



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



50º CONSELHO DIRETOR 62ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1º de outubro de 2010

Tema 8.6 da agenda provisória

CD50/INF/6 (Port.)
5 de agosto de 2010
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIOS DE PROGRESSO SOBRE ASSUNTOS TÉCNICOS

SUMÁRIO

A.	Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)2 <i>Resoluções CSP27.R13 (2007) e WHA58.3 (2005)</i>
B.	Atualização sobre a pandemia (H1N1) de 20097 <i>Documento CD49/INF/2, Rev.1 (2009)</i>
C.	Plano de ação para o reforço das estatísticas vitais e de saúde13 <i>Resolução CD48.R6 (2008)</i>
D.	Iniciativa regional de dados centrais de saúde e perfis dos países.....18 <i>Resolução CD40.R10 (1997)</i>
E.	Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco: Oportunidades e desafios para sua implementação na região das Américas21 <i>Resolução CD48.R2 (2008)</i>
F.	Implementação da Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, inclusive alimentação, Atividade Física e Saúde.....26 <i>Resolução CD47.R9 (2006)</i>
G.	Eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita.....39 <i>Resoluções CD44.R1 (2003), CD47.R10 (2006) e CSP27.R2 (2007)</i>

A. IMPLANTAÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (2005)

Introdução

1. Com a declaração da pandemia (H1N1) de 2009 como uma emergência de saúde pública de interesse internacional (ESPII), a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005 no âmbito global foi posta à prova. Esta ação exigiu esforços concertados por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) e dos Estados Membros rumo a um objetivo comum. Além disso, mostrou o valor de ter um quadro normativo que facilite a coordenação das comunicações e respostas, assim como a necessidade de progresso contínuo no fortalecimento da capacidade de aplicar o RSI (2005) com cada vez mais eficácia.

2. A finalidade deste relatório é passar em revista o progresso feito pelos Estados Membros e pela OPAS para cumprir os compromissos assumidos na Resolução WHA58.3 (2005) da Assembleia Mundial da Saúde. Tal resolução descreve o processo de execução do RSI (2005). Este relatório baseia-se nas sete áreas de trabalho¹ definidas pela OMS para a implantação do RSI (2005).

Promover parcerias regionais

3. Por meio dos sistemas regionais de integração, os Estados Membros assumiram uma responsabilidade compartilhada e têm um papel ativo na implantação do RSI (2005). Para promover o cumprimento desse compromisso, continua a ser prestada assistência ao Subgrupo de Trabalho 11 (SGT-11) do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), ao Organismo Regional Andino de Saúde/Convênio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), à Reunião Especial do Setor da Saúde de América Central e República Dominicana (RESSCAD) e aos países do Caribe através do Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC).

4. O apoio técnico ao Subgrupo de Trabalho 11 (SGT-11)² do Mercosul e ao ORAS-CONHU se concentrou na padronização dos procedimentos para a implantação do

¹ (i) Promover parcerias globais; (ii) No tocante às doenças, fortalecer os sistemas nacionais de prevenção, vigilância, controle e resposta; (iii) Fortalecer a segurança da saúde pública nas viagens e transportes; (iv) Fortalecer os sistemas globais de alerta e resposta da OPAS/OMS; (v) Fortalecer a administração de riscos específicos; (vi) Manter os direitos, obrigações e procedimentos; e (vii) Realizar estudos e monitorar avanços.

² O Grupo Mercado Comum (GMC) está dividido em 15 subgrupos de trabalho para alcançar os objetivos do Mercosul. Entre esses subgrupos, o de número 11 corresponde ao Subgrupo da Saúde, criado mediante a Resolução 151 do GMC em 1996. Os subgrupos preparam suas agendas de negociação e as enviam ao GMC, que define as prioridades e elabora um cronograma para seu cumprimento.

RSI (2005), harmonização da lista dos eventos considerados de importância para a saúde pública e treinamento de equipes de resposta rápida. Na América Central, foi concluída a execução do projeto de cooperação técnica entre países (CTP) acordado pelos Estados Membros na XXIV Reunião do Setor da Saúde da América Central e República Dominicana (RESSCAD) em janeiro de 2009 (acordo HON-XXIV-RESSCAD-3) para avaliar as capacidades básicas de vigilância e resposta. O reforço dessas capacidades estava incluído na Agenda e Plano de Saúde 2010–2015 aprovado pelo Conselho de Ministros de Saúde da América Central (COMISCA). Os países e territórios de língua inglesa, francesa e holandesa do Caribe concordaram em dar seguimento às atividades para a implementação efetiva do RSI (2005), com o apoio do CAREC.

Fortalecer os sistemas nacionais de prevenção, vigilância, controle e resposta

5. Durante esse período, a OPAS continuou apoiando os Estados Membros na avaliação da capacidade de suas estruturas e recursos e na elaboração de planos de ação alinhados com os existentes em cada país e com os planos regionais em execução. As informações disponíveis até o momento indicam que 34 dos 35 Estados Membros completaram a avaliação de suas capacidades de vigilância e resposta no âmbito nacional,³ 28 prepararam planos nacionais para reforçar essas capacidades e 18 avaliaram suas capacidades nos pontos de entrada.

6. Os Estados Membros começaram a executar planos de ação para fortalecer suas capacidades. A fim de identificar as necessidades de cooperação técnica nesse sentido, uma reunião dos chefes dos serviços de vigilância nacional dos países latino-americanos foi realizada em Lima, Peru, em novembro de 2009. Isso levou ao desenvolvimento de uma lista de prioridades em termos de apoio técnico, as quais foram avaliadas e incluídas no Plano de Trabalho Bienal de 2010–2012 para o projeto da OPAS sobre a prevenção e o controle de doenças transmissíveis. Além disso, em fevereiro de 2010 realizou-se na sede da OPAS em Washington, D.C., um seminário, do qual participaram 16 peritos em vigilância de diversas instituições.⁴ O objetivo do seminário era preparar um documento sobre os princípios orientadores visando tornar os sistemas nacionais de vigilância tradicionais compatíveis com as buscas de informação para detectar riscos para a saúde pública e responder a eles, conforme exigido pelo RSI (2005).

³ Num contexto de múltiplos desastres naturais incluindo o terremoto de janeiro de 2010, o Haiti não conseguiu culminar a avaliação das capacidades básicas de vigilância e resposta incluindo os pontos de entrada.

⁴ A Agência de Saúde Pública do Canadá; os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos; o Centro Europeu para o Controle e Prevenção de Doenças; os encarregados dos serviços nacionais de vigilância do Chile, Costa Rica, El Salvador e México; além dos funcionários da OPAS, da Repartição Regional da OMS para a Europa e da sede da OMS em Genebra.

7. Foram realizadas várias atividades em apoio ao fortalecimento dos Centros Nacionais de Ligação (CNL) para o RSI, e através da colaboração com os Ministérios da Saúde do Brasil e do Chile. Elaborou-se um guia operacional para o trabalho dos CNL e adaptou-se uma ferramenta informática para melhorar a vigilância baseada em eventos. Os resultados das avaliações mostraram que se ofereceu a 14 Estados Membros apoio para fortalecer o CNL, as respectivas propostas estão sendo examinadas e aguardam sua aprovação final. Por último, e com o mesmo objetivo, planejou-se um sistema de estágios, com implementação a partir de março de 2010. Os estágios estão dirigidos a funcionários dos CNL que integram as atividades do Grupo de Alerta e Resposta regional da OPAS em Washington, D.C. Até o momento em que se redigiu este documento, haviam sido recebidos três estagiários de Honduras, Panamá e República Dominicana.

8. Como parte do fortalecimento de suas capacidades de resposta, os países também devem fortalecer as suas equipes de resposta rápida (ERR). Com esse objetivo, o programa de formação profissional para as ERR foi atualizado e ampliado. Prestou-se assistência a atividades de formação na Bolívia, Chile, Costa Rica e Equador, com o treinamento de 130 profissionais de diferentes disciplinas. Além disso, para fomentar a implementação do programa de epidemiologia de campo, prestou-se apoio ao Paraguai a fim de formular uma proposta para sua execução, a qual foi aprovada e está atualmente na fase inicial de execução.

Fortalecer a segurança da saúde pública nas viagens e transportes

9. No tocante às iniciativas relacionadas com pontos de entrada, prossegue a colaboração com o Grupo Técnico Assessor em Segurança Portuária da Organização dos Estados Americanos, com o intuito de reforçar ainda mais as capacidades básicas necessárias em portos designados. A OPAS incorporou um novo Assessor responsável por proporcionar orientação e elaborar ferramentas relacionadas aos pontos de entrada a fim de reforçar a supervisão e apoio à execução do RSI.

Fortalecer os sistemas de alerta e resposta da OPAS

10. Desde a implementação do RSI (2005), o Ponto de Contato Regional para o RSI realiza as atividades de detecção, verificação e avaliação do risco de eventos, garantindo a disponibilidade 24 horas por dia, 7 dias por semana. Foram realizados testes anuais de comunicação com os CNL dos Estados Membros. Em 2010, de 35 CNL, 29 responderam de maneira adequada à mensagem eletrônica enviada, e foi estabelecido contato telefônico com 30.

11. Com respeito à detecção e avaliação de riscos, de janeiro de 2009 a junho de 2010 foram registrados 300 eventos de saúde pública de interesse internacional, sendo 39 relacionados com a pandemia (H1N1) de 2009. Trinta por cento dos eventos foram

informados por CNL, 16% por outras instituições do governo e 54% mediante atividades de vigilância de rotina da OPAS. Nesse mesmo período, as informações foram colocadas à disposição dos Estados Membros no Site de Informação sobre Eventos (EIS), com 582 atualizações sobre 67 eventos de saúde pública de interesse internacional.

12. Como parte da sua resposta à pandemia (H1N1) de 2009, a OMS ativou a Rede Mundial de Alerta e Resposta (GOARN). Entre abril e novembro de 2009, 17 Estados Membros⁵ da OPAS se beneficiaram do apoio técnico dos peritos mobilizados por ela. Um total de 77 peritos de 17 instituições e organismos,⁶ assim como peritos da OPAS/OMS, foram mobilizados para trabalhar com as equipes de resposta nacionais. Esse processo culminou em uma reunião no Panamá para analisar a resposta.

Fortalecer a administração de riscos específicos

13. No contexto da resposta à pandemia (H1N1) de 2009, os sistemas nacionais de vigilância da influenza foram fortalecidos com equipamentos, reagentes, treinamento e a montagem de laboratórios. As informações produzidas por esses laboratórios foram integradas aos sistemas nacionais de vigilância e são usadas para monitorar a pandemia.

14. De janeiro de 2009 a junho de 2010, 124 boletins e alertas foram emitidos, sendo que 87 tratavam da pandemia (H1N1) de 2009. Além disso, para melhorar a análise do risco da propagação de doenças e assegurar o monitoramento adequado dos casos, foram elaborados e mantidos atualizados mapas sobre o risco de febre amarela e dengue, além de indicadores qualitativos da pandemia.

