



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

28ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA **64ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, 17 a 21 de setembro de 2012

Tema 3.2-A da Agenda Provisória

OD343 (Port.)
21 de agosto de 2012
ORIGINAL: INGLÊS

**RELATÓRIO QUINQUENAL 2008-2012 DO DIRETOR
DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA**

110 Anos do Progresso Pan-Americano em Saúde

ÍNDICE

CAPÍTULO I	AS AMÉRICAS NO NOVO MILÊNIO	4
	Intervenções e Avanços em Saúde Pública.....	7
CAPÍTULO II	OPAS: UM PARCEIRO PARA O NOVO SÉCULO	14
	O Cumprimento dos ODMs e a Renovação da Atenção Primária à Saúde	15
	Combate às Doenças Crônicas.....	20
	Países Prioritários da OPAS.....	21
	Parcerias para a Saúde	25
	Promoção de Redes de Saúde Pública	29
	Promoção da Prontidão	31
	A Pandemia de Influenza H1N1	32
CAPÍTULO III	UMA ORGANIZAÇÃO EM EVOLUÇÃO	34
	Política Orçamentária e Gestão Baseada em Resultados.....	34
	Descentralização	35
	Novos Modelos e Entidades.....	38
	Políticas e Processos no Local de Trabalho	40
	Competências e Aprendizagem.....	42
	Manual Digital e Manual de Operações no Nível Nacional	43
	Transparência, Responsabilidade e Vigilância	44
	Mecanismo de Resposta Institucional e Centro de Operações de Emergência	46
	Tecnologias da Informação e Comunicação	47
	Estratégia de Gestão do Conhecimento e Comunicação e Web 2.0	48
	Sistema de Informação para a Gestão da RSPA	50
	Compras, Contratação e Desempenho	51
CAPÍTULO IV	PROGRESSO FUTURO EM SAÚDE PÚBLICA	53
	Consolidação dos Avanços	53
	Abordagem da Agenda Inconclusa	57
	Desafios emergentes	61

Da Diretora

Aos Estados Membros:

Em conformidade com as disposições da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, tenho a honra de apresentar o relatório quinquenal de 2008–2012 sobre o trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas. O relatório dá ênfase ao grande trabalho realizado pela Repartição ao prestar cooperação técnica durante este período nos moldes do Plano Estratégico de 2008–2012 da Organização Pan-Americana da Saúde, definido pelos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde.

Mirta Roses Periago

Por 110 anos o pan-americanismo tem sido um potente impulso para o progresso da saúde, levando a conquistas que poucos teriam imaginado ser possível um século atrás. Ao celebrarmos estas conquistas, estabelecemos as nossas metas em um patamar mais alto a fim de sanar as persistentes discrepâncias de saúde entre os países e dentro dos próprios países. Para tal precisamos mobilizar a vontade política e toda a sociedade para superarmos os determinantes históricos da saúde que entravam o nosso caminho rumo à segurança humana e ao desenvolvimento sustentável. O nosso sonho comum é que, o quanto antes, o nosso continente possa anunciar a conquista da “Saúde para Todos”.

Mirta Roses Periago
Diretora

CAPÍTULO I

AS AMÉRICAS NO NOVO MILÊNIO

1. A primeira década do novo milênio foi um período de considerável progresso, embora diversificado, para a saúde e o desenvolvimento nas Américas. No âmbito regional, a expectativa de vida cresceu 4 anos entre 2000 e 2010, aumentando de 72,2 a 76,2 anos. A mortalidade caiu 11%, apesar do (e certamente contribuindo para) rápido envelhecimento da população.
2. Apesar da recessão econômica ao final da década, houve um declínio do número de pessoas vivendo na pobreza na Região em 44 milhões entre 2002 e 2011 e do número pessoas vivendo na miséria em 27 milhões. Isso se deveu em grande parte ao crescimento econômico sustentado no início da década, mas também é reflexo de políticas direcionadas de combate à pobreza levadas adiante por alguns de países.
3. Em termos de desenvolvimento político, as tendências positivas da década de 1990 continuaram nos anos 2000 adentro, com a consolidação contínua da democracia e o estado de direito, maior descentralização política e administrativa e maior participação dos cidadãos na governança local. Houve ameaças à ordem democrática, mas foram poucas e não alteraram o padrão regional de consolidar a democracia. De fato, a América Latina e o Caribe passaram a ocupar a posição mais elevada entre as regiões em desenvolvimento no “Índice de Democracia” da Unidade Economista de Inteligência durante esta década, atrás somente da Europa e da América do Norte.
4. A revolução contínua no uso das tecnologias da informação contribuiu para essas tendências positivas, pois elas aumentaram exponencialmente a comunicação e o intercâmbio de informação entre os países. O uso crescente das mídias sociais e da Internet criou novas redes sociais, assim como redes de interesse comum, como as novas “comunidades de prática”, muitas delas girando em torno de questões relacionadas à

saúde. Estas mídias ajudaram claramente a mobilizar e canalizar novas e crescentes demandas por inclusão e participação social e responsabilidade por parte de governos, organizações e empresas.

5. Embora tenha havido progresso rumo à governança mais democrática e participativa em muitos países da Região, outros enfrentaram grandes dificuldades, principalmente os mais atingidos pelo comércio de drogas e crime organizado. Ao final da década, os êxitos no controle do tráfico de drogas em países como Colômbia e México tiveram o efeito de transferir as rotas de trânsito das drogas e a violência relacionada a outros países, em particular a países da América Central. Esta mudança chamou atenção à necessidade de enfoques regionais e sub-regionais para esses problemas e conclamou ampliar o debate sobre política internacional para considerar novas opções, inclusive descriminalização e ação inovadora crescente para prevenção e redução da demanda em áreas de elevado consumo como Europa e Estados Unidos.

6. Em termos econômicos, os países aumentaram a própria participação na economia global durante a década, sem abandonar a busca por modelos de desenvolvimento adaptados às próprias necessidades e realidades. Uma tendência particularmente digna de menção foi o progresso contínuo de integração regional e sub-regional. Mecanismos consagrados como o Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), as comunidades andinas e do Caribe e o Sistema de Integração Centro-Americana (SICA) foram complementados por novas entidades: a União de Nações Sul-Americanas (Unasul), a Comunidade dos Estados da América Latina e Caribe (CELAC), a Aliança Bolivariana para os Povos da Nossa América (Alba) e a Aliança do Pacífico (Chile, Colômbia, México e Peru). Essas iniciativas não só ajudaram a ampliar o comércio intra-regional e exportações regionais como também aumentaram a cooperação pan-americana em várias áreas: do desenvolvimento de infraestrutura e segurança energética à harmonização das regulamentações de saúde e acesso a medicamentos essenciais (vide Capítulo II). Com sua participação no grupo de BRICS, o Brasil começou a explorar oportunidades semelhantes de cooperação com as grandes economias mundiais emergentes enquanto 12 Estados Membros da OPAS estão participando das reuniões dos países em desenvolvimento do Grupo dos 20 (G20): Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, Equador, Guatemala, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

7. Apesar do importante progresso econômico e social durante a década, as Américas não superaram sua condição de região mais desigual no mundo. Como medido pelo índice de Gini, houve ligeira melhora da desigualdade de renda de 6,5% durante a década (de 0,46 em 2000 a 0,43 em 2010). Em 2010, os 20% mais ricos da população da Região ganhava 49,6% da renda total, enquanto os 20% mais pobres ganhavam somente 5,6%.

8. Esta desigualdade ficou também evidente nos principais determinantes sociais da saúde e do desenvolvimento, incluindo acesso à água e saneamento e exposição a

contaminantes ambientais. Dois exemplos particularmente pungentes desta desigualdade foram a epidemia de cólera no Haiti e a epidemia não explicada de insuficiência renal em países da América Central, que dizimou mais de 18 mil vidas durante a década, sendo um lembrete alarmante dos potenciais efeitos dos riscos ambientais nos grupos vulneráveis, neste caso famílias predominantemente rurais.

9. As continuadas desigualdades e vulnerabilidades nos países e grupos populacionais mais pobres também ficaram evidentes com o impacto de diversos desastres naturais que atingiram a Região durante a década. Esses desastres compreenderam enchentes e secas que atingiram dezenas de milhares pessoas em áreas rurais da América Central e o terremoto de janeiro de 2010 no Haiti, que se estima tenha dizimado mais de 200 mil vidas. O impacto catastrófico do terremoto de magnitude 7.0 no Haiti contrastou enormemente com o menor impacto causado pelo terremoto de magnitude de 8.8 e tsunami que atingiram o Chile poucas semanas depois, em parte devido à maior vulnerabilidade do Haiti.

10. Na saúde pública, a década foi definida por duas tendências demográficas e epidemiológicas abrangentes: o envelhecimento da população da Região e o ônus crescente das doenças crônicas não transmissíveis (DNTs). Entre 2000 e 2009, o número de pessoas com mais de 60 anos aumentou de 92 milhões a quase 120 milhões. Este crescimento vem acompanhado de desafios especiais aos sistemas de saúde, que na maioria dos países se mostraram mal preparados do ponto de vista financeiro e organizacional para lidar com o rápido aumento das DNTs e com outros aspectos de saúde do envelhecimento. Esta tendência também criou maior pressão nas famílias, e em particular nas mulheres, que em grande parte cuidam dos adultos em envelhecimento. Porém, o impacto foi maior nos próprios idosos, muitos dos quais sofrem não só de problemas de saúde relacionados com a idade, mas também de problemas relacionados à pobreza e falta de proteção social.

11. Entre outras tendências importantes que influíram na saúde e no desenvolvimento social estão a urbanização continuada na sua maior parte não planejada na Região, migração internacional e deslocamento interno, e o impacto da mudança climática, que juntos aumentam a exposição aos riscos de saúde entre os grupos vulneráveis. Contudo, em balanço, a Região registrou conquistas importantes em desenvolvimento humano durante a década. Na parte a seguir são descritos alguns dos importantes processos de saúde pública que contribuíram para esses avanços regionais.¹

¹ Mais informações detalhadas e uma análise das recentes tendências em saúde e desenvolvimento na Região das Américas podem ser encontradas na edição de 2012 do relatório quinquenal da OPAS *Health in the Americas*, publicada simultaneamente a este relatório.

Intervenções e Avanços em Saúde Pública

12. A Declaração do Milênio de 2000 e os subsequentes Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) e metas confirmaram um consenso crescente no âmbito global e regional que a saúde é um componente essencial do desenvolvimento econômico e social, assim como do bem-estar humano básico. Na Região das Américas, este consenso teve reflexo em importantes investimentos e iniciativas e no progresso considerável rumo às metas de saúde pública durante a década.

13. Os gastos públicos totais em saúde aumentaram durante a década de US\$ 212,8 bilhões (em 2000) a US\$ 304,2 bilhões (em 2010), um aumento de 43% em termos de dólares constantes. (Durante este mesmo período, os gastos privados de saúde caíram 6,7%, de US\$ 282,1 bilhões a US\$ 263,1 bilhões). A maior parte deste aumento ocorreu durante a primeira metade da década. De 2000 a 2005, os gastos públicos de saúde aumentaram 8,6% ao ano, muito acima do crescimento econômico, aumentando de 3,1% a 4,0% do produto interno bruto (PIB). Em contraste, na segunda metade da década, os gastos públicos de saúde não seguiram o mesmo ritmo que crescimento econômico e houve queda de 4,0% a 3,7 % como porcentagem do PIB.

14. O aumento nos gastos de saúde na primeira metade da década foi devido em parte aos custos crescentes de assistência de saúde, mas também foi reflexo da determinação renovada dos países de combater os problemas que as reformas da saúde do final dos anos oitenta e noventa não conseguiram resolver. Entre estes, sistemas de saúde fragmentados, grande número de pessoas sem proteção social e assistência de saúde, assim como problemas estreitamente relacionados com pobreza, exclusão social e outros determinantes sociais da desigualdade de saúde.

15. Em 2006, os Estados Membros da OPAS começaram a trabalhar em um enfoque regional a lidar com esses desafios que posteriormente culminaria em uma das iniciativas regionais de saúde pública mais importantes da década: a Agenda de Saúde das Américas 2008–2017. Elaborada através de um amplo processo de consulta e consenso, a agenda representa a visão política e estratégica do mais alto nível para a saúde nas Américas. Ela tem o propósito de orientar a ação coletiva por todos os interessados diretos de saúde, inclusive planejadores nacionais da área da saúde, organismos de cooperação técnica e outros parceiros de saúde na Região.

16. O desenvolvimento da agenda começou em março de 2006 e foi conduzido por um grupo de trabalho especial formado por representantes de 10 países (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Guiana, Panamá, São Vicente e Granadinas, Estados Unidos da América e Venezuela [República Bolivariana da]), sendo que a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) atuou como secretariado. Durante um processo de um ano, foram recebidos subsídios de países de toda a Região, assim como das Nações Unidas e de outras agências de cooperação técnica, instituições acadêmicas e

organizações não governamentais. O documento final foi lançado em junho de 2007, antes da 37ª Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) na Cidade do Panamá, acompanhado de uma declaração assinada pelas autoridades sanitárias de todos os Estados Membros da OPAS.

17. A Agenda de Saúde das Américas 2008–2017 se fundamenta nos princípios partilhados da saúde como direito humano, equidade na saúde, universalidade, acesso e inclusão, participação social e solidariedade pan-americana. Apresenta uma análise da situação que reflete uma visão compartilhada dos desafios comuns da saúde pública enfrentados pelos países da Região e as ações que são necessárias para enfrentá-los. A agenda estipulou sete áreas-chave para ação: fortalecimento das autoridades nacionais de saúde; combate aos determinantes da saúde; maior proteção social e acesso a serviços de saúde de qualidade; redução das desigualdades de saúde entre os países e dentro dos próprios países; redução do risco de doenças e da morbidade; fortalecimento da gestão e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde; aproveitamento do conhecimento, ciência e tecnologia; e fortalecimento da segurança sanitária.

18. Um dos processos regionais mais importantes que contribuiu para o progresso da Região rumo ao alcance dos ODMs e metas da Agenda de Saúde das Américas foi a ampliação da proteção social na saúde, assim como nos determinantes sociais críticos da saúde como garantia de renda e acesso a serviços essenciais, em conformidade com a iniciativa Piso de Proteção Social das Nações Unidas.

Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde

Uma das mais importantes conquistas da defesa da saúde global da primeira década dos anos 2000 foi um perfil político maior para os determinantes sociais da saúde (DSS). O Relatório Final de 2008 da Comissão sobre Determinantes Sociais da saúde: *Fechando a lacuna em uma geração* demonstrou com êxito que os determinantes sociais – onde as pessoas nascem, crescem, moram, trabalham e envelhecem e seu acesso a serviços de saúde – são os principais fatores das iniquidades básicas no estado de saúde das pessoas em todo o mundo.

Para angariar apoio à ação nessas questões, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, em outubro de 2011. Sediada pelo Governo do Brasil, a conferência foi organizada pelo Ministério da Saúde, Ministério das Relações Exteriores e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em estreita coordenação com a OMS e a OPAS.

Em preparação para a conferência, a OPAS organizou três consultas que visaram formular recomendações regionais, incluindo uma reunião entre os Estados Membros, uma consulta virtual com 300 organizações da sociedade civil (seguida de uma reunião presencial para sintetizar os resultados) e uma consulta virtual com membros da lista de correio eletrônico Equidade, Saúde e Desenvolvimento Humano das OPAS com o intuito de alcançar outros interessados diretos. As recomendações feitas com base nestas consultas foram documentadas e amplamente distribuídas.

Um destaque da Conferência Mundial, que contou com a presença de mais de 1 mil pessoas, além de 19 mil participantes virtuais, foi a apresentação de sete estudos de casos nas Américas ilustrando os aspectos sistemáticos e práticos da implementação do enfoque de DSS no âmbito nacional.

A Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde foi posteriormente endossada pela 65^a Assembleia Mundial da Saúde da OMS, junto com medidas para respaldar as suas cinco áreas prioritárias de ação: governança para combater as causas fundamentais de desigualdade de saúde, promoção da participação e liderança da comunidade, papel do setor da saúde de reduzir as iniquidades, ação entre parceiros e interessados diretos globais, e monitoramento do progresso.

Em junho de 2012, a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20) reforçou ainda mais a abordagem dos DSS ao fazer uma convocação para “ação sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, tanto nas populações pobres e vulneráveis quanto em toda a população... para criar sociedades saudáveis, economicamente produtivas, equitativas e inclusivas”.

19. Na primeira década dos anos 2000, a média de gastos públicos de saúde na América Latina e no Caribe atingiu o valor máximo de 4,1 % do PIB em 2008–2009, e os gastos de saúde nos países em separado foram em muitos casos significativamente inferiores nesta década. O World Health Report 2010, *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho à cobertura universal*, apresenta dados mostrando que nenhum país alcançou cobertura universal de saúde com gastos públicos de saúde inferiores a 5–6% do PIB. Contudo, vários países ampliaram a cobertura de saúde ao aumentar a proporção da população com cobertura ou o nível dos serviços ofertados, reduzindo os gastos por conta própria dos indivíduos e famílias, ou uma combinação dos três.

20. O *Sistema Único de Saúde* do Brasil foi criado originalmente em 1988 e foi ampliado para dar cobertura a 80% dos quase 200 milhões de habitantes do país ao final da década. O plano público voluntário do México, *Seguro Popular*, estabelecido em 2004, conseguiu ao final da década ter um alcance de 50 milhões de pessoas em 32 estados que não eram cobertos por outras instituições de previdência social. No Chile, o programa *Régimen de Garantías Explícitas en Salud* (acesso universal com garantias explícito) (AUGE), instituído em 2005, fortaleceu o sistema de atenção universal à saúde existente no país ao fornecer cobertura garantida dentro de prazos específicos para 70 problemas de saúde de alta morbidade. No Uruguai, o *Sistema Nacional Integrado de Salud* (sistema nacional integrado de saúde), criado em 2007, aumentou a qualidade e a sustentabilidade do sistema de atenção universal à saúde do país através de reformas de financiamento, um pacote garantido de serviços, e melhor distribuição dos beneficiários entre provedores privados e públicos, independentemente da condição financeira. Nos Estados Unidos, a Lei de Proteção do Paciente e Saúde Acessível Act de 2010 visa expandir progressivamente a cobertura de seguro de saúde e, concomitantemente,

melhorar a prestação de atenção de saúde e reduzir custos, representando o mais importante empenho da reforma da saúde nos EUA desde os anos 1960.

21. A cobertura de assistência de saúde também se ampliou como parte de um número crescente de programas direcionados ao combate da pobreza em que os beneficiários tinham de receber intervenções de saúde como condição para a transferência de renda. Ao final da década, cerca de 3,1 milhões de famílias no Brasil estavam recebendo benefícios de saúde e outros benefícios com o programa *Bolsa Família*, enquanto 5,8 milhões de famílias se beneficiavam com o programa *Oportunidades* do México e 1,1 milhão de pessoas se beneficiava com o programa *Chile Solidario*. Outros países, como Colômbia, Equador, e Peru, iniciaram esforços importantes para impulsionar o debate nacional sobre a cobertura universal de saúde.

22. O empenho crescente dos governos de cumprir os compromissos de saúde e desenvolvimento social também levou a maior uso da legislação, autoridade orçamentária e lei constitucional para a reforma da saúde e sistemas de proteção sociais e para ampliar a ação do governo em áreas relacionadas com os determinantes sociais da saúde. Prosseguindo com um processo que começou nos anos noventa, a Bolívia, República Dominicana e Equador estiveram entre os países que adotaram novas constituições que garantem explicitamente o direito à saúde e inclui mandatos para reformas legais que fortalecem o papel gestor da autoridade sanitária nacional e maior participação, transparência e responsabilidade no setor da saúde.

