

164ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24 a 28 de junho de 2019

Tema 7.3 da agenda provisória

CE164/INF/3
30 de abril de 2019
Original: inglês

IMPLEMENTAÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (RSI)

Introdução

1. Este documento informa sobre a situação da aplicação e implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI ou “Regulamento”) e sobre seu cumprimento. O relatório abrange o período de 1º de julho de 2018 a 30 de abril de 2019, atualiza as informações apresentadas ao 56º Conselho Diretor em setembro de 2018 (1) e complementa as informações fornecidas no documento A72/8, apresentado à 72ª Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2019 (2). Este relatório analisa as atividades realizadas pelos Estados Partes e pela Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) tanto em resposta a eventos agudos de saúde pública, incluindo emergências de saúde pública de importância internacional (ESPII), quanto para fins de capacitação. Por fim, destaca questões que demandam a ação conjunta dos Estados Partes na Região das Américas e da RSPA para melhorar a futura aplicação, implementação e cumprimento do Regulamento.

Antecedentes

2. O RSI, adotado pela 58ª Assembleia Mundial da Saúde em 2005 por meio da resolução WHA58.3,¹ constitui a base legal que, entre outras coisas, define as capacidades básicas nacionais, inclusive nos pontos de entrada, para a gestão de eventos agudos de saúde pública de possível ou real importância nacional e internacional, além de procedimentos administrativos relacionados.

Análise da situação

Eventos agudos de saúde pública

3. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) atua como ponto de contato da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o RSI na Região das Américas e facilita a gestão de eventos de saúde pública com os pontos focais nacionais para o RSI (PFN) pelos canais de

¹ O texto do Regulamento Sanitário Internacional (resolução WHA58.3), terceira edição, está disponível em espanhol em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=164C099CD5E21ED0C1B76D9DA87A772E?sequence=1>.

comunicação estabelecidos. Em 2018, todos os 35 Estados Partes na Região apresentaram a confirmação ou atualização anual das informações de contato de seus PFNs, juntamente com uma lista atualizada de usuários nacionais do *site* de informação sobre eventos (EIS, na sigla em inglês) da OMS para os pontos focais nacionais para o RSI. Em 30 de abril de 2019, 154 usuários dos Estados Partes e 195 funcionários da RSPA tinham acesso ao portal do EIS da OMS. Em 2018, testes de rotina da conectividade entre o ponto de contato da OMS para o RSI e os PFNs na Região foram bem-sucedidos com 33 dos 35 Estados Partes (94%), tanto por *e-mail* quanto por telefone.

4. De 1º de julho de 2018 a 30 de abril de 2019, foram identificados e avaliados na Região 124 eventos agudos de saúde pública de possível importância internacional, que representam 30% dos eventos analisados mundialmente no mesmo período. O número de eventos identificados e avaliados em cada Estado Parte nas Américas é apresentado no Anexo. Em 68 dos 124 eventos (55%), as autoridades nacionais (inclusive por meio dos PFNs em 60 ocasiões) foram a fonte inicial de informação.

5. Convém destacar que, ao se redigir este documento, ainda não havia a designação definitiva de quatro dos 124 eventos considerados (3%) e que se solicitou e obteve comprovação de todos os eventos identificados por fontes não governamentais, com exceção de um. Dos 119 eventos cuja designação definitiva é conhecida, 63 (53%), que afetaram 24 Estados Partes e três territórios na Região, eram de comprovada importância internacional para a saúde pública e representavam 19% desses eventos determinados mundialmente. A grande maioria desses 63 eventos foi atribuída a perigos infecciosos (51 eventos, ou 81%). As etiologias mais frequentes nesses 51 eventos foram agentes resistentes a antimicrobianos (8 eventos), dengue (7 eventos), sarampo (6 eventos) e febre amarela (4 eventos). Os outros 12 eventos de comprovada importância internacional para a saúde pública estavam relacionados com a interface homem-animal (6 eventos), a segurança alimentar (1 evento), os perigos químicos (1 evento) e os perigos relacionados a produtos (1 evento); a etiologia de três eventos continuou indeterminada. Durante o período considerado, dos 46 novos eventos publicados no portal de informação sobre eventos da OMS, nove (20%) diziam respeito a Estados Partes nas Américas.

6. As atuais emergências de saúde pública de importância internacional incluem aquelas declaradas como resultado da propagação do poliovírus selvagem e do poliovírus circulante derivado da vacina (cPVDV),² assim como os surtos de doença pelo vírus Ebola na República Democrática do Congo, que em 2018 provocou o acionamento do Comitê de Emergência do RSI para a doença pelo vírus Ebola.³ Além desses, de 1º de julho de 2018 a 30 de abril de 2019,

² As informações sobre os eventos em curso e o contexto da transmissão e propagação internacional do poliovírus estão disponíveis na página do Comitê de Emergência do RSI da OMS em: http://www.who.int/ihr/ihr_ec_2014/en/ [disponível em inglês].

³ A página do Comitê de Emergência do RSI para a doença pelo vírus Ebola 2018 está disponível em inglês no *site* da OMS: <http://www.who.int/ihr/emergency-committee-ebola-2018/en/>. A declaração sobre a segunda reunião deste comitê está disponível em espanhol em: [https://www.who.int/es/news-room/detail/12-04-2019-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-for-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-on-12th-april-2019](https://www.who.int/es/news-room/detail/12-04-2019-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-for-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-on-12th-april-2019).

os eventos agudos de saúde pública significativos que afetaram os Estados Partes nas Américas e a RSPA, ou tiveram consequências de saúde pública para eles, estavam relacionados principalmente a doenças imunopreveníveis, conforme detalhado adiante.

