

154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 16 a 20 de junho de 2014

Tema 7.6 da Agenda Provisória

CE154/INF/6
7 de maio de 2014
Original: inglês/espanhol*

RELATÓRIOS DE PROGRESSO SOBRE ASSUNTOS TÉCNICOS

ÍNDICE

A.	Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática	2
B.	Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas	6
C.	Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave	12
D.	Implantação do Regulamento Sanitário Internacional	19
E.	Eliminação de Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas à Pobreza.....	26
F.	Plano de Ação para Hospitais Seguros	32
G.	Situação dos Centros Pan-Americanos	35

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

A. ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO SOBRE MUDANÇA CLIMÁTICA

Antecedentes

1. Este relatório contém uma atualização do progresso conseguido durante os dois primeiros anos da implantação da Estratégia e do Plano de Ação regional sobre Mudança Climática (1). O relatório foca no progresso em direção aos quatro objetivos gerais: evidências; conscientização e educação; parcerias; e adaptação. O relatório é baseado nas conclusões de duas oficinas-chave que abordaram a implantação da Estratégia e do Plano de Ação no final de 2013: uma realizada no México, para todos os países na Região, com 24 países participantes; e a outra, em Barbados, para o Caribe, com 14 países participantes. O relatório também recorre às informações de um questionário enviado aos países com respeito à sua execução das ações (18 respostas até o momento).

Atualização do Progresso

2. A Estratégia fornece um conjunto acordado de atividades comuns necessárias para impulsionar o trabalho em mudança climática. A Estratégia motivou países onde nenhuma ou muito poucas atividades estavam sendo realizadas. A tabela 1 mostra os fatores que estão facilitando a implementação do plano de trabalho, fatores que estão dificultando o progresso, e fatores necessários para superar as dificuldades, conforme identificado pelos países (nem todos os fatores se aplicam a todos os países).

3. *Evidências (Promover e apoiar a geração e difusão de conhecimento para facilitar ações fundamentadas de redução dos riscos para a saúde associados com a mudança climática):* Guias sobre a avaliação de vulnerabilidade e adaptação foram desenvolvidos e disseminados amplamente em inglês, espanhol e português. Dez países na Região apresentaram comunicações nacionais à Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança Climática (UNFCCC) durante 2012-2013; todas incluíram relatórios sobre a saúde, algumas com análises detalhadas (2). Houve limitado progresso na avaliação das emissões de gás de efeito estufa no setor da saúde. No entanto, a *Smart Health Facilities Initiative* (Iniciativa para Instalações de Saúde Inteligentes) inclui a redução de emissões de carbono em seus objetivos em prol de estabelecimentos seguros e verdes.

4. *Conscientização e Educação (Gerar consciência e aumentar o conhecimento sobre os efeitos da mudança climática na saúde, de modo a facilitar intervenções de saúde pública):* Vários cursos e atividades de conscientização foram apoiados, inclusive um curso para os países do MERCOSUL no Uruguai e um para os países andinos no Equador; um módulo no Programa *Edmundo Granda Ugalde Leaders in International Health* da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); e vários cursos nacionais. Vários países desenvolveram campanhas de conscientização dirigidas à população geral. As oficinas no México e em Barbados foram úteis para o aumento do conhecimento e da consciência entre os participantes-chave de ministérios da saúde.

5. **Parcerias** (*Promover políticas e intervenções em e entre países em coordenação com outros organismos e setores*): A OPAS colaborou eficazmente com outros parceiros das Nações Unidas, inclusive com o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, em uma oficina no México. Atividades foram desenvolvidas e executadas com os organismos nacionais (por exemplo, uma oficina de treinamento multinacional no Equador); com os Centros Colaboradores (por exemplo, com o NIEHS, em um evento paralelo durante a Conferência das Partes da UNFCCC, em 2013); com a Organização do Tratado de Cooperação da Amazônia (por exemplo, uma oficina da OTCA sobre mudança climática e saúde em Manaus); e com a Convenção sobre a Diversidade Biológica, com respeito à inter-relação entre mudança climática, diversidade biológica e saúde (por exemplo, duas oficinas Regionais, uma para as Américas e uma, em colaboração com o AFRO). A OPAS também contribuiu para os relatórios apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) à UNFCCC. O trabalho contínuo com os parceiros inclui desenvolvimento dos instrumentos para compilar e disseminar informações, assim como redes para o intercâmbio de informações.

6. **Adaptação** (*Apoiar a avaliação da vulnerabilidade da população à mudança climática e identificar intervenções para adaptação*): A OPAS apoiou os países nas suas avaliações de vulnerabilidade sob diferentes projetos e com vários parceiros. Vários países incluem saúde em seus planos de adaptação nacionais e alguns completam ou começam planos de adaptação específicos do setor da saúde.

Ações Necessárias para Melhorar a Situação

7. Com base nas consultas, a OPAS continuará trabalhando para identificar os fatores de sucesso e as práticas ótimas, como destacado na Tabela 1, em particular durante o próximo biênio. Este trabalho se concentrará na execução das ações factíveis requeridas para o sucesso sob: *a)* Evidências, desenvolvendo indicadores de vulnerabilidade e avaliações de vulnerabilidade; *b)* Conscientização e Educação, apoiando esforços de capacitação nacionais e regionais; *c)* Parcerias, fortalecendo as redes recém-estabelecidas; e *d)* Adaptação, seguindo com o apoio aos planos de adaptação nacionais.

Intervenção pelo Comitê Executivo

8. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório de progresso e faça quaisquer comentários que considere pertinente.

Tabela 1. Fatores sumários influenciando no progresso da implementação da Estratégia e do Plano de Ação na Região

	Fatores de facilitação	Fatores prejudiciais	Fatores requeridos para sucesso
Evidências	<p>Aumento da comprovação científica em mudança climática e dos vínculos de saúde.</p> <p>Maior compreensão dos conceitos de determinantes sociais e ambientais.</p>	<p>Evidências insuficientes no nível nacional.</p> <p>Evidência atual não utilizada plenamente no setor da saúde.</p> <p>Participação insuficiente das instituições do governo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de vulnerabilidade e avaliações de vulnerabilidade na saúde para guiar as ações. • Fortalecimento das normas para reduzir a vulnerabilidade e os riscos. • Critérios baseados em saúde pública para guiar os investimentos.
Conscientização e educação	<p>Aumento da vontade política.</p> <p>Mais informações e resultados de grupos científicos.</p> <p>Ações conduzidas por organismos internacionais, inclusive o financiamento limitado, mas projetado.</p>	<p>Recursos humanos insuficientes e movimento frequente de pessoal.</p> <p>Falta de difusão apropriada de informações.</p> <p>Participação limitada dos jovens e das redes sociais.</p> <p>Falta de instituições-modelo na área de tema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de recursos humanos regional. • Programas educacionais adaptados aos responsáveis pelas decisões, às crianças e à comunidade em geral. • Seminários regionais sobre o tema. • Capacitar o setor da saúde para que seja mais inclusivo e proativo.
Parcerias	<p>Aumento das atividades nacionais interinstitucionais.</p> <p>Mais atividades das atuais alianças internacionais.</p>	<p>População não envolvida nas questões.</p> <p>Demora na implementação de políticas.</p> <p>Pressões políticas pelos emissores de gás de efeito estufa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde em todas as políticas. • Melhoria na participação intersetorial. • Envolvimento do governo local, com participação comunitária. • Redes para facilitar as ações.
Adaptação	<p>Planos de adaptação nacionais cada vez mais incluem saúde.</p> <p>Alguns países estão elaborando planos de ação específicos do setor da saúde.</p>	<p>Alguns países realçam a mitigação em relação à adaptação.</p> <p>Planos carecem de financiamento.</p> <p>Falta de um enfoque setorial.</p> <p>Orçamentos baixos para a saúde.</p>	<p>Ênfase na ação preventiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma agenda de saúde incluída nas políticas para mudança climática. • Elaboração dos planos de ação com base nos exemplos bem-sucedidos.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação sobre mudança climática [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional para as Américas; 26-30 de setembro, 2011; Washington (D.C.), EUA (Documento CD51/6) [citado em 14 de abril, 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14473&Itemid=
2. United Nations Framework Convention on Climate Change. Non-Annex 1 national communications [Internet]. Bonn (Germany): UNFCCC; c2014 [cited 2014 Apr 14]. Available from: https://unfccc.int/national_reports/non-annex_i_natcom/items/2979.php

B. PLANO DE AÇÃO PARA MANTER A ELIMINAÇÃO DO SARAMPO, RUBÉOLA E SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Introdução

1. Neste relatório são apresentadas aos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) as evidências que indicam que se alcançou a interrupção da circulação endêmica dos vírus do sarampo e da rubéola em os países das Américas. Além disso, informa-se sobre o progresso na implementação do plano de ação para manter a eliminação destas doenças nos países e territórios.

Antecedentes

2. A 27^a Conferência Sanitária Pan-Americana de 2007 aprovou a Resolução CSP27.R2, na qual se instava os Estados Membros a instituir em todos os países comissões nacionais para documentar e confirmar a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita (SRC). Também foi solicitada a formação de um Comitê Internacional de Especialistas (CIE) para documentar e confirmar a eliminação regional das doenças.

3. Além disso, para manter a eliminação do sarampo, rubéola e SRC, a 28^a Conferência Pan-americana de 2012 aprovou a Resolução CSP28.R14 para a implementação de um plano de ação de emergência nos dois anos seguintes.

Análise da Situação

4. A eliminação do sarampo e rubéola é a interrupção da transmissão endêmica destes vírus por um período de pelo menos 12 meses, sob vigilância de alta qualidade, segundo a definição de eliminação adotada pela OPAS/OMS. Para confirmar a eliminação destas doenças, os países têm de documentar tal interrupção por um período mínimo de três anos, a partir da data do último caso endêmico. Com a finalidade de implementar o processo de documentação, foi criado o Comitê Internacional de Especialistas e constituídas 23 comissões nacionais, uma delas para os departamentos ultramarinos da França nas Américas, além de uma Comissão sub-regional para os países e territórios de língua inglesa e de língua holandesa do Caribe, que inclui o Suriname.

5. As comissões nacionais enviaram ao CIE, através da OPAS/OMS, relatórios sobre a eliminação avaliados por seus países. Estes relatórios foram analisados cuidadosamente pelo CIE. As observações feitas foram canalizadas através da OPAS/OMS a fim de que fossem melhoradas e posteriormente enviadas uma versão final.

6. Os membros do CIE visitaram oito países a fim de analisar o progresso realizado e identificar os desafios para manter a eliminação. Foi feito um seguimento especial, que

exigiu mais de uma visita e sessões virtuais com as autoridades nacionais nos países que apresentaram surtos sustentados de sarampo no período 2011-2013 ou que identificaram casos esporádicos de rubéola em buscas retrospectivas.

7. Foram realizadas pelo menos cinco reuniões entre o CIE e todas as comissões nacionais destinadas a analisar as tendências epidemiológicas do sarampo e rubéola, além de monitorar o progresso para a confirmação da eliminação. Estas reuniões também serviram para continuar defendendo a ideia de manter a eliminação e garantir o compromisso político e financeiro dos países.

