



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



46º CONSELHO DIRETOR

57ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26-30 de setembro 2005

Tema 3.2 da agenda provisória

CD46/4 (Port.)
26 agosto 2005
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO ANUAL DA DIRETORA DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA

TRABALHANDO JUNTOS PELA SAÚDE DAS AMÉRICAS

Aos Estados Membros:

Em concordância com as disposições da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, tenho a honra de apresentar o relatório anual de 2004-2005 sobre as atividades da Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde. O relatório ressalta os principais eventos que aconteceram durante o período no curso da execução do programa de cooperação técnica no âmbito do Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana 2003-2007, definido pelos Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde.

Mirta Roses Periago
Diretora

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução	3
Compromisso com a Conclusão da Agenda Inacabada	4
Formação de Consenso para Reduzir a Mortalidade Materna nas Américas	4
Redes Sociais e Prevenção da Mortalidade Infantil.....	8
Saúde dos Povos Indígenas e Acesso a Água e Saneamento.....	11
Progresso no Controle da Doença de Chagas e outras Doenças Negligenciadas	13
Nutrição e Inocuidade dos Alimentos na Luta contra a Pobreza.....	16
Foco na Proteção dos Resultados Obtidos na Saúde	16
Mobilização para Sustentar a Cobertura da Imunização	16
Desenvolvimento e Gestão Local: Municípios e Comunidades Saudáveis.....	19
Saúde das Populações Fronteiriças e Integração Sub-Regional	22
Renovação da APS para Fortalecer os Sistemas de Saúde	24
Políticas Públicas Abrangentes para Melhorar a Qualidade de Vida	25
Enfrentando Novos Desafios Juntos	32
A Luta contra o HIV/AIDS.....	32
A Coalizão Interamericana para a Prevenção da Violência.....	34
Novas Regras para Enfrentar Desafios da Saúde Mundial	36
Cooperação Técnica entre Países (CTP): uma Ferramenta Eficaz para Alianças Inter-Países.....	42
Ação Conjunta na Preparação, Mitigação e Resposta a Desastres	46
Assistência ao Desenvolvimento e Parcerias Estratégicas para a Saúde	50
Fortalecimento Institucional para o Século 21	55
Acrônimos usados neste documento.....	59

Introdução

1. Apesar do trabalho que realizamos e continuamos a fazer conjuntamente em várias questões de saúde, uma colaboração interinstitucional mais estreita continua sendo crucial. Por exemplo, o campo da redução de desastres está ficando cada vez mais repleto e competitivo, com atividades justapostas em muitas áreas que antes eram o domínio tradicional do setor da saúde. O período coberto por este relatório começou e terminou com desastres, alguns avassaladores e outros pequenos, alguns naturais e outros de origem humana. Muitas vezes, quanto mais grave a emergência, mais repleto o campo, o que às vezes resulta em competição em vez de coordenação.
2. Em resposta a esses desafios, durante o período 2004-2005 a Secretaria da OPAS trabalhou com os Estados Membros, parceiros, redes e aliados estratégicos. Esforçamo-nos para fazer da OPAS o fórum regional para questões de saúde, convidando a participação de todos os setores da sociedade. Promovemos a formação de consensos, resolução de conflitos e formação de alianças, fortalecendo a solidariedade hemisférica e global e incentivando novos atores sociais a participarem da defesa da saúde. Também asseguramos que as novas dimensões da saúde fossem incluídas nos processos econômicos, sociais e políticos da Região. Defendemos a importância crucial do fortalecimento dos sistemas de saúde e promovemos maior progresso no acesso geográfico, cultural e financeiro a serviços de saúde, bem como expansão da proteção social; e a resposta tem sido impressionante.
3. Muitos países estão implantando diversas formas e etapas de descentralização, atribuindo crescente responsabilidade a entidades subnacionais e locais, enquanto o nível central dedica mais atenção a seu papel de formulação de políticas e regulamentação. Ao mesmo tempo, para responder melhor aos desafios da globalização, os países estão delegando responsabilidades a organizações supranacionais. De modo a participar mais efetivamente nesse processo, os países da Região estão negociando uma série de acordos de comércio ou integração no âmbito global, regional, sub-regional e bilateral.
4. Cada vez mais, a saúde pública está se tornando um fórum para promover o diálogo político nacional e regional e a formação de consenso, e para o desenvolvimento de agendas coletivas. Registrou-se progresso, por exemplo, na colocação das questões de saúde no centro dos debates em reuniões presidenciais na Região, e está aumentando o número de reuniões regionais e sub-regionais entre ministros da saúde e outros setores, como agricultura, trabalho e educação. A formação de consenso e a adoção de estratégias comuns têm sido a marca de esforços para reduzir a mortalidade materna nas Américas, e as redes sociais e abordagens comunitárias inovadoras estão sendo bem utilizadas para reduzir a mortalidade infantil. Foram criadas alianças multissetoriais para melhorar a saúde dos povos indígenas, aumentar o acesso a água e saneamento e combater doenças infecciosas. Atores e parceiros locais foram mobilizados em apoio à