- a) *Sarampo*:⁴ desde meados de 2017, a Venezuela sofre com um surto de sarampo que acomete todo o país. Até 31 de março de 2019, o país havia acumulado mais de 6.500 casos confirmados, incluindo 76 mortes, nenhum deles observado em 2019 (taxa de letalidade de 1%). Durante o mesmo período, casos confirmados de sarampo importados, ou relacionados a importação, da Venezuela foram detectados em seis países na Região: Argentina (1 caso); Brasil (mais de 10.300 casos, incluindo 12 mortes, nenhum deles observado em 2019, taxa de letalidade de 0,1%); Chile (25 casos); Colômbia (cerca de 8.700 casos); Equador (17 casos); e Peru (38 casos). Nos países que registraram os maiores surtos, houve uma diminuição contínua do número de casos notificados a partir do início de julho de 2018. Durante o período deste relatório, casos confirmados de sarampo importados, ou relacionados a importação, de Estados Partes que não a Venezuela, dentro e fora das Américas, foram detectados pelas autoridades sanitárias de 10 países da Região: Argentina (5 casos), Bahamas (1 caso), Brasil (23 casos), Canadá (44 casos), Chile (1 caso), Costa Rica (10 casos), Estados Unidos da América (mais de 800 casos), México (6 casos), Peru (4 casos) e Uruguai (3 casos).
- b) *Febre amarela*:⁵ o aumento da atividade do vírus da febre amarela na América do Sul no final de 2015 resultou em uma escalada excepcional de casos nas populações animais e humanas do Brasil no final de 2016. Seguindo o padrão sazonal observado em 2017 e 2018, a escalada de atividade do vírus da febre amarela no Brasil disseminou-se para áreas da costa sul-atlântica do país anteriormente não consideradas de risco para transmissão do vírus. Esse fato motivou a Secretaria da OMS a ampliar as áreas consideradas de risco para transmissão do vírus da febre amarela na orientação para viajantes internacionais em visita ao Brasil.⁶ Durante o período deste relatório, 81 casos humanos de febre amarela com confirmação laboratorial, incluindo 15 mortes (taxa de letalidade de 18%), foram notificados no Brasil; os estados mais afetados são Paraná, Santa Catarina e São Paulo. Outros casos, todos relacionados a áreas onde há risco conhecido de transmissão de febre amarela, foram notificados pelas autoridades da Bolívia (1 caso), Colômbia (1 caso fatal), Guiana Francesa (1 caso) e Peru (12 casos, incluindo 8 mortes).

⁴ As informações sobre surtos e propagação de sarampo nas Américas estão disponíveis em espanhol no *site* da OPAS em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10302:2014-archive-by-disease-measles&Itemid=41205&lang=es.

⁵ As informações sobre surtos e propagação da febre amarela nas Américas estão disponíveis em espanhol no *site* da OPAS em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10319:2014-archive-by-disease-yellow-fever&Itemid=41222&lang=es.

⁶ As informações sobre a extensão de áreas consideradas de risco para transmissão de febre amarela estão disponíveis em inglês no *site* da OMS em: <https://www.who.int/ith/updates/20180503/en/> [disponível em inglês].

- c) *Difteria*:⁷ surtos de difteria estão ocorrendo no Haiti e na Venezuela. O surto no Haiti começou em 2014 e, até 30 de abril de 2019, as autoridades sanitárias nacionais notificaram um total de 1.114 casos confirmados e suspeitos, incluindo 52 mortes entre os casos confirmados (taxa de letalidade de 5%). Os 480 casos observados em 2018 representam 43% dos casos desde o início do surto. O surto na Venezuela começou em julho de 2016 e, até 30 de abril de 2019, as autoridades sanitárias nacionais notificaram mais de 2.700 confirmados e suspeitos, incluindo 280 mortes (taxa de letalidade de 10%). Os 1.198 casos observados em 2018 representam 44% dos casos observados desde o início do surto. Entre 1º de julho de 2018 e 30 de abril de 2019, a Colômbia notificou oito casos com confirmação laboratorial, incluindo três mortes, também importados da Venezuela.
- d) *Malária*:⁸ na Venezuela, durante o período de oito anos entre 2010 e 2018, o número de casos de malária aumentou 900%, e a transmissão autóctone disseminou-se de 12 para 17 unidades federais e de 60 para 125 municípios. Essa tendência ascendente corresponde a um aumento de dez vezes da taxa de incidência nacional durante o mesmo período. Em 2017, a Venezuela foi responsável por 84% do aumento de casos na Região (3), com mais de 411.000 casos confirmados notificados, incluindo 310 mortes. Em 2018, observaram-se mais de 451.000 casos confirmados na Venezuela, incluindo 257 mortes; e entre 1º de janeiro e 17 de março de 2019, observaram-se quase 103.000 casos confirmados no país.