8. As comissões nacionais e a comissão sub-regional apresentaram evidências nos seus relatórios de eliminação, que indicam a interrupção da transmissão endêmica dos vírus do sarampo e da rubéola nos seus países e territórios. As provas, que foram analisadas pelo CIE na quinta reunião realizada em abril de 2014, são as seguintes:

- a) Os Estados Membros documentaram o último caso de transmissão endêmica de sarampo e de rubéola nos seus países e territórios. Os casos notificados posteriormente estiveram relacionados à importação, segundo os dados epidemiológicos e de epidemiologia molecular. Os últimos casos endêmicos de sarampo e de rubéola na Região ocorreram no dia 16 de novembro de 2002 e 3 de fevereiro de 2009, respectivamente. O último caso endêmico de SRC ocorreu em uma criança nascida no dia 26 de agosto de 2009.
- b) Entre 2003 e 2010 foram notificados um número historicamente baixo de casos de sarampo (associados à importação) nas Américas, com uma média anual de 156 casos e um total de 1.249 casos durante este período. Em 2011, foram notificados 1.369 casos de sarampo, número que é quase nove vezes superior à média anual registrada entre 2003 e 2010. Em 2012, o número de casos caiu para 143 e, em 2013, foram notificados 473 casos¹. Estes picos na notificação de casos de sarampo coincidem com extensos surtos de sarampo na Europa e África.
- c) O número de casos de rubéola associados com a importação tem sido pequeno, ao todo 68 casos notificados em sete países no período 2009–2013, com uma média anual de 13 casos. Em relação à SRC, foram notificados em 2012 três casos associados à importação nos Estados Unidos.
- d) No período 2009-2013, em média, a Região atingiu quatro dos cinco indicadores de vigilância epidemiológica² (>80%) de maneira sustentada (entre 83% e 91%). O indicador de investigação adequada somente pôde ser alcançado em 2011

¹ Dados em 5 de maio de 2014 correspondentes ao ano de 2013.

² Os indicadores são os seguintes: percentual de unidades que notificam semanalmente, percentual de casos com investigação adequada (indicador composto pelo percentual de casos com visita domiciliar nas primeiras 48 horas após o caso ser notificado e percentual de casos com os seguintes 8 dados completos), percentual de casos com amostras de sangue adequadas, percentual de amostras de sangue que chegam ao laboratório nos primeiros 5 dias e percentual de resultados laboratoriais informados em menos de 4 dias.

- devido à dificuldade de vários países de realizar a visita domiciliar nas primeiras 48 horas após a notificação de caso suspeito.
- e) Devido à heterogeneidade entre os países e internamente em um mesmo país, para o firme cumprimento dos indicadores de vigilância, no período 2010–2013, 16 de 23 países com comissões nacionais fizeram buscas ativas institucionais e comunitárias para documentar a ausência de casos de sarampo e de rubéola no próprio território. Os países estabeleceram critérios para identificar as áreas onde seriam realizadas as buscas ativas, tais como municípios que não estavam notificando casos suspeitos, áreas de alto fluxo turístico, migratório ou deslocamento populacional, áreas de fronteira, com baixa cobertura de vacinação, presença de grupos étnicos de risco, entre outras.
 - f) No mesmo período e com a finalidade de documentar a ausência de casos de SRC, 16 de 23 países que têm comissões nacionais fizeram buscas retrospectivas de casos suspeitos, usando várias fontes de informação. Entre os critérios para selecionar as instituições onde seriam feitas as buscas estavam nível de atenção e serviços prestados, bem como localização em áreas com falhas habituais de notificação de casos suspeitos de SRC. Cada país constituiu uma unidade de análise com as autoridades sanitárias nacionais e membros de sociedades científicas, além de especialistas de organismos internacionais como a OPAS, para a revisão e a classificação final dos casos compatíveis encontrados. Não foi confirmado nenhum caso de SRC.
 - g) Como a presença de casos de dengue em vários países poderia ter mascarado os casos de sarampo e de rubéola, 15 de 23 países com comissões nacionais e a Comissão Sub-regional do Caribe examinaram sarampo e rubéola em uma porcentagem de amostras de pacientes com exantema procedentes de áreas de circulação do vírus da dengue. O mesmo foi feito com amostras com resultados negativos para dengue de áreas onde haviam sido notificados casos suspeitos de sarampo. Nenhuma das amostras examinadas foi positiva para sarampo ou rubéola.
 - h) O genótipo D9 foi isolado no último surto endêmico de sarampo notificado na Colômbia e Venezuela em 2002. A partir de 2003, os países têm documentado a importação de casos de sarampo com a identificação dos genótipos virais. No período 2009–2013, os vírus dos genótipos B3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, G3, H1 e H2 foram identificados em 90% dos casos. Os genótipos D4 e D8, que circulam predominantemente na Europa, foram encontrados em 88% dos surtos, enquanto que o genótipo B3, que circula predominantemente na África, foi identificado no surto de maior duração (Equador 2011-2012).
 - i) O genótipo 1C foi identificado como sendo endêmico para rubéola nas Américas, já que não foi encontrado em outras regiões do mundo. O último caso de transmissão de vírus do genótipo 1C ocorreu em 2005. Entre 2006 e 2009, foi isolado o genótipo 2B em surtos notificados em três países, sendo o 2B também considerado endêmico na Região. No período 2009-2013, os genótipos 1E, 1G, 1J e 2B notificados foram associados a casos importados.

- j) Os países apresentaram uma análise para demonstrar que todas as coortes com 40 anos de idade ou menos foram vacinadas contra sarampo e rubéola. Entre 1994 e 2013, cerca de 500 milhões de pessoas foram vacinadas em campanhas para pôr a vacinação em dia (menores de 15 anos), completar o calendário de vacinação (em geral crianças de 1 a 4 anos) e reforço (em geral pessoas com 20 a 39 anos). Para complementar as análises de coortes, 18 de 23 países com comissões estimaram o acúmulo de indivíduos suscetíveis, como passo anterior para definir a população-alvo das campanhas seguindo o calendário de vacinação e de reforço. Os países da América Latina realizaram nos últimos 5 anos pelo menos uma campanha seguindo o calendário de vacinação.

9. Durante a quinta sessão do CIE, o Brasil apresentou a atual situação epidemiológica do surto sustentado de sarampo nos estados do Ceará e Pernambuco, onde foram confirmados 379 casos no período de 2013–2014.³ O primeiro caso foi registrado em 19 março de 2013 e o último registro de caso foi em 22 de abril de 2014. Os casos estão distribuídos em 24 dos 185 municípios de Pernambuco e 12 dos 184 municípios do Ceará. As faixas etárias mais afetadas neste surto são crianças menores de 1 ano (42%). O genótipo identificado do vírus é D8. O Brasil lançou uma campanha de vacinação direcionada a crianças menores de 5 anos nos estados afetados e intensificou a vigilância epidemiológica como parte dos esforços para conter esta epidemia.

10. Após revisar os dados apresentados nos relatórios de eliminação, e incluídos os dados do surto no Brasil, o CIE concluiu na sua quinta reunião que aguarda evidências bem fundamentadas demonstrando a interrupção da transmissão do vírus do sarampo no Brasil para poder declarar a eliminação do sarampo, rubéola e SRC das Américas.

Sustentabilidade da Eliminação do Sarampo, Rubéola e SRC

11. Em cumprimento da Resolução CSP28.R14 (2012), 20 comissões nacionais apresentaram um plano de sustentabilidade da eliminação para o período 2013–2015, com ações concretas para abordar os desafios identificados nos seus sistemas de vigilância epidemiológicos e programas de vacinação de rotina.

12. Para manter a eliminação, faz-se necessária a cobertura de 95% ou mais com duas doses de SRP ou SR⁴ ao nível municipal. A segunda dose de SR ou SRP evita que o acúmulo de crianças suscetíveis atinja níveis de risco. Em 2012, a média regional de cobertura com a primeira dose (SRP1) foi de 94%, enquanto que para a segunda dose (SRP2) foi somente de 77%. Bolívia, Guatemala, Haiti, Honduras e República Dominicana não introduziram a SRP2 no esquema de vacinação corrente, mas dão a segunda dose por meio de campanhas periódicas para completar o calendário de vacinação (a cada 4 ou 5 anos). Visando atingir a mais alta cobertura possível com a

³ Dados até a semana epidemiológica 18, 2014.

⁴ SRP (tríplice viral): vacina contra sarampo, rubéola e caxumba.
SR (dupla viral): vacina contra sarampo e rubéola.

SRP2, em 2013, o Grupo Técnico Assessor (GTA) em Doenças Preveníveis por Vacinação da OPAS/OMS recomendou aplicar a SRP2 aos 15–18 meses de idade simultaneamente com outras vacinas do esquema corrente, como o primeiro reforço da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DTP).

13. Cinco países organizaram campanhas para completar o calendário de vacinação entre 2012 e 2013, sendo que oito países farão campanhas semelhantes entre 2014 e 2015. A fim de assegurar uma cobertura homogênea de 95% ou mais em todos os municípios, os países que realizaram campanhas implementaram o monitoramento rápido da cobertura vacinal. Esta metodologia continuará a ser aplicada pelos países que intensificarão a vacinação em áreas de alto risco. Ela permite identificar bolsões de indivíduos não vacinados, que de outra maneira poderiam ficar mascarados nas coberturas médias registradas pelos municípios.

14. Os Estados Membros da OPAS/OMS fortaleceram os seus sistemas de vigilância para detectar cada caso de sarampo ou de rubéola que surgir. Foram emitidos alertas epidemiológicos com a realização de eventos de massa internacionais (por exemplo, a Copa do Mundo de Futebol 2014 no Brasil e a Copa do Mundo Sub-20 na Colômbia). Estreitou-se a coordenação com o setor privado, inclusive com os laboratórios, já que muitos casos associados à importação de sarampo e de rubéola foram detectados no setor privado. Por outro lado, foi fortalecido o trabalho intersetorial com instituições vinculadas ao turismo, para que o pessoal que trabalha nesta área esteja devidamente vacinado. Pelo menos quatro países, por recomendação de suas comissões nacionais, avaliaram os próprios sistemas de vigilância epidemiológica, com ênfase especial em áreas silenciosas, utilizando o guia de avaliação da OPAS/OMS.

15. Para fortalecer as capacidades nacionais de pesquisa e o controle oportuno de surtos, a OPAS/OMS elaborou e validou um guia que reúne as lições aprendidas no controle de surtos na fase pós-eliminação. Além disso, ela continua prestando ajuda técnica para replicação da capacitação nos níveis subnacionais e formação e institucionalização de equipes de resposta rápida em caso de surtos.

Chamado à Ação (Próximos Passos)

16. O presidente do CIE apresentará as evidências que indicam a eliminação do sarampo, rubéola e SRC nas Américas, quando houver evidências disponíveis por parte do Brasil. Por outro lado, ele fará um apelo aos Estados Membros e aos parceiros estratégicos para que reafirmam o seu firme compromisso em manter a eliminação. Para tal, os países devem:

- a) Implementar ações para manter a eliminação e integrá-las progressivamente aos seus planos anuais de imunização a fim de manter o apoio político e a alocação de recursos financeiros.

- b) Continuar com a implementação das estratégias de vacinação (programa de rotina, campanhas para completar o calendário de vacinação) a fim de garantir níveis altos e homogêneos de imunidade populacional.
- c) Manter um sistema de vigilância epidemiológica de alta qualidade que abranja a detecção oportuna de casos e a implementação de resposta rápida em caso de importação de sarampo ou de rubéola.
- d) Divulgar as lições aprendidas no processo de documentação e confirmação da eliminação, incluindo as ações para manter a eliminação.

Intervenção pelo Comitê Executivo

17. Solicita-se ao Comitê Executivo que tome nota do presente relatório do CIE e faça as recomendações que julgar pertinentes para manter a eliminação do sarampo e da rubéola na Região das Américas.

C. PLANO DE AÇÃO PARA ACELERAR A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E MORBIDADE MATERNA GRAVE

Antecedentes

1. Em 2011, o 51º. Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde aprovou a Resolução CD51.R12 “Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave”, que será designada neste documento como “o Plano”. Este plano se propunha a apoiar os Estados Membros a alcançar três objetivos principais: *a)* contribuir para acelerar a redução da mortalidade materna, *b)* prevenir a morbidade materna grave e *c)* fortalecer a vigilância da morbidade e mortalidade maternas (1).

2. O monitoramento e a avaliação permitirão identificar as necessidades de medidas corretivas a fim de alcançar os resultados esperados. Além disso, constituirá um aporte relevante a outras estratégias globais e regionais, como o cumprimento do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5 e os aspectos considerados pela Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre Saúde das Mulheres e Crianças no ano de 2011 (1, 2).

Relatório de Progresso

3. O presente relatório de progresso apresenta a evolução regional de três indicadores de impacto e 19 indicadores de processo ou resultado nos Estados Membros (27 países) que registram, no mínimo, 7000 nascimentos anuais (1–4).