imunização e promoção do desenvolvimento e gestão local: comunidades e municípios saudáveis e produtivos. Foram empreendidas ações coletivas na luta contra a AIDS, na prevenção da violência, na resposta a desastres locais e internacionais e no tratamento da saúde das populações fronteiriças no âmbito sub-regional.

5. O relatório apresentado adiante destaca as realizações dos Estados Membros trabalhando junto com a Secretaria da OPAS, parceiros e aliados estratégicos em prol da saúde dos povos das Américas. A lista de realizações no período 2004-2005 não é exclusiva e procura apenas refletir a diversidade e riqueza dos esforços nas três áreas de cooperação técnica da OPAS: abordar a agenda inacabada, proteger os resultados obtidos em saúde e enfrentar novos desafios.

6. Nele encontrarão exemplos do cumprimento de nossa missão: liderar os esforços colaboradores dos Estados Membros . . . na busca dos valores de equidade e pan-americanismo.

Compromisso com a Conclusão da Agenda Inacabada

Formação de Consenso para Reduzir a Mortalidade Materna nas Américas

7. Na comunidade mundial existe um reconhecimento amplamente disseminado e um forte compromisso com a prevenção de mortes desnecessárias de mulheres durante a gravidez e o parto. A OPAS e seus parceiros desenvolveram mecanismos que favorecem uma estreita coordenação e colaboração para abordar a redução da mortalidade materna com um foco especial em países com altos coeficientes de mortalidade materna e disparidades significativas dentro do país. O acordo representa uma visão comum sobre uma abordagem coesa e unificada das mortes maternas a fim de otimizar a cooperação e colaboração técnica dentro dos países e entre agências.

8. A Força Tarefa para a Redução da Mortalidade Materna, da qual a OPAS atua como secretaria técnica, inclui UNFPA, UNICEF, USAID, o BID, o Banco Mundial, Population Council e Family Care International. Os objetivos específicos são: gerar consenso nas estratégias de redução da mortalidade materna, compartilhar lições aprendidas nos níveis regional e nacional, otimizar os recursos financeiros e técnicos no nível nacional e apoiar os esforços dos países para reduzir a mortalidade materna. Os esforços da Força Tarefa forneceram um impulso político para a redução da mortalidade materna; aumentaram a promoção da implementação eficaz de políticas, programas e intervenções; e fortaleceram a cooperação Sul-Sul, permitindo que os países compartilhem lições aprendidas e ampliem experiências bem-sucedidas.

9. No nível nacional, a abordagem conjunta focaliza iniciativas políticas e a implementação do programa. Uma contribuição importante da Força Tarefa para a

implementação do programa foi a de traduzir a política em atividades programáticas: planos de ação nacionais e locais para assegurar que intervenções eficazes, como a atenção obstétrica essencial (AOE) e o atendimento hábil no parto, estejam disponíveis para as mulheres. Dez países prioritários possuem CICC em funcionamento dirigidos por governos nacionais, que representam um papel importante como chefes de equipe de esforços interinstitucionais. Outras partes interessadas, incluindo grupos de mulheres, ONGs, organizações privadas voluntárias, participantes da sociedade civil e representantes dos setores da educação, trabalho, questões das mulheres e indígenas, entre outros.