7. Além dos eventos supracitados, vários outros demandaram monitoramento mais detalhado e respostas de campo da RSPA durante o período abrangido por este relatório. Entre eles estão: entre 1º de janeiro e 20 de abril de 2019, notificaram-se quase 685.000 casos de dengue nas Américas, incluindo mais de 3.000 casos de dengue grave (0,5%) e 233 mortes (taxa de letalidade de 0,03%).^{9,10} Com relação a 2018, o padrão epidemiológico regional corresponde a um aumento do número de casos de dengue observados em pelo menos 20 países e territórios, nacionalmente ou em algumas áreas do território. A circulação simultânea de dois ou mais sorotipos de vírus da dengue, que aumenta o risco de surtos e/ou casos de dengue grave, foi notificada em 15 países e territórios na Região. Observaram-se sinais de aumento da proporção de casos de dengue grave em sete países e uma taxa de letalidade de até 0,3% em um país. Houve um surto de síndrome pulmonar por hantavírus na Argentina, com 34 casos confirmados por exames laboratoriais, incluindo 11 mortes (taxa de letalidade de 32%); como

⁷ As informações sobre surtos e propagação de difteria nas Américas estão disponíveis em espanhol no *site* da OPAS em:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12840:archive-by-disease-diphtheria&Itemid=42228&lang=es.

⁸ As informações sobre surtos e propagação de malária nas Américas estão disponíveis em espanhol no *site* da OPAS em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8630:2013-publication-management-of-severe-malaria-handbook&Itemid=41199&lang=es.

⁹ Informações históricas e atuais sobre a epidemiologia da dengue nas Américas podem ser consultadas em espanhol na Plataforma de Informação em Saúde para as Américas (PLISA) interativa em: <http://www.paho.org/data/index.php/es/>.

¹⁰ As informações sobre surtos e propagação de dengue nas Américas estão disponíveis em espanhol no *site* da OPAS em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6306:2011-archive-diseases-dengue&Itemid=41184&lang=es.

o surto foi mantido por transmissão aérea entre seres humanos, o controle exigiu a implementação de medidas rigorosas de isolamento respiratório seletivo. Por fim, na Guiana, um aglomerado de casos de histoplasmose foi associado a um local de exploração de minérios, com acometimento de 14 trabalhadores, incluindo duas mortes.

Capacidades básicas dos Estados Partes

8. Depois da 142ª sessão do Conselho Executivo da OMS em 2018, a Secretaria da OMS iniciou um processo de consulta global formal para revisar a ferramenta oferecida aos países para apresentação dos Relatórios Anuais dos Estados Partes à Assembleia Mundial da Saúde. A “ferramenta de autoavaliação para apresentação anual de relatórios dos Estados Partes”, doravante denominada “ferramenta revisada” (4), junto com o documento de orientação relacionado (5), foi publicada no *site* da OMS em maio de 2018. Deve-se destacar que o uso da ferramenta revisada, ainda com ênfase exclusiva nas capacidades básicas, continua sendo totalmente voluntário. A única exigência legal para os Estados Partes, em conformidade com o artigo 54.1 do Regulamento, a resolução WHA61.2 (6) e a Decisão WHA71(15) (7), é a apresentação do Relatório Anual do Estado Parte à Assembleia Mundial da Saúde em todos os anos.

9. Em 2019, 33 (94%) dos 35 Estados Partes na Região das Américas apresentaram seus relatórios anuais à 72ª Assembleia Mundial da Saúde. Por ocasião da elaboração deste relatório, Barbados e Granada não haviam cumprido com esta obrigação. Desde 2011, quando a gestão de dados relacionada com a apresentação dos Relatórios Anuais dos Estados Partes à Assembleia Mundial da Saúde foi sistematizada pela Secretaria da OMS, 11 Estados Partes cumpriram sistematicamente essa exigência, com a apresentação de relatório todos os anos: Antígua e Barbuda, Canadá, Colômbia, Costa Rica, Dominica, Equador, Estados Unidos da América, Guiana, Honduras, Jamaica e México. As informações sobre o grau de cumprimento deste compromisso por parte dos demais Estados Partes são apresentadas no Anexo. Em razão de um problema de gestão técnica da informação, o Relatório Anual do Estado Parte apresentado pela Bolívia à 72ª Assembleia Mundial da Saúde não consta das análises regionais e sub-regionais apresentadas neste relatório. A Guiana optou por apresentar seu relatório anual à 72ª Assembleia Mundial da Saúde em formato diferente. Portanto, as informações apresentadas pela Guiana não puderam ser efetivamente incluídas no Anexo a este relatório, que apresenta um resumo dos Relatórios Anuais dos Estados Partes à 72ª Assembleia Mundial da Saúde.¹¹

10. Os Relatórios Anuais dos Estados Partes apresentados às Assembleias Mundiais da Saúde entre 2011 e 2018 mostraram melhoria contínua ou estabilização das pontuações regionais médias relativas a todas as capacidades básicas. Entretanto, em razão da introdução da ferramenta revisada — que acarreta uma redefinição parcial das 13 capacidades básicas previamente consideradas, um diferente conjunto de indicadores, uma escala de cinco pontos para medir cada indicador, além de uma ênfase no “acesso” às capacidades básicas, e não no

¹¹ As informações históricas sobre os Relatórios Anuais dos Estados Partes apresentados à Assembleia Mundial da Saúde em 2011-2018 estão disponíveis em inglês no repositório de dados do Observatório de Saúde Global da OMS no *site* da OMS em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.IHR00ALLN?lang=en>.

desenvolvimento e manutenção das capacidades básicas em cada país —, não é possível, nesta etapa, analisar tendências nas pontuações de capacidades básicas nos âmbitos regional, sub-regional e nacional, o que inclui as competências dos Estados Partes para manter essas capacidades básicas.