4. Os dados para a elaboração da referência e da situação de progresso foram obtidos nos períodos de janeiro a dezembro de 2012 (para a construção dos valores de referência) e de dezembro de 2013 a março de 2014, como forma de medir a evolução de tais indicadores.

5. Obtiveram-se informações de 26/27 países mas, para medir a evolução do índice de mortalidade materna (IMM), só havia informações de 22 países (Anexo A).

6. Entre a data de aprovação do plano e este relatório, os indicadores de impacto mostraram o seguinte:

- a) O IMM regional (dados de 22 países) foi de 69,1 por 100.000 nascidos vivos e, atualmente, é de 54,3, o que demonstra uma redução de 21,4%. Um país apresentou dados de centros sentinela em vez de dados nacionais.
- b) A fim de identificar desigualdades no interior dos países, 50% dos países (11 de 23) notificaram números iguais ou superior a 125 por 100.000 nascidos vivos em diferentes circunscrições subnacionais; por outro lado, sete países informam terem uma taxa de mortalidade em populações étnicas maior que a indicada, 12 assinalam que a mortalidade é menor que o valor de referência, enquanto que sete não dispõem desta informação.

- c) O outro indicador de impacto se refere à morbidade materna grave (MMG); no ponto de referência, 10 países notificaram fazer o acompanhamento da MMG. Hoje, 14 países dispõem deste dado nacional. No entanto, em nove deles, os dados não parecem ser coerentes, segundo a frequência esperada deste evento em relação à mortalidade materna (5) (Anexo B).

7. Com relação à informação sobre os 19 indicadores de processo e resultados, os países na sua totalidade não têm condições de fazer a notificação completa, no início do plano e até o momento somente quatro de 24 países forneceram 80% ou mais dos indicadores solicitados (Anexo C). Os indicadores com menor disponibilidade de dados são os seguintes nesta ordem: *i*) utilização de sulfato de magnésio em caso de pré-eclampsia grave (12%), *ii*) triagem para violência intrafamiliar em partos institucionais (23%), *iii*) proporção de partos com conduta ativa do terceiro período com ocitócicos (35%) e *iv*) atenção do puerpério (44%). Dos pontos mencionados, são extremamente importantes *i* e *iii*, por ter relação com as duas primeiras causas de mortalidade materna (doença hipertensiva específica da gravidez e hemorragias). Em relação às taxas de uso de métodos anticoncepcionais modernos, a disponibilidade no seguimento foi de 52%; muitos países coletam esta informação de pesquisas demográficas e de saúde que, por sua frequência, não foram atualizadas desde o início do plano. Para estes indicadores existe apenas informação nacional, algumas vezes desagregada por grupos de idade e outras vezes por aspectos étnicos ou de residência (3, 4).

Medidas Recomendadas para Melhorar a Situação

8. Empreender ações para melhorar o acesso e a qualidade da atenção nos sistemas de saúde das populações em situação de vulnerabilidade. Dispor de informação, desagregada como foi estabelecido no plano, permitirá avaliar a evolução e realizar ajustes nas ações, se necessários.

9. O fortalecimento da análise da morbidade materna grave de forma sistemática é indispensável para a melhoria da qualidade da atenção à saúde materna. Esta vigilância permite conhecer o número das mulheres com alto risco de morrer e realizar as melhorias necessárias.

10. O monitoramento dos indicadores de processo possibilitará aos Estados Membros avaliar em suas instituições de saúde o acesso universal a intervenções de eficácia comprovada que salvam vidas e monitorar a situação de acesso.

11. Os países deveriam considerar obter de forma rotineira dados sobre os indicadores de processo que mensuram desigualdades na prestação de serviços de qualidade, para medir o grau de progresso de maneira uniforme e facilitar a comparabilidade entre os países e no interior de um mesmo país.

Intervenção do Comitê Executivo

12. Solicita-se ao Comitê Executivo que tome nota do presente relatório de progresso e que faça as recomendações que julgar necessárias.

Anexos

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Materna Grave [Internet]. 51^o. Conselho Diretor da OPAS, 63^a. Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 2011 26-30 de setembro; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2011 (Resolução CD51.R12) [consultado 13 fev 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15036&Itemid=
2. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plano de redução da morbimortalidade materna grave: estratégia de monitoramento e avaliação [Internet]. Montevideo: CLAP/SMR; 2012 (CLAP/SMR. Publicación Científica 1593-03) [consultado 13 fev 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=234
3. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: línea de base del plan en países con más de 7000 nacimientos anuales. Montevideo: CLAP/SMR; 2012 (material não publicado, disponível sob solicitação).
4. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: datos en países con más de 7000 nacimientos anuales a dos años de lanzado el plan. Montevideo: CLAP/SMR, 2014. (material não publicado, disponível sob solicitação).
5. Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L., The prevalence of maternal near miss: asystematic review. *BJOG* 2012 May;119(6):653-661.

Anexo A

Índices de mortalidade notificados nos relatórios de referência e acompanhamento por país, ano e fonte

PAÍS	Índice de mortalidade materna (100.000)	Ano	Índice de mortalidade materna (100.000)	Ano
Argentina	39,8	2011	34,9	2012
Belize	41,8	2012	0,0	2013
Bolívia	229,0	2003		
Brasil	64,7	2011		
Canadá	7,6	2009		
Colômbia	71,6	2010	53,6	2013
Costa Rica	30,0	2012	15,6	2013
Cuba	33,4	2012	38,9	2013
Chile	17,9	2012	22,6	2013
Equador	58,5	2012	40,0	2013
El Salvador	50,8	2011	38,0	2013
Estados Unidos da América	16,9	2010		
Guatemala	123,5	2012	118,5	2013
Guiana	143,9	2012	111,1	2013
Haiti §	1084,4	2012	211,8	2013
Honduras	82,3	2011	66,1	2013
Jamaica	95,7	2011	91,1	2013
México	43,0	2011	39,9	2013
Nicarágua	61,9	2011	51,0	2013
Panamá	80,5	2011	64,9	2012
Paraguai	88,7	2011	95,3	2013
Peru	93,4	2011	63,4	2013
República Dominicana	106,3	2011	113,0	2012
Suriname	82,4	2011	39,2	2013
Uruguai	6,4	2011	16,4	2013
Venezuela	65,9	2011	66,1	2013
§ Notificação somente de instituições selecionadas, não corresponde a dados populacionais				
		Países com aumento do IMM		
		Países com redução do IMM		
		Sem dados		

Anexo B

Disponibilidade de indicadores de impacto, relatório de monitoramento e acompanhamento do Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave

País	IMM	MM por causas	MM por idade	MMG	MMG por causas	MMG por idade	IMM por nível subnacional	IMM por urbano/rural	IMM por pertinência étnica	Porcentagem de notificação
Argentina	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Belize	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Bolívia	NÃO	SIM †	SIM ‡	SIM *	SIM **	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	44%
Brasil	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	56%
Canadá	SIM	SIM	SIM	SIM *	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	89%
Colômbia	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Costa Rica	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Cuba	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	78%
Chile	SIM	SIM	SIM	SIM *	SIM **	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Equador	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	44%
El Salvador	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Estados Unidos da América	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	33%
Guatemala	SIM	SIM	SIM	SIM *	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	89%
Guiana	NÃO	SIM	SIM	SIM *	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Haiti	SIM §	NÃO	NÃO	SIM	SIM **	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Honduras	SIM	SIM	SIM	SIM *	SIM **	SIM	SIM	NÃO	NÃO	78%
Jamaica	SIM	SIM †	SIM	SIM	SIM **	NÃO	SIM	SIM	SIM	89%
México	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Nicarágua	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Panamá	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	56%
Paraguai	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Peru	SIM	SIM †	SIM ‡	NÃO	SIM **	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	44%
República Dominicana	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	44%
Suriname	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	67%
Uruguai	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM **	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Venezuela	SIM	SIM	SIM	SIM *	SIM **	NÃO	SIM	NÃO	SIM	78%
Porcentagem de notificação	88%	92%	92%	54%	50%	31%	88%	62%	73%	
Número de países	23	24	24	14	13	8	23	16	19	

MM = mortalidade materna, IMM = índice de mortalidade materna, MMG = morbidade materna grave

§ Notificação somente de instituições selecionadas, não corresponde a dados populacionais

† São notificadas causas de MM, mas existem diferenças na classificação solicitada

‡ É notificada MM por idade, mas existem diferenças na classificação solicitada

* É notificado um dado de MMG, mas sua frequência é superior ou inferior ao intervalo esperado (1)

** São notificadas causas de MMG, mas existem diferenças na classificação solicitada

Anexo C

Disponibilidade de indicadores de processo, relatório de acompanhamento e monitoramento do Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave

País	Taxa de uso de métodos anticoncepcionais	Aconselhamento e fornecimento de anticoncepcionais pós-parto e/ou pós-aborto pelos serviços de saúde	Porcentagem de mortes maternas por aborto	Cobertura pré-natal com quatro ou mais consultas	Cobertura institucional do parto	Controle do puerpério 7 dias após o parto	Ocitócicos em partos institucionais no terceiro período do trabalho de parto	Sulfato de magnésio nos casos de pré-eclâmpsia atendidos em serviços de saúde	Sangue seguro nos serviços que dão assistência de urgência ao parto	Triagem para violência intrafamiliar na gravidez nos partos institucionais
Argentina	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X
Bolívia	-	X	X	X	X	X	-	-	-	-
Brasil	X	-	-	X	-	X	X	-	X	X
Chile	X	X	X	-	X	X	-	-	-	-
Colômbia	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-
Costa Rica	X	-	X	X	X	X	X	-	X	-
Estados Unidos de América	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Suriname	-	X	X	X	X	-	-	-	X	-
Cuba	-	X	X	X	X	X	-	-	X	-
Guatemala	X	-	X	X	X	-	-	-	-	-
República Dominicana	-	X	X	-	X	X	-	-	-	-
Ecuador	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-
El Salvador	-	X	X	-	X	X	X	-	X	-
Guyana	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Haití	X	-	-	X	X	X	-	-	X	-
Jamaica	X	X	X	X	X	-	X	-	X	-
Honduras	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-
México	-	-	X	X	X	-	-	-	X	-
Paraguay	-	X	X	-	X	-	-	-	-	X
Canadá	-	-	X	-	X	-	X	X	-	X
Nicaragua	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
Belize	X	X	X	-	X	-	X	-	X	-
Uruguai	-	X	X	X	X	-	X	-	X	X
Venezuela	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-
Perú	X	-	X	X	X	X	-	-	X	X
Número de países que apresentam relatórios	13	13	21	17	22	12	9	3	17	6
%	52%	52%	84%	68%	88%	48%	36%	12%	68%	24%

Anexo C (cont.)

País	Taxa de cesárea	Mortes maternas por trabalho de parto obstruído	Cobertura do atendimento do parto por pessoal qualificado, de acordo com a definição da OMS	Cobertura da atenção do puerpério por pessoal qualificado, de acordo com a definição da OMS	Instituições de atenção obstétrica de urgência que realizam auditorias de todas as mortes maternas	Relatórios públicos sobre saúde materna que incluem estatísticas de mortalidade materna e IMM em nível nacional	Sistema de saúde com sistema de informação perinatal em funcionamento	Sistema de saúde faz um registro da morbidade materna grave	Cobertura de mortes maternas nos sistemas de registros vitais é de 90% ou mais	Número de indicadores por país	% total por país
País	X	X	X	X	X	X	X	X	X	18	95%
Argentina	X	X	X	-	-	X	X	X	-	11	58%
Bolívia	X	X	X	-	X	X	X	X	X	14	74%
Brasil	X	X	-	-	-	X	X	X	X	11	58%
Chile	X	X	X	-	-	X	X	X	X	10	53%
Colômbia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	84%
Costa Rica											
Estados Unidos de América	X	-	X	-	-	X	X	X	X	8	42%
Suriname	X	X	X	-	X	X	X	X	X	13	68%
Cuba	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	79%
Guatemala	X	X	X	-	-	-	-	X	-	8	42%
República Dominicana	X	X	X	-	X	X	X	X	X	12	63%
Ecuador	X	X	X	-	-	X	X	X	X	9	47%
El Salvador	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	79%
Guyana	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	63%
Haití	X	-	-	-	-	X	X	X	-	9	47%
Jamaica	X	X	-	-	X	X	X	X	X	14	74%
Honduras	X	-	X	X	X	X	X	X	X	15	79%
México	X	X	-	-	X	X	X	X	X	11	58%
Paraguay	X	X	X	-	-	X	X	X	X	11	58%
Canadá	X	X	X	-	-	X	X	X	X	12	63%
Nicaragua	X	X	X	X	X	X	X	X	X	18	95%
Belize	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	79%
Uruguai	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	84%
Venezuela	-	X	X	X	X	X	X	X	X	13	68%
Perú	X	-	X	-	-	X	X	X	-	12	63%
Número de países que apresentam relatórios	24	21	21	10	15	24	24	25	21		
%	96%	84%	84%	40%	60%	96%	96%	100%	84%		

D. IMPLANTAÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

1. A finalidade deste relatório é fornecer uma atualização sobre o status da implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI; daqui em diante, também referido como o “Regulamento”). Este atualiza o último relatório apresentado em 2013 à 152ª Sessão do Comitê Executivo (1) e destaca as questões que requerem ações concertadas pelos Estados Partes na Região das Américas para a futura implementação da Regulamento.

2. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) serve como Ponto de Contato do RSI da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Região das Américas e facilita a administração dos incidentes de saúde pública através dos canais de comunicação estabelecidos com os Pontos Focais Nacionais (NFP) do RSI. Em 2013, os 35 Estados Partes da Região apresentaram uma confirmação ou atualização anual dos detalhes de contatos para seus NFP. Testes de rotina de conectividade, realizados em 2013, entre o Ponto de Contato do RSI da OMS e os NFP na Região foram bem sucedidos para 33 dos 35 Estados Partes (94%) por correio eletrônico, e para 32 dos 35 Estados Partes (91%) por telefone.

3. No período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2013, um total de 82 incidentes de saúde pública na região de potencial preocupação internacional foi identificado e avaliado. Para 54 dos 82 incidentes (66%), as autoridades sanitárias nacionais, inclusive através dos NFP em 40 ocasiões, foram as fontes iniciais de informações. Verificação foi requerida e obtida para 13 incidentes identificados através de fontes informais ou não oficiais. Dos 82 incidentes considerados, 40 (49%), afetando 20 Estados Partes na Região, foram de real interesse da saúde pública internacional. A maior proporção desses 40 eventos foi atribuída a riscos de infecção (20 incidentes, 50%), e as etiologias mais frequentemente registradas foram o vírus da dengue (3 incidentes) e o vírus Chikungunya (3 incidentes). Os 20 incidentes restantes de real interesse da saúde pública internacional foram atribuídos aos seguintes riscos: os relacionados com a inocuidade dos alimentos (7), com os produtos (5), de origem indeterminada (4), os relacionado com a zoonose (2), com incidentes químicos (1), e com a radiação (1).

4. Os incidentes significativos de saúde pública que afetaram, ou tiveram implicações na saúde pública para, Estados Partes nas Américas em 2014 (1º de janeiro a 6 de maio de 2014) estão destacados a seguir:

- a) O vírus Chikungunya foi detectado em dezembro de 2013 na sub-região do Caribe. Desde 6 de maio de 2014, este vírus se propagou para sete Estados Partes e nove territórios na sub-região do Caribe, com transmissão autóctone documentada em 14 desses 16 Estados Partes e territórios.
- b) O primeiro caso importado de infecção pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), na Região, foi detectado nos Estados Unidos em maio de 2014. Em resposta à propagação da MERS-CoV, que começou em 2012 e ainda ocorre principalmente na Região do Mediterrâneo

- Oriental, o Diretor-Geral da OMS (DG) convocou o “Comitê de Emergência do RSI para a Síndrome Respiratória do Oriente Médio transmitida pelo Coronavírus” (EC do RSI da MERS-CoV). Entre julho e dezembro de 2013, o EC do RSI para a MERS-CoV se reuniu quatro vezes, e a assessoria fornecida não determinou a declaração de Emergência na Saúde Pública de Interesse Internacional (PHEIC) pelo DG.
- c) Três Estados Partes (Camarões, Paquistão, e Síria) estão exportando o vírus selvagem da pólio. Além disso, sete Estados Partes (Afeganistão, Guiné Equatorial, Etiópia, Iraque, Israel, Nigéria e Somália) estão atualmente infectados pelo vírus selvagem da pólio, mas não são atualmente exportadores. Devido à gravidade da situação, o DG convocou o “Comitê de Emergência do RSI para propagação internacional do vírus selvagem da pólio” (CE do RSI para Poliomielite). Depois da primeira reunião do CE do RSI para Poliomielite, nos dias 28 e 29 de abril de 2014, o DG determinou a propagação internacional de vírus selvagem da pólio uma PHEIC, e recomendações temporárias foram adequadamente formuladas. A OPAS recomendou que Estados Partes nas Américas continuassem a aplicar as recomendações do Grupo Técnico Consultivo para Doenças Evitáveis por Vacinação para manter a região das Américas livre do vírus selvagem da pólio.
5. Em conformidade com os Artigos 5 e 13 do RSI, e posteriormente à solicitação de prorrogação e à submissão dos Planos de Ação Nacionais de Prorrogação do RSI de 2012-2014, em junho de 2012, 29 dos 35 Estados Partes das Américas (83%) obtiveram uma prorrogação, até 15 de junho de 2014. Isto resultaria em mais tempo para os países estabelecerem capacidades centrais detalhadas no Anexo 1 do Regulamento. Os prazos relacionados com as capacidades centrais estipuladas no RSI devem ser considerados mais como marcos em um processo de preparação em curso da saúde pública e como um incentivo às autoridades nacionais para que assegurem os recursos de manutenção das capacidades centrais. Esses prazos estabelecidos são, contudo, um desafio para serem cumpridos.
6. Por isso, em cumprimento às disposições supracitadas do RSI que permitem que a data final seja estendida até 15 de junho de 2016, e após aprovação pelo Conselho Executivo da OMS em sua 134^a sessão dos critérios relacionados para uma potencial solicitação de uma prorrogação adicional, os 35 Estados Partes na Região foram convidados a comunicar formalmente sua posição *vis-à-vis* a prorrogação adicional em potencial o mais tardar em 15 de abril de 2014. Através de reuniões virtuais e presenciais, a OPAS acompanhou os Estados Partes em seus processos decisórios relacionados com a potencial prorrogação adicional de 2014-2016.
7. Em 6 de maio de 2014, 29 dos 35 Estados Partes na Região (83%) haviam comunicado formalmente à OPAS e à OMS sua posição *vis-à-vis* a prorrogação adicional em potencial de 2014-2016. Desses, 21 Estados Partes solicitaram a prorrogação, e todos, à exceção de dois, apresentaram Planos de Ação Nacionais de Prorrogação do RSI de 2014-2016; seis Estados Partes que obtiveram a prorrogação de 2012-2014 determinaram

que as capacidades centrais estavam presentes e poderiam ser mantido. Dois Estados Partes que, em 2012, haviam determinado que as capacidades centrais estavam presentes, reiteraram sua capacidade para mantê-las. A OPAS e OMS estão conduzindo uma análise técnica em curso dos Planos de Ação Nacionais de Prorrogação do RSI de 2014-2016 que foram apresentados.

8. As solicitações para prorrogação e os Planos de Ação Nacionais de Prorrogação do RSI de 2014-2016 apresentados serão considerados por um Comitê de Análise do RSI, o qual será convocado para assessorar o DG da OMS no processo que outorga prorrogações, e esperado para ser concluído o mais tardar em 15 de junho de 2014. Um resumo das solicitações apresentadas pelos Estados Partes para prorrogação adicional de 2014-2016 consta do quadro anexo.

9. Os Relatórios Anuais dos Estados Partes apresentados às Assembleias Mundiais da Saúde entre 2011 e 2014 revelaram melhorias constantes no âmbito regional para a maioria das capacidades centrais. No entanto, a situação das capacidades centrais através das sub-regiões continua heterogênea, como destacado nos Relatórios Anuais dos Estados Partes apresentados. Desde 6 de maio de 2014, 33 de 35 Estados Partes nas Américas (94%) haviam comunicado à Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde.

10. Quando esses relatórios recentes são comparados com os Relatórios Anuais dos Estados Partes apresentados à Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde, os dados mostram Estados Partes avançando em várias capacidades centrais. As áreas mais significativas do progresso são, na ordem decrescente, em: legislação, política, financiamento (+14%); preparativos (+13%); incidentes relacionados com radiação (+12%); comunicação de risco (+12%); recursos humanos (+11%); coordenação e comunicação com os NFP (+9%); incidentes zoonóticos (+8%); e incidentes relacionados com produtos químicos (+7%). Nenhuma mudança significativa é observada para as cinco capacidades restantes. Um resumo dos Relatórios Anuais apresentados pelos Estados Partes nas Américas à 67^a Assembleia Mundial da Saúde consta do Anexo.

11. Apesar do progresso, os pontos fracos mais críticos observados na Região—com pontuações abaixo de 60%—estão ainda relacionados com as capacidades de preparo e resposta para todos os incidentes relacionados aos produtos químicos (55%) e à radiação (53%). A OPAS continua a redobrar esforços conjuntos com outros organismos internacionais especializados (por exemplo, a Agência Internacional de Energia Atômica) e parceiros com conhecimento especializado relevante na Região (por exemplo, o Centro Colaborador da OMS para Prevenção, Preparação e Resposta a Emergências Químicas da Companhia Ambiental do Estado de São Paulo, Brasil, e a Agência de Saúde Pública do Canadá) no apoio aos esforços de Estados Partes na Região para atingir essas capacidades.

12. As capacidades centrais em pontos designados de entrada e o cumprimento a outras disposições relevantes do RSI foram fortalecidas através da parceria com a

Organização de Aviação Civil Internacional. Isto também foi apoiado sob a guarda do arranjo colaborativo para a prevenção e administração de incidentes em saúde pública na aviação civil (CAPSCA). A Quinta Reunião das Américas do CAPSCA foi realizada em Barbados de 2 a 6 de setembro de 2013. As interações iniciais com o Comitê Interamericano sobre Portos da Organização dos Estados Americanos estão, também, prometendo, em termos de esforços, apoiar as autoridades nacionais nos seus esforços para estabelecer um enfoque intersetorial eficaz à saúde pública nos portos.

13. Em 6 de maio de 2014, 484 portos autorizados em 27 Estados Partes na Região das Américas tinham permissão para expedir Certificados de Controle Sanitário de Bordo (2). Através dos NFP, Estados Partes foram convidados a fornecer seus comentários aos procedimentos propostos pela sede da OMS para a certificação voluntária dos aeroportos e portos designados.

14. Vinte e nove dos 35 Estados Partes na Região ofereceram contribuições à atualização de 2014 da publicação da OMS *International Travel and Health* (3) em um processo amplamente participativo. Foram realizadas várias reuniões virtuais entre a OPAS e as autoridades nacionais dos países selecionados, a fim de discutir o mapeamento do risco da transmissão da febre amarela, assim como os requisitos de vacinação para a febre amarela e recomendações para os viajantes.

15. O Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas da OMS em Imunização recomendou, em 2013, que uma dose única da vacina contra a febre amarela seria suficiente para conferir imunidade sustentada e proteção vitalícia contra a febre amarela, e que uma dose de reforço da vacina não seria necessária. Esta recomendação levou o Conselho Executivo da OMS, em sua 134ª sessão, a Resolução EB134.R10, sobre a implementação do regulamento sanitário internacional (2005), relativa à emenda do Anexo 7 do RSI e recomendando a adoção desta emenda pela 67ª Assembleia Mundial da Saúde (4).

16. Em 6 de maio de 2014, a Lista de Nomes do RSI de Peritos incluía 407 especialistas, 111 dos quais são da Região das Américas, inclusive oito designados pelo respectivo Estado Parte.