10. A principal realização da Força Tarefa foi o desenvolvimento e lançamento do *Consenso Estratégico Interinstitucional para a América Latina e o Caribe* em fevereiro de 2004 e o lançamento do *Consenso Estratégico Interinstitucional para a América Latina e o Caribe da Força Tarefa Regional sobre Redução da Mortalidade Materna* em Washington, D.C. Em 2005, dez países prioritários — Bolívia, Brasil, Colômbia, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá e Paraguai — atualizaram ou concluíram suas políticas de redução da mortalidade materna. A Bolívia, República Dominicana, El Salvador, Nicarágua e Panamá lançaram sua própria versão nacional do consenso estratégico da redução da mortalidade materna, assumindo um compromisso nacional e interinstitucional com o atendimento hábil, a disponibilidade de serviços de assistência obstétrica essencial de qualidade e a melhora dos sistemas de vigilância da mortalidade materna. A OPAS e seus parceiros continuam a fornecer apoio especial para o Haiti no desenvolvimento e implementação de seu plano de ação.

Iniciativa do Sangue Seguro

Durante 2005, a OPAS continuou trabalhando com seus parceiros para alcançar o objetivo regional de ter pelo menos 50% de doadores voluntários de sangue em cada país. Os países da América Latina nomearam coordenadores nacionais para promover a doação voluntária de sangue. Com a cooperação técnica de United Blood Services em El Paso, Texas, esses indivíduos receberam treinamento prático e, ao retornarem a seus locais de origem, desenvolveram planos de ação nacionais a serem implementados com a participação de partes interessadas e parceiros locais. As ferramentas para treinar promovedores locais baseiam-se no módulo de aprendizado à distância “Fazendo Diferença”, originalmente produzido pela Federação Internacional da Cruz Vermelha e as Sociedades do Crescente Vermelho, e traduzido para o espanhol e português pela OPAS. “Life Givers”, materiais feitos para crianças de escola, foram elaborados em colaboração com a Iniciativa de Escolas Saudáveis e estão sendo testados na prática. Rotary Clubs em Maryland, EUA, Bolívia, Colômbia, El Salvador e Uruguai estão apoiando os programas nacionais de sangue nos últimos quatro países. No dia 14 de junho, o *Dia Mundial do Doador de Sangue* foi celebrado pela primeira vez; a OPAS preparou avisos de utilidade pública e outros tipos de publicidade para reconhecer a contribuição dos doadores voluntários de sangue e para aumentar a conscientização entre o público regionalmente.

11. Na **Costa Rica**, onde a mortalidade materna permaneceu constante durante as duas últimas décadas (3,6 por 10.000 nascidos vivos) e 85% dessas mortes podem ser evitadas, foi lançada uma aliança nacional para formar consenso e coordenar ações e recursos entre agências do governo e a sociedade civil. Isso reflete o compromisso das autoridades, administradores do programa, provedores de serviços de saúde, assistentes sociais e comunidades com uma maternidade saudável e segura como direito fundamental e, conseqüentemente, um investimento econômico e social importante e necessário. A estratégia faz parte do compromisso nacional com a consecução dos ODM e promoção da equidade de gênero e empoderamento das mulheres. O lançamento formal da aliança nacional ocorreu durante o *Dia Mundial da Saúde 2005*; importantes partes interessadas incluem várias agências e setores do governo, entre eles o Ministério da Saúde, o gabinete do Presidente, o Ministério da Educação, o Instituto Nacional de Água e Saneamento e o Ministério da Mulher. Várias universidades e centros acadêmicos, associações profissionais, hospitais, organizações de mulheres e religiosas e agências internacionais de cooperação também fazem parte da coalizão.

Elaborando um ponto de referência para a Mortalidade Materna em El Salvador

Em El Salvador foi formado um comitê que representa várias agências e organizações com um interesse comum em questões de saúde sexual e reprodutiva. O grupo inclui a OPAS/OMS, USAID, Lux-Development, UNFPA, UNICEF, Sociedade Demográfica de El Salvador, Departamento de Censo e Estatística, Instituto de Previdência Social, Associação Nacional de Obstetrícia e Ginecologia e municípios. A conjugação de recursos financeiros entre as agências participantes tornou possível a elaboração do ponto de referência, um passo importante e necessário para alcançar os ODM.

