



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



51º CONSELHO DIRETOR

63ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2011

Tema 3.2 da agenda provisória

CD51/3 (Port.)
26 de agosto 2011
ORIGINAL: ENGLISH

RELATÓRIO ANUAL DO DIRETOR DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA

A saúde e os objetivos de desenvolvimento do milênio: do compromisso à ação

Sumário

	<i>Página</i>
Da Diretora.....	3
Introdução	4
Capítulo I. Progresso regional nos ODM relacionados à saúde.....	11
Capítulo II. Dos objetivos aos resultados	24
Capítulo III. Lições e desafios	65
Siglas e abreviaturas	71

Da Diretora

Aos Estados Membros

De acordo com as disposições da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, tenho a honra de apresentar o relatório anual de 2010-2011 sobre o trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. O relatório destaca o importante trabalho da Repartição na prestação de cooperação técnica durante este período no âmbito do Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde para 2008-2012, definido por seus órgãos diretores.

Mirta Roses Periago
Diretora

A saúde e os objetivos de desenvolvimento do milênio: do compromisso à ação

“Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio representam o esforço mais ambicioso jamais empreendido contra a privação humana e o primeiro a colocar a saúde no centro do desenvolvimento. Eles nos oferecem uma oportunidade incomparável de melhorar a saúde e a equidade mobilizando ações multissetoriais coordenadas para combater a doença e melhorar os determinantes sociais da saúde.”

*Dra. Mirta Roses Periago
Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana
Organização Pan-Americana da Saúde*

Introdução

1. Para os países das Américas e de todo o mundo, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) das Nações Unidas se mostraram ao mesmo tempo desafiantes e catalisadores; esta foi a intenção dos 189 chefes de governo que endossaram a Declaração do Milênio no alvorecer do século 21. Ao subscrever os ODM, os líderes dos países de renda baixa e média se comprometeram a aumentar significativamente os esforços para reduzir a pobreza e melhorar a qualidade de vida das populações mais vulneráveis, enquanto representantes dos países de renda alta prometeram aumentar o apoio a esses esforços. Juntos, esses líderes expressaram um novo compromisso global sem precedentes para “fazer do direito ao desenvolvimento uma realidade para todos e livrar da privação toda a raça humana”.

2. Para a América Latina e o Caribe, o apelo à ação dos ODM ressoou numa agenda regional de desenvolvimento focada em reduzir a pobreza e as lacunas entre ricos e pobres que fizeram das Américas a região mais desigual do mundo. Os mandatos das Cúpulas das Américas, assembleias gerais da Organização dos Estados Americanos (OEA), reuniões do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e outros fóruns regionais têm repetidamente insistido na adoção de políticas e programas destinados a reduzir a iniquidade e melhorar as condições de vida dos pobres.

3. Os líderes políticos da Região reiteraram seu compromisso com os ODM na Conferência Internacional sobre ODM na América Latina e Caribe, realizada em Brasília em 2003, e nas Cúpulas das Américas em Monterrey (2004), Mar do Plata (2005) e Port of Spain (2009). A Declaração de Brasília (2003), em particular, constitui um forte apelo à ação que descreve com bastantes detalhes as responsabilidades dos Estados, legisladores, sociedade civil e comunidade internacional no avanço rumo aos ODM. A Região esteve bem representada nas cúpulas de revisão dos ODM de 2005 e 2010 e todas

as agências das Nações Unidas (ONU) que atuam nas Américas contribuíram para os relatórios de progresso dos ODM de 2005 e 2010, sob a coordenação da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

Mandatos da OPAS em apoio aos ODM, 2000-2010

- Estratégia Regional para Redução da Mortalidade e Morbidade Materna (CSP26.R13), 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 2002.
- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Metas de Saúde (CD45.R3), 45º Conselho Diretor, 2004.
- Acesso a Medicamentos (CD45.R7), 45º Conselho Diretor, 2004.
- Ampliação do tratamento no contexto de uma resposta integral ao HIV/AIDS (CD45.R10), 45º Conselho Diretor, 2004.
- Malária e os objetivos de desenvolvimento acordados internacionalmente, inclusive os contidos na Declaração do Milênio (CD46/R13), 46º Conselho Diretor, 2005.
- Plano Estratégico Regional para HIV/AIDS/DST, 2006-2015, da Organização Pan-Americana da Saúde (CD46.R15), 46º Conselho Diretor, 2005.
- Estratégia Regional de Controle da Tuberculose para 2005-2015 (CD46.R12), 46º Conselho Diretor da OPAS, 2005.
- Política de Igualdade de Gênero da OPAS (CD46.R16), 46º Conselho Diretor, 2005.
- Estratégia e Plano de Ação Regional sobre Nutrição em Saúde e Desenvolvimento 2006-2015 (CD47.R8), 47º Conselho Diretor, 2006.
- Estratégia Regional para Manutenção dos Programas Nacionais de Imunização nas Américas (CD47.R10), 47º Conselho Diretor, 2006.
- Saúde Neonatal no Contexto da Saúde Materna, Neonatal e Infantil para Atingir os Objetivos de Desenvolvimento da Declaração do Milênio das Nações Unidas (CD47.R19), 47º Conselho Diretor, 2006.
- Saúde dos Povos Indígenas nas Américas (CD47.R18), 47º Conselho Diretor, 2006.
- Aliança Estratégica para a Consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (CD47/INF/2), 47º Conselho Diretor, 2006.
- Agenda de Saúde para as Américas, 2008-2017, apresentada pelos Ministros da Saúde das Américas na Cidade do Panamá, 2007.

- Rostos, Vozes e Lugares: Resposta comunitária aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (CSP27/14), 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 2007.
- Estratégia e Plano de Ação Regional para a Saúde Neonatal no Continuum da Atenção Materna, Neonatal e Infantil (CD48.R4, Rev. 1), 48º Conselho Diretor, 2008.
- Estratégia Regional para Melhorar a Saúde dos Adolescentes e Jovens, 48º Conselho Diretor, 2008.
- Plano de Ação para Implementação da Política de Igualdade de Gênero (CD49.R12), 49º Conselho Diretor, 2009.
- Saúde Familiar e Comunitária (CD49.R13), 49º Conselho Diretor, 2009.
- Redes de Serviços Integrados de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde (CD49.R22), 49º Conselho Diretor, 2009.
- Estratégia e Plano de Ação para a Redução da Desnutrição Crônica (CD50.R11), 50º Conselho Diretor, 2010.
- Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita (CD50.R12), 50º Conselho Diretor, 2010.

4. Os ODM atribuem um papel central à saúde. Três dos oito objetivos (4, 5 e 6) abordam desafios de saúde específicos, enquanto outros dois (1 e 8) e ao menos três metas estão inextricavelmente ligadas à saúde (veja o Box 2). Isso reflete o amplo consenso registrado no século 21 de que a saúde é tanto um resultado quanto um insumo essencial do desenvolvimento social e econômico. Na verdade, o quadro dos ODM mostra que a saúde e a esperança de vida se tornaram indicadores indiretos de uma sociedade em bom funcionamento.

5. Embora os ODM não incluam todas as atuais prioridades globais de saúde — as doenças crônicas constituem uma omissão notável —, os objetivos de saúde abordam os principais fatores que contribuem para a carga de doença entre as populações mais vulneráveis do mundo. Igualmente importante, os outros objetivos abordam os principais determinantes sociais da saúde e as desigualdades em saúde, reforçando o enfoque promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela OPAS. Com esse foco, os ODM abriram oportunidades inéditas para a promoção de ações e investimentos em saúde e seus determinantes sociais no âmbito local, nacional, regional e global.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

1. Erradicar a pobreza extrema e a fome

- Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que vive em condições de extrema pobreza.
- Alcançar o emprego pleno e o trabalho decente para todos, incluindo mulheres e jovens.
- Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome.

2. Atingir o ensino básico universal

- Garantir que, até 2015, todas as crianças de ambos os sexos terminem um ciclo completo de ensino básico.

3. Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres

- Eliminar a disparidade entre os sexos no ensino primário e secundário até 2005 e em todos os níveis até 2015.

4. Reduzir a mortalidade na infância

- Reduzir em 2/3, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos.

5. Melhorar a saúde materna

- Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.
- Alcançar o acesso universal à saúde reprodutiva.

6. Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças

- Deter a propagação do HIV/AIDS e começar a inverter a tendência atual.
- Alcançar o acesso universal ao tratamento para todas as pessoas que necessitem.
- Deter a incidência de malária e outras doenças importantes e começar a inverter a tendência atual.

7. Garantir a sustentabilidade ambiental

- Integrar os princípios de sustentabilidade nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais.
- Reduzir significativamente a taxa de perda da biodiversidade.
- Reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população sem acesso sustentável a água potável e saneamento.
- Alcançar uma melhoria significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de bairros degradados até 2020.

8. Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

- Avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório.
- Atender as necessidades especiais dos países menos desenvolvidos.
- Atender as necessidades especiais dos países sem acesso ao mar e dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.

- Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento.
- Em cooperação com as companhias farmacêuticas, proporcionar acesso a medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento.
- Em cooperação com o setor privado, disponibilizar os benefícios das novas tecnologias, especialmente informação e comunicações.

6. Embora os esforços da OPAS/OMS para progredir rumo aos ODM tenham sido iniciados logo após a Declaração do Milênio, o quadro geral para esse trabalho foi estabelecido em 2004, no 45º Conselho Diretor da OPAS, quando os líderes de saúde da região fizeram dos ODM a sua prioridade e prometeram fortalecer o compromisso político em todos os níveis do governo (CD45.R3).

7. Naquele momento, nenhum país das Américas parecia ter probabilidade de atingir todas as metas dos ODM, segundo o relatório “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Metas de Saúde”, preparado pela Secretaria da OPAS antes da Assembleia Geral das Nações Unidas de 2005 e que constituía a base para a resolução do Conselho Diretor de 2004. A Região não estava progredindo suficientemente para atingir as metas de mortalidade infantil e materna, nem estava no rumo certo para deter e reverter a transmissão do HIV até 2015. As perspectivas de controle e reversão da malária e tuberculose e alcance das metas de acesso a água, saneamento e medicamentos essenciais não eram claras. Para acelerar o progresso, o estudo urgia um “enfoque pan-americano” no qual os governos, a sociedade civil, o setor privado e as organizações internacionais trabalhariam juntos através de novas parcerias e com aumento da assistência ao desenvolvimento para avançar rumo aos ODM.

8. Em resposta ao relatório, os ministros se comprometeram com uma série de ações em seus países e no âmbito internacional, destinadas a acelerar o progresso rumo aos ODM. Essas ações incluíam a promoção de parcerias intersetoriais, intensificação das ações de desenvolvimento nacional da saúde e proteção social, melhoria da medição e monitoramento dos ODM e promoção de um maior envolvimento da sociedade civil nos esforços para cumprir os ODM. Os ministros solicitaram que a Secretaria da OPAS apoiasse seus esforços e incorporassem as prioridades sanitárias dos ODM em todos os seus programas de cooperação técnica, dando atenção especial aos países e grupos populacionais mais necessitados.

9. Esses compromissos para acelerar o progresso rumo aos ODM relacionados à saúde foram reforçados pela Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, lançada pelos ministros de saúde da região antes da abertura da Assembleia Geral da OEA no **Panamá** em 2007. A nova agenda regional foi alinhada com os ODM tanto explicitamente quanto por seu foco nos determinantes sociais da saúde e maior proteção social com o fim de reduzir as desigualdades entre países e dentro de cada país.

10. Os países-membros da OPAS/OMS deram seguimento a esses compromissos incorporando os ODM em seus processos nacionais de planejamento da saúde e desenvolvimento, elaborando novas iniciativas e fortalecendo os esforços em áreas como a mortalidade infantil e materna, que já estavam orientados para os ODM. Esses esforços encontraram forte apoio da comunidade doadora internacional, particularmente o Fundo Espanhol para Alcance dos ODM, da Secretaria da OPAS e de outros parceiros da ONU.

11. A cooperação técnica da OPAS/OMS em apoio aos esforços de seus países-membros nessa área inclui programas em andamento e iniciativas especiais explicitamente concentradas nos ODM. Os programas incluem ações para melhorar a nutrição neonatal e infantil, reduzir a mortalidade infantil e materna, controlar o HIV e outras infecções, promover o acesso a água potável e saneamento, fortalecer e reorganizar os sistemas de saúde e expandir a proteção social em saúde. As iniciativas incluem cooperação técnica concentrada em quatro áreas principais: a) fortalecimento da base de evidências e monitoramento do progresso no cumprimento dos ODM; b) defesa de causas e formação de consenso; c) desenvolvimento e implementação de planos e estratégias regionais sobre os ODM; d) mobilização de alianças e recursos. Para promover os ODM no âmbito local, a OPAS/OMS também desenvolveu a iniciativa “Rostos, Vozes e Lugares”, um esforço integrado e intersetorial de múltiplos parceiros que envolve as comunidades mais vulneráveis da Região para abordar as lacunas no progresso rumo aos ODM ocultas atrás das médias nacionais.

12. Todos esses esforços contribuíram para um progresso significativo rumo aos ODM nas Américas nos últimos anos. Em contraste com 2004, a Região está no rumo certo para atingir a maior parte das metas de saúde dos ODM, inclusive as relativas a fome, mortalidade infantil, água e saneamento. Entre os maiores ganhos encontram-se a redução da desnutrição infantil, expansão do acesso a água e saneamento e queda na incidência e mortalidade da malária e tuberculose. A avaliação do progresso em algumas áreas — especialmente mortalidade materna — é difícil devido a problemas de dados. Porém, somente o objetivo de deter e reverter a epidemia de HIV até 2015 parece estar fora do alcance da Região, apesar de grandes avanços na expansão do tratamento e prevenção do HIV.

13. Ao mesmo tempo, a maior parte desse progresso tem sido desigual entre os países e, especialmente, dentro de cada país. Alguns países continuam atrasados e provavelmente não atingirão as metas para as quais a Região está no rumo certo. Contudo, em praticamente todos os países da Região há comunidades e grupos populacionais vulneráveis que pouco ou nada se beneficiaram do progresso rumo aos ODM no âmbito nacional. A necessidade de focalizar especialmente esses grupos tem sido um princípio dos esforços da OPAS/OMS para avançar rumo aos ODM e é uma das principais lições aprendidas com as experiências da Região nessa área.

14. Outras lições — apresentadas em detalhes no Capítulo III deste relatório — são a necessidade de adaptar metas e indicadores para assegurar que sejam significativos no contexto regional, a urgência de fortalecer o capital humano no âmbito local e a importância de incorporar as questões da mudança climática e sustentabilidade na agenda regional de desenvolvimento. Será importante aplicar todas essas lições para consolidar ganhos e acelerar o progresso rumo aos ODM nos anos que faltam até 2015, bem como assegurar um progresso sustentável nos anos posteriores.

Capítulo I. Progresso regional nos ODM relacionados à saúde

15. A proeminência da saúde no contexto dos ODM reflete o reconhecimento generalizado dos fortes vínculos entre saúde e desenvolvimento socioeconômico e a necessidade de reduzir as desigualdades em ambos para obter um progresso sustentado no mundo.

16. A saúde tem consequências para as economias e sociedades através dos custos econômicos diretos das doenças e deficiências, bem como através de seu impacto no desenvolvimento, produtividade e criatividade individual. Ao mesmo tempo, os determinantes sociais, como pobreza, níveis educacionais, discriminação e outras formas de exclusão social têm impacto sobre a saúde durante toda a vida através de variáveis como nutrição pré-natal e infantil, condições de vida e trabalho, conhecimento e comportamentos e acesso a bens e serviços de saúde. Portanto, o progresso em todos os ODM é necessário, em certo grau, para facilitar e manter o progresso nos resultados de saúde, criando coesão social e construindo uma cidadania mais forte para todos.

17. Enquanto o Capítulo II deste relatório destaca a cooperação técnica da OPAS/OMS com relação a quase todos os ODM, o presente capítulo focaliza o progresso nas Américas dos objetivos e metas mais diretamente relacionados à saúde: meta C do ODM-1, ODM-4, ODM-5, ODM-6, metas C e D do ODM-7 e meta E do ODM-8.

ODM-1: Erradicar a pobreza extrema e a fome

Meta e indicadores do ODM-1 relativos à fome

Meta C: Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome

Indicadores:

- Prevalência de crianças menores de 5 anos com baixo peso
- Proporção da população que não atinge o nível mínimo de consumo dietético de calorias

18. Mais da metade dos países e territórios da América Latina e Caribe para os quais dispomos de dados parece estar no rumo certo, em âmbito nacional, para atingir as metas dos ODM referentes à fome, segundo o relatório publicado pela CEPAL em 2010, *Achieving the ODM with Equality in Latin America and the Caribbean: Progress and Challenges*. Essas metas focalizam os requisitos calóricos mínimos, definidos como 1.800 kcal por dia por pessoa nas Américas, e a desnutrição infantil, definida como peso baixo com relação à idade (baixo peso).

19. Oito países e territórios já atingiram a meta para os requisitos calóricos mínimos: **Antilhas Holandesas, Cuba, Guiana, Jamaica, Nicarágua, Peru, São Vicente e Granadinas e Uruguai**. Outros oito parecem prestes a atingir a meta: **Bahamas, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Honduras e Suriname** (CEPAL/FAO).

20. Em contraste, sete países fizeram menos progresso do que o necessário para atingir a meta de calorias até 2015: **Argentina, Bolívia (Estado Plurinacional da), Haiti, Panamá, Paraguai, República Dominicana e Trinidad e Tobago**. Sete não fizeram progresso ou são menos capazes hoje de atender as necessidades nutricionais mínimas de sua população do que há 20 anos: **El Salvador, Granada, Guatemala, México, Santa Lúcia, St. Kitts e Nevis e Venezuela (República Bolivariana da)** (CEPAL/FAO).

21. É importante assinalar que, em vários países que fizeram progresso, 20% ou mais da população ainda consome menos que o mínimo de calorias necessárias: **Bolívia** (23%), **Haiti** (58%), **Nicarágua** (21%) e **República Dominicana** (21%), bem como a sub-região do Caribe (23%) (CEPAL/FAO).

22. Em contraste, em seis países menos de 5% da população consome menos que as calorias mínimas: **Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, México e Uruguai** (CEPAL/FAO).

23. Segundo os dados disponíveis sobre desnutrição infantil (peso baixo para a idade), a região da América Latina e Caribe reduziu esse indicador 20% mais do que seria necessário para atingir a meta do ODM até 2015.

24. Contudo, o progresso varia significativamente entre os países. Doze países estão adiantados: **Bolívia, Brasil, Chile, Equador, Guatemala, Guiana, Honduras, México, Nicarágua, Peru, República Dominicana e Venezuela**. **Belize e Jamaica** fizeram progresso desde 1990, mas menos do que necessário para atingir a meta até 2015. **Argentina, Costa Rica e Uruguai** têm índices de desnutrição infantil inferiores a 5% (2005), tornando muito provável que eles o reduzam para menos de 2% até 2015, efetivamente erradicando a desnutrição (CEPAL/OMS/UNICEF).

25. As medidas de desnutrição que são igualmente ou mais significativas do que os indicadores oficiais dos ODM também merecem ser examinadas para avaliar o progresso na erradicação da fome. Os níveis de desnutrição grave, definida como baixa estatura com relação ao peso, permaneceram estáveis na maior parte da Região nas últimas duas décadas. Mas o problema ressurgiu em vários países — inclusive **Bolívia, Guatemala, Haiti e Honduras** — com altas taxas de letalidade quando não tratado adequadamente.

26. Além disso, a desnutrição crônica, medida como baixa estatura para a idade (nanismo) continua sendo um sério problema de saúde na Região, afetando cerca de 9 milhões de crianças e contribuindo significativamente para a mortalidade infantil. Em toda a América Latina e Caribe, a prevalência de nanismo é significativamente maior que a prevalência de baixo peso. Contudo, aqui também a tendência é em geral positiva: em todos os países para os quais dispomos de dados representativos, os índices de nanismo diminuíram nos últimos anos. Seis países da América Latina — **Brasil, Colômbia, El Salvador, México, Nicarágua e República Dominicana** — estão no rumo certo para reduzir o nanismo pela metade até 2015, enquanto para **Bolívia, Costa Rica e Haiti** faltam 3 pontos percentuais. O nanismo continua sendo muito sério na América Central e países andinos, afetando metade dos guatemaltecos e um quarto a um terço dos bolivianos, equatorianos, Haitianos, hondurenhos e Peruanos.

27. As deficiências de micronutrientes — ferro, vitamina A e iodo, por exemplo — também constituem importantes problemas nutricionais na Região, embora não sejam indicadores dos ODM. A prevalência de anemia em crianças diminuiu muito pouco, de 34% para 33% em 10-12 anos, em 16 países para os quais há dados tendências. Entre mulheres não grávidas em idade de procriar, a anemia diminuiu apenas ligeiramente, de 21% para 20%, durante um período similar. A tendência é melhor entre mulheres grávidas: a prevalência de anemia nesse grupo diminuiu de 43% para 28% em 15 países em 10 anos. Também observaram-se melhorias nos distúrbios por deficiência de iodo. Não dispomos de dados para avaliar o progresso em termos de deficiência de vitamina A.