23. Além dessas disposições constitucionais, outros países desenvolveram novos regimes jurídicos para o setor da saúde, inclusive legislação para criar agências reguladoras ou consolidar as existentes. Argentina, Guatemala e Panamá estiveram entre os países que elaboraram novas leis nacionais de saúde e lançaram debates nacionais sobre a legislação proposta liderados pelas autoridades sanitárias nacionais e comissões parlamentares de saúde. A legislação proposta pelo Panamá visa criar uma autoridade reguladora da área farmacêutica, enquanto que a República Dominicana propõe criar uma agência para gerir os serviços públicos de saúde. O Paraguai está considerando propor novas regulamentações para guiar a implantação da sua lei de 1996 (No. 2.319) estabelecendo as funções e as competências da autoridade sanitária nacional.

24. Esteve relacionado a estes avanços o uso crescente de tratados internacionais e outros acordos como instrumentos para ação coletiva para proteger a saúde da população de ameaças comuns. O mais importante destes tratados foi a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (CMLAT), adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2003 como o primeiro tratado internacional relacionado com a saúde. Em 2012, 29 dos 35 países nas Américas eram signatários do tratado, inclusive recentemente sete países – Bahamas, Colômbia, Costa Rica, Nicarágua, São Kitts e Nevis, São Vicente e Granadinas e Suriname –, que ratificaram o tratado nos últimos cinco anos.

25. De 2008 a 2012, vários países da Região fizeram um progresso importante ao implementar a CMLAT. Doze novas leis foram aprovadas proibindo fumar em espaços públicos internos e locais de trabalho, juntando-se ao Uruguai, que foi o primeiro país da Região a implementar tal proibição em 2005. Em 2012, o Canadá tinha instituído leis que restringiam o fumo no âmbito subnacional que efetivamente protegiam 90% da população. Além disso, 14 países sancionaram leis sobre embalagem e rotulagem de produtos do tabaco, sendo a maioria condizente com as disposições da CMLAT quanto ao tamanho das advertências de saúde, uso de advertências gráficas e proibições do uso de termos enganosos (por exemplo, cigarros “suaves”). Foram conquistas obtidas apesar do firme empenho da indústria do tabaco de minar o controle do tabagismo.

26. Em 2011, os Estados Membros da OPAS/OMS respaldaram medidas semelhantes voltadas ao álcool como parte do Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial do Alcool (CD51.R14). O plano propõe medidas como aumento dos impostos sobre bebidas alcoólicas; restrições de idade, tipo de pontos de venda e horários para venda e compra de álcool; e limites para a publicidade, especialmente a dirigida aos jovens. Assim como com o tabaco, a indústria do álcool reagiu com esforços ativos para impedir a implantação destas medidas.

27. Em conformidade com esses esforços e contribuindo para ampliar a cobertura de saúde, houve uma ênfase crescente, embora incipiente, à ação de saúde pública baseada em direitos humanos, igualdade de gênero e diversidade cultural. Em todos os países da Região, essas questões foram temas de nova legislação, políticas ou mecanismos destinados a proteger e promover a “saúde para todos”. Em particular, devem-se destacar os esforços entre os países e nos próprios países para definir as respostas multissetoriais do governo e da sociedade civil aos desafios complexos e desigualdades de saúde pública, como violência contra a mulher, acesso à atenção e tratamento para pessoas vivendo com HIV, identidade de gênero e direitos sexuais e reprodutivos.

28. Esses esforços culminaram em conquistas como novas políticas de igualdade de gênero no setor da saúde, reformas da saúde mental que incorporam a proteção dos direitos humanos, descriminalização de comportamentos de orientação sexual, criminalização da violência contra a mulher, criação de ministérios interculturais ou escritórios de alto nível dentro dos governos, compromissos sub-regionais sobre igualdade étnica e de gênero em saúde e instituição de grupos técnicos governamentais de defesa da equidade na saúde nas agendas regionais, sub-regionais e nacionais de saúde. Muitos desses processos adotaram tratados, convenções ou resoluções universais ou regionais que estabelecem o compromisso dos países com a proteção da saúde e dos direitos humanos.

29. A determinação da Região de enfrentar a crescente epidemia de DNTs se fortaleceu no decorrer da década e foi refletida em várias novas iniciativas e compromissos regionais. Estes englobaram dos esforços mencionados acima para implementação da CMLAT a iniciativas das primeiras-damas voltadas ao combate da obesidade infantil, por exemplo, “Let’s Move!” nos Estados Unidos e “Elige Vivir Sano” no Chile, e leis e regulamentações sobre marketing de alimentos para crianças e controle nas escolas de alimentos pouco nutritivos, como no Chile, Costa Rica e México.

30. O Caribe foi um líder regional nesses esforços, realizando a primeira Cúpula Regional sobre Doenças Não Transmissíveis Crônicas, em Trinidad e Tobago em 2007. A Declaração de Port of Spain, “Unidos para deter a epidemia de doenças crônicas” priorizou as doenças crônicas na agenda de saúde do Caribe, firmando o compromisso com uma série de políticas e ações baseadas em um modelo multissetorial “de toda a sociedade”. Entre elas, iniciativas de promoção de saúde e educação em saúde, programas ampliados para detecção precoce e tratamento de DNTs, incentivos e recursos para melhorar a nutrição e aumentar a atividade física em escolas e outros locais, implementação completa da CMLAT, mandatos para rotulagem do conteúdo nutricional dos alimentos e políticas agrícolas e de comércio que promovem produtos indígenas e combatem os efeitos negativos da globalização no abastecimento de alimentos.

31. Em 2010, os países do Caribe patrocinaram uma resolução na Assembleia Geral das Nações Unidas convocando uma reunião de alto nível para maior conscientização sobre o ônus das DNTs em todo o mundo e estimular novos compromissos para combater o problema. A Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre Doenças Não Transmissíveis Crônicas foi realizada em Nova York em 19 e 20 de setembro de 2011 e foi somente a segunda reunião das Nações Unidas centrada em saúde, após a sessão especial de 2001 sobre a epidemia de HIV/AIDS. A declaração final foi influenciada pelo acordo de Port of Spain, reiterando a necessidade de políticas e ações multissetoriais para combater as DNTs e seus fatores de risco e instando a implementação das estratégias globais da OMS para alimentação saudável, atividade física e saúde, assim como a implementação acelerada da CMLAT.

32. O envelhecimento populacional na Região e o aumento relacionado das doenças crônicas não transmissíveis criaram novos desafios para os sistemas de saúde, mas não eliminaram a necessidade de enfrentar problemas havia muito existentes, como as doenças infecciosas e as doenças relacionadas à pobreza. Em alguns países, como Bolívia, Guatemala e Paraguai, as doenças transmissíveis continuam contribuindo em grande parte para a morbidade. Outros países enfrentam uma carga epidemiológica “dupla” (ou mesmo “tripla”) na qual as doenças infecciosas continuam sendo responsáveis por uma proporção significativa das doenças e mortes, embora as doenças crônicas estejam avançando rapidamente e as causas externas, em particular acidentes e violência, também contribuem substancialmente à morbidade.

33. Embora outras regiões em desenvolvimento enfrentem panoramas epidemiológicos semelhantes, a América Latina e Caribe superaram outras regiões em um aspecto-chave: a redução da carga das doenças que podem ser prevenidas com vacinação. Em 2010, a cobertura básica de vacinação foi, em média, superior a 92% em crianças menores de 1 ano nas Américas. Devido às altas taxas de cobertura, a Região pôde consolidar avanços importantes como a eliminação do sarampo endêmico e da rubéola (em processo de comprovação) e os menores índices de mortalidade infantil entre as regiões em desenvolvimento. Além disso, quase todos os países eliminaram o tétano neonatal como um problema de saúde pública. A exceção, o Haiti, entrou para os anais da história no início de 2012 com esforços redobrados de vacinação que atingiram cerca de 3 milhões de crianças, que foram vacinadas contra poliomielite, sarampo e rubéola, com uma cobertura vacinal superior a 98 % em todas as faixas etárias. A introdução da vacina pentavalente no Haiti estava programada para o final de setembro de 2012.

34. Além do progresso contra as doenças que podem ser prevenidas com vacinação, a Região também fez várias incursões importantes para combater as chamadas doenças negligenciadas e doenças da pobreza. Ao final da década, todos os países da Região, exceto o Brasil, haviam eliminado a hanseníase em âmbito nacional (com menos de 1 caso por 10 mil habitantes), e os 21 países com doença de Chagas endêmica haviam atingido a interrupção da transmissão doméstica por vetores. Em 2007, a Região havia eliminado a cegueira causada por oncocercose e a transmissão da doença foi interrompida ou eliminada em diversos focos na Colômbia, Equador, Guatemala, México e Venezuela. Em 2011, Costa Rica, Suriname e Trinidad e Tobago tinham conseguido a interrupção da transmissão da filariose linfática. Porém, a doença continuava sendo um problema no Brasil, República Dominicana, Guiana e Haiti. Entre as outras doenças da pobreza que ainda eram um problema na Região estavam as infecções por helmintos, tracoma, esquistossomose, leptospirose e leishmaniose, sendo esta última uma das poucas doenças infecciosas que teve crescimento durante a década.

35. A adoção do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em 2005 foi um marco importante da saúde pública no âmbito global e também nas Américas e deu início a um processo de fortalecimento das capacidades epidemiológicas de alerta e resposta que está em curso. Os programas de cooperação técnica da OPAS/OMS deram respaldo a este e outros processos e conquistas importantes de saúde pública durante a década. O Capítulo II apresenta os destaques deste trabalho.

CAPÍTULO II

OPAS: UM PARCEIRO PARA O NOVO SÉCULO

36. Os complexos desafios da saúde enfrentados pelas Américas no início do novo milênio, aliados ao panorama em transição de cooperação internacional para o desenvolvimento, levaram a uma análise de amplo alcance dos programas de cooperação técnica da OPAS/OMS, seus modelos de organização e gestão e suas relações com Estados Membros e outros interessados diretos.

37. Parte deste processo foi conduzido por um grupo especial, o Grupo de Trabalho sobre a OPAS no Século 21, formado pela Argentina, Barbados, Costa Rica, Cuba e Peru, com a colaboração do Canadá, Guatemala, Haiti e os Estados Unidos. Depois de um processo de consultas com outros Estados Membros, o grupo divulgou um relatório em que analisa os desafios e as oportunidades enfrentados pela Organização e faz recomendações para os programas de cooperação técnica e reforma interna.

38. As recomendações do grupo foram incorporadas em um esforço importante de reorganização que já havia sido lançado pela Gestão Executiva da OPAS em 2003. Os processos combinados produziram mudanças na estrutura de programas da OPAS, alocação de recursos, gestão de recursos humanos e interações com os Estados Membros e outros parceiros.

39. O Relatório do Grupo de Trabalho sobre a OPAS no Século 21 reiterou três mandatos abrangentes concedidos à OPAS/OMS por seus Estados Membros no início dos anos 2000: (a) sustentar o progresso dos países nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde (ODMs) ao incorporá-los nos seus programas de cooperação técnica, políticas e operações e ajudando os países a integrá-los nas suas políticas nacionais de saúde; (b) apoiar os países a redobrar os seus esforços para garantir proteção social ampliada na saúde e (c) assegurar que os programas técnicos de toda a Organização sejam fundamentados nos princípios de atenção primária à saúde.

40. Além disso, o grupo de trabalho identificou várias funções-chave para a OPAS/OMS na panorama em transição de cooperação internacional da saúde. Entre elas: (a) provisão de liderança, coordenação e orientação técnica a um número crescente de atores da saúde na Região; (b) captação dos recursos; (c) promoção de parcerias e redes para a saúde; (d) facilitação do intercâmbio de conhecimento, tecnologia e capacidade técnica; (e) desenvolvimento de sistemas e mecanismos de prestação de contas e transparência e (f) trabalho para assegurar a conformidade entre estratégias e ações no âmbito nacional, regional e global.

41. Neste capítulo são apresentados os pontos de destaque da cooperação técnica da Organização nessas áreas, com ênfase nos cinco últimos anos. No Capítulo III são detalhadas as reformas institucionais realizadas em resposta ao relatório OPAS no Século 21 e outros mandatos dos Estados Membros.

O Cumprimento dos ODMs e a Renovação da Atenção Primária à Saúde

42. Como observado no Capítulo I, a Região das Américas teve progresso considerável rumo às ODMs relacionadas com a saúde e em outros ODMs na primeira década dos anos 2000, embora este progresso tenha variado entre os países, e em todos os países verificou-se que havia comunidades e grupos que não partilhavam plenamente dos benefícios resultantes.

43. A cooperação técnica da OPAS/OMS contribuiu para o progresso dos ODMs por meio de programas e iniciativas continuados lançados especificamente para impulsionar estes objetivos. Entre eles, os programas e projetos para reduzir a mortalidade materna e infantil, melhorar a nutrição, combater o HIV e outras doenças infecciosas, promover o acesso à água potável e saneamento, fortalecer os sistemas de saúde e ampliar a proteção social em saúde.

44. Para impulsionar os ODMs no âmbito local, a OPAS/OMS lançou a iniciativa Rostos, Vozes e Lugares, que promove um enfoque integrado e participativo para a saúde e o desenvolvimento em comunidades vulneráveis. A iniciativa funciona com parcerias multissetoriais e interinstitucionais que prestam cooperação técnica para capacitar as comunidades a combater os determinantes sociais da saúde. Em 2012, a iniciativa havia se expandido e incluía mais de 50 comunidades em 23 países e quatro territórios transnacionais.

45. Este e outros esforços de cooperação técnica da OPAS/OMS para apoiar os ODMs relacionados com a saúde são detalhados no Relatório Anual do Diretor, *Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: do compromisso à ação* (CD51/3 [2011]).

46. Um dos esforços regionais de saúde mais importantes da década, que contribuiu consideravelmente para o avanço da agenda dos ODMs, foi o processo de “Renovação da Atenção Primária à Saúde”, lançado em 2003 no 25º aniversário da Conferência Internacional para Atenção Primária de Saúde de 1978 (Conferência de Alma-Ata). A pedido dos Estados Membros, a Repartição organizou uma série de atividades para comemorar o legado de Alma-Ata e sua convocação à “saúde para todos”. Durante as consultas realizadas no âmbito regional, sub-regional e nacional, os Estados Membros avaliaram as experiências com a adoção da estratégia de atenção primária à saúde (APS) nos 25 anos precedentes e analisaram sua relevância em tornar os sistemas de saúde atuais mais eficientes, eficazes e equitativos. Essas atividades resultaram na publicação em 2007 de *Renovação da atenção primária à saúde nas Américas*, um documento de

posição da OPAS que estabeleceu as linhas estratégicas de ação para desenvolver e fortalecer sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde.

47. Esta visão renovada da APS foi aprovada pela Conferência Internacional “Buenos Aires 30/15: de Alma Ata à Declaração do Milênio” de 2007, incorporada na Agenda de Saúde das Américas 2008–2017 e foi reforçada no âmbito global no World Health Report de 2008, *Atenção primária à saúde, agora mais do que nunca*.

48. A estratégia de APS guiou o trabalho da OPAS/OMS na área de fortalecimento dos sistemas de saúde em grande parte da década. A área redenominada como área de sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde (HSS), junto com outras áreas da OPAS/OMS, forneceu cooperação técnica com o propósito de tornar os sistemas de saúde mais eficientes, equitativos, inclusivos e eficazes. As principais áreas programáticas foram redes integradas de serviços de saúde (RISS), recursos humanos para a saúde, qualidade e aceitabilidade da atenção, acesso a medicamentos e tecnologias em saúde, igualdade de gênero e multiculturalidade, formulação de políticas, e pesquisa. Alguns exemplos deste trabalho foram:

- (a) Consultas nacionais organizadas em 10 países – Argentina, Belize, Brasil, Chile, Cuba, Equador, México, Paraguai, Trinidad e Tobago e Uruguai – sobre RISS como uma estratégia para melhorar a eficiência e a qualidade em sistemas de saúde fragmentados. Entre os participantes estiveram representantes de ministérios da saúde, institutos de previdência social, seguradoras e provedores de serviços de saúde privados, comunidade acadêmica, organizações da sociedade civil e associações profissionais.
- (b) Esforços para fortalecer a organização e a gestão dos serviços médicos de emergência (SME) por meio de análises da legislação existente, publicação de um manual sobre triagem em salas de emergência e o desenvolvimento de uma análise regional da situação dos SME com ênfase na atenção pré-hospitalar. Até o momento, estudos de casos foram finalizados em 14 países: Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, Honduras, Guatemala, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.
- (c) Apoio à elaboração, avaliação e implementação de políticas farmacêuticas em 12 países: Barbados, Belize, Colômbia, Equador, El Salvador, Haiti, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Santa Lúcia, Suriname e Uruguai.
- (d) Fortalecimento das autoridades reguladoras nacionais de medicamentos através da Rede Pan-Americana para a Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (PANDRH), criada em parceria com as autoridades reguladoras nacionais em toda a Região para que impulsionem a harmonização reguladora farmacêutica.
- (e) Apoio a avaliações nacionais de serviços de radioterapia em 11 países – Bahamas, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guiana, Honduras, Nicarágua,

- Panamá, Paraguai, Suriname, Trinidad e Tobago – e de serviços de diagnóstico por imagem na Guiana, Suriname e Trinidad e Tobago.
- (f) Avaliação e planos de melhorias para regulação da segurança radiológica na Argentina, Colômbia, Costa Rica, Honduras, Nicarágua, Panamá e Paraguai, e um plano de ação para os Estados Membros do CARICOM.
 - (g) Apoio a avaliações nacionais dos sistemas de saúde mental em 32 países da América Latina e Caribe usando o Instrumento de Avaliação da OMS para Sistemas de Saúde Mental (WHO-AIMS), para obter embasamento para o planejamento nacional de saúde.
 - (h) Colaboração na maioria dos países da América Latina e Caribe na formulação e divulgação de políticas nacionais para pesquisa em saúde.
 - (i) Desenvolvimento de planos detalhados de colaboração para 10 países – Bolívia, Colômbia, El Salvador, Guatemala, Guiana, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru e Suriname – para incorporar a igualdade de gênero no setor da saúde.
 - (j) Apoio a seis países – Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela – para a criação de comissões nacionais para abordar as necessidades especiais de saúde de afrodescendentes.
 - (k) Estímulo à instituição de um grupo de trabalho no Caribe para o acesso de grupos-chave – em particular, profissionais do sexo, homens quem fazem sexo com homens e pessoas transgênero – a serviços de qualidade para prevenção, tratamento e atenção ao HIV.

49. Além destes os esforços voltados ao fortalecimento dos sistemas de saúde, a OPAS/OMS também realizou algumas iniciativas para fortalecer o próprio enfoque de APS. Entre eles, uma parceria com a Universidade de Nova York para coletar dados de referência para monitorar o progresso da APS nos países da América Latina e Caribe e uma parceria com a Universidade Johns Hopkins para desenvolver um modelo analítico e metodologia para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde de uma perspectiva de APS. O Relatório Anual do Diretor de 2009, Avançando rumo à “saúde para todos”: progresso na atenção primária à saúde nas Américas, proporciona mais informações sobre os esforços da OPAS/OMS para promover o progresso da APS.

50. Como observado no Capítulo I, uma das realizações de saúde mais importantes da Região na primeira década dos anos 2000 foi o progresso rumo ao acesso universal à atenção de saúde, uma meta central do enfoque de APS. A ampliação do acesso à atenção de saúde exigiu que os países buscassem enfoques inovadores para financiar e gerir os seus sistemas de saúde a fim de melhorar a eficiência e sustentabilidade. Argentina, Bolívia e Colômbia são alguns dentre vários países que melhoraram a gestão e formação dos recursos humanos para assegurar que a distribuição, a composição e as aptidões da força de trabalho da saúde estivessem alinhadas às necessidades prioritárias de saúde.