11. A maioria dos 31 Estados Partes que optaram por usar a ferramenta revisada para apresentar o Relatório Anual de Estado Parte à 72^a Assembleia Mundial da Saúde elaborou esse relatório em uma iniciativa multidisciplinar e multissetorial, que incluiu reuniões presenciais em 24 Estados Partes (77%).

12. Com relação às 13 capacidades básicas, as pontuações regionais médias são de quase 60% ou mais; as menores pontuações médias (54%) estão relacionadas a emergências por radiação, e a maior (76%) está relacionada à coordenação do RSI e às funções do ponto focal nacional para o RSI. A situação das capacidades básicas nas sub-regiões ainda é heterogênea. Como mostra o Anexo, as pontuações médias sub-regionais mais altas relativas às 13 capacidades básicas são sistematicamente observadas na América do Norte, enquanto as mais baixas são registradas na sub-região do Caribe, em relação a oito capacidades básicas (legislação e financiamento, eventos zoonóticos e interface homem-animal, vigilância, recursos humanos, comunicação de riscos, pontos de entrada, eventos químicos e emergências por radiação); na América Central, em relação a quatro capacidades básicas (coordenação do RSI e funções do ponto focal nacional para o RSI, segurança alimentar, estrutura nacional de emergências em saúde e prestação de serviços de saúde); e na América do Sul, em relação a uma capacidade básica (laboratório).

13. O Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019 (8), adotado pela resolução CSP29.R6 (9), inclui o resultado intermediário 5.2 (“Os países dispõem de um programa de gerenciamento de riscos para emergências de saúde provocadas por todo tipo de ameaça, visando um setor de saúde resiliente a desastres, com ênfase nas populações vulneráveis”), com o resultado imediato 5.2.1 (“Países aptos a monitorar e avaliar suas capacidades para a preparação para situações de emergência de saúde e para o RSI”) e seu indicador 5.2.1.c (“Número de países com planos de ação nacionais elaborados para reforçar as capacidades”). Com relação a esses, deve-se enfatizar que, conforme indicado no documento CSP29/INF/6 (2017) sobre a *Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (10)*, a grande variação nos Estados Partes, tanto no que se refere à maturidade de seus sistemas de saúde quanto à situação de aplicação e implementação do RSI, torna necessário superar o conceito uniformizado de um “plano nacional específico para o RSI”.

14. Dos 31 Estados Partes que usaram a ferramenta revisada para apresentar seus relatórios anuais, 11 (35%) indicaram que os orçamentos são distribuídos tempestivamente e executados de maneira coordenada. Além disso, 19 (61%) dos 31 Estados Partes indicaram que existe, em todos os setores pertinentes, um mecanismo de financiamento público de emergência que possibilita a recepção estruturada e a distribuição rápida de fundos em resposta às emergências de saúde pública.

15. A estrutura de monitoramento e avaliação do RSI (EMA-RSI) (11) tem um componente obrigatório (o Relatório Anual do Estado Parte) e três voluntários (análise pós-ação dos eventos de saúde pública, exercícios de simulação e avaliações externas voluntárias). Os componentes voluntários estão inseridos no Orçamento por Programas da OMS 2018-2019 (12), aprovado pela resolução WHA70.5 (13), e no Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019 (8), aprovado pela resolução CSP29.R6 (9). Durante o período abrangido por este relatório, a RSPA promoveu as traduções do inglês ao espanhol das ferramentas propostas para a implementação de alguns dos componentes voluntários da EMA-RSI.

16. No contexto da EMA-RSI (11), assim como do Plano de trabalho bienal 2018-2019 elaborado conjuntamente pelas Representações da OPAS/OMS e autoridades nacionais, a RSPA apoiou Granada na realização de uma avaliação externa voluntária, com uso da ferramenta de avaliação externa conjunta (AEC), durante o período abrangido por este relatório (14). Para isso, a RSPA trabalhou em estreita colaboração com a Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), a Organização Mundial da Saúde Animal (OIE, na sigla em inglês) e o centro colaborador da OMS para a Gestão pela Saúde Pública da Exposição a Substâncias Químicas (CC UNK-179 da OMS), vinculado à *Public Health England*, agência executiva do Ministério da Saúde do Reino Unido. A RSPA também está apoiando a Argentina, a República Dominicana e o Haiti nos preparativos para promover (ou repetir, no caso do Haiti) avaliações externas voluntárias com a ferramenta de AEC durante o segundo semestre de 2019. Quatro Estados Partes incluíram avaliações externas voluntárias no Plano de trabalho bienal 2018-2019, e outros quatro demonstraram interesse em promover uma avaliação externa voluntária. Todos os Estados Partes que promoveram avaliações externas voluntárias são enumerados no Anexo. De acordo com os Relatórios Anuais dos Estados Partes apresentados à 72ª Assembleia Mundial da Saúde com a ferramenta revisada, 17 de 31 Estados Partes (55%) testaram, revisaram e atualizaram pelo menos um dos instrumentos integrantes de sua estrutura nacional de emergência de saúde. A RSPA apoiou exercícios de simulação na Bolívia, no Brasil e na República Dominicana, e uma análise pós-ação dos eventos de saúde pública no Brasil e na República Dominicana.