28. Embora os dados sobre o ODM referente à fome não tenham sido compilados para os **Estados Unidos e Canadá**, indicadores mostram que, em 2007, em 0,8% dos domicílios americanos uma ou mais crianças experimentavam “segurança alimentar muito baixa”, ou seja, com refeições irregulares e consumo de alimentos abaixo dos níveis considerados adequados pelos responsáveis (USDA). Em 2007-2008, 2,7% dos domicílios canadenses tinham “insegurança alimentar severa”, ou seja, com consumo reduzido de alimentos e padrões de alimentação irregulares devido à falta de dinheiro (CCHS/Health Canada).

ODM-4: Reduzir a mortalidade infantil

Meta e indicadores do ODM-4 referentes a mortalidade infantil

Meta A: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos

Indicadores:

- Taxa de mortalidade de menores de 5 anos
- Taxa de mortalidade de menores de 1 ano
- Proporção de crianças de 1 ano vacinadas contra sarampo

29. Os países das Américas fizeram progresso significativo na redução da mortalidade infantil (até 1 ano) e de crianças menores de 5 anos. No **Canadá e Estados Unidos da América**, onde as taxas básicas já eram baixas, as variações recentes foram pequenas. A mortalidade infantil diminuiu 4% no **Canadá** entre 2001 e 2006 (de 5,2 para 5,0 por 1.000 nascidos vivos). Nos **Estados Unidos** durante o mesmo período, a mortalidade infantil diminuiu ,4% (de 6,8 para 6,7 por 1.000).

30. Em 2009, a região da América Latina e Caribe tinha a taxa de mortalidade infantil mais baixa de todas as regiões em desenvolvimento (19 por 1.000 nascidos vivos), bem como a mais rápida taxa de declínio (55%) desde 1990. Para atingir a meta de redução da mortalidade infantil até 2015, os países precisavam ter atingido em 2009 uma redução de ao menos 50,2% com relação a 1990, o que significa que a Região está geralmente no rumo para atingir o ODM 4.

31. Esse progresso reflete uma série de fatores: expansão do acesso e melhorias nas intervenções cruciais de atenção primária à saúde, como vacinação, apoio à amamentação, puericultura e terapia de reidratação oral para doenças diarreicas, bem como expansão dos serviços básicos de água e saneamento. Outros fatores importantes incluem níveis educacionais mais altos, especialmente entre as mulheres, taxas de fecundidade mais baixas e redução dos níveis de pobreza.

32. Contudo, essas médias regionais ocultam grandes diferenças entre países. Além do **Canadá e Estados Unidos**, vários países e territórios — inclusive **Chile, Costa Rica, Cuba e Uruguai** na América Latina e **Anguilla, Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica** no Caribe — registraram taxas de mortalidade infantil de 10 por 1.000 ou inferiores, comparáveis ou melhores que as de muitos países desenvolvidos. Em contraste, **Bolívia e Haiti** têm taxas até oito vezes mais altas, entre 50 e 80 mortes por 1.000 nascidos vivos. **Guiana, Suriname e Trinidad e Tobago** têm taxas entre 20 e 40 por 1.000, segundo várias estimativas.

33. Também há disparidades importantes na mortalidade infantil dentro dos países da região. Nos **Estados Unidos**, a mortalidade infantil entre bebês nascidos de mulheres negras não hispânicas é quase o dobro da média nacional, 13 vs. 6,7 por 1.000 nascidos vivos, e a taxa entre os nascidos de porto-riquenhas é 44% mais alta que os de mulheres brancas não hispânicas (CDC, 2006). Na América Latina, as estimativas de mortes entre crianças nascidas de mulheres de 25 a 39 anos variam extraordinariamente entre pequenas divisões administrativas em vários países: de menos de 3% a mais de 25% em diferentes áreas do **México, Guatemala, Nicarágua e Panamá** (CELADE, 2000). Também existem disparidades entre áreas urbanas e periurbanas de grandes áreas metropolitanas e entre povos indígenas ou grupos étnicos e a população em geral, embora as diferenças sejam muito maiores em alguns países do que em outros.

34. Quanto à mortalidade de crianças menores de 5 anos, a região da América Latina e Caribe presenciou uma queda de 79,1% entre 1991 e 2009, e quase todos os países registraram quedas acima de 50%, suficiente para atingir a meta até 2015 (CELADE e UN Population Division). Assim como no caso da mortalidade infantil, porém, as taxas reais continuam a variar amplamente entre países e territórios, desde mais de 50 por 1.000 nascidos vivos no **Haiti, Bolívia e Guiana** a menos de 10 por 1.000 no **Chile, Cuba e Guadalupe**.

ODM-5: Melhorar a saúde materna

Metas e indicadores do ODM-5 referentes à saúde materna

Meta A: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna

Indicador:

- Proporção de partos assistidos por profissional de saúde qualificado

Meta B: Alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva

Indicadores:

- Taxa de prevalência de contraceptivos
- Taxa de natalidade entre adolescentes
- Cobertura de atendimento pré-natal
- Necessidades de planejamento familiar não atendidas

35. A mortalidade materna varia muito entre os países das Américas, desde menos de 50 mortes por 100.000 nascidos vivos na **Argentina, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos e Uruguai** a 630 mortes por 100.000 no **Haiti**. No Caribe, os três países com a mortalidade materna mais alta são **Suriname** (184.3 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2007), **Guiana** (112.5 mortes em 2007) e **Jamaica** (95 mortes em 2001-2003) (Indicadores básicos da OPAS).

36. Segundo dados da OPAS/OMS, a mortalidade materna diminuiu 40% nas Américas entre 1990 e 2008, de 140 para 84 mortes por 100.000 nascidos vivos. Contudo, é difícil monitorar o progresso desse indicador devido a problemas de qualidade e cobertura dos dados. Alguns países melhoraram a notificação das mortes maternas, o que pode ocultar melhorias reais na mortalidade materna. Acredita-se que outros países subestimem a mortalidade materna em até 50%. Embora os dados disponíveis mostrem que 15 países da Região experimentaram quedas entre 1990 e 2008, muitos não o fizeram, e a maioria dos países provavelmente não vai atingir a meta até 2015.

37. Nesse ínterim, as estimativas recentes indicam que há mais de 10.000 mortes maternas nas Américas a cada ano, muitas delas preveníveis mediante intervenções comuns.

38. Os principais fatores que contribuem para a mortalidade materna são causas obstétricas diretas, como distúrbios hipertensivos (pré-eclâmpsia e eclampsia), hemorragia, aborto e sepsia e outras infecções após o parto. As causas indiretas incluem infecções como HIV e doenças transmitidas por vetores, como malária, que contribuem para a mortalidade materna.

39. Entre os fatores mais estreitamente relacionados à morbidade e mortalidade materna encontra-se a falta de pessoal de saúde qualificado durante o parto. A Assembleia Geral das Nações Unidas em 1999 estabeleceu um nível de 90% dos partos com atenção profissional como meta para 2015. Vários países da Região — inclusive **Bolívia, Guatemala, Haiti e Peru** — estão muito atrasados nesse indicador; **Honduras, Nicarágua e Paraguai** também estão defasados, mas em menor grau (CEPAL). Contudo, o atendimento qualificado no parto por si só não pode garantir reduções na mortalidade materna; igualmente importantes são a eficácia e qualidade do atendimento, junto com os atrasos em buscar atenção médica mais especializada.

40. A meta do acesso universal à saúde reprodutiva foi acrescentada ao ODM-5 em 2005, refletindo a percepção de que isso é essencial para melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade materna. Os indicadores para esta meta são prevalência de contraceptivos, taxa de natalidade entre adolescentes, cobertura de atendimento pré-natal e necessidades de planejamento familiar não atendidas.

41. Em geral, a cobertura do atendimento pré-natal é relativamente alta na América Latina e Caribe: mais de três em cada quatro mulheres têm consultas pré-natal em sete de 11 países que notificam dados sobre esse indicador (CEPAL). Contudo, os índices de acesso ao atendimento pré-natal e parto assistido são muito mais baixos nas áreas rurais e entre populações indígenas e afrodescendentes.

42. Quanto à fecundidade adolescente, o número de partos em mulheres de 15 a 19 anos continua alto na América Latina e no Caribe e diminuiu apenas 7,2% desde 1990 (CEPAL). A África Subsaariana é a única região que teve uma queda menor na fecundidade adolescente (5,7%) durante esse período.

43. Acredita-se que a gravidez indesejada contribua para cerca de um quarto das mortes maternas (UN MDG Report 2007). Em vários países da América Latina, o uso de contraceptivos entre mulheres em idade de procriar continua baixo, embora a diferença entre áreas rurais e urbanas tenha diminuído na maioria dos países para os quais dispomos de dados (CEPAL). Além disso, a maioria dos países reduziu a demanda não

atendida de planejamento familiar e diminuiu a diferença de acesso entre diferentes setores sociais (CEPAL). No entanto, é preciso haver mais progresso para que todos os habitantes da Região tenham acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva integrais e de boa qualidade.

ODM-6: Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças

Metas e indicadores do ODM-6 referentes ao HIV/AIDS

Meta A: Deter e começar a reverter a transmissão de HIV/AIDS até 2015

Indicadores:

- Prevalência de HIV entre a população de 15 a 24 anos
- Uso de preservativo em prática sexual de alto risco
- Proporção da população de 15 a 24 anos com conhecimento adequado e integral sobre HIV/AIDS
- Relação entre matrícula de crianças órfãs e não órfãs de 10 a 14 anos

Meta B: Alcançar, até 2010, acesso universal ao tratamento de HIV/AIDS para todos que dele necessitem

Indicador:

- Proporção da população com infecção avançada pelo HIV que tem acesso a medicamentos antirretrovirais

44. A epidemia de HIV tem impactos diferentes em diferentes sub-regiões das Américas. Com quase 1% dos adultos (15 a 49) infectados, o Caribe tem a mais alta prevalência de HIV de qualquer região do mundo depois da África Subsaariana. Na América do Norte, Central e do Sul, a prevalência foi estimada em 0,5% (UNAIDS).

45. As tendências recentes das novas infecções também variam por sub-região. Entre 2001 e 2009, as novas infecções diminuíram 15% no Caribe (de 20.000 para 17.000) e 7% na América Central e do Sul (de 99.000 para 92.000), enquanto no mesmo período os novos casos aumentaram 6% na América do Norte (de 66.000 para 70.000). Em toda a região, isso representa uma queda de 3% nos novos casos durante o período.

46. As alterações na mortalidade variam consideravelmente nas Américas. Nos **Estados Unidos e Canadá**, as mortes pela AIDS diminuíram extraordinariamente após a introdução da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART). O número de mortes atribuídas ao HIV no **Canadá** diminuiu 76% de 1995 a 1999 e 16% de 2000 a 2006, o último ano para o qual dispomos de dados (PHAC). A taxa de mortalidade pelo HIV ajustada pela idade nos **Estados Unidos** diminuiu 28% de 1995 a 1996, 46% de 1996 a 1997 e 18% de 1997 a 1998. Após 1998, a redução anual variou entre 3% e 8% (CDC).

Todavia, a AIDS continua sendo uma das principais causas de morte entre pessoas de 25 a 44 anos nos **Estados Unidos**, particularmente entre negros ou afrodescendentes e hispânicos.

47. Na América Latina, vários países — inclusive **Argentina, Brasil, Chile e Costa Rica** — reduziram significativamente a mortalidade por HIV/AIDS mediante expansão do acesso ao tratamento antirretroviral (ART). Em outros — inclusive **Colômbia, Equador e Venezuela** — a mortalidade pelo HIV permaneceu estável ou aumentou.

48. Os grupos mais afetados pela epidemia nas Américas continuam a ser homens que praticam sexo com outros homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. A proporção de mulheres com HIV se estabilizou em torno de 34% de todas as pessoas que vivem com HIV na América Latina e 48% das pessoas com HIV no Caribe (UNAIDS/OPAS/UNICEF).

49. Em termos do uso de preservativos, os estudos mostram que mais homens (69%) que mulheres (40%) que tiveram mais de um parceiro sexual durante os 12 meses anteriores afirmam ter usado preservativos. Na América Latina e no Caribe somente três países informam que os preservativos estão disponíveis aos adolescentes na escola (UNAIDS/OMS). Estudos também mostram crescente uso de preservativos entre profissionais do sexo e seus clientes, mas continua havendo lacunas nos esforços de prevenção, particularmente entre homens que praticam sexo com outros homens e usuários de drogas injetáveis (UNAIDS/OMS).

50. O conhecimento sobre a transmissão e prevenção do HIV também varia amplamente entre os países da região. As estimativas da proporção de mulheres de 15 a 24 anos com conhecimento correto sobre HIV variam de 9% na **Guatemala** a 89% na **Argentina**, enquanto a proporção de homens com esse conhecimento varia de 10% na **Guatemala** a 82,3% na **Argentina** (UNAIDS/OMS). No Caribe, a percentagem de jovens com conhecimento correto se situava abaixo de 60% em 2007, variando de 56% em **Trinidad e Tobago** a 5,2% em **Aruba** (UNDP/MND **Belize**).

51. Quanto ao progresso no acesso universal ao tratamento do HIV, em 2009, 50% dos habitantes da América Latina e Caribe que precisavam de ART estavam recebendo-o, o nível mais alto entre as regiões de renda baixa e média da OMS. A cobertura era mais alta para mulheres (55%) do que para homens (49%) e até maior (58%) entre menores de 15 anos que precisam de ART. Contudo, estima-se que a cobertura infantil no Caribe seja de apenas 29%, em comparação com 68% das crianças na América Latina. A percentagem de mulheres grávidas com HIV que recebem ART para prevenir a transmissão vertical do HIV aumentou de 19% em 2004 para 54% em 2009, com uma cobertura um pouco maior no Caribe (59%) do que na América Latina (53%).

52. Como acontece com outros indicadores dos ODM, há diferenças significativas entre países nos níveis de cobertura da ART. **Cuba e Guiana** são os únicos países da América Latina e Caribe que atingiram cobertura de 80%, a referência para “acesso universal” a ART (OMS, 2009). Sete países — **Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, México e Suriname** — tinham cobertura entre 50% e 80% em 2009. Outros tinham cobertura inferior a 50% ou não dispunham de dados para estimá-la.

53. **Argentina, Brasil, Equador, Guiana e Jamaica** estão entre os 11 países em desenvolvimento de todo o mundo que atingiram a meta de 80% de cobertura com ART para prevenir a transmissão vertical do HIV. Metade dos 14 países em desenvolvimento que atingiram 80% de cobertura de ART para crianças está na Região: **Argentina, Brasil, Guiana, Jamaica, Panamá, Paraguai e Uruguai**.

54. A avaliação das tendências da cobertura de ART na América Latina e Caribe durante a última década é difícil devido a problemas de dados e mudanças nos critérios da OMS sobre quem precisa de terapia e quando. No âmbito global, a recomendação feita pela OMS em 2010 de mudar a contagem de células CD4 para o início do ART resultou num aumento de 45% no total estimado de pessoas que precisavam de ART em países de renda baixa e média em 2009.

55. É mais fácil comparar o número absoluto de pessoas que precisam de ART e têm acesso a ela ao longo do tempo. Na América Latina e Caribe, esse número passou de 192.000 em 2002 para 478.000 em 2009, ou seja, um aumento de 149%. (Não dispomos de dados comparáveis sobre cobertura de ART no **Canadá e Estados Unidos**.)

Metas e indicadores do ODM-6 referentes à malária e tuberculose

Meta C: Deter e começar a reverter a incidência de malária e outras doenças até 2015

Indicadores:

- Incidência e taxa de mortalidade da malária
- Proporção de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiros tratados com inseticida
- Proporção de menores 5 anos com febre tratados com antimaláricos apropriados
- Incidência, prevalência e mortalidade da tuberculose
- Proporção de casos de tuberculose detectados e curados com tratamento de curta duração sob observação direta

56. Nas Américas, a malária permanece endêmica na maioria dos países (todos, exceto **Canadá, Chile, Estados Unidos, Uruguai** e ilhas do Caribe fora a **Hispaniola**¹). Nos 21 países endêmicos, os esforços coordenados de controle e tratamento contribuíram

¹ Recentemente, os países não endêmicos das Américas notificaram à OPAS/OMS uma média de 1.825 casos de malária (importados e introduzidos) por ano, a maioria nos Estados Unidos (1.414) e Canadá (385).

para uma redução de 52% no total de casos de malária desde 2000 e uma redução de 69% no número de mortes. A incidência diminuiu em 18 países entre 2000 e 2009, sendo que em nove — **Argentina, Belize, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Nicarágua, Paraguai e Suriname** — a redução foi superior a 75%, efetivamente atingindo a meta do ODM referente à malária.

57. Quatro países — **Bolívia, Brasil, Honduras e México** — registraram reduções entre 50% e 75% na incidência de malária. Somente **Venezuela, República Dominicana e Haiti** registraram aumentos na incidência de malária entre 2000 e 2009, mas desde 2005 a tendência tem sido decrescente em todos os países endêmicos, com exceção do **Haiti**.

58. Grande parte desse progresso se deve aos esforços bem-sucedidos para monitorar o desenvolvimento da resistência a antimaláricos e ajustar os regimes e tratamento (esses esforços são descritos no Capítulo II). Por exemplo, após mudar sua política de tratamento em 2004 com base em estudos sobre a eficácia dos medicamentos, o **Suriname** registrou uma redução de 82% nos casos de malária nos quatro anos seguintes. Observaram-se tendências similares na **Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador e Peru**.

59. A incidência de tuberculose vem diminuindo na Região das Américas desde os anos 1980, segundo dados da OMS, e a queda se acelerou após a implementação do tratamento de curta duração sob observação direta (DOTS) em meados dos anos 1990. Segundo estimativas da OMS, as Américas reduziram a prevalência de tuberculose de 97 casos por 100.000 habitantes em 1990 para 38 por 100.000 em 2009 (queda de 60%) e o número de mortes por tuberculose de 8 por 100.000 em 1990 para 2 por 100.000 em 2008 (queda de 75%). Dado que ambos representam quedas de mais de 50%, a Região já atingiu a meta de reduzir pela metade e começar a reverter a incidência de tuberculose.

60. Entre os países, porém, o progresso foi irregular. **Chile, Costa Rica e Cuba** — junto com **Canadá e Estados Unidos** — implementaram planos para eliminação da tuberculose que reduziram a incidência a menos de 10 por 100.000 habitantes, atingindo efetivamente as metas referentes à tuberculose. Outros 14 países registraram quedas superiores a 50% na prevalência e mortalidade de tuberculose entre 1990 e 2009, enquanto 10 países registraram reduções apenas modestas. Seis países — **Antígua e Barbuda, Belize, Jamaica, Paraguai, Suriname e Trinidad e Tobago** — registraram aumentos na incidência ou mortalidade, ou ambos, e provavelmente não atingirão a meta até 2015. Vários desses países têm epidemias concorrentes de HIV; na verdade, a confecção com tuberculose e HIV é um grande desafio, junto com a tuberculose resistente a múltiplas drogas (MDR-TB) e a tuberculose em populações marginalizadas em áreas de difícil acesso. Embora todos os países da América Latina direcionem alguns esforços ao diagnóstico e tratamento da tuberculose em populações marginalizadas, seus

esforços geralmente ficam aquém do que é necessário para atingir a meta de tratar ao menos 85% dos casos (Stop TB Partnership).

ODM-7: Assegurar a sustentabilidade ambiental

Metas e indicadores do ODM-7 referentes a água e saneamento

Meta C: Reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população sem acesso a água potável e saneamento básico

Indicadores:

- Proporção da população com acesso a fonte de água tratada
- Proporção da população com acesso a melhores condições de saneamento

61. O acesso a água e saneamento, junto com abrigo, foi estabelecido como um direito humano e fator essencial para assegurar um padrão básico para o ambiente em que as pessoas vivem, que por sua vez está entre os principais determinantes sociais da saúde.

62. A Região das Américas expandiu significativamente o acesso a água potável e saneamento desde 1990 e está no rumo certo para atingir as respectivas metas do ODM. A proporção da população sem água potável diminuiu de 16% para 9% entre o início dos anos 1990 e meados dos anos 2000, uma redução de 44% em aproximadamente uma década. A proporção de habitantes sem instalações de saneamento diminuiu de 32% para 22% durante o mesmo período, ou seja, uma redução de pouco mais de 30% em 10 anos (CEPAL). Esse ritmo de progresso é mais que suficiente para atingir a meta de redução de 50% até 2015.

63. Também registrou-se progresso na redução de diferenças entre os habitantes urbanos e rurais. A percentagem da população urbana com acesso a água potável aumentou de 95% em 1990 para 97% em 2008, enquanto a proporção de domicílios rurais aumentou de 63% para 80%. Todavia, em 2008, cerca de 40 milhões de habitantes da Região ainda não dispunham de acesso a fontes melhoradas de água potável e cerca de 115 milhões não tinham instalações melhoradas de saneamento (OMS/UNICEF), deixando uma considerável margem para progresso mesmo após atingir o ODM.

ODM-8: Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

Meta e indicador referente ao acesso a medicamentos essenciais

Meta E: Em cooperação com as companhias farmacêuticas, proporcionar medicamentos essenciais a preços acessíveis nos países em desenvolvimento

Indicador:

- Proporção da população com acesso sustentável a medicamentos essenciais

Medicamentos a preços acessíveis

64. Os dados sobre acesso a medicamentos não estão amplamente disponíveis nas Américas, dificultando a avaliação do progresso nessa área. Um estudo realizado recentemente pela OPAS/OMS na **Guatemala, Honduras e Nicarágua** constatou que, em média, 80% das famílias tinham acesso a medicamentos para problemas comuns de saúde, inclusive doenças agudas e crônicas e gravidez. As despesas com medicamentos representaram em média 58% do gasto total em saúde.