12. O plano estratégico nacional da **Guatemala** para a redução da mortalidade materna é produto do grupo de trabalho interinstitucional que apóia o *Plano Nacional de Saúde Reprodutiva* e se baseia no ponto de referência da mortalidade materna de 2000. Para estabelecer o ponto de referência, examinou-se a mortalidade materna na Guatemala, seu contexto, causas, localização geográfica e fatores sócio-culturais. Sua magnitude e o nível de sub-registro também foram estabelecidos. O grupo de trabalho interinstitucional inclui a OPAS/OMS, USAID, UNFPA, UNICEF, APROFAM, CIESAR e organizações nacionais públicas e privadas que atuam em questões da saúde da mulher. Um segundo grupo de trabalho foi formado para desenvolver protocolos e módulos de treinamento na detecção de riscos. Os principais benefícios da aliança incluem: compromisso do setor com a redução da mortalidade materna; resposta nacional conjunta ao desafio, incluindo estratégias comuns e critérios padrão; mobilização de recursos; e treinamento especializado gratuito para profissionais da saúde.

13. No contexto dos ODM, o **Panamá** identificou a redução da mortalidade materna e infantil como um dos principais pilares para se alcançar a equidade e o desenvolvimento nacional. Apesar do progresso nos indicadores sociais e de saúde nas últimas décadas, a saúde materna e infantil básica ainda está defasada e precisa ser agilizada. Para esse propósito, foi lançada a *Semana de Prevenção da Mortalidade Materna e Perinatal*. Dentre suas principais características estavam o lançamento de um consenso e compromisso nacional com a redução da mortalidade materna e perinatal. O evento reuniu 80 representantes de organizações governamentais, sociais e comunitárias.

Argentina: Saúde Sexual e Procriação Responsável como Prioridade Nacional

O Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável foi criado por lei em 2002 como resposta ao aumento da mortalidade materna devido a casos de gravidez indesejada que resultaram em aborto, gravidez adolescente, disseminação do HIV e outras IST. O programa se baseia no direito à saúde garantido pelo Estado, assegurando o acesso igual à atenção básica de saúde sob demanda, assim como o acesso à informação sobre os métodos contraceptivos mais eficazes e seguros e sua utilização. Os direitos de saúde incluem saúde sexual e reprodutiva e o direito de ter relações sexuais sem coerção, sem medo de infecções ou gravidez indesejada, e o direito a uma maternidade segura e filhos saudáveis.

A aprovação da lei e o lançamento do programa são o resultado de um consenso nacional entre membros do parlamento, ONGs e a sociedade em geral e constituem um passo sem precedentes nas ações do governo para reduzir a mortalidade materna e infantil. O programa busca reduzir a mortalidade materna, a gravidez adolescente e o número de abortos, e promove o planejamento familiar e aconselhamento gratuito sobre saúde sexual e procriação responsável para todas as mulheres. O programa promove também a coordenação intra-setorial e intersetorial sobre HIV/AIDS e IST, sobre questões de gênero e com os Ministérios da Educação, da Juventude e da Mulher, entre outros. Também fomenta alianças com universidades e organizações de mulheres e comunitárias. O programa atualmente beneficia mais de 1,5 milhão de mulheres em 24 províncias; 65% dos provedores de saúde pública oferecem informação, assessoria gratuita e contraceptivos.

Redes Sociais e Prevenção da Mortalidade Infantil

14. O período de 2004-2005 foi muito importante para o avanço da agenda internacional da saúde pública na abordagem da mortalidade neonatal na região da ALC. As taxas de mortalidade neonatal permaneceram quase inalteradas nos últimos dez anos e existe um consenso crescente de que, a fim de se ter um impacto nas taxas de mortalidade infantil, principalmente no contexto dos ODM, é vital reduzir a mortalidade neonatal. A OPAS, USAID, BASICS, Saving Newborn Lives e o Grupo CORE organizaram uma reunião regional para discutir respostas comunitárias para a atenção aos recém-nascidos. A reunião, que incluiu a participação de representantes de oito países, assim como membros de associações profissionais, levou a uma série de recomendações apresentadas através da *Declaração de Tegucigalpa*, que recomenda um maior compromisso regional com a atenção aos recém-nascidos e com esforços sustentados para uma melhor integração nos serviços e na comunidade. Além disso, os participantes recomendaram a preparação de uma estratégia regional para a saúde neonatal, que ajudaria os países a gerar um compromisso político e financeiro, mobilizar recursos com instituições internacionais de cooperação e melhorar a coordenação de vários parceiros no nível nacional.