15. Realizou-se um exercício sobre as lições extraídas da resposta à pandemia (H1N1) de 2009 nas Américas para obter uma análise crítica das experiências dos países e gerar conhecimento capaz de melhorar essa resposta.

⁵ Argentina, Belize, Bolívia, Chile, El Salvador, Equador, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, República Dominicana, Suriname e Uruguai.

⁶ A Agência de Saúde Pública do Canadá; os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos; o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, de Portugal; o Instituto Pasteur, da Guiana Francesa; os Ministérios da Saúde da Argentina, Brasil, Chile e Peru; o Ministério da Saúde e Política Social da Espanha; a Secretaria da Saúde do México; o Organismo Regional Andino de Saúde/Convênio Hipólito Unanue; o Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde (PATH), uma organização não governamental; o Escritório do Caribe do Instituto Francês para a Vigilância da Saúde Pública; o Programa Europeu de Formação em Epidemiologia de Campo; a Universidade de Valparaíso, Chile e a Universidade do Texas.

Manter direitos, obrigações e procedimentos; realizar estudos e monitorar avanços

16. O RSI (2005) ainda não foi executado totalmente em todos os Estados Membros da Região. Para facilitar uma análise da legislação nos Estados Membros, um quadro para a execução do RSI (2005) foi desenvolvido e está atualmente sendo impresso.

17. Os Estados Membros nomearam 72 pessoas para compor a Lista de Peritos do RSI (2005). A Diretora-Geral da OMS convocou os peritos dessa Região para integrar o Comitê de Emergência e o Comitê de Análise. Esses peritos se reuniram pela primeira vez de 12 a 14 de abril de 2010.

18. A Região das Américas participou dos estudos realizados pela OMS para avaliar o desempenho do instrumento de decisão descrito no anexo 2 do RSI (2005).⁷ Também participou do estudo de concordância para examinar a confiabilidade da avaliação e notificação; de um estudo qualitativo que consistia em uma pesquisa aprofundada com perguntas sobre o uso do instrumento de decisão; e de uma pesquisa para avaliar o seu uso. Os resultados desses estudos serão divulgados no decorrer do ano.

19. Finalmente, em maio de 2010 a primeira reunião conjunta regional dos Centros Nacionais de Ligação, encarregados dos serviços de vigilância nacionais e responsáveis pelos pontos de entrada foi realizada em Quito, Equador.

⁷ Um relatório preliminar sobre os resultados do estudo de concordância realizado pela Universidade de Genebra foi posto à disposição dos países no dia 22 de março de 2010 por meio do ponto de contato da OMS para o RSI na Região das Américas (ihr@paho.org).

B. ATUALIZAÇÃO SOBRE A PANDEMIA (H1N1) DE 2009

Antecedentes

20. A finalidade deste documento é examinar os esforços anteriores à pandemia e a resposta ao novo vírus da influenza A (H1N1) desde abril de 2009.

21. No fim de abril de 2009, um novo vírus da influenza A capaz de infectar os seres humanos foi detectado na América do Norte. Do seu foco inicial, o vírus se espalhou para todo o mundo, produzindo centenas de milhares de casos confirmados e, até 30 de julho de 2010, mais de 18.000 mortes em todo o mundo (sendo mais de 8.500 mortes nas Américas). Além disso, populações vulneráveis como mulheres grávidas parecem ter um risco desproporcionalmente alto de mortalidade pela influenza A (H1N1).¹ Em 2009, relatórios epidemiológicos dos países que fornecem essa informação revelam que até 28,5% das mortes pandêmicas (H1N1) entre mulheres em idade reprodutiva foram de mulheres grávidas (de 4,2 a 28,5).² Com base nos indícios disponíveis e na orientação do Comitê de Emergência criado pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI-2005), a Diretora-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) determinou que os critérios científicos para definir uma pandemia de influenza haviam sido satisfeitos e declarou que aquela era a primeira pandemia do século XXI.

22. Desde 2002, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem fornecido cooperação técnica aos países para o desenvolvimento dos Planos Nacionais de Contingência para a Pandemia de Influenza (PNCPI) utilizando um processo intersetorial de planejamento. Além do desenvolvimento de PNCPI, o objetivo era fortalecer as capacidades centrais genéricas de vigilância e resposta dos países, conforme exigido pelo RSI-2005. Com esse objetivo, a Diretora da OPAS estabeleceu uma força-tarefa de preparação para pandemias e implementação do RSI composta de representantes de 11 áreas da Organização.

23. De modo a facilitar o fortalecimento da capacidade dos países para detectar os vírus da influenza que poderiam causar uma pandemia, um Protocolo Genérico para a Vigilância de Influenza foi desenvolvido pela OPAS e pelos Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Como complemento de um sistema de vigilância virológica e epidemiológica integrado, a capacidade laboratorial dos países foi reforçada por meio de formação em técnicas laboratoriais, fornecimento de reagentes e materiais e compra de equipamentos. Para a maioria dos países da Região, a formação

¹ A. M. Siston, S. A. Rasmussen, M. A. Honein, A. M. Fry, K. Seib, W. M. Callaghan, ... D. J. Jamieson. Pandemic 2009 Influenza A(H1N1) Virus Illness Among Pregnant Women in the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 2010; 303 (15): 1517 DOI: [10.1001/jama.2010.479](https://doi.org/10.1001/jama.2010.479)

² Este cálculo inclui dados dos 2009 semanais relatórios epidemiológicos dos seguintes países: Brasil, Canadá e Chile

concentrou-se em técnicas antigênicas que permitiram a detecção de sete vírus respiratórios, entre eles o da influenza. Durante os cinco últimos anos, esses esforços contribuíram para o estabelecimento de cinco novos Centros de Influenza Nacionais na América Central, como laboratórios reconhecidos pela OMS com capacidade comprovada para diagnosticar, de forma segura e eficaz, os vírus da influenza. Anteriormente, apenas um Centro de Influenza Nacional estava em funcionamento na América Central.

24. Também se prestou apoio à criação de equipes de resposta rápida para investigar possíveis surtos. Além de fornecer as ferramentas para a investigação de campo, a formação incluiu a implementação de estratégias eficazes para controle de infecções, manuseio seguro de amostras clínicas, controle do estresse e gestão de crises e mortalidade em massa. Também foi oferecida capacitação sobre risco e comunicação de surtos para treinar as autoridades de alto escalão da área de comunicação, os responsáveis pelas políticas de comunicação e os encarregados de transmitir mensagens e comentários ao público e à mídia.

Atualização

25. O surgimento de uma pandemia de influenza em abril de 2009 provocou uma forte demanda dos países por apoio técnico direto. A pandemia forçou a substituição das atividades de preparação por esforços de mitigação. A ameaça de uma possível pandemia causada pelo H5N1, o vírus altamente patogênico da influenza A aviária (“gripe aviária”), havia resultado no desenvolvimento de PNCPI na maioria dos países. A Região das Américas foi a única Região da OMS que não havia sido afetada pelo H5N1. Dessa forma, em muitos países havia diminuído a intensidade do processo de preparação contra pandemias em virtude da percepção de baixo risco. Os países envolvidos na resposta à pandemia de H1N1 não raro constatavam que seus PNCPI careciam dos detalhes operacionais necessários para uma implementação operacional eficaz. Embora muitos planos nacionais carecessem de detalhes operacionais, o processo de preparação nos últimos anos havia servido para assentar as bases para os mecanismos de coordenação que reúnem as partes interessadas necessárias.

26. Em resposta ao surto inicial, a OPAS ativou os mecanismos de alerta e resposta, com a mobilização de equipes de resposta rápida e ativação do Centro de Operações de Emergência (COE) na sede da OPAS. O COE serviu como ponto de contato para a comunicação entre as áreas técnicas e os ministérios da saúde. Por meio da coordenação com a Rede Mundial de Alerta e Resposta da OMS (GOARN), a OPAS enviou missões intersetoriais para a maioria dos países. Tais equipes eram formadas por especialistas em vigilância, diagnóstico laboratorial, controle de infecções, resposta a emergências e comunicação de riscos. Na falta de medicamentos antivirais e vacinas, os funcionários de saúde enfrentaram comunidades ansiosas, que exigiam informações imediatamente. Em

muitos casos, o treinamento sobre a comunicação de riscos resultou em mensagens mais coordenadas com transparência e melhor cumprimento das medidas de saúde pública.

27. A capacidade dos laboratórios nacionais de saúde pública estava no limite devido à demanda para finalidades de diagnóstico, em vez de priorizar as metas de vigilância de saúde pública recomendadas. Ainda assim, os laboratórios produziram resultados precisos e em tempo hábil, mesmo com o número excessivo de amostras apresentadas. A maioria dos países pôde identificar o vírus da influenza e os de outros problemas respiratórios através de técnicas antigênicas. A identificação do novo vírus só foi possível através de um processo mais complexo de reação em cadeia da polimerase (PCR) que não havia sido estabelecido anteriormente em todos os países da Região. Nas quatro primeiras semanas após o início da pandemia, a OPAS coordenou a provisão de treinamento, equipamentos, materiais e reagentes relacionados a essa técnica. O equipamento de reação em cadeia da polimerase em tempo real foi fornecido a Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, El Salvador, Haiti, Honduras, Jamaica, Paraguai, República Dominicana e Uruguai. A OPAS também comprou e distribuiu reativos, outros equipamentos e materiais. Como resultado, cada país da América Latina é agora capaz de diagnosticar o novo vírus H1N1.³

28. O apoio à vigilância epidemiológica compreendeu a formulação dos protocolos nacionais com base nas diretrizes da OPAS/OMS para a vigilância reforçada das infecções respiratórias agudas. Ao longo de todo o período da pandemia, as informações epidemiológicas geradas pelos países tinham claramente uma lacuna e uma defasagem na notificação dos dados. Os ganhos obtidos mediante cooperação técnica na execução da vigilância da influenza não foram aplicados uniformemente durante a pandemia. Agora que a pandemia foi atenuada no Hemisfério Sul, surge a oportunidade de fortalecer os sistemas de vigilância sentinela em cada país.

29. A OPAS convocou um grupo de peritos para a formulação de uma diretriz para a administração clínica da pandemia (H1N1) de 2009 nas crianças e adultos, em colaboração com a Associação Pan-Americana de Infectologia.⁴ As características clínicas dos casos graves foram monitoradas por meio de estreita comunicação com os especialistas nacionais, permitindo a identificação precoce da gravidez e obesidade como fatores de risco para formas graves da doença. Prestou-se apoio técnico à Argentina, Bolívia, El Salvador, Honduras, Peru e Trinidad e Tobago para a revisão de protocolos nacionais sobre a administração clínica e o controle de infecções. Por meio de peritos no local, a OPAS orientou sobre a administração clínica dos casos graves, casos pediátricos e medidas de controle de infecção em Belize, El Salvador, Guatemala, México, Nicarágua, Paraguai e República Dominicana. Em conjunto com a Associação Pan-

³ Os países-membros do CAREC, com a exceção da Jamaica, enviaram amostras suspeitas da pandemia (H1N1) de 2009 ao CAREC para confirmação por meio do *Realtime PCR*.