65. Em termos do gasto total nacional com produtos farmacêuticos, estimativas da OPAS/OMS baseadas em dados de 2008 de 21 países indicam que 78% correspondem a despesas das famílias e 22% das instituições públicas. Essa situação contrasta acentuadamente com as recomendações da OMS sobre financiamento do sistema de saúde, segundo as quais os pagamentos diretos das famílias não devem ultrapassar 15-20% do gasto total em saúde para impedir que um número significativo de famílias experimente problemas financeiros.

66. Os principais obstáculos à expansão do acesso a medicamentos essenciais e bens de saúde pública incluem escassez de recursos, sistemas de financiamento inadequados e capacidade inadequada de avaliação de produtos, regulamentação e gestão de estoques, inclusive previsão, programação e planejamento. Além disso, muitos países não têm a capacidade reguladora necessária para o registro rápido de novos medicamentos genéricos e poucos fornecem incentivos para o desenvolvimento de mercados de produtos genéricos ou promovem o uso racional de medicamentos genéricos. Além disso, a falta de transparência nas práticas de prescrição e administração em geral significa que os consumidores pagam mais do que o necessário pelos medicamentos essenciais.

67. Uma área importante de progresso no acesso a medicamentos essenciais na América Latina e Caribe é o crescente uso do Fundo Estratégico da OPAS e Fundo Rotativo para Aquisição de Vacinas, Seringas e Produtos Conexos da OPAS (veja o Capítulo II). Ambos os fundos ajudaram a baixar os custos de medicamentos e produtos para países-membros da OPAS/OMS, fornecendo cooperação técnica em planejamento e

gestão de estoques, consolidando compras e negociando preços diretamente com os fabricantes.

Parcerias regionais

68. Embora tenha presenciado uma diminuição da sua parcela de assistência oficial ao desenvolvimento, a Região das Américas tem produzido ou participado de uma série de alianças, parcerias e iniciativas que promovem o desenvolvimento equitativo e a saúde. As iniciativas regionais formadas especificamente para promover os ODM incluem a Aliança em Prol da Saúde Neonatal na América Latina e Caribe², a Força-Tarefa Interinstitucional Regional para Redução da Mortalidade Materna³ (GTR), a Iniciativa de Maternidade Segura⁴ e a Aliança Pan-Americana para a Nutrição e o Desenvolvimento⁵.

69. Essas alianças e alianças similares entre agências da ONU e outras organizações que atuam na Região aumentaram a visibilidade e compromisso político, criaram sinergias e reduziram a sobreposição e duplicação de esforços entre atores que trabalham em prol de objetivos similares. Além disso, ajudaram os países de renda baixa e média da região e os pequenos Estados insulares a acessar os recursos de importantes fontes internacionais de financiamento, inclusive a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI), o Fundo Espanhol para Alcance dos ODM e o Fundo Global de Combate à AIDS, Malária e Tuberculose.

² Inclui OPAS/OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID), ACCESS, BASICS, CORE Group, Plan USA, University Research Co./Center for Human Services (URC/CHS), Save the Children/Saving Newborn Lives, Associação Latino-Americana de Pediatria (ALAPE), Confederação Internacional das Parteiras (ICM) e Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia (FLASOG).

³ Inclui OPAS/OMS, UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), USAID, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Population Council, Family Care International (FCI), Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia (FLASOG), Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEN) e Confederação Internacional das Parteiras (ICM).

⁴ Inclui os membros da Força-Tarefa Interinstitucional Regional para Redução da Mortalidade Materna (GTR), Organização dos Estados Americanos (OEA) e Fundação La Caixa da Espanha.

⁵ Inclui OPAS/OMS, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), UNICEF, CEPAL, UNFPA, Organização Internacional do Trabalho (OIT), Programa Mundial de Alimentos (WFP), Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) e Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (UNOPS).

Capítulo II. Dos objetivos aos resultados

ODM-1: Erradicar a fome

70. Como indicado no Capítulo I, mais da metade dos países e territórios da América Latina e Caribe parecem estar, no âmbito nacional, no rumo certo para cumprir as metas oficiais do ODM referentes à fome. Ainda assim, há diferentes níveis de progresso entre os países e dentro de cada país. Além disso, a desnutrição aguda reapareceu como um problema em vários países e houve pequena redução nas deficiências de micronutrientes.

71. Desde 2006, a OPAS/OMS tem prestado cooperação técnica nesta área no âmbito da Estratégia e Plano de Ação Regional para Nutrição em Saúde e Desenvolvimento 2006—2015 (CD47.R8, 2006), Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas (OMS/UNICEF, 2003) e Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (OMS, 1981). Em 2010, o 50º Conselho Diretor da OPAS aprovou a Estratégia e Plano de Ação para Redução da Desnutrição Crônica (CD50.R11) com o intuito de consolidar as atividades propostas na estratégia regional de 2006 através de um enfoque integrado e intersetorial que aborda os fatores determinantes sociais da desnutrição crônica e incorpora intervenções comprovadas na atenção primária à saúde. A OPAS/OMS promoveu esta nova estratégia ao longo de 2010-2011 e apoiou a sua implementação em nove Estados Membros: **Belize, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Peru.**

72. Um dos principais elementos da nova estratégia é o endosso da Aliança Pan-Americana de Nutrição e Desenvolvimento (PAND). Instituída em 2008 pela Equipe Regional do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas para América Latina e Caribe (GNUD-ALC), a PAND facilita a cooperação interinstitucional nas intervenções interprogramáticas, multissetoriais e com respaldo científico para combater as diversas causas da desnutrição.

Cooperação técnica sobre nutrição na Bolívia e El Salvador

Em 2010-2011 a OPAS/OMS apoiou duas grandes iniciativas de nutrição que exemplificam o enfoque multissetorial e interinstitucional promovido pela PAND. Ambas as iniciativas foram financiadas pelo Fundo Espanhol para o Alcance dos ODM e contribuíram para o progresso do ODM-1, assim como do ODM-4.

A primeira iniciativa, na **Bolívia**, é um programa de três anos (2010-2012) envolvendo nove ministérios do governo, 22 governos municipais e seis organismos das Nações Unidas, inclusive a OPAS/OMS. Ela busca fortalecer a capacidade local em segurança alimentar e nutrição nos departamentos de Cochabamba e Chuquisaca e apoia o programa multissetorial de Desnutrição Zero do país. Os beneficiários do programa são 321 mil famílias que vivem em 360 comunidades.

O programa trabalha com organizações comunitárias, grupos de mulheres, estudantes e professores, agentes voluntários de saúde, profissionais da saúde e autoridades locais, com intervenções centradas na educação em saúde para mulheres grávidas, promoção da alimentação complementar para lactentes e atenção integrada às doenças infantis para crianças menores de 5 anos (estratégia AIDPI). Também inclui medidas para aumentar a autossuficiência alimentar e melhorar o abastecimento de água e saneamento básico.

Desde o seu lançamento em 2010, o programa treinou quase mil mulheres líderes em boas práticas de saúde, nutrição e inocuidade dos alimentos e cerca de 730 agentes comunitários de saúde nas 10 principais práticas associadas à alimentação da família e comunidade da AIDPI. Os agentes comunitários de saúde dão instrução em saúde e alimentação para 11 mil famílias e também monitoram o estado nutricional e de saúde e encaminham os que precisam de atenção aos serviços de saúde adequados.

O programa também proporcionou instrução em saúde e nutrição para 600 professores primários e inclui um componente de “escolas saudáveis” que mobiliza estudantes e professores para ajudar a assegurar água potável nas escolas. Esses esforços, junto com o monitoramento do abastecimento de água pelas unidades de saneamento ambiental dos departamentos, visam reduzir a incidência de doenças diarreicas.

A segunda iniciativa, em **El Salvador**, apoia a implementação de uma nova política nacional sobre segurança alimentar e nutricional e incluiu o lançamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONASAN). Em 2010—2011, a OPAS/OMS prestou apoio ao programa no âmbito nacional para ajudar a atualizar os dados sobre a situação alimentar e nutricional em El Salvador e através da cooperação técnica em fortificação dos alimentos com micronutrientes (vitamina A, ferro, ácido fólico e complexo B).

Além disso, a Organização apoiou o Fórum Regional de Segurança Alimentar e Nutricional (FOROSAN), cujos membros são o Centro de Apoio à Alimentação (CALMA), o Centro Nacional de Tecnologia Agrícola e Silvicultura (CENTA), a Universidad do Oriente (UNIVO), a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e a Fundação INTERVIDA.

No âmbito municipal, foi prestado apoio aos comitês interinstitucionais de planejamento, encabeçados por prefeitos e incluindo representantes do ministério da saúde, escolas locais, ONGs e igrejas. Para facilitar a análise e o planejamento conjuntos pelos comitês, a OPAS/OMS ajudou a realizar um estudo de referência da prevalência de desnutrição aguda e crônica global e anemia em crianças menores de 5 anos de idade nos três municípios.

A OPAS/OMS também ajudou a formar e equipar 14 novas equipes comunitárias de saúde da família (ECOs), responsáveis por monitorar e prestar serviços primários de saúde a 600 famílias, assim como outras três ECOs que proporcionam atendimento pediátrico, ginecológico, psicológico e cirúrgico mais especializado.

Esses esforços são coordenados pelo CONASAN e apoiados pelos ministérios da saúde, educação e agricultura de **El Salvador**, Secretaria de Inclusão Social, Secretaria Técnica da Presidência, UNIVO e outros organismos das Nações Unidas, como UNICEF, PMA, FAO e PNUD.

73. Para promover o enfoque da PAND em outros lugares da Região, a OPAS/OMS organizou reuniões com autoridades da saúde e de outras áreas, organizações da sociedade civil e ONGs internacionais em países como **Argentina, Bolívia, Guatemala, Panamá, Paraguai e Peru**.

74. Várias outras iniciativas de segurança alimentar e nutricional e desnutrição infantil receberam também apoio. Entre elas a suplementação de micronutrientes e fortificação de alimentos em 11 países (**Belize, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e Peru**), a criação de uma base de dados nacional sobre crianças com desnutrição aguda na **Guatemala** e uma pesquisa nacional das populações-alvo na **Nicarágua**.

75. O Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) desenvolveu e promoveu um novo protocolo regional para detecção, prevenção e tratamento da anemia nos serviços de saúde materno-infantil no Caribe. O protocolo leva em consideração a alta prevalência da anemia em alguns países da sub-região, assim como programas vigentes, pesquisas recentes e recomendações internacionais para anemia em mulheres grávidas e crianças pequenas em serviços clínicos de saúde materno-infantil. Ele enfatiza a triagem, suplementação alimentar e uso de alimentos fortificados e ricos em ferro, assim como medidas de saúde pública como o controle do parasita da malária e outros parasitas. Inclui procedimentos para diagnóstico e avaliação, assim como detecção, prevenção e tratamento da anemia em diversas etapas da vida, principalmente nos períodos vulneráveis, como gravidez, pós-parto e primeiros anos de vida.

76. Em **Cuba**, o foco foi o reforço da vigilância, prevenção e atenção de mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos com anemia e a elaboração de um componente de vigilância nutricional da anemia para os Observatórios de Saúde Materno-Infantil do país. Na **Bolívia**, a Organização apoiou um programa para detectar e tratar anemia em mulheres grávidas, lactentes, crianças menores de 5 anos e crianças em idade escolar. Foi também prestada cooperação técnica para incorporar a prevenção da anemia no programa de Atenção Obstétrica Gratuita (SOG) do **Haiti**.

77. Vários esforços foram realizados para o progresso do ODM-1 no âmbito da iniciativa Rostos, Vozes e Lugares (RVL). No interior do **Brasil**, por exemplo, ela ajudou a revitalizar a Associação de Produtores de Olinda-Amparo e implementar um programa para o cultivo de plantas medicinais. A RVL também apoiou o programa de Saúde na Escola com as avaliações nutricionais e orientação para crianças e adolescentes em 20 escolas.

78. Na região de El Chaco da **Argentina, Bolívia, e Paraguai**, a RVL apoiou o treinamento de pequenos agricultores e produtores pecuários, organizou mulheres

produtoras de hortaliças, pão e produtos artesanais e promoveu a criação de hortas em escolas para melhorar a nutrição infantil.

79. Em **Cuba**, o Instituto de Medicina Veterinária e autoridades locais implementaram uma estratégia de “municípios produtivos” que visou melhorar a segurança alimentar e nutricional. A estratégia, implementada experimentalmente em quatro distritos municipais, dá auxílio a famílias que se dedicam ao cultivo e a criação de animais e inclui um novo modelo para proporcionar atendimento veterinário.

Pequenas doações promovem o ODM-1 no Caribe

O Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI), o centro técnico da OPAS/OMS na **Jamaica**, estabeleceu um programa de pequenos subsídios que ajuda no progresso da segurança alimentar e nutricional ao reduzir a pobreza nos grupos vulneráveis. Reconhece os vínculos entre pobreza, nutrição e saúde e capacita indivíduos de baixa renda a superar as condições que causam e prolongam a pobreza através de atividades produtivas.

Em 2010, o programa concedeu doações no valor de US\$ 10 mil a US\$ 12 mil a seis grupos de comunidades em **São Cristóvão e Névis** para patrocinar projetos de geração de renda que beneficiam principalmente ex-trabalhadores de canaviais que tiveram de migrar após o fechamento da indústria açucareira do país em 2005. Os projetos incluíram uma plantação de amendoim de 90 acres, produtores de frango e carne de coelho, um agroprocessador pequeno e um fundo rotativo para a compra de novos equipamentos de pesca sustentável para substituir equipamentos de pesca mais antigos.

Além das doações, o programa oferece treinamento e assistência técnica, facilita arranjos de afiliação e fundos de investimentos coletivos e promove a formação de redes e o intercâmbio de informações entre os beneficiários.

80. Outra cooperação técnica relacionada à nutrição incluiu avaliações pelo CFNI de programas escolares de alimentação na **Jamaica, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago** e assistência técnica para elaborar e publicar manuais e menus para merendas nas escolas. Além disso, a Organização prestou apoio para promoção da amamentação, “hospitais amigos da criança” e as novas Curvas de Crescimento da OMS para crianças, descritas mais detalhadamente no ODM-4 a seguir.

ODM-3: Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres

81. O gênero continua sendo um determinante social fundamental nas Américas, não só de desigualdade socioeconômica, mas também do estado e perspectivas de saúde. O trabalho da OPAS/OMS nesta área busca maior igualdade de gênero na saúde como uma questão de justiça social, mas também considera as diferenças entre as necessidades de

saúde e os riscos do sexo masculino e feminino, em adultos e crianças, para melhorar a cobertura, eficácia, competência e impacto das intervenções de saúde.

82. A base para cooperação técnica nesta área é a Política de Igualdade de Gênero da OPAS de 2005 (CD46/12) e o Plano de Ação Regional de 2009 para Executar a Política de Igualdade de Gênero. Eles orientam a cooperação técnica da OPAS/OMS nos seus Estados Membros, assim como a própria gestão de recursos humanos, planejamento estratégico, monitoramento e avaliação.

83. A Organização apoiou a formulação e a implementação de planos de igualdade de gênero na **Bolívia, Guatemala, Nicarágua, Paraguai e Suriname**. Cartas de acordo foram assinadas com o Conselho dos Ministérios da Mulher na América Central (COMMCA) e o Conselho dos Ministérios da Saúde da América Central (COMISCA) para incorporar o gênero no Sistema de Integração Centro-Americana (SICA).

84. Na região andina, um processo participativo para definir os principais indicadores de gênero e saúde resultou em uma proposta para incluí-los como parte dos indicadores sociais usados pela Comunidade Andina.

85. Na **Nicarágua**, a Organização apoiou o planejamento e a implementação inicial de um projeto de gênero e doença crônica que contempla as barreiras legais e sociais à participação de meninas em esportes e atividades físicas, para melhorar o bem-estar delas e diminuir os riscos de obesidade e doença crônica.

86. Em outra cooperação técnica nesta área, diretrizes de igualdade de gênero foram usadas para avaliar uma proposta ao Fundo Global pela RedTransSex, uma rede sul-americana de profissionais do sexo, e uma proposta e guia de entrevista para estudar aspectos de gênero e tuberculose resistente a múltiplos medicamentos foram finalizados no **Peru**.

87. A Organização colaborou em várias publicações nesta área que foram lançadas em 2010—2011, como *Perfil em Gênero e Saúde na Sub-Região Andina*, *Perfil em Gênero e Saúde na República do Panamá*, *Saúde de Homens e Mulheres na América Central e República Dominicana*, e um folheto estatístico sobre gênero, saúde e desenvolvimento na **Costa Rica**. Além disso, a Organização lançou um novo curso virtual sobre gênero e saúde com ênfase nos direitos humanos e diversidade cultural, que está agora disponível pelo Campus Virtual de Saúde Pública.

88. Em março de 2011, durante evento que marcou o Dia Internacional da Mulher, a OPAS/OMS homenageou os ganhadores do 4º concurso anual de “Boas Práticas que Incorporam a Perspectiva de Igualdade de Gênero em Saúde”, que teve como tema a prevenção, atenção e tratamento do HIV. Os ganhadores foram uma iniciativa da

Argentina que promove a saúde sexual e reprodutiva e a prevenção do HIV em adolescentes de periferia, e uma iniciativa de **Trinidad e Tobago** que dá orientação e tratamento para casais em que um dos membros é soropositivo.

89. Como parte do programa Gênero, Diversidade e Direitos Humanos, a Organização também promoveu a saúde e direitos humanos dos povos indígenas. Este trabalho englobou o apoio técnico ao Plano Intercultural Andino em Saúde dos Povos Indígenas e o Plano Intercultural Andino para Afrodescendentes, assim como um projeto de cooperação técnica entre a **Colômbia** e o **Brasil** para promover a saúde dos ciganos.

90. Em coordenação com o Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia (CELADE) da CEPAL e o UNFPA, a OPAS/OMS colaborou com especialistas em assuntos indígenas e afrodescendentes dos ministérios da saúde e sociedade civil na elaboração da primeira versão de uma recomendação para incluir a identificação étnica/racial nas estatísticas de saúde com base nas experiências nas Américas.

91. Em maio de 2011, a Organização presidiu o Grupo Interinstitucional de Apoio a Questões dos Povos Indígenas na 10ª sessão do Fórum Permanente das Nações Unidas sobre Questões Indígenas em Nova York e ajudou a organizar um evento paralelo sobre doenças não transmissíveis em comunidades indígenas.

92. Foram também lançados um novo CD e um guia escrito da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas e Convenção 169 da OIT para organizações da sociedade civil, governos, organismos das Nações Unidas e outros interessados diretos.

ODM-4: Reduzir a mortalidade infantil

93. Como observado no Capítulo I, a região da América Latina e Caribe tem a menor mortalidade infantil das regiões em desenvolvimento, assim como a maior taxa de redução deste indicador desde 1990. Mas, embora a Região como um todo esteja no rumo certo para cumprir o ODM-4, o progresso tem sido desigual entre os países e dentro de cada país. A cooperação técnica nesta área concentra-se na consolidação dos avanços alcançados e aceleração do progresso em países e grupos populacionais que não estão acompanhando o ritmo.

94. Grande parte do trabalho nesta área visa a reduzir a mortalidade neonatal, ou seja, as mortes nos 28 primeiros dias de vida, que atualmente representam cerca de 60% da mortalidade em crianças menores de 1 ano na Região. A Estratégia e Plano de Ação Regional para Saúde Neonatal dentro do Processo Contínuo de Atenção Materna, Neonatal e Infantil (CD48/7), aprovada em 2008 pelo 48º Conselho Diretor da OPAS, contempla a atenção em todo o ciclo de vida, inclusive adolescência, pré-concepção,

gravidez, parto e infância, não só em clínicas e hospitais, como também em casa e na comunidade.

95. Um aspecto primordial da estratégia é o atendimento proporcionado nas horas críticas após o parto, quando a sobrevivência de um bebê depende em grande parte de um atendente qualificado que cuida tanto da mãe quanto da criança. O plano de ação destaca intervenções eficazes em função do custo bem conhecidas, como intervenções de AIDPI para fortalecer os sistemas de saúde, com atenção especial à capacitação e dotação de profissionais da saúde, inclusive médicos, parteiras e enfermeiras.

96. Com base na estratégia regional, a cooperação técnica aos Estados Membros procurou elaborar e implementar os planos de saúde neonatal. No **Brasil, Bolívia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Peru e República Dominicana**, a Organização ajudou a incluir intervenções neonatais com respaldo científico em normas e procedimentos de atenção à saúde materno-infantil. Na **Guiana**, ajudou a implantar um curso sobre “Atenção Essencial ao Recém-Nascido” e desenvolveu um currículo de atenção neonatal de enfermagem como parte do projeto de hospitais com certificação pelo programa Magnet.

97. Uma metodologia recomendada pela OMS foi usada no desenvolvimento de perfis de saúde neonatal e infantil em seis países: **Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana**. Os perfis usaram dados desagregados por área geográfica (departamentos ou províncias e municípios) no estabelecimento de pontos de referência para monitorar o progresso dos ODM e planejar e priorizar atividades e investimentos para reduzir a mortalidade neonatal, infantil e materna no âmbito estadual e local.