15. Essa estratégia está atualmente sendo desenvolvida em colaboração com os vários parceiros envolvidos e deve fornecer um mapa para esforços e atividades de defesa de causas e apoio técnico para os próximos três anos. O *Dia Mundial da Saúde* e o *Relatório Mundial de Saúde*, que focalizavam a saúde materno-infantil, também serviram como uma grande oportunidade de mobilizar atores importantes para promover questões da saúde neonatal.

Trabalhando Juntos no Nível Comunitário

A parceria entre a Cruz Vermelha Americana (ARC), a Fundação das Nações Unidas (UNF) e a OPAS está maximizando a vantagem da estrutura organizacional, rede e natureza voluntária da Cruz Vermelha, e ampliando os elos sustentáveis com Planos Nacionais de Saúde da Criança governamentais em cada país. A parceria está aumentando a capacidade da OPAS e dos ministérios de saúde de realizar atividades de AIDPI familiares e comunitárias através de organizações não-governamentais (ONG) e da sociedade civil, evitando mortes mediante a concentração de intervenções em áreas de países com taxas de mortalidade infantil acima de 40 por 1.000 nascidos vivos.

A parceria promove a utilização das *Práticas Familiares Essenciais* da OMS/UNICEF para a prevenção de doenças infantis comuns como principal intervenção para promover comportamentos saudáveis no nível familiar e comunitário. O *Movimento da Cruz Vermelha* está fornecendo uma excelente oportunidade de ampliar atividades de AIDPI comunitárias e promover a equidade na Região das Américas. Em dezembro de 2004, trinta projetos de AIDPI comunitários em dez países estavam sendo implementados e planos para a expansão da estratégia de AIDPI estavam em andamento em nove países.

16. A alimentação apropriada de lactentes e crianças também é crucial para a sobrevivência da criança e o desenvolvimento de famílias fortes. As intervenções para promover uma ótima amamentação e práticas complementares de alimentação são duas das três intervenções preventivas mais eficazes disponíveis para se prevenir a mortalidade infantil. Essas intervenções também são essenciais para alcançar os ODM relacionados à sobrevivência infantil, erradicação da fome, prevenção do HIV/AIDS e educação. Para revitalizar a atenção do mundo ao impacto que as práticas de alimentação têm na sobrevivência de lactentes e crianças, a OMS e o UNICEF desenvolveram conjuntamente a *Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças*. A estratégia foi endossada pelos Estados Membros na 55^a *Assembléia Mundial da Saúde* em maio de 2002. Além disso, a OMS recentemente concluiu um estudo de referência sobre crescimento e desenvolveu um novo padrão internacional de crescimento, com base em crianças amamentadas vivendo em condições ótimas.

Fortalecendo a Rede Religiosa de Atenção à Saúde para alcançar os ODM

A Catholic Medical Mission Board (CMMB), a Bristol-Myers Squibb Foundation (BMSF) e a OPAS juntaram esforços para implementar os três componentes da estratégia de AIDPI (fortalecimento dos serviços de saúde, melhora da capacidade do pessoal de saúde e promoção de práticas familiares e comunitárias saudáveis), fornecer medicamentos essenciais e promover a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV/AIDS em cinco países (República Dominicana, El Salvador, Honduras, Nicarágua e Haiti).

A parceria fortalecerá a capacidade das redes católicas de assistência de saúde e o Ministério da Saúde para implementar essas atividades, alavancar a vasta rede de organizações católicas, como a *Caritas* e a *Pastoral del Nino*, em países participantes, num esforço para reduzir as taxas de mortalidade e melhorar as condições gerais de saúde das crianças.