⁴ Disponível em:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2163&Itemid=

Americana de Infectologia, foi convocada uma reunião para examinar as lições aprendidas com a administração clínica nas unidades de cuidados intensivos (São Paulo, 26 de agosto de 2009). A OPAS também colaborou com a sede da OMS no desenvolvimento de uma consulta global sobre a administração dos casos graves da pandemia (H1N1) (Washington, D.C., 14 a 16 de outubro de 2009).

30. No âmbito do Plano de Emergência e mediante seus mecanismos de emergência, a OPAS pôde coordenar muitas das doações e compras necessárias para a resposta dos Estados Membros à pandemia de influenza H1N1. A OPAS também assegurou que o armazém de emergência regional da Base de Resposta Humanitária das Nações Unidas (UNHRD) no Panamá recebesse a entrega oportuna de itens médicos e não médicos para repor seus estoques. Mais de 50 mil kits de equipamento para proteção pessoal (EPP) e quase 600.000 doses de oseltamivir foram entregues a países na fase aguda da pandemia. Deve-se assinalar também que a OPAS coordenou o pré-posicionamento de kits EPP em todos os países das Américas mediante colaboração com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) antes do início da pandemia. Em preparação para um futuro surto de influenza A (H1N1) e como parte do plano de preparação de emergência da OPAS, 300.000 doses de oseltamivir foram estocadas no armazém regional. A Equipe de Resposta Rápida (RRT) da OPAS também foi fortalecida mediante treinamento intensivo para resposta local em aspectos de logística e gestão de crises, de acordo com as diretrizes de resposta recentemente atualizadas.

31. As campanhas de vacinação contra a pandemia de influenza (H1N1) têm seguido as recomendações do Grupo Técnico Assessor sobre Imunizações (TAG). Assim, têm sido direcionadas ao pessoal médico, mulheres grávidas e pessoas com doenças crônicas. Esses grupos em risco foram selecionados para reduzir a morbidade e mortalidade da pandemia de influenza e reduzir seu impacto sobre os sistemas de saúde. Até 30 de julho de 2010, os países da Região das Américas, incluindo os Estados Unidos, haviam administrado 195.206.708 doses, principalmente entre os grupos prioritários.

32. Os países da América Latina e Caribe planejavam vacinar aproximadamente sete milhões de mulheres grávidas; até 30 de julho de 2010, aproximadamente 64% dessa população havia sido vacinada. Somente um país havia vacinado 100% de todas as mulheres grávidas visadas. Atualmente, a cobertura com vacina das mulheres grávidas é mais baixa, em comparação com a de outros grupos priorizados: pessoas com doenças crônicas (76,9%) e trabalhadores da saúde (>90%). Os países devem intensificar seus esforços de vacinação direcionados às mulheres grávidas, em coordenação com entidades científicas e a sociedade civil.

33. A OPAS produziu diretrizes e as disponibilizou no portal da influenza⁵ em espanhol e inglês. Iniciou-se um relatório semanal de monitoramento da pandemia

⁵ Disponível em:

descrevendo a evolução da pandemia na Região, que continua sendo feito até hoje. Um boletim semanal sobre imunização também tem sido publicado no portal sobre influenza, incluindo vigilância de eventos adversos da vacina e cobertura de vacinação contra influenza. A OPAS também estabeleceu reuniões virtuais semanais entre ministérios da saúde para compartilhar as últimas informações e dados disponíveis. A OPAS disponibilizou um site seguro para o intercâmbio de informações entre Canadá, Estados Unidos e México. A fim de difundir conhecimentos e informações sobre o controle da infecção, a OPAS preparou um curso virtual para profissionais de saúde sobre administração clínica e controle da infecção, disponível no campus virtual de saúde pública.

34. Também se prestou apoio aos países no desenvolvimento das mensagens apropriadas e avaliação da eficácia dessas mensagens através do conhecimento, atitudes e estudos sobre a prática. Com base em comentários informais de países da Região, esses resultados ajudaram os programas a determinar se a mensagem havia contribuído para que o público cumprisse o distanciamento no convívio social e outras medidas de saúde pública e, se necessário, fazer as adaptações subsequentes.

35. Os países das Américas sofreram significativas perdas econômicas com a pandemia. O Governo do México, com apoio da OPAS e da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), realizou um estudo para estimar o impacto econômico do primeiro surto de influenza A (H1N1) pandêmica e subsequentes medidas de controle. As perdas econômicas causadas pela pandemia no México em 2009 foram estimadas em US\$ 9,1 bilhões. Desse total, 96% foram perdas de produção e venda de bens e serviços; 4% representam gastos de saúde acima dos níveis previstos. As perdas econômicas do México provocadas pela pandemia representam 1% do produto interno bruto do ano anterior. Isso faz com o custo da pandemia seja mais alto que o de qualquer outro desastre na história recente, incluindo o terremoto de 1985 na Cidade do México. Está sendo realizado um segundo estudo para quantificar o impacto do segundo surto de influenza pandêmica no México.

36. No âmbito regional, a OPAS convocou todos os países-membros em setembro de 2009 para analisar as experiências dos países, rever as lições extraídas e examinar os desafios que a Região enfrenta. Com o fim da estação mais rigorosa no hemisfério sul e a chegada da temporada da influenza no hemisfério norte, os países estão se concentrando em sete temas: coordenação e administração, vigilância epidemiológica, RSI, resposta dos serviços de saúde, comunicação de riscos, medidas não farmacêuticas e vacinação.

37. Embora ainda siga apoiando os esforços para mitigar os efeitos da atual pandemia, a OPAS continuará a fortalecer a estratégia de resposta à pandemia. A cooperação técnica deve continuar promovendo as estratégias integradas de capacitação, as ferramentas de

planejamento e os exercícios de simulação envolvendo a participação ativa e autoria dos governos em todos os níveis.

38. O risco do surgimento de novas ameaças epidêmicas, incluindo um novo vírus da influenza pandêmica, continua o mesmo de antes da pandemia. A preparação para a pandemia e o fortalecimento da capacidade básica de vigilância e resposta deve continuar sendo uma prioridade na agenda de saúde pública dos países. A pandemia de influenza (H1N1) de 2009 serviu de teste para a capacidade global de resposta e devemos aproveitar a experiência para continuar fortalecendo essa capacidade.

C. PLANO DE AÇÃO PARA O REFORÇO DAS ESTATÍSTICAS VITAIS E DE SAÚDE

Introdução

39. A finalidade deste documento é informar aos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) os avanços realizados no cumprimento da resolução CD48.R6 (2008), o *Plano de Ação Regional para o Reforço das Estatísticas Vitais e de Saúde* (PEVS, na sigla em espanhol), adotado em outubro de 2008.¹

Antecedentes

40. A resolução mencionada anteriormente insta os Estados Membros a promoverem a participação e a coordenação de diferentes organismos e atores (escritórios de estatística nacionais e setoriais, departamentos de epidemiologia dos ministérios da saúde, registros civis e outros atores públicos e privados) na análise da situação e elaboração dos planos de ação nacionais. Também os insta a aprovar os PEVS, que forneceriam indicadores com cobertura e qualidade suficientes para a formulação, monitoramento e avaliação da políticas de saúde.

41. A resolução também exige que o Diretor trabalhe com os Estados Membros para elaborar seus planos de ação nacionais e melhorar a coordenação entre os PEVS e as iniciativas da mesma natureza empreendidas por outros organismos internacionais de cooperação técnica e financiamento, assim como iniciativas globais para fortalecer as estatísticas de saúde nos países.

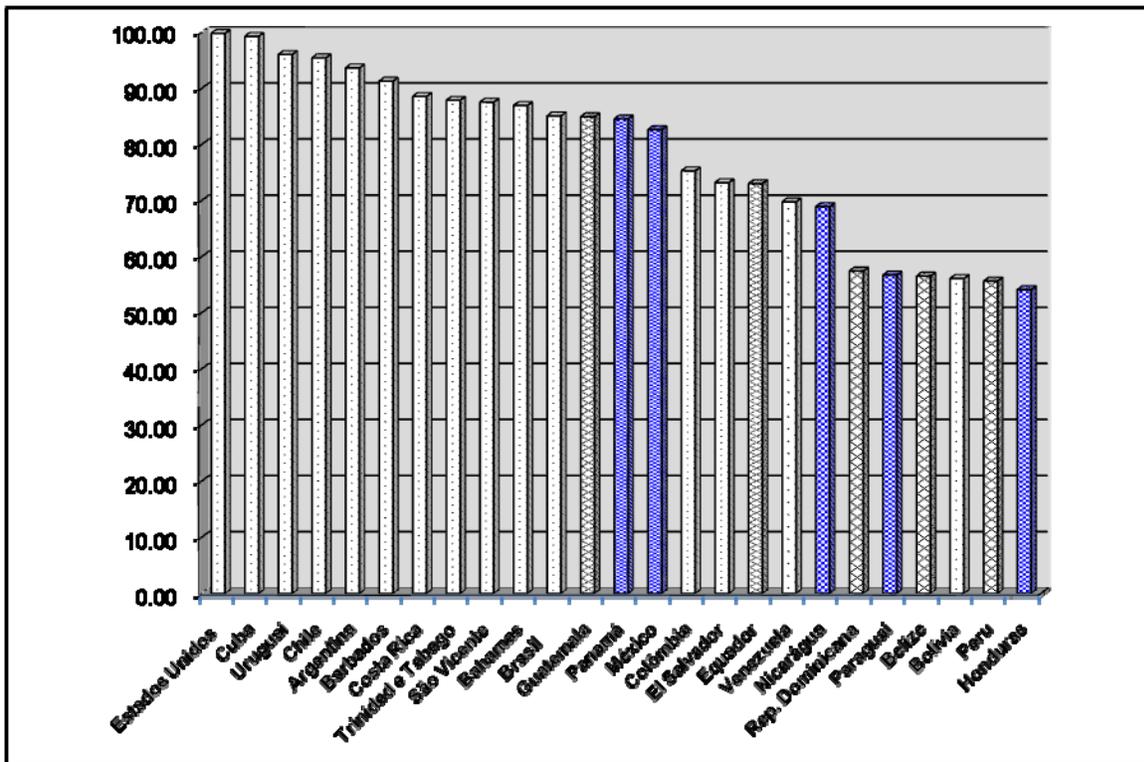
Análise da situação

42. As análises da situação das estatísticas, realizadas usando ferramentas da OPAS, estão disponíveis para 25 países. Em parceria com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e com iniciativas como a Rede de Métricas de Saúde (RMS) e a metodologia PRISM (*Performance of Routine Information System Management*), planos estratégicos foram formulados em 10 dos países prioritários. A figura e as tabelas abaixo descrevem a situação atual.

¹ Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação regional para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde (Resolução CD48.R6) [on-line] 48º Conselho Diretor, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington, D.C., EUA. [Acesso em 29 de julho de 2010].

<http://www.paho.org/english/gov/cd/cd48.r6-e.pdf>

Figura 1: Países por índice de cobertura de eventos vitais (avaliação da OPAS) para os quais existe uma avaliação e/ou plano estratégico (PE) usando ferramentas da OPAS, RMS e PRISM² (por volta de 2005)



 PE com RMS e/ou PRISM  PE com RMS e/ou PRISM em preparação  Somente avaliação da OPAS

² OPAS: Organização Pan-americana da Saúde, RMS: Rede de Métricas de Saúde, e PRISM: *Performance of Routine Information System Management* (PRISM por sua sigla em inglês).

Tabela 1. Países com plano estratégico (PE)

País	Estudo	PE	Comentários
Belize	Sim	Sim	
Bolívia	Sim	Não	Ainda não iniciado
Costa Rica	Sim	Sim	
Equador	Sim	Não	Está elaborando um plano dentro da estrutura da OPAS/OMS
El Salvador	Sim	Sim	
Guatemala	Sim	Não	Está elaborando um plano dentro da estrutura da OPAS/OMS
Honduras	Sim	Sim	
México	Sim	Sim	
Nicarágua	Sim	Sim	
Panamá	Sim	Sim	
Paraguai	Sim	Sim	
Peru	Sim	Não	Está elaborando um plano dentro da estrutura da OPAS/OMS
República Dominicana	Sim	Não	Está elaborando um plano dentro da estrutura da OPAS/OMS

- Os países prioritários para as estatísticas estão em negrito.

Tabela 2. Países com análise da situação e plano estratégico (PE) dentro de uma estrutura diferente da OPAS/OMS. 2010.

País	Avaliação	PE
Argentina	Sim	Não
Brasil	Sim	Não
Chile	Sim	Não
Colômbia	Sim	Não
Cuba	Sim	Não
Uruguai	Sim	Não
Venezuela	Sim	Não

43. Todos os países da Região se alinham com o Objetivo Estratégico 11³ do Plano Estratégico 2008–2012 para a OPAS e suas respectivas emendas de 2009. O PEVS está incluído nos planos sub-regionais de trabalho bienais dos países andinos e Mercosul, e está em discussão um plano abrangente para os países de língua inglesa do Caribe.

44. As atividades do PEVS são complementares e estão em sintonia com outras atividades da Organização como a Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde (RCHDI, na sigla inglesa). As estratégias referentes ao enfoque no gênero e etnia, que formam a estrutura conceitual para os indicadores de saúde centrais permitem monitorarem os mandatos da Organização, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). A expectativa é que informações sanitárias de melhor qualidade resultem na difusão de melhores indicadores e, portanto, em um melhor monitoramento das políticas implantadas para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

45. Uma lista de atividades de fortalecimento, baseada nas necessidades comuns de grupos de países ou sub-regiões, está à disposição.

46. Foram firmados convênios e tem se obtido sucesso na coordenação do trabalho dos países com os organismos e instituições técnicas internacionais. Entre elas: a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL); a Divisão de População da CEPAL (CEPAL/CELADE); A Conferência Estatística das Américas da CEPAL (SCA-CEPAL); o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); a Organização Mundial da Saúde (OMS); e a Divisão de Estatística de Nações Unidas (UNSD), além dos organismos financeiros como o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial.

Proposta

47. Um plano de trabalho foi desenvolvido para o biênio 2010–2011, em coordenação com a Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde (RCHDI), que permitirá avaliar a cobertura e a qualidade das informações próximo ao fim de 2011. O enfoque recairá sobre o monitoramento dos avanços realizados pelos países rumo ao cumprimento dos ODMs 4 e 5.

48. O plano, porém, requer a captação de recursos extraorçamentários (custo estimado em US\$ 8 milhões por três anos) para financiar tanto a implementação e cooperação técnica em pelo menos 15 países cuja situação é crítica, como o planejamento e execução das atividades sub-regionais baseadas na cooperação horizontal entre países.

³ OPAS. Emenda do Plano Estratégico da OPAS para o Período 2008-2012 (Rascunho). Objetivo Estratégico 11: Reforçar a liderança, governança e base de evidências dos sistemas de saúde.

49. O PEVS busca fortalecer a recém-criada Rede da América Latina e Caribe para o Fortalecimento dos Sistemas de Informação Sanitária (RELAC SIS), com vistas a implementar práticas de fortalecimento no âmbito regional e sub-regional, com base em cooperação horizontal e no apoio dos centros colaboradores regionais e nacionais que atuam no campo das informações sanitárias.

D. INICIATIVA REGIONAL DE DADOS CENTRAIS DE SAÚDE E PERFIS DOS PAÍSES

Introdução

50. Em 1997, o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou a Resolução CD40.R10, “Coleta e Uso de Dados Básicos de Saúde,” (1) para monitorar a execução dos mandatos adotados pelos Estados Membros. Em 2004, a Avaliação decenal da Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde (2) foi apresentada ao Conselho Diretor. Este relatório apresenta os avanços realizados desde 2004.

Antecedentes

51. Entre 1995 e 1998, os programas técnicos da Organização, em estreita colaboração com Estados Membros e suas Representações nos Países, desenvolveram a Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde (RCHDI). Tal iniciativa foi moldada no contexto das orientações estratégicas e programáticas da OPAS e está formulada de modo a melhorar a capacidade da Organização de descrever, analisar e explicar a situação sanitária e as tendências da Região que mereçam atenção.

Atualização da situação atual

52. O Sistema de Informação sobre Indicadores Básicos de Saúde¹ está sendo modificado. A compilação dos dados e a sua validação nas Representações nos Países e nos programas técnicos serão feitas por meio de um aplicativo para a Internet desenvolvido internamente, um novo enfoque que substituirá o atual, baseado na compilação de planilhas no Excel. Esse aplicativo permite que as diversas bases de dados sejam combinadas e aceita a validação de dados em âmbito nacional e regional. O novo sistema de informação também conta com um repositório de metadados e a visualização de dados.

53. O folheto estatístico e a base de dados on-line (sistema gerador de tabelas) vêm sendo atualizados anualmente e estão difundidos amplamente. A base de dados on-line com 114 indicadores (desde julho de 2010) permite a análise anual de tendências desde 1995.

54. Num esforço para atualizar sistematicamente os Perfis de Saúde Nacionais, foi realizado em 2009 o projeto “Análise da Situação Sanitária nos Países das Américas”.

¹ O Sistema de Informação sobre Indicadores Básicos de Saúde pode ser consultado em:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1775&Itemid=1866.

Como o resultado desse esforço, a metodologia para futuras análises foi revisada. A análise atual permite a observação de tendências temporais nos indicadores de saúde estratégicos. Os perfis de saúde já foram preparados para 35 países e Porto Rico.

55. A maioria dos países da Região adotou a Iniciativa Central de Dados de Saúde ao estabelecer um conjunto de indicadores básicos nacionais. Aproximadamente a metade dos países e dos territórios consultados (19 de 39)² vêm atualizando e disseminando regularmente um conjunto de indicadores básicos há mais uma década. Dos países de língua espanhola, apenas Venezuela e Uruguai não estão na lista no momento. Belize é o único país de língua inglesa que atualiza regularmente e oferece indicadores básicos, ao passo que Bahamas, Antígua e Barbuda, Jamaica e São Vicente e Granadinas não conseguiram sustentar seus esforços para consolidar e difundir seus indicadores básicos nacionais. Os 13 países ou territórios de língua inglesa restantes ainda não criaram indicadores nacionais básicos.

56. A qualidade das informações enviada à OPAS (indicadores básicos regionais) precisa melhorar. Com base nas últimas informações passadas à OPAS por 48 países e territórios, avaliaram-se indicadores básicos de mortalidade selecionados (3). Os destaques dessa análise são apresentados nos parágrafos a seguir.

57. Segundo a Organização, o sub-registro da mortalidade na América Latina e no Caribe é de 16,1%. Dez países têm níveis de sub-registro superiores a 20% e seis, entre 10% e 20%.

58. Os países com a maior proporção de causas de morte mal definidas e desconhecidas são Bolívia (dados de 2003) e Haiti (dados de 2004), seguidos de Equador, El Salvador, Guiana Francesa e Paraguai. Estes quatro últimos ficam entre 10% e 15%.

59. A tempestividade dos dados de mortalidade indica que nove países apresentaram esses dados com um atraso de quatro a cinco anos. Honduras só notifica a mortalidade em hospitais públicos. A Jamaica não faz parte da base de dados.

60. Alguns países não informam a taxa de mortalidade materna nem a taxa de mortalidade infantil periodicamente à OPAS, embora esses indicadores façam parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

61. A maioria dos países e programas técnicos atualizam seus sistemas de vigilância de doenças de acordo com seus objetivos programáticos específicos de forma tempestiva. Contudo, muitas vezes os dados são pouco uniformes, o que afeta a comparabilidade ao longo do tempo.

² Atualizações sobre 39 países e territórios que responderam à consulta. Foram excluídos dessa análise: Territórios Ultramarinos Franceses, Antilhas Holandesas e Aruba, Bermuda, Estados Unidos, Ilhas Virgens Americanas e Canadá.

Ação para melhorar a situação

62. Claramente, muitos países obtiveram avanços na coleta dos indicadores nacionais básicos. Contudo, a qualidade e a tempestividade dos dados exigem atenção imediata. Ademais, não raro os dados deixam de ser analisados para o monitoramento de programas. A coleta e validação dos dados, bem como a geração de informações precisam ser institucionalizadas em âmbito nacional e regional. Urge defender essa causa nos níveis mais elevados de formulação de políticas a fim de institucionalizar essas iniciativas.

63. O apoio técnico deve ser elevado para ajudar a produzir informações sanitárias fidedignas e oportunas. A assistência técnica também deve fortalecer o processo de validação de dados em cada programa técnico; a formação de recursos humanos nos assuntos em questão; as capacidades técnicas do pessoal existente; e a modernização dos processos de produção e disseminação de estatísticas sanitárias. A melhoria da análise dos dados ajudará os programas a determinar com mais precisão as desigualdades de saúde e a melhor alocar os recursos.

64. O compromisso político mais elevado é essencial para executar essa iniciativa solicitada pelos países.

Referências

1. Pan American Health Organization. Collection and Use of Core Health Data (document CD40/19). 40th Directing Council, 49th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas; 1997 September; Washington (DC). Washington (DC): PAHO; 2010 [cited 14 July 1997].
2. Pan American Health Organization. ten-year Evaluation of the Regional Core Health Data Initiative (document CD45/14) [online]. 45th Directing Council, 56th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas; 2004 Sep 27-Oct 2; Washington (DC). Washington (DC): PAHO; 2010 [cited 29 July 2004]. Available at: <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD45-14-e.pdf>.
3. Pan American Health Organization, Health Information Analysis Project. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2009. Washington (DC). Washington (DC): PAHO; 2009.

E. CONVENÇÃO-QUADRO DA OMS PARA O CONTROLE DO TABACO: OPORTUNIDADES E DESAFIOS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Antecedentes

65. Em setembro de 2008, o Conselho Diretor da OPAS reconheceu que, apesar de algumas experiências bem-sucedidas na área de controle do tabaco na Região, os avanços têm sido desiguais e adotou a [resolução CD48.R2 \(I\)](#).

66. Dentro das referências a essa resolução, menciona-se com preocupação o aumento do consumo de tabaco entre as jovens em alguns países da Região. Levando em conta o aspecto de gênero, o último Dia Mundial sem Tabaco teve como tema central a promoção do tabaco dirigida às mulheres, a fim de conscientizar os Estados sobre o aumento da epidemia de tabagismo entre elas.

Relatório de Progresso

Sobre o ponto 1(a) da resolução

Ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)¹

67. Após Suriname e Bahamas ratificarem a Convenção, o número de Estados signatários passou a 27 (77% dos países-membros da OPAS).

Implementação de medidas da CQCT

Medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda por tabaco – Artigo 6

68. Embora vários países (Bahamas, Brasil, Colômbia, Guiana, Jamaica, México, Nicarágua, Suriname, Trinidad e Tabago e Uruguai) tenham aumentado os impostos sobre o tabaco, nenhum conseguiu fazer com que eles representem 75% do preço de venda no varejo. Atualmente, somente três países da Região (Chile, Cuba e Venezuela) atingiram essa meta.

¹ O quadro 1 mostra a situação da ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) nas Américas. A informação corresponde a 12 de julho de 2010.

Medidas de proteção contra a exposição à fumaça do tabaco – Artigo 8

69. Seis países (Canadá, Colômbia, Guatemala, Paraguai, Peru e Trinidad e Tobago) juntaram-se às nações que têm legislação nacional ou subnacional cobrindo mais de 90% da população que proíbe o fumo em todas as áreas públicas e locais de trabalho fechados, sem exceção. Com Uruguai e Panamá, agora são oito os países da Região que estão 100% livres da fumaça do tabaco. As diretrizes da Conferência das Partes (COP) recomendam que o Artigo 8 seja implementado no prazo de cinco anos após a entrada em vigor da Convenção para cada Parte; para seis Estados Partes, esse prazo expirará em dezembro de 2010 sem que essa meta tenha sido cumprida.

Medidas sobre embalagem e rotulação dos produtos do tabaco – Artigo 11

70. Seis países da Região (Bolívia, Colômbia, Estados Unidos da América, México, Paraguai e Peru) aprovaram regulamentos que proíbem o uso de termos descritivos enganosos. Também estabelecem o uso de advertências com fotos que ocupem mais de 30% da superfície principal da embalagem dos produtos de tabaco. Esses seis países unem-se aos seis pioneiros (Brasil, Canadá, Chile, Panamá, Uruguai e Venezuela), além de Jamaica e Cuba (este último país não é signatário da CQCT e, portanto, não está obrigado a cumpri-la), que não incluem imagens, mas satisfazem os requisitos básicos da CQCT, perfazendo um total de 14 países que já cumprem essa medida. Ademais, a Convenção estabelece um período de três anos a partir da data da sua entrada em vigor como prazo para cada Parte cumprir este artigo. Para 11 Estados Partes, esse prazo expirará em dezembro de 2010 sem que tenham sido cumpridos os requisitos mínimos do artigo.

Medidas de proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco – Artigo 13

71. A Colômbia se tornou o segundo país da Região, após o Panamá, a aprovar uma lei abrangente proibindo todas as formas de propaganda, promoção e patrocínio do tabaco. Mais uma vez, a Convenção estabelece um período de cinco anos a partir da data da sua entrada em vigor para que cada Estado Parte implemente este artigo. Para 10 Estados Partes, esse período expirará em dezembro de 2010 sem que tenham sido cumpridas inteiramente as disposições deste artigo.

Quadro 1: Situação da ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) nas Américas

País	Data de ratificação	País	Data de ratificação	País	Data de ratificação
México	28 de maio de 2004	Brasil	3 de novembro de 2005	Costa Rica	21 de agosto de 2008
Panamá	16 de agosto de 2004	Santa Lúcia	7 de novembro de 2005	Suriname	16 de dezembro de 2008
Canadá	26 de novembro de 2004	Guatemala	16 de novembro de 2005	Bahamas	3 de novembro de 2009
Trinidad e Tabago	19 de agosto de 2004	Belize	15 de dezembro de 2005	Argentina	Não é signatário
Uruguai	9 de setembro de 2004	Antígua e Barbuda	5 de junho de 2006	Cuba	Não é signatário
Peru	30 de novembro de 2004	Venezuela	27 de junho de 2006	República Dominicana	Não é signatário
Honduras	16 de fevereiro de 2005	Dominica	24 de julho de 2006	El Salvador	Não é signatário
Chile	13 de junho de 2005	Equador	25 de julho de 2006	Haiti	Não é signatário
Jamaica	7 de julho de 2005	Paraguai	26 de setembro de 2006	São Cristóvão e Névis	Não é signatário
Bolívia	15 de setembro de 2005	Grenada	14 de agosto de 2007	São Vicente e Granadinas	Não é signatário
Guiana	15 de setembro de 2005	Nicarágua	9 de abril de 2008	Estados Unidos da América	Não é signatário
Barbados	3 de novembro de 2005	Colômbia	10 de abril de 2008		

Sobre o ponto 1(b) da resolução

72. A OPAS tornou mais fácil o compartilhamento das experiências entre os países para conseguir a implementação dos dispositivos da Convenção e facilitou acordos de cooperação técnica entre os países.

Sobre o ponto 1(c) da resolução

73. Não houve avanço significativo neste ponto. Na grande maioria dos países, ainda não há uma unidade intraministerial ou interministerial para coordenar a implementação da CQCT; nos casos em que tal unidade existe, ela é bastante incipiente. A OPAS deve ter um papel mais ativo na esfera nacional para ajudar os ministérios da saúde da Região a criar ou fortalecer suas unidades coordenadoras e a fazer com que outros atores relevantes se envolvam no processo.

Sobre o ponto 1(d) da resolução

74. Alguns organismos de integração sub-regional, como o Mercosul e a CARICOM, conseguiram avanços consideráveis ao incluir nas suas agendas a questão do controle do tabaco, especificamente as discussões sobre a Convenção e sua efetiva implementação nas sub-regiões que lhes competem.

Sobre o ponto 1(e) da resolução

75. Não houve avanço significativo neste ponto. A OPAS deverá ter um papel mais ativo nas esferas regional e nacional na busca de oportunidades de financiamento e apoio à elaboração de propostas para esse propósito.

Sobre o ponto 2 da resolução

76. Com o objetivo de que o apoio técnico e financeiro aos Estados Membros seja mais eficaz e eficiente, a OPAS tem promovido a articulação de parcerias e participado de um esforço coordenado com parceiros internacionais e regionais no controle do tabaco. Um exemplo disso é o trabalho conjunto com a Campanha Jovens sem Tabaco na Costa Rica, Guatemala e Peru para propiciar a aprovação de leis de controle do tabaco, e com a Fundação Interamericana do Coração em El Salvador, para promover a ratificação da CQCT por esse país.

77. Além disso, no contexto das negociações para a elaboração de um Protocolo sobre o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco (estabelecido no âmbito da CQCT), a OPAS vem trabalhando com a Secretaria da CQCT na coordenação entre o setor da saúde e as áreas de economia, finanças e alfândega nos Estados Partes.

78. É importante assinalar que a oposição da indústria do tabaco está por trás da lentidão nos avanços. Essa oposição cria obstáculos aos processos antes, durante e até mesmo depois da aprovação de leis. Cumpre notar que, para obter avanços significativos na Região, além da vontade política dos Estados Membros, será necessário juntar forças com a sociedade civil e outros parceiros considerados convenientes a fim de limitar a influência da indústria do tabaco na Região. Para isso, as recomendações do Artigo 5(3) da CQCT devem ser levadas em consideração.

Referência

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Convênio Básico da OMS para Controle do Tabaco: Oportunidades e desafios para sua implementação na Região das Américas (Resolução CD48.R2) [on-line], 48º Conselho Diretor, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington, D.C.: OPAS; 2008 [citada em 16 de abril de 2010]. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd48.r2-p.pdf>.

F. IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA REGIONAL E PLANO DE AÇÃO PARA UM ENFOQUE INTEGRADO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS, INCLUSIVE ALIMENTAÇÃO, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

Antecedentes

79. Em 2006, o Conselho Diretor adotou a Resolução CD47.R9, *Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, inclusive Dieta, Atividade Física e Saúde*. Essa resolução insta os Estados Membros a implementarem políticas e planos integrados, orientados pela Estratégia Regional, e exige que o Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) reforce a capacidade dos Estados Membros para executar estratégias abrangentes e multissetoriais e fortalecer ou estabelecer novas parcerias. A Estratégia Regional segue quatro linhas de ação: política e promoção da causa, vigilância, promoção da saúde e prevenção de doenças, e administração integrada de doenças crônicas e tem boa correlação com o Plano de Ação para a Estratégia Global para Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, aprovado em 2008.

Atualização da situação atual

80. As doenças crônicas são no momento as principais causas da mortalidade com 3,0 milhões de mortes¹ e incapacidade na grande maioria de países das Américas. Cerca de 250 milhões de pessoas de um total de 890 milhões da Região sofriam (em 2005) de doenças crônicas, sobretudo problemas cardiovasculares, câncer, obesidade e diabetes. Esses males afetam em particular populações de baixa e média renda. Estimou-se em 139 milhões (25%) o número de obesos (IMC > 30) acima dos 15 anos de idade em 2005, dos quais 103 milhões do sexo feminino, e que vem crescendo rapidamente e deve atingir cerca de 289 milhões (39%) até 2015, dos quais 164 milhões serão do sexo feminino.² Cresce também a preocupação com o rápido aumento da obesidade nas crianças e adolescentes. São enormes as consequências das doenças crônicas em termos de sofrimento humano e custos para a economia. Não obstante, essas doenças podem ser evitadas, ser prevenidas a um custo compensador e controladas por meio de políticas públicas, redução dos fatores de risco e prestação de serviços de saúde para triagem, detecção precoce e administração das doenças. Por exemplo, a implementação de estratégias básicas para reduzir o fumo em 20% e a ingestão de sal em 15%, bem como para fazer uso de regimes simples com vários medicamentos destinados a pacientes com

¹ Banco de dados de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis HSD/NC

² Calculado com base no banco de informações da OMS (WHO Info Base), o qual pode ser consultado no endereço <https://apps.who.int/infobase/report.aspx>.

doenças cardiovasculares de alto risco, poderia prevenir mais de 3,4 milhões de mortes por doenças crônicas na Região num período de 10 anos a um custo razoável.³

81. Desde que o Conselho Diretor aprovou a resolução sobre as doenças crônicas em 2006, quase todos os Estados Membros conseguiram avanços substanciais na implementação de planos nacionais no âmbito dos seus programas contra doenças crônicas, conforme destacado no Relatório de fim de biênio apresentado ao Comitê Executivo (ver Tabela 1). Na maioria dos casos, os países informaram ter ido além dos indicadores para os Resultados Esperados em Nível Regional do Plano Estratégico relacionado às doenças crônicas.