17. Um avanço recente importante relacionado com o RSI na Região foi a aprovação unânime da Decisão CD52(D5), *Implementação do Regulamento Sanitário Internacional*, pelo 52º Conselho Diretor de OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (5). Isto assinalou substancialmente o aumento em propriedade, comprometimento e liderança por Estados Partes na Região, o que deve ser desenvolvido para manter o RSI uma estrutura relevante para a segurança sanitária global para além de 2016.

18. Em cumprimento à solicitação pelos Estados Partes, através da Decisão CD52(D5), a OPAS organizou a Reunião Regional nas Américas para a Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em Buenos Aires, Argentina, nos dias 29 e 30 de abril de 2014. A reunião enfocou a monitoração e o relatório sobre o status da

implantação do RSI após 2016. A reunião levou ao acordo, em princípio, com relação a um roteiro para as Américas para revisão dos mecanismos de monitoramento da implantação do RSI em âmbito global, através dos Órgãos Diretivos da OPAS e da OMS.

19. Um grande desafio para a implantação do RSI no futuro próximo está relacionado com a falta de métodos de medição satisfatórios que demonstrem os benefícios reais de sua implantação, assim como os avanços em direção à sua implementação sustentável.

Intervenção pelo Comitê Executivo

20. Convida-se o Comitê Executivo a tomar nota deste relatório e fornecer quaisquer recomendações.

Anexo

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional [Internet]. 152ª Sessão do Comitê Executivo; 17 a 21 de junho de 2013, Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2013 (Documento CE152/INF/7-H, Rev.1) [consultado em 6 de maio de 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14424&Itemid=
2. Lista dos portos autorizados do RSI da Organização Mundial da Saúde [a emitir Certificados de Controle Sanitário de Bordo] [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [consultado em 6 de maio de 2014]. Disponível em: http://who.int/ihr/ports_airports/ihr_authorized_ports_list.pdf?ua=
3. Organização Mundial da Saúde. *International travel and health* [Internet]. Genebra: OMS; c2014 [consultado em 6 de maio de 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/ith/en/>
4. Organização Mundial da Saúde. *Implementation of the international health regulations (2005)* [Internet]. 134ª Sessão do Conselho Executivo; 20 a 25 de janeiro de 2014, Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2014 (Resolução EB134.R10) [consultado em 6 de maio de 2014]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R10-en.pdf
5. Organização Pan-Americana da Saúde. *Implementation of the international health regulations* [Internet]. In: Relatório Final, 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013, Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2013. pp. 92-93 (Decisão CD52[D5]) [consultado em 6 de maio de 2014]. Disponível em:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=24484&Itemid=270&lang=en

Anexo

Quadro-Sumário: Relatórios Anuais dos Estados Partes à 67^a Assembleia Mundial da Saúde e Situação das Solicitações para uma Prorrogação Adicional (2014-2016) para o Estabelecimento de Capacidades Centrais do RSI

Estado Parte	Prorrogação de 2012-2014 solicitada e cobrada	Posição formalmente comunicada via 2-avis, prorrogação de 2014-2016	Prorrogação de 2014-2016 solicitada	Relatório Anual do Estado Parte apresentado à 67 ^a AMS	Legislação, política e financiamento	Condição e comunicação	Supervisão	Resposta	Proibido	Comunicação de Risco	Recursos Humanos	Laboratório	Pontos de Entrada	Eventos Zoonóticos	Eventos de Inocuidade dos Alimentos	Eventos Químicos	Emergências por Rastreamento
Antigua e Barbuda	Sim	Sim	Sim	Sim	100	66	95	65	50	57	100	45	86	100	80	85	23
Argentina	Sim	Sim	Não	Sim	50	73	80	83	100	86	100	90	27	100	60	69	62
Bahamas	Sim	Sim	Sim	Não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	Sim	Sim	Sim	Sim	100	53	100	89	90	86	60	96	100	100	73	54	15
Belize	Sim	Sim	Sim	Sim	25	56	85	82	26	57	40	73	12	67	27	15	0
(Estado Plurinacional da) Bolívia	Sim	Sim	Sim	Sim	100	87	85	65	41	71	40	96	21	89	53	15	69
Brasil	Não	Não	-	Sim	100	90	90	100	90	100	80	96	80	89	93	62	92
Canadá	Não	Não	-	Sim	100	83	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chile	Não	Não	-	Sim	75	100	90	89	100	43	20	86	46	89	93	31	92
Colômbia	Não	Sim	Não	Sim	100	63	50	76	33	100	80	76	83	89	67	77	69
Costa Rica	Não	Sim	Não	Sim	100	100	95	100	71	100	80	76	97	100	100	77	62
Cuba	Sim	Não	-	Sim	100	100	95	100	100	100	100	100	100	100	100	92	100
Dominica	Sim	Sim	Sim	Sim	75	100	72	83	62	100	25	37	75	100	86	46	31
República Dominicana	Sim	Sim	Sim	Sim	75	90	75	76	81	100	100	90	64	56	27	31	69
Equador	Sim	Sim	Sim	Sim	25	56	60	23	18	14	40	41	59	78	53	15	92
El Salvador	Sim	Sim	Não	Sim	100	100	100	100	90	100	100	100	90	100	67	54	69
Granada	Sim	Sim	Sim	Sim	75	83	85	64	16	57	60	45	50	100	67	46	0
Guatemala	Sim	Sim	Não	Sim	50	100	100	94	100	100	100	75	54	100	100	100	67
Guiana	Sim	Sim	Sim	Sim	100	83	80	100	90	86	100	100	38	100	67	62	0
Haiti	Sim	Sim	Sim	Sim	25	46	95	76	20	100	60	60	21	67	20	0	0
Honduras	Sim	Sim	Sim	Sim	75	56	90	64	43	0	75	66	9	100	40	31	23
Jamaica	Sim	Sim	Sim	Sim	100	66	70	87	71	57	20	47	62	67	67	62	23
México	Sim	Sim	Não	Sim	100	70	95	89	90	71	100	100	89	100	93	69	92
Nicarágua	Sim	Sim	Não	Sim	100	83	100	82	90	100	60	86	68	100	80	92	100
Panamá	Sim	Sim	Sim	Sim	75	83	95	83	70	71	40	96	71	89	87	23	38
Paraguai	Sim	Sim	Sim	Sim	100	90	70	83	53	100	60	100	34	67	73	69	77
Peru	Sim	Sim	Sim	Sim *	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Kitts e Névis	Sim	Sim	Sim	Sim	50	83	80	89	36	57	60	81	45	100	67	8	0
Santa Lúcia	Sim	Não	-	Não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Vicente e Granadinas	Sim	Sim	Sim	Sim	50	83	80	89	36	57	60	81	45	100	67	8	0
Suriname	Sim	Sim	Sim	Sim	50	83	85	89	48	43	0	100	84	67	87	62	0
Trinidad e Tobago	Sim	Sim	Sim	Sim	50	40	95	76	71	71	20	81	77	89	87	54	77
Estados Unidos	Não	Não	-	Sim	100	100	100	94	100	100	100	50	100	100	100	100	100
Uruguai	Sim	Sim	Não	Sim	100	83	100	94	81	100	100	71	91	100	100	69	62
(República Bolivariana da) Venezuela	Sim	Sim	Sim	Sim	50	90	90	94	80	71	100	86	59	100	87	92	92
do Caribe (n=13)**					69	72	86	84	55	71	54	73	61	89	69	46	21
América Central (n=7)***					82	87	94	86	78	82	79	84	65	92	72	58	61
América do Sul (n=9)****					78	81	79	79	66	76	69	82	56	89	75	55	79
América do Norte (n=3)*****					100	84	98	94	97	90	100	83	96	100	98	90	97
Região das Américas (n=32)					77	79	87	84	67	77	68	79	64	91	74	55	53

* Devido à submissão tardia, dados do Peru não estão incluídos na análise realizada no dia 6 de maio de 2014

**do Caribe: Antigua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Cuba, Dominica, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, Saint Kitts e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago

*** América Central: Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá

****América do Sul: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai, Venezuela

*****América do Norte: Canadá, México, EUA

E. ELIMINAÇÃO DE DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E OUTRAS INFECÇÕES RELACIONADAS À POBREZA

Antecedentes

1. Desde a adoção da Resolução da OPAS CD49.R19 sobre a eliminação das doenças negligenciadas e outras doenças relacionadas à pobreza em 2009, vem crescendo o compromisso global e regional com o controle e eliminação de muitas doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza (neste relatório, denominadas DIN). Novas alianças foram forjadas, como a Iniciativa Regional para Eliminação da Transmissão Materno-fetal de HIV e Sífilis Congênita na América Latina e no Caribe da OPAS/UNICEF (2009) e a Declaração de Londres sobre as Doenças Tropicais Negligenciadas (2012), que apoia a eliminação de 10 dessas doenças em escala mundial até 2020. Em 2010, o Conselho Diretor da OPAS aprovou a Resolução CD50.R17, Estratégia e Plano de Ação para Prevenção, Controle e Atenção à Doença de Chagas, fornecendo uma estrutura para prevenir a transmissão, melhorar a atenção aos pacientes e alcançar a meta de eliminação. Neste mesmo ano, o Conselho Diretor da OPAS aprovou a Resolução CD50.R12, Estratégia e Plano de Ação para Eliminação da Transmissão Materno-fetal de HIV e Sífilis Congênita, com a meta de reduzir a incidência de sífilis congênita a $\leq 0,5$ casos por 1.000 nascidos vivos até 2015.

2. Em 2011, foi aprovada a Resolução da OPAS CD51.R9, Estratégia e Plano de Ação para a Malária. Nesse ínterim, os esforços para reduzir o ônus da malária e promover sua eliminação em partes da Região foram principalmente financiados por governos nacionais, pelo Fundo Global de Luta Contra AIDS, Tuberculose e Malária e pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, com apoio dos países endêmicos. Além disso, a OPAS desenvolveu o plano de ação 2014-2018 para a eliminação da raiva humana transmitida por cães (1), que foi apoiado pela 14ª Reunião de Diretores dos Programas Nacionais de Controle de Raiva na América Latina (REDIPRA-14) dos Ministérios da Saúde e Agricultura das Américas (Lima, 20 a 22 de agosto de 2013).

3. O compromisso político com a eliminação das DIN também aumentou nas Américas e em outras regiões da OMS, acompanhado de redistribuição ou alocação de recursos para aumentar o controle, eliminação e monitoramento de impactos. O desenvolvimento e a disponibilidade de novas ferramentas e métodos para combater e vigiar as DIN, o melhoramento da infraestrutura dos serviços de saúde e a implementação de estratégias de atenção primária permitiram melhorar a vigilância, tratamento, prevenção e controle das DIN. Algumas doenças até se tornaram alvos para eliminação.

Atualização sobre Avanços Alcançados

Avanços

4. Em nossa Região, a OMS comprovou a eliminação da oncocercose na Colômbia em 2013, e prevê o mesmo para o Equador em 2014. O número de pessoas necessitando de tratamento para a oncocercose na Região caiu de mais de 336.000 em 2009 a pouco

mais de 20.000 em 2013. O número de focos de oncocercose com transmissão ativa caiu de 7 para 2 focos no mesmo período (dados do programa de DIN da OPAS desde 2014, CHA/VT/NID). O México espera solicitar comprovação da eliminação da cegueira decorrente de tracoma no futuro próximo, e a Colômbia confirmou recentemente o status endêmico do tracoma e está tratando pacientes. Desde 2009, três países foram retirados do mapa da OMS de países onde a filariose linfática é endêmica (Costa Rica, Suriname e Trinidad e Tobago), e três países tiveram suas zonas de transmissão significativamente reduzidas (Brasil, Haiti, e República Dominicana), aproximando-se da eliminação. Vários países na América Central e do Sul eliminaram a transmissão da doença de Chagas pelo principal vetor doméstico, e 20 de 21 países endêmicos atingiram 100% de triagem dos bancos de sangue (dados do programa de DIN da OPAS desde 2014, CHA/VT/DIN).