Cinco projetos nacionais estão sendo implementados com a rede católica de assistência de saúde e os Ministérios da Saúde em 36 dioceses, 292 locais comunitários e 468 instalações de saúde. O número total de beneficiários da parceria aumentou para 6.257.667, dos quais 938.649 são crianças com menos de cinco anos de idade. Está sendo proporcionado treinamento técnico extensivo de facilitadores e participantes do curso nas áreas de AIDPI, HIV/AIDS e medicamentos essenciais. Até agora, quase 1.400 pessoas foram treinadas (994 a mais do que no último período de notificação). Medicamentos e artigos essenciais de AIDPI e medicamentos anti-retrovirais foram comprados com fundos da CMMB e entregues em todos os países. Esse processo segue as políticas nacionais de medicamentos do Ministério da Saúde, regras e regulamentos do governo e diretrizes e procedimentos da OPAS/OMS.

17. No nível nacional, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) foi introduzida nas Américas no **Peru** em 1996. Com a subsequente adição do componente comunitário, a aplicação da AIDPI foi bastante expandida para incluir ONGs de saúde e outras instituições fora do setor da saúde, inclusive instituições nacionais e organismos internacionais, como a OPAS/OMS e o UNICEF, assim como instituições e doadores bilaterais, como a USAID, CIDA, o Banco Mundial e o BID. A AIDPI também goza do apoio de organizações profissionais, como a Sociedade Americana de Pediatria, a Sociedade Latino-Americana de Pediatria, a Sociedade Peruana de Pediatria, as Associações Peruanas de Médicos, Enfermeiras e Pediatras e organizações de desenvolvimento de recursos humanos, como escolas de medicina e enfermagem públicas e privadas. O apoio amplo à AIDPI no Peru levou ao estabelecimento de uma força tarefa interinstitucional sobre saúde infantil sob a liderança do Ministério da Saúde e da Cruz Vermelha Peruana. Seu principal propósito é priorizar a saúde infantil na política do governo nos níveis nacional, regional e local para reduzir a mortalidade e a morbidade infantil com ênfase nos estágios perinatal e neonatal. Sua principal realização foi a incorporação em julho de 2005 da AIDPI como parte do modelo abrangente de assistência de saúde.

Mães Saudáveis e Crianças Saudáveis
Uma campanha multimídia e com múltiplos parceiros no Suriname

O tema do Dia Mundial da Saúde 2005, “Mães e crianças saudáveis: Tenho direito à saúde e minha mãe também”, é bem relevante para o Suriname, onde tanto as taxas de mortalidade materna quanto as de mortalidade perinatal ainda são relativamente altas. Uma das razões para essas taxas altas é que as mulheres grávidas nem sempre procuram assistência perinatal a tempo. É bastante comum que as mulheres façam sua primeira visita a uma clínica no último mês de gravidez.

O foco da campanha na mídia era não só a mulher grávida, mas também seus parceiros, famílias e amigos. A principal mensagem dessa campanha é a responsabilidade conjunta por uma gravidez e parto seguros, um investimento conjunto para a riqueza da nação: mães saudáveis, crianças saudáveis. Para apelar à responsabilidade dos parceiros, foi introduzido um novo conceito: “Estamos grávidos”; para chamar a atenção de toda a sociedade, o slogan foi traduzido e adaptado para a língua do Suriname “Gesontu Mama, Gesontu Pikin: Sranan Gudu” (Mães Saudáveis, Crianças Saudáveis: A Riqueza do Suriname).

Uma feira de saúde da “Mãe e Criança” foi realizada nos dias 7 e 8 de abril, com a participação de 16 organizações governamentais e não-governamentais relacionadas à saúde, com informação sobre estilos de vida saudáveis, hábitos alimentares saudáveis, a importância da boa assistência e equilíbrio físico e mental para a mãe (mulher grávida) e a criança (feto). Deve-se fazer uma menção especial da participação da Man-mit-Man, uma ONG religiosa que focaliza os homens e seu comportamento responsável em relação à sociedade em geral e às mulheres em particular.