82. Durante o biênio 2008–2009, a OPAS mobilizou aproximadamente US\$ 21 milhões dos US\$ 28 milhões orçados para apoiar o Objetivo Estratégico 3⁴ (doenças não transmissíveis [DNTs], saúde mental e acidentes). Na esfera internacional, o panorama em termos de recursos para DNTs é, na melhor das hipóteses, de altos e baixos.⁵ Por exemplo, em 2008 a Fundação Bill e Melinda Gates e a Bloomberg Philanthropies se comprometeram a oferecer US\$ 500 milhões para ajudar 15 países de todo o mundo a melhorar o controle do tabaco, dos quais dois estão na Região das Américas (Brasil e México). Entre 1995 e 2005 os créditos do Banco Mundial somaram mais de US\$ 300 milhões para as DNTs e acidentes. O nível do compromisso com a Assistência Oficial ao Desenvolvimento (AOD) para as DNTs é incerto, mas os cálculos preliminares são de 1% a 2% do total. A maioria dos organismos internacionais de desenvolvimento tem dificuldade em apoiar os esforços referentes às DNTs porque essas doenças não estão incluídas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). Apesar destas dificuldades, alguns organismos bilaterais técnicos ou doadores têm feito investimentos, como a Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID), os Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), e a Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC). Contudo, são necessários esforços para aumentar o atual nível de atenção e recursos, dado o enorme ônus.

Política e defesa da causa

83. Em 2010, uma avaliação da situação da doenças crônicas e da capacidade nacional de resposta a este problema de saúde pública na Região mostra que 27 países da América Latina e Caribe informaram ter feito investimentos relacionados a programas para doenças crônicas, inclusive com a manutenção de um centro de coordenação

³ Gaziano T, et al. Scaling-up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet*, 2007, 370: 1939-46; número extrapolado para os países da América Latina e Caribe.

⁴ Objetivo estratégico 3: Prevenir e reduzir as doenças, a incapacidade e a morte prematura por afecções não transmissíveis crônicas, transtornos mentais, violência e lesões.

⁵ OMS. Rede para Doenças Não Transmissíveis (NCDnet), Documento de Referência do Grupo de Trabalho sobre Fontes de Financiamento Inovadoras. Genebra, 24 de fevereiro de 2010. www.who.int/ncdnet.

nacional no ministério da saúde, formação de pessoal e estabelecimento de parcerias multissetoriais. Em comparação com 2005, quando 63% dos países tinham um centro de coordenação/unidade nacional e orçamento, todos os países agora informam que já contam com esses recursos. Todavia, mais esforços são necessários uma vez que apenas 16 países estão pondo em prática um plano nacional para as DNTs. Ademais em 2008 o Conselho Diretor aprovou resoluções sobre o diabetes e obesidade, bem como sobre a prevenção e o controle do câncer do colo do útero. Muitos países também tomaram medidas importantes para inserir as DNTs, inclusive medicamentos, nos pacotes de proteção social.

84. O Observatório de Políticas da CARMEN é uma iniciativa conjunta da OPAS e do Centro de Colaboração da OPAS/OMS sobre Políticas para Doenças Não Transmissíveis, sediado na Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC). O Observatório é uma plataforma para a rede de países e instituições americanos engajados na análise e monitoramento sistemáticos das políticas para doenças crônicas.

85. Uma compilação da legislação latino-americana e de países e territórios do Caribe de língua inglesa sobre prevenção e controle da obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares foi produzida em 2009 e 2010, respectivamente, e publicada em formato eletrônico posteriormente, e a formulação de diretrizes para ajudar na atualização da legislação quando necessário. Um plano de trabalho para a atualização das leis sobre a prevenção e controle da obesidade nos países da América Latina e Caribe será iniciado no segundo semestre de 2010 com um encontro regional dos legisladores.

86. As implicações para a economia, finanças públicas e bem-estar social das doenças crônicas e envelhecimento foram analisadas em uma oficina regional realizada em 2009 com 10 países e representantes do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial. Um estudo regional sobre o ônus para a economia também será iniciado em 2010. Os resultados serão usados em uma reunião em 2011 para conseguir o envolvimento dos responsáveis pelas políticas nos ministérios da saúde e finanças, a fim de aumentar o apoio para tratar as DNTs.

87. Na esfera sub-regional, foi realizada em 2007 uma cúpula especial sobre doenças crônicas com a participação de chefes de Estado da Comunidade do Caribe (CARICOM). Os participantes se comprometeram a impulsionar as políticas e monitorar a implementação da declaração da cúpula. Em 13 de maio de 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas decidiu convocar uma reunião de alto nível sobre doenças não transmissíveis em setembro de 2011, atendendo à proposta feita pelos países do CARICOM. A RESSCAD/COMISCA⁶ aprovou resoluções sobre doenças crônicas e

⁶ RESSCAD/COMISCA: *Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana/Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica* (Reunião do Setor de Saúde da América Central e República Dominicana/Conselho de Ministros da Saúde da América Central).

câncer, e elaborou um plano de operação anual que abarca sete atividades relacionadas às doenças crônicas. O Mercosul⁷ fez da vigilância das doenças crônicas uma prioridade para orientar os responsáveis pelas políticas e decisões. Foram oferecidos cursos sobre a análise e o desenvolvimento de políticas, com referência especial a doenças crônicas, no Caribe e na América Central.

Vigilância

88. A OPAS/OMS apoia os Estados Membros nos seus esforços visando fortalecer os seus sistemas de informação sanitária para vigiar as doenças crônicas por meio de orientação e ferramentas para a implementação da metodologia PanAm STEPS⁸ e para a vigilância dos fatores de risco, bem como por meio de uma lista padronizada de indicadores mínimos, que inclui mortalidade, morbidade, fatores de risco e qualidade de atenção. Vinte e sete países-alvo na Região definiram o conjunto de indicadores básicos de DNTs. Treze países-alvo estabeleceram um sistema para coletar esses dados usando a metodologia da OPAS e analisando-os do ponto de vista dos determinantes sociais e do gênero. Foram criados fóruns de discussão sobre a vigilância de DNTs através de grupos técnicos do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), através da rede de epidemiologistas do Caribe coordenada pelo CAREC, bem como para os condados andinos com o apoio da Agência Andina de Saúde (ORAS). Vinte e sete países-alvo produziram pelo menos um relatório sobre a situação das DNTs ou o incluíram no relatório sobre a situação sanitária do país. A OPAS/OMS apoia a coleta e análise de dados desagregados por sexo, idade e origem étnica, assim como a participação dos usuários e produtores dos governos e da sociedade civil.

Promoção da saúde e prevenção de doenças

89. Uma dieta saudável, a promoção da atividade física e o controle do tabaco continuam a ser os pilares da estratégia regional. A maioria desses programas carecem dos recursos humanos e financeiros necessários. Dez países informaram ter colocado em prática estratégias multissetoriais abrangendo toda a população a fim de promover a redução dos fatores de risco das doenças crônicas.

⁷ Mercosul: Mercado Comum do Cone Sul.

⁸ A metodologia PanAm STEPS para a vigilância de fatores de risco de doenças crônicas em adultos foi projetado como parte de um esforço em toda a OMS para ajudar os países a formar e fortalecer sua capacidade de vigilância. Fornece a países de baixa e média renda da Região um ponto de acesso para iniciarem a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis. De modo semelhante, a PanAm Steps serve como ferramenta harmonizadora para coletar e mostrar os dados de toda a Região de maneira unificada.

90. A Iniciativa de Combate à Gordura Trans nas Américas, lançada pela OPAS em 2007 em colaboração com o setor privado, promove regulamentações, diretrizes e ações voluntárias para eliminar a gordura trans dos alimentos processados. Tal iniciativa tem potencial para reduzir o risco das doenças cardiovasculares na população.

91. A Iniciativa para Redução do Sal na Dieta, lançada em 2009, tem como meta baixar o consumo de sal para 5 g/pessoa/dia até 2020 para prevenir as doenças cardiovasculares nas Américas. Um grupo de especialistas sobre a redução do consumo de sal foi criado, delineando ações para governos, indústria e a sociedade civil, porém preservando os benefícios dos programas de fortificação do sal. Argentina, Barbados, Canadá, Chile e Estados Unidos figuram entre os países que tornaram prioritária a redução do sal na dieta.

92. A criação, em julho de 2008, da Aliança Pan-americana para Nutrição e Desenvolvimento permite pôr em prática programas intersetoriais abrangentes, sustentáveis e coordenados no âmbito dos ODMs. A Aliança aborda os fatores determinantes sociais, como a desnutrição e a pobreza, como forma de prevenir a obesidade e as DNTs, pois frequentemente a criança desnutrida ou com retardo de crescimento tem maior risco de obesidade na idade adulta. A participação da sociedade civil em temas como a comercialização de alimentos visando as crianças e a obesidade infantil aumentou significativamente nos cinco últimos anos, em especial no Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos e México.⁹

93. Setenta e seis cidades de 14 países¹⁰ nas três Américas criaram Ciclovias Recreativas. Nove países¹¹ desenvolveram programas de corredores exclusivos para ônibus, que contribuem para reduzir os engarrafamentos, diminuir o número de acidentes e facilitar as atividades físicas utilitárias e recreativas. Todos os países do Caribe instituíram o Dia do Bem-estar no Caribe, que enfatiza a atividade física de massa.

94. Vinte e sete países ratificaram a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.¹² Apesar de vários países terem aumentado os impostos sobre o tabaco, apenas três deles, Chile, Cuba e Venezuela, alcançaram a meta de que pelo menos 75% do preço de venda dos produtos de tabaco serem impostos. Em oito países, a legislação nacional ou estadual proíbe o fumo em locais públicos e locais de trabalho fechados.

⁹ Os dados foram obtidos durante a consulta da AMRO (Comercialização de Alimentos e Bebidas para Crianças) e se baseiam nas respostas dos países. Nenhum documento sobre essa consulta foi divulgado ao público até o momento.

¹⁰ Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Peru.

¹¹ Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Equador, Estados Unidos, Guatemala, México e Peru.

¹² PAHO. WHO Framework Convention on Tobacco Control: Opportunities and Challenges for its Implementation in the Region of the Americas (Document CE146/INF/6-E) 2 May 2010).

95. A OPAS está também promovendo o conceito da saúde urbana para atender as necessidades dos em situação de vulnerabilidade vulneráveis, através de planejamento urbano que promova a demarcação de espaços seguros para atividade física e hábitos alimentares saudáveis, dois fatores de proteção importantes para a prevenção de doenças crônicas. Em 2010, o Dia Mundial da Saúde estimulou todos os países da Região das Américas a promoverem ações relacionadas à atividade física e a estilos de vida saudáveis. Os programas da OPAS sobre escolas e locais de trabalho saudáveis preveem a atenção a uma dieta saudável, atividade física e outras medidas que apoiam a prevenção de doenças crônica. Um grande objetivo do plano da OMS para a saúde dos trabalhadores é criar locais de trabalho saudáveis.