17. No período de 1º de julho de 2018 a 30 de abril de 2019, a fim de apoiar os esforços das autoridades nacionais de melhoria contínua da preparação da saúde pública, a RSPA realizou missões e oficinas regionais, sub-regionais, multinacionais e nacionais. Essas atividades se concentraram nos seguintes temas, entre outros: *a)* função de alerta precoce do sistema de vigilância; *b)* funções do ponto focal nacional; *c)* meios de diagnóstico laboratorial e laboratórios de saúde pública; *d)* prevenção e controle de infecções; *e)* comunicação de risco; *f)* equipes de resposta rápida; *g)* pontos de entrada; *h)* resposta a perigos químicos; e *i)* funções de resposta a todo tipo de ameaça. Várias atividades de capacitação foram realizadas graças ao apoio financeiro prestado à RSPA pelos governos do Brasil e dos Estados Unidos. Além disso, a colaboração entre RSPA e AIEA prossegue nos moldes da estrutura de vários projetos em grande escala concentrados na sub-região do Caribe. Em 30 de abril de 2019, São Cristóvão e

Nevis e Suriname são os dois únicos Estados Partes nas Américas que não solicitaram afiliação à AIEA.¹²

18. Propostas para abordar os desafios relacionados com o estabelecimento, a manutenção e o monitoramento das capacidades básicas nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento (PEID) foram redigidas como resultado de uma reunião entre a RSPA, a sede da OMS, o Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental, a agência *Public Health England* (PHE) e o Instituto Nacional de Saúde Pública e Meio Ambiente (RIVM) dos Países Baixos realizada em Washington, D.C., de 16 a 19 de julho de 2018. Autoridades nacionais da sub-região do Caribe e funcionários da RSPA participaram de avaliações externas voluntárias realizadas em PEID da Região do Pacífico Ocidental da OMS. A agência PHE e a RSPA intensificaram sua colaboração, sobretudo na organização de duas oficinas para a sub-região do Caribe, uma delas sobre estratégia nacional de saúde portuária e disposições do RSI relacionadas a pontos de entrada, e a outra sobre preparação e resposta frente a eventos agudos relacionados a produtos químicos. Além disso, o governo dos Países Baixos alocou fundos para a RSPA destinados a apoiar as atividades relacionadas com o RSI na sub-região do Caribe.

Requisitos administrativos e de governança

19. Durante o período abrangido por este relatório, 487 portos de 27 Estados Partes na Região das Américas, entre eles um que não tem saída para o mar (Paraguai), estavam autorizados a expedir o certificado sanitário de embarcação.¹³ Também estavam autorizados outros oito portos em seis territórios ultramarinos dos Países Baixos e do Reino Unido. Conforme destacado no documento A72/8 (2), apresentado à 72ª Assembleia Mundial da Saúde, os Estados Partes enfrentam desafios persistentes na implementação da emissão do certificado sanitário de embarcação segundo o fundamento proposto. Como a aplicação e implementação do RSI requer um processo de aprendizagem dinâmico e coletivo, alguns Estados Partes nas Américas estão considerando uma redução do número de portos autorizados em vista das análises de custo-efetividade. No que se refere à certificação voluntária dos aeroportos e portos designados, os procedimentos para essa certificação ainda não estavam disponíveis na época da elaboração deste relatório.

20. Em 30 de abril de 2019, constavam da Lista de Peritos do RSI 442 especialistas, 102 dos quais são da Região das Américas. Entre eles estão especialistas indicados por 10 dos 35 Estados Partes na Região: Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Cuba, Estados Unidos da América, México, Nicarágua, Paraguai e Peru.

¹² A lista de Estados Membros da AIEA está disponível em espanhol no *site* do AIEA em: <https://www.iaea.org/es/el-oiea/lista-de-estados-miembros>.

¹³ A lista de portos autorizados a expedir o certificado sanitário de embarcação está disponível em inglês no *site* da OMS em: https://www.who.int/ihr/ports_airports/IHR-list-of-Authorized-ports-to-issue-Ship-Sanitation-Certificates.pdf?ua=1.

21. Em 2019, 21 (60%) dos 35 Estados Partes na Região responderam à pesquisa mundial para atualizar a publicação da OMS *Viagens internacionais e saúde*.¹⁴ Vale a pena observar que, em janeiro de 2019, o Brasil introduziu a emissão digital do certificado internacional de vacinação ou profilaxia (CIVP).¹⁵ Também em 2019, a Secretaria da OMS criou um grupo encarregado de formular diretrizes para revisão da publicação da OMS *Viagens internacionais e saúde*.¹⁶

Ações necessárias para melhoria da situação

22. O RSI é uma ferramenta de apoio permanente ao processo contínuo e intersetorial de preparo no âmbito da saúde pública, do nível nacional ao internacional, para uma resposta conjunta a eventos agudos de saúde pública. Desde o início da vigência do Regulamento, em 2007, a situação das capacidades básicas nacionais, a frequência e o volume de interações entre os Estados Partes e o ponto de contato da OMS para o RSI com relação a eventos agudos de saúde pública, bem como o nível de participação de Estados Partes nos processos de governança observados nas Américas, parecem indicar uma lenta transformação cultural nos Estados Partes do RSI em termos de transparência e responsabilização mútua, ressaltando a importância do Regulamento como ferramenta de governança global.

23. Em vista disso, ainda são válidas as ações necessárias para melhoria da situação descritas nos documentos apresentados na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana em 2017 (10) e no 56º Conselho Diretor em setembro de 2018 (1). Em particular:

- a) A promoção da causa em diferentes níveis é necessária para harmonizar os entendimentos e as aspirações dos Estados a fim de esclarecer concepções errôneas que poderiam dificultar a aplicação, a implementação e o cumprimento contínuo do RSI. Essas intervenções devem se concentrar principalmente em estabelecer pontes de comunicação entre os níveis técnicos e de tomada de decisão nos Estados Partes.
- b) O RSI é cada vez mais compreendido como um instrumento para consolidar e aumentar a sustentabilidade de *a*) funções essenciais de saúde pública no âmbito nacional, incluindo o planejamento e o financiamento, já amplamente instituídas e em operação, ainda que em diferentes graus, e *b*) mecanismos intersetoriais nacionais. Entretanto, sobretudo no nível político, com frequência o Regulamento continua a ser visto como uma disciplina técnica nova cujos requisitos e implicações estão limitados ao setor de saúde e relacionados principalmente com as “crises” e obrigações de saúde pública —

¹⁴ Os requisitos atualizados para emissão do certificado internacional de vacinação ou profilaxia, estipulados pelos Estados Partes, estão disponíveis em inglês na página de *Viagens internacionais e saúde* do site da OMS em: <http://www.who.int/ith/en/>.

¹⁵ As informações sobre a introdução da emissão digital do CIVP estão disponíveis em inglês no site da OPAS em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=guidelines-5053&alias=47732-international-certificate-of-vaccination-or-prophylaxis-icvp-2019&Itemid=270&lang=en.

¹⁶ As informações sobre o grupo de formulação de diretrizes para a revisão da publicação da OMS *Viagens internacionais e saúde* estão disponíveis em inglês no site da OMS em: <https://www.who.int/ith/guideline-development-group-ith-revision/en/>.

- com conotações um tanto punitivas. Em conformidade com o alcance e a finalidade do RSI, justificam-se intervenções de âmbito nacional para demonstrar o custo-efetividade da alocação contínua de recursos para fortalecer as funções essenciais de saúde pública, e não apenas responder aos eventos agudos de saúde pública à medida que acontecem, estratégia com custos elevados e consequências econômicas.
- c) O aumento da atividade do sarampo na Região destacou os desafios enfrentados pelas autoridades nacionais na gestão dos eventos agudos de saúde pública relacionados a meios de transporte e/ou viajantes, conforme definição no artigo 1 do RSI. As operações internacionais de localização de contatos ainda são complexas devido ao número de canais que poderia ser necessário ativar para obter e trocar as informações necessárias. Além disso, algumas vezes a gestão de eventos em meios de transporte, em especial em embarcações, se limitou ao isolamento físico do meio de transporte, sem investigações epidemiológicas e intervenções de saúde pública a bordo concomitantes. Portanto, justifica-se outra ação da RSPA para esclarecer a implementação de procedimentos relacionados à concessão ou negação da *livre prática* e à *quarentena* dos meios de transporte, conforme definição no artigo 1 do RSI, uma vez que essas medidas não se destinam a evitar a investigação epidemiológica e aplicação de medidas de saúde pública a bordo nem a pôr em risco a segurança dos profissionais da saúde.
- d) Embora o RSI ofereça mecanismos para garantir a responsabilização mútua, bem como os requisitos para monitorar a implementação e o cumprimento pelos Estados Partes, a aplicação dos quatro componentes da EMA-RSI deve ser adaptada ao contexto e às necessidades dos Estados Partes na Região (por exemplo, PEID). Em particular:
- i. O Regulamento é uma ferramenta para apoiar o processo intersetorial, contínuo e intrinsecamente dinâmico de preparo da saúde pública. Em vista da introdução da ferramenta revisada para apresentação do Relatório Anual do Estado Parte à Assembleia Mundial da Saúde, é preciso ter cuidado na interpretação das pontuações individuais dos Estados Partes, uma vez que a primeira apresentação com a ferramenta revisada não permite avaliar as habilidades dos Estados Partes para aumentar ou manter capacidades básicas. Além disso, considerando a situação geral avançada das capacidades básicas na Região, é improvável que se observe progresso substancial nos próximos anos, e em alguns casos isso poderia ser explicado com base no perfil de risco específico de cada Estado Parte.
 - ii. Embora a análise pós-ação de eventos de saúde pública e os exercícios de simulação estejam sendo realizados voluntariamente na Região, na maioria dos Estados Partes ainda é necessário inserir essas atividades sistematicamente no processo de preparativos de saúde pública para impulsionar transformações, apoiadas por medidas institucionais e administrativas sustentáveis e documentadas sistematicamente.
 - iii. A realização de uma avaliação externa voluntária, que requer considerável investimento de recursos humanos e financeiros, tanto do Estado Parte quanto da RSPA, assinala o compromisso do governo do Estado Parte de tomar medidas subsequentes a curto e médio prazo. Desse modo, a fase preparatória no país, que

precede a visita da equipe de missão externa, é crucial para estabelecer expectativas realistas e o alcance das ações institucionais subsequentes destinadas a fortalecer os mecanismos existentes de governança, planejamento e financiamento. As avaliações externas voluntárias realizadas na Região também deixaram claro que a finalização do relatório da equipe de missão externa é um processo bastante longo.

Ação pelo Comitê Executivo

24. O Comitê Executivo é convidado a tomar nota deste relatório e a oferecer as recomendações que considerar pertinentes.

Anexo

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) [Internet]. 56º Conselho Diretor da OPAS, 70ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 23 a 27 de setembro de 2018; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2018 (documento CD56/INF/9) [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-portuguese-9966&alias=45868-cd56-inf-9-p-rsi-868&Itemid=270&lang=pt.
2. Organização Mundial da Saúde. Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública; Reglamento Sanitario Internacional (2005); informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 72ª Asamblea Mundial da Saúde; 20 a 28 de maio de 2019; Genebra. Genebra: OMS; 2019 (documento A72/8) [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em espanhol em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_8-sp.pdf.
3. Organização Mundial da Saúde. World malaria report 2018. Genebra: OMS; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em inglês em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275867/9789241565653-eng.pdf?ua=1>.

4. Organização Mundial da Saúde. Regulamento Sanitario Internacional (2005): Instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes. Ginebra: OMS; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em espanhol em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272956/WHO-WHE-CPI-2018.16-spa.pdf?sequence=1>.
5. Organização Mundial da Saúde. Regulamento Sanitario Internacional (2005): Documento de orientación sobre el instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes. Ginebra: OMS; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em espanhol em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273030/WHO-WHE-CPI-2018.17-spa.pdf?sequence=1>.
6. Organização Mundial da Saúde. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 61ª Assembleia Mundial da Saúde; 19 a 24 de maio de 2008; Ginebra. Ginebra: OMS; 2008 (resolução WHA61.2) [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em espanhol em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part2-sp.pdf
7. Organização Mundial da Saúde. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública, 2018-2023 [Internet]. 71ª Assembleia Mundial da Saúde; 21 a 26 de maio de 2018, Ginebra. Ginebra: OMS; 2018 (decisão WHA71[15]) [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em espanhol em:
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71\(15\)-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71(15)-sp.pdf).
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019 [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2017 (documento OD354) [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34467/CSP29-OD354-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2018-2019 [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2017 (resolução CSP29.R6)) [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42309&Itemid=270&lang=pt.

10. Organização Pan-Americana da Saúde. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) [Internet]. 29ª Conferência Pan-Americana da Saúde, 69ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2017 (documento CSP29/INF/6) [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41948&Itemid=270&lang=pt.
11. Organização Mundial da Saúde. International Health Regulations (2005): monitoring and evaluation framework: Genebra: OMS; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em inglês em:
<https://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2018.51/en/>.
12. Organização Mundial da Saúde. Proyecto de presupuesto por programas 2018-2019. [Internet]. 70ª Assembleia Mundial da Saúde; 22 a 31 de maio de 2017; Genebra. Genebra: OMS; 2017 (documento A70/7) [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em espanhol em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274694/A70_7-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
13. Organização Mundial da Saúde. Presupuesto por programas 2018-2023 [Internet]. 70ª Assembleia Mundial da Saúde; 22 a 31 de maio de 2017; Genebra. Genebra: OMS; 2017 (resolução WHA70.5) [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em espanhol em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R5-sp.pdf.
14. Organização Mundial da Saúde. Joint external evaluation tool, second edition: International Health Regulations (2005). Genebra: OMS; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em inglês em:
<http://www.who.int/iris/bitstream/10665/259961/1/9789241550222-eng.pdf?ua=1a>.

Anexo

Tabela de resumo 1: Relatórios anuais dos Estados Partes à 72ª Assembleia Mundial da Saúde, componentes voluntários da estrutura de avaliação e monitoramento do RSI e eventos de saúde pública de possível importância internacional (pontuação das capacidades básicas, em porcentagem)

Estado Parte	Relatório anual obrigatório do Estado Parte														Avaliação externa voluntária (ano de realização)	Número de eventos agudos de saúde pública de possível importância internacional avaliados (1º de julho de 2018-30 de abril de 2019)
	Número de relatórios anuais apresentados de 2011 a 2019 (período de 9 anos)	Legislação e financiamento	Coordenação do RSI e funções do ponto focal nacional para o RSI	Eventos zoonóticos e interface homem-animal	Segurança alimentar	Laboratório	Vigilância	Recursos humanos	Estrutura nacional de emergência em saúde	Prestação de serviço de saúde	Comunicação de risco	Pontos de entrada	Eventos químicos	Emergências por radiação		
Antígua e Barbuda	9	27	30	20	80	47	60	60	60	40	40	20	20	40	Não	0
Argentina	8	80	80	60	80	67	80	60	40	60	40	70	60	60	Não	5
Bahamas	7	60	80	0	80	73	40	60	73	40	60	40	20	20	Não	1
Barbados	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Não	1
Belize	6	20	20	20	40	67	30	40	67	47	60	20	0	0	Sim (2016)	1
Bolívia (Estado Plurinacional da) ¹	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Não	6
Brasil	8	93	100	80	80	100	100	100	87	47	80	60	100	100	Não	12
Canadá	9	93	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	Sim (2018)	2

¹ Por causa de um problema de gestão técnica da informação, o Relatório Anual do Estado Parte apresentado pela Bolívia à 72ª Assembleia Mundial da Saúde não consta das análises regionais e sub-regionais apresentadas neste relatório.