5. Houve redução de tamanho das áreas de transmissão de malária em vários países, com uma redução de 58% nos casos de malária notificados em 2012 em comparação com 2000. Sete⁵ dos 21 países endêmicos agora são considerados pela OMS como em fase 2 de pré-eliminação 2 (dados do programa regional contra malária da OPAS desde 2014, CHA/VT/MAL). Destes sete, quatro estão na América Central e do Norte, e os outros, na América do Sul. Como resultado, em 2013 foi divulgada uma iniciativa para eliminar a malária até 2020 na Mesoamérica e na Ilha Hispaniola. O Mecanismo Regional de Coordenação para HIV/AIDS foi ampliado para incluir malária e tuberculose como parte da elaboração de uma proposta do Fundo Global para eliminação da malária na América Central e na Ilha Hispaniola.

6. Apesar de variações anuais, há relatos de que o número de crianças em risco tratadas para controle de helmintíases transmitidas pelo solo vem crescendo em vários países; foi notificado o tratamento de cerca de 26,9 milhões de crianças em 2012 (3).

7. Planos de ação integrados para o controle e eliminação de múltiplas DIN foram elaborados por 17 países (dados do programa de DIN da OPAS desde 2014, CHA/VT/DIN). Planos específicos para a eliminação de certas DIN em sub-regiões multipaíses (por exemplo, malária na Mesoamérica e malária e filariose linfática na Ilha Hispaniola) também foram elaborados.

8. Os casos de raiva transmitida por cães estão limitados a um número pequeno de zonas geográficas bem definidas em alguns países. Desde 1982, quando foi iniciado o Programa Regional de Eliminação da Raiva Humana, os casos notificados de raiva transmitida por cães diminuíram em ~95% (de 355 em 1982 a 10 em 2012) (1). Ainda que somente seis países notificaram casos entre 2009 e 2012, e embora o número de mortes humanas por ano continue baixo (1), focos persistentes de transmissão permanecem, levando a um risco sustentado de infecção para pessoas na Região. Na América Latina, a prevenção da transmissão de porta em porta e a prevenção das mortes humanas por peste vem sendo fortalecidas nos quatro países com casos humanos e focos naturais. Entre 2010 e 2012, somente o Peru notificou casos confirmados de peste humana na América Latina

⁵ Argentina, Belize, Costa Rica, Equador, El Salvador, México e Paraguai.

(24 casos com algumas mortes). Alguns casos suspeitos foram notificados na Bolívia (4), e casos esporádicos foram notificados nos EUA em 2013.

9. No tocante às doenças infecciosas relacionadas à pobreza que afetam os recém-nascidos, duas estão se aproximando da eliminação. Desde 2013, 14 países notificaram terem atingido a meta de sífilis congênita (5). Os casos notificados de tétano neonatal caíram de 22 em 2011 a 11 em 2012 (6).

10. Os sucessos nesta Região, como a eliminação da oncocercose, estão sendo tomados como modelos para aprendizado pela Sede da OMS e por outras repartições regionais da OMS, seguindo-se ao sucesso na eliminação da varíola, da poliomielite, do sarampo e da rubéola nas Américas. Os desafios restantes de nossa Região são compartilhados com outras regiões da OMS.

Lições Aprendidas:

11. Entre as principais lições aprendidas, ressaltamos:
- a) O apoio político/governamental refletido nos aumentos dos orçamentos nacionais para o setor da saúde objetivando maior controle e eliminação das DIN é o mais importante fator para atingir as metas de saúde pública.
 - b) A promoção de causa e cooperação técnica prestadas pela OPAS têm sido importantes ao ajudar os países a priorizar as DIN nas agendas de saúde nacionais. A mobilização de capital semente foi essencial para apoiar o aumento ou expansão do controle e eliminação das DIN (por exemplo, levantamentos nacionais, elaboração e execução de planos de ação, dossiês para comprovação de eliminação, promoção de causa junto a doadores e treinamento de pessoal do setor da saúde).
 - c) A formulação de diretrizes regionais para o controle e eliminação integrado de DIN, inclusive a malária, acompanhada de capacitação de profissionais de saúde, levou à implementação integrada de ações para reduzir o ônus dessas doenças.
 - d) Ferramentas existentes e novas para monitoramento e avaliação e para a identificação de brechas de financiamento em programas nacionais de DIN têm favorecido a capacidade dos países de planejar e melhorar seus esforços de controle e eliminação.
 - e) Novas resoluções da Assembleia Mundial da Saúde e da Organização dos Estados Americanos sobre DIN, unidas ao compromisso ampliado por diversos parceiros nas comunidades filantrópicas e farmacêuticas, facilitaram os esforços de promoção de causa com os responsáveis pelas decisões e fortaleceram esforços nacionais de controle e eliminação.
 - f) O desenvolvimento de planos de ação integrados para DIN foi facilitado pelos levantamentos baseadas em múltiplas doenças—por exemplo, pesquisas de campo combinadas para helmintíases transmitidas por contato com o solo junto com malária, esquistossomose, ou filariose linfática, ou tratamento coletivo de crianças em idade escolar combinado com triagem em massa para hanseníase e tracoma.

- g) A melhor maneira de prevenir novos casos de raiva humana transmitida pelos cães é aumentar a taxa de vacinação de cães para alcançar as altas metas de cobertura necessárias em cada comunidade de alto risco.
- h) A eliminação da sífilis congênita depende do fortalecimento da promoção da saúde; da detecção precoce em mulheres grávidas, seus parceiros e seus filhos, principalmente em populações chave; do aumento da triagem com testes rápidos nos meios de atenção primária à saúde; da maior disponibilidade de insumos e medicamentos (testes de sífilis e penicilina) e tratamento oportuno; da intensificação da vigilância de casos; e da redução geral do grande ônus da sífilis.
- i) Quanto às doenças infecciosas relacionadas à pobreza preveníveis por imunização, a eliminação do tétano neonatal depende principalmente da imunização (com toxoide tetânico) das mulheres em idade reprodutiva.

Ação Necessária para Melhorar a Situação

12. Os países precisam acelerar na reta final para eliminar as DIN como um problema de saúde pública nas Américas, tomando todas as medidas necessárias para alcançar a “linha de chegada” da eliminação para proteger a saúde das populações mais vulneráveis, inclusive as comunidades indígenas e afrodescendente. É importante continuar expandindo as ações para eliminar e controlar as DIN em países-alvo através do desenvolvimento de planos de ação integrados e baseados em doenças múltiplas para o setor da saúde e fortalecer o compromisso político para aumentar o acesso ao tratamento controle da morbidade para alcançar a “linha de chegada”. Avanços serão conseguidos quando as autoridades elaborarem e implementarem programas, políticas e planos intersetoriais e integrados para DIN no âmbito nacional e local em cada país ou área onde tais doenças são endêmicas, e mediante colaboração e convênios de desenvolvimento com os principais interessados diretos e parceiros.

13. As autoridades precisam facilitar a doação, importação e acesso a (distribuição de) medicamentos e melhorar as condutas em casos de DIN com base na melhor ciência disponível. Em países com populações de trabalhadores migrantes, é preciso aumentar a colaboração fronteiriça (binacional) em esforços de vigilância e eliminação para tracoma, filariose linfática, oncocercose e malária com base no enfoque de gênero e intercultural. Em áreas de risco de DIN, as autoridades apropriadas precisam abordar os determinantes ambientais e sociais da saúde relacionados às DIN, inclusive água potável e saneamento básico, esgoto, educação em saúde, moradia e controle integrado de vetores. A sustentabilidade de recursos, inclusive humanos, é necessária para atingir as metas de redução e esforços de eliminação e prevenir a reintrodução em áreas isentas de malária e outras DIN.

14. A cobertura completa com assistência pré-natal precoce, altos índices de imunização materna e neonatal e práticas de parto seguras, acessíveis através de serviços integrados de saúde comunitária e reprodutiva, é necessária para eliminar o tétano neonatal. Há necessidade de ação intensificada nos países onde o índice de realização de exames de sífilis entre as mulheres grávidas é inferior a 70%. Todos os países requerem

ênfase contínua em um enfoque de sistemas de saúde que inclua a integração de ações de prevenção e controle para eliminação da sífilis congênita com intervenções de saúde sexual e reprodutiva.

15. Para prevenir novos casos de raiva humana transmitida por cães, a vacinação anual de cães deve atingir as metas necessárias de cobertura vacinal em todas as comunidades de risco. Além disso, a profilaxia pós-exposição deve estar disponível, principalmente nas áreas de alto risco, e acompanhada de vigilância e capacitação intensificados, além de melhor comunicação e ação rápida em todos os níveis do sistema de saúde e com o setor da saúde animal, promovendo assim um enfoque intersetorial. A prevenção das mortes por peste humana depende da rápida detecção de casos na comunidade, da capacidade dos profissionais locais de saúde em diagnosticá-los e de procedimentos adequados de gestão de casos no âmbito hospitalar, inclusive com o uso de equipamentos de proteção individual pelas equipes de saúde.

16. Atingir as metas de nossa Região para o controle e eliminação das doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza permanece como prioridade para a Organização e para os países endêmicos até 2015 e além. Acompanhando os sucessos dos países desde 2009, conforme a atenção universal à saúde for ampliada na Região, mais pessoas terão acesso a serviços de prevenção e tratamento para essas doenças. Trabalhando de maneira interprogramática dentro dos Ministérios da Saúde e com os principais interessados diretos e parceiros, e com o apoio financeiro adequado, a Região continuará progredindo no controle e na eliminação dessas doenças que atingem milhões de famílias pobres e desatendidas.

Intervenção pelo Comitê Executivo

17. Solicita-se ao Comitê Executivo que tome nota deste relatório de progresso e faça qualquer observação que considere pertinente.

Referências

1. Clavijo A, Del Rio Vilas VJ, Mayen FL, Yadon ZE, Beloto AJ, Natal Vigilato MA, et al. Gains and future road map for the elimination of dog-transmitted rabies in the Americas (Perspective Piece) [Internet]. *Am J Trop Med Hyg* 2013;89(6):1040-1042 [acesso em 23 de abril de 2014]. Resumo disponível em: <http://www.ajtmh.org/content/89/6/1040.extract>
2. World Health Organization. World malaria report: 2012 [Internet]. Genebra: OMS; 2012 [acesso em 23 de abril de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/
3. World Health Organization. Soil-transmitted helminthiases: number of children treated in 2012 [Internet]. *WHO Weekly Epidemiological Record No. 13* 2014; 89:133-140 [acesso em 23 de abril de 2014]. Disponível em:

<http://www.who.int/wer/2014/wer8913.pdf?ua=1>

4. Schneider MC, Najera P, Aldighieri S, Galan DI, Bertherat E, Ruiz A, et al. Where does human plague still persist in Latin America? [Internet]. *PLoS Negl Trop Dis* 2014;8(2):1-14. [acesso em 23 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0002680>
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita: avaliação intermediária [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (D.C.), EUA. Washington, D.C.: OPAS; 2013 (Documento CD52/INF/4-B) [acesso em 28 de abril de 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22576&Itemid=270&lang=pt
6. Organización Panamericana de la Salud. Casos notificados de tos ferina, tétanos, tétanos neonatal (TNN) y parotiditis, 2011-2012; [Internet]. En: *Boletín de Inmunización* 2013;35(2):7. Washington (DC): OPAS; 2013 [acesso em 23 de abril de 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3130&Itemid=3504&lang=es

F. PLANO DE AÇÃO PARA HOSPITAIS SEGUROS

Antecedentes

1. A finalidade deste documento é informar os Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) do progresso referente à implementação da resolução CD50.R15, Plano de Ação para Hospitais Seguros, adotado em outubro de 2010. O Plano de Ação procura viabilizar a adoção pelos Estados Membros do tema "Hospitais Seguros em Situação de Desastres" como uma política nacional para redução de riscos, instando-os a trabalhar em direção à meta de construção de todos os novos hospitais com um nível de proteção que melhor garanta sua contínua funcionalidade em situações de desastre. Além disso, requer medidas apropriadas de mitigação nos estabelecimentos de saúde existentes.

2. A resolução CD50.R15 também solicitou que a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) apresentasse os relatórios de progresso periódicos aos Órgãos Diretivos relacionados à implementação do Plano de Ação, o qual possui seis objetivos, cada um desses com metas definidas.