Saúde dos Povos Indígenas e Acesso a Água e Saneamento

18. Mundialmente, a saúde dos povos indígenas adquiriu nova relevância, conforme ilustrado pela avaliação executada como parte das atividades que marcaram o final da *Década Internacional dos Povos Indígenas do Mundo*. A avaliação mostra muitas políticas públicas e experiências multiculturais na Região. Por exemplo, todos os 20 países que participaram da avaliação regional possuem políticas públicas que apóiam o bem-estar dos povos indígenas; 95% possuem unidades técnicas responsáveis por sua saúde no nível ministerial, 60% possuem unidades técnicas em outros ministérios e três países possuem outras instâncias no Gabinete do Presidente. Noventa e cinco por cento notificaram a existência de projetos nacionais e 80% têm redes locais que abordam questões indígenas. Setenta e cinco por cento dos países notificaram a incorporação da medicina e de práticas tradicionais no sistema nacional de saúde e a multiplicidade de instituições de financiamento que trabalham nessas questões também mostra um alto grau de interesse da parte dos doadores. Embora se tenha registrado um progresso significativo, a avaliação também constatou alguns fatos preocupantes. Somente 30% dos

países participantes possuem programas de pesquisa e somente 25% oferecem bolsas a estudantes indígenas. Ademais, somente 50% dos países notificam atividades relacionadas ao desenvolvimento de sistemas de informação para a monitoração e avaliação da situação da saúde que incluem etnia. A falta de coordenação no país também foi identificada, assim como a ausência de educação multicultural em geral, especificamente entre equipes de saúde. Esses resultados foram incorporados no Plano de Ação 2005-2007 do programa, que focaliza a consecução dos ODM e a renovação da ABS.

19. Os ODM representam um compromisso da comunidade internacional com a luta contra a pobreza e a busca de uma resposta aos problemas que afetam o desenvolvimento humano. Incluem a redução pela metade até 2015 da porcentagem de pessoas sem acesso sustentado a água potável e saneamento. Nos países da Região não é difícil ver como a situação da saúde e as condições de vida dos povos indígenas estão intimamente ligadas à pobreza extrema e à falta de acesso a água e saneamento. Doenças transmitidas pela água e outras doenças relacionadas à falta de água e saneamento estão entre as principais causas de mortalidade materna e infantil. Por isso, no âmbito do programa, a OPAS, em parceria com o GTZ, desenvolveu um projeto para melhorar as condições ambientais das comunidades indígenas, que enfatiza a água de qualidade para consumo humano, disposição e tratamento de lixo sólido e melhoria das práticas higiênicas.

Erradicação do tracoma entre as comunidades indígenas de Chiapas, México

A erradicação do tracoma entre comunidades indígenas é uma grande prioridade para a Secretaria de Saúde de Chiapas; no estado avançado essa doença pode produzir cegueira em homens, mulheres e crianças. A Secretaria, em parceria com o CEPIS, GTZ, autoridades locais, órgãos do governo (saúde, água e saneamento, questões indígenas) e as próprias comunidades indígenas, lançou um projeto de água e saneamento para reduzir a prevalência do tracoma na municipalidade de San Juan Cancuc. Os benefícios do projeto incluem: canalização da água, saneamento básico, construção de latrinas e educação sanitária em seis localidades de San Juan Cancuc, todas habitadas pelo grupo étnico tzeltal. A canalização cobre uma área de aproximadamente 20 quilômetros e fornece água segura para 4.000 pessoas.

20. No **Chile**, em 2004, o Ministério da Saúde e a Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile celebraram um acordo para desenvolver um perfil epidemiológico dos povos mapuche e aymara. Foram realizados seminários no norte e sul do Chile com a participação de representantes de grupos indígenas, provedores de serviços de saúde e acadêmicos de várias universidades. Representantes do governo nacional, regional e local do Chile também estavam presentes. Registrou-se progresso na definição de várias variáveis epidemiológicas e na análise dos modelos de assistência de saúde para os povos indígenas. Outros benefícios incluíram um entendimento mútuo entre os provedores de serviços de saúde e os praticantes da medicina tradicional com relação aos valores

culturais de cada um, incluindo o reconhecimento pelo mundo acadêmico da necessidade de se adaptar o currículo de medicina, enfermagem e estudos relativos à saúde aos requisitos interculturais. Uma aliança estratégica foi criada entre os participantes para dar continuidade e desenvolver mais esses assuntos.