Estado Parte	Relatório anual obrigatório do Estado Parte															Número de eventos agudos de saúde pública de possível importância internacional avaliados (1º de julho de 2018-30 de abril de 2019)
	Número de relatórios anuais apresentados de 2011 a 2019 (período de 9 anos)	Legislação e financiamento	Coordenação do RSI e funções do ponto focal nacional para o RSI	Eventos zoonóticos e interface homem-animal	Segurança alimentar	Laboratório	Vigilância	Recursos humanos	Estrutura nacional de emergência em saúde	Prestação de serviço de saúde	Comunicação de risco	Pontos de entrada	Eventos químicos	Emergências por radiação	Avaliação externa voluntária (ano de realização)	
Chile	8	73	80	100	100	80	80	60	73	47	20	70	100	80	Não	8
Colômbia	9	80	70	80	80	73	60	60	73	47	60	80	60	40	Não	7
Costa Rica	9	93	70	60	80	93	70	80	27	73	80	60	100	20	Não	6
Cuba	8	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	Não	2
Dominica	9	80	90	80	100	73	60	60	80	60	80	90	20	40	Não	0
El Salvador	8	100	100	100	20	100	100	100	60	60	40	100	40	60	Não	2
Equador	9	87	80	80	60	73	80	80	80	47	60	80	80	60	Não	7
Estados Unidos da América	9	100	100	80	100	93	100	60	100	100	100	90	80	80	Sim (2016)	5
Granada	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Sim (2018)	0
Guatemala	8	67	30	60	20	80	70	80	80	33	60	60	60	100	Não	2
Guiana ²	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Não	1
Haiti	7	27	60	60	20	60	90	40	47	27	20	10	40	0	Sim (2016)	2
Honduras	9	7	80	80	20	60	80	20	20	0	40	40	0	0	Não	2

² A Guiana apresentou o Relatório Anual de Estado Parte à 72ª Assembleia Mundial da Saúde em um formato diferente. Portanto, as informações não constam das análises regionais e sub-regionais apresentadas neste relatório.

CE164/INF/3 - ANEXO

Estado Parte	Relatório anual obrigatório do Estado Parte															Número de eventos agudos de saúde pública de possível importância internacional avaliados (1º de julho de 2018-30 de abril de 2019)
	Número de relatórios anuais apresentados de 2011 a 2019 (período de 9 anos)	Legislação e financiamento	Coordenação do RSI e funções do ponto focal nacional para o RSI	Eventos zoonóticos e interface homem-animal	Segurança alimentar	Laboratório	Vigilância	Recursos humanos	Estrutura nacional de emergência em saúde	Prestação de serviço de saúde	Comunicação de risco	Pontos de entrada	Eventos químicos	Emergências por radiação	Avaliação externa voluntária (ano de realização)	
Jamaica	9	80	90	80	80	80	80	60	80	73	80	90	40	80	Não	1
México	9	100	100	80	80	80	100	100	87	87	60	80	80	80	Não	13
Nicarágua	8	100	30	60	80	87	60	60	73	73	80	80	60	100	Não	1
Panamá	8	53	80	80	80	73	80	80	80	73	40	60	80	60	Não	7
Paraguai	7	40	90	80	80	53	80	80	40	47	80	60	60	20	Não	4
Peru	7	53	50	60	40	47	70	40	60	33	40	40	80	100	Sim (2015)	3
República Dominicana	8	40	40	20	20	53	60	40	53	33	100	40	40	80	Não	6
Santa Lúcia	7	47	90	80	80	87	40	80	47	47	60	80	40	0	Não	0
São Cristóvão e Nevis	7	7	70	60	80	67	60	40	47	60	40	30	40	20	Não	0
São Vicente e Granadinas	7	40	70	20	80	73	60	80	20	47	20	30	20	20	Não	0
Suriname	8	80	90	80	80	73	90	80	87	53	80	100	40	20	Não	1
Trinidad e Tobago	8	53	100	20	40	80	40	20	40	80	40	40	60	20	Não	0
Uruguai	5	100	90	80	80	87	90	80	93	80	100	80	60	80	Não	2
Venezuela (República Bolivariana da)	8	73	90	80	80	53	80	80	73	60	80	90	40	80	Não	11

Tabela de resumo 2: Relatórios anuais dos Estados Partes à 72ª Assembleia Mundial da Saúde: médias regionais e sub-regionais (pontuação das capacidades básicas, em porcentagem)

Sub-região	Legislação e financiamento	Coordenação do RSI e funções do ponto focal nacional para o RSI	Eventos zoonóticos e interface homem-animal	Segurança alimentar	Laboratório	Vigilância	Recursos humanos	Estrutura nacional de emergência em saúde	Prestação de serviço de saúde	Comunicação de risco	Pontos de entrada	Eventos químicos	Emergências por radiação
Caribe* (n=12)	52	74	52	72	73	63	60	62	56	57	54	37	30
América Central** (n=7)	66	61	66	46	78	74	66	56	50	63	63	54	60
América do Sul*** (n=9)	76	81	78	76	70	80	71	69	52	62	70	71	69
América do Norte**** (n=3)	98	100	87	93	91	100	87	96	96	87	90	87	87
Região das Américas (n=31)	66	76	66	69	75	74	67	66	57	63	64	55	54

* A sub-região do Caribe inclui: Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Cuba, Dominica, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, Santa Lúcia, São Cristóvão e Nevis, São Vicente e Granadinas, Suriname e Trinidad e Tobago.

** A sub-região da América Central inclui: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana.

*** A sub-região da América do Sul inclui: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

**** A sub-região de América do Norte inclui: Canadá, Estados Unidos da América e México.

- - -