Administração integrada de doenças crônicas e fatores de risco

96. A OPAS, em estreita colaboração com os Estados Membros, associações profissionais e outros parceiros vem apoiando o desenvolvimento e implementação de diretrizes e protocolos com base científica sobre a administração integrada de doenças crônicas, visando o câncer do colo do útero, câncer de mama, diabetes e doenças cardiovasculares. Atualmente, 18 países relatam terem posto em prática estratégias integradas de atenção primária à saúde para melhorar a qualidade do tratamento das pessoas que vivem com doenças crônicas. O Modelo de Atenção a Afecções Crônicas que visa melhorar a qualidade da assistência prestada através dos serviços de saúde primários aos portadores de afecções crônicas vem sendo promovida pela OPAS e está sendo aplicada em 15 países. Uma avaliação rápida em 24 países sobre a capacidade de administração de doenças revelou a disponibilidade de diretrizes ou protocolos para a hipertensão e diabetes em 23 países (97%). Vinte países (86%) têm protocolos para o câncer, mas uma parcela muito baixa tem diretrizes e protocolos para o controle do peso e atividade física. Não existem políticas de acesso a alguns medicamentos e serviços, sobretudo para as populações de baixa renda. Todos os países da Região têm uma lista dos medicamentos essenciais contra as doenças crônicas.

97. A sub-região centro-americana, através do apoio da AECID, desenvolveu uma lista dos medicamentos essenciais, principalmente contra o câncer, para aquisição consolidada pela sub-região. As doenças crônicas são associadas a despesas familiares catastróficas, o que acentua e aprofunda a pobreza. No acesso a tratamento, as pessoas de baixa renda encontram obstáculos, com 39% a 63% da população tendo que pagar o preço integral dos medicamentos básicos contra o diabetes e a hipertensão.¹³ Entre 25% e 75% dos procedimentos e testes essenciais, como teste de glicemia, radiografias, mamografias, exame citopatológico do colo do útero, colonoscopia, perfil lipídico, e diálise, não são mencionados nas diretrizes que visam as DNTs. No entanto, eles existem em cerca de 85% dos países da Região. Os serviços de diálise estão disponíveis em 83%

¹³ PAHO, National Capacity for the Management of Chronic Diseases in Latin America and the Caribbean. 2009.

dos países. Calcula-se que aproximadamente 40% da população tem que pagar do próprio bolso uma média de US\$ 99 por sessão de diálise, ou US\$ 15.500 ao ano.

Fortalecimento de redes e parcerias

98. A Rede do CARMEN, englobando gestores de programas nacionais para doenças crônicas, centros colaboradores da OMS e organizações não governamentais, foi fortalecida e estendida a 32 países. Dentro do projeto CARMEN School e em colaboração com instituições acadêmicas e técnicas, foram realizados cursos regionais sobre temas como prática de saúde pública com base científica, marketing social, atividade física, e atenção a doenças crônicas.

99. Em 2009, a OPAS criou um Fórum de Parceiros para Ação contra as Doenças Crônicas como instrumento para obter a participação do setor privado e da sociedade civil em colaboração com os Estados Membros, já que nenhum setor pode resolver o problema por si só. Esse novo mecanismo procura potencializar as funções e capacidades únicas de cada setor no sentido de tomar medidas conjuntas para realizar mudanças políticas e ambientais para promover a saúde e prevenir doenças crônicas. As futuras reuniões e a sua ativação estão planejadas para 2010.

Próximos passos

100. Apesar dos enormes ganhos obtidos pelos Estados Membros com os seus programas nacionais contra doenças crônicas, a atenção e recursos dedicados a esse tema de saúde pública não são proporcionais à magnitude do ônus da doença e dos custos para a economia. A OPAS e os Estados-Membros precisam continuar trabalhando juntos para promover mudanças nas políticas intersetoriais, antes, durante e após a reunião de alto nível das Nações Unidas sobre doenças não transmissíveis em setembro de 2011.

101. Os Estados Membros e a OPAS devem fazer um esforço articulado para reforçar as competências e a capacidade para a prevenção e controle integrado e abrangente das doenças crônicas em todos os níveis, incluindo vigilância, políticas, controle do tabaco, redução de sal, alimentação saudável e atividade física, melhor tratamento de doenças e mecanismos de participação das partes interessadas com o fortalecimento do papel de liderança dos ministérios da Saúde.

102. Além disso, com o apoio dos Estados Membros pela OPAS, deve prosseguir a ampliação do acesso a medicamentos e serviços de saúde de qualidade para triagem, detecção e controle precoce de doenças crônicas. Este último inclui cuidados pessoais pelo próprio paciente, sobretudo no tocante às doenças cardiovasculares, câncer e diabetes nas populações em situação de vulnerabilidade.

103. A OPAS e os Estados Membros continuarão a melhorar a qualidade e a tempestividade das informações sanitárias para orientar as políticas, o planejamento e a avaliação, sobretudo as informações sobre fatores de risco. Análise de gênero e novos enfoques/tecnologias (p.e., uso de pesquisas por telefone/telefone celular) para aumentar a participação devem ser usados.

104. Será continuada a busca ativa de cooperação técnica entre países no campo das práticas bem-sucedidas e compartilhamento de experiências relativas às DNTs. A OPAS facilitará e apoiará mecanismos e oportunidades para a partilha de experiências entre os Estados Membros, incluindo a Rede CARMEN e plataformas eletrônicas.

105. A OPAS e os Estados Membros continuarão a fortalecer esforços intersetoriais nacionais e subregionais, parcerias e alianças como uma estratégia fundamental. A OPAS continuará a apoiar a Rede CARMEN e o Fórum de Parceiros como mecanismos inovadores para apoiar os esforços dos países para conseguir a participação do setor privado e da sociedade civil.

106. A OPAS fortalecerá os esforços para apoiar os Estados Membros no sentido de rever suas leis e normas relativas ao combate a doenças crônicas e controle do tabaco, inclusive a implementação das diretrizes da OMS sobre comercialização de alimentos e bebidas não alcoólicas visando as crianças, como aprovado na 63ª. Assembleia Mundial da Saúde.

**Tabela 1: Indicadores dos resultados esperados em nível regional (RER)
Meta e lista de países e territórios que relataram progressos¹⁴**

Número do Indicador RER	Texto do Indicador RER	Meta 2009	Países e territórios que relataram progressos
3.1.3	Número de países cujos ministérios da saúde têm uma unidade ou departamento para afecções não transmissíveis crônicas com seu próprio orçamento	26	Argentina, Bahamas, Barbados, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Santa Lúcia, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai, Venezuela
3.1.4	Número de países onde foi realizada uma campanha integrada de combate a doenças crônicas e promoção da saúde foi empreendida	10	Anguila, Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Dominica, Granada, Guiana, Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat, Panamá, República Dominicana, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Trinidad e Tobago
3.2.4	Número de países que estão implantando uma política e plano nacional para a prevenção e controle de afecções não transmissíveis crônicas	32 (não conseguiram)	Anguila, Argentina, Barbados, Belize, Bermuda, Bolívia, Canadá, Chile, Colômbia, Cuba, Dominica, Equador, Estados Unidos, Granada, Guiana, Haiti, Ilhas Cayman, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicarágua, Panamá, Peru, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai, Venezuela

¹⁴ Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 (versão de outubro de 2007).

Número do Indicador RER	Texto do Indicador RER	Meta 2009	Países e territórios que relataram progressos
3.2.5	Número de países na Rede do CARMEN (uma iniciativa para prevenção integrada e controle de Doenças não transmissíveis nas Américas)	27	Anguila, Antígua e Barbuda, Antilhas Holandesas, Argentina, Bahamas, Barbados, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai
3.3.4	Número de países que contam com um sistema nacional de notificação de saúde e relatórios anuais que abrangem indicadores de afecções crônicas e não transmissíveis e seus fatores de risco	28	Anguila, Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Barbuda, Belize, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Equador, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, México, Montserrat, Nicarágua, Panamá, Paraguai, República Dominicana, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Uruguai, Venezuela
3.5.4	Número de países que estão pondo em prática a Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, inclusive Dieta e Atividade Física	10 (não conseguiram)	Equador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Trinidad e Tobago
3.6.4	Número de países que estão pondo em prática estratégias integradas de atenção primária à saúde recomendadas pela OMS no tratamento de afecções não	17	Anguila, Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Guatemala, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, Montserrat, Nicarágua, Peru, São

Número do Indicador RER	Texto do Indicador RER	Meta 2009	Países e territórios que relataram progressos
	transmissíveis crônicas		Cristóvão e Névis, Suriname, Trinidad e Tobago, Venezuela
3.6.5	Número de países com serviços de saúde reforçados para o tratamento da dependência do tabaco como resultado de haverem seguido as política recomendadas pela OMS	12	Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, Guatemala, Guiana, Jamaica, México, Panamá, Trinidad e Tobago, Uruguai, Venezuela
6.2.1	Número de países que desenvolveram um sistema nacional de vigilância em funcionamento usando a metodologia PanAm Steps (Pan American Stepwise, para a vigilância de fatores de risco de doenças crônicas) para a emissão de relatórios regulares sobre grandes fatores de risco para a saúde em adultos	10	Anguila, Antilhas Holandesas, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Brasil, Chile, Costa Rica, Dominica, Granada, Guiana, Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat, Panamá, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Uruguai
6.2.3	Número de países que geram informações sobre fatores de risco (por meio de cadastros e estudos populacionais) para serem incluídas na base de dados NCD INFO, sobre doenças não transmissíveis e fatores de risco	15	Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Estados Unidos, Guiana, México, Peru, Trinidad e Tobago, Uruguai
6.3.1	Número de países que adotaram proibições ao fumo em serviços de saúde estabelecimentos de ensino em conformidade com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	10	Anguila, Antígua e Barbuda, Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Dominica, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Ilhas Virgens Britânicas, México, Montserrat, Nicarágua, Panamá,

Número do Indicador RER	Texto do Indicador RER	Meta 2009	Países e territórios que relataram progressos
			Paraguai, Peru, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai, Venezuela
6.4.1	Número de países que implantaram políticas, planos ou programas para prevenção de problemas de saúde pública causados pelo uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas	13	Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru, República Dominicana, Uruguai
6.5.1	Número de países que formularam diretrizes nacionais para promover uma dieta saudável e atividade física, incluindo a ASAFS (Estratégia para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde)	10	Argentina, Barbados, Belize, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, República Dominicana, Uruguai
6.5.2	Número de países que iniciaram ou estabeleceram sistemas de transporte rápido de massa em pelo menos uma de suas grandes cidades	10	Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guatemala, México, Panamá, Uruguai, Venezuela
6.5.4	Número de países que criaram ambientes próprios para pedestres e ciclistas, programas para a promoção da atividade física e iniciativas para o controle da criminalidade em pelo menos uma de suas grandes cidades	7 (não conseguiram)	Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, México
7.2.3	Número de países que têm executado a Iniciativa Rostos, Vozes e Lugares	12	Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai,

Número do Indicador RER	Texto do Indicador RER	Meta 2009	Países e territórios que relataram progressos
			Peru, República Dominicana, Uruguai, Venezuela
7.5.1	Número de publicações da OPAS que contribuem para gerar indícios sobre o impacto das desigualdades de gênero sobre a saúde	12 (não conseguiram)	Chile, Cuba, Nicarágua, Panamá, República Dominicana
9.4.3	Número de países que elaboraram programas nacionais para implementar estratégias de promoção de práticas alimentares saudáveis a fim de prevenir doenças crônicas relacionadas à alimentação	16	Anguila, Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Belize, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Granada, Guatemala, Honduras, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, Montserrat, Nicarágua, Panamá, Peru, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Uruguai
12.3.2	Número de países com uma relação nacional de produtos e tecnologias médicas essenciais atualizada nos últimos cinco anos e usada para a aquisição pública e/ou reembolso	31	Anguila, Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, Montserrat, Nicarágua, Peru, República Dominicana, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Venezuela
	Estados Membros que ratificaram a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco ¹⁵ da OMS		Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, Equador, Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Santa Lúcia, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai, Venezuela

¹⁵ Para mais informações, consulte o Documento de Informação CE146/INF/6-E.

G. ELIMINAÇÃO DA RUBÉOLA E DA SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

Antecedentes

107. Os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde estão comprometidos há muitos anos com a erradicação e eliminação das doenças imunopreveníveis. Esse compromisso começou com a erradicação da varíola e poliomielite e, mais recentemente, mirou a eliminação do sarampo até 2000 e da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC) até 2010.

108. Os países das Américas, em colaboração com seus parceiros estratégicos¹ e profissionais da saúde em todos os níveis do sistema, conseguiram avanços extraordinários na concretização dos compromissos delineados nas Resoluções CD44.R1 (2003) e CD47.R10 (2006) para eliminar a rubéola e a SRC até 2010. Conforme destacado na Resolução CSP27.R2 (2007), a Região está tomando as medidas necessárias para documentar e comprovar a interrupção da transmissão endêmica do vírus da rubéola.

Análise da situação

109. A rubéola, geralmente uma doença leve de erupção cutânea, pode produzir consequências devastadoras quando uma mulher contrai a infecção durante o primeiro trimestre da gravidez. As sequelas da infecção durante a gravidez incluem uma série de defeitos congênitos — cegueira, surdez, e defeitos cardíacos — conhecidos como SRC. Antes da vacinação contra rubéola em grande escala, cerca de 20 mil crianças afetadas pela SRC nasceram a cada ano nas Américas.

110. Todos os países e territórios da Região das Américas administram a vacina contra rubéola às suas populações através dos seus programas normais de vacinação na infância. Além disso, até dezembro de 2009, quase 445 milhões de pessoas haviam sido protegidas contra sarampo e rubéola por meio da administração da vacina combinada contra essas doenças por meio de esforços de “atualização” e “seguimento” (para consolidar a eliminação do sarampo e rubéola), bem como durante campanhas de “aceleração” projetadas para eliminar a rubéola e a SRC e fortalecer os esforços de eliminação do sarampo. O compromisso dos países com a realização de campanhas de “aceleração”

¹ Cruz Vermelha Americana, Centros para Controle e Prevenção de Doenças do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional, Aliança GAVI, Banco Interamericano de Desenvolvimento, Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho, Agência de Cooperação Internacional do Japão, March of Dimes, Instituto de Vacinação Sabin (SVI), Fundo das Nações Unidas para a Infância, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

visando adolescentes e adultos de ambos os sexos tem fundamentalmente prevenido o restabelecimento da transmissão endêmica do vírus do sarampo na Região.

111. Em 2007, as Américas testemunharam um ressurgimento dos casos de rubéola devidos à importação do vírus da doença para países que inicialmente vacinavam apenas mulheres durante as campanhas de vacinação em massa. O número de casos confirmados de rubéola subiu de 2.919 em 2006 para 13.187 em 2007, como resultado de surtos na Argentina, Brasil e Chile naquele ano. Um total de 4.536 casos confirmados de rubéola foi notificado na Região em 2008, com Argentina e Brasil respondendo por 98% dos casos. Esses países redobram os esforços de vacinação e vigilância. O Chile realizou uma campanha de “aceleração” direcionada a homens em 2007. A Argentina (apenas homens) e o Brasil (homens e mulheres) realizaram campanhas em 2008. Também foram organizadas atividades de vacinação no contexto do primeiro projeto de Cooperação Técnica entre Países da América do Sul (CTP), que visava imunizar populações contra o sarampo e a rubéola ao longo das áreas de fronteira de todos os países que faziam fronteira com a Argentina e o Brasil. Em 2009, a transmissão endêmica do vírus da rubéola ficou limitada apenas à Argentina, onde o último caso confirmado de rubéola endêmica notificado teve como data do início da erupção cutânea o dia 3 de fevereiro de 2009. Ademais, sete casos de rubéola importados/relacionados à importação foram confirmados no Canadá (quatro casos) e nos Estados Unidos (três casos).²

112. Como uma infeliz consequência dos surtos de rubéola, em 2009² as Américas notificaram 17 casos da SRC na Argentina (3 casos) e no Brasil (14 casos). As datas de nascimento dos últimos casos confirmados da SRC foram 6 de julho de 2009 e 26 de agosto de 2009 na Argentina e no Brasil, respectivamente. Como nos casos da SRC pode haver excreção viral por até 12 meses, é essencial que os países que notificaram esses casos mais recentes intensifiquem a vigilância e monitorem a excreção viral nos casos confirmados de SRC até a obtenção de dois cultivos virais negativos com um intervalo de pelo menos um mês entre eles. Isso ajudará a garantir que o vírus endêmico da rubéola não se propague novamente.

113. A vigilância integrada do sarampo e da rubéola com base em casos é empreendida em todos os países. Os casos são notificados semanalmente na esfera regional. O acompanhamento contínuo dos indicadores padronizados para a vigilância do sarampo e rubéola conforme recomendado assegura a vigilância de alta qualidade na Região. Num esforço para reforçar ainda mais a vigilância, os países estão melhorando a coordenação com o setor privado para detectar surtos e responder a eles rapidamente.

114. No período 1997–2005, o genótipo 1C do vírus selvagem da rubéola selvagem foi isolado de surtos anteriores na Região; a última ocorrência de transmissão do vírus 1C foi no Chile e no Peru. A partir de 2006, o genótipo 2B foi inserido na Região e vinculado a

² Dados até a semana epidemiológica 24/2010.

casos importados. Após a transmissão do vírus por mais de um ano, ele foi considerado endêmico nas Américas. O último caso endêmico confirmado de genótipo 2B da rubéola foi notificado na Região em fevereiro de 2009, o que sugere que os países das Américas conseguiram alcançar a meta de eliminação fixada para 2010.

115. Mais de 112.500 casos de SRC foram evitados ao longo de um horizonte analítico de 15 anos³ na América Latina e no Caribe, como resultado do sucesso da iniciativa de eliminação da rubéola e da SRC.

116. Muitas lições úteis estão sendo divididas atualmente com outras Regiões, inclusive a vacinação após a infância, a importância do apoio político, o valor das alianças para responder a situações de crise, entre outras. As mensagens de comunicação social visando grupos não tradicionais e o uso de mensagens de comunicação inovadora (ou seja anúncios na televisão e rádio, pôsteres, etc.) tiveram um papel importante para obter uma grande cobertura da vacinação na Região. Essa abordagem obteve o apoio inestimável de líderes dos esportes, artistas e outras personalidades conhecidas para representar a face das campanhas de vacinação, aproveitando da popularidade e usando suas atividades para incentivaram os fãs a participar nas atividades de vacinação.

117. A iniciativa também contribuiu para o desenvolvimento dos pilares fundamentais da atenção primária à saúde, inclusive a ampliação de serviços de saúde, a ênfase na participação e solidariedade comunitária, a sensação de poder para tomar decisões abalizadas sobre a saúde, e a cooperação intersetorial. As estratégias de eliminação também promoveram o fortalecimento dos sistemas de saúde por meio de melhorias nos sistemas de informação, gestão e supervisão, desenvolvimento dos recursos humanos, normas para os testes de audição de recém-nascidos e pesquisa correlatas.

Convocação para agir

118. Em seguimento à Resolução CSP27.R2 (2007), um plano regional de ação para documentar e comprovar a eliminação do sarampo, rubéola e SRC foi finalizado. O Plano tem como objetivo mais amplo orientar os países e suas comissões nacionais na preparação dos dados necessários para dar respaldo à interrupção da transmissão do vírus selvagem. O plano foi endossado formalmente pelo Grupo Técnico Assessor sobre Doenças Imunopreveníveis (GTA) durante a sua XVIII reunião, em agosto de 2009. O plano regional abrange os seguintes componentes: a epidemiologia do sarampo, rubéola e SRC; qualidade da vigilância; epidemiologia molecular e atividades laboratoriais; análise de coortes vacinadas da população; sustentabilidade do Programa Nacional de Vacinação; e a correlação e integração das evidências.

³ Calculado para cada país a partir da implementação das intervenções para interromper a transmissão do vírus da rubéola.

119. Até o momento, Bolívia, Brasil, Colômbia, Departamentos franceses de ultramar na América, Costa Rica, Equador, Guatemala, México, Nicarágua, Paraguai, e Uruguai formaram comissões nacionais. Dezesseis outros países e dois territórios deram início ao processo para criar comissões, e recomenda-se aos demais oito países⁴ que iniciem o processo em 2010.

120. O Comitê Técnico Internacional (CTI) avaliará a documentação apresentada pelas autoridades sanitárias nacionais, em colaboração com as comissões nacionais, a fim de comprovar a eliminação no âmbito regional. Os dados devem demonstrar que a transmissão endêmica dos vírus do sarampo e rubéola foi interrompida por pelo menos três anos seguidos nas Américas. A documentação da interrupção da transmissão endêmica dos vírus deve ser concluída pelos países até o primeiro trimestre de 2012. A apresentação final sobre a comprovação da eliminação na Região das Américas será apresentada à Conferência Sanitária Pan-Americana em 2012.

121. Muitos desafios ainda restam para que seja mantida a eliminação, inclusive o risco inevitável das importações em virtude da circulação dos vírus do sarampo e rubéola em outras regiões do mundo. É imperativo que os países não sejam complacentes. Do contrário, correm o risco de pôr a perder os notáveis avanços obtidos na eliminação do sarampo, rubéola e SRC na Região. Em consequência, devem manter um elevado nível de preparação para responder de forma rápida e adequada às importações. Será necessário também o compromisso sustentado dos Estados Membros e parceiros estratégicos da OPAS. Por fim, é vital que os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde continuem defendendo que outras regiões também devem eliminar o sarampo e a rubéola endêmicos, sobretudo à luz da solicitação do Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde, em maio de 2008,⁵ no sentido de informar quanto à viabilidade da eliminação do sarampo no mundo.

122. A Região das Américas não pode manter esses resultados sozinha. Considerando os enormes custos econômicos e sociais associados à manutenção da eliminação, é o momento dessas questões terem a atenção do mais alto nível político e que este assunto seja debatido durante a 64a Assembléia Mundial da Saúde em 2011.

- - - -

⁴ Em 2005, os Estados Unidos declararam haver eliminado a transmissão endêmica do vírus da rubéola.

⁵ Ver o documento EB123/2008/REC/1, ata resumida da segunda reunião, seção 1.