21. O **Panamá** também lançou um projeto para o desenvolvimento da saúde dos povos indígenas em resposta aos desafios envolvidos na consecução dos ODM. O principal propósito do projeto é lançar um processo abrangente de desenvolvimento através de abordagens inovadoras a serem desenvolvidas para cada grupo étnico. O projeto busca galvanizar, liderar e coordenar todos os esforços dirigidos para a melhoria da saúde dos povos indígenas com uma abordagem intercultural dentro da ABS; especificamente, o projeto busca reduzir a morbidade e mortalidade nas áreas povoadas por indígenas. A iniciativa é organizada em três componentes: fortalecimento institucional, desenvolvimento de uma estratégia de saúde básica com critérios interculturais e a recuperação e desenvolvimento da medicina tradicional e promoção de seu uso.

Progresso no Controle da Doença de Chagas e outras Doenças Negligenciadas

22. O trabalho regional da OPAS para a prevenção e controle da doença de Chagas é descentralizado e tem sua base no Uruguai. O foco da cooperação técnica é a construção de alianças no nível sub-regional e entre países. Assim, comissões intergovernamentais ou iniciativas sub-regionais que reúnem representantes de programas nacionais e instituições que combatem a doença de Chagas são apoiados pela OPAS nos níveis regional e sub-regional: a *Iniciativa do Cone Sul* (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai) estabelecida em 1991; a *Iniciativa da América Central* (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá) estabelecida em 1997; a *Iniciativa dos Países Andinos* (Colômbia, Equador, Peru e Venezuela) estabelecida em 1998; a *Iniciativa de Vigilância e Controle da Amazônia* (Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana Francesa, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela) estabelecida em 2004; e *México*, estabelecida em 2003.

23. As atividades sub-regionais promovem ativamente a cooperação técnica entre países, no âmbito da agenda e foros políticos sub-regionais. Essas iniciativas sub-regionais permitiram o desenvolvimento da cooperação e de intercâmbios técnicos bilaterais e multilaterais entre instituições nacionais, internacionais e de financiamento: Pesquisa de Doenças Tropicais, JICA, CIDA, Médicos sem Fronteiras, BID, Atividades de Intervenção na Doença de Chagas da Comunidade Européia (CDIA/EC), CEPAL e outras. Embora um progresso significativo tenha sido registrado, ainda há muito a ser feito, principalmente em relação à assistência e ao tratamento dos que já sofrem da doença.

24. Na América Central, a iniciativa foi lançada durante a 23ª reunião da RESSCAD (Reunião do Setor da Saúde da América Central) em 1997. Em 2004, reuniões com representantes do Programa de Controle da Doença de Chagas e o Programa dos Bancos de Sangue de Honduras e El Salvador acordaram um programa conjunto de cooperação técnica para 2004-2005 sobre controle do vetor e vigilância epidemiológica. Como parte da iniciativa, uma equipe de especialistas internacionais avaliou os programas nacionais, com representantes da OPAS e do JICA.

25. Na **Guatemala**, o Ministério da Saúde lançou programas de controle do vetor em cinco localizações prioritárias com base em um ponto de referência preparado juntamente com a Universidade de San Carlos e a Unidade de Treinamento Médico em Pesquisa Entomológica da Guatemala (MERTUG) dos CDC.

26. **Honduras**, como apoio da OPAS/OMS, preparou um plano com a participação de representantes do Ministério da Saúde, outros ministérios, sociedade civil, autoridades do governo local e instituições internacionais de cooperação. O plano aborda prioridades nacionais com uma resposta combinada e mais ampla, envolvendo os muitos atores que participaram dessa formulação. O processo levou ao desenvolvimento de mecanismos compartilhados de cooperação, com um comitê técnico de coordenação, avaliações conjuntas bienais nos níveis nacional e subnacional e planos de aquisição conjunta. No nível local, inclui também controles integrados do vetor, avaliações sorológicas, tratamento e vigilância.

Plano de Erradicação da Febre Aftosa

A Declaração de Houston, emitida pela Conferência Hemisférica para a Erradicação da Febre Aftosa, realizada nos Estados Unidos da América em março de 2004, manifesta o compromisso formal dos níveis políticos e técnicos e do setor privado de alcançar a meta de erradicação da febre aftosa no continente. Como resultado operacional deste compromisso, formou-se o Grupo Interamericano para a Erradicação da Febre Aftosa (GIEFA), cuja secretaria técnica é exercida pelo PANAFTOSA. O mandato do GIEFA compreende a elaboração, estabelecimento, supervisão e execução do Plano de Ação 2005-2009 do Programa Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA). No âmbito do PHