediu na implementação da Iniciativa Mexicana de Segurança Viária (IMESEVI) nos seus 31 estados. No final de 2012, o Brasil havia incorporado o projeto Vida no Trânsito, que enfoca o controle da velocidade e a redução do consumo de álcool ao volante, em todas as capitais estaduais e no Distrito Federal.

140. O Plano de Segurança Viária da Mesoamérica, desenvolvido com assistência da OPAS e da OMS, foi aprovado por unanimidade pelos ministros da saúde, infraestrutura e transporte de 10 países: Belize, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Panamá. Com base em um modelo global desenvolvido pelo Grupo de Segurança Viária das Nações Unidas, o plano fornece uma base para ação que pode ser contextualizada em diferentes culturas e por diferentes governos, negócios e instituições.

Água e saneamento

141. A OPAS trabalhou com os países para desenvolver e implementar estratégias e planos de água e saneamento (WATSAN). Estes países incluem Equador, El Salvador e Honduras, assim como a Nicarágua, que pôs em prática um programa concentrado na retirada do arsênico do suprimento de água nas comunidades rurais. Granada desenvolveu um Plano de Segurança de Água com base na metodologia elaborada pela OMS e a Associação Internacional de Água, enquanto a Colômbia, a Costa Rica e o Paraguai implementaram a metodologia no nível ministerial e localmente com parceiros locais.

142. Além disso, a OPAS apoiou uma avaliação da água, saneamento e higiene nas Bahamas e apoiou a implementação de parâmetros para o monitoramento da qualidade da água em Antígua e Barbuda. Em colaboração com o UNICEF, a OPAS facilitou a transferência de tecnologia do Haiti para a República Dominicana e a Colômbia para vigilância e monitoramento da qualidade da água usando o serviço de mensagens curtas (SMS), as vulgas mensagens de texto. Esta iniciativa fornecerá a base para o desenvolvimento de um guia regional sobre este assunto.

143. Em colaboração com o Instituto Internacional de Controle da Água (IWMI) e o Instituto Suíço de Saúde Tropical e Pública (TPH), a OPAS ajudou na identificação de cinco sítios de Recuperação e Reuso de Recursos em Lima, Peru, para dois projetos-piloto que gerarão evidências da aplicação dos Planos de Segurança de Saneamento (SSPs) para o próximo manual de SSP da OMS.

144. A OPAS desenvolveu novas ferramentas regionais de coordenação para gestão de risco em água, saneamento e higiene durante emergências. Estas incluem uma “lista de verificação de coordenação” e um “guia rápido” para estabelecer diferentes responsabilidades entre o Grupo Orgânico das Nações Unidas e uma nova Plataforma Virtual de Coordenação. Nove países—Belize, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Paraguai—incorporaram essas ferramentas em seus mecanismos de coordenação de água e saneamento com o apoio da OPAS. Um novo livro de texto do PALTEX, *Água e Saneamento: Novos Paradigmas*, foi lançado em Belo Horizonte durante a reunião da AIDIS.

145. A OPAS também promoveu a participação dos países e o seguimento da Análise e Avaliação Global de Saneamento e Água Potável de 2012 (GLAAS 2012), e os Estados Membros deram suas contribuições e feedback sobre as metas propostas para a água e saneamento na agenda de desenvolvimento pós-2015.

Prontidão e resposta a desastres

146. Depois das consultas extensas com países e outros interessados diretos, o programa de Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres da OPAS para 2012–2013 revisou seu enfoque estratégico para compreender três linhas principais de trabalho: melhoramento da capacidade dos Estados Membros para providenciar uma resposta oportuna e apropriada a desastres, emergências complexas e outras crises; melhoramento da capacidade dos sistemas nacionais de saúde para prontidão para situações de emergência e redução do risco de desastres; e aumento da eficácia da OPAS e do Grupo Orgânico de Saúde das Nações Unidas em termos de resposta aos desastres. A cooperação técnica compreendeu desde liderança e promoção de causa até treinamento, assessoramento técnico e fornecimento de software, manuais, ferramentas e equipamentos. Além disso, a OPAS coordenou a mobilização de peritos para ajudar na resposta do setor de saúde de vários países durante emergências.

147. Durante o período de notificação, 21 novas subvenções para redução de risco e resposta a desastres foram mobilizadas, com um montante total de cerca de \$10 milhões. Tais verbas custearam a resposta a desastres em nove países: Colômbia (pessoas deslocadas internamente), Cuba e República Dominicana (furacão Sandy), El Salvador (depressão tropical 12), Guatemala (terremoto de San Marcos), Haiti (furacão Sandy e cólera), Panamá (pessoas deslocadas internamente), Paraguai (enchentes) e Peru (dengue e enchentes). Também foram usados na redução do risco de desastres e preparativos em República Dominicana, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, Santa Lúcia, Suriname e Trinidad e Tobago e para a Região como um todo.

148. Em junho de 2012, a OPAS inaugurou seu novo Centro de Operações de Emergência (COE) em Washington, D.C., e adotou uma nova política e procedimentos para melhorar sua provisão de cooperação durante operações de respostas a emergências. O COE segue um modelo do Sistema de Administração de Incidentes com três níveis de ativação: nível 1, durante eventos de menor impacto para os quais a representação da OPAS no país possa prestar o apoio necessário, e nível 2 ou 3 durante desastres de maior impacto que requerem mobilização de níveis variáveis de suporte internacional.

149. A OPAS também aumentou sua capacidade de sobrecarga para resposta às emergências através do treinamento de membros existentes e novos da Equipe Regional de Resposta em Saúde. A equipe inclui peritos em vigilância epidemiológica, alerta e resposta, logística de emergência, água e saneamento, saúde mental e comunicação de

riscos, entre outras áreas. Os membros são mobilizados dentre os próprios funcionários da OPAS e das organizações parceiras, como ministérios da saúde e universidades.

150. Durante o período de notificação, os membros da Equipe Regional de Resposta em Saúde foram mobilizados para apoiar sete Estados Membros da OPAS durante desastres: Haiti (Furacão Isaac), Jamaica (Furacão Sandy), Equador (enchentes em Costa e Sierra), Costa Rica (terremoto em Nicoya), Guatemala (terremoto de San Marcos), Peru (surto de dengue) e República Dominicana (surto de cólera na prisão Higuey).