Atualização sobre o Progresso

Progresso em Direção às Metas

<i>Objetivo</i>	<i>Metas</i>	<i>Status</i>
1	Até 2011, 80% dos países terão estabelecido um programa nacional para hospitais seguros.	26 países (74%) incluem redução do risco de desastres no setor da saúde; 20 países (51%) apresentam uma política nacional para hospitais seguros; e 17 países (49%) possuem um programa formal para hospitais seguros.
2	Até 2013, 90% dos países terão um sistema de informação sobre a construção de novos hospitais ou melhoria dos hospitais existentes.	31 países (89%) aplicam o Índice de Segurança Hospitalar para avaliar a segurança do hospital em caso de desastres. Pelo menos 10 países (29%) apresentam um sistema on-line para a administração integrada das informações dos estabelecimentos de saúde.
3	Até 2013, pelo menos 80% dos países na Região terão estabelecido mecanismos de supervisão do trabalho de construção de hospitais e	12 países (34%) estabeleceram formalmente mecanismos de supervisão independentes para a

<i>Objetivo</i>	<i>Metas</i>	<i>Status</i>
	outros investimentos em instalações de saúde.	construção de hospitais.
4	Até 2015, todos os países terão incluído medidas que garantem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde no caso de desastres, em todos os novos projetos de investimentos na saúde.	9 países com novos projetos de investimentos na saúde incluíram conceitos de segurança hospitalar.
5	Até 2015, 90% dos países terão normas atualizadas para o desenho, a construção e a operação de novos e seguros estabelecimentos de saúde.	17 países (49%) possuem normas atualizadas para o desenho de instalações de saúde seguras.
6	Até 2015, pelo menos 90% dos países terão melhorado a segurança dos estabelecimentos de saúde existentes em caso de desastres.	34 países (97%) estão melhorando a segurança de suas instalações de saúde ao implementar as intervenções para redução de desastres.

Desafios e Lições Aprendidas

- a) O desenvolvimento e a aplicação do Índice de Segurança Hospitalar vêm permitindo que os países migrem de um sistema puramente qualitativo a um sistema de qualificação padronizada. Isso proporciona às autoridades nacionais a informação integral sobre o nível de segurança dos seus serviços de saúde para que possam priorizar e implementar as intervenções.
- b) Embora muitos países estejam alocando os fundos substanciais para a aplicação das medidas corretivas, a fim de melhorar a segurança dos estabelecimentos de saúde, ainda permanece um desafio transmitir essas prioridades ao setor financeiro e aos níveis mais altos políticos e dos responsáveis pela tomada de decisões.
- c) Apesar do progresso, assegurar que todas as novas instalações de saúde estejam seguras contra desastres e aprimorar a segurança dos estabelecimentos existentes continuam sendo grandes desafios.
- d) O fortalecimento da participação multissetorial de interessados diretos, ambos dentro e fora do setor da saúde, é fator fundamental para alcançar o sucesso. Por exemplo, os países mais bem-sucedidos ao executar a Iniciativa de Hospitais

Seguros⁶ são aqueles onde a organização nacional de administração dos desastres assumiu uma função ativa juntamente com o setor da saúde.

Ação Necessária para Melhorar a Situação

- a) Fomentar e garantir a inclusão das disposições da Iniciativa de Hospitais Seguros e do Plano de Ação nas políticas governamentais.
- b) Promover o fortalecimento da rede de serviços de saúde e o desenvolvimento de planos de resposta aos desastres para o setor da saúde e hospitais.
- c) Fortalecer as capacidades e a certificação das equipes de avaliação da segurança dos hospitais.
- d) Gerar consciência dentro da sociedade civil da importância de se ter hospitais e centros de saúde que continuem a funcionar em sua capacidade máxima durante emergências e desastres.

Intervenção pelo Comitê Executivo

3. Convida-se o Comitê Executivo a tomar nota deste relatório de progresso e recomendar o que considere necessário.

⁶ A Resolução da OPAS CSP27.R14, Hospitais Seguros: Iniciativa Regional acerca dos Estabelecimentos de Saúde Resilientes a Desastres (2007).

G. SITUAÇÃO DOS CENTROS PAN-AMERICANOS

Introdução

1. Este documento foi elaborado em resposta ao mandato dos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de realizar avaliações e análises periódicas dos Centros Pan-Americanos.

Antecedentes

2. Os Centros Pan-Americanos têm sido uma modalidade importante de cooperação técnica da OPAS por quase 60 anos. Nesse período, a OPAS criou ou administrou 13 centros,⁷ Nove foram fechados e a administração de um deles foi transferida aos próprios Órgãos Diretivos. Neste documento é apresentada informação atualizada sobre o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), o Centro Latino-Americano e do Caribe para Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e o Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR).

Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA)

3. Para abordar a convergência da saúde humana e da saúde animal e ambiental, a OPAS vem exercendo liderança continental na área das zoonoses, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar. As diretivas políticas e estratégicas para a cooperação técnica da Organização em saúde pública veterinária foram definidas pela 16ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 16), realizada no Chile em julho de 2012 com o lema “*Agricultura-saúde-meio ambiente: somando esforços pelo bem-estar das Américas*”. A RIMSA 16 aprovou o “Consenso de Santiago do Chile” que, entre outras recomendações, instou os países a estabelecer mecanismos e plataformas permanentes de coordenação e comunicação intersetoriais como parte dos seus esforços de gestão dos riscos para saúde pública gerados na interface população humana-animal-meio ambiente como parte da estrutura do Regulamento Sanitário Internacional e das normas da Organização Mundial de Saúde Animal (OIE, mantendo a sigla do nome anterior, Organização Internacional de Epizootias). Entre outras metas importantes estavam a erradicação da raiva humana transmitida por cães e a erradicação da febre aftosa nas Américas até 2020, como parte do Plano Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA). A RIMSA 16 também reiterou aos países a redobrar e reunir esforços a fim de garantir a produção de alimentos seguros e saudáveis – algo essencial para a prevenção e o controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis – com a formação de alianças entre os setores público e privado. Salientou-se a importância das iniciativas de cooperação técnica para o fortalecimento da capacidade nacional e instou-

⁷ CLATES, ECO, PASCAP, CEPANZO, INPPAZ, INCAP, CEPIS, Programa Regional de Bioética no Chile, CAREC, CFNI, CLAP, PANAFTOSA e BIREME.

se que essas iniciativas sejam implantadas com cooperação interinstitucional máxima e a cobertura e a continuidade requeridas para alcançar seus objetivos, metas e resultados.⁸

Progresso Recente

4. A cooperação técnica do PANAFTOSA é realizada como parte do trabalho do Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde por uma equipe técnica com sede em Duque de Caxias, no Rio de Janeiro, e por três assessores de saúde pública veterinária nas sub-regiões andina, centro-americana e do Caribe. Obtiveram-se conquistas importantes neste biênio quanto à inocuidade dos alimentos, febre aftosa e outras zoonoses.

5. Com relação à inocuidade dos alimentos, um maior número de instituições desta Região contribuem agora com as redes intersetoriais regionais de inocuidade dos alimentos para a prevenção de doenças transmitidas por alimentos (a saber, Rede Interamericana de Laboratórios de Análise de Alimentos [RILAA], Rede Global de Infecções Transmitidas por Alimentos [GFN] e Rede PulseNet da América Latina e Caribe). Abordam-se em particular as repercussões da resistência aos antimicrobianos e promove-se um enfoque integrado com a participação de diferentes atores e setores, como medicina e veterinária, agricultura, meio ambiente e consumidores. A PulseNet da América Latina e Caribe recebeu o prêmio IHRC⁹ de inovações em PulseNet em 2013 “em reconhecimento ao uso inovador da tecnologia para o ensino, com o potencial de melhorar significativamente a funcionalidade da PulseNet nas pesquisas de surtos epidêmicos”. O desafio agora é manter a excelência e a pertinência da OPAS no contexto das reduções orçamentárias nesta área e continuar inovando e captando novos recursos. Além disso, o PANAFTOSA vem exercendo um efeito multiplicador da sua excepcional capacidade técnica dentro da OPAS para fortalecer a colaboração entre a OMS, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) e OIE a fim de combater a resistência aos antimicrobianos no espírito do enfoque de “uma só saúde”.

6. Quanto às zoonoses, o Centro trabalhou com especialistas dos Estados Membros para criar um Plano de Ação para a erradicação da raiva transmitida por cães nas Américas (Clavijo et al., 2013). Este plano foi respaldado pelos diretores de programas de combate à raiva durante a 14^a Reunião de Diretores de Programas Nacionais de Controle da Raiva na América Latina (REDIPRA 14), realizada em Lima, Peru, em agosto de 2013. O acompanhamento das recomendações da REDIPRA 14 abrange, entre outras medidas, um exercício de perícia dos laboratórios, incluindo os laboratórios nacionais de referência, com o acréscimo da vacina antirrábica para cães ao Fundo Rotativo da OPAS. O Centro, em cooperação com o Departamento de Gestão de Compras e Suprimentos, está agora coletando informações sobre a demanda futura de vacinas. Quanto às outras

⁸ Centro Pan-Americano de Febre Aftosa da Organização Pan-Americana da Saúde. Consenso de Santiago de Chile [Internet]. 16^a Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, em Saúde e Agricultura, 26 e 27 de julho de 2012; Santiago, Chile. Rio de Janeiro (Brasil): OPAS/PANAFTOSA; 2012 [consultado em 14 fev 2014]. Disponível em:

[http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/dmdocuments/RIMSA16\(INF5\)%20Consenso%20esp.pdf](http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/dmdocuments/RIMSA16(INF5)%20Consenso%20esp.pdf)

⁹ International Health Resources Consulting, Inc.

zoonoses, ele prestou cooperação técnica e contribuiu para o fortalecimento da capacidade em relação à leptospirose, leishmaniose, raiva silvestre e a vigilância dos reservatórios de vetores da febre amarela. O Centro também realiza atividades de cooperação técnica em vigilância e controle da hidatidose em seis países.

7. Quanto à febre aftosa, pela primeira vez desde a criação do Centro em 1951, passaram-se 25 meses sem a notificação de nenhum caso de febre aftosa. Trata-se de uma conquista histórica para os países de todo o continente e para o PANAFTOSA e a OPAS/OMS. Os desafios agora enfrentados são manter esta conquista e chegar a uma situação em que o continente esteja livre da febre aftosa sem vacinação, continuar dando apoio aos países, em particular ao introduzir novas ferramentas de vigilância e resposta às emergências e mecanismos para enfrentar a crescente sensibilidade da população ao vírus da febre aftosa e fortalecer a política, a estratégia e o plano nacionais de erradicação da febre aftosa da Venezuela.

Acordos de Cooperação e Captação de Recursos

8. O Centro conseguiu captar contribuições voluntárias provenientes de fontes interessadas especificamente na erradicação da febre aftosa na América do Sul, que prestam apoio à cooperação técnica do Centro para a coordenação regional do PHEFA. Um exemplo é a Associação Coordenadora Nacional de Saúde Animal (ACONASA) do Paraguai, que renovou o seu apoio financeiro ao fundo de reserva estabelecido para facilitar as contribuições financeiras. Além disso, estão sendo negociados outros acordos de cooperação com organismos públicos de outros Estados Membros (por exemplo, Equador) nas áreas de atividade do PANAFTOSA. Como resultado, os recursos financeiros ordinários proporcionados pela Organização ao Centro têm sido canalizados para a cooperação técnica nas áreas das zoonoses e inocuidade dos alimentos. A contribuição generosa do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) do Brasil continua apoiando plenamente os custos de manutenção do Centro. Essa contribuição aumentou consideravelmente nos últimos cinco anos para adaptá-la à execução do processo de desenvolvimento institucional do Centro iniciado em 2010, que incluiu uma redução da contribuição da Organização.