Outros países obtiveram maior sustentabilidade e eficiência com a descentralização, como no Sistema Único de Saúde do Brasil, que é em parte gerido e financiado pelos governos municipais e estaduais. Outros países, como o México, concentraram-se no desenvolvimento de RISS para melhorar tanto a eficiência como a qualidade dos serviços de saúde. A OPAS/OMS apoiou e promoveu esses enfoques tanto no âmbito nacional como regional.

51. A Organização também trabalhou estreitamente com os ministérios da saúde para melhorar sua capacidade de produzir e analisar informação para o planejamento de saúde, economia e financiamento dos sistemas de saúde e melhorar tanto a eficiência como a equidade na alocação e uso dos recursos disponíveis.

52. Com o uso de uma metodologia elaborada pela OPAS/OMS, sete países – Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Jamaica, México e Peru – completaram uma primeira série de estudos sobre o progresso nos últimos 10–15 anos da igualdade na utilização dos serviços de saúde. Os resultados demonstraram redução da desigualdade em quatro destes países, nenhuma mudança em dois e maior desigualdade em um.

53. Uma iniciativa com a Comissão Andina de Economia e Saúde (CASE) e Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe (CEPAL) visa harmonizar os dados de gastos de saúde nos países andinos. A OPAS/OMS também começou a desenvolver um novo modelo conjunto para analisar o impacto econômico do ônus crescente das doenças não transmissíveis na Região para subsidiar a formulação de políticas nos moldes de ação multissetorial.

54. A iniciativa ProVac da OPAS/OMS, patrocinada pela Fundação Bill e Melinda Gates, ajudou os países a coletar e analisar dados para o processo decisório sobre a introdução de novas vacinas e também deu orientação para o planejamento da incorporação eficaz e sustentável de novas vacinas nos planos nacionais de vacinação.

55. Em contraste com décadas anteriores, quando os países de baixa renda da Região ficavam em grande desvantagem em relação aos Estados Unidos e Canadá na introdução de vacinas recém-lançadas, 24 países e territórios da América Latina e Caribe introduziram a nova vacina pneumocócica conjugada e 16 introduziram a vacina de rotavírus entre 2002 e 2012. Vários países também obtiveram bons resultados com maior utilização da vacina contra influenza sazonal e, com o apoio técnico e de compras da OPAS através do Fundo Rotativo da OPAS, muitos implantaram com sucesso a vacinação contra o vírus pandêmico H1N1 (2009) apesar das consideráveis dificuldades reguladoras, logísticas e de relações públicas.

10 Anos da Semana de Vacinação nas Américas

Um importante marco regional de saúde foi a celebração em 2012 do 10o aniversário da Semana de Vacinação nas Américas (SVA), a maior iniciativa pan-americana de saúde da Região. Com a inclusão de 44 milhões de homens, mulheres e crianças em 45 países e territórios em 2012, estima-se que a SVA tenha alcançado um total de mais de 400 milhões de pessoas nos seus 10 anos de vida. Em grande parte devido ao interesse gerado pela SVA e à campanha ativa de seus defensores, um número crescente de regiões da OMS lançou suas próprias semanas de vacinação na década passada. O ponto alto destes esforços – e a realização de um sonho mundial de saúde – foi a participação de mais de 180 países e territórios das seis regiões da OMS na primeira Semana Mundial de Vacinação em 2012.

56. O Fundo Rotativo e o Fundo Estratégico da OPAS tiveram um papel fundamental nos esforços para melhorar a eficiência dos sistemas de saúde, ao comprar vacinas, medicamentos e outras provisões de saúde pública a preços baixos com compras em grandes quantidades, mas também ao vincular sua aquisição a processos técnicos de planejamento e programação. Os gastos anuais em nome dos Estados Membros da OPAS pelo Fundo Rotativo aumentaram de US\$ 105,3 milhões em 2000 a US\$ 505,3 milhões em 2011 e pelo Fundo Estratégico, de US\$ 3,5 milhões em 2004 (primeiro ano de operações completas) a US\$ 49,7 milhões em 2011. Com mais de 24 países que agora participam do Fundo Estratégico, este tem sido usado pelos Estados Membros para triplicar a quantidade de medicamentos disponíveis para o tratamento da doença de Chagas desde 2008 e, ao mesmo tempo, baixar os preços dos medicamentos para tratar o HIV/aids, tuberculose e malária.

Líderes no Programa de Saúde Internacional

Como parte dos esforços de fortalecer os recursos humanos para a saúde, em 2008, a OPAS/OMS lançou uma versão nova, descentralizada do seu programa de formação para profissionais em saúde internacional, originalmente criado em 1985. O novo Programa Edmundo Granda Ugalde para Líderes em Saúde Internacional (LIHP) é direcionado a gerentes de médio e alto nível e diretores em cargos de chefia dos ministérios da Saúde, Desenvolvimento, Fazenda e Relações Exteriores, entre outros, assim como da comunidade acadêmica, ONGs, representações nos países da OPAS/OMS, e outros organismos internacionais. Cada curso com nove meses de duração inclui uma série de experiências de aprendizagem virtuais baseadas na solução de problemas com o uso do Campus Virtual para a Saúde Pública. Além disso, os participantes se tornam membros de equipes interssetoriais nacionais que desenvolvem e implementam projetos com base nas necessidades e prioridades do país, em cooperação com as representações nos países da OPAS/OMS, autoridades nacionais, e outros parceiros nacionais e internacionais. Desde o seu lançamento em 2008, mais de 200 profissionais de 32 países participaram do programa reformulado, contribuindo em mais de 90 projetos nacionais e, em alguns casos, para a transformação de modelos de cooperação técnica da OPAS/OMS.

Combate às Doenças Crônicas

57. No início dos anos 2000, houve a emergência das doenças crônicas não transmissíveis (DNTs) como principal causa de morte e doença em quase todos os Estados Membros da OPAS/OMS. A Organização apoiou esforços para enfrentar a epidemia no âmbito regional, sub-regional e nacional com a defesa da causa e formulação de políticas, vigilância, promoção da saúde e prevenção e controle integrado das doenças.

58. Este trabalho foi guiado pela Estratégia e Plano de Ação Regional para um Enfoque Integrado à Prevenção e Controle das Doenças Crônicas, incluindo Alimentação, Atividade Física e Saúde, assim como estratégias específicas para diabetes e obesidade, câncer do colo uterino e nutrição no desenvolvimento. Os países fizeram progresso considerável ao implementar essas estratégias e outras iniciativas direcionadas às DNTs ao longo da década.

59. Na Argentina, a Organização apoiou a criação de um novo departamento de promoção de saúde, prevenção e controle das DNTs; um novo Instituto Nacional do Câncer; um novo programa de prevenção e controle do câncer do colo uterino e melhorias nos sistemas de informação relacionados ao câncer. Também apoiou iniciativas para reduzir o sal na alimentação, aumentar o consumo de frutas e verduras, eliminar as gorduras trans dos alimentos industrializados e promover a legislação contra o tabaco.

60. Em Aruba, a OPAS/OMS fez parceria com o Ministério da Saúde para organizar a primeira e a segunda Conferência Pan-americana de Obesidade (PACO), em 2011 e 2012. As conferências reuniram ministros da Saúde, Educação, Agricultura, Desenvolvimento, Transporte, entre outros, assim como representantes dos governos locais e da sociedade civil para avaliar as causas da obesidade e promover a ação multisectorial para prevenir e combater o problema.

61. Em Belize, a OPAS/OMS fez parceria com a Organização para a Agricultura e Alimentação (FAO), o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) e o Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) para respaldar a formulação de orientações alimentares conhecidas como cesta de alimentos de Belize. O enfoque converte informação científica em requisitos nutricionais e composição de alimentos em orientações de fácil compreensão para incentivar a escolha de alimentos saudáveis e promover a prevenção. A nova cesta de alimentos foi lançada em 2012 pelos ministérios da Saúde, Educação e Agricultura.

62. No Brasil, a Organização apoiou esforços por parte do Programa Nacional de Controle do Tabagismo para implementar as disposições da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CMLAT). Entre eles, a aprovação de uma lei de espaços públicos livres de fumo, novas restrições à publicidade do tabaco, requisitos de advertências de

saúde para maços de cigarro e novos impostos sobre os produtos do fumo. A Fundação da Família Bloomberg respaldou esses esforços, assim como um outro esforço semelhante no México como parte da Iniciativa Global Bloomberg.

63. Na Colômbia, a OPAS/OMS fez parceria com o Ministério da Saúde para fortalecer a implantação das leis de controle do tabagismo no país e estabelecer normas para refeições saudáveis nas escolas, e para um projeto-piloto para transformar o ministério, assim como a representação no país da OPAS/OMS, em “loais de trabalho saudáveis”.

64. Em dezembro de 2009, a Organização realizou um fórum especial, Fórum de Parceiros contra as Doenças Não Transmissíveis,² ao qual compareceram representantes de organizações da sociedade civil, governos membros e do setor privado. A iniciativa foi relançada em 2012 como o novo Fórum Pan-americano para Ação nas Doenças Não Transmissíveis. Ele reúne profissionais da saúde que são membros da Rede de Ação Colaborativa para Prevenção de Fatores de Risco e Controle Eficaz de DNTs (CARMEN) e representantes de instituições acadêmicas e do setor privado com o propósito de estimular a colaboração estratégica interssetorial e inovação para criar políticas e campanhas para a prevenção e o controle das doenças crônicas.

65. Uma parceria com o Fórum Mundial Econômico fez com que fosse realizada em setembro de 2011 a primeira Semana do Bem-estar na cidade de Nova York, na véspera da Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre Doenças Não Transmissíveis. Originalmente inspirada no Dia do Bem-estar do Caribe (comemorado no Caribe em 13 de setembro), a Semana do Bem-estar de 2011 teve com objetivo conscientizar o público da importância de ambientes saudáveis para reduzir os fatores de risco e promover a prevenção de doenças não transmissíveis. Em Nova York, outros parceiros foram a Câmara de Comércio do Grande Harlem, Academia de Medicina de Nova York e City College of New York. A semana foi também celebrada em outros países, como Argentina, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Nicarágua, Peru e Espanha.

Países Prioritários da OPAS

66. Cinco países – Bolívia, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua – foram identificados nos planos estratégicos da OPAS de 2003–2007 e de 2008–2012 como “países-chave” que enfrentavam desafios de saúde e equidade e exigiam consideração

² Entre os membros e apoiadores estão o Fórum Econômico Mundial, Fórum Internacional de Líderes Empresariais, Fundação Interamericana de Cardiologia, filial da Consumers International Latin American, 5-a-Day, Coalizão do Caribe Saudável, Universidade McGill, Fundação Mundial de Diabetes, Agência de Saúde Pública do Canadá, CDC, AECID, Kraft Foods, Unilever, Nestlé, Pepsi-Cola, Grupo Bimbo, Coca-Cola, Pfizer, GSK, Merck, Medtronic, Sanofi e Johnson & Johnson.

especial nos programas de cooperação técnica e captação de recursos. Esses cinco países-chave receberam uma parcela maior de alocação do orçamento da OPAS, assim como consideração prioritária para inclusão nas principais subvenções e projetos que contemplavam suas respectivas necessidades de saúde. Quatro dos cinco países-chave estavam entre os primeiros a ter uma Estratégia de Cooperação de Países (ECP), uma ferramenta da Política de Foco no País da OPAS que visa fortalecer as relações com o ministério da Saúde do país, alinhar as prioridades de cooperação técnica com as necessidades nacionais, e coordenar os esforços com outros parceiros de desenvolvimento que atuavam nesses países. (No caso do Haiti, condições políticas e de emergência tornaram necessário adotar um Modelo Provisório de Cooperação em vez da ECP mais abrangente.)

Entre os pontos de destaque da recente cooperação técnica da OPAS/OMS e realizações nos cinco países-chave estão:

Na Bolívia:

- (a) Apoio a uma nova lei instituindo um sistema único de saúde, assim como um novo modelo para Saúde Familiar Comunitária Intercultural (SAFCI) que incorpora aspectos de gênero, grupo étnico e direitos humanos.
- (b) Instituição de medidas de proteção social para grupos vulneráveis, inclusive mulheres em idade reprodutiva (SUMI) e idosos (SSPAM), que estão sendo adaptados para inclusão no sistema único de saúde, com cobertura universal como meta máxima.
- (c) Implementação de modelos de vigilância comunitária em áreas urbanas e rurais para reduzir a mortalidade materna, com foco na participação e apoderamento da comunidade como parte da SAFCI; Além disso, fortalecimento dos prontuários de saúde materna e perinatal e sistema de informação. Inclui o uso de software de georreferenciamento e bancos de dados pelo Ministério da Saúde para analisar a funcionalidade da rede de serviços de saúde para propiciar subsídios para mudanças e ajustes.
- (d) Desenvolvimento e implementação de uma nova política nacional de recursos humanos em saúde (RHS), fortalecimento do sistema de informação de RHS e formação em administração e uso do modelo de SAFCI.
- (e) Consolidação de um sistema único de medicina e aquisição e abastecimento de provisões médicas baseado em informação atualizada em 81% dos sistemas públicos de saúde. Implementação de uma estratégia sobre o uso racional de medicamentos, com medidas para promover a eficiência, transparência e responsabilidade.
- (f) Introdução de novas vacinas – contra rotavírus (em parceria com a GAVI), influenza sazonal, H1N1 e reforços de DPT e poliomielite – no Plano Nacional de

Vacinação; implementação de diversas estratégias para manter os índices de cobertura de vacinação; e progresso rumo à certificação do país como livre do sarampo e rubéola.

- (g) Campanhas de massa contra verminose em áreas endêmicas de La Paz direcionadas a quase 400 mil habitantes.
- (h) Formulação do primeiro plano nacional para doenças não transmissíveis e integração de suas variáveis no sistema nacional de informação de saúde.

Na Guiana:

- (a) Treinamento no serviço de pessoal da saúde em atenção neonatal e de emergências obstétricas, em colaboração com o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).
- (b) Formulação de um plano estratégico para o setor de saneamento.
- (c) Redução da prevalência de infecção pelo HIV em adultos nos últimos cinco anos.
- (d) Fortalecimento da atenção primária à saúde com a ampliação do Programa Integrado de Doenças do Adolescente e do Adulto (IMAI), como parte do Programa de Controle de Doenças do Ministério da Saúde. Este programa ganhou reconhecimento quando a Guiana foi agraciada com o Prêmio Sérgio Arouca em 2011.
- (e) Redução de 50% dos casos de malária entre 2000 e 2009 como o resultado de esforços como a descentralização e a integração do Sistema de Informação de Malária aos serviços de atenção primária à saúde (com apoio da Iniciativa Amazônica de Malária, Rede Amazônica para Vigilância da Resistência aos Antimaláricos e OPAS) e a adoção de uma estratégia de controle integrado de vetores, inclusive com a implantação de uma rede de controle de vetores.
- (f) Implementação de um sistema de monitoramento de pacientes para atenção e tratamento do HIV, que foi documentado como sendo uma boa prática.
- (g) Introdução da vacina contra rotavírus e vacina antipneumocócica (em parceria com a GAVI).

No Haiti:

- (a) Treinamento em gestão de casos e fortalecimento da vigilância durante o surto de cólera.
- (b) Desenvolvimento e ampliação da Atenção Obstétrica Gratuita (SOG) e Atenção Infantil Gratuita (SIG), que oferece acesso gratuito a serviços de saúde para crianças menores de 5 anos.

- (c) Implementação do primeiro sistema de informação perinatal em tempo real, que facilitará a tomada de decisão com base científica.
- (d) Reinício do programa nacional de vacinação infantil com a formulação do Plano Estratégico do Programa Ampliado de Imunização para 2010–2015. (Em acréscimo à campanha de vacinação pós-desastre realizada nos departamentos e municípios mais afetados pelo terremoto.)
- (e) Formulação de um protocolo nacional para o tratamento da desnutrição aguda e sua adaptação à situação pós-desastre.

Em Honduras:

- (a) Estratégia para acelerar a redução da mortalidade materna infantil, com a institucionalização do sistema de informação perinatal.
- (b) Introdução de novas vacinas para rotavírus e pneumococos (em parceria com a GAVI).
- (c) Fortalecimento da vigilância epidemiológica e de uma base de dados (SISLOC) que melhorou substancialmente a vigilância de doenças transmissíveis.
- (d) Plano estratégico nacional para controle e prevenção do câncer para 2009–2013.
- (e) Plano estratégico para prevenção, atenção, controle e eliminação de doenças negligenciadas para 2012–2015.
- (f) Uma avaliação de alcance nacional que certificou a interrupção da doença de Chagas transmitida por *Rhodnius prolixus*.
- (g) Desenvolvimento de um modelo integral de intervenção da malária no município de Wampusirpi. O projeto foi selecionado como um dos Campeões da Luta contra a Malária das Américas em 2011.
- (h) Progresso em enfrentar os determinantes de saúde, com formulação de políticas para água potável, saneamento e gestão de resíduos, e fortalecimento de regimes jurídicos e institucionais que facilitam a intervenção oportuna.
- (i) Como parte da iniciativa Rostos, Vozes e Lugares, fortalecimento dos serviços de saúde para adolescentes e melhoria da qualidade da água e gestão de resíduos para a população de Malquito no departamento de Gracias a Dios.
- (j) Com o apoio do Secretário de Estado para Desenvolvimento dos Povos Indígenas e Afro-hondurenhos, treinamento de assistentes de enfermagem selecionados pelas comunidades.

Na Nicarágua:

- (a) Redução de 26% da mortalidade materna entre 2006 e 2010, de 90 a 67 mortes por 100 mil nascidos vivos.

- (b) Redução anual de 6% da mortalidade em crianças menores de 5 anos nos últimos anos, pondo o país no rumo certo para alcançar a meta de 24 por 1.000 nascidos vivos até 2015.
- (c) Introdução da vacina contra rotavírus em 2006 e da vacina antipneumocócica em 2011 (em parceria com a GAVI).
- (d) Aumento da porcentagem de municipalidades com cobertura de vacinação superior a 95%, de 16% em 2006 a 58% em 2011.
- (e) Redução da prevalência da transmissão materno-fetal de HIV e sífilis.
- (f) Garantia de acesso universal a serviços de saúde gratuitos e de qualidade nos moldes do Modelo de Saúde Familiar e Comunitária (MOSAFC), que promove uma cultura nacional da promoção e proteção da saúde com base na atenção primária à saúde renovada.
- (g) Melhoria do acesso a medicamentos, com ênfase na qualidade e uso racional, eficaz e seguro, com a implementação do Plano Estratégico Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PENPURM).
- (h) Alcance de 100% de doação de sangue voluntária para o abastecimento nacional de sangue.
- (i) Progresso no controle da malária que foi reconhecido com o prêmio Campeões da Luta contra a Malária nas Américas de 2011, que impulsionou a Nicarágua para a fase de pré-eliminação.
- (j) Certificação internacional do país como tendo interrompido a transmissão vertical da doença de Chagas.

Parcerias para a Saúde

67. Dado o número crescente de atores de saúde na Região na década passada, um ponto central importante para a OPAS/OMS foi ampliar suas redes e parcerias políticas, técnicas e de captação de recursos. Parceiros bilaterais, como Canadá (CIDA), Noruega (NORAD), Espanha (AECID), Suécia (ASDI) e Estados Unidos (USAID), continuaram a respaldar os programas de cooperação técnica da Organização através dos acordos plurianuais. Além disso, o Canadá, França e Espanha expandiram o quadro de pessoal técnico da OPAS/OMS ao destacar peritos das suas agências à Sede em Washington, D.C., assim como a várias representações da OPAS/OMS nos países.

68. A OPAS/OMS atuou como agência de implementação de projetos na América Latina e no Caribe apoiada pelo Fundo Espanhol para o Alcance dos ODMs (Espanha), Fundo de Reserva das Nações Unidas para Segurança Humana (Japão), Fundo de Reserva das Nações Unidas para Eliminar a Violência contra a Mulher (diversos doadores) e o Programa Conjunto de Desenvolvimento Rural na Guatemala (Suécia). A

OPAS também deu respaldo a autoridades sanitárias e ONGs para o desenvolvimento e implementação dos projetos apresentados ao Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária.

69. As iniciativas resultantes dessas parcerias foram, entre outras, projetos para melhorar a qualidade da água, saneamento e moradia em Equador, El Salvador, Nicarágua e região do Chaco no Paraguai, financiados com o Fundo Espanhol para o Alcance dos ODMs e realizados em parceria com outros organismos das Nações Unidas. Projetos conjuntos no Equador, El Salvador, Guatemala, Nicarágua e Paraguai tiveram como ponto central a prevenção da violência, em particular a violência intrafamiliar e de gênero, e melhoria do tratamento de vítimas por serviços de saúde e órgãos de cumprimento da lei.

Parcerias para Saúde Sexual e Reprodutiva

Uma área-chave para a colaboração da OPAS/OMS com outros parceiros internacionais na primeira década dos anos 2000 foi a promoção de um enfoque amplo para a saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso à contracepção, melhora da atenção obstétrica e atenção a grupos vulneráveis como adolescentes, profissionais do sexo e pessoas vivendo com HIV. Entre as muitas atividades e alianças nesta área estiveram:

- Apoio ao Plano para Redução Acelerada de Mortalidade Materna e Neonatal que está sendo implementado em todos os países da América Latina e Caribe. Ele dá ênfase à prevenção da gravidez na adolescência, atenção perinatal de qualidade e um enfoque baseado nos direitos e equidade para o acesso a serviços integrais. O plano recebe apoio de diversos parceiros do Grupo de Trabalho Regional para Redução da Mortalidade Materna (GTR).³
- Participação no grupo de trabalho para Informação e Responsabilidade em Saúde da Mulher e da Criança (a Comissão) do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe (UNDG-LAC), que visa otimizar o impacto dos recursos para a saúde materno-infantil. A OPAS serve como secretariado técnico para o grupo.
- Apoio a esforços para eliminar a transmissão materno-fetal de HIV e sífilis congênita nas Américas, a primeira região da OMS para almejar a dupla eliminação. Com o apoio da OPAS/OMS, UNICEF e outros parceiros, 32 países estão implementando planos de ação e a Região alcançou a cobertura mais elevada de serviços para prevenir a transmissão materno-fetal entre as regiões em desenvolvimento.
- Estudo sobre saúde sexual e reprodutiva e HIV entre jovens indígenas na Bolívia, Equador, Guatemala, Nicarágua e Peru, com apoio da Espanha e Noruega.
- Formação em prevenção e atenção para mulheres profissionais do sexo, homens homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens e/ou pessoas

³ Os membros são: OPAS/OMS, UNICEF, FNUAP, USAID, Banco Mundial, BID, Conselho Populacional, Family Care International (FCI), Federação Latino-Americana de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FLASOG), Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEN) e Confederação Internacional de Obstetristas (ICM).

transgênero para colegas educadores na Argentina, Bolívia, Brasil, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Uruguai, em colaboração com a Associação Mundial para Saúde Sexual (WAS) e USAID (AIDStar One).

- Apoio técnico e financeiro ao novo Observatório em Saúde Sexual e Reprodutiva na Argentina do UNICEF, FNUAP, Academia Nacional de Medicina, Centro para Estudos sobre Estado e Sociedade (CEDE) e Centro Rosarino de Estudos Perinatais (um centro colaborador da OPAS/OMS).

70. Outras parcerias com as agências-irmãs das Nações Unidas, associações profissionais internacionais, organizações de caráter religioso e outras organizações da sociedade civil foram essenciais para o trabalho da OPAS/OMS e para as realizações de saúde pública da Região durante a década. Entre eles, o GTR, a Aliança para a Saúde do Recém-nascido na América Latina e Caribe⁴, Iniciativa de Maternidade Segura⁵ e a Aliança Pan-americana para Nutrição e Desenvolvimento (PAND).⁶ Outras organizações com os quais a Organização trabalhou estreitamente foram a Aliança GAVI, Sabin Vaccine Institute, Rotary International e Rotary Foundation, Fundação das Nações Unidas, Conselho das Américas, Save the Children, Enfants du Monde, Conferência Episcopal Latino-americana (CELAM), Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias, Conferência Geral de Adventistas do Sétimo Dia, Brothers of Charity, Partners in Health, RAD-AID International e organizações da Cruz Vermelha americana, canadense e internacional, entre outros.

71. No setor privado, a OPAS trabalhou com organizações e programas como o Fórum Internacional de Líderes Empresariais (IBLF), Fórum de Negócios Global (GBF), Pfizer Global Health Fellows, Programa Pulse da GSK, Parceria de Saúde Bucal (com a Colgate) e Federação Internacional das Indústrias de Medicamentos (FIIM).

72. Como membro do sistema interamericano, a OPAS/OMS defendeu a inclusão de questões da saúde pública na agenda política regional com a sua participação na Cúpula do Grupo de Trabalho das Américas, reuniões do Grupo de Revisão e Implementação de Cúpula (GRIC) e sessões da orientação para o Conselho Permanente da Organização dos Estados Americanos (OEA). Junto com o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a Organização também participou do grupo de Estados Amigos do Haiti encabeçado pela OEA, um fórum para intercâmbio de informação e coordenação de apoio político e técnico por países e organizações com interesse pelo Haiti.

⁴ Os membros são: OPAS/OMS, UNICEF, USAID, ACCESS, BASICS, CORE Group, Plano EUA, Universidade Co Research. / Centro de Serviços Humanos (URC / CHS), Save the Children / Salvando Vidas recém-nascidos, Associação Latino-Americana de Pediatria (ALAPE), ICM e FLASOG.

⁵ Os membros são: membros do GTR bem como OEA e Fundação La Caixa da Espanha.

⁶ Os membros são: OPAS/OMS, PNUD, UNICEF, CEPAL, UNFPA, OIT, PMA, UNODC, UNAIDS, ONU Mulheres e UNOPS.

73. A OPAS/OMS também participou dos esforços de reforma das Nações Unidas com outros organismos das Nações Unidas através das Equipes de País das Nações Unidas (UNCTs) e o Marco de Assistência para o Desenvolvimento das Nações Unidas/Avaliação Conjunta dos Países (CCA/MANUD), assim como com a participação de seus membros no Grupo Regional das Nações Unidas para o Desenvolvimento na América Latina e Caribe (GNUM-ALC).

74. No âmbito sub-regional, a Organização continuou a fazer parceria com órgãos de integração regional tradicionais enquanto também trabalhou com entidades novas. Essas parcerias resultaram em várias novas iniciativas sub-regionais de saúde. Na América do Sul e na região andina, a colaboração da OPAS levou à cooperação entre países para a vigilância do HIV em zonas de fronteira do Mercosul, um sistema coletivo para avaliar tecnologias em saúde, o desenvolvimento de serviços farmacêuticos em países da Comunidade Andina, um plano de trabalho quinquenal abrangente para promover o acesso aos medicamentos dentro da Unasul e a criação de uma Rede Andina de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde. Além disso, a OPAS colaborou com a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) para impulsionar as metas de saúde da sua Agenda Estratégica.

75. Na América Central e República Dominicana, a coordenação da OPAS conduziu à elaboração de um plano estratégico sub-regional para reduzir a transmissão vertical do HIV e sífilis congênita, acordos com o Conselho de Ministros da Saúde da América Central (COMISCA) e Conselho de Ministérios da Mulher da América Central (COMMCA) em ação multissetorial de saúde, compras conjuntas de vacinas e outros medicamentos e formação de comissões técnicas sub-regionais em medicamentos essenciais, recursos humanos para a saúde, doenças não transmissíveis, vigilância em saúde e sistemas de informação.

76. No Caribe, a OPAS/OMS colaborou com o nova Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA) e Conselho para Desenvolvimento Humano e Social do CARICOM (COHSOD) nas áreas de doenças crônicas, promoção da saúde, saúde do adolescente e prevenção de crimes, entre outros. Foi dado apoio à integração da nutrição e saúde nas políticas agrícolas e de inocuidade dos alimentos, em seguimento à Declaração de Port of Spain e à Reunião de Alto Nível de Nações Unidas sobre DNTs. Outros esforços ajudaram a melhorar a vigilância de doenças, fortalecer os laboratórios (inclusive no uso de reação em cadeia da polimerase) e criar um novo modelo para o credenciamento laboratorial pelo Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) da OPAS.

77. Essas atividades sub-regionais foram respaldadas com uma alocação especial no orçamento para programas da Organização, o mesmo ocorrendo para o trabalho do

Centro do Caribe de Alimentação e Nutrição (CFNI) e o Escritório de Coordenação de Programas do Caribe (CPC).

78. Em junho de 2012, a OPAS/OMS lançou a Coalizão Regional para Água e Saneamento para Eliminar o Cólera da Ilha Hispaniola, que visa captar recursos financeiros, mobilizar perícia técnica e compromisso político a fim de assegurar os investimentos na infraestrutura de água de saneamento que são necessários para eliminar o cólera do Haiti e República Dominicana. Além da OPAS/OMS, os primeiros membros da coalizão são a OEA, Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), UNICEF, AECID, Associação Interamericana de Engenheiros de Saúde Ambiental (AIDIS), BID, Fundação Nacional de Saúde do Brasil (FUNASA), USAID e Associação de Médicos Haitianos no Exterior.

79. Todas essas parcerias vieram se somar à colaboração continuada da OPAS/OMS no âmbito nacional com organizações profissionais, acadêmicas, de beneficência, de caráter religioso e outras organizações da sociedade civil e à coordenação com as autoridades nacionais, estaduais e municipais dos setores da saúde, educação, agricultura, desenvolvimento, ambiente e questões indígenas e da mulher.

Promoção de Redes de Saúde Pública

80. Na qualidade de catalisador para colaboração regional e sub-regional em saúde pública, a OPAS/OMS ajudou a criar ou ampliar redes unindo pessoas e instituições para dividir conhecimento e captar conhecimento, recursos e ação para objetivos comuns. Algumas dessas redes patrocinam reuniões periódicas ou seminários para membros, enquanto outras são redes virtuais que aproveitam as oportunidades oferecidas com o amplo acesso à internet e outras tecnologias da informação em toda a Região. Entre os exemplos destas redes físicas e virtuais estão:

- (a) A Rede Colaborativa de Atenção Primária à Saúde, formada em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil e a Escola de Saúde Pública da Andaluzia (Espanha) para promover o intercâmbio de conhecimento e boas práticas com base no enfoque de APS.
- (b) A Rede Regional do Caribe de Aquisições Farmacêuticas e Autoridades de Gestão de Suprimentos (CARIPROSUM), criada com a participação das autoridades nacionais de compras dos países do Caribe para promover a disponibilidade contínua de produtos farmacêuticos seguros, eficazes e acessíveis para o setor da saúde pública.
- (c) A Rede Regional para Avaliação de Tecnologias em Saúde, que ajuda os Estados Membros a obter acesso e analisar dados para determinar o valor agregado comparativo de novos medicamentos, produtos médicos e intervenções de saúde nos sistemas de saúde.

- (d) Rede de Ação Colaborativa para Prevenção de Fatores de Risco e Controle Eficaz de DNTs (CARMEN), uma rede de países, organizações e instituições que atuam para reduzir o ônus das doenças crônicas e seus fatores de risco nas Américas.
- (e) Health Research Web/Americas, criada com o Conselho de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento (COHRED) para ajudar os países e indivíduos a instituir políticas e prioridades para a pesquisa em saúde, aumentar a relevância da pesquisa e melhorar a competência em pesquisa ao fornecer recursos de informação e facilitar intercâmbios entre os países.
- (f) Red Salud, que conecta 2.500 jornalistas da área da saúde e foi criada em parceria com a Iniciativa de Comunicação e Fundação Novo Jornalismo Ibero-americano para melhorar a cobertura de mídia de assuntos de saúde pública.
- (g) A Rede para Vigilância de Doenças Crônicas das Américas (AMNET), que conta com o respaldo dos CDC e Agência para Proteção do Meio Ambiente dos Estados Unidos (EPA), Health Canada, Ministério da Saúde da Finlândia e ministérios da saúde de outros Estados Membros da OPAS.
- (h) A Rede de Planos de Segurança da Água para a América Latina e Caribe (PSA), formada em parceria com os CDC e a EPA para apoiar e promover a implementação dos planos de segurança da água nas cidades da América Latina e do Caribe. A Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS), Associação Internacional de Água (IWA) e ONU-HABITAT são também membros.
- (i) A Rede Amazônica para a Vigilância da Resistência aos Medicamentos Antimaláricos (RAVREDA), organizada com a Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela para vigiar a resistência aos medicamentos antimaláricos na Amazônia.
- (j) A Iniciativa Amazônica da Malária (AMI), criada em parceria com a USAID e apoiada pelos CDC, Management Sciences for Health e United States Pharmacopeia .
- (k) A rede BiVaPad, um esforço conjunto com a Comunidade Andina, Centro Regional de Informação de Desastres para América Latina e Caribe, Estratégia Internacional para Redução de Desastres e organizações parceiras do Comitê Andino para Prevenção e Atenção de Desastres (CAPRADE) para facilitar a troca de informação sobre gestão de risco e redução do impacto de emergências e desastres.
- (l) A Coalizão Interamericana para Prevenção da Violência, organizada em parceria com a OEA, outros organismos das Nações Unidas, USAID e CDC.

81. O empenho de maior alcance da Organização para aproveitar o amplo acesso à internet foi o Campus Virtual para a Saúde Pública, uma iniciativa de aprendizagem

interconectada que faz o link de indivíduos e organizações para a troca de informação, conhecimento e oportunidades educacionais em saúde pública. Desde 2003, o Campus Virtual vem crescendo a partir de um projeto-piloto com 13 instituições parceiras e se tornou uma rede de 144 instituições em 11 países. Nos cinco últimos anos, mais de 5.300 usuários se beneficiaram de mais de 150 cursos oferecidos pela rede, e a sua interoperabilidade com a Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME fornece acesso virtual a cerca de 3.600 recursos educacionais adicionais. O Campus Virtual recebe apoio dos governos do Canadá, Cuba e Espanha e faz parte dos esforços da OPAS/OMS de fortalecer os recursos humanos para a saúde.

82. Uma das mais recentes iniciativas de formação de redes da Organização é a Plataforma Regional em Acesso e Inovação para Tecnologias em Saúde (PRAIS), lançada em 2012 com o apoio do Brasil e da Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (FDA). Parte do empenho de promover o acesso a medicamentos essenciais e tecnologias, a iniciativa interconecta redes, recursos de informação e comunidades de prática para promover a transferência de tecnologias e melhorar a capacidade e governança no setor de desenvolvimento farmacêutico.

83. Uma iniciativa virtual semelhante de formação de redes, o portal de Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde no site da OPAS, promove o intercâmbio de conhecimento, cooperação e parcerias sul-sul.

84. O compromisso da Organização de aproveitar as oportunidades proporcionadas pelas novas tecnologias da informação e comunicação (TIC) levou ao desenvolvimento de uma nova Estratégia e Plano de Ação em Saúde Digital, aprovados pelo 51º Conselho Diretor em 2011 (CD51.R5). Eles visam usar as ferramentas de TIC e metodologias para melhorar a saúde pública e veterinária em áreas como administração de saúde, recursos humanos, coordenação e prestação de serviços de saúde e a produção e disseminação de conhecimento científico e técnico.

85. Entre as aplicações práticas das TIC na saúde que se destacam na Estratégia de Saúde Digital estão cartões pessoais de saúde, histórias clínicas digitais, prescrições eletrônicas, consultas online, telemedicina, educação à distância e educação continuada, blogs e portais de saúde, call centers, bancos de dados para a gestão de riscos e segurança dos pacientes, ferramentas de formação de redes sociais para situações de desastres e emergências e a digitalização da documentação clínica e administrativa. Usuários em potencial são profissionais de saúde, pacientes e o público em geral.

Promoção da Prontidão

86. A primeira década do século XXI foi marcada por uma série de emergências e desastres na Região das Américas. Diferentemente de grande parte do século anterior, porém, a maioria dos países da Região tem hoje capacidade de responder a situações de

pouco ou mesmo moderado impacto sem precisar de ajuda internacional. A OPAS/OMS teve papel neste progresso com seu trabalho com os ministérios da Saúde para instituir e fortalecer programas de resposta a emergências e desastres e elaborar as estratégias regionais para a redução do impacto de saúde dos desastres.

87. Mas os níveis de prontidão variam muito entre os países, e a gravidade de situações de perigo em alguns casos ultrapassou em muito a capacidade de resposta dos países. O caso recente mais trágico foi o terremoto de 2010 no Haiti, que dizimou mais de 200 mil vidas e afetou a maioria da população haitiana. Como na maioria dos desastres, os próprios haitianos salvaram centenas de vidas e cuidaram de milhares de vítimas desabrigadas, com apoio de seus vizinhos mais próximos, inicialmente da República Dominicana, depois de Cuba e outros países do Caribe. Porém, o apoio mais amplo da comunidade internacional foi também crucial para a resposta de longo prazo e recuperação.

88. A OPAS/OMS teve um papel fundamental nesses esforços como líder do Grupo Orgânico de Saúde, que forneceu coordenação para centenas de organizações que atuam em saúde, e como coadministrador com o governo haitiano do depósito nacional de produtos farmacêuticos, PROMESS. A Organização também supervisionou o controle de qualidade de água potável nos locais de tratamento com cloro, ajudou a retomar as operações no Laboratório Nacional de Saúde Pública e ajudou a elaborar uma base de dados e mapas dos locais de serviços de saúde existentes e parceiros de saúde trabalhando no país. (Este apoio é descrito mais detalhadamente no Relatório Anual do Diretor de 2010: Promoção da Saúde, Bem-estar e Segurança Humana nas Américas.)

89. As parcerias de saúde que foram fortalecidas após o terremoto de janeiro de 2010 no Haiti foram também fundamentais para a resposta à epidemia de cólera que começou em outubro do mesmo ano. A resposta foi dificultada por deficiências constantes no sistema de saúde do país e o fato de que os profissionais de saúde tinham pouca ou nenhuma experiência com uma doença que não havia ocorrido no Haiti em mais de um século. A OPAS/OMS e outros parceiros ajudaram as autoridades sanitárias a instituir centros de tratamento de cólera e captou recursos e perícia em áreas como gestão de casos, provisão de medicamentos essenciais e outros produtos, vigilância de doenças e alerta precoce, treinamento e diretrizes, mensagens de prevenção e saúde ambiental.

A Pandemia de Influenza H1N1 (2009)

90. A primeira pandemia de influenza do novo milênio começou nas Américas e, em meses, se alastrou por todo o mundo. Embora tenha sido consideravelmente de menor gravidade do que se temeu inicialmente, dizimou milhares de vidas e revelou deficiências importantes nos sistemas de saúde dos países. O grande número de casos, aliado à incerteza das pessoas quanto à virulência do vírus, sobrecarregou os serviços hospitalares

e de saúde em vários países, e alguns governos responderam com a adoção de restrições ineficazes e desnecessárias ao deslocamento das pessoas. Ficou evidente a necessidade de mais investimentos em saúde pública em geral, e do fortalecimento da atenção primária à saúde em particular, assim como a importância de política pública com base científica.

91. A pandemia de influenza H1N1 de 2009 também serviu de teste para os esforços de prontidão que a OPAS/OMS havia promovido na Região depois do surto de SARS de 2003 e preocupações com a ameaça crescente da influenza H5N1. Em uma reunião de análise com representantes dos Estados Membros ao final de 2009 chegou-se à conclusão de que esses esforços haviam dado resultados, mas que os planos de prontidão para a pandemia da maioria dos países não haviam sido insuficientemente operacionais, particularmente no âmbito local. A análise demonstrou ser preciso melhor coordenação com o setor de saúde privado, assim como maior clareza sobre os fluxos de informação e os recursos necessários para implementar mais amplamente a vigilância.

92. Além desses esforços de prontidão, a OPAS/OMS exerceu um papel fundamental de apoio durante toda a pandemia de influenza H1N1 de 2009, que teve um impacto considerável em toda a Região (vide Capítulo I). Imediatamente após a notificação do surto pelo México, a OPAS/OMS ativou o seu Centro de Operações de Emergência e, através da Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos da OMS (GOARN), começou a mobilizar especialistas internacionais em epidemiologia, condução de emergência, laboratórios, comunicação, serviços de saúde, promoção da saúde, e vacinação, entre outros. Como a epidemia se alastrou, a OPAS/OMS prestou apoio aos países ao coordenar a compra dos medicamentos antivirais (oseltamivir), equipamentos de proteção pessoal e equipamentos e materiais de laboratório, e também deu treinamento no uso da reação em cadeia da polimerase para detectar o vírus pandêmico. Assim que a vacina contra o vírus pandêmico ficou disponível, o Fundo Rotativo da OPAS ajudou a adquirir mais de 20 milhões de doses para 23 países.

93. A pandemia foi também um teste ao novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), que havia sido um ponto central da cooperação técnica da OPAS/OMS em alerta e resposta a surtos para ajudar os países a cumprirem plenamente com o regulamento. Na reunião regional de análise da pandemia de 2009 chegou-se à conclusão de que o RSI, através dos seus centros de coordenação nacionais, havia sido comprovadamente um mecanismo eficaz para alertar e informar os Estados Membros, havia ajudado a comunicar as recomendações feitas pelas autoridades sanitárias e havia aumentado a credibilidade das autoridades ao promover transparência. Porém, a pandemia também havia revelado falta de harmonização nos sistemas de vigilância dos países e lacunas nos regimes jurídicos nacionais que dificultam o cumprimento pleno do RSI.

CAPÍTULO III

UMA ORGANIZAÇÃO EM EVOLUÇÃO

94. Como observado no Capítulo II, as recomendações do Grupo de Trabalho sobre a OPAS no Século 21 impulsionaram mudanças na colaboração da OPAS com os Estados Membros e outros interessados diretos, assim como na sua estrutura de programas, alocação de recursos e gestão de recursos humanos. Essas mudanças foram implementadas como parte de uma grande reorganização que visa tornar a OPAS mais eficiente, competente e com responsabilidade plena perante os seus interessados diretos e englobaram novas políticas, estratégias, modelos e modalidades, assim como novos procedimentos, instrumentos, tecnologias e infraestrutura. Este capítulo destaca os principais componentes do desenvolvimento institucional da Organização na década passada.

Política Orçamentária e Gestão Baseada em Resultados

95. Um dos fatores contribuintes de maior alcance para a transformação da OPAS durante a década foi o desenvolvimento e implementação da nova Política Orçamentária Regional para Programas da OPAS. Primeira política deste tipo dentro da Organização e uma das primeiras no Sistema das Nações Unidas, a Política Orçamentária Regional para Programas foi desenvolvida através de um processo gerido pelos Estados Membros visando assegurar uma distribuição mais equitativa dos recursos.

96. O propósito geral da política orçamentária é dar apoio aos países para alcançar as metas programáticas acordadas conjuntamente pelos Estados Membros como parte do Plano Estratégico da OPAS, de modo que também assegure a distribuição equitativa de recursos. A política aloca fundos a três níveis – regional, sub-regional e de país – e usa critérios conforme as necessidades para classificar os países segundo estado de saúde relativo e níveis de desigualdade. Esses novos critérios de alocação ocasionaram uma mudança significativa dos recursos orçamentários destinados aos países de baixa renda e da sede da OPAS aos âmbitos e sub-regional e de país.

97. A primeira Política Orçamentária Regional para Programas foi aprovada pelo 45o Conselho Diretor em 2004 para o biênio de 2006–2007, com as revisões feitas a pedido dos Estados Membros nos biênios posteriores. A última revisão da política, para o biênio de 2014–2015, foi realizada por um grupo de trabalho formado pelo Brasil, Chile, Granada, Peru, Estados Unidos da América e Venezuela (República Bolivariana da), com Argentina como observador, e será apresentado à 28a Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2012.

98. Uma mudança igualmente importante durante a década foi a passagem decisiva da OPAS para a gestão e programação baseada em resultados, que visa melhorar o desempenho da Organização na busca das metas definidas pelos Estados Membros. Apesar de a ênfase em resultados não ser completamente nova, a adoção da OPAS de um regime formal de Gestão Baseada em Resultados (RBM) foi acompanhada de progresso semelhante na OMS e outros organismos do sistema das Nações Unidas.

99. O regime de RBM define objetivos claros, seleciona indicadores para avaliar o progresso rumo a estes objetivos, estabelece metas para cada indicador e estipula a coleta, análise e informe dos resultados, permitindo uma avaliação objetiva do desempenho da Organização. O regime de RBM mudou consideravelmente a maneira como a Organização opera, tornando os resultados e o desempenho a diretriz principal de todo o trabalho.

100. A implementação do regime de RBM tem sido um processo participativo, em particular com o Sistema de Avaliação de Desempenho, e tem sido favorecida por um curso obrigatório de educação à distância de RBM para todo o pessoal. Uma recente análise de lacunas realizada externamente confirmou que a OPAS assumiu uma posição líder em RBM dentro do sistema das Nações Unidas. Contudo, como processo, a RBM requer intrinsecamente implementação contínua, assim como adaptação para assegurar que continue melhorando o trabalho da Organização.

101. O novo regime de RBM foi incorporado ao instrumento de planejamento de nível mais elevado da Organização, o Plano Estratégico da OPAS 2008–2012. O plano define as contribuições da Organização para o cumprimento da Agenda de Saúde das Américas 2008–2017 e os ODMs, e está alinhado com o 11o Programa Geral de Trabalho e Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS. Contém 16 Objetivos Estratégicos que estão diretamente alinhados com os objetivos da OMS e define Resultados Esperados a Nível Regional (RERs) e indicadores baseados nas preocupações atuais prioritárias de saúde pública da Região enquanto também dá espaço à emergência de novos problemas e ameaças. Os RERs da OPAS contribuem para os Resultados Esperados em toda a Organização da OMS (OWERs) e os respectivos indicadores agregados ao nível global.

Descentralização

102. Além do regime de RBM, uma das mudanças de maior alcance na década foi a adoção de um modelo de Cooperação Técnica Descentralizada. Em conjunto com a nova Política Orçamentária Regional para Programas, este novo modelo permitiu que fosse realizada a transferência progressiva das competências, funções e recursos da Organização, que passaram da Sede ao âmbito sub-regional, nacional e subnacional. As metas foram aumentar a eficiência no uso de recursos humanos, técnicos e financeiros; incentivar a colaboração mais estreita com as contrapartes nacionais e subnacionais; e

fortalecer o processo decisório no âmbito local como parte da descentralização em curso que está sendo realizada nos países.

103. A implementação do modelo de Cooperação Técnica Descentralizada teve um avanço considerável durante a década. Vários programas técnicos regionais anteriormente sediados na Sede da Organização foram transferidos aos países, como os programas de dengue (Costa Rica), doença de Chagas (Uruguai), invalidez (Argentina), hanseníase e leishmaniose (Brasil), saúde ocular (Colômbia) e saúde do indígena (Panamá), entre outros. Além disso, a Área da Saúde Familiar e Comunitária (FCH) descentralizou sua equipe técnica para saúde reprodutiva e da mulher e transferiu suas atividades para o Centro Latino-Americano de Perinatalogia e Desenvolvimento Humano (CLAP), no Uruguai, e a Área de Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças (HSD) transferiu suas atividades de saúde pública veterinária ao Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), no Rio de Janeiro, Brasil.

104. A Área de Prontidão para Emergências e Assistência em Casos de Desastres (PED) instituiu três escritórios que cobrem diferentes áreas geográficas: Equador/Colômbia para América do Sul, Barbados para o Caribe e Panamá para América Central. Além disso, o Canadá, Cuba, México e Estados Unidos recebem cobertura do Escritório Regional em Washington, D.C. Cada escritório tem um assessor de Prontidão para Emergências e pessoal de apoio. O escritório em Barbados também tem um especialista em Redução do Risco de Desastres. Esta descentralização garante não somente que a cooperação técnica esteja próxima das necessidades reais, facilitando a interação e reduzindo custos minguantes, mas também uma resposta mais rápida no caso de um desastre. Além disso, a OPAS descentralizou o assessor sênior de Resposta Regional, transferindo-o para Barbados. Há também pessoal de PED na Colômbia e no Haiti.

105. Além disso, como mencionado no Capítulo II, novos programas sub-regionais de cooperação técnica, determinados pelos Órgãos Diretivos e em cumprimento às recomendações do Grupo de Trabalho da OPAS no Século 21, foram instituídos para responder às prioridades de saúde dos sistemas de integração sub-regional. Os seguintes programas foram instituídos: na América Central, com funções semelhantes, o Conselho de Ministros da Saúde da América Central (COMISCA) e a Reunião do Setor da Saúde da América Central e República Dominicana (RESSCAD); no Caribe, com funções semelhantes, o Conselho para o Desenvolvimento Humano e Social (COHSOD) do CARICOM e o Comitê de Ministros da Saúde do Caribe; na região andina, com funções semelhantes, o Organismo Andino de Saúde/Convênio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU) e a Comunidade Andina das Nações (e em conformidade com as resoluções da Reunião de Ministros da Saúde da Região Andina, REMSAA); e no cone sul, com funções semelhantes, o Mercosul (Subgrupo de Trabalho no. 11) e comissões intergovernamentais de saúde. O programa de cooperação técnica para a fronteira entre o

México e os Estados Unidos continua a ser realizado do escritório em El Passo, Texas, que celebrou seu 70o aniversário em 2012.

106. Diversas representações nos países passaram por outros processos de descentralização dos seus programas de cooperação técnica, em resposta às prioridades estabelecidas no Plano Estratégico da OPAS e em acordo com os pares nacionais e subnacionais. Por exemplo, as representações na Bolívia, Brasil, Colômbia, México e Nicarágua instituíram cooperação técnica descentralizada no âmbito subnacional, em alguns casos com a presença permanente de pessoal da OPAS. No caso de Equador, a cooperação técnica em doenças transmissíveis é fornecida por um subescritório em Gualaquil, porque a contraparte principal está situada na zona litorânea. No caso dos países do Caribe Oriental, foi tomada decisão de estabelecer a presença permanente da OPAS nas ilhas por meio de especialistas em programas do país que interagem com seus pares nacionais diariamente enquanto as equipes dos programas localizadas em Barbados prestam cooperação técnica especializada.

107. Em paralelo à descentralização dos programas de cooperação técnica da OPAS, foram realizadas mudanças na administração de vários centros pan-americanos especializados. Desde a década de 1950, a OPAS havia criado ou gerido 13 destes centros, responsáveis por realizar pesquisas, prestar cooperação técnica e dar capacitação nas áreas prioritárias aos Estados Membros. Durante este período, os Órgãos Diretivos da OPAS instaram a RSPA a periodicamente reavaliar os centros e considerar as opções nos casos em que as instituições nacionais eram capazes de prestar serviços de cooperação técnica contínua para seus países e para outros Estados Membros da OPAS nas áreas de especialização dos centros.

108. Em resposta, a RSPA empreendeu uma análise no início da década de 2000 avaliando as operações, financiamento e o alinhamento de cada centro com as políticas regionais e sub-regionais da OPAS, e ao mesmo tempo considerando modelos, acordos e fontes de financiamento alternativos que pudessem ser mais eficientes e competentes para abordar os problemas na área de especialização de cada centro.

109. Como resultado, em 2005, o Instituto Pan-Americano de Proteção de Alimentos e Zoonoses (INPPAZ), sediado na Argentina, foi fechado, e uma equipe técnica especializada em inocuidade dos alimentos foi criada no Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) no Brasil. Posteriormente, em 2010, o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) foi transferido ao seu Conselho Diretor, sendo que a OPAS permaneceu como membro junto com os oito Estados Membros do instituto. No mesmo ano, o Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS) no Peru foi fechado, e seus laboratórios foram transferidos ao governo peruano, e uma Equipe Técnica Regional em Água e Saneamento (ETRAS) foi criada através de um acordo com o Peru para prestar cooperação técnica contínua em água e saneamento.

110. No Caribe, os dois centros pan-americanos, o Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e o Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI), estão sendo transferidos à Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA). O CFNI será desestruturado ao final de 2012, e as funções realizadas pelo CAREC serão transferidas à CARPHA. O trabalho nos 10 últimos anos se concentrou na consolidação e fortalecimento das operações desses dois centros para facilitar uma transição isenta de dificuldades.

111. A CARPHA adquiriu o status de entidade jurídica em 4 de julho de 2011, quando líderes dos governos do Caribe assinaram um acordo intergovernamental para a sua criação. A agência deve estar em plena operação em janeiro de 2013. Um Conselho Executivo foi instituído e uma equipe provisória vem elaborando uma estratégia de captação de recursos e plano de sustentabilidade, um plano de marketing social e de comunicação e um plano de trabalho centrado em serviços laboratoriais, vigilância e análise de saúde.

112. Os Centros Colaboradores da OPAS/OMS (CCs) continuaram a desempenhar um papel importante no trabalho da Organização ao realizar pesquisas que respaldam seus programas técnicos, ajudando a ampliar as redes da Organização, e contribuindo para a capacitação nacional e regional nas áreas de informação, serviços, pesquisa e ensino.

113. Durante a década, a OPAS aumentou consideravelmente a sua participação na designação de novos CCs. Embora tradicionalmente a maioria dos centros para as Américas tenha sido criada pela Sede da OMS, de 2002 a 2012, esta tendência foi revertida: 60 novos CCs foram criados pela OPAS/AMRO e 32 pela Sede da OMS. Trinta e sete dos 92 novos CCs na Região estão na América Latina e no Caribe, inclusive os primeiros CCs na Bolívia e Uruguai. Pela primeira vez desde a década de 1980, três novos centros foram designados na Costa Rica.

114. Além disso, uma nova categoria de relação foi criada para as Instituições Nacionais Associadas à OPAS em Cooperação Técnica, com procedimentos para identificar, designar e monitorar tais instituições. O processo visa fortalecer a cooperação técnica no país enquanto também promove a capacitação nacional, assegurando a colaboração intersetorial e promovendo iniciativas e colaboração público-privadas com instituições da sociedade civil.

Novos Modelos e Entidades

115. Para sustentar o regime de RBM, a RSPA criou várias novas entidades durante a década. Além do modelo de Cooperação Técnica Descentralizado, um novo modelo organizacional horizontal de trabalho em equipes foi aprovado e se baseia em equipes, grupos colaborativos padronizados e redes em vez de unidades organizacionais

tradicionais. O propósito é reunir pessoas com formações e competências distintas para trabalhar para uma finalidade comum em uma cultura baseada em resultados. O modelo permite ajustes organizacionais em cada novo ciclo de planejamento em resposta às necessidades em transformação dos Estados Membros. Também define um processo para a delegação de autoridade que ajuda a esclarecer as funções e responsabilidades para a obtenção dos resultados definidos no Plano Estratégico da OPAS.

116. Para respaldar a implementação do regime e cultura de RBM, a OPAS também criou, em 2010, uma nova equipe de projetos para Efetividade e Desenvolvimento Organizacional (IDU) dentro da Área do Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos (PBR). Seu mandato é fortalecer a capacidade da OPAS de usar de modo inovador, eficiente e competente os seus recursos ao cumprir sua visão e missão. A equipe conta com especialistas em efetividade e desenvolvimento institucional com experiência regional e global.

117. Entre as contribuições de IDU à transformação da OPAS na década de 2000 estão ter garantido a aprovação pelos Órgãos Diretivos do novo regime de RBM, facilitando a transição dos centros pan-americanos, apoiando o novo Sistema de Informação para a Gestão da OPAS (PMIS), supervisionando o desenvolvimento das operações da OPAS e manuais de gestão, e assegurando o uso sistemático de painéis online para planejamento da programação e orçamento.

118. A nova entidade de posição mais elevada formada para apoiar o regime de RBM foi a Equipe de Gestão Executiva (EXM), formada pelo Diretor, Diretor Adjunto, Subdiretor e Diretor de Administração, com um Chefe de Gabinete que serve de agente de contato, coordenador e secretário. Instituído em 2003 para melhorar as práticas de gestão da OPAS, a EXM melhorou a transparência do processo decisório em todos os níveis da Organização.

119. A EXM é responsável pelo desenvolvimento da direção estratégica, prioridades e políticas da OPAS e pela coordenação do planejamento e implementação de iniciativas em toda a Organização, inclusive prioridades e políticas transversais. A equipe é também responsável por definir os requisitos de recursos da Organização e supervisionar a captação de recursos. Além disso, a EXM incentiva o intercâmbio de informação, comunicação, colaboração e responsabilidade em todos os níveis da Organização com o propósito abrangente de melhorar a efetividade e a transparência.

120. Como parte do modelo de gestão participativa, um Fórum Permanente de Gerentes foi criado com o objetivo de alcançar efetividade, eficiência e sinergia no trabalho da Organização. Ele possibilita à EXM e gerentes da RSPA trocar informação e discutir os temas de importância, melhorando e facilitando o diálogo aberto, o trabalho em equipe e o consenso. O fórum realiza uma reunião presencial duas vezes ao ano.

Políticas e Processos no Local de Trabalho

121. O Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 instituiu seis prioridades transversais – gênero, grupo étnico, direitos humanos, atenção primária à saúde, promoção da saúde, e proteção social em saúde – e determinou a priorização e integração destes aspectos em todos os programas de cooperação técnica da OPAS.

122. Uma dessas prioridades, gênero, levou à elaboração e implementação da Política de Igualdade de Gênero da OPAS, que foi aprovada pelo 46o Conselho Diretor em 2005 (CD46.R16). Além de determinar a incorporação da perspectiva de gênero no planejamento, programação e intervenções de saúde pelos países e nos programas de cooperação técnica da OPAS, a política e o seu plano de ação estipularam que a própria RSPA se empenhe em obter a paridade entre os sexos no recrutamento e promoção profissional.

123. Um relatório das Nações Unidas de 2009 revelou que a OPAS já havia alcançado a paridade entre os sexos entre os profissionais na Sede, à frente de muitas outras agências das Nações Unidas. Porém, nas representações nos países da Organização, as mulheres estavam sub-representadas entre o pessoal profissional e entre o pessoal mais antigo e o pessoal novo. Os relatórios de progresso anuais desde a adoção da política de gênero revelaram aumento no recrutamento de mulheres tanto na Sede como nas representações da OPAS nos países e nos níveis profissionais e administrativos.

124. Em 2004, a OPAS adotou a sua primeira política sobre assédio no local de trabalho. Elaborada com o propósito de criar um ambiente de trabalho respeitoso com a prevenção e resolução imediata do assédio, a política cobriu dois tipos de assédio no local de trabalho – pessoal e sexual – e esclareceu como usar resoluções formais e informais para lidar com conduta que poderia constituir assédio.

125. Em 2012, a política foi ampliada para incluir intimidação, abuso de autoridade e ambiente de trabalho hostil como outras formas de assédio. Outras mudanças foram a eliminação da análise pelos pares no processo de queixa formal e a estipulação de prazos para garantir a resolução rápida das alegações.

126. Em maio de 2006, a OPAS instituiu um Escritório de Ética independente, que é diretamente subordinado aos Órgãos Diretivos através do Comitê Executivo da OPAS. Seu mandato é promover uma cultura de ética e integridade na Organização ao dar orientação, assessoria e treinamento para ajudar o pessoal a tomar decisões éticas corretas em cumprimento do Código de Princípios Éticos e de Conduta da OPAS, implantado em janeiro de 2006. É também responsável pela investigação das alegações de má conduta, inclusive de assédio, assim como suspeitas de violações do código de ética da OPAS.

127. O Escritório de Ética é de acesso a todo o pessoal da RSPA, familiares, clientes, interessados diretos e prestadores de serviços. Em junho de 2007, foi implantado uma Central Telefônica para Questões de Ética para permitir às pessoas tanto de dentro como de fora da Organização notificar suspeita de irregularidades ou pedir esclarecimentos sobre questões que poderiam ter implicações éticas. A Central Telefônica é gerida por um prestador de serviços externo e possibilita a quem faz a ligação permanecer anônimo se assim o desejar.

128. Em 2005, a Organização lançou um novo Escritório de Ouvidoria para prestar serviços de gestão de conflitos e resolução de litígios para o pessoal com questões, problemas ou dificuldades relacionados ao trabalho. O escritório segue as práticas e procedimentos dos Padrões da Prática Profissional e Código de Ética da Associação Internacional de Ouvidoria. Este trabalho se sustenta em quatro princípios – sigilo, imparcialidade, independência e informalidade – e defende os valores básicos da OPAS – equidade, excelência, solidariedade, respeito e integridade.

129. O Escritório de Ouvidoria respalda a missão da OPAS ao promover justiça nos processos organizacionais. Prioriza a abordagem das questões dos empregados na primeira oportunidade com a meta de prevenir, gerenciar, limitar ou resolver os conflitos antes que eles se assomem. Os serviços estão disponíveis para qualquer um que trabalhe em um local de trabalho da OPAS, inclusive na sede da OPAS, nas representações nos países e centros, independentemente do tipo de contrato desta pessoa. Nos cinco últimos anos, mais de 750 empregados consultaram o Escritório de Ouvidoria com perguntas ou problemas. Os visitantes apresentaram sistematicamente o perfil demográfico da Organização em termos de local, gênero e tipo de contrato. O escritório também atua como observador e prognosticador, fazendo observações oportunas à Administração e gerentes da OPAS em um esforço para prevenir dano evitável a indivíduos ou à Organização.

130. Em outubro de 2007, a OPAS lançou um Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos (ICMS). O ICMS incorpora todos os recursos internos que lidam com questões de integridade e resolução de conflitos em um sistema coerente para que possam ser mais acessíveis, efetivos e facilmente compreendidos pelo pessoal da OPAS. Entre estes recursos estão o Escritório de Ouvidoria, Escritório de Ética, Escritório Jurídico, Escritório de Segurança da Informação, Gestão de Recursos Humanos, Associação do Pessoal da OPAS/OMS, Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (IES) e o Comitê de Apelação. Em novembro de 2011, pela primeira vez a OPAS nomeou um presidente externo para o Comitê de Apelação.

131. Cada um desses recursos desempenha uma função diferenciada, e o ICMS fornece informação clara sobre o mandato, alcance do trabalho, autoridade e capacidade decisória, relações de notificação, acessibilidade, nível de confidencialidade, independência e

responsabilidade e acesso a funcionários graduados e registros de cada recurso em separado.

132. Desde a sua criação, o ICMS foi o catalisador para o desenvolvimento de várias iniciativas institucionais importantes relacionadas à boa governança, como um programa de Declaração de Confidencialidade (2007), uma política para Proteção de Pessoas que Comunicam Irregularidades ou Cooperam em Investigação ou Auditoria (2009) e um Protocolo para Realização de Investigações no Local de Trabalho (2010).

133. Para promover a saúde e o bem-estar do pessoal, a RSPA criou um Comitê de Bem-estar como um órgão de assessoria ao Diretor. Proporciona um fórum de discussão e recomendações sobre questões relacionadas à saúde no local de trabalho da RSPA. O comitê também liderou um esforço conhecido como “Green OPAS” que visou reduzir a pegada de carbono da Organização.

Competências e Aprendizagem

134. Em 2003, a OPAS instituiu um Grupo de Trabalho sobre Capital Humano (WGHC) cuja responsabilidade foi analisar e fazer recomendações sobre as competências e aptidões do pessoal consideradas necessárias para o bom desempenho da Organização. O grupo elaborou uma versão preliminar de um Guia de Competências, constando 20 competências divididas em três seções: (a) competências gerais, (b) competências técnicas para profissionais envolvidos com cooperação técnica e (c) competências para o pessoal associado a serviços de apoio administrativo. O guia inicial foi analisado e revisado pela Área da Gestão de Recursos Humanos (HRM) em 2006 como parte da iniciativa Avaliação Estratégica e Alinhamento de Recursos da OPAS (SARA) e novamente em 2007. As mudanças foram o acréscimo de níveis e descrições das condutas pretendidas associadas a diferentes competências. Em 2007, o guia foi novamente revisado e posteriormente validado por uma empresa externa de consultoria.

135. O Guia de Competências integrou um esforço maior de implementar a gestão de recursos humanos baseada em competência. Este esforço também incluiu entrevistas e testes psicométricos com base nas competências no processo de seleção do pessoal e o alinhamento, atualização e melhoria das descrições de cargos com a incorporação dos requisitos com base no Guia de Competências.

136. A partir de 2004, a RSPA lançou um importante esforço para fortalecer-se como uma organização de constante aprendizagem, a fim de assegurar que as aptidões e o conhecimento de seu pessoal crescesse e evoluísse junto com os novos progressos tecnológicos, científicos, políticos e organizacionais.

137. Para guiar este processo, foi criado o Comitê de Aprendizagem com responsabilidades de avaliar as necessidades prioritárias de constante aprendizagem, encabeçar iniciativas que contemplem estas necessidades e assegurar que tais iniciativas estejam alinhadas com as necessidades operacionais da OPAS, políticas institucionais e os objetivos do Plano Estratégico da OPAS.

138. Desde 2004, no programa de constante aprendizagem, foram elaborados planos regionais e globais de aprendizagem fundamentados em oito “percursos de aprendizagem”: indução e atualização, princípios básicos da OPAS, liderança e excelência de gestão, gestão de projetos, excelência técnica, excelência administrativa, proficiência administrativas e qualificação de apoio. Exige-se que todo o pessoal faça um curso obrigatório de indução, um curso sobre Código de Princípios Éticos e de Conduta da OPAS e dois cursos (básico e avançado) sobre Segurança em Campo. A partir de 2012, o pessoal da RSPA também precisa incluir 10 dias/80 horas de atividades de aprendizagem nos seus planos pessoais de trabalho (vide abaixo).

Manual Digital e Manual de Operações no Nível Nacional

139. Uma iniciativa importante para apoiar e codificar o desenvolvimento institucional da OPAS foi o novo Manual Digital da OPAS/OMS. O Manual Digital é um instrumento unificado que direciona o pessoal da OPAS ao realizar suas responsabilidades rumo ao avanço dos Objetivos Estratégicos da Organização. Ele incorpora as regras, regulamentações, políticas e procedimentos do Manual Digital da OMS assim como mudanças específicas da OPAS em relação às políticas da OMS, como estipulado pelo Diretor da RSPA e permitido pela situação legal separada da Organização perante a OMS. Desenvolvido em um período de cinco anos e posto em pleno funcionamento em meados de 2012, o Manual Digital da OPAS/OMS é agora o único repositório de políticas compulsórias da OPAS, que anteriormente estavam espalhadas pelos diversos sites da Organização.

140. A Organização está atualmente elaborando um manual de gestão operacional para as representações da OPAS e centros especializados. Este novo manual dará orientação aos gerentes no nível nacional em todas as áreas de administração, inclusive o desenvolvimento de Estratégias de Cooperação de Países, Planos de Trabalho Bienais e planos de desenvolvimento institucional. O manual também dará destaque ao inter-relacionamento destes processos. Uma versão eletrônica proporcionará aos usuários links aos documentos e políticas do Manual Digital relacionados a cada processo.

141. O Manual Digital da OPAS/OMS e manuais no nível nacional terão um site específico da intranet pelo qual serão feitas todas as propostas de mudanças às políticas da OMS ou alterações nas políticas atuais da OPAS. As propostas, observações, edições e comunicações escritas serão elaboradas, transmitidas, aprovadas e publicadas usando este sistema de Manual Digital. O Comitê Permanente de Manual Digital da OPAS, formado

pelo Diretor da Administração e o Assessor Jurídico da OPAS, aprovará todas as propostas de mudanças de políticas.

142. Tanto o Manual Digital da OPAS/OMS quanto o Manual de Operações no Nível Nacional contribuem para o cumprimento do Objetivo Estratégico 16 e ao desenvolvimento da OPAS como uma organização de constante aprendizagem.

Transparência, Responsabilidade e Vigilância

143. De acordo com as recomendações do Grupo de Trabalho sobre a OPAS no Século 21, a RSPA instituiu várias mudanças que visam aumentar a transparência e a responsabilidade no trabalho da OPAS. Entre elas a adoção das primeiras regras específicas que regem a eleição do Diretor da RSPA. Com base nas recomendações de um grupo especial, o Grupo de Trabalho para Dinamizar os Mecanismos de Governança da OPAS, as novas regras incluíam critérios para serem usados pelos Estados Membros ao selecionar seus candidatos, um cronograma e procedimentos para candidatura e para realizar a eleição e a criação de um Fórum de Candidatos, a ser realizado em um momento coincidente com as reuniões do Comitê Executivo, para possibilitar aos candidatos apresentarem suas plataformas e responder as perguntas dos Estados Membros.

144. As regras também incluíam regulamentações específicas com relação aos candidatos que são do quadro de pessoal da OPAS ou da OMS, assim como mecanismos de vigilância relacionados aos delegados contratantes dos Estados Membros que participam na eleição e o uso de certos fundos da Organização antes e depois da eleição.

145. Em 2009, a OMS instituiu um novo processo global para selecionar os Líderes das Representações nos Países da OMS (HWCOs), também conhecidos como Representantes da OPAS/OMS (PWRs). O processo visa garantir as qualidades e aptidões de liderança dos PWRs/HWCOs através de um processo de seleção competitiva, educação continuada e uma avaliação rigorosa do desempenho, combinados com indução adequada, mentoria e coaching, assim como acompanhamento receptivo e respaldo.

146. O novo processo inclui uma Lista Geral de Nomes dos candidatos pré-qualificados a partir da qual todos os PWR/HWCOs serão selecionados. O Comitê de Avaliação da Lista Geral de Nomes, formado por funcionários graduados seniores dos seis Escritórios Regionais e da Sede da OMS, garante que os candidatos satisfaçam os requisitos mínimos essenciais para o cargo e que o processo de avaliação obedeça às normas institucionais. O processo compreende uma prova escrita para avaliar o conhecimento dos candidatos sobre aspectos fundamentais de saúde pública e sobre os valores das Nações Unidas e OMS, e entrevistas e simulações para avaliar as habilidades políticas em situações comuns do trabalho de PWRs/HWCOs.

147. Para as vagas de PWR (AMRO), os candidatos da Lista Geral de Nomes são avaliados pelo Comitê Sênior de Seleção da OPAS, que propõe um candidato ao Diretor-geral da OMS. As nomeações prosseguem com base no acordo mútuo com o governo-sede.

148. Além dessas mudanças, a RSPA também decidiu modificar o processo de seleção do Auditor Externo da OPAS. No período de 30 anos anterior ao biênio de 2008–2009, o Escritório Nacional de Auditoria do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte (NAO) havia sido nomeado pelos Órgãos Diretivos para servir como Auditor Externo da OPAS. Num esforço para melhorar a transparência nos processos de supervisão, a RSPA adotou o procedimento usado por OMS, segundo o qual são solicitadas indicações para um Auditor Externo que serve por, no máximo, dois biênios consecutivos. Em 2008, o NAO foi o único candidato indicado e foi novamente escolhido como Auditor Externo por dois biênios. Em 2011, os Estados Membros nomearam o Tribunal Espanhol de Auditoria para os biênios de 2012–2013 e de 2014–2015 após um processo de concorrência.

149. Foram instituídas várias novas entidades e processos para melhorar a governança com a melhoria da supervisão, gestão de risco e avaliação. Entre eles, o novo Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (IES), instituído em 2009 e chefiado pelo Auditor Geral da OPAS. O IES é responsável por realizar auditorias e avaliações internas, identificar questões de risco e controle interno, fazer recomendações e acompanhar a implementação destas. O IES atua de modo independente da administração e fornece assessoria para propósitos específicos.

150. Um avanço relacionado foi a criação do Comitê da Auditoria da OPAS, que se reuniu pela primeira vez em 2010. Formado por profissionais experientes que atuam de modo independente tanto dos Estados Membros quanto da RSPA, o Comitê contribui para melhorar a governança institucional, a gestão de riscos e os processos de controle interno ao realizar auditorias e avaliações internas e dar assessoria à administração da RSPA. Os seus membros também participam das reuniões do ICMS, comitê de Proteção de Recursos e Prevenção de Prejuízo (APLP) e do projeto de modernização do PMIS, entre outros.

151. O novo Comitê Permanente de Proteção de Recursos e Prevenção de Prejuízo (APLP) foi instituído em 2009 para fazer recomendações sobre políticas e medidas para prevenir prejuízo, uso indevido ou roubo de recursos e ativos da OPAS. Uma das suas primeiras recomendações, implementada em 2010, foi que todas as notificações de suspeita de roubo, prejuízo ou má administração deveriam ser comunicadas a um ponto central na Organização, a saber, o Escritório de Ética. Em 2012, uma nova política foi lançada sob os auspícios do comitê de APLP para responsabilização do pessoal em caso

de prejuízo ou roubo de propriedade ou equipamentos pertencentes à Organização por negligência ou má administração.

152. A OPAS instituiu outros novos processos que visam assegurar integridade, transparência e responsabilidade ao realizar os seus mandatos. Desde 2005, o pessoal em determinados níveis de categorias profissionais e em posições relevantes está obrigado a apresentar uma Declaração de Interesse revelando interesses financeiros, profissionais ou outros interesses que poderiam potencialmente ser um conflito de interesses. A declaração também requer a revelação de quaisquer interesses relevantes de familiares próximos.

153. A partir de 2010, a Organização adotou as Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) em seus informes financeiros e de contabilidade; anteriormente eram usadas as Normas de Contabilidade do Sistema das Nações Unidas (UNSAS). A OPAS foi uma de oito organizações do sistema das Nações Unidas que conseguiu implementar as novas normas até 2010.

Mecanismo de Resposta Institucional e Centro de Operações de Emergência (COE)

154. A pandemia de influenza H1N1 de 2009 e o terremoto de 2010 no Haiti exigiram as maiores e mais complicadas operações de resposta desde que o programa de emergência da OPAS foi criado em 1976. Em decorrência destas experiências e das enormes exigências impostas à Organização, a OPAS começou a introduzir modificações na própria gestão de desastres e operações de resposta.

155. Este processo envolveu consultas extensas dentro e fora da Organização com especialistas de várias disciplinas, inclusive especialistas em gestão de emergência, socorristas avançados, epidemiologistas e administradores, entre outros. O resultado foi a criação da Estrutura de Resposta Institucional a Emergências e Desastres que visa melhorar a capacidade da Organização de responder com rapidez adequada, agilidade e efetividade às necessidades dos Estados Membros em situações de emergência.

156. Como parte da nova estrutura, o espaço anteriormente ocupado pela Biblioteca no Edifício da Sede foi adaptado para sediar o novo Centro de Operações de Emergência (COE) e Centro de Conhecimento, com espaços de trabalho interconectados e flexíveis para possibilitar a colaboração de diferentes áreas técnicas dentro da Organização para uma resposta de saúde pública. O COE tem um papel coordenador, conectando todos os pontos de operações para assegurar uma resposta oportuna e efetiva a eventos urgentes de saúde pública. A sua integração com as Redes de Informação e Biblioteca da OPAS (KMC/LI) e a equipe de Alerta e Resposta e Doenças Epidêmicas (HSD/IR) do Regulamento Sanitário Internacional possibilita melhor colaboração entre a Área de Prontidão para Emergência e Assistência em Casos de Desastres (PED), Gestão do

Conhecimento e Comunicação (KMC), Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças (HSD), e outras áreas técnicas e administrativas . O novo espaço do COE/Centro de Conhecimento foi inaugurado durante a 150a Sessão do Comitê Executivo em junho de 2012.

Tecnologias da Informação e Comunicação

157. Complementando a nova estrutura institucional de resposta e contribuindo para a continuidade e eficiência operacionais, novos esforços foram realizados para melhorar a infraestrutura de informação e comunicação da Organização.

158. A estrutura básica para esses esforços foi a nova Estratégia de TIC da OPAS, que articula o consenso sobre as necessidades da comunidade da OPAS e sua base de parceiros e apresenta uma visão integral de onde precisa estar a TIC para suprir as necessidades da OPAS a médio prazo. Uma versão preliminar da política foi elaborada com uma consulta em toda a Região incluindo 13 grupos de discussão e a participação de mais de 100 membros do quadro da RSPA.

159. Com base em um horizonte de planejamento de cinco anos, a Estratégia de TIC assimila as tendências de curto prazo do setor em virtualização, computação em nuvem, padronização, consolidação e gestão de serviços. Como a Organização prossegue com a passagem progressiva para o uso de dispositivos e serviços móveis, espera-se que esses enfoques e tecnologias melhorem a agilidade e a capacidade de TIC de responder às necessidades em evolução da OPAS e suas comunidades.

160. A Estratégia de TIC da OPAS enfatiza o posicionamento da Organização como líder em informação de saúde eletrônica, assim como em colaboração e formação de redes. Reflete o Foco no País da OPAS e ressalta a importância de maior conectividade de rede para garantir o acesso equitativo para todos, em apoio aos Objetivos Estratégicos da OPAS.

161. Os projetos incluídos na estratégia foram implementados de forma colaborativa pela equipe dos Serviços de Tecnologia da Informação (ITS), com a área de Gestão do Conhecimento e Comunicação (KMC) para garantir a integração com o modelo conceitual de KMC e interoperabilidade com a intranet/extranet 2.0 da OPAS, o Repositório Institucional Global da OMS e o Campus Virtual de Saúde Pública.

162. Os principais projetos de TIC foram:

- (a) Projeto de Atualização da Tecnologia da Área de Trabalho, que proporciona uma mesma área de trabalho para o pessoal da Sede, nos escritórios nacionais e centros pan-americanos, e em vários dispositivos. Facilita o gerenciamento de única

- instância da configuração do software da área de trabalho, aumenta a padronização e simplifica o suporte de proximidade local.
- (b) Projeto de Modernização de E-mail, que progressivamente atualizou os sistemas de e-mail dos escritórios e centros da OPAS e fez a migração de muitos escritórios para o datacenter de Washington D.C. para consolidar a infraestrutura de hardware e melhorar a continuidade operacional. Como parte do Plano de Continuidade Operacional da OPAS, o ITS também implementou um novo Sistema de Genciamento de E-mails (EMS), que compreende infraestrutura alternativa de e-mails em caso de falta de energia nos sistemas básicos de e-mail da OPAS.
 - (c) Projeto de Virtualização do Servidor da OPAS, que proporcionou infraestrutura de servidor mais sólida e flexível na Sede e permitiu resposta mais rápida às demandas de continuidade operacional.

163. Como parte do empenho de melhorar as comunicações organizacionais, a OPAS realizou um grande esforço para melhorar a conectividade entre os escritórios nacionais, os centros pan-americanos e a Sede. Anteriormente essas entidades eram interligadas através de uma multiplicidade de conexões locais muitas vezes pouco confiáveis restritas por banda larga insuficiente e de alto custo, propensa a falhas e desempenho ruim.

164. Para remediar esta situação, a Organização instituiu uma nova Rede Privada da OPAS (PPN), uma infraestrutura de telecomunicações que proporciona a conectividade necessária em todos os locais da OPAS com maior capacidade de comunicação, banda larga, segurança e confiabilidade.

165. A PPN comporta recursos de reunião virtual, maior intercâmbio de conhecimento, formação de redes sociais voltadas para a saúde, telefonia por voz sobre protocolo de internet (VoIP), comunicações em tempo real e recurso de videoconferência. A rede também cria uma base para futura participação direta dos Estados Membros nas atividades da RSPA, assim como conectividade para estender os sistemas às instituições de saúde.

166. Como parte da implementação da PPN, a OPAS atualizou a maioria de seus sistemas telefônicos na Região e está utilizando tecnologias de ponta para assegurar um sistema de comunicação integrado para todo o pessoal.

Estratégia de Gestão do Conhecimento e Comunicação e Web 2.0

167. Em 2011, a OPAS aprovou a sua primeira estratégia institucional que visa integrar a gestão do conhecimento e comunicação. O desenvolvimento da estratégia contou com contribuições de 13 grupos de trabalho distintos e a incorporação de

elementos de uma Estratégia de Gestão do Conhecimento anterior e uma estratégia existente para Recursos Humanos e Tecnologia da Informação.

168. A nova Estratégia de Gestão do Conhecimento e Comunicação fornece orientação para o planejamento de políticas de gestão do conhecimento e comunicação, identificando metas estratégicas em áreas como colaboração, aprendizagem, redes e comunicação em saúde. A estratégia está sendo implantada em toda a Organização sob a responsabilidade primária da Área de Gestão do Conhecimento e Comunicação (KMC).

169. Uma importante mudança instituída como parte da Estratégia de Gestão do Conhecimento e Comunicação foi a transição para o modelo de presença online Web 2.0. Em contraste aos modelos tradicionais de rede, o Web 2.0 implica em interação e colaboração entre os usuários que conseguem criar e gerar conteúdo como membros de uma comunidade virtual, em vez de usuários que são essencialmente receptores passivos de conteúdo criado para seu consumo.

170. A adoção pela Organização do Web 2.0 criou oportunidades para o intercâmbio de informação, formação de redes, interação, interoperabilidade e geração de conteúdo. A implementação do modelo pela OPAS pôs em destaque:

- (a) Padrões para gestão de informação que possibilita a evolução conjunta entre diferentes usuários.
- (b) Interoperabilidade que possibilita a consolidação de fluxos internos e externos de informação.
- (c) Direcionamento de grupos de usuários na produção e troca de conteúdo.
- (d) Ampliação das redes para difusão de informação e inovação, inclusive através das comunidades de prática e o uso de mídias sociais.
- (e) Criação de novas formas funcionais para preparar dispositivos móveis e acesso.
- (f) Preservação do conhecimento, perícia e memória histórica.

171. A implantação do Web 2.0 fortaleceu a presença da OPAS como uma fonte abalizada de informações científicas e técnicas em saúde pública, ampliou a publicação multilíngue em um ambiente de acesso aberto, promoveu o alinhamento estratégico e funcional com o site da OMS, melhorou a interoperabilidade entre fontes de informação de saúde pública internas e externas, e tornou o conteúdo da OPAS mais acessível a indexadores, navegadores de internet, portais e outros serviços de internet assim como para os usuários.

172. Um progresso relacionado de TIC que deu respaldo à Estratégia de Gestão do Conhecimento e Comunicação foi o Projeto de Consolidação de Domínios da OPAS, que consolidou 35 domínios de internet de representações e centros da OPAS em um único

domínio “paho.org” para apresentar uma identidade uniforme da Organização nas Américas. O projeto reduziu consideravelmente a complexidade de infraestrutura, simplificou o gerenciamento e possibilitou enfoques futuros de única instância e iniciativas de computação em nuvem.

173. A Organização também aproveitou as novas plataformas disponíveis para conferências virtuais e colaboração, o que propiciou um notável aumento da interação colaborativa e também gerou grande economia de custos. Entre 2006 (o primeiro ano em que as ferramentas de colaboração virtual foram plenamente implementadas) e 2011, o número anual de reuniões virtuais e eventos patrocinados pela Organização aumentaram de 687 para mais de 30 mil. Em meados de 2012, a OPAS estava sediando quase 1 mil espaços específicos de colaboração virtuais para o seu pessoal, seus colaboradores externos e outros interessados diretos.

174. Em 2011, a OPAS lançou a primeira fase de uma nova intranet da OPAS projetada para dar acesso a informações institucionais importantes e fornecer uma plataforma abrangente para gestão do conhecimento e comunicação. A segunda fase, atualmente em desenvolvimento, inclui a implementação de uma nova arquitetura de informação concebida para tornar o armazenamento e a recuperação de informações mais rápidos, intuitivos e confiáveis.

175. Desde o seu início, a nova intranet da OPAS publicou um grande número de notícias e informações de interesse aos empregados compreendendo tópicos como práticas de administração e recursos humanos, e incluindo vários perfis do pessoal.

Sistema de Informação para a Gestão da RSPA

176. Em 2010, a RSPA lançou um projeto de vários anos para modernizar o sistema de informação para a gestão, antes conhecido como Sistema de Gestão Institucional (CMS) e mais recentemente renomeado como Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS). O PMIS fornece apoio fundamental aos programas de cooperação técnica da OPAS ao automatizar a informação necessária para o planejamento, gestão de programas, planejamento orçamentário, finanças, gestão de recursos humanos, folha de pagamento, compras e avaliação, entre outros.

177. Um comitê especial de PMIS analisou os processos organizacionais, elaborou um conjunto de princípios orientadores e identificou diversas opções para modernização junto com suas vantagens, desvantagens e custos estimados. O relatório do comitê, aprovado pelo 50º Conselho Diretor da OPAS (CD50/7 e CD50/7, Corr.1) em 2010, determinou a modernização do PMIS para que estivesse alinhado com o Sistema de Gestão Global da OMS, levando em consideração a situação legal separada da OPAS e garantindo que não haveria prejuízo para autoridade dos Órgãos Diretivos da OPAS nem para os níveis de serviço para os Estados Membros da OPAS.

178. Em conformidade com as recomendações do comitê de PMIS, o esforço de modernização do PMIS visa melhorar a responsabilidade e transparência, colaboração, gestão de recursos humanos, apoio a operações de emergência e eficiência operacional. Também procura simplificar os processos administrativos; facilitar operações multilíngues no âmbito do país, sub-regional e regional; e assegurar que a gestão da informação ajude a fortalecer a administração em todos os níveis da RSPA.

Compras, Contratação e Desempenho

179. A OPAS aumentou drasticamente sua atividade de compras nos últimos anos, em grande parte devido ao aumento no uso pelos Estados Membros do Fundo Rotativo da OPAS e Fundo Estratégico. De 2000 a 2011, houve um crescimento de quase cinco vezes no volume total de compras, de US\$ 105 milhões a US\$ 505 milhões. Para melhor responder a esta crescente demanda, a Organização realizou um importante Projeto de Transformação de Compras, com base tanto nas avaliações externas quanto internas, que visou simplificar os processos para eficiência e alinhamento das estruturas organizacionais para a efetividade estratégica.

180. Entre as mudanças mais importantes nas práticas de compras nos últimos 10 anos está maior delegação de autoridade tanto na Sede quanto no nível nacional. Esta tendência acompanhou outros esforços para agilizar e descentralizar as funções na Organização e faz parte de um empenho de longo prazo de instituir um novo modelo de compras fundamentado no “controle centralizado com implementação descentralizada”.

181. Para melhorar o desempenho nas compras pelos interessados diretos internos e externos, a OPAS instituiu o uso de painéis digitais, ou interfaces digitais que (a) apresentam informação de desempenho em um formato gráfico que possibilita aos usuários identificar rapidamente os problemas de desempenho e auxilia na sua correção, (b) fornecem informação de modo mais conveniente ao deixar de lado métodos predominantemente manuais de integração e disseminação de informação e (c) facilitam a análise e o gerenciamento dos processos de compras com relação às principais metas e objetivos. Os painéis fazem uso dos principais indicadores de desempenho (KPI) para avaliar a eficiência e efetividade da atividade de compras e facilitar ações corretivas para melhorar o alcance das metas e objetivos organizacionais.

182. A área de Gestão de Recursos Humanos (HRM) da OPAS também implementou mudanças para simplificar e esclarecer as suas modalidades de contratação, principalmente para reduzir o tempo de recrutamento e facilitar o posicionamento rápido. Entre as mudanças estão:

- (a) Harmonização das modalidades de contratação da OPAS com as do Sistema Comum das Nações Unidas para garantir a uniformidade e mobilidade interinstitucional.
- (b) Desenvolvimento de sistemas automatizados para atender as necessidades urgentes e desafios de financiamento, como o financiamento a curto prazo.
- (c) Delegação de autoridade para permitir aos gerentes tomar decisões de contratação sem grande envolvimento da HRM em certas situações (por exemplo, contratação de pessoal de fora das Nações Unidas como assessores e consultores temporários).
- (d) Desenvolvimento de uma lista de nomes para serviços gerais para facilitar a contratação rápida de pessoal de apoio para projeto ou programas.

183. A HRM também implementou medidas para encurtar o processo de recrutamento para os postos em regime de tempo integral (FTPs). Essas medidas incluíram:

- (a) Um Sistema de Rastreamento de Recursos Humanos (THS) para facilitar e melhorar o acompanhamento das solicitações de contratação.
- (b) Uma ferramenta *E-Select* que automatiza a maioria dos passos para documentar o processo de recrutamento e possibilita aos gerentes ter maior controle sobre o cronograma de cada fase.
- (c) Reconfiguração do Painel Consultivo de Seleção (ASP) para permitir uma melhor programação do processo de seleção.

184. Essas medidas encurtaram o processo de recrutamento em média em três meses.

185. A HRM também melhorou o seu Sistema de Planejamento e Avaliação do Desempenho (PPES) com o uso de uma nova ferramenta eletrônica que possibilita ao pessoal da Sede e nas representações nos países preencher seus planos de trabalho e avaliações online. Implementado no início de 2010, o novo e-PPES está disponível nos quatro idiomas oficiais da Organização, junto com um curso online sobre seu uso. O sistema também tem recursos de relatório que possibilita os gerentes monitorar o cumprimento e incentivar maior responsabilidade.

CAPÍTULO IV

PROGRESSO FUTURO EM SAÚDE PÚBLICA

Consolidação dos Avanços

186. Os países das Américas têm muito a celebrar no que se refere os avanços na saúde durante a primeira década dos anos 2000. A Região obteve conquistas consideráveis em expectativa de vida, proteção social em saúde, reorganização dos sistemas de saúde e o tratamento, controle ou eliminação de diversas doenças infecciosas (vide Capítulo I).⁷ Contribuiu para esses avanços uma realização igualmente importante, mas menos tangível: a consolidação da saúde como um direito básico humano nas agendas políticas de quase todos os países, incluindo a incorporação deste direito em muitos regimes jurídicos nacionais. Mesmo em relação ao problema historicamente mais difícil de resolver na Região, a desigualdade, houve progresso durante a década, embora seja a área em que ainda estão os maiores desafios. Neste capítulo se discute o que é necessário para consolidar e manter esses avanços, se examinam as principais metas de saúde que não foram plenamente alcançadas e se destacam alguns dos grandes desafios emergentes que a Região enfrenta a curto prazo.

187. Como observado no Capítulo I, o gasto de saúde pública nas Américas aumentou durante a maior parte da primeira década dos anos 2000, embora não tenha atingido os níveis em geral considerados necessários para a cobertura universal de saúde. Um grande desafio será assegurar a sustentabilidade da proteção social ampliada na saúde com o aumento suficiente dos orçamentos sociais e de saúde ou com o desenvolvimento de novos mecanismos inovadores de financiamento, ou ambos. O processo de definir novos mecanismos de financiamento deve reconhecer que a cobertura universal não pode ser alcançada se ela não estiver vinculada ao emprego formal e que a cobertura para um segmento populacional terá de ser subsidiada. É também importante que os novos mecanismos contribuam para a redução da segmentação (e das desigualdades resultantes) dos sistemas de saúde, por exemplo, ao incorporar outros grupos aos sistemas existentes de assistência de saúde em vez de relegá-los a pacotes separados de cobertura limitados ou em geral de atenção de qualidade inferior. Os países que conseguiram instituir sistemas nacionais de saúde unificados podem oferecer lições valiosas neste sentido.

188. A cooperação técnica contínua da OPAS/OMS que dá respaldo à cobertura de saúde ampliada está centrada em políticas e mecanismos para o financiamento da proteção social e de sistemas de saúde, assim como em estudos da evolução das

⁷ Consulte também a edição de 2012 de *Health in Americas*, publicada simultaneamente a este relatório, para obter informações detalhadas e análise das tendências recentes de saúde e de desenvolvimento nos países das Américas.

desigualdades dos sistemas de saúde, inclusive análises da progressividade do financiamento de saúde e do empobrecimento decorrente de gastos catastróficos por conta própria.

189. O progresso continuado em reformar e reorganizar sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde (APS) é também crucial para a sustentabilidade da proteção de saúde ampliada. Houve um maior progresso destes esforços em alguns países que em outros, mas as estratégias de APS têm demonstrado seu valor ao melhorar a eficiência dos sistemas e melhorar a assistência prestada.

190. Um componente-chave da estratégia de APS, essencial tanto à sustentabilidade como à qualidade dos sistemas de saúde, é a implementação, o fortalecimento e a expansão das redes integradas de serviços de saúde (RISS). Nos países que já começaram a instituir RISS, será preciso avançar para a integração progressiva de diferentes prestadores de serviços, assim como para a participação colaborativa das autoridades sanitárias nos âmbitos municipal, provincial e nacional. Ao instituir RISS, é importante também transpor as relações, em geral excessivamente hierárquicas, entre as diversas categorias de profissionais da saúde, promovendo em contrapartida o trabalho colaborativo em equipe e o respeito mútuo.

191. O acesso a medicamentos a preços acessíveis continua sendo um requisito fundamental para sustentar e ampliar a proteção de saúde. Durante a década passada, os países tiveram de ajustar as suas políticas farmacêuticas em resposta a importantes mudanças neste setor. Apesar do crescimento de pesquisas e de maior desenvolvimento em todo o mundo, houve queda do ritmo de inovação farmacêutica durante o período, e os benefícios relativos dos novos medicamentos têm sido mais limitados. Ao mesmo tempo, a globalização contínua levou à harmonização de facto das medidas de proteção da propriedade intelectual, prolongando a duração das patentes (15 a 20 anos). Como resultado, os preços dos medicamentos mais recentes subiram tanto no setor público como no privado.

192. As políticas e ferramentas farmacêuticas tradicionais que contribuíram para que os países da América Latina e Caribe melhorassem o acesso aos medicamentos continuam sendo úteis. Entre elas, a elaboração e atualização de listas de medicamentos essenciais e tecnologias em saúde, uso de medicamentos genéricos, regulamentação da qualidade e segurança e promoção do uso racional. Porém, com uma maior demanda de cobertura universal e acesso a serviços de saúde, um número crescente de governos demonstrou maior vontade política de promover a inovação biomédica e farmacêutica, uma tendência apoiada pela OPAS/OMS. São também necessárias melhorias contínuas tanto nos sistemas reguladores como de atenção de saúde para garantir o acesso equitativo e a qualidade dos produtos farmacêuticos e biomédicos.

193. Outro elemento fundamental para consolidar as reformas do sistema de saúde é aperfeiçoar os modelos de administração, inclusive os modelos para administrar os serviços como parte das redes de saúde pública, assim como melhorar as estratégias para administração e desenvolvimento dos recursos humanos na saúde.

194. Muitos países já têm escassez de profissionais de saúde e, em particular, vários países do Caribe continuam registrando considerável emigração de profissionais de enfermagem. Mas um número ainda maior de países tem uma distribuição assimétrica do pessoal da área de saúde com diferentes habilidades e níveis da especialização. Em toda a Região, as áreas urbanas continuam apresentando maior percentual de pessoal da saúde por habitante que as áreas rurais e regiões remotas. Os sistemas de saúde baseados na APS requerem número e distribuição adequados de médicos, dentistas, psicólogos, pessoal de enfermagem e outros. Formação adequada e oportunidades educacionais, distribuição mais racional, estruturas de incentivo eficazes e condições de trabalho favoráveis, incluindo medidas para proteger os profissionais de saúde de riscos ocupacionais, são necessários para o pessoal da saúde em todos os níveis a fim de assegurar que os sistemas de saúde reorganizados atendam às necessidades heterogêneas de diferentes grupos econômicos, sociais, culturais e geográficos. Isto também implica em maior colaboração e coordenação entre os setores da saúde, educação e trabalho.

195. Para manter as conquistas dos sistemas de saúde, é preciso também competência profissional adequada e retenção na gestão de saúde pública e cargos de liderança. Assim, assegurar a disponibilidade, a força atrativa e a estabilidade de uma carreira de saúde pública deve ser uma das metas principais das estratégias de recursos humanos. Isto inclui propiciar as vias aos profissionais para adquirir as competências em campos específicos relacionados com as funções essenciais da saúde pública das autoridades sanitárias nacionais⁸ recomendadas pela OPAS/OMS. Nos últimos anos, a cooperação entre países e a formação de redes, por exemplo, a Rede Pan-Americana para a Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (PANDRH), têm sido maneiras efetivas para complementar a formação e os programas educacionais disponíveis nos países. É também essencial ter profissionais de saúde pública que defendam o setor da saúde e colaborarem no desenvolvimento da legislação, por exemplo, para criar regimes jurídicos para a consolidação de sistemas nacionais de saúde e o fortalecimento das autoridades sanitárias nacionais.

⁸ (1) Monitoramento, avaliação e análise do estado de saúde; (2) vigilância, pesquisa e controle de riscos e ameaças à saúde pública; (3) promoção da saúde; (4) participação social na saúde; (5) formulação de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão de saúde pública; (6) fortalecimento da regulamentação de saúde pública e capacidade de garantir o cumprimento; (7) avaliação e promoção do acesso equitativo a serviços de saúde; (8) desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde pública; (9) garantia de qualidade nos serviços de saúde para indivíduos e populações; (10) pesquisa em saúde pública; (11) redução do impacto das emergências e desastres na saúde.

196. Entre outras áreas dos sistemas de saúde que requerem o fortalecimento contínuo estão segurança radiológica e do sangue, segurança do paciente e relação provedor-paciente, avaliação e implementação de infraestrutura médica e tecnologias, controle de qualidade e aperfeiçoamento, serviços de saúde oral e ocular, sistemas de informação de saúde, sistemas de credenciamento de serviços de saúde e hospitais seguros em caso de desastres.

197. Como observado no Capítulo I, a Região das Américas foi líder no controle e eliminação de doenças que podem ser prevenidas com vacinação. Foi a primeira região da OMS a erradicar a varíola e a poliomielite e, desde então, eliminou a transmissão endêmica de sarampo e rubéola, e reduziu o tétano neonatal a um nível tal que este já não é um problema de saúde pública em todos os países exceto o Haiti.

198. A conservação desses avanços notáveis requererá manter os altos níveis de cobertura de vacinação da Região, assim como a vigilância contínua das doenças que podem ser prevenidas com vacinação e o monitoramento das taxas de cobertura. Os países devem permanecer vigilantes considerando-se o risco contínuo de casos importados de sarampo e devem sanar as lacunas de cobertura que continuam a existir em comunidades vulneráveis e de difícil acesso. A Semana de Vacinação nas Américas é uma iniciativa importante para procurar resolver este último problema. No âmbito nacional, os países devem continuar a obter apoio público e consolidar o compromisso político de assegurar o financiamento sustentável para seus programas ampliados de vacinação.

199. Embora a Região como um todo tenha sido líder entre as regiões em desenvolvimento na adoção de novas vacinas, vários países ainda não introduziram novas vacinas importantes como a vacina antipneumocócica e a vacina contra o HPV. Tirar partido da cooperação técnica e dos serviços de compras conjuntos do Fundo Rotativo da OPAS/OMS e a Iniciativa ProVac pode ajudar os países a tomar decisões sólidas bem fundamentadas sobre o uso das novas vacinas, assim como maior uso das vacinas subutilizadas, em particular a vacina para influenza. É também importante que os países com capacidade de produzir vacinas façam a transferência de tecnologia aos países com potencial pouco desenvolvido nesta área.

200. Outros desafios para consolidar os avanços de vacinação são, em alguns países, fortalecer a rede de frio das vacinas, com a instituição plena de registros nominais de vacinação, e certificar a eliminação do sarampo e rubéola. Também é necessário reforçar a vigilância de eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização (ESAVI).

201. Outra área em que a América Latina e o Caribe ocupam papel de destaque no mundo em desenvolvimento é a ampliação do acesso ao tratamento antirretroviral (ARV) para pessoas vivendo com HIV. Em 2010, 63% dos que precisavam de ARV (521 mil

peças) recebiam o tratamento nas duas sub-regiões combinadas. Aliada ao declínio de novas infecções, a ampliação da cobertura de ARV contribuiu para redução do número de mortes causadas pelo HIV na América Latina e no Caribe entre 2000 e 2010. Contudo, mais de uma em cada três pessoas que precisam de ARV não recebeu o tratamento e, em alguns países, esta lacuna de tratamento é ainda muito maior. Isso ocorre apesar da existência em todos os países de políticas que sustentam o acesso gratuito ao ARV como direito humano básico.

202. Para sanar estas lacunas de tratamento, será preciso melhorias no diagnóstico precoce, encaminhamentos e monitoramento dos pacientes com HIV, assim como maior eficiência nas compras e uso do ARV. O relatório da OPAS de 2012, *Tratamento antirretroviral em foco: uma análise de saúde pública na América Latina e no Caribe*, recomenda que os países restrinjam os esquemas de ARV aos de maior efetividade; descartem os medicamentos obsoletos, especialmente os tóxicos; aumentem o uso dos mecanismos internacionais de compras como o Fundo Estratégico da OPAS; adotem novos modelos de prestação de serviços baseados em informação estratégica e na atenção do paciente; ampliem e assegurem o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e fortaleçam o monitoramento das cargas virais e CD4 dos pacientes, entre outras medidas.

203. Outros desafios para a resposta ao HIV são captar recursos nacionais para reduzir a dependência de financiamento externo para ARV, acelerar programas de transferência de inovação, assegurar o uso apropriado de testes rápidos e algoritmos de diagnóstico simplificados, instituir medidas de apoio-aderência e usar plataformas de monitoramento baseadas na internet para produtos primários estratégicos e medicamentos.

204. Um grande desafio que ainda muitos países enfrentam é integrar plenamente a prevenção do HIV nas estratégias de saúde sexual e reprodutiva e atenção primária à saúde, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis. Isto inclui teste de HIV para gestantes, provisão de ARV a mães e lactentes e diagnóstico precoce dos lactentes expostos, em conformidade com a Iniciativa Regional para Eliminação da Transmissão Materno-fetal de HIV e Sífilis Congênita. A integração do HIV na atenção primária à saúde e outras áreas programáticas pode ter o benefício adicional de reduzir o estigma e a discriminação, assim como considerar a dependência do financiamento externo para atividades relacionadas com o HIV. É também preciso melhor coordenação da atenção à tuberculose e HIV para abordar o problema de coinfeções de HIV/TB.

Abordagem da Agenda Inconclusa

205. Como observado no Capítulo I, as notáveis conquistas em saúde da Região na década passada não beneficiaram por igual todos os países ou grupos populacionais. Existem disparidades significativas entre os países e dentro dos países em indicadores básicos como expectativa de vida, mortalidade materna e infantil, desnutrição, acesso a

água potável e saneamento e acesso aos serviços de saúde.⁹ A redução dessas desigualdades foi e continua sendo o maior desafio de saúde pública das Américas.

206. Estas disparidades são mais evidentes na mortalidade materna, um dos ODMs que a Região não está atualmente no rumo para alcançar. As disparidades no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva abrangentes e de qualidade, incluindo atenção qualificada no nascimento e contracepção, são os principais motivos para o fracasso da Região em fazer o progresso suficiente para o alcance do ODM-5.¹⁰

207. No âmbito regional, há esforços em andamento para acelerar o progresso na redução da mortalidade materna e infantil. Entre eles, o Grupo de Trabalho Regional para Redução da Mortalidade Materna (GTR), Aliança para a Saúde do Recém-nascido para América Latina e Caribe, Iniciativa de Maternidade Segura e estratégias regionais da OPAS em morbidade e mortalidade maternas (CSP26.R13 [2002]) e saúde neonatal (CD48.R4 [2008]). Essas iniciativas e a cooperação técnica da OPAS/OMS nesta área se concentram em intervenções com base científica dentro de um processo contínuo de atenção materna, neonatal e infantil e com atenção especial às mulheres vulneráveis como mulheres indígenas, adolescentes e mulheres de comunidades pobres.

208. No âmbito nacional, as áreas importantes que precisam ser reforçadas são atenção obstétrica básica e sistemas de encaminhamento para mulheres nas áreas remotas, detecção precoce e conduta de complicações obstétricas nos hospitais, sistemas de informação perinatal e vigilância da mortalidade materna com base na busca de casos de morte em mulheres em idade reprodutiva.

209. Serviços de saúde sexual e reprodutiva abrangentes devem compreender prevenção, tratamento, atenção e serviços de apoio aos portadores do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis, assim como acesso à contracepção e educação sexual inclusive a serviços de aconselhamento familiar e programas de educação de pais, para prevenir a gravidez na adolescência e a gravidez indesejada que contribuem para as altas taxas de fecundidade e representam um risco desnecessário às mulheres. Em muitos países, a contracepção e a educação sexual que poderiam ajudar a proteger a saúde e a vida de adolescentes de ambos os sexos sofrem oposição de segmentos articulados da sociedade. Vencer as barreiras ao exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (incluindo os direitos das mulheres gestantes e lactantes no local de trabalho) é um grande tema da agenda inconclusa e requer proteções legais, assim como apoderamento individual e educação e conscientização de famílias, comunidades e do próprio setor da saúde.

⁹ Consulte a edição de 2012 de *Health in Americas* para dados adicionais e análise das desigualdades de saúde na Região.

¹⁰ Melhorar a saúde materna.

210. Um desafio relacionado é a incorporação mais ampla dos enfoques de direitos humanos, gênero e grupo étnico no setor da saúde. Uma perspectiva de gênero é crucial não só para a igualdade na saúde da mulher, mas também para a saúde e bem-estar do homem. Homens e mulheres têm necessidades e os perfis diferentes de saúde que precisam ser levados em consideração para a efetividade das políticas e intervenções de saúde. Uma área-chave da integração de gênero e grupo étnico é a coleta de dados desagregados para facilitar a notificação e a análise dos resultados e tendências de saúde que são distintos para homens e mulheres e para os membros dos grupos étnicos.

211. Em geral, abordar estes e outros determinantes sociais requer o fortalecimento dos sistemas de informação de saúde tanto no âmbito nacional no âmbito subnacional a fim de que sejam produzidos dados de qualidade, convenientes e desagregados que possam ser analisados, notificados e usados para elaborar políticas, estratégias e planos que contribuam para reduzir as desigualdades de saúde. A OPAS/OMS está dando apoio para a capacitação nessas áreas e trabalhando para assegurar que esses princípios sejam plenamente incorporados no seu próprio trabalho.

212. Assim como com a integração de gênero e grupo étnico, há muito ainda a ser feito na Região na área da saúde e de direitos humanos. Embora o princípio de saúde como um direito básico seja aceito na grande maioria dos países da Região e tenha sido consagrado na constituição de vários países, de modo geral, a legislação, as políticas e os planos relacionados com a saúde não incorporam os princípios básicos de direitos humanos, como o direito sem discriminação ou o direito à privacidade e ao consentimento informado. Há também uma necessidade urgente de maior conscientização sobre os direitos humanos dos grupos em situações de vulnerabilidade, como mulheres, crianças, adolescentes, pessoas de orientação sexual ou identidade de gênero divergentes (pessoas LGTBI), pessoas com HIV, idosos e pessoas com invalidez, entre outros. Há muita discriminação contra membros dos grupos vulneráveis na Região, e está estreitamente associada à violência e tem sérias repercussões tanto para a saúde física como mental. Fazem-se necessários mecanismos melhores para monitorar, identificar, investigar, processar e sancionar violações dos direitos humanos nos grupos vulneráveis, em particular nos serviços de saúde. Há também grande necessidade de fortalecer a capacidade dos magistrados, pessoal de saúde pública, pessoal do sistema prisional, representantes do Congresso, policiais e membros da União para lidarem de modo efetivo com as questões de direitos humanos nestes grupos. Além disso, é necessária instrução sobre a Convenção Americana de Direitos Humanos, Convenção dos Direitos da Criança (CRC) e Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). Por fim, são necessários mecanismos para monitorar o cumprimento destes e de outros instrumentos de direitos humanos nos serviços de saúde, prisões e instituições de permanência prolongada para pessoas idosas, entre outras instituições.

213. A violência contra a mulher e a criança continua a ser um dos principais problemas de saúde pública na Região, com sérias consequências para a saúde, o bem-estar e o comportamento ao longo de todo o ciclo de vida. Houve certo progresso em melhorar a resposta a esta violência, por exemplo, com reformas legais e melhores serviços para vítimas. Porém, o avanço foi menor na área de prevenção, apesar de uma série de provas sobre enfoques efetivos. A cooperação técnica da OPAS/OMS nesta área engloba cursos online e seminários para capacitação em prevenção primária da violência contra a mulher e a criança, assim como a formulação de política e diretrizes clínicas para a resposta do setor da saúde.

214. A saúde mental também continua sendo uma questão premente da agenda inconclusa da Região. Transtornos mentais e distúrbios neurológicos representam 21% da morbidade total na América Latina e no Caribe, mas os recursos disponíveis para abordá-los são insuficientes, estão distribuídos de forma desigual e às vezes são usados de modo ineficiente. A proporção estimada de portadores de transtornos mentais que necessitam de atenção e não recebem tratamento (lacuna de tratamento) é de 65%. Estigma, exclusão social e violações de direitos humanos constantes compõem de modo considerável o sofrimento humano dos transtornos mentais. As áreas prioritárias para ação são a eliminação da institucionalização involuntária e reorientação dos serviços de saúde mental para atenção na comunidade integrada na atenção primária à saúde.

215. Apesar de grande redução do ônus das doenças infecciosas nas Américas, essas doenças continuam afetando desproporcionalmente os países e os grupos populacionais mais pobres. Esta desigualdade é muito evidente nas assim chamadas “doenças negligenciadas” ou “doenças da pobreza”, que juntas representam uma parcela da morbidade total na Região maior que a malária ou a tuberculose. Para resolver o problema destas doenças é preciso melhorar a prevenção, diagnóstico e tratamento nos serviços de atenção primária à saúde nas áreas em risco, assim como melhorar a vigilância epidemiológica e garantir a provisão adequada dos medicamentos necessários no âmbito local. A OPAS/OMS se junto à Rede Global para Doenças Tropicais Negligenciadas e ao BID em uma iniciativa para eliminar 10 doenças negligenciadas até 2015 dando apoio e promovendo medidas para esta finalidade nos países afetados.

216. A desnutrição também continua sendo um problema nos grupos mais pobres, em particular nos indígenas e pessoas que vivem em comunidades rurais remotas onde o grau de instrução é baixo. A desnutrição crônica afeta cerca de 9 milhões de crianças na América Latina, com um impacto considerável tanto para o desenvolvimento físico como cognitivo. A abordagem desta questão requer melhor vigilância e monitoramento da desnutrição em crianças menores de 5 anos, assim como o acesso garantido a micronutrientes para gestantes e todas as mulheres em idade reprodutiva. Também são necessárias informação e estratégias de educação em saúde para maior conscientização

dos riscos de desnutrição. A promoção do aleitamento materno também continua sendo uma intervenção fundamental para a prevenção da desnutrição.

217. Além da desnutrição, as condições de saúde ambiental nas áreas rurais e periurbanas continuam a ser um desafio importante não resolvido. A poluição do ar em locais fechados por fumaça de fogões abertos é uma grande contribuinte para doenças respiratórias em populações rurais pobres. Como observado no Capítulo I, a Região como um todo está no rumo certo para alcançar a meta dos ODMs de água potável, mas 38 milhões de pessoas ainda não têm acesso a fontes de água modernas, enquanto 117 milhões não têm acesso a saneamento básico. O crescimento contínuo da população e a urbanização não planejada complicam os esforços para reduzir esses números. Entre as intervenções necessárias estão programas para monitoramento da qualidade da água, capacitação no âmbito local em água potável e gestão de resíduos sólidos, promoção da água potável como um direito humano básico e disseminação de tecnologias adequadas e aceitáveis para descarte de resíduos.

Desafios emergentes

218. A abordagem da “agenda inconclusa” na saúde é fundamental para superar as desigualdades que impedem milhões de pessoas nas Américas de contribuir plenamente para o desenvolvimento de seus países ou usufruir plenamente dos seus benefícios. Ademais, há novos desafios de desenvolvimento e de saúde que estão surgindo e precisam ser abordados para assegurar um futuro seguro e saudável para as gerações atuais e futuras.

219. O mais urgente desses desafios emergentes é o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DNTs), que há uma geração eram consideradas doenças de gente rica. As DNTs são agora reconhecidamente uma grande ameaça à saúde e ao desenvolvimento tanto nos países desenvolvidos com nos em desenvolvimento. A Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre Doenças Não Transmissíveis Crônicas em 2011 chamou atenção ao problema, mas há muito por fazer para assegurar que os governos cumpram com os seus compromissos nesta área.

220. As DNTs representam enormes desafios para os sistemas de saúde por sua natureza crônica e pelo rápido crescimento do grupo populacional de maior risco: as pessoas idosas. As DNTs são também uma dificuldade em particular devido à complexidade e multiplicidade de fatores de risco e o consequente amplo alcance de ação necessária para contemplá-los. A luz no fundo do túnel é que estas doenças podem ser, em grande parte, prevenidas com a modificação de alguns fatores de risco, entre eles o fumo, uso de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo. Porém, tal prevenção requer a mudança de comportamento, que implica em desafios próprios.

221. A OPAS/OMS e um número crescente de parceiros trabalham para abordar as DNTs com um enfoque de curso de vida, com intervenções que começam antes da concepção, continuam nos primeiros anos de vida e pela primeira infância, adolescência e idade adulta jovem, até a idade madura e velhice. Também são fundamentais estratégias multissetoriais e um enfoque de saúde em todas as políticas.

222. Para os sistemas de saúde, o enfrentamento das DNTs requerer o fortalecimento contínuo dos modelos de atenção primária à saúde, com redes integradas de serviços de saúde, e forte ênfase na promoção da saúde e prevenção para eliminar ou reduzir fatores de risco. Isto inclui a promoção do aleitamento materno e educação e orientação nutricional. A ampliação contínua dos sistemas de proteção de saúde é também fundamental, em particular para abarcar o número crescente de pessoas idosas como também reduzir os custos das DNTs com a promoção de detecção precoce através da atenção e exames de rotina.

223. As intervenções com alcance populacional são sabidamente as de maior custo-efetividade para DNTs. Entre elas estão as medidas estipuladas pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CMLAT), firmado e ratificada por praticamente todos os países da Região, exceto um. Os países tiveram um progresso notável em áreas como aumento de impostos e do preço de produtos do fumo, proibições de fumar em espaços públicos fechados e embalagem e rótulos de advertência. Um número menor de países implementou as recomendações do tratado sobre publicidade e patrocínio. A implantação contínua das disposições da CMLAT deve ser prioridade absoluta e requerer contrapor (e quando for possível, expor) os esforços por parte da indústria do tabaco de minar o controle do tabagismo.

224. O Plano de Ação Regional para Reduzir o Uso Prejudicial do Alcool da OPAS requer medidas semelhantes às da CMLAT, assim como outras medidas para reduzir o consumo do álcool, que é um dos principais fatores de risco não só para as DNTs mas também para transtornos mentais, acidentes, violência doméstica e interpessoal, mortalidade de jovens, HIV e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). São também necessárias intervenções a nível populacional para reduzir o consumo de sal (para prevenir hipertensão), reduzir o consumo de bebidas açucaradas e promover maior consumo de frutas e verduras.

225. As causas externas também continuam sendo um fator contribuinte importante para mortalidade e invalidez nas Américas. Mais de um milhão de pessoas na Região foi vítima de homicídio na década passada, sendo que o risco foi oito vezes maior no sexo masculino que no feminino e a faixa etária de 15 a 24 anos também apresentou risco maior que as outras faixas etárias. Além disso, um milhão de pessoas morreu em acidentes de trânsito, em parte por causa da urbanização rápida e contínua sem infraestrutura e políticas necessárias para prevenção. As taxas de suicídio são também

altas nas Américas, representando 12% das mortes por causas externas. Um enfoque de saúde pública é essencial para a redução das mortes e acidente por todas essas causas.

226. Embora tenha ocorrido um aumento abrupto do ônus das doenças crônicas não transmissíveis, as doenças infecciosas não desapareceram de forma alguma da paisagem epidemiológica das Américas. A pandemia de influenza H1N1 de 2009, apesar de ter sido bem menos intensa do que se temia, indicou o quão difícil seria para a maioria dos sistemas de saúde enfrentar uma nova cepa de influenza mais virulenta, muito menos lidar com uma doença nova tão virulenta e contagiosa como a SARS. Os investimentos nos sistemas de saúde pública dos países são um componente essencial da prontidão das sociedades.

227. A globalização contínua e a expansão das viagens internacionais aumentam as chances de um surto futuro em um país se tornar uma ameaça para outros. É fundamental que os países continuem a fortalecer as suas capacidades básicas de alerta e resposta a epidemias, como têm feito como parte dos esforços apoiados pela OPAS para cumprir com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

228. Embora o número de idosos esteja crescendo rapidamente, o número de jovens atualmente vivendo na Região é o mais elevado na história. Proteger e promover a saúde da criança e do jovem deve ser prioridade máxima a fim de assegurar que eles desenvolvam plenamente o próprio potencial, venham a ser cidadãos produtivos, desfrutem de qualidade de vida igual ou superior a dos seus pais e evitem ou retardem doenças e a necessidade de atenção médica de longo prazo.

229. Os ODMs refletem o consenso internacional crescente sobre a importância da saúde ao desenvolvimento e bem-estar humanos. A saúde provavelmente ocupará uma posição central na próxima geração de metas de desenvolvimento internacional, as Metas de Desenvolvimento Sustentável (SDGs) propostas. Como verificado com os ODMs, será fundamental que os partidários da saúde pública promovam as novas metas nas agendas nacionais dos países, ajudem a identificar as políticas e intervenções de maior efetividade e eficiência e mobilizem a base existente e novas bases para cobrar dos governos o alcance das metas.

230. É também imperativo que os responsáveis pela formulação de políticas, legisladores, planejadores e outras pessoas que ocupam cargos de responsabilidade reconheçam que as decisões tomadas e os investimentos feitos hoje afetarão a saúde e o bem-estar das gerações futuras, assim como as decisões tomadas e investimentos feitos no século passado possibilitaram as notáveis conquistas da saúde pública que hoje celebramos.

- - -