151. No âmbito nacional, Argentina, Bolívia, Colômbia, Chile, Equador, Paraguai, e Peru estabeleceram equipes nacionais de resposta a desastres para coordenar o apoio de retaguarda a desastres no setor da saúde, com apoio da OPAS. As equipes também podem ser mobilizadas para países vizinhos durante emergências, ou como cooperação Sul-Sul ou como parte da Equipe Regional de Resposta em Saúde de OPAS.

152. Vários países fortaleceram sua capacidade de resposta de saúde nas emergências. Sete países—Anguila, Chile, Dominica, Jamaica, Peru, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago—elaboraram ou atualizaram seus planos de saúde para desastres durante o período. Dominica e Jamaica treinaram socorristas em atendimento de emergência, enquanto Anguilla, Antígua, Bahamas e Jamaica treinaram socorristas para trabalhar em saúde mental e fornecer apoio psicossocial. Haiti e República Dominicana ampliaram seus sistemas de advertência precoce e resposta rápida às epidemias para abarcar todos os riscos possíveis, inclusive os riscos ambientais da saúde. Granada desenvolveu procedimentos operacionais padrão para um novo Centro de Operações de Emergência em saúde, identificou um local apropriado e preparou uma lista do equipamento básico necessário para o COE.

153. O sistema de apoio logístico/gestão de suprimentos (LSS/SUMA), desenvolvido pela OPAS para administrar os suprimentos de saúde para fins humanitários durante emergências, foi adotado formalmente por Equador e Peru, enquanto a República Dominicana adotou o sistema em um depósito nacional e oito depósitos regionais de insumos.

Hospitais seguros

A OPAS continuou promovendo a redução de risco no setor da saúde através da Iniciativa de Hospitais Seguros e seu Índice de Segurança Hospitalar (ISH), uma ferramenta para avaliar a probabilidade de um serviço de saúde continuar a funcionar em situações de emergência. Para meados de 2013, o ISH já estava sendo aplicado em mais de 2.900 hospitais e outros serviços de saúde em 32 países e territórios das Américas. Durante o período de notificação, 20 países usaram o ISH e as políticas e estratégias implantadas para melhorar a segurança dos hospitais existentes. A OPAS também atualizou o Índice de Segurança Hospitalar para os Hospitais de Pequeno e Médio Porte e lançou um novo curso de autoeducação sobre como usar o ISH. Pelo menos 10 países instalaram e utilizaram o Banco de Dados de Hospitais Seguros on-line, desenvolvido pela OPAS para monitorar o progresso na Iniciativa de Hospitais Seguros e identificar as medidas necessárias para assegurar a operação contínua dos serviços de saúde durante os desastres.

A Iniciativa de Hospitais Seguros foi incluída nos planos estratégicos da Reunião de Ministros da Saúde da Região Andina (REMSAA), da Organização Andina de Saúde/Convênio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), e do Comitê Andino para a Prevenção e Assistência a Desastres (CAPRADE). Durante 2012–2013, a Colômbia, a República Dominicana, a Guatemala, o México e o Peru progrediram significativamente, pondo em dia seus respectivos códigos de construção para assegurar que todos os hospitais recém construídos possam continuar a funcionar mesmo durante desastres.

154. Em parceria com o Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional (UKAid), a OPAS iniciou a implementação da iniciativa Hospitais Inteligentes (Smart Hospitals) no Caribe, para reduzir a pegada de carbono dos serviços de saúde e melhorar sua resiliência frente a desastres.

155. A OPAS apoiou os esforços sub-regionais para melhorar a prontidão e resposta em casos de desastre, inclusive o novo Plano Estratégico Andino para Gestão de Riscos de Desastres 2013–2017, aprovado pelos ministros da saúde da região andina. Os Ministros também nomearam uma Comissão Técnica para Emergências e Desastres e nomearam os diretores dos escritórios de desastres de seus ministérios da saúde para pôr em prática o plano estratégico. A OPAS também ajudou a atualizar um guia para a cooperação entre os países andinos, que foi aprovado pela CAPRADE e serviu de referência técnica para a elaboração de um guia semelhante para os países do Mercosul.

156. Em parceria com os CDC de Estados Unidos, a OPAS apoiou a criação da Comissão Técnica para a Gestão de Risco na América Central e República Dominicana (CTGERS), um corpo assessor do COMISCA que monitorará a prontidão, resposta e cooperação em casos de desastre. O Plano Centro-Americano para a Gestão de Risco Integral nos Desastres e Emergências de Saúde Pública 2013–2018 foi desenvolvido com apoio da OPAS e aprovado pelo COMISCA. Este plano orientará os trabalhos na área de desastres e saúde e permitirá aos Estados Membros do Sistema de Integração Centro-

Americana (SICA) integrar seus mecanismos de cooperação e fortalecer suas unidades de desastres de saúde.

Gestão do Conhecimento e Comunicação

157. Em 2012, a 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprovou a primeira estratégia e plano de ação regional em Gestão do Conhecimento e Comunicação. Procura promover o desenvolvimento e a difusão das informações em saúde e conhecimentos baseados em dados científicos; facilitar a colaboração horizontal através das parcerias e redes; e promover estratégias para o uso do conhecimento para impulsionar as reformas individuais, sociais e políticas para melhorar e proteger a saúde.

158. Durante 2012–2013, Bolívia, República Dominicana, El Salvador, Honduras, Panamá e Venezuela se encontraram entre os países que estabeleceram ou ampliaram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com o apoio do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), em São Paulo, Brasil. Nove instituições novas no estado de Sonora, México, juntamente com a Universidade Estadual do Arizona, foram incorporadas à Biblioteca Virtual em Saúde Fronteira México–Estados Unidos (BVHL), da qual o Escritório da OPAS para a fronteira Estados Unidos–México serve como secretariado. O México implementou uma nova Rede de Centros Colaboradores da OPAS/OMS para facilitar o intercâmbio de conhecimento, experiências e boas práticas entre diferentes centros.

Centros Colaboradores da OPAS/OMS

Nove novos Centros Colaboradores da OPAS/OMS foram designados nas Américas entre meados de 2012 e meados de 2013, trazendo o número total de Centros Colaboradores ativos para a Região a 185—além de mais de 800 centros em escala mundial. Os centros colaboradores incluem institutos de pesquisa, departamentos e centros de pesquisa universitários, e outras organizações que realizam atividades para apoiar aos programas da OPAS/OMS em uma ampla gama de áreas, desde recursos humanos em saúde a doenças transmissíveis e não transmissíveis, nutrição, saúde mental, tecnologias em saúde, e muitos outros.

159. Seis países—Aruba, Brasil, Chile, Costa Rica, Guatemala e Peru—receberam apoio da OPAS para elaborar ou pôr em prática novos planos e estratégias para promoção da *Cibersaúde*, que usa novas tecnologias da informação e comunicação para melhorar a assistência à saúde. O futuro das iniciativas de *Cibersaúde* foi também um importante foco do 9º Congresso Regional em Informação em Ciências da Saúde (CRICS9), realizado na sede da OPAS em outubro de 2012, que reuniu mais de 400 participantes de 30 países.

160. Entre junho de 2012 e junho de 2013, a OPAS publicou mais de 250 publicações científicas e técnicas. A *Revista Pan-Americana de Saúde Pública*, a revista científica da OPAS com revisão por pares, publicou 13 números durante o período, inclusive números especiais sobre a prevenção de doenças cardiovasculares e a redução de sal na alimentação (outubro de 2012) e equidade nos sistemas de saúde (fevereiro de 2013).

161. Argentina, Cuba, Honduras e México participaram da iniciativa da Biblioteca Azul da OPAS, um esforço para democratizar o acesso às informações em saúde ao enviar coleções de publicações médicas atualizadas a comunidades remotas usando baús de metal azuis. O Brasil também participou através de um esforço de cooperação Sul-Sul, fornecendo as publicações para os países lusófonos.

162. Durante o período de notificação, 20 países obtiveram acesso à plataforma HINARI da OMS, que fornece acesso online gratuito ou a custos muito baixos aos grandes periódicos das ciências biomédicas e sociais a instituições de saúde em mais de 100 países. Plataformas virtuais de aprendizagem ajudaram a Organização a difundir novas ferramentas, conceitos e conhecimentos a mais de 3.000 profissionais na Região.

Administração e Governança

163. A OPAS continuou a enfocar políticas e práticas que visem melhorar a administração, eficiência, transparência, responsabilidade, ética e tratamento justo no local de trabalho. Esses esforços foram iniciados durante a administração anterior e receberam um impulso redobrado com a eleição da nova Diretora da RSPO.

164. A Organização continuou implementando uma estrutura de gestão baseada em resultados (GBR) durante o período de notificação, com importantes conquistas obtidas juntamente com a formulação do Plano Estratégico para 2014–2019. Estas conquistas incluem um refinamento da cadeia de resultados de modo a refletir melhor os avanços e a responsabilidade conjunta da RSPA e dos ministérios da saúde, e melhores indicadores para resultados, desfechos e impactos. Os novos indicadores serão incorporados ao Processo de Monitoramento e Avaliação de Desempenho (PMA) durante a implementação do novo Plano Estratégico. Além disso, a realização do PMA—um componente principal de um enfoque baseado em resultados—melhora a função gerencial ao monitorar o progresso em notificação dos departamentos e representações nos países, com o objetivo de melhorar a responsabilidade da função de gestão.

165. Em 2012, a 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprovou uma nova Política Orçamentária da OPAS para orientar a alocação de recursos para as operações nos âmbitos regional, sub-regional e nacional. Essa Política incorpora as recomendações feitas pelo escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (IES) com base na sua avaliação da política orçamentária anterior, assim como ajustes em resposta a lições

aprendidas pela própria Organização. As mudanças incluem novas normas para a presença no país para assegurar a disponibilidade de verbas suficientes para manter uma relação robusta com os Estados Membros, a incorporação da desigualdade de renda (medida pelo coeficiente Gini) em uma avaliação ampliada baseada nas necessidades de cada país, um componente baseado em resultados projetado para acelerar o cumprimento de metas programáticas em países e melhores modelos e técnicas estatísticas para fornecer resultados de distribuição de recursos mais realistas e factíveis.

166. Como parte da avaliação intermediária da Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017 (SPBA7/4 [2013]), o IES examinou a implementação da agenda pela RSPA. A avaliação confirmou que o Plano Estratégico da OPAS para 2008–2013 tinha sido alinhado estreitamente com a Agenda de Saúde para as Américas e que seus objetivos estratégicos serviram para harmonizar a agenda com os objetivos estratégicos da OMS e com o trabalho de outras organizações internacionais na Região.

167. Durante 2012–2013, o IES realizou auditorias em várias representações nos países, avaliando sua aderência à gestão baseada em resultados, entre outras questões. Porém, o IES também começou um esforço para coletar e organizar a quantidade enorme de informações disponíveis de avaliações anteriores. Este processo produziu a primeira lista da Organização de todas as avaliações realizadas tanto internamente como por interessados diretos externos, um primeiro passo crítico para determinar como compreender as lições aprendidas dessas atividades.

168. Várias novas iniciativas, ferramentas e políticas projetadas para simplificar e melhorar as operações de cooperação técnica da Organização foram implementadas durante o período deste relatório. Em agosto de 2012, a RSPA aprovou uma nova estratégia de tecnologia da informação (TI) e introduziu um processo de governança de TI para coordenar o desenvolvimento de todos os gastos em projetos de tecnologia na sede da OPAS, nas representações nos países e em centros colaboradores. Além disso, os domínios de Internet das representações da OPAS e centros foram fundidos em um único domínio da OPAS e os programas de computação foram padronizados, para reduzir a complexidade, aumentar a segurança, simplificar o suporte e facilitar a implementação futura de e iniciativas de TI e gestão do conhecimento. As fases iniciais de uma nova iniciativa, “OPAS na Nuvem”, também foram executadas, permitindo aos funcionários da Sede obter acesso a sua área de trabalho de onde quer que estejam e em qualquer dispositivo e obter acesso remotamente às ferramentas, serviços, e repositórios compartilhados da OPAS.

169. A OPAS continuou implementando seu programa de gestão de riscos corporativos (ERM) para identificação, monitoração, avaliação e gestão de riscos inerentes às operações empresariais e atividades de cooperação técnica da OPAS. Durante 2012–2013, uma nova Política de Gestão de Riscos Corporativos da OPAS foi aprovada e

publicada no E-Manual da OPAS/OMS, e um novo Manual de Gestão de Riscos Corporativos foi publicado (vinculado ao Manual de Operações das representações nos países). Avaliações de riscos foram realizadas para o Fundo Rotativo da OPAS; pelos escritórios administrativos de toda a Organização; para a BIREME e as representações nos países em Chile e México; e para nove representações em países participando de um projeto financiado pela ACIDI sobre as mulheres, crianças e populações excluídas. Além disso, 49 pontos focais de gestão de risco foram treinados em avaliação de riscos na sede da OPAS e em Barbados, Brasil e Panamá.

170. No final de 2012, a Organização desenvolveu um “estudo de viabilidade” para uso de um sistema de planejamento de recursos empresariais para o Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS). Finalizado em janeiro de 2013, o estudo de viabilidade incluiu uma análise de custo-benefício do projeto e recomendações sobre a seleção do software mais apropriado. Depois de um processo formal de licitação concluído em meados de 2013, a Organização identificou o software específico a ser usado e a empresa integradora que o implementará.

171. Melhorias do processo de compra de bens e serviços pela Organização incluíram treinamentos para os funcionários realizados na sede e nas representações nos países, o lançamento de um projeto-piloto para implantar um sistema eletrônico de licitação na representação da OPAS na Guatemala e ferramentas eletrônicas que permitem aos programas técnicos seguir, monitorar e examinar suas compras de bens e serviços e rastrear sua delegação de autoridade em assuntos relacionados a compras. Os esforços de compras em nome dos Estados Membros incluíram acordos a longo prazo para a compra das vacinas e seringas para os programas nacionais de vacinação de rotina, assim como medicamentos antirretrovirais. A OPAS também negociou a compra de vacinas novas e estratégicas, inclusive contra a febre amarela e o HPV, e 16 novos artigos foram incluídos na lista de produtos primários do Fundo Estratégico.

Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA)

Após mais de 30 anos de administração pela OPAS, o Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e o Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) foram transferidos durante 2012–2013 à Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), que se tornou plenamente operacional em janeiro de 2013. Além de apoiar o desenvolvimento do organismo novo, a OPAS prestou extenso apoio em matéria de recursos humanos à fusão do CAREC e do CFNI. Sediada em Trinidad e Tobago, a CARPHA fornecerá uma resposta coletiva aos desafios de saúde pública aos residentes e visitantes do Caribe.

172. A OPAS continuou oferecendo amplas oportunidades aos seus funcionários para desenvolver novas habilidades e conhecimentos durante o período de notificação. As iniciativas incluíram um novo Portal de Aprendizagem e planos de aprendizagem individuais para diferentes unidades e departamentos. Um novo Portal de Desenvolvimento Profissional on-line, lançado no final de 2012, fornece ferramentas aos funcionários para melhorarem seu crescimento profissional, inclusive um guia para o desenvolvimento profissional, ferramentas para avaliação de carreira e autodescobrimento, cursos de e-learning e outras informações sobre opções da carreira, oportunidades e recursos.

173. Além do IES, vários escritórios e entidades especiais lideraram os esforços da Organização para promover transparência, ética e justiça no local de trabalho, tais como o Escritório de Ética e o Ombudsman, que junto com IES, LEG, HRM, o Comitê de Apelação e o Escritório de Segurança de Informação (ISO), fazem parte do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS. Além disso, a Associação de Funcionários da OPAS continuou sua participação ativa junto ao pessoal e à nova administração para assegurar justiça e equidade.

174. Durante 2012, o Escritório de Ética da OPAS atendeu 84 consultas de funcionários e examinou 43 relatórios de possíveis violações de ética, 32 dos quais vieram através do Serviço de Ajuda Sobre Ética confidencial e gratuito e 29 dos quais foram notificados de maneira anônima. O Escritório de Ética também ministrou treinamentos sobre o Código de Princípios Éticos e de Conduta da OPAS, publicou o folheto “Tolerância Zero para Fraude e Corrupção” e expediu diretrizes específicas para funcionários sobre como continuar sendo neutro e objetivo durante o processo de eleição do novo Diretor da RSPA.

175. Como coordenador do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS, o Escritório de Ética encabeçou uma revisão de política da Organização sobre prevenção e resposta ao assédio no ambiente de trabalho. A nova política, lançada em setembro de 2012, expandiu a definição dos comportamentos que configuram assédio e elaborou um novo formulário especial para facilitar o protocolamento de alegações formais.

176. O escritório do Ombudsman da OPAS recebeu 104 visitantes da sede da Organização, das representações nos países e dos centros em 2012, que expressaram questões, frustrações ou problemas relativos ao ambiente de trabalho. As questões mais comuns incluíram a eficácia dos supervisores, o clima do departamento, respeito e tratamento, avanço e desenvolvimento profissional, estresse relacionado ao trabalho, equilíbrio entre trabalho e vida pessoal e decisões administrativas e aplicação de regras. O Escritório do Ombudsman fez várias recomendações no seu relatório anual de 2012, inclusive o reestabelecimento de um programa de orientação presencial para novos funcionários, análise de disposições contratuais referentes aos consultores nacionais e

internacionais da OPAS com o objetivo de fortalecer a aderência à letra e ao espírito dos contratos e maior justiça e equidade para os trabalhadores da OPAS contratados através de agências de emprego.

Capítulo III. Lições aprendidas e seguindo em frente

177. A cooperação técnica da OPAS contribuiu para muitos sucessos nos países e no âmbito regional e sub-regional durante o período coberto por este relatório. Muitos desafios ainda permanecem. Avançando sob nova direção, com uma nova estrutura e compromissos renovados, a Organização deve abordar estes desafios ao aproveitar suas conquistas e experiências aprendidas. Algumas das mais notáveis lições aprendidas dos programas de cooperação técnica da OPAS durante 2012–2013 serão destacadas nesta seção, visando melhorar a eficácia da Organização nos *próximos* anos.

178. As disparidades na saúde permanecem um dos desafios de saúde pública mais importantes nas Américas, uma região que em termos econômicos é uma das mais desiguais no mundo. A cooperação técnica da OPAS busca reduzir as desigualdades de saúde através de esforços para ampliar o acesso a serviços de saúde, avançar em direção à cobertura universal de saúde e abordar os determinantes sociais da saúde. Várias lições foram aprendidas deste trabalho durante o último ano.

179. A maioria dos países da Região reconhece a saúde como um direito básico, e aqueles que não incorporaram este direito em suas constituições atuam de acordo com tratados ou acordos internacionais que incluem o conceito da assistência de saúde como direito. Contudo, a garantia da assistência de saúde como direito também requer a criação de marcos jurídicos e regulatórios que permitam a formulação de políticas de saúde orientadas à proteção social e a conquista da cobertura universal de saúde. A OPAS tem uma função fundamental a desempenhar na consensualização dessas questões importantes e na prestação de suporte à abordagem dos desafios de ordem mais técnica.

180. É importante reconhecer que não há uma abordagem de “tamanho único” para alcançar a cobertura universal; os países devem abordar esta meta no seu próprio ritmo e segundo as suas necessidades individuais. Em quase todos os casos, porém, os esforços para promover a cobertura universal de saúde têm maior impacto e sustentabilidade com a inclusão da sociedade civil e do setor privado em todo o processo.

181. As instituições de previdência social são importantes parceiras em potencial na busca pela cobertura universal de saúde. Como importantes provedores de assistência à saúde em muitos países, elas têm uma visão valiosa a respeito do desenvolvimento de serviços e modelos de atenção. A OPAS pode promover a coordenação eficaz e diálogo produtivo entre estes e outros parceiros em potencial sob a liderança da autoridade sanitária de cada país.

182. É também essencial incluir as comunidades e autoridades municipais de áreas subatendidas ou de alto risco nos esforços para impulsionar a cobertura universal de saúde, assim como outros esforços de saúde. A colaboração entre as autoridades

sanitárias e os atores locais frequentemente revela desafios e custos da desigualdade de saúde que de outro modo permaneceriam ocultos.

183. Os esforços para aumentar a ação intersectorial são fundamentais para o enfoque dos determinantes sociais da saúde e para a redução das desigualdades em saúde. Isto requer participação e coordenação com setores além da saúde e forte promoção da causa da “saúde em todas as políticas”. Igualmente importante é uma forte capacidade institucional de reunir evidências das desigualdades em saúde e do impacto das políticas e programas sobre a equidade na saúde e obtenção progressiva da cobertura universal de saúde. Invariavelmente, será essencial desagregar estes dados—especialmente aqueles relacionados com os determinantes sociais da saúde—a nível local para melhor identificação das brechas de saúde nas populações vulneráveis e desenvolvimento de intervenções apropriadas.

184. As parcerias estratégicas com outros atores são cada vez mais importantes para o trabalho da OPAS e para impulsionar a saúde na Região. A Organização tem um histórico comprovado de parcerias bem-sucedidas com outros setores do governo—inclusive agricultura e educação—e com organizações não governamentais e de caráter religioso, universidades, fundações, outras instituições de desenvolvimento e comunidades. A OPAS também tem sido um facilitador chave da cooperação horizontal, principalmente da cooperação Sul-Sul e triangular para compartilhamento de experiências e tecnologias e para a promoção, documentação e compartilhamento de boas práticas e lições aprendidas. Conforme seguirmos adiante, este trabalho deve ser fortalecido e ampliado como uma prioridade absoluta do trabalho de cooperação técnica da OPAS.

185. A estratégia de cooperação centrada em país da OPAS ressalta a necessidade de identificar e tratar as necessidades e prioridades específicas de cada país, de coordenar com outros atores envolvidos na cooperação dentro do país e de promover sustentabilidade através de capacitação e liderança no país. A “propriedade” do país é vital não só para o sucesso da cooperação técnica como também para a sustentabilidade das conquistas. Requer alinhamento dos programas de cooperação técnica com as políticas e prioridades nacionais já estabelecidas. Os principais interessados diretos devem estar envolvidos no processo de consulta e execução, assim como na monitoração e coleta de dados. Isto não só assegura maior aceitação e participação, como capacita o país para tomar a liderança.

Lições da Agenda de Saúde para as Américas

Uma avaliação intermediária da Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017 foi conduzida durante o ano de 2012 e, após ser apresentada em forma preliminar à 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana (CSP28/6), foi finalizada no início de 2013 (SPBA7/4). A avaliação foi um processo conduzido por país que incluiu os 35 Estados Membros da OPAS, cinco corpos de integração sub-regionais e 19 agências das Nações Unidas e outros organismos de cooperação.

O relatório final concluiu que, nos seus primeiros cinco anos, a Agenda de Saúde para as Américas foi usada na preparação de numerosos planos, políticas e estratégias em saúde no âmbito nacional, a um nível “razoável” no âmbito sub-regional, mas somente de maneira limitada por outras organizações internacionais. O relatório constatou avanço significativo nas oito áreas de ação*, mas expressa preocupação com respeito a tendências em indicadores de mortalidade materna, dengue, tuberculose, infecção pelo HIV/AIDS, obesidade e gastos públicos *versus* particulares em saúde.

O relatório fez uma série de recomendações para a implementação da agenda nos próximos cinco anos, inclusive:

- Maior divulgação da agenda e promoção de causa para seu uso no âmbito estadual, regional e nacional e em outros setores e organizações internacionais.
- Esforços intensificados por parte dos países nas áreas de menor progresso, como mortalidade materna, dengue, TB, obesidade, doenças crônicas e seus fatores de risco, sistemas de proteção social, e expansão do investimento público em saúde a nível nacional.
- Melhor coleta de dados para facilitar o monitoramento do progresso na implementação da agenda.
- Mais pesquisa sobre questões como os determinantes sociais da saúde, as DNTs e seus fatores de risco, o impacto da atenção qualificada ao parto sobre a mortalidade materno-infantil e as desigualdades em saúde.
- Promoção mais forte da agenda dentro do secretariado da OPAS (RSPA), assim como externamente com os parceiros de financiamento da OPAS e por meio de acordos colaborativos.

*Fortalecer a autoridade sanitária nacional; abordar os determinantes da saúde; aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade; diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles; reduzir os riscos e o ônus da doença; fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia; e fortalecer a segurança sanitária.

186. A capacidade de recursos humanos deve ser a consideração principal de toda cooperação técnica, pois pode facilitar ou obstaculizar seu sucesso. Na área das DNTs, por exemplo, um maior compromisso político não se traduziu automaticamente em recursos humanos adequados para administrar os programas nacionais contra DNT, pôr em prática as estratégias ou melhorar a qualidade de assistência aos doentes. A

programação da cooperação técnica deve assegurar que os países tenham planos estratégicos de recursos humanos bem alinhados com os projetos e programas.

187. As parcerias com organizações internacionais e associações profissionais relevantes podem ajudar a potencializar a assistência técnica e maximizar o uso dos recursos—“fazendo mais com menos”—o que é especialmente importante considerando as persistentes dificuldades econômicas globais. O melhoramento da coordenação entre os parceiros também pode levar a melhores resultados; em muitos casos, porém, a função e as responsabilidades da OPAS e de outros parceiros têm que ser redefinidas ou ajustadas para melhorar a abordagem às necessidades do projeto. Esforços de comunicação conjuntos e coordenação nas questões de saúde prioritárias levaram a um maior engajamento e maior participação de diversos interessados diretos e comunidades.

188. A necessidade de coordenação mais eficaz é particularmente urgente no caso das emergências e desastres. Embora a maioria dos países na Região agora tenha a capacidade de responder às emergências de pequeno ou médio porte sem apoio internacional, a resposta a grandes desastres e coordenação de esforços maciços de assistência internacional é um grande desafio. Os ministérios da saúde devem assumir o comando ao estabelecer mecanismos coordenadores no setor da saúde para receber e enviar ajuda humanitária internacional. Há também uma necessidade de melhores mecanismos para coordenar a participação de atores no Grupo Orgânico de Saúde e assegurar adaptabilidade segundo o contexto nacional, idealmente através da participação de menos atores e atores mais especializados. Isso ajudaria a criar sinergias entre as instituições.

189. Outra lição importante é a necessidade crítica de fortalecer o trabalho interprogramático. Os programas regionais para o controle integrado de doenças infecciosas negligenciadas são um exemplo. Estes foram implementados conjuntamente pelos programas para imunização, nutrição, doenças da infância (AIEPI), tuberculose e malária. Uma maior coordenação interprogramática em saúde ocupacional e ambiental poderia ajudar a reduzir significativamente o ônus das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

190. Uma ênfase contínua nas redes integradas de serviços de saúde com base nas estratégias de atenção primária à saúde é essencial para superar a segmentação e a fragmentação contínua dos sistemas de saúde de muitos países. Junto com o fortalecimento e descentralização dos sistemas de saúde, a integração deve continuar sendo uma prioridade transversal para o avanço e sustentabilidade da cobertura universal de saúde.

191. Uma parte essencial desses esforços é a integração da assistência de saúde mental nos serviços de atenção primária. Isso é fundamental para reduzir a grande lacuna de

tratamento para os portadores de transtornos mentais, mais de dois terços dos quais não recebem qualquer atendimento para sua condição. Ao mesmo tempo, ainda resta muito trabalho a ser feito para reformar os serviços psiquiátricos e para transformar radicalmente o antigo modelo “manicomial” da atenção psiquiátrica baseada em hospitais em um modelo de atenção na comunidade.

192. Obter acesso a informações com base científica para apoiar a tomada de decisão continua sendo um desafio em muitas áreas de cooperação técnica. Por exemplo, no campo da redução de risco de desastres, a evidência dos custos do investimento na segurança hospitalar em comparação aos custos dos estabelecimentos danificados e serviços de saúde perdidos é essencial para influenciar os governos, a opinião pública e os doadores. Promovendo a pesquisa em saúde em outras áreas também permanece essencial, para aumentar a base de evidências para formulação de políticas, alocação de recursos e seleção de intervenções.

193. Igualmente importante é o desenvolvimento de ferramentas e processos para a avaliação e sistematização das experiências de cooperação técnica para subsidiar a programação e formulação de políticas. Isso é especialmente verdade em áreas emergentes de ação que podem requerer novas formas da cooperação, geralmente de maneira transversal através de diferentes disciplinas e setores. Por exemplo, várias iniciativas estão agora em andamento na Região para abordar as desigualdades em saúde através da ação nos determinantes sociais da saúde, mas não têm sido documentadas adequadamente nem sistematizadas. A OPAS pode impulsionar este trabalho ao ajudar a medir o impacto das políticas, programas e intervenções de saúde na distribuição equitativa dos ganhos em saúde em diferentes grupos populacionais. A evidência resultante pode ser usada para identificar novas estratégias, políticas e programas ou adaptar os já existentes para abordar essas questões de maneira mais eficaz.

194. Novas tecnologias de comunicação já estão mudando a maneira como a OPAS presta cooperação técnica e têm potencial significativo para criar economias de custos e expandir a colaboração e o alcance. Três portais chave da OPAS—a Plataforma Regional em Acesso e Inovação para Tecnologia em Saúde, o Observatório Regional em Recursos Humanos em Saúde e a Rede Colaborativa em Atenção Primária à Saúde—proporcionam canais para a comunicação e servem como repositórios de informações estruturadas e contextualizadas. As reuniões virtuais podem complementar ou substituir as reuniões presenciais com maior eficácia e eficiência e baixo custo. Porém, esta alteração pode requerer uma mudança cultural significativa.

195. O aumento ao acesso à Internet e a prevalência crescente de dispositivos móveis estão ampliando o público para iniciativas de *Cibersaúde* e demonstram necessidade de inovação contínua nesta área. Explorar plenamente o potencial de novas tecnologias de comunicação para a saúde também requererá capacitação—nos níveis regional e

nacional—na administração de novas ferramentas de comunicação, novas fontes de informação e novas maneiras de coletar e compartilhar dados.

196. As limitações financeiras continuam sendo desafios tanto para a RSPA como para os Estados Membros. Em nenhuma área isso fica tão claro quanto na busca pela cobertura universal de saúde. A maioria dos países da Região reconhece o acesso à assistência de saúde como um direito fundamental, mas todos encontram dificuldade em mobilizar os recursos necessários para garantir este direito. A cooperação técnica projetada para aumentar a eficiência dos sistemas de saúde e a construir capacidades no financiamento dos sistemas de saúde é tão importante quanto os esforços para tornar a assistência de saúde de qualidade mais acessível.

197. A captação de recursos financeiros também é crítica para a prontidão e prevenção. Muitos países incluíram a redução de risco de desastres entre suas prioridades do setor da saúde, mas carecem de recursos para fazer os investimentos necessários em infraestrutura sanitária, serviços essenciais, equipamentos e treinamento. Conseguir a participação do setor financeiro para fortalecer a prontidão e prevenção, tanto para desastres como na saúde pública em geral, é fundamental. Também é importante incluir a prontidão e prevenção nas agendas de desenvolvimento dos países.

198. Em um contexto de recursos limitados, os esforços de promoção de causa, comunicação e colaboração intersetorial são especialmente importantes para ajudar a formar opinião e mobilizar o apoio político à saúde. Por exemplo, a promoção de causa das doenças infecciosas negligenciadas pela OPAS levou vários países a incluí-las em suas agendas de saúde nacionais, e vários doadores mostram interesse crescente em apoiar esforços para a eliminação dessas doenças. A Reunião de Alto Nível das Nações Unidas de 2011 sobre as DNTs, juntamente com resoluções globais e regionais, ajudou a mobilizar interesse e mudanças técnicas para melhorar a qualidade e eficácia dos programas contra as DNTs. Igualmente, o apoio da nova Diretora da RSPA tem sido essencial para o enfoque de “sociedade como um todo” para eliminação da transmissão de cólera na ilha Hispaniola.

199. Firmar alianças estratégicas com outros organismos—Organização dos Estados Americanos, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento—é essencial nesta conjuntura de recursos limitados. Uma aliança estratégica com a Conferência Interamericana dos Ministros do Trabalho da OEA ajudou a levantar o perfil dos trabalhadores da saúde no programa político regional. Além disso, a Declaração de San Salvador sobre a Doença Renal Crônica de Causas Não Tradicionais de abril de 2013 deu destaque a essa doença, que está devastando as comunidades agrícolas na costa do Pacífico da América Central. O desenvolvimento de uma solução para este problema exigirá que os cientistas, as comunidades agrícolas e as autoridades ambientais, trabalhistas e agrícolas trabalhem em conjunto.

200. A ação multissetorial continuará sendo particularmente importante para a cooperação técnica e promoção de causa na área das DNTs. A inclusão de outros setores, inclusive as organizações da sociedade civil, é crítica para reduzir os fatores de risco para DNTs. Porém, embora haja exemplos sólidos de colaboração com outros setores, nem todos se mostraram sustentáveis. Esforços para mobilizar as parcerias de saúde com outros setores poderiam ser reforçados mediante identificação de interesses mútuos que possam servir não somente às metas de saúde, como também a outras metas de políticas públicas.

201. Na área da saúde animal, os esforços para garantir a segurança dos alimentos têm incluído forte colaboração entre a indústria, a comunidade acadêmica, os setores da saúde, da agricultura, do ambiente e os consumidores. O apoio do setor privado ao Programa Continental para a Erradicação da Febre Aftosa incluiu financiamento e participação essencial nas decisões políticas-estratégicas que desempenharam um papel chave na sustentabilidade dos programas nacionais.

202. Trabalhar com o setor privado, embora seja aconselhável e fundamental, requer regras claras e efetivas de participação para evitar possíveis conflitos de interesses, tanto reais como percebidos. Consultas interdisciplinares e posições das áreas de cooperação técnica e dos assessores jurídicos são uma parte essencial da elaboração de regras para a participação do setor privado e para a identificação de dificuldades em potencial.

203. A implementação completa das estratégias e políticas de saúde pode ser difícil de conseguir quando estas tiverem repercussão no setor privado. Por exemplo, os interesses industriais montaram um forte aparato de oposição aos esforços regulamentares que visam apoiar a amamentação, regulamentar a comercialização e publicidade dos alimentos industrializados e implementar as disposições da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Para combater tal oposição, o apoio da OPAS deve incluir promoção de causa e suporte técnico às atividades legislativas.

204. A colaboração Norte-Sul e Sul-Sul continua sendo uma valiosa maneira de promover e adaptar experiências de saúde pública bem-sucedidas em diferentes países das Américas e em outras partes do mundo. Bons exemplos incluem: acordos entre o Brasil e a Health Canada para fortalecer os sistemas de segurança dos alimentos e entre os países do Mercosul para combater o HIV nas áreas fronteiriças; a colaboração entre a Argentina, a Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA) e a OPAS para compartilhar experiências e fortalecer a cooperação em áreas como doenças não transmissíveis, HIV, medicamentos, transplantes e determinantes sociais da saúde; e a criação de Centros de Excelência da OPAS em países para promover formulação de políticas com base científica para a introdução de novas vacinas.

205. Um valor agregado importante do trabalho da OPAS é o impacto que muitas de suas estratégias e iniciativas tem além da Região das Américas. A Semana Mundial de

Imunização, realizada pela segunda vez em 2013, foi uma iniciativa global inspirada pela Semana Regional de Vacinação nas Américas, que celebrou seu 11º aniversário em 2013. Outros exemplos incluem a promoção pela OPAS do acesso a medicamentos de qualidade e tecnologias em saúde e a adoção de materiais técnicos da OPAS sobre os temas essenciais relacionados a desastres tanto nos Estados Membros como em outras regiões do mundo. A ampla adoção do Índice de Segurança Hospitalar, por exemplo, demonstra que ferramentas simples e de baixo custo, se forem práticas e aplicáveis em uma ampla gama de situações, podem aumentar a participação e estimular ações e investimentos para salvar vidas em todo o mundo.

206. Mais adiante, a OPAS tem um papel central a desempenhar assegurando que as autoridades sanitárias e outros promotores da saúde pública das Américas contribuam de maneira eficaz para a agenda de desenvolvimento internacional pós-2015. Espaços para o diálogo e ferramentas como os kits “Rio+20”, “Saúde em Todas as Políticas” e “Agenda de Desenvolvimento para 2015” da OPAS podem ser úteis para promover e orientar a participação de países nesses processos.

207. Os resultados de consultas regionais e globais sobre saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 também são essenciais para o progresso futuro da própria OPAS. Essas consultas produziram consensos sobre os seguintes pontos:

- (a) A saúde deve estar no centro do desenvolvimento sustentável; não só contribui para o desenvolvimento mas também é um resultado e indicador chave do desenvolvimento inclusivo, equitativo, centrado nas pessoas e baseado nos direitos humanos. A agenda de desenvolvimento pós-2015 exigirá uma estrutura rigorosa, diferente dos modelos existentes de desenvolvimento, que defina claramente a função da saúde, e requererá também ações intersetoriais que apoiem o conceito de “saúde em todas as políticas”.
- (b) Os países devem redobrar seus esforços para assegurar que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio sejam atingidos. Seguindo adiante, porém, as metas devem ser redesenhadas e analisadas para refletir avanços e deficiências subnacionais e para estimular enfoques mais sinérgicos para melhorar as condições dos grupos mais vulneráveis.
- (c) Novas prioridades de saúde devem ser somadas aos ODMs para enfrentar os maiores fatores contribuintes ao ônus global e regional de doença, principalmente as doenças não transmissíveis e seus fatores de risco e a saúde mental.
- (d) Uma meta central que deve estar incluída na nova agenda é a cobertura universal de saúde, definida como acesso a saúde de qualidade para todos de uma maneira que aborde os determinantes sociais de saúde e as necessidades da população em um contexto baseado nos direitos humanos. A cobertura universal deve incluir acesso a todas as intervenções essenciais, inclusive de promoção de saúde,

- prevenção, tratamento, reabilitação e proteção social para todos. A consecução desta meta tão centrada nas pessoas requer sistemas nacionais de saúde fortes, equitativos e capazes de prestar serviços de qualidade.
- (e) A visão geral da agenda de desenvolvimento sustentável pós-2015 deve ser centrada no bem-estar humano e no “bem viver”, e deve incluir como meta a maximização da saúde em todos os estágios da vida de cada homem, mulher e criança.
 - (f) Tudo isso deve acontecer enquanto se reconhece a necessidade de continuar os esforços para prevenir e controlar as doenças infecciosas, como HIV, TB e malária, e as doenças preveníveis mediante vacinação.
208. O desafio será manter esses conceitos e questões—principalmente a cobertura universal de saúde e a redução das desigualdades de saúde—no topo da agenda de desenvolvimento. Isso exigirá uma participação ativa e sustentada dos países das Américas nos fóruns internacionais futuros, sempre com o pleno apoio da OPAS.

Siglas e Abreviaturas	
AECID	Agência Espanhola de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional
AIDIS	Associação Interamericana de Engenharia Sanitária
AIEA	Agência Internacional de Energia Atômica
AIEPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
ALBA	Aliança Bolivariana para os Povos de Nossas Américas
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
AusAID	Agência Australiana para o Desenvolvimento Internacional
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVHL	Biblioteca Virtual em Saúde Fronteira México–Estados Unidos
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPRADE	Comitê Andino para Prevenção e Assistência a Desastres
CAREC	Centro de Epidemiologia do Caribe
CARICOM	Comunidade do Caribe
CARPHA	Agência de Saúde Pública do Caribe
CCG	Grupo consultor dos Países
CD	Conselho Diretor
CDC	Centros para Controle e Prevenção de Doenças (Estados Unidos)
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CFNI	Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição
CHA	Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CISALUD	Comissão Intersetorial de Saúde (El Salvador)
CLAP	Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva
CMLAT	Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
COFEPRIS	Comissão Federal para Proteção contra Riscos para a Saúde (México)
COHSOD	Conselho para Desenvolvimento Humano e Social
COMISCA	Conselho de Ministros da Saúde da América Central
COPAIA	Comissão Pan-Americana de Inocuidade dos Alimentos
COS	Chefe de Gabinete
CRICS	Congresso Regional em Informação em Ciências da Saúde
CSP	Conferência Sanitária Pan-Americana
CTGERS	Comissão Técnica para Gestão de Risco na América Central e República Dominicana

Siglas e abreviaturas (cont.)	
CTP	Cooperação técnica entre países
DFAIT	Departamento de Estado de Relações Exteriores, Comércio Exterior e Desenvolvimento (Canadá)
DNTs	Doenças não transmissíveis
DPDI	Departamento para Desenvolvimento Internacional (Reino Unido)
DRAG	Doença respiratória aguda grave
DST	Doença sexualmente transmissível
ECP	Estratégia de cooperação de países
EPG	Relações Externas, Parcerias e Órgãos Diretores
FGL	Família, Gênero e Curso de Vida
FMI	Fundo Monetário Internacional
FO.AR	Fundo Argentino para Cooperação Sul-Sul e Triangular
FONAT	Fundo Nacional para Vítimas de Acidentes de Trânsito
FRM	Gestão de Recursos Financeiros
GBR	Gestão baseada em resultados
GLAAS	Análise e Avaliação Global do Saneamento e Água Potável
GNUD-ALC	Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a América Latina e Caribe
GSO	Operações de Serviços Gerais
HPV	Papilomavírus humano
HRM	Gestão de Recursos Humanos
HSS	Sistemas e Serviços de Saúde
IES	Serviços de Supervisão Interna e Avaliação
IMAN	Gestão Integrada das Necessidades dos Adolescentes
IMESEVI	Iniciativa de Segurança Viária Mexicana
ISH	Índice de Segurança Hospitalar
ISO	Escritório de Segurança da Informação
ITS	Serviços de Tecnologia da Informação
IWMI	Instituto Internacional de Controle da Água
KMC	Gestão do Conhecimento e Comunicação
LEG	Assessoria Jurídica
LPA	<i>Line probe assay</i>
LSS/SUMA	Sistema de apoio logístico/gestão de suprimentos
MERCOSUL	Mercado Comum do Cone Sul
MhGAP	Programa de Ação da Lacuna em Saúde Mental
NCIPC	Centro Nacional para Prevenção e Controle de Lesões
NIB	Conselho de Seguro Nacional (Bahamas)
NMH	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental
OEA	Organização dos Estados Americanos
OEPA	Programa de Eliminação da Oncocercose das Américas

Siglas e Abreviaturas (cont.)	
OMB	Ombudsman
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ORAS/CONHU	Organização Andina de Saúde/Convênio Hipólito Unanue
PALTEX	Programa Ampliado de Livros de Texto e Materiais de Instrução
PANAFTOSA	Centro Pan-Americano de Febre Aftosa
PANDRH	Rede Pan-Americana para Harmonização da Regulação de Medicamentos
PBU	Planejamento e Orçamento
PED	Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres
PFA	Primeiros socorros psicológicos
PMA	Monitoramento e Avaliação de Desempenho
PMMHS	Metodologia de administração produtiva para serviços de saúde
PRADICAN	Programa contra Drogas Ilícitas na Comunidade Andina
PRAIS	Plataforma Regional de Acesso e Inovação para a Saúde
PRO	Compras e Gestão de Suprimentos
ProPAN	Processo de Promoção da Alimentação Infantil
PSA	Plano de Segurança da Água
RCSS	Rede Consumo Seguro e Saúde
RED CIM LAC	Rede de Centros de Informações sobre Medicamentos da América Latina e Caribe
REDE TSA	Rede de Avaliação de Tecnologia em Saúde das Américas
REMSAA	Encontro de Ministros da Saúde da Região Andina
RIMSA	Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura
Rio+20	Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSPA	Repartição Sanitária Pan-Americana
SAICM	Enfoque Estratégico para a Gestão dos Produtos Químicos a Nível Internacional
SDE	Desenvolvimento Sustentável e Equidade na Saúde
SICA	Sistema de Integração Centro-Americana
SIP	Sistema de informação perinatal
SMS	Serviço de mensagens curtas
SPBA	Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração
SSP	Plano de segurança de saneamento
TB	Tuberculose
TB-FRM	Tuberculose com farmacorresistência múltipla
TLD	Dosimetria termoluminescente
TPH	Instituto Tropical e de Saúde Pública (Suíça)

Siglas e Abreviaturas *(cont.)*

UKAid	Departamento do Reino Unido para Desenvolvimento Internacional
USP	Convenção Farmacopeia dos Estados Unidos
WATSAN	Água e Saneamento

--