98. Foi elaborado um módulo de treinamento regional em monitoramento, supervisão e avaliação da saúde neonatal em hospitais e outros serviços de saúde, sendo que seis países atualmente usam o instrumento para melhorar os serviços neonatais: **Bolívia, Equador, Guatemala, Nicarágua, Panamá e República Dominicana**.

Melhorar a qualidade dos dados para os indicadores dos ODM

A OPAS/OMS prestou cooperação técnica em 2010-2011 para ajudar os Estados Membros a melhorar a qualidade e a pontualidade dos dados gerados para monitorar o progresso no alcance dos ODM.

Este trabalho tem dado ênfase especial à atualização dos dados de séries temporais de mortalidade infantil e materna dentro dos indicadores básicos regionais, que inclui dados de 48 países e territórios das Américas. Em meados de 2011, a maioria dos países tinha atualizado seus dados da série temporal para os indicadores dos ODM 4 e 5.

O Centro Latino-americano para Perinatalogia e Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/WR) usou estes dados para identificar mulheres e crianças vulneráveis e elaborar intervenções voltadas ao progresso dos ODM 4 e 5. Para difundir mais os dados, foi criado um espaço virtual dentro do Observatório Regional da Saúde, onde os visitantes podem debater os indicadores dos ODM e trocar informações sobre enfoques analíticos.

O escritório dos países do Caribe Oriental em **Barbados** patrocinou um seminário em que autoridades de saúde de **Anguilla, Antígua e Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas e São Cristóvão e Névis** avaliaram seus próprios dados da série temporal para os ODM 4, 5 e 6 e aprenderam a avaliar criticamente a qualidade das informações de saúde. Como resultado da oficina, nove países participantes — **Anguilla, Antígua e Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Montserrat, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas e São Cristóvão e Névis** — realizaram avaliações dos seus sistemas de informação de saúde usando ferramentas da Rede de Métricas de Saúde e PRISM (desempenho da gestão de rotina dos sistemas de informação).

99. No âmbito regional, a Organização fortaleceu a coordenação com outras agências que trabalham com saúde infantil, realizando reuniões mensais da Aliança para a Saúde do Recém-Nascido na América Latina e Caribe, também integrada pelo UNICEF, USAID, Save the Children, Plan International, Grupo CORE, Associação de Pediatria Latino-Americana (ALAPE), Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEN) e Federação Latino-Americana das Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia (FLASOG).

100. Para melhorar coordenar os esforços de saúde infantil de diferentes instituições internacionais, instituições acadêmicas e ONGs que trabalham no mesmo país, a Organização ajudou a instituir “alianças interinstitucionais nacionais” para a saúde da criança em seis países: **Bolívia, El Salvador, Guatemala, Nicarágua, Peru e República Dominicana**. Espera-se que alianças semelhantes sejam instituídas em outros seis países até o fim de 2011: **Colômbia, Equador, Guiana, Honduras, Panamá e Paraguai**.

Aliança de AIDPI na Guatemala

A **Guatemala** é um país entre uma dezena de outros em que foram instituídas alianças interinstitucionais para melhorar a saúde e a sobrevivência da criança. A base para o trabalho da aliança é a estratégia de AIDPI. A Organização e outros membros da aliança — incluindo o Ministério de Saúde Pública, UNICEF, Save the Children, OIT, USAID e a Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias — apoiaram várias atividades em 2010-2011 para implementar a AIDPI no sistema de saúde pública da **Guatemala**.

Entre as contribuições nesta área, foi dado apoio ao desenvolvimento de uma Estratégia e Plano Nacional de Saúde Neonatal, treinamento de profissionais de saúde e gestores, aquisição de equipamentos médicos pediátricos e adaptação das diretrizes e manuais da AIDPI para o

contexto guatemalteco. Esta última atividade cobriu áreas como intervenções neonatais com base científica, monitoramento do desenvolvimento da criança na primeira infância, protocolos para prevenção e tratamento de abuso infantil e AIDPI nos contextos de enfermagem, nutrição, pandemias de influenza e atenção ao HIV.

101. Um enfoque importante da cooperação técnica relacionada com AIDPI foi o monitoramento do desenvolvimento da criança na primeira infância como parte da atenção primária à saúde de rotina. A OPAS/OMS criou um instrumento regional genérico que estava sendo usado em oito países: **Argentina, Brasil, Chile, Guatemala, Nicarágua, Paraguai, Peru e República Dominicana.**

102. A Organização também promoveu a incorporação da AIDPI em currículos de pediatria nas escolas de medicina, com ênfase nos estudantes do último ano, que costumam ter de prestar serviços por vários meses em comunidades rurais ou vulneráveis. Pelo menos nove países estavam usando a AIDPI na educação médica: **Argentina, Brasil, Bolívia, Equador, Guatemala, Nicarágua, Peru, República Dominicana e Uruguai.**

103. De modo semelhante, o conteúdo da AIDPI foi incorporado aos currículos de enfermagem em 10 países: **Argentina, Chile, Cuba, El Salvador, Guatemala, Nicarágua, Panamá, Peru, República Dominicana e Uruguai.**

104. Além disso, foram difundidas ferramentas de educação à distância para que os países possam treinar um número maior de pessoal da área de saúde em intervenções com base científica.

105. Os esforços na área da nutrição também contribuíram para a melhoria da saúde da criança, como a promoção das Curvas de Crescimento da OMS para crianças e a introdução da medição da estatura em vários países que anteriormente não usavam este indicador. **Colômbia, Equador, Haiti, Honduras, Nicarágua e Suriname** foram os países cujos sistemas de saúde adotaram e implementaram as novas curvas.

106. A amamentação foi incentivada como a intervenção mais eficaz para melhorar a sobrevivência infantil. Foi dado apoio aos “hospitais amigos da criança”, ou seja, hospitais que promovem práticas condizentes com a amamentação ideal de lactentes, na **Bolívia, Costa Rica, Equador, Honduras, Panamá, Paraguai e República Dominicana.**

107. Além disso, a Organização apoiou a criação e promoção de bancos de leite na **Costa Rica, Cuba, Nicarágua e República Dominicana**, assim como na **Guatemala**, onde bancos de leite foram criados em hospitais em áreas com taxas altas de desnutrição aguda. A OPAS/OMS também apoiou o monitoramento do Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno no **Equador, Panamá e Peru** e publicou uma

retrospectiva de 30 anos sobre o código nos países latino-americanos, que resumiu as importantes ações legislativas e a situação atual do código em cada país.

108. Um ponto central da cooperação técnica no ODM-4 foi o monitoramento e a vigilância da morbidade e mortalidade infantil. Alguns exemplos são o apoio à verificação da mortalidade infantil no âmbito subnacional na **Costa Rica**, capacitação para vigilância da cólera e outras doenças diarreicas nas **Bahamas** e um sistema para monitoramento contínuo da saúde infantil em creches, pré-escolas e escolas primárias em **Montserrat**.

Imunização

109. O apoio contínuo da Organização à vacinação em seus Estados Membros é fundamental nos esforços bem-sucedidos para reduzir a mortalidade infantil. Em 2011, a Semana de Vacinação nas Américas comemorou o seu nono aniversário, com a participação de 43 países e territórios das Américas, imunizando 41 milhões de crianças e adultos com vacinas contra as doenças comuns da infância, assim como outras doenças infecciosas.

110. Como parte dos esforços globais de prevenção, foram realizadas semanas de vacinação paralelas em 2011 simultaneamente em outras quatro regiões além das Américas: Europa, Mediterrâneo Oriental, África e Pacífico Ocidental; mais de 180 países e territórios participaram dos eventos da semana de vacinação. Em meados de 2011, estava sendo planejada uma proposta de semana mundial de vacinação em 2012, que coincidiria com o 10º aniversário da Semana de Vacinação nas Américas.

111. Foi dado importante apoio à vacinação através do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas, Iniciativa ProVac e treinamento e ajuda técnica em todos os aspectos da vacinação, da compra e manutenção da cadeia de refrigeração à vigilância, identificação e direcionamento aos grupos populacionais prioritários.

112. Na **Colômbia**, por exemplo, a Organização apoiou uma análise da cobertura de vacinação por coortes desde 2002 e ajudou a calcular o tamanho das populações suscetíveis. Com base nesta análise, a **Colômbia** empreendeu um esforço de vacinação contra sarampo e rubéola em 2010 direcionado a crianças de 1 a 8 anos de idade (mais de 6 milhões de crianças).

113. De modo semelhante, as atividades nas **Bahamas** e **Ilhas Turks e Caicos** incluíam treinamento de pessoal em vacinação, assessoria técnica e orientação a comitês nacionais de vigilância e apoio logístico à compra e remessa de vacinas.

114. O Fundo Rotativo para Compra de Vacinas prestou apoio vital aos esforços de vacinação dos países. Em 2010 e na primeira metade de 2011, o fundo comprou quase US\$ 723 milhões em vacinas, seringas e provisões da cadeia de refrigeração em nome de 40 países e territórios: **Anguilla, Antígua, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Bolívia, Brasil, Ilhas Cayman, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominica, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Ilhas Turks e Caicos, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, Montserrat, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, St. Maarten, São Vicente, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.**

115. A Iniciativa ProVac, financiada pela Fundação Bill e Melinda Gates, continuou ajudando os países a coletar e analisar dados para a tomada de decisões sobre a introdução de novas vacinas. A ProVac realizou atividades na **Argentina, Bolívia, Equador, Guatemala, Jamaica, Nicarágua e Paraguai**, como a promoção da tomada de decisões com respaldo científico quanto à introdução de vacinas, treinamento para equipes nacionais multidisciplinares em coleta de dados e análise econômica e orientação para planejar a introdução eficaz de novas vacinas quando justificada pelos dados disponíveis.

116. A ProVac também apoiou atividades dos seus seis centros de excelência, sediados em instituições acadêmicas na **Argentina, Brasil, Colômbia e México**. O seu trabalho abrangeu o desenvolvimento de ferramentas e metodologias para ajudar os países a realizar análises econômicas de nível nacional relativas à introdução de novas vacinas e política de vacinação mais ampla.

117. A OPAS/OMS continuou sua estreita colaboração com a Aliança GAVI, que fornece financiamento para vacinas a países prioritários. Em 2010—2011, a GAVI financiou vacinas de rotavírus para **Bolívia, Guiana, Honduras e Nicarágua** e vacinas antipneumocócicas para **Guiana, Honduras e Nicarágua**. Da sua parte, a OPAS/OMS executou, em 2010, uma moratória de um ano na compra da vacina antipneumocócica decavalente (PCV10) para apoiar o Compromisso Prévio de Mercado (AMC) da GAVI para vacinas antipneumocócicas, que busca acelerar o acesso a essas vacinas por países qualificados da Aliança.

118. Como resultado destes esforços, 13 países e territórios introduziram novas vacinas infantis nos seus programas de vacinação em 2010—2011. Entre elas a vacina de rotavírus na **Guatemala, Guiana e Paraguai** e a vacina pneumocócica conjugada (PCV7) em **Aruba, Brasil, Chile, Colômbia, Curaçao, Equador, El Salvador, Guiana, Honduras, Nicarágua e Panamá**. Além disso, o **Peru** introduziu a vacina de papilomavírus humano (HPV) no início de 2011.

Novo plano de vacinação no Haiti

Apoio considerável foi dado ao Ministério de Saúde Pública e População do **Haiti** para elaborar um novo plano que busca assegurar a vacinação contra a maioria das doenças prevalentes da infância no país para pelo menos 90% das crianças menores de 1 ano até 2015. O plano foi elaborado para restabelecer e ampliar a vacinação de rotina no **Haiti**, interrompida pelo terremoto de 2010.

O plano visa a aumentar a cobertura de vacinação de 60 a 90% das crianças menores de 1 ano; manter o **Haiti** livre da poliomielite, sarampo e rubéola; eliminar o tétano materno e neonatal até 2015; introduzir as novas vacinas antipneumocócicas e para rotavírus e a vacina pentavalente contra difteria, coqueluche, tétano, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) e melhorar a vigilância da vacinação para a detecção precoce de surtos passíveis de ser prevenidos com vacinação.

Em maio de 2011, as autoridades sanitárias do Haiti apresentaram o novo plano a um grupo de parceiros internacionais convocados pela OPAS/OMS, que expressaram interesse em prestar apoio, do financiamento à capacitação de profissionais da saúde. Entre eles estavam o UNICEF, Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI), Aliança GAVI, Projeto Hope, USAID, Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC), Ministério da Saúde do Brasil, Academia Americana de Pediatria, Hospital Infantil de Denver, Maimonides Medical Center de Brooklyn, Departamento de Saúde de Minnesota e Centro Médico da Universidade de Chicago.

Uma série de reuniões e teleconferências foi realizada com os principais especialistas internacionais em imunização para que avaliassem a viabilidade da vacinação contra a cólera no **Haiti**. A Organização transmitiu as recomendações preliminares do grupo ao Ministério de Saúde Pública do Haiti no início de 2011 e continuou organizando debates entre os membros do grupo até o final de 2011.

119. O processo de comprovação da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita (SRC) da Região — áreas importantes de progresso do ODM-4 — prosseguiu neste período. O último caso endêmico de sarampo nas Américas foi notificado em 2002, e o último caso de rubéola em 2009. Os países da Região estabeleceram a meta de comprovação da eliminação dessas doenças até o final de 2012.

120. Em 2010, a Organização convocou o primeiro encontro de um comitê técnico internacional para supervisionar o processo de comprovação e apoiou as comissões de comprovação em nível nacional para a coleta e análise de dados sobre essas doenças nos próprios países. Em março de 2011, os presidentes das comissões de nível nacional se reuniram com os membros do comitê técnico internacional para discutir os esforços de comprovação até o presente e o trabalho que ainda era preciso realizar para concluir o processo.

121. Em junho de 2011, foi realizada uma reunião de um grupo de trabalho especial para avaliar a situação da caxumba nas Américas e dar sugestões para a melhoria das estratégias de controle e resposta com base nas experiências dos países. As recomendações do grupo foram endossadas na 19ª reunião do Grupo Técnico Assessor (GTA) em Doenças Imunopreveníveis, realizada em julho de 2011 em Buenos Aires.

122. A Organização também apoiou a implementação de estratégias eficazes e oportunas para lidar com rumores e eventos supostamente atribuíveis à vacinação e imunização, com o objetivo de manter a credibilidade dos programas de vacinas e imunização perante o público.

123. A cooperação técnica nesta área também englobou apoio aos esforços dos países para desenvolver e melhorar os registros nominais eletrônicos nacionais de vacinação. Um seminário em Bogotá, **Colômbia**, em fevereiro de 2011 reuniu especialistas de mais de 20 países com os representantes das agências parceiras, como UNICEF, PATH, CDC, Instituto de Ciências Sustentáveis e o Grupo Latino-Americano de Informática em Saúde de Fonte Aberta. Um dos resultados foi a criação de uma comunidade de prática, através da qual os participantes do seminário e outros especialistas na área podem dividir problemas, lições aprendidas e boas práticas.

ODM-5: Melhorar a saúde materna

124. Como exposto no Capítulo I, houve queda da mortalidade materna de 40% de 1990 a 2008 na região das Américas, mas nem todos os países partilharam este progresso e os indicadores atuais variam enormemente entre diferentes países. Foi realizado um trabalho contínuo com os Estados Membros para melhorar a saúde materna no âmbito da Estratégia Regional para Redução da Mortalidade e Morbidade Materna de 2002 (CSP26.R13), Estratégia Regional para Melhoria de Saúde do Adolescente e do Jovem de 2008 (CD48.R5) e Estratégia e Plano de Ação Regional para Saúde Neonatal dentro do Processo Contínuo de Atenção Materna, Neonatal e Infantil de 2008 (CD48.R4).

125. Um complemento importante do modelo regional foi o lançamento em 2010 da Iniciativa de Maternidade Segura, uma convocação aos países das Américas no sentido de redobrar seus esforços para cumprir o ODM-5. Além disso, em 2010-2011, a OPAS/OMS e seu centro técnico nesta área, o Centro Latino-Americano de Perinatologia e Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/OMS) elaborou o novo Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave a ser apresentado ao 51º Conselho Diretor da OPAS em setembro de 2011.

126. A Iniciativa de Maternidade Segura, que é também apoiada pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional Regional (GTR) para Redução da Mortalidade Materna,⁶ OEA e Fundação La Caixa da Espanha, foi peça fundamental dos esforços de promoção do ODM-5 em 2010-2011. A iniciativa busca mobilizar vontade política para estimular ação nos países a fim de acelerar a redução da mortalidade materna. Enfatiza o acesso universal a serviços integrais de saúde reprodutiva, melhoria na qualidade de assistência pré-natal, de parto e pós-parto, medidas para reduzir o número de abortos inseguros e doenças maternas graves, melhorias nos sistemas de informação, maior poder de decisão para a mulher e participação dos pais e homens, assim como das comunidades, na proteção e promoção da saúde materna.

127. Depois do lançamento regional no 50º Conselho Diretor da OPAS em setembro de 2010, a Iniciativa de Maternidade Segura foi lançada no âmbito nacional em 15 países: **Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana, Honduras, Nicarágua, Panamá, Peru, República Dominicana, Suriname e Uruguai.** O lançamento estava planejado para o final de 2011 no **México e Paraguai.**

128. Uma exposição especial de fotografias do fotógrafo espanhol Bru Rovira, patrocinada pela Fundação La Caixa, foi realizada em Washington, D.C., e nos lançamentos na **Argentina, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana, Honduras, Nicarágua, República Dominicana e Suriname.** Além disso, dois concursos foram organizados em 2011, um para ilustrar os direitos das mães e recém-nascidos nas Américas de gozar do mais alto grau possível de saúde e outro para reconhecer boas práticas para a redução da mortalidade materna.

129. No âmbito nacional, a cooperação técnica englobou protocolos e treinamento em atenção obstétrica para apoiar a vigilância, reorientação dos serviços de saúde e defesa dos direitos dos usuários à atenção integral e de alta qualidade à saúde sexual e reprodutiva.

130. Um foco de interesse importante foi a ampliação do acesso e melhoria dos serviços de saúde no processo contínuo de atenção desde a pré-gravidez até o nascimento e pós-parto.

131. Na **Colômbia**, ginecologistas, clínicos gerais e enfermeiras receberam treinamento em atenção integral às mulheres grávidas com ênfase na hemorragia obstétrica, distúrbios hipertensivos e sepse, que causam 60 a 70% dos óbitos e doenças

⁶ O GTR é formado pela OPAS/OMS, UNICEF, UNFPA, UNIFEM, UNOPS, UNESCO, CEPAL, USAID, Family Care International, Conselho Populacional, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e seu grupo latino-americano FLASOG e Confederação Internacional de Parteiros (ICM). Os membros associados são ACNUR, PNUD, OIT, PNUMA, UNAIDS, OCHA, FAO, ACNUDH e Banco Mundial. O financiamento vem dos membros e da Agência Espanhola de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (AECID).

maternas. Entre 2009 e meados de 2011, foram realizados seminários para o treinamento de cerca de 400 participantes dos serviços de saúde identificados como requerendo melhoria da qualidade de atenção.

132. O ministério da Saúde da **Argentina** pôs em prática um plano estratégico nacional para reduzir a mortalidade materno-infantil e elaborou uma estratégia para regionalizar os serviços de saúde perinatais, que foi posteriormente implantada na província de Buenos Aires. De modo semelhante, na **Costa Rica**, o ministério da Saúde fortaleceu o planejamento no âmbito local e regional na região sul do país a fim de melhorar a sobrevivência das mães e crianças menores de 5 anos.

133. No **Equador**, a Organização continuou apoiando a implementação do Plano para Redução Acelerada de Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2008 em parceria com o UNFPA e parceiros não governamentais. O plano destaca o acesso esclarecido à contracepção, principalmente para prevenir a gravidez na adolescência, a organização de redes institucionais e interinstitucionais para Atenção Obstétrica e Neonatal Essencial (CONE), vigilância epidemiológica, melhoria da qualidade de atenção e mecanismos para aumentar a demanda dos serviços usando um enfoque baseado na igualdade e nos direitos.

Redes integradas de prestação de serviços de saúde

Um importante esforço múltiplo para o progresso dos ODM e melhoria da igualdade na saúde nos Estados Membros são as Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde com base na Iniciativa de Atenção Primária à Saúde (RIPSS). As RIPSS procuram resolver a fragmentação dos serviços de saúde em muitos países, que cria ineficiências caras e repercute negativamente nos resultados dos pacientes. A iniciativa promove serviços de saúde equitativos, abrangentes, integrados e contínuos prestados através de redes de organizações que se prontificam a assumir a responsabilidade pelos resultados clínicos e econômicos e o estado de saúde das populações atendidas.

Foram formuladas novas diretrizes para apoiar a implantação de RIPSS em seis áreas: orientações gerais para implantação, governança, sistemas de informação, desenvolvimento de recursos humanos, mecanismos de coordenação clínica e consolidação do primeiro nível de atenção.

No âmbito nacional, a Organização apoiou RIPSS no **Brasil, Chile, Colômbia, Panamá, Suriname, Trinidad e Tobago e Venezuela**. Na **Colômbia**, os ministérios da saúde e proteção social mobilizaram um consórcio de 13 universidades para instituir uma Iniciativa Nacional para o Desenvolvimento de Recursos Humanos na Atenção Primária à Saúde e Redes Integradas de Serviços de Saúde. Lançada em junho de 2011, a iniciativa procura dar educação e treinamento nos princípios, valores e práticas da atenção primária à saúde e redes integradas de prestação de serviços de saúde para estudantes de medicina e saúde pública, assim como para profissionais da saúde em exercício.

134. **El Salvador** lançou o Plano Estratégico Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, atualizou guias de planejamento familiar e atenção no ciclo de vida e formulou uma Política de Saúde Sexual e Reprodutiva. Como parte desses esforços, a OPAS/OMS formou parceria com o Ministério da Saúde, Enfants du Monde e Concertação Educativa de **El Salvador** para implementar o Programa de Empoderamento da Mulher, Família e Comunidade (MIFC), que capacita indivíduos e comunidades, resultando em maior demanda por serviços de saúde e melhora da qualidade destes serviços.

135. A **Venezuela** iniciou a formulação e a implementação de um novo Plano para Redução Acelerada da Mortalidade Materna, incluindo protocolos atualizados para atenção obstétrica e neonatal de rotina e de emergência, equipamentos e treinamento de recursos humanos.

136. O Ministério da Saúde do **Chile** analisou os programas de saúde materno-infantil executados na década anterior e elaborou propostas estratégicas nessas áreas para inclusão no Plano Nacional de Saúde de 2011-2020.

137. Em **Cuba**, os esforços se concentraram na melhoria da qualidade da atenção à gravidez, parto e pós-parto através da capacitação de profissionais da saúde e ajuda para formular e adaptar as diretrizes e metodologias de atenção à saúde. Esses esforços contribuíram para a consolidação da rede de “casas de maternidade” e para transformá-las em “casas materno-infantis”. A Organização também apoiou a vacinação contra influenza pandêmica H1N1 de mulheres grávidas e crianças em risco através de um plano de mobilização, treinamento de recursos humanos, campanha de comunicação social e um estudo epidemiológico para avaliar a segurança e a eficácia da vacina em mulheres grávidas.

138. Na **Guiana**, a Organização ajudou a executar um projeto de Gravidez Segura, financiado pela OMS, Comunidade Europeia e Grupo de Estados da África, Caribe e Pacífico (ACP). As atividades em 2010-2011 compreenderam a capacitação em atenção obstétrica e neonatal de emergência e trabalho de parto avançado e gestão de risco (ALARM) de 60 profissionais da saúde em colaboração com a Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do **Canadá**. Também incluiu o treinamento em reanimação neonatal (“ajudando os bebês a respirar”) para parteiras e outros profissionais da saúde em colaboração com a Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. A **Guiana** também recebeu apoio para elaborar planos estratégicos nacionais de saúde materna, neonatal, da criança, do adolescente e do jovem para 2011-2015.

139. Na **República Dominicana**, a Organização formou parceria com o Ministério da Saúde, o Escritório da Primeira-Dama, o Colégio Médico Dominicano e CLAP/WR para realizar o Primeiro Simpósio Internacional de Humanização da Atenção Materno-Infantil

em Santo Domingo em janeiro de 2011. Cerca de 600 participantes compareceram ao simpósio, inclusive autoridades sanitárias, docentes médicos e outros acadêmicos, representantes de associações nacionais médicas e científicas e profissionais de saúde de serviços privados. O simpósio levou ao reconhecimento mais amplo dos direitos sexuais e reprodutivos e ajudou diferentes atores a chegarem a um consenso sobre a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

140. Foi também prestada cooperação técnica à **República Dominicana** para realizar uma pesquisa nacional sobre as percepções das mulheres sobre os serviços obstétricos e neonatais públicos, que incluiu perguntas para avaliar o conhecimento das mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos e o grau de violação destes direitos nos serviços de maternidade. Os resultados serão usados para elaborar uma nova estratégia para maior conscientização na área de igualdade de gênero e respeito aos direitos da mulher.

Atenção obstétrica gratuita no Haiti

O programa de Atenção Obstétrica Gratuita (SOG) do **Haiti** é um esforço pioneiro para reduzir a mortalidade materna ao oferecer a todas as mulheres grávidas acesso gratuito a serviços de saúde de qualidade. A segunda fase do programa teve início em julho de 2010, com aumento de 42 a 63 no número de serviços de saúde participantes e expansão do pacote mínimo de serviços de saúde para incluir a atenção obstétrica de emergência, serviços neonatais, prevenção da transmissão vertical de HIV e prevenção e atenção da violência de gênero. Com o programa, mais de 60 mil mulheres grávidas e seus recém-nascidos tiveram acesso à atenção qualificada em 2010-2011.

A OPAS/OMS ajudou a captar US\$ 9 milhões para a implementação do programa SOG, incluindo fundos do ACIDI, Banco Mundial e União Europeia. Em setembro de 2010, obteve o compromisso adicional de \$20 milhões para ajudar a integrar o SOG ao projeto de Atenção Infantil Gratuita (SIG) do **Haiti** nos próximos dois anos.

141. Esforços especiais foram realizados para melhorar os serviços de saúde sexual e reprodutiva usando um enfoque que enfatiza o direito da mulher e do jovem de ter acesso a serviços integrais e de qualidade que incluam planejamento familiar.

142. No **Equador**, a Organização ajudou a elaborar uma nova Estratégia Nacional Intersetorial de Planejamento Familiar (ENIPLA), que visa a garantir o acesso a informação, orientação e serviços de saúde sexual e reprodutiva, com base nas normas constitucionais. A estratégia foi elaborada com o apoio do UNFPA e com a colaboração do Ministério de Saúde Pública, Ministério da Educação, Ministério de Inclusão Econômica e Social, grupos científicos, organizações não governamentais e grupos da sociedade civil.

143. Na **Argentina**, o UNICEF, UNFPA e OPAS/OMS formaram uma parceria para prestar apoio técnico e financeiro a um novo Observatório em Saúde Sexual e Reprodutiva, que produzirá informação e conhecimento sobre promoção da saúde sexual e reprodutiva com uma perspectiva de direitos humanos. Os membros do observatório são o Centro de Estudos sobre o Estado e Sociedade, Centro Rosarino de Estudos Perinatais e a Academia Nacional de Medicina.

144. Uma equipe técnica interinstitucional em saúde sexual e reprodutiva foi organizada em **Honduras** para elaborar uma agenda comum e harmonizar os esforços de diferentes instituições internacionais que trabalham nessas questões. Também ajudou o Ministério da Saúde a atualizar as normas e os procedimentos relacionados com planejamento familiar, menopausa e infertilidade, atenção materna e neonatal dentro do processo contínuo de atenção e atenção pós-aborto. Em parceria com a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de **Honduras**, elaboraram-se protocolos para a gestão de complicações obstétricas e promoveram-se debates sobre a atenção pós-aborto.

145. A pedido da **Argentina, Honduras e Peru**, a equipe de direitos humanos da Organização apresentou pareceres técnicos aos tribunais nacionais sobre o direito de acesso à contracepção oral de emergência como estratégia para reduzir a mortalidade materna.

146. Na **Venezuela**, foram implantadas políticas e estratégias em saúde do adolescente, incluindo normas para a prestação de serviços integrais de saúde sexual e reprodutiva, com acesso à contracepção. De modo semelhante, o **Equador** elaborou novas normas para atenção integral à saúde do adolescente a fim de tornar os serviços de saúde “mais amistosos” às adolescentes. Esses esforços, que fizeram parte da implementação do Plano Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, foram financiados pela Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID).

147. Uma parceria com a Universidade Católica do **Chile** ministrou um curso a distância em saúde do adolescente, incluindo gravidez na adolescência, para os profissionais da saúde do **Chile** e de outros países latino-americanos.

148. No **Suriname**, a cooperação se concentrou na introdução do Plano de Ação Conjunto para Saúde da Mulher e da Criança no Ministério da Saúde e sua incorporação no programa de Saúde Familiar e Comunitária. A OPAS também apoiou a introdução da Ferramenta para Decisões de Planejamento Familiar da OMS com o treinamento e implementação em caráter experimental, assim como o desenvolvimento de um projeto de ODM em saúde materna para o **Suriname** como membro do ACP.

149. A Organização deu respaldo a esforços em vários países para reduzir a mortalidade materna nas comunidades indígenas, inclusive apoio técnico e financeiro

para projetos comunitários de saúde materna em Machachi e Latacunga, no **Equador**, e em Wiwili, Jinotega, na **Nicarágua**. Uma série de seminários sobre saúde sexual e reprodutiva foi organizada na **Argentina** em conjunto com a Rede de Comunicação Indígena, uma organização indígena de mulheres, enquanto uma parceria com o UNFPA ajudou a reformar a casa de maternidade para mulheres ameríndias na **Guiana**.

150. Sistemas de vigilância e informação são outro foco importante das iniciativas para o progresso do ODM-5. Em 2010-2011, CLAP/WR forneceu cooperação técnica para reforçar a vigilância da mortalidade materna na **Colômbia, Equador, El Salvador, Honduras e México**. Em **Honduras** e no **México**, compreendeu a capacitação e consultas com o pessoal responsável pelas informações de saúde e vigilância sanitária para apoiar a busca ativa de casos de óbito de mães e crianças menores de 5 anos e melhorar a análise de dados.

151. A Organização também prestou apoio à implementação do Sistema de Informação Perinatal (SIP) do CLAP/WR, um software que coleta os dados de mulheres grávidas e bebês nos serviços de saúde, avalia os resultados da atenção recebida e ajuda a identificar problemas comuns e áreas prioritárias para melhorar a atenção. No período, o SIP foi implantado ou consolidado em **El Salvador, Guiana, Honduras e República Dominicana**. Na **República Dominicana**, CLAP/WR e a USAID ajudaram a reativar o SIP em maternidades públicas.

152. O CLAP/WR também contribuiu para a criação de uma nova Rede Centro-Americana de Sistemas de Informação Perinatal (que também inclui a **República Dominicana**) e apoiou o desenvolvimento de um projeto de CTP conexo envolvendo **El Salvador, Honduras, Nicarágua e Panamá**.

153. O Ministério de Proteção Social da **Colômbia**, em parceria com o CLAP/WR e CDC, implantou um sistema de vigilância da mortalidade materna pela internet, iniciado em 2008. Em meados de 2011, o sistema havia sido validado em 40 serviços de saúde e em secretarias de saúde municipais e departamentais. O sistema vem fornecendo informação completa e em tempo oportuno sobre as causas e os fatores de risco da mortalidade materna e ajudado as autoridades sanitárias a identificar as intervenções necessárias para prevenir a mortalidade materna.

154. A **Venezuela** atualizou sistemas de informação de mortalidade materna, elaborou novas metodologias para melhorar a qualidade da informação e promoveu o uso das ferramentas da Rede Métrica de Saúde.

155. Além disso, em 2010-2011, o CLAP/WR formou parceria com o CEPAL, como membro do GTR, na elaboração de um guia para equipes de saúde sobre a interpretação e utilização dos dados de mortalidade materna, inclusive estimativas da OMS, dados de

artigos de revistas científicas e dados oficiais notificados pelos ministérios da saúde da Região. A USAID está dando apoio financeiro ao projeto.

ODM-6: Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças

156. Segundo indicado no Capítulo I, vem ocorrendo estabilização de novos casos de infecção pelo HIV na América Latina e no Caribe, embora a prevalência permaneça elevada no Caribe, acometendo 1% dos adultos. É improvável que a região das Américas alcance o ODM de conter e reverter a propagação do HIV até 2015. Porém, a maioria dos países da Região continua tendo progresso constante na promoção da prevenção do HIV e melhoria e ampliação do tratamento e atenção.

157. As principais estruturas de cooperação técnica nesta área são a Ampliação do Tratamento dentro de uma Resposta Integral ao HIV/AIDS (CD45/11), o Plano Estratégico Regional para HIV/AIDS/DST 2006—2015 (CD46.R15) e a Estratégia e Plano de Ação para Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis Congênita de 2010 (CD50/15). Com base nisso, a Organização apoiou esforços para melhorar os serviços de saúde para portadores de HIV, aumentar o teste e orientação, ampliar o acesso ao tratamento antirretroviral (ARV), monitorar e prevenir a resistência aos ARV, reforçar a vigilância e promover a prevenção, principalmente entre os grupos vulneráveis e de alto risco. A OPAS/OMS prestou cooperação técnica nessas áreas no âmbito regional, nacional e comunitário, em estreita coordenação com os ministérios da saúde e outros parceiros.

158. Grande parte do trabalho em HIV no período foi realizada em conjunto com outros organismos das Nações Unidas e agências internacionais. Entre os exemplos estão a colaboração com o UNFPA para prevenção e atenção às profissionais do sexo e com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em educação sexual e promoção integral da saúde sexual. O UNAIDS prestou apoio para coordenar todos esses esforços, assim como para cooperação interinstitucional para promover o acesso universal aos ART.

159. Um importante avanço em 2010 foi o lançamento da Estratégia e Plano de Ação para Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis Congênita, aprovada pelo 50º Conselho Diretor da OPAS. Ela visa eliminar a transmissão materna de HIV e sífilis como um problema de saúde pública nas Américas até 2015, através de intervenções de prevenção e controle da saúde pré-natal, sexual e reprodutiva, melhoria dos serviços de saúde, maior colaboração com outras agências e setores e com a comunidade, melhoria da coleta e análise de dados e pesquisa.

160. Depois do lançamento da estratégia, o apoio técnico se concentrou na implantação das suas disposições em parceria com o UNICEF e em coordenação com outros organismos como UNAIDS, CDC, Pan Caribbean Partnership against HIV and AIDS

(PANCAP), Federação Internacional de Planejamento Familiar (FIPF), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial.

161. Como parte deste trabalho, foram elaboradas e implementadas estratégias nacionais na **Colômbia, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Panamá e Venezuela**. No **Panamá**, por exemplo, a OPAS/OMS formou parceria com o UNICEF e a Comissão Nacional para Prevenção da Transmissão Materna de HIV e Sífilis para planejar e implementar um plano com o propósito de aumentar o teste de HIV em mulheres grávidas e melhorar o acompanhamento dos casos detectados, assim como melhorar os sistemas de vigilância epidemiológica e de informação e os esforços de prevenção, inclusive comunicação para mudança de comportamento.

162. Na **Colômbia**, a Organização fez parceria com o Ministério de Proteção Social, Instituto Nacional de Saúde e Associação Colombiana de Empresas Médicas Integrais (ACEMI) para elaborar um plano nacional similar. Os parceiros trabalharam com instituições privadas e de saúde pública em Barranquilla, Bogotá, Cali e Medellín a fim de melhorar a qualidade da assistência pré-natal, aumentar a detecção e melhorar a notificação de casos de HIV e sífilis gestacional e congênita e classificar corretamente os estágios da sífilis para facilitar o tratamento oportuno e apropriado.

163. A implementação de estratégias nacionais semelhantes na **Guatemala, Nicarágua e Venezuela** foi apoiada através de treinamento, assim como da formulação e difusão de diretrizes e protocolos de tratamento e prevenção da transmissão materna de HIV e sífilis.

164. Entre as iniciativas mais importantes relacionadas ao HIV está uma série de avaliações das capacidades dos sistemas de saúde de proporcionar atenção integral de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a prevenção do HIV e infecções sexualmente transmissíveis (IST) em jovens. As avaliações tiveram um enfoque participativo, envolvendo pessoal dos programas de combate ao HIV dos ministérios da saúde, pessoal responsável pelo planejamento e gestão dos serviços de saúde e representantes de organismos parceiros como UNAIDS e o Plano de Emergência do Presidente dos **Estados Unidos** para Alívio da AIDS (PEPFAR).

165. Foram realizadas avaliações na **Jamaica, Paraguai e Trinidad e Tobago**. Os exercícios foram planejados para identificar falhas na cobertura de ARV, avaliar a eficácia em função do custo das intervenções e avaliar a sustentabilidade, resultando em recomendações para uso no planejamento estratégico e operacional. Em termos gerais, os resultados das avaliações reforçaram a premissa de que os esforços para resolver problemas de saúde prioritários (enfoques “verticais”) precisam ser realizados em conjunto com esforços para fortalecer os sistemas de saúde.

166. Várias iniciativas de treinamento ajudaram a melhorar os serviços para os portadores do HIV, entre eles o treinamento em orientação e teste voluntários, educação pelos pares e marketing social de preservativos nas **Ilhas Turks e Caicos** e, na **Guiana**, treinamento para 141 profissionais da saúde em Manejo Integrado de Doenças de Adolescentes e Adultos (IMAI) e um seminário regional para treinar pessoas com HIV a se tornarem “instrutores especialistas de pacientes”.

167. A Organização também elaborou ou distribuiu vários novos instrumentos de treinamento para fortalecimento da capacidade na área de HIV. Uma destas ferramentas, criada para melhorar as habilidades e práticas de profissionais da saúde que prestam atendimento a homens que fazem sexo com homens, foi usada em seminários na **Guatemala, México e Peru** e na fronteira entre o **México** e os **Estados Unidos** em 2010; seminários semelhantes serão realizados na América Central, Região Andina, Cone Sul e **Porto Rico** em 2011. Uma nova ferramenta para treinamento pelos pares das profissionais do sexo sobre prevenção do HIV e IST e violência foi usada pela primeira vez em um seminário realizado em maio de 2011 para participantes de toda a América Central.

168. Outra cooperação técnica em HIV foi direcionada aos grupos vulneráveis, em particular os jovens, e grupos de alto risco que estão no centro da epidemia de HIV da Região, como homens que fazem sexo com homens e outras pessoas com orientações sexuais diversas e profissionais do sexo. Na **Argentina**, o UNAIDS, UNFPA, PNUD e a OPAS/OMS trabalharam em cinco hospitais para melhorar o acesso ao teste, orientação e atenção integral a homens que fazem sexo com homens e pessoas transexuais. Esforços semelhantes foram realizados na **Venezuela** centralizados na identificação das vulnerabilidades desses grupos em relação ao HIV, promoção dos direitos humanos e melhoria da qualidade dos serviços prestados. Em **Honduras**, a Organização patrocinou um projeto que treinou e mobilizou jovens comunicadores para promover a prevenção entre os jovens usando veículos conhecidos como “VIH Prevemobil”.

169. A região de Arica-Parinacota, no **Chile**, apresenta a maior incidência e prevalência de HIV no país. Organismos das Nações Unidas juntaram-se em parceria para realizar uma análise da situação do HIV na região e estudos da soroprevalência em homens que fazem sexo com homens e mulheres profissionais do sexo, assim como para dar apoio à vigilância de segunda geração do HIV/AIDS e promover cooperação relacionada ao HIV entre Arica e Tacna, na região de fronteira com o **Peru**.

170. Nas **Bahamas** e **Honduras**, a Organização apoiou a capacitação e a defesa de homens que fazem sexo com homens e pessoas transexuais, com ênfase num enfoque de direitos humanos. Foi também dado apoio para fortalecimento da capacidade em direitos humanos com relação ao HIV, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, povos indígenas

e jovens em **Barbados, Bolívia, El Salvador, Guatemala, México, Panamá e Trinidad e Tobago.**

171. Na **Guatemala**, foi prestada cooperação técnica ao congresso nacional para a reforma da legislação relacionada ao HIV.

172. Um foco importante da cooperação técnica relacionada ao HIV foi a melhoria e ampliação do acesso aos ARV para pessoas que necessitam deste tratamento. Este trabalho incluiu a formulação de diretrizes e padrões de tratamento em **El Salvador, Guiana e Haiti** e apoio técnico e formação para a organização e operação de 32 centros fornecedores de ARV na **Nicarágua**. Em **Honduras**, a Organização fez parceria com o Aidstar One (projeto global de HIV/AIDS do USAID) para organizar uma consulta nacional sobre a melhoria da cobertura e teste de HIV.

173. Foi dado importante apoio para a ampliação da cobertura de ARV pelo Fundo Rotativo Regional de Provisões Estratégicas para Saúde Pública, conhecido como Fundo Estratégico da OPAS (ver também ODM-8 a seguir). Entre junho de 2010 e junho de 2011, nove países adquiriram US\$ 16,1 milhões em medicamentos antirretrovirais através do Fundo, tratamento suficiente para aproximadamente 30 mil pacientes. Devido à capacidade do fundo de juntar a demanda e negociar com os fabricantes, os países participantes pagaram o preço reduzido de US\$ 178 para as combinações de tratamento de primeira linha e US\$ 621 para combinações de segunda linha (AZT + 3TC + Lop/r). Dois países, **Equador e Paraguai**, compraram ARV de terceira linha através do Fundo neste período.

174. Foi também fundamental nesta área o apoio à vigilância da resistência aos ARV na **Guiana, Honduras, Nicarágua e Venezuela**. Este apoio ajudou a **Guiana** a ser o primeiro país da região a estabelecer monitoramento da resistência aos medicamentos para o HIV com base nas diretrizes da OMS.

175. Foi prestada cooperação técnica para melhorar a vigilância epidemiológica do HIV, IST e outras doenças infecciosas na **Argentina, Bahamas, Guiana, Ilhas Turks e Caicos, Nicarágua, Suriname e Venezuela**. Na **Nicarágua**, este trabalho abrangeu melhorias na notificação de casos de HIV e sífilis gestacional e congênita nos serviços de saúde para corrigir a subnotificação de casos. O país também melhorou os dados da vigilância do HIV através da desagregação por sexo, idade e grupo populacional vulnerável (mulheres grávidas, adolescentes e pessoas com orientação sexual diversa).

176. Na **Argentina**, a Organização formou parceria com o UNICEF para apoiar um estudo sobre a prevalência de HIV e sífilis em mulheres grávidas que forneceu um ponto de referência para monitorar os esforços de eliminação no âmbito regional.

177. Foram realizados vários esforços de pesquisa relacionados ao HIV, incluindo uma análise do impacto do assédio homofóbico sobre o risco e saúde de jovens do sexo masculino que fazem sexo (de fato ou supostamente) com homens e um estudo de mulheres recentemente infectadas pelo HIV, sendo que os resultados serão usados para elaborar novas estratégias de prevenção.

178. No âmbito nacional, a Organização apoiou um estudo na **Venezuela** sobre a situação de acesso aos ARV entre crianças portadoras do HIV e uma pesquisa nas **Bahamas** sobre conhecimento, atitudes, práticas e crenças sobre HIV em jovens de 15 a 17 anos, sendo que os resultados servirão para subsidiar a formulação de políticas e elaboração de programas. Além disso, a Organização sediou uma reunião de especialistas em saúde pública para examinar dados sobre infecções transmitidas pelo sangue e infecções sexualmente transmissíveis em usuários de drogas na América Latina e no Caribe.

179. Por fim, o CFNI na **Jamaica** promoveu a nutrição como um importante aspecto da atenção e tratamento do HIV com o uso de um algoritmo especial que reflete o conhecimento atual dos efeitos da nutrição no sistema imunológico e na aderência dos pacientes aos medicamentos. O algoritmo foi adaptado para o Caribe e incorporado em kits especiais para uso de profissionais da saúde. Este trabalho respalda a transição da Região da atenção vertical para portadores de HIV a um modelo mais descentralizado comum no tratamento de outras doenças crônicas.

Malária

180. Como observado no Capítulo I, houve queda da incidência da malária na década passada em 18 de 21 países endêmicos nas Américas, e em nove países a diminuição foi superior a 75%, efetivamente atingindo a meta do ODM-6. Contudo, cerca de 17 milhões de pessoas na Região continuam vivendo em áreas de alto risco.

181. A Organização continuou a dar apoio aos esforços dos países de prevenir e controlar a malária no âmbito do Plano Estratégico Regional para Malária nas Américas 2006-2010, sendo que também está elaborando uma nova Estratégia e Plano de Ação para Malária para serem apresentados ao 51º Conselho Diretor em setembro de 2011.

182. Os esforços nesta área se concentraram no controle integrado de vetores, diagnóstico e tratamento, fortalecimento dos sistemas de saúde e capacitação em vigilância e detecção precoce de surtos tanto em áreas de alto risco como em áreas onde o risco diminuiu. A Organização fez parceria com o USAID para apoiar o trabalho da Rede Amazônica de Vigilância da Resistência aos Antimaláricos e a Iniciativa Amazônica da Malária (RAVREDA/AMI) na **Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela**.

183. No **Brasil**, a cooperação técnica incluiu apoio para melhoria da vigilância da resistência aos antimaláricos, acesso e uso de antimaláricos, qualidade dos medicamentos, qualidade e acesso ao diagnóstico, entomologia e controle integrado de vetores, vigilância epidemiológica e sistemas de informação. Entre as atividades específicas, foi realizada uma avaliação da introdução de mosquiteiros tratados com inseticida nos estados do Amazonas e Acre, apoio à compra de medicamentos antimaláricos e implementação de mecanismos de controle de qualidade desses medicamentos em parceria com o Programa Nacional de Combate à Malária e a Universidade Federal de Minas Gerais. Grande parte deste trabalho foi realizada em parceria com o USAID, CDC, Fundação de Medicina Tropical do Amazonas e Instituto Evandro Chagas.

184. No **Equador**, a Organização apoiou atividades relacionadas com a RAVREDA que incluíram o monitoramento da resistência aos medicamentos antimaláricos e inseticidas, normas para uso de mosquiteiros e atualização das diretrizes de tratamento, assim como a manutenção do sistema de informação da malária para assegurar a disponibilidade dos dados necessários para manter as doenças nos baixos níveis de prevalência já alcançados.

185. Na **Jamaica**, foi prestado apoio para preparar uma política nacional e plano de ação para o controle integrado de vetores da malária e para estudos-piloto em Kingston e Portmore para investigar como resíduos sólidos e águas residuais parcialmente tratadas contribuem para a formação de criadouros de mosquitos. Os estudos foram complementados com a defesa do controle integrado de vetores no âmbito local. Além disso, a Organização preparou um documento conceitual sobre a redução do uso de pesticidas que afetam o ambiente e a saúde e métodos biológicos alternativos que usam plantas com propriedades repelentes e pesticidas. O documento foi encaminhado ao Ministério da Saúde e apresentado ao Fundo de Saúde Ambiental, que está considerando a possibilidade de financiar um projeto-piloto nesta área.

186. A **Guiana** obteve melhorias na capacidade de suas autoridades sanitárias regionais de controlar surtos com a capacitação de microscopistas e responsáveis por “minilaboratórios” de malária, monitoramento da resistência aos tratamentos antimaláricos e a instituição de dois centros-sentinela para monitoramento da qualidade dos medicamentos. Foi também elaborado um novo manual operacional para a gestão dos medicamentos contra malária e outros artigos.

187. No **Haiti**, continuou a ser dado apoio ao Programa Nacional de Combate à Malária e à implementação do Plano Nacional para Controle da Malária de 2008. A Organização comprou medicamentos e produtos contra malária para o programa, inclusive 20 mil mosquiteiros tratados com inseticida para hospitais nas áreas afetadas

pela malária. Também colaborou com o Laboratório Nacional de Saúde Pública para melhorar a vigilância epidemiológica, entomológica e parasitológica.

188. **Honduras** implantou um sistema de informação e vigilância da malária e realizou um estudo sobre a gestão e disponibilidade de medicamentos antimaláricos nos setores público e privado. Na região de Mosquitia, a Organização respaldou a implementação de um plano para o controle integral da malária no município de Wampusirpi, Gracias a Dios, através de pesquisa de saúde, diagnóstico e tratamento de massa, distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida, educação das famílias e análise entomológica.

189. O Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) da Organização continuou monitorando os registros de casos de malária nos seus 23 Estados Membros e territórios. Apenas quatro países registraram casos nativos em 2010-2011, 95% deles na **Guiana**. O CAREC também monitorou a febre indiferenciada, uma manifestação representativa de infecções como malária, dengue e leptospirose, e emitiu alertas quando o número notificado de casos superou o número esperado. Além disso, o CAREC ministrou treinamento em investigação de surtos, patrocinou um seminário sobre análise de dados para pessoal de laboratório de oito países e territórios e organizou um encontro de epidemiologistas nacionais e diretores de laboratórios para discutir a notificação de dados e outras questões de vigilância e de laboratório relacionadas à malária.

190. Nos países não endêmicos do Caribe, como **Bahamas e Ilhas Turks e Caicos**, a OPAS/OMS apoiou a manutenção da capacidade de vigilância, compra de kits de teste diagnóstico rápido e medicamentos e capacitação no controle de vetores e resposta.

191. Foi realizado em 2010 o quarto concurso anual “Campeões da Luta contra a Malária nas Américas”, cujos ganhadores foram do **Suriname, Brasil e Colômbia**. O prêmio principal foi para o Comitê Nacional de Combate à Malária Nacional do **Suriname**, que supervisiona os esforços que praticamente eliminaram a malária da maior parte do interior do país. O segundo prêmio foi para a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas, por seus esforços na prevenção e controle integrados da malária no estado do Amazonas. O terceiro lugar foi do Departamento Administrativo de Saúde e Previdência Social de Chocó (DASAÚDE-Chocó) na **Colômbia**, cujos esforços ajudaram a reduzir em mais de 50% a incidência da malária em Chocó. Os ganhadores foram homenageados em uma comemoração do Dia da Malária nas Américas de 2010.

Tuberculose

192. Como destacado no Capítulo I, a região das Américas já começou a reverter a propagação da tuberculose, mas é desigual o progresso entre os países. Foi prestada cooperação técnica nesta área no âmbito da Estratégia Regional para Controle da Tuberculose 2005-2015 (CD46.R12), que busca cumprir o ODM-6 ao executar o

programa Stop TB da OMS. A estratégia enfatiza a ampliação do tratamento de curta duração sob supervisão (DOTS), medidas para combater a resistência aos medicamentos de tuberculose e a coordenação dos esforços para combater a coinfeção de HIV e tuberculose.

193. A cooperação técnica nesta área se concentrou em garantir o acesso universal aos pacientes com coinfeção de HIV/tuberculose aos ARV e tratamento preventivo, consolidação da capacidade laboratorial ao introduzir testes diagnósticos rápidos para tuberculose resistente e melhorias na colaboração interprogramática e na comunidade para abordar os determinantes sociais da tuberculose, principalmente nas populações pobres e marginalizadas. Outras ações de apoio foram a promoção de estratégias de comunicação e mobilização social para combater o estigma e a discriminação da tuberculose e conscientização política e do público acerca da importância do combate à tuberculose.

194. No **Brasil**, a OPAS/OMS fez parceria com o USAID para prestar apoio ao programa nacional de combate à tuberculose, incluindo o fortalecimento da capacidade operacional, implementação de recomendações de uma avaliação de 2009 respaldada pela OPAS/OMS e ampliação da Estratégia Stop TB em 12 municípios no Rio de Janeiro e em Manaus, Amazonas. A Organização também apoiou a defesa de causa e esforços de mobilização social da Liga Brasileira contra a Tuberculose, ajudou a implementar um programa de educação à distância sobre tuberculose para pessoal da área da saúde no âmbito municipal e estadual e realizou um estudo de prevalência da tuberculose entre portadores de diabetes nos estados de São Paulo e da Bahia.

195. Os esforços do **Equador** nesta área incluíram o desenvolvimento de um novo projeto para consolidar o controle da tuberculose, com ênfase em áreas de alta prevalência, e um plano para dar bônus mensais aos pacientes com tuberculose resistente para reduzir o número de pacientes que param de tomar os medicamentos. O **Equador** também reavaliou e melhorou seu sistema de informação sobre tuberculose e fortaleceu a regulamentação da venda de medicamentos contra a tuberculose. Além disso, a OPAS/OMS apoiou o trabalho de uma missão técnica da Universidade de Massachusetts para avaliar a rede de laboratórios de diagnóstico do **Equador** e fazer recomendações para cooperação técnica futura nesta área.

196. As avaliações externas dos programas de combate à tuberculose na **Costa Rica** e **Colômbia** produziram recomendações para a consolidação da gestão de recursos humanos e ações colaborativas entre programas de combate ao HIV e à tuberculose, e para melhorar o controle da tuberculose infantil, a implementação da estratégia DOTS e o acompanhamento de casos.

197. A cooperação técnica prestada ao programa nacional de combate à tuberculose de **El Salvador** ajudou o Ministério da Saúde a apresentar uma proposta que foi aprovada na 9ª Rodada do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária.

198. No **Haiti**, a Organização apoiou a reconstrução de um sanatório de tuberculose que sofreu danos durante o terremoto de 2010 e ajudou a instruir o seu pessoal sobre as novas diretrizes da OMS para o tratamento da tuberculose. Apoio adicional foi prestado ao programa nacional de combate à tuberculose através de uma parceria com os CDC, USAID, Family Health International, Grace Children's Hospital, GHESKIO e Partners in Health.

199. O **México** elaborou, produziu e distribuiu um novo Guia para Atenção de Pessoas com Tuberculose Resistente a Medicamentos em todos os 32 estados para ajudar a padronizar a conduta de pacientes com tuberculose resistente em todo o país. O Ministério da Saúde de **Honduras** implantou um sistema nacional para informação e monitoramento da tuberculose resistente, com dados sobre sexo e idade desagregados por indivíduo e localidade.

200. Na **Nicarágua**, a Organização prestou cooperação técnica e apoio relacionado à tuberculose ao Ministério da Saúde em parceria com docentes médicos da Universidade Nacional Autônoma da Nicarágua, Ministério da Educação, Ministério do Interior, Instituto Nicaraguense de Previdência Social e Corpo Médico do Exército Nacional. Entre as atividades específicas estiveram o apoio técnico e financeiro à formulação e implementação de um novo Protocolo para Tuberculose com Múltipla Resistência e a propostas de financiamento do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária.

201. Foi prestada cooperação técnica a vários países para melhorar a coordenação dos esforços nas áreas de tuberculose e HIV. A **Guiana** lançou um novo programa de Gestão Integrada de Doenças de Adolescentes e Adultos (IMAI) e fortaleceu a implementação da estratégia DOTS para melhorar a atenção prestada a pessoas com coinfeção de HIV e tuberculose. A **Venezuela** elaborou planos estratégicos para lidar com a coinfeção de HIV e tuberculose com a melhoria da vigilância, maior coordenação e ação conjunta entre os programas de combate ao HIV e à tuberculose no âmbito nacional e regional, e implementou intervenções de controle do HIV e tuberculose em instituições penais. Na **Nicarágua**, a OPAS/OMS monitorou e apoiou atividades colaborativas de HIV e tuberculose que visavam prevenir a coinfeção de HIV e tuberculose.

202. No **Suriname**, a Organização prestou apoio ao recém-fundado Laboratório Nacional com o fornecimento de equipamentos e treinamento e intercâmbio facilitado com outros países na Região e a Caricom. O CAREC continuou apoiando os esforços de

vigilância da tuberculose no **Suriname** e em outros Estados Membros e facilitou a coleta padronizada dos dados pelos países para encaminhamento à Iniciativa Stop TB da OMS.

203. Na fronteira entre o **México** e os **Estados Unidos**, a Organização desenvolveu um guia comunitário para o tratamento e prevenção da tuberculose e HIV na zona de fronteira e produziu um relatório técnico sobre tuberculose e determinantes sociais da saúde nos estados fronteiriços de Tamaulipas, Texas, Coahuila, Chihuahua, Novo México, Sonora, Arizona, Califórnia e Baixa Califórnia. O estudo examinou as taxas de tuberculose e tuberculose resistente em 44 condados dos **Estados Unidos** e 80 municípios mexicanos e incluiu uma análise comparativa da tuberculose em 16 “cidades irmãs”. O relatório foi publicado no Dia Mundial de Combate à Tuberculose de 2011.

Doenças negligenciadas

204. Além do seu apoio a esforços para combater o HIV, tuberculose e malária, a Organização colaborou com o progresso do ODM-6 através de cooperação técnica em doenças negligenciadas, que continuam afetando as comunidades vulneráveis nas Américas. A base para este trabalho inclui o Plano Global de Combate às Doenças Tropicais Negligenciadas da OMS 2008—2015 e Eliminação das Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas à Pobreza da OPAS (CD49/9). Em 2010-2011, as atividades da OPAS/OMS nesta área incluíram desde a promoção de causa e formação de consenso até o apoio à vigilância e estudos de prevalência.

205. Em 2010, a nova Estratégia e Plano de Ação Regional para Prevenção, Controle e Atenção à Doença de Chagas foram finalizados e posteriormente aprovados pelo 50º Conselho Diretor da OPAS (CD50.R17). A estratégia recomenda o uso de um enfoque integrado para prevenção e controle da doença de Chagas e melhoria da atenção médica aos portadores da doença. Também reitera a necessidade de redobrar os esforços para eliminar a transmissão por vetores do parasita da doença de Chagas (*T. cruzi*) até 2015 através da colaboração interprogramática e ação intersetorial que aborda os determinantes sociais das doenças.

206. Em conjunto com o Sabin Vaccine Institute, BID e a Rede Global de Combate às Doenças Tropicais Negligenciadas, em 2011 a OPAS/OMS publicou o relatório *Chamada à Ação: Como Lidar com Helmintos Transmitidos por Contato com o Solo na América Latina e no Caribe*, assinado pela liderança das quatro organizações. O documento detalha o ônus econômico e sanitário dos parasitas intestinais (geohelmintos) nas populações de risco, em particular crianças, e apresenta recomendações para ação e políticas para a eliminação dessas doenças como um problema de saúde pública até 2015. Entre as recomendações estão a formação de uma coalizão para o combate aos parasitas intestinais nas Américas, com a participação de primeiras-damas como defensoras da desparasitação, e apoio a um novo fundo de reserva para doenças tropicais negligenciadas. Com os mesmos parceiros e com o apoio da Fundação Bill e Melinda

Gates, a OPAS/OMS prosseguiu o trabalho da criação do fundo de reserva, que deve captar recursos para projetos de controle dos parasitas intestinais e outras doenças negligenciadas.

207. No âmbito nacional, a Organização ajudou a elaborar os planos integrados para o controle de doenças negligenciadas na **Colômbia, El Salvador, Guiana, Haiti, Honduras e República Dominicana**. Outras cooperações técnicas incluíram o apoio à **Colômbia** para eliminar o tracoma e a oncocercose e controlar o parasitismo por geohelmintos, apoio ao **Haiti** para eliminar a filariose e controlar geohelmintos durante a fase de reconstrução após o terremoto e apoio à **Guiana** para implementar uma estratégia de medicação em massa para eliminar a filariose. Na **República Dominicana**, a Organização apoiou um estudo da transmissão da filariose e avaliou os esforços atuais para eliminar esta doença.

208. Foi prestada cooperação técnica a **Colômbia, El Salvador e Honduras** para elaborar protocolos para pesquisas sobre a prevalência e intensidade da infecção por geohelmintos e ao **Suriname** para um estudo da prevalência de infecção por geohelmintos e de esquistossomose em crianças em idade escolar. A **Bolívia** elaborou um programa de desparasitação em crianças pré-escolares e escolares a ser incorporado aos programas existentes de vacinação e de AIDPI.

209. Na **República Dominicana**, a Organização colaborou com outros seis organismos das Nações Unidas em um programa de três anos para beneficiar os trabalhadores de plantação de bananas e suas famílias. Em colaboração com o Ministério da Saúde, a Organização foi responsável por intervenções de saúde que visam prevenir o HIV/AIDS, malária, cólera, leptospirose e outras doenças infecciosas. As intervenções incluíram melhorias das condições ambientais de hospitais em três províncias, assim como o fortalecimento da capacidade das comunidades para prevenção de doenças. O programa está sendo financiado pelo Fundo Espanhol para o Alcance dos ODM.

210. Em conjunto com o BID, o Sabin Vaccine Institute e a Rede Global de Combate às Doenças Tropicais Negligenciadas, a OPAS/OMS deu apoio ao desenvolvimento e implementação de dois projetos-piloto para controle de doenças negligenciadas em Chiapas, no **México**, e Recife, no **Brasil**.

211. Várias publicações sobre doenças negligenciadas foram produzidas em 2010-2011, como um artigo na revista *Neglected Tropical Diseases* da Public Library of Science (PLoS), argumentando que várias doenças negligenciadas poderiam ser eliminadas ou reduzidas como problemas de saúde pública com a implementação acelerada dos planos e diretrizes existentes. O artigo enfoca a esquistossomose, filariose, oncocercose, geohelmintos e raiva e usa os resultados de um exercício de mapeamento e

modelagem para destacar “grandes focos” em que há sobreposição de duas ou mais dessas doenças.

212. Foram organizados vários seminários e reuniões para impulsionar os esforços de eliminação das doenças negligenciadas, entre eles um seminário organizado junto com a McGill University sobre integração da desparasitação aos programas de saúde existentes para crianças em idade escolar; a Primeira Reunião Regional sobre Eliminação do Tracoma, em Bogotá, na **Colômbia**; a 10^a reunião regional dos diretores dos programas para eliminar a filariose, realizada em Georgetown, na **Guiana**; e, em **El Salvador**, um seminário regional de treinamento sobre o desenvolvimento de planos integrados para prevenção, controle e eliminação das doenças negligenciadas. Outro seminário foi realizado em **El Salvador** sobre o uso da técnica de Kato-Katz para determinar a prevalência de infecções por helmintos.

Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária

A OPAS/OMS ajudou a elaborar propostas ao Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária e respaldou a implementação dos projetos aprovados pelo fundo.

Na **Argentina**, por exemplo, a Organização e o UNAIDS apoiaram a uma proposta de US\$ 12 milhões em nome de ONGs que trabalham com homens que fazem sexo com homens, transexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas. A proposta foi aprovada na 10^a Rodada do Fundo Global.

Na **Colômbia**, a OPAS/OMS ajudou a elaborar uma proposta de um projeto de tuberculose, recomendou ajustes em uma proposta relacionada ao HIV e apoiou a implementação de um projeto de malária aprovado pelo fundo. A Organização também respaldou propostas de combate à malária e tuberculose na **Nicarágua** e uma proposta de US\$ 27 milhões para expandir os esforços para combater a tuberculose no **Haiti**.

O Ministério de Saúde Pública do **Uruguai** recebeu apoio para implementar o primeiro projeto financiado pelo Fundo Global no país, que promove a inclusão social e o acesso universal à prevenção e atenção integral do HIV em populações vulneráveis. A cooperação técnica da OPAS/OMS apoiou a instalação de uma Unidade de Gestão de Projetos dentro do Ministério de Saúde Pública.

A Organização também ajudou a implementar projetos do Fundo Global para controle da malária no **Equador** e atenção a crianças órfãs e outros grupos vulneráveis ao HIV em **Honduras** e, na **Guatemala**, ajudou as autoridades sanitárias a assegurar, junto aos poderes legislativo e executivo, que sejam tomadas as medidas legais necessárias para a aceitação de financiamento do Fundo Global.

ODM-7: Assegurar a sustentabilidade ambiental

213. Como exposto no Capítulo I, os países das Américas ampliaram significativamente o acesso a água potável e saneamento básico e reduziram as disparidades de acesso entre os residentes urbanos e rurais. Todavia, cerca de 40 milhões

de pessoas na Região não têm acesso a fontes de água potável de qualidade. Foi prestada cooperação técnica para assegurar progresso não só para o alcance das metas do ODM-7, mas também para o acesso universal à água e saneamento básico para os habitantes da Região.

214. Grande parte do trabalho nesta área se concentrou em planos de segurança da água, que promovem a avaliação integral de riscos e gestão de riscos em todas as etapas do abastecimento de água, da captação ao consumidor. A Organização apoiou a formulação de normas com respaldo científico para propósitos reguladores, o projeto de planos e programas para vigilância e monitoramento da qualidade da água e fortalecimento da capacidade dos ministérios da saúde nessas áreas, assim como em vigilância epidemiológica das doenças transmitidas pela água.

215. Na **Jamaica**, foi prestada cooperação técnica para melhorar a qualidade da água potável e disposição de resíduos como parte de esforços maiores para promover moradia e comunidades saudáveis. Este trabalho incluiu consultas a interessados diretos para promover o cumprimento das diretrizes de qualidade da água e planos de segurança da água. A Organização também defendeu no Ministério do Governo Local e Ministério da Água e Habitação a ideia de estender a cobertura de abastecimento de água e saneamento básico a áreas anteriormente abastecidas mediante o reaproveitamento de águas pluviais, mostrando a importância que a água tem no desenvolvimento econômico e para a saúde. A **Jamaica** implantou um banco de dados sobre qualidade da água, atualizou seu Plano Operacional de Prevenção e Controle de Surto de Cólera e realizou uma campanha promocional para prevenção de cólera.

216. Na **Bolívia**, a Organização respaldou esforços por parte das Unidades de Saneamento Ambiental para monitorar as fontes de abastecimento de água para 13 mil domicílios nos departamentos de Cochabamba e Chuquisaca, como parte de um programa mais amplo de segurança alimentar e nutricional (ver o ODM-1). Como parte deste projeto, foram fornecidos instrumentos portáteis de avaliação da qualidade da água a três redes de saúde e kits “Aguamiga” para determinação da qualidade da água a oito escolas.

217. O Ministério da Saúde do **Brasil** atualizou as normas nacionais sobre qualidade da água para o consumo humano e consolidou um sistema de vigilância da água. Isto foi realizado através de um processo participativo que possibilitou aos fornecedores de água e consumidores fazer propostas e participar do debate sobre as novas normas.

218. O **Equador** preparou um plano nacional para vigilância da qualidade da água e maior conhecimento e capacidade de vigilância da qualidade da água em 20 cantões em quatro províncias onde vivem cerca de 2 milhões de pessoas. Esses esforços fizeram parte de um programa mais amplo de gestão da água e saneamento básico financiado pelo Fundo Espanhol para o Alcance dos ODM e executado com o apoio da OPAS/OMS,

PNUD, Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (UN-Habitat) e OIT.

219. A **Nicarágua** preparou e apresentou propostas legislativas incluindo uma Lei Nacional da Água e uma Lei sobre Comitês de Água Potável, assim como uma Lei Nacional de Resíduos, que está atualmente em andamento. O país também mobilizou municípios e grupos ambientais de jovens para a implementação de políticas e iniciativas na área da saúde ambiental.

220. Foi prestado apoio contínuo aos esforços para água potável e saneamento básico no **Chile** e **Haiti** após o terremoto e na América Central e **República Dominicana** para o desenvolvimento de uma estratégia para gestão de risco em água e saneamento básico em caso de desastres.

221. A Organização também colaborou com outros organismos das Nações Unidas no âmbito do Esquema Global de Ação “Saneamento Básico e Água para Todos” e apoiou a Avaliação Global Anual de Saneamento Básico e Água Potável (GLAAS), uma iniciativa liderada pela OMS para proporcionar aos responsáveis por políticas dados e análises para a tomada de decisões fundamentadas em saneamento básico e água potável.

222. Além disso, houve progresso no ODM-7 com a promoção da atenção ambiental primária e ambientes saudáveis, como moradias, escolas e locais de trabalho saudáveis.

Moradia saudável em Chiapas, México

Uma iniciativa no sul do **México** está contribuindo para o progresso no alcance do ODM-7 ao melhorar as condições de vida dos habitantes de comunidades periféricas.

Depois de realizar estudos das condições socioculturais e sanitárias no estado de Chiapas, ao final de 2010, a OPAS/OMS desenvolveu um protótipo para um projeto de “moradia saudável” no município de San Cristobal de las Casas. O projeto usa materiais de baixo custo, tecnologias apropriadas e componentes flexíveis que podem ser adaptados às necessidades de diferentes comunidades em toda a região. Também promove a participação comunitária e um enfoque de atenção primária à saúde. Estima-se que a primeira etapa do projeto beneficiará mais de 2 mil famílias em três municípios.

Em resposta à iniciativa, o governo estadual de Chiapas pediu à Organização ajuda a outras comunidades em todo o estado para reproduzir o protótipo de “moradia saudável” como uma maneira de superar a pobreza, ao integrar comunidades dispersas, proteger as pessoas que vivem em zonas de alto risco e promover o desenvolvimento humano.

O projeto será executado através de uma parceria com o governo estadual e o departamento de saúde de Chiapas e o Instituto de Cidades e Populações Rurais do **México**. O Fundo Espanhol para o Alcance dos ODM está financiando este projeto.

Saúde ambiental na Argentina

Depois de uma decisão de 2008 em que a Suprema Corte solicitou que o Estado melhorasse as condições ambientais do Rio Matanza-Riachuelo, o governo da **Argentina** lançou um programa de limpeza ambiental abrangente para melhorar a qualidade de vida dos residentes da bacia do rio. A OPAS/OMS prestou cooperação técnica ao Ministério da Saúde e Ministério do Ambiente e Desenvolvimento Sustentável para ajudar a implementar o programa.

As contribuições da Organização incluíram um estudo com 1.358 crianças menores de seis anos que estabeleceu um perfil diagnóstico de referência do estado nutricional, desenvolvimento psicomotor e níveis de poluentes em líquidos biológicos. A OPAS/OMS também ajudou a consolidar os dados existentes e o sistema de vigilância, implantar 20 novos núcleos de vigilância e orientar equipes de saúde em problemas associados às condições ambientais e de moradia. Outro apoio incluiu a capacitação em prevenção, diagnóstico e tratamento da intoxicação ambiental, treinamento em métodos laboratoriais e de inserção de dados, produção de protocolos de vigilância e implementação do Registro Nacional de Malformações Congênitas em seis maternidades, aliados ao treinamento para pessoal da saúde em epidemiologia, prevenção, tratamento e assistência social. A OPAS/OMS também apoiou a criação de novas Equipes de Resposta Rápida de Saúde para responder a emergências ambientais.

223. O apoio da Organização aos esforços para o alcance do ODM-7 também incluiu cooperação técnica na área de mudança climática. Na **Jamaica**, incluiu a preparação de um documento nacional sobre mudança climática e saúde, a formação de um grupo técnico sobre este assunto e o patrocínio conjunto de vários eventos com o Escritório de Meteorologia da **Jamaica** e organizações profissionais afins.

224. Além disso, foram empreendidos esforços interinstitucionais para preparação da 20.^a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20), a ser realizada no **Brasil** em junho de 2012. Um tópico central da conferência será a economia verde no contexto da erradicação da pobreza e promoção do desenvolvimento sustentável.

ODM-8: Estabelecer uma parceria global para o desenvolvimento

225. A OPAS/OMS sempre foi um catalisador de parcerias internacionais para o progresso da saúde e desenvolvimento nas Américas e tem continuado esta liderança no que se refere aos ODM. Como destacado no Capítulo I, a Organização é participante ou membro fundador de várias parcerias importantes regionais dedicadas a acelerar o progresso dos ODM, entre elas a Aliança da Saúde do Recém-Nascido para América Latina e Caribe, GTR, Iniciativa de Maternidade Segura e PAND (essas iniciativas foram detalhadas no ODM-4 e ODM-5 anteriormente).

226. Outra aliança regional fundamental para o progresso dos ODM é a Equipe Regional do Grupo das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDG-LAC). Fundada em 2003, a UNGD-LAC reúne os diretores regionais de 20 organismos das Nações Unidas em atividade na América Latina e no Caribe. O grupo atua para melhorar a eficácia da cooperação técnica das Nações Unidas e auxiliar no âmbito nacional ao melhorar a colaboração interinstitucional, promovendo as prioridades nacionais e criando sinergias. A diretora da OPAS contribuiu estreitamente com outros diretores regionais do grupo em questões relativas a nutrição, mortalidade materna, direitos dos povos indígenas e participação dos jovens para o alcance dos ODM.

227. No âmbito nacional, a Organização também atuou junto com outros organismos das Nações Unidas na Avaliação Conjunta dos Países/Matriz de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento (CCA/MANUD), como participante das Equipes das Nações Unidas nos Países e como um organismo de implementação de projetos financiados pelos fundos de reserva multilaterais como o Fundo Espanhol para o Alcance dos ODM (Espanha), Fundo de Reserva das Nações Unidas para Segurança Humana (Japão), Fundo de Reserva das Nações Unidas para Eliminar a Violência contra a Mulher (diversos doadores) e o Programa Conjunto de Desenvolvimento Rural na **Guatemala** (Suécia).

Fundo Espanhol para o Alcance dos ODM

O Fundo para o Alcance dos ODM foi criado pelo governo da **Espanha** em 2006 em coordenação com o PNUD para acelerar os esforços para alcançar os ODM e apoiar os esforços de reforma das Nações Unidas no âmbito nacional. A contribuição de 528 milhões de euros da **Espanha** para o fundo financiou projetos em 50 países da África, Ásia, Oriente Médio e Europa Oriental, assim como na América Latina e no Caribe, onde o fundo tem sua maior carteira de projetos.

A OPAS/OMS participou de programas financiados pelo Fundo dos ODM em 16 países das Américas — **Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e República Dominicana** — nas áreas da infância, segurança alimentar e nutricional, igualdade de gênero e empoderamento da mulher, mudança climática e ambiental, governança democrática e econômica, prevenção de conflitos e consolidação da paz, desenvolvimento e o setor privado e cultura e desenvolvimento.

A Organização também colaborou com a Secretaria do Fundo Espanhol para o Alcance dos ODM em Nova York para promover as áreas prioritárias de saúde nos programas do fundo e facilitar os processos administrativos para transferências rápidas às Equipes das Nações Unidas nos Países.

228. A OPAS/OMS também fez parceria com agências bilaterais de desenvolvimento como AECID, ACDI, Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), Agência

Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento (NORAD), PEPFAR, Agência Sueca de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (ASDI), USAID e CDC, que forneceram financiamento e cooperação técnica para projetos e programas. Além disso, projetos, programas e atividades conjuntos foram realizadas com várias ONGs internacionais, como a Aliança GAVI, Save the Children, Enfants du Monde, Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias, Conferência Geral de Adventistas do Sétimo Dia, Partners in Health e a Cruz Vermelha canadense.

229. A Organização também colaborou com uma ampla gama de parceiros nacionais nos seus Estados Membros, como organizações profissionais, acadêmicas, comunitárias, filantrópicas, religiosas e outras organizações da sociedade civil. Todas essas parcerias vieram se somar à colaboração com autoridades de governos nacionais, estaduais e locais de setores como saúde, educação, agricultura, desenvolvimento, meio ambiente e assuntos indígenas e da mulher, em atividades e projetos que foram descritos em detalhes anteriormente.

Acesso a medicamentos

230. A cooperação técnica na área de medicamentos essenciais ajudou os Estados Membros a ampliar o acesso a medicamentos e produtos biológicos de qualidade e reduzir os gastos por conta própria dos indivíduos e famílias, principalmente entre os pobres. Este trabalho abrangeu desde apoio à formulação, implementação e monitoramento de políticas farmacêuticas à negociação de preços menores para medicamentos e compra de medicamentos e produtos em nome dos países através do Fundo Estratégico da OPAS.

231. A base para as ações nesta área incluiu a terceira Estratégia de Medicamentos da OMS (2008-2013), Funções Essenciais da Saúde Pública (CD42.R14, 2000), Acesso a Medicamentos (CD45.R7, 2004), Estratégia Global da OMS e Plano de Ação para Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (WHA61.21, 2008) e sua contraparte regional, Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual: Uma Perspectiva Regional (CD48.R15, 2008).

232. Um acréscimo importante a esta base foi a nova estratégia Fortalecimento das Autoridades Nacionais Reguladoras de Medicamentos e Produtos Biológicos (CD50.R9), que foi finalizada em 2010 e aprovada pelo 50º Conselho Diretor da OPAS. A estratégia visa melhorar a capacidade das autoridades reguladoras nacionais de garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos produtos farmacêuticos através de funções como autorização de estudos clínicos e aprovação de produtos para comercialização, inspeção e licenciamento de fabricantes e distribuidores e vigilância da publicidade e uso racional de medicamentos. Para apoiar esses esforços, autoridades reguladoras nacionais da **Argentina, Brasil, Colômbia e Cuba** foram identificadas como referências regionais.

233. A Organização também elaborou uma nova estratégia sobre o uso de medicamentos genéricos para melhorar o acesso e o uso racional dos medicamentos. Uma versão preliminar foi publicada na internet para análise pelos interessados diretos em fins de 2010, e as observações resultantes foram incorporadas na versão definitiva, que foi lançada na 6ª Conferência Pan-Americana sobre Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (CPANDRH) em Brasília (ver também adiante).

234. Outra área importante de trabalho foi a promoção de pesquisas de saúde e desenvolvimento que melhor atendem às necessidades de saúde pública dos países, como pesquisa e desenvolvimento em doenças negligenciadas e doenças da pobreza. Em 2010, *Inovação para saúde pública nas Américas: promoção de pesquisa e desenvolvimento de produtos de saúde* foi publicada com base nas conclusões de uma conferência de 2009 organizada em conjunto pela OPAS/OMS e o Programa Especial de Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais. O relatório incluiu recomendações sobre a criação de sistemas para inovação no âmbito nacional, sub-regional e regional para promover produtos de saúde apropriados a preços acessíveis que atendem às prioridades de saúde dos Estados Membros da OPAS/OMS.

235. A Organização também continuou a desenvolver uma nova Plataforma Regional de Acesso e Inovação para Tecnologias em Saúde, uma série de ferramentas baseadas na internet que permitem que os interessados diretos de diferentes setores interajam de modo a promover o acesso, uso racional e boa governança na área de medicamentos essenciais e outras tecnologias em saúde. A OPAS/OMS apresentou uma proposta e recebeu comentários sobre a plataforma de autoridades sanitárias e reguladoras, acadêmicos e pesquisadores, autoridades da área científica e de tecnologia e representantes dos fabricantes. Os parceiros no projeto são INFOMED **Cuba** e BIREME e apoio está sendo prestado pela Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos **Estados Unidos** (FDA), União Europeia (através de capacitação em doenças tropicais), **Brasil** e **Espanha**.

236. A Rede Pan-Americana de Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (PANDRH) organizou a 6ª Conferência Pan-Americana de Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (CPANDRH) em Brasília em julho de 2011. A conferência contou com mais de 300 participantes de 26 países, inclusive autoridades sanitárias, especialistas em assuntos de regulamentação e afins e representantes da indústria farmacêutica. Os grupos de trabalho da PANDRH sobre boas práticas de laboratório, produtos de biotecnologia, registro de medicamentos e medicamentos falsificados apresentaram os resultados do seu recente trabalho colaborativo.

Fundo Estratégico da OPAS

Uma das contribuições mais importantes da Organização à ampliação do acesso a medicamentos essenciais de qualidade é o Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública da OPAS, também conhecido como Fundo Estratégico da OPAS. Criado em 2000 a pedido dos Estados Membros, o fundo compra medicamentos e provisões a preços reduzidos ao juntar a demanda e obter economia de escala, além de prestar cooperação técnica aos países em planejamento, programação e previsão de medicamentos e produtos. O fundo também fornece listas de preços de referência e fornecedores pré-qualificados, cujos produtos e práticas de produção cumprem os padrões da OPAS/OMS.

Em 2010 e na primeira metade de 2011, o Fundo Estratégico da OPAS comprou medicamentos e artigos no valor de mais de US\$ 50,5 milhões em nome de 16 países: **Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname e Venezuela.**

Como descrito no ODM-4 anteriormente, o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas da OPAS prestou apoio semelhante para a compra de vacinas, seringas e itens da cadeia de frio, totalizando quase US\$ 723 milhões em compras em nome de 40 países e territórios em 2010-2011.

237. No Dia Mundial da Saúde de 2011, cujo tema foi a questão da resistência aos antimicrobianos, a OPAS/OMS promoveu uma mesa-redonda especial, moderada por Claudia Palácios, âncora do noticiário de fim de semana da CNN em espanhol, com a participação de especialistas como o Dr. Anthony Fauci, Diretor do Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas dos **Estados Unidos**; Dr. Marcelo Galas, do Ministério da Saúde da **Argentina**, Dra. Susan Foster, da Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos e Jon Andrus, Diretor Adjunto da OPAS. O evento destacou problemas como infecções adquiridas na comunidade e infecções nosocomiais multirresistentes, a crescente resistência aos medicamentos para tuberculose, malária e HIV, o uso de antibióticos na produção pecuária e práticas de profissionais da saúde e de pacientes que contribuem para resistência aos antimicrobianos.

Rostos, vozes e lugares dos ODM

238. Embora quase toda a cooperação técnica da OPAS/OMS contribua para o progresso dos ODM, a iniciativa Rostos, Vozes e Lugares (RVL) ocupa uma posição de destaque entre os esforços da Organização para fazer avançar a agenda dos ODM nas comunidades mais carentes. Lançada em 2006, esta iniciativa multisetorial atua em comunidades vulneráveis através de parcerias com líderes locais, organizações não governamentais e de base com o objetivo de despertar conscientização acerca dos ODM e promover a participação e habilitação comunitária.

239. A RVL parte da premissa de que os indicadores de nível nacional podem ocultar a miséria e a exclusão social que continuam afetando muitas comunidades, principalmente nos países de renda média, onde vivem 90% dos pobres. Ela aborda este problema ao trabalhar em comunidades vulneráveis de toda a América Latina e Caribe usando os determinantes sociais da saúde como ponto de partida. Em 2010-2011, mais de 40 comunidades em 23 países estavam participando da RVL.

Rostos, Vozes e Lugares dos ODM nas Américas

Anguilla Grupos populacionais vulneráveis	Guatemala Los Encuentros, San Juan Ermita, Chiquimula
Argentina Blanca Laguna, Formosa	Guiana Costa Essequibo e Georgetown
Belize Grupos populacionais vulneráveis	Granada Jovens do sexo masculino no Centro Médico Tivoli
Brasil Guarulhos, São Paulo Olinda, Pernambuco Duque de Caxias, Rio de Janeiro Fortaleza, Ceará Campinas, São Paulo	Honduras Região da Mosquitia
Bolívia Região de Cuarirenda, Charagua, Chaco Huacullani, Tiwanaku, próximo ao Lago Titicaca	México Através da Rede de Municípios para Saúde
Colômbia 100 municípios através do programa nacional de redução da pobreza; seis municípios através da estratégia nacional de ambientes saudáveis	Montserrat Áreas afetadas pelo furacão Hugo e erupção do vulcão Soufrière Hills
Costa Rica Corredores, Puntarenas Região de Brunca	Nicarágua San Carlos, Rio San Juan Região de Miskito
Cuba El Cotorro, La Habana Santa Isabel das Lajas, Cienfuego	Panamá Santa Fe de Veraguas Cinco municípios em Santa Fé
República Dominicana Comendador e Pinzón, Elías Piña Batey Madre, Batey Walterio, Batey Santa Cruz e Montecristo	Paraguai Machareti, Mariscal Estigarribia, Chaco Reducto e Laurety, San Lorenzo
Dominica Territórios de caribes	Peru Belén, Loreto, Iquitos Coporaque, Cuzco

Equador Colta, Alausí, Guamote e Nabón, Azuay	Uruguai Canelones
El Salvador Rosario de Mora, Santiago Texacuangos, San Salvador e Villa Centenario, Sonsonate	

240. A iniciativa usa estratégias participativas e intervenções integradas para ajudar as comunidades a superar os determinantes sociais que as mantêm na pobreza e que as impedem de alcançar os ODM. Promove a comunicação horizontal e o intercâmbio de informação entre os prestadores de cooperação técnica e beneficiários a fim de assegurar que as intervenções tratem dos problemas e prioridades identificados pelas próprias comunidades e também encontrem soluções que sejam sustentáveis com o tempo.

241. Na **Bolívia**, a RVL está sendo implementada em Cuarirenda, Santa Cruz, que é uma comunidade de guaranis com menos de 500 residentes. Através de um exercício diagnóstico participativo, os membros da comunidade determinaram as suas prioridades como produzir alimentos suficientes para suprir as necessidades nutricionais de cada família, empoderamento das mulheres, ampliar o posto de saúde local para ter uma sala de partos e oferecer teste de HPV, capacitar membros da comunidade na prevenção de doenças comuns como a doença de Chagas e melhorar os serviços de abastecimento de água e saneamento básico com a construção de um novo poço, melhorando as latrinas e reciclando lixo.

242. Nas comunidades Cubanas de Cotorro, La Habana e Santa Isabel das Lajas, Cienfuegos, a RVL beneficia principalmente as crianças em risco de distúrbios de neurodesenvolvimento, adolescentes grávidas e idosos, usando um enfoque que mobiliza e habilita a comunidade para atender as necessidades especiais desses grupos.

243. Na **República Dominicana**, a iniciativa trabalha nas comunidades com altos níveis de desnutrição, saneamento ambiental precário e presença significativa de refugiados haitianos. Em coordenação com o Ministério da Saúde, a RVL ministrou treinamento para membros da comunidade em nutrição, malária, dengue, cólera e leptospirose, assim como para a construção de latrinas.

244. A partir de 2010, a RVL começou a se ampliar de forma autônoma às comunidades e municípios próximos dos que já participavam da iniciativa. Os prefeitos participantes no **Panamá** convidaram os líderes de 11 municípios a entrarem para a iniciativa em 2010 e, em 2011 fizeram o mesmo convite aos líderes de comunidades indígenas. Na **Costa Rica**, a RVL se difundiu em toda a região Brunca, a mais pobre do país. Na região do Chaco na América do Sul, os prefeitos de comunidades na **Argentina**, **Bolívia** e **Paraguai** se comprometeram a promover a iniciativa em outras comunidades através de um projeto de CTP.

245. Na área rural de Olinda e Guarulhos, no **Brasil**, os prefeitos participantes criaram uma rede própria de prefeitos e convidaram outros prefeitos de comunidades vizinhas a participarem das suas reuniões anuais. Em 2011, o Ministério da Saúde do **Brasil** reconheceu formalmente a RVL como um programa de saúde e forneceu financiamento oficial do setor da saúde. O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) do **Brasil** também prometeu dar apoio.

246. A RVL foi lançada pela primeira vez nos países do Caribe de língua inglesa em 2010-2011, como resultado do trabalho de membros do programa Profissionais Jovens para ODM (iniciativa conjunta das OPAS/OMS e de várias universidades dos **Estados Unidos e Canadá**). Os participantes são membros da tribo de caribes na **Dominica** e comunidades vulneráveis em **Anguilla, Granada e Montserrat**.

247. Com base nas experiências em 23 países, a RVL desenvolveu uma Cesta Virtual de Boas Práticas no âmbito comunitário para promover cada um dos ODM.

248. Quatro elementos principais provaram ser essenciais à implementação sustentável e bem-sucedida da iniciativa: o compromisso de participação de prefeitos e outras autoridades locais, a criação de um grupo básico de líderes da comunidade capaz de dirigir e incentivar, a participação de uma instituição acadêmica como parceira de implementação e fortalecimento da capacidade das comunidades. A OPAS/OMS está promovendo este último elemento mediante um programa educacional em “Saúde e Desenvolvimento Local”, que já formou 162 líderes comunitários de 23 países desde 2009.

Capítulo III. Lições e desafios

249. A Declaração do Milênio e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio demonstraram o poder da vontade política mundial no mais alto grau com um propósito comum: erradicar a pobreza. Os ODM permitiram transcender a linguagem declarativa e se comprometer com ações concretas em nível nacional, regional e mundial, no curto, médio e longo prazos, com o monitoramento do progresso e análises periódicas pelos governos, sociedade civil, sistema das Nações Unidas e parceiros para o desenvolvimento. Este enfoque de prestação de contas faz parte integrante da agenda dos ODM e certamente tem contribuído para o progresso alcançado.

250. Os ODM também permitiram marcar a pauta para um trabalho integrado e sinérgico entre setores e agências, reconhecendo que somente é possível melhorar as condições de vida dos mais vulneráveis mediante esforços coordenados baseados em estratégias de desenvolvimento que abordam as questões de nutrição, trabalho e emprego, educação, saúde e saneamento, e que envolvem compromissos compartilhados entre as nações desenvolvidas e as nações em desenvolvimento. Neste sentido, os ODM reforçam o foco da OPAS/OMS nos determinantes sociais da saúde e a necessidade de abordá-los com intervenções multissetoriais. Simultaneamente, ao conferir um espaço central à saúde na agenda de desenvolvimento, o esquema dos ODM aumentou a visibilidade e o reconhecimento da saúde nas políticas públicas.

251. Na última década, a Organização conseguiu integrar os ODM nos seus programas de cooperação técnica, que já abordavam tópicos como fome e desnutrição, desigualdade de gênero, saúde materno-infantil, doenças infecciosas e negligenciadas, saúde ambiental e parcerias para o desenvolvimento. Os ODM têm promovido e fortalecido os esforços da OPAS/OMS e de seus Estados Membros nestas áreas importantes.

252. Ao mesmo tempo, reconhecendo a séria desigualdade de renda da Região, a OPAS/OMS vem enfatizando a necessidade de não se restringir aos ODM e suas metas oficiais para abordar as grandes disparidades ocultas por trás das médias nacionais. Ao lançar a iniciativa Rostos, Vozes e Lugares, a OPAS/OMS destacou a importância de chegar aos municípios e territórios mais vulneráveis e negligenciados, renovar os princípios da atenção primária à saúde e habilitar as populações nas suas comunidades. Não é suficiente que os chefes de Estado e de governo tenham conhecimento dos ODM e se comprometam a realizá-los. Os prefeitos, as autoridades locais e os próprios moradores das comunidades devem entender que os ODM são peças básicas de uma agenda de desenvolvimento sustentada nos direitos humanos. Ao dar destaque a isso, a OPAS/OMS tem contribuído de modo singular com um modelo ético para o progresso dos ODM.

253. As experiências da Organização ao prestar cooperação técnica para o avanço dos ODM nos Estados Membros têm produzido lições que podem ajudar a acelerar o

progresso rumo a estes objetivos nos últimos quatro anos que faltam para 2015 e iluminam o caminho a seguir depois de 2015.

254. Uma lição evidente é a necessidade de dar mais atenção aos problemas da mortalidade materna e neonatal, um dos ODM em que a Região menos avançou, especialmente em zonas rurais, áreas de maior vulnerabilidade e pobreza. As concentrações recentes em zonas periurbanas representam desafios em termos de acesso aos serviços de saúde para reduzir a mortalidade materno-infantil. O alcance da meta continua longe também quanto à desnutrição crônica. O acesso seguro à água potável e ao saneamento básico em termos numéricos representa um desafio urbano devido às tendências demográficas, mas há ainda grandes segmentos populacionais das circunscrições rurais mais pobres que não dispõem desses benefícios do desenvolvimento. Todos estes assuntos pendentes requerem uma abordagem com maior foco, enquanto a abrangência e o caráter intersetorial das políticas, programas e projetos devem ser reforçados.

255. Ao mesmo tempo, embora exista evidência de que a pobreza diminuiu, o progresso tem sido desigual e há ainda segmentos populacionais vulneráveis, especialmente devido à localização geográfica, identidade cultural e gênero. Portanto, é imprescindível continuar o trabalho em prol dos ODM no nível local e municipal e com grupos marginalizados e em situação de desvantagem, embora seja difícil perceber essas desvantagens com os dados disponíveis. Da mesma forma, apesar do progresso na redução da desigualdade na Região, promover a igualdade de oportunidades e de resultados continua sendo crucial para que sejam reduzidas as discrepâncias nos países.

256. Outra lição importante confirmada nas últimas décadas é que existe um círculo virtuoso, em que o crescimento econômico e a saúde somados ao desenvolvimento social se reforçam mutuamente. Portanto, é essencial manter estreita vigilância sobre a evolução dos ciclos econômicos, porque aumenta a vulnerabilidade dos mais pobres durante os períodos de recessão desses ciclos, sobretudo porque os gastos e o investimento social tendem a ser reduzidos como parte dos ajustes necessários para superar as crises. É preciso sistematizar as lições aprendidas dos países de média renda não só para frear a crise econômica, mas também para reduzir a desigualdade e promover o desenvolvimento sustentável.

257. Por exemplo, o impacto da última recessão de 2008–2009 foi menos profundo que o de recessões anteriores, como a da década de 80, porque as economias da Região estavam mais bem preparadas e dispunham de programas sociais especificamente planejados para a proteção dos mais vulneráveis. Por isso é necessário proteger e fortalecer o gasto social, sobretudo o destinado aos programas de proteção social.

258. Estas e outras lições decorrentes das experiências da OPAS/OMS e de seus Estados Membros com os ODM apontam várias conclusões e recomendações para esforços futuros neste sentido, como descrito adiante.

- a) É imprescindível gerar constantemente evidência necessária para o desenvolvimento de políticas, planos, programas e projetos. Para isso é necessário fortalecer os sistemas nacionais de informação em saúde. A evidência constitui a base de sustentação para a adoção das decisões e execução de medidas eficazes. Somente com dados e informação de boa qualidade os objetivos podem ser concretizados em resultados. É essencial incentivar o observatório dos ODM relacionados com a saúde para monitorar o progresso e retrocessos em nível nacional e subnacional e facilitar ações apropriadas e oportunas.
- b) Também é necessário manter vigilância constante sobre os níveis de gastos públicos em saúde, inclusive os gastos sociais para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde e universalizar os programas de proteção social, com ênfase nos setores e municípios mais vulneráveis. Isto poderia ser alcançado mediante a elaboração conjunta com os ministérios da saúde de um programa de monitoramento dos gastos sociais com relatórios anuais.
- c) Enquanto persistirem níveis elevados de pobreza e desigualdade na Região, deve-se aumentar os gastos públicos no setor da saúde e em programas de proteção social que impliquem mudanças estruturais. Esses programas devem não só usar recursos dos diferentes setores, mas também levar a sinergias em processos e resultados; facilitar processos de empoderamento e não se limitar a ajudas individualizadas; focalizar não só o acesso, mas também a qualidade; monitorar resultados não só em termos de aliviar a extrema pobreza, mas também superá-la, de modo que os benefícios sejam dificilmente reversíveis. Para isso será necessário que os países da região empreendam reformas fiscais que possam sustentar o aumento e a sustentabilidade dos gastos sociais.
- d) A cooperação técnica com foco nas áreas geográficas, inclusive zonas de pobreza seja nos municípios urbanos, comunidades dispersas e territórios transnacionais, continuará sendo fundamental para acelerar o progresso no cumprimento dos ODM. A iniciativa Rostos, Vozes e Lugares ajudou a chamar atenção sobre a agenda inconclusa e a desigualdade dentro dos países. Esta agenda deve manter a visibilidade e ser considerada na sua dimensão política, técnica e financeira para que as políticas e a alocação de recursos não acabem por ignorar uma vez mais essas áreas.
- e) A fim de assegurar uma abordagem multissetorial e multidimensional, é necessário contar com inventários de políticas nacionais para facilitar a avaliação e promover de modo concreto “a saúde em todas as políticas”. Só assim é possível

- obter sustentabilidade dos resultados e garantir a ação efetiva sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde.
- f) Também é importante complementar o processo de harmonização das atividades de cooperação internacional com esforços para fortalecer a capacidade de gestão e coordenação das autoridades nacionais. Trata-se de captar, harmonizar e alinhar a cooperação externa para alcançar os ODM e abordar as prioridades nacionais de saúde e desenvolvimento.
 - g) Os projetos de grande envergadura que demandam recursos vultosos, como obras de infraestrutura de abastecimento de água potável e saneamento básico, requerem o apoio das instituições financeiras multilaterais. Para garantir a qualidade dos serviços e assegurar sua sustentabilidade, os esforços entre as entidades financeiras internacionais e outras agências dedicadas a alcançar estes objetivos devem ser coordenados e as relações com os bancos de desenvolvimento e com as agências das Nações Unidas devem ser fortalecidas, para atender as prioridades nacionais. Como assinalamos anteriormente, nestes 11 anos foi lançada uma série de parcerias, que ilustram um trabalho integrado com um objetivo comum.
 - h) Por fim, o fato de os países da América Latina e Caribe terem conseguido alcançar muitas das metas traçadas nos ODM lhes confere a responsabilidade de compartilhar a experiência acumulada com outras regiões em desenvolvimento. Para isso, a OPAS continuará a partilhar sua experiência, fomentar a cooperação sul-sul e organizar esforços de cooperação e transferência de conhecimento entre países, com o apoio dos doadores e dos Estados Membros, bem como através da OMS e de outras entidades especializadas das Nações Unidas.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio depois de 2015

259. O objetivo de reduzir a pobreza e melhorar a qualidade de vida não será plenamente alcançado em 2015, nem na Região das Américas nem no mundo, apesar dos importantes progressos realizados. Será necessário continuar seguindo o imperativo ético estabelecido nos ODM, a partir de um enfoque informado pela análise das experiências até o momento. Eis algumas considerações que devem ser incorporadas nesse enfoque:

- a) O compromisso deve ser global, mas os objetivos, as metas e os indicadores devem ser adaptados no nível regional para levar em conta as diferenças relevantes. Para a nossa Região, isto implica metas mais altas e focadas na população excluída, povos indígenas e afrodescendentes, bem como nas mulheres, crianças e idosos. Só com metas diferenciadas se conseguirá romper o núcleo da desigualdade.

- b) A agenda dos ODM terá de transcender o plano nacional e exercer influência descentralizadora que incentive análises subnacionais e ações nas comunidades. Diante da distribuição desigual de recursos, deve-se enfatizar os esforços para criar capital humano no nível local.
- c) As lições aprendidas nos últimos 15 anos podem ser usadas para estabelecer pontos de referência regionais, nacionais e subnacionais e sistematizar evidências que permitirão ajustar ações e estimular o progresso. Isto favorecerá processos de aceleração do progresso dos ODM com base em políticas nacionais, ações locais e processos de conscientização da população.
- d) A agenda de desenvolvimento estabelecida pelos ODM em 2000 deve ser enriquecida com modelos de desenvolvimento sustentável que abordem os desafios da mudança climática e as considerações debatidas na “Cúpula Rio+20”. A pobreza e a desigualdade devem estar no centro nos debates da Cúpula da Terra. São os mais vulneráveis que estão sofrendo mais com os efeitos da mudança climática; portanto, neles devem começar os esforços de preparação para desastres e redução das consequências da mudança climática.
- e) Ao mesmo tempo, a transição demográfica, somada aos hábitos de consumo dos habitantes da Região, criou um novo e maior desafio que não foi considerado na agenda dos ODM. Apesar do grande progresso em controlar as doenças contagiosas nas Américas, a epidemia de doenças crônicas está crescendo. Ela afeta igualmente os países e os indivíduos ricos e pobres, a tal ponto que na América Latina e Caribe, a partir de 2015, as metas de saúde e desenvolvimento deverão dar igual ou maior prioridade às doenças não transmissíveis, que têm consequências adversas para as populações vulneráveis e cujo tratamento é mais complexo e caro. A promoção da saúde desempenhará um papel fundamental, capaz de criar hábitos e transformar espaços urbanos em ambientes saudáveis, ao mesmo tempo em que se cria consciência acerca de estilos de vida mais saudáveis.
- f) As questões da produtividade e emprego terão maior importância nos ODM de segunda geração, com ênfase no trabalho dos jovens e na formação de capacidade profissional. Os esforços para reduzir a pobreza não serão sustentáveis se não houver crescimento e maior produtividade e não forem geradas novas formas de trabalho digno e saudável, tanto no setor formal como no informal. A saúde e a segurança no trabalho, associadas a programas de proteção social, previdência social e aposentadoria, permitirão manter a qualidade de vida, não só nos anos de participação produtiva, mas também durante a aposentadoria. Também serão necessárias alternativas criativas a fim de assegurar que os profissionais do setor informal possam dispor de fundos de aposentadoria suficientes para uma vida digna.

- g) Os ODM de segunda geração deverão concentrar suas prioridades em um desenvolvimento multidimensional, com rosto humano e modelo ético sustentado nos direitos humanos e na paz. Além do desenvolvimento econômico e social, é necessário enfrentar outros desafios com grande impacto na vida cotidiana, como a violência e a insegurança, sobretudo na Região das Américas. Isto demandará metas e indicadores de segurança pública para enfrentar o crime organizado e reformas das políticas de justiça para combater a impunidade. Está por começar uma nova era de segurança humana em que o setor da saúde terá um papel fundamental.
- h) Por último, para prosseguir neste caminho, continuará sendo fundamental o fortalecimento de parcerias de desenvolvimento entre os diferentes atores. A solidariedade internacional deverá continuar presente, mas deve ajustar seus mecanismos para ter maior eficácia. É preciso reconhecer as realidades complexas dos países de renda média; o apoio internacional deve ser mais harmonizado e menos fragmentado, baseado em uma visão sistêmica e mais direcionado a fortalecer a capacidade e a autonomia dos países, reconhecendo e fortalecendo a liderança nacional. Estas características permitiriam consolidar os êxitos alcançados, abordar as deficiências e continuar enfrentando os desafios de desenvolvimento nas décadas futuras.

SIGLAS E ABREVIATURAS	
ACDI	Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional
ACEMI	Associação Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
ACP	Grupo de Estados da África, Caribe e Pacífico
AECID	Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
AID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
AIDA	Atenção integrada às doenças dos adolescentes
AIDPI	Atenção integrada às doenças prevalentes da infância
ALAPE	Associação Latino-Americana de Pediatria
ALARM	tratamento do parto e riscos (Advanced Labour and Risk Management)
Aliança GAVI	Aliança Mundial para Vacinas e Imunização
APND	Aliança Pan-Americana para a Nutrição e o Desenvolvimento
ASDI	Agência Sueca de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CALMA	Centro de apoio de lactância materna (El Salvador)
CAREC	Centro de Epidemiologia do Caribe
CDC	Centros para o Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
CEDES	Centro de Estudos de Estado e Sociedade
CEES	Concertación Educativa de El Salvador
CELADE	Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia (CEPAL)
CENTA	Centro Nacional de Tecnologia Agropecuária (El Salvador)
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CIM	Confederação Internacional de Matronas
CFNI	Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe
CLAP/WR	Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva
COMISCA	Conselho de Ministros de Saúde da América Central
COMMCA	Conselho de Ministras da Mulher da América Central
CONASAN	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (El Salvador)
CPANDRH	Conferência Pan-Americana sobre Harmonização da Regulamentação Farmacêutica
CREP	Centro Rosarino de Estudos Perinatais
CTP	Cooperação técnica entre países
DASALUD-Chocó	Departamento Administrativo de Saúde e Seguridade Social do Chocó (Colômbia)
DOTS	Tratamento breve diretamente observado
ECC	Coordenação de Programas no Caribe Oriental (escritório da OPAS/OMS em Barbados)
ENIPLA	Estratégia nacional intersetorial para planejamento da família (Equador)
ESAVI	Eventos supostamente atribuíveis à vacinação e imunização
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação
FDA	Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos
FEPPEN	Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FIPF	Federação Internacional de Planificação da Família
FLASOG	Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia
FOROSAN	Foro Regional sobre Segurança Alimentar e Nutricional
GCT	Grupo consultivo técnico
GTR	Grupo de Trabalho Regional para a Redução da Mortalidade Materna
Hábitat	Programa de Assentamentos Humanos das Nações Unidas

SIGLAS E ABREVIATURAS (cont.)	
Hib	Haemophilus influenzae tipo b
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IAM	Iniciativa Amazônica contra a Malária
INCAP	Instituto de Nutrição da América Central e Panamá
ITS	Infecção sexualmente transmissível
JICA	Organismo Japonês de Cooperação Internacional
MANUD	Marco de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento
MIFC	Programa para Habilitar Mulheres, Famílias e Comunidades (El Salvador)
NORAD	Organismo Norueguês de Cooperação para o Desenvolvimento
OACNUDH	Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos
OCHA	Escritório de Coordenação de Assuntos Humanitários
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	organização não governamental
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
PANCAP	Associação Pan-Caribenha contra HIV e AIDS
PEPFAR	Plano de Emergência para o Alívio da AIDS (Presidente dos Estados Unidos)
PLoS	Public Library of Science (Biblioteca pública de ciência)
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
PRISM	Marco de gestão do desempenho dos sistemas rotineiros de informação
PVH	papilomavírus humano
RAVREDA	Rede Amazônica de Vigilância da Resistência aos Antimaláricos
RISS	Redes integradas de serviços de saúde
SICA	Sistema de Integração Centro-Americana
SIG	Atenção infantil gratuita (Haiti)
SIP	Sistema informático perinatal
SOG	Atenção obstétrica gratuita (Haiti)
SRC	Síndrome de rubéola congênita
TARSA	Tratamento antirretroviral sumamente ativo
TB	Tuberculose
TB-MR	tuberculose polirresistente
TDR	Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais
UNDG-LAC	Grupo das Nações Unidas para o Desenvolvimento - América Latina e Caribe
UNDOC	Escritório das Nações Unidas contra as Drogas e o Crime
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFEM	Fundo das Nações Unidas para as Mulheres
UNIVO	Universidade do Oriente (El Salvador)
UNOPS	Escritório das Nações Unidas para Serviços de Projetos
USDA	Departamento de Agricultura dos Estados Unidos