9. A OPAS, através do PANAFTOSA, e a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, assinaram um anexo ao Acordo de Cooperação Técnica de 2012 a fim de contribuir com a quantia de US\$ 1.618.914¹⁰ para o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde do Brasil. O propósito é reduzir a carga de zoonoses e doenças transmitidas por vetores, pela água e por alimentos na população humana. O acordo de cooperação técnica foi renovado em 2013, com o acréscimo da quantia de US\$ 4.918.409, que representa um aumento de três vezes do valor destinado em 2012. Foram estabelecidos outros acordos financeiros e de cooperação técnica com o Wellcome Trust (Instituto Sanger) para fortalecer a capacidade profissional do pessoal da saúde, docentes e estudantes de

¹⁰ A menos que indicado de outra forma, todas as cifras monetárias deste relatório são expressas em dólares dos Estados Unidos.

profissões relacionadas à saúde (como medicina, microbiologia, medicina veterinária e enfermagem), com o Instituto Comum de Inocuidade dos Alimentos e Nutrição Aplicada (JIFSAN) para a cooperação em inocuidade dos alimentos, e com a Associação Americana de Escolas de Medicina Veterinária (AAVMC) para fortalecer a capacidade profissional de docentes e estudantes de profissões relacionadas à saúde (como medicina, medicina veterinária e enfermagem). Um projeto de três anos para estabelecer a liderança de “uma só saúde” e promover a capacidade dos laboratórios de análises clínicas veterinárias do Caribe, financiado pela União Europeia, está sendo executado em conjunto com a Universidade das Índias Ocidentais, Trinidad e Tobago e FAO. Foi fortalecida a colaboração com o grupo de trabalho de saúde pública veterinária da Rede do Caribe de Saúde Animal (CaribVET) para a vigilância, prevenção e controle da raiva, leptospirose e salmonelose no Caribe, com o uso do enfoque de “uma só saúde”.

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

10. A BIREME é um centro especializado da OPAS, fundado em 1967, com o propósito de canalizar a cooperação técnica que presta à Organização aos países da Região com relação à informação científica e técnica em saúde.

11. A institucionalidade da BIREME é caracterizada hoje pela coexistência da estrutura institucional anterior (Convênio de Manutenção e Desenvolvimento do Centro, vigente até 31 de dezembro de 2014) e da nova estrutura (Estatuto da BIREME, aprovado pelo 49º. Conselho Diretor, vigente desde 1º. de janeiro de 2010).

12. O Estatuto da BIREME determina o estabelecimento de um Acordo de Sede da BIREME, a ser assinado com o Governo do Brasil, e um Acordo sobre as Instalações e Funcionamento da BIREME, a ser assinado com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), os quais continuam em processo de negociação.

13. As estruturas de governança da BIREME atualmente são o Comitê Assessor e o Comitê Científico (nova estrutura), além do Comitê Assessor Nacional (estrutura anterior).

14. A OPAS e o Brasil são membros permanentes do Comitê Assessor da BIREME que é também formado por outros cinco membros não permanentes. A 28ª. Conferência Sanitária Pan-Americana elegeu Cuba, Equador e Porto Rico para integrar o Comitê Assessor da BIREME por um mandato de três anos (2013–2015), em lugar da Argentina, Chile e República Dominicana, cujos mandatos terminaram em 2012. O 51º. Conselho Diretor elegeu a Bolívia e Suriname (2012–2014) para ocupar o lugar do México e Jamaica, cujos mandatos terminaram em 2011. Os membros do Comitê Assessor realizaram quatro sessões de trabalho desde que o comitê foi constituído.

15. O Comitê Científico foi criado em julho de 2013 e é formado por cinco especialistas na área de informação em saúde provenientes de cinco países: Brasil, Canadá, Estados Unidos, Honduras e Trinidad e Tobago. Os membros do Comitê

Científico realizaram uma sessão de trabalho desde que o comitê foi constituído. Além disso, no contexto dos objetivos e resultados esperados do Comitê, ocorreu uma reunião virtual para estreitar a comunicação entre os membros.

Progresso Recente

16. A sessão para a formação do Comitê Científico da BIREME foi realizada no dia 25 de julho de 2013, na cidade de São Paulo, Brasil, com a presença de representantes dos membros Brasil, Honduras e Trinidad e Tobago, o Canadá e os Estados Unidos da América participaram por via remota.

17. A quarta sessão do Comitê Assessor da BIREME foi realizada no dia 26 de novembro de 2013 nas instalações do próprio Centro. Os membros do Comitê Assessor reafirmaram o seu apoio contínuo ao desenvolvimento institucional do Centro, que inclui a implantação da nova estrutura institucional, o estabelecimento e a assinatura do Acordo de Sede e o financiamento dos planos de trabalho, além da integração do Comitê Científico constituído. Além disso, foram salientadas a realização e os resultados do IX Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde (CRICS9), e a realização da VI Reunião de Coordenação Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS6) na Sede da OPAS/OMS, em Washington, D.C, de 20 a 24 de outubro de 2012.

18. No contexto das linhas de ação para finalizar a implementação da nova estrutura institucional da BIREME, destacam-se os seguintes aspectos:

- a) Acordo de Sede para a BIREME: a OPAS e o Ministério da Saúde do Brasil continuaram as negociações sobre a nova proposta de Acordo de Sede apresentada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, até que se chegou a uma versão consensual com a Consultoria Jurídica (CONJUR) do Ministério da Saúde do Brasil em reunião de 22 de janeiro de 2014. Os próximos passos para sua assinatura são o envio desta versão para o trâmite de aprovação do Ministério das Relações Exteriores do Brasil e a aprovação final pelo Congresso Nacional Brasileiro.
- b) Acordo de instalações e funcionamento da BIREME nas dependências da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP): foram realizadas várias reuniões com a reitora e as autoridades designadas da Universidade, que abordaram a relação institucional da BIREME com a UNIFESP e os termos do Acordo. Estão previstas reuniões em 2014 para o acompanhamento deste processo, inclusive a pedido da reitora, com enfoque na revisão detalhada das responsabilidades mútuas da BIREME e da UNIFESP. No entanto, a assinatura deste Acordo continua condicional à assinatura do Acordo de Sede com o Governo do Brasil, citada no parágrafo anterior.
- c) Definição do mecanismo de financiamento para a BIREME proveniente de contribuições da OPAS e do Governo do Brasil, estipulado no Artigo 6 do Estatuto: as contribuições regulares serão definidas de comum acordo para dar respaldo aos planos de trabalho bienais aprovados, em conformidade com o

estabelecido no Estatuto. Na segunda reunião do Comitê Assessor Nacional (CAN) sobre o Convênio de Manutenção e Desenvolvimento da BIREME, realizada no dia 23 de janeiro de 2014 na OPAS/OMS Brasil, foram apresentados os resultados alcançados pelo Centro nos últimos 18 meses. O respectivo relatório foi aprovado pelos representantes do Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP) e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Estima-se que a contribuição do Ministério para a manutenção e o financiamento do plano de trabalho da BIREME para 2015 será o mesmo montante de 2014, ou seja, R\$ 3,8 milhões (aproximadamente US\$ 1,5 milhão). Esta soma será transferida à OPAS através de um *Termo Aditivo* específico ao Convênio de Manutenção e Desenvolvimento da BIREME, que está em processo de autorização.

- d) O plano bienal de trabalho (2014–2015) da BIREME, que está integrado ao do Departamento de Gestão do Conhecimento e Comunicações, recém-reformulado como Gestão do Conhecimento Bioético e Pesquisa da OPAS, foi elaborado em coordenação com o Departamento, com o qual se continua coordenando seu aperfeiçoamento e articulação.

Desafios

- 19. Entre os próximos desafios para este período estão:
 - a) implementar por completo em 2014 a nova estrutura institucional da BIREME, com a assinatura dos dois principais Acordos constituintes: *i*) o Acordo de Sede com o Brasil e *ii*) o Acordo de Instalações e Funcionamento com a UNIFESP;
 - b) ampliar o Convênio de Manutenção e Desenvolvimento da BIREME, caso a nova estrutura institucional não seja plenamente implementada em 2014; e
 - c) manter negociações para a pronta assinatura dos convênios para a transferência das respectivas contribuições à manutenção da BIREME em 2014, em particular, a contribuição do Ministério da Saúde do Brasil.

Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR)

20. O Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) foi criado em 1970 mediante um acordo entre o Governo da República Oriental do Uruguai, a Universidade da República do Uruguai e a OPAS, que é renovado periodicamente sendo que a última prorrogação terá vigência até 28 de fevereiro de 2016. Em 2005, foi realizada a fusão entre o Centro e a Unidade de Saúde da Mulher, em um processo de descentralização, sendo criado o Centro Latino-Americano de Perinatologia/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR), que passou a funcionar também como uma unidade descentralizada ligada à área de Família, Gênero e Curso de Vida (FGL). O objetivo geral do CLAP/SMR é promover, fortalecer e melhorar as capacidades dos países da Região das Américas em termos da atenção de saúde para a mulher, a mãe e o recém-nascido.

Progresso Recente

21. No dia 10 de janeiro de 2014, assumiu o cargo a nova Diretora/Chefe de Unidade do CLAP/SMR. Com a nova gestão, foram analisados os recursos disponíveis e implementadas mudanças visando reduzir custos e favorecer um uso mais eficiente dos recursos. Além disso, deu-se início a gestões que permitiram gerar recursos adicionais com fundos extraorçamentários.

22. Em relação às linhas de trabalho, são mantidas as atividades vinculadas às áreas técnicas específicas sob responsabilidade do CLAP/SMR. O Plano para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave está passando por processo de avaliação intermediária, tendo sido elaboradas as referências e avaliada a situação dos indicadores após dois anos da sua aprovação. Foi validado o formulário complementar de História Clínica Perinatal do SIP (Sistema de Informação Perinatal) para o registro dos eventos de morbidade materna extremamente graves, junto com a OMS e especialistas da Região em 23 instituições de 12 países da Região. Foi prestado apoio contínuo à Federação Latino-Americana de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FLASOG), incentivando-se a capacitação dos recursos humanos em emergências obstétricas, também em cooperação com a Confederação Internacional de Obstetrias (ICM), e apoiando-se a capacitação de docentes na profissão de obstetrix em todo o Caribe.

23. O CLAP/SMR participou de conferências regionais para avaliar o progresso para o cumprimento dos objetivos da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que foi realizada em Montevidéu em agosto de 2013. Como parte do apoio técnico aos países para a implementação da estratégia de saúde reprodutiva, o CLAP/SMR organizou com o FNUAP uma reunião regional com 15 países em El Salvador, em outubro de 2013, "Reposicionamento do planejamento familiar no contexto do acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, ODM 5b". Como resultado, os dois organismos executarão um plano de trabalho nos países participantes.

24. A publicação da OMS "Abortamento sem riscos: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde" foi traduzido para o espanhol¹¹ e português¹² e divulgado nos países da Região (20.000 exemplares).

25. No quadro da estratégia de Erradicação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Materna, está sendo formulado um projeto de cooperação técnica entre países da América Central (El Salvador, Honduras, Nicarágua e Panamá) incorporando Belize, Costa Rica e República Dominicana para o monitoramento dos indicadores globais da sífilis congênita com bases de dados do Sistema de Informação Perinatal (SIP).

¹¹ http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP-Trad04.pdf

¹² http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP-Trad04pt.pdf

26. A partir dos aportes decorrentes da avaliação intermediária do Plano Regional de Saúde do Recém-nascido, avançou-se na elaboração de instrumentos e orientações técnicas para a melhoria da qualidade da atenção neonatal vinculada às principais causas de mortalidade. Além disso, deu-se início a um processo de geração de informação que possibilite ver na agenda política a carga da prematuridade, bem como de elaboração do mapa da situação regional da legislação e programas de triagem neonatal. Por fim, elaborou-se um instrumento para avaliação da implementação de intervenções baseadas em dados comprovados que permitirá aos países avaliar melhorias nas práticas relacionadas à atenção neonatal.

27. Com relação à iniciativa de fusão das instalações do Centro com o escritório da Representação no Uruguai, está sendo considerado alugar um espaço no edifício das Nações Unidas, onde funcionariam as duas unidades. Existem acordos de fusão administrativa vigentes e estão sendo realizados estudos dos custos financeiros da fusão.

Intervenção pelo Comitê Executivo

28. Solicita-se ao Comitê Executivo que tome nota do presente relatório de progresso e faça outras recomendações que julgar pertinentes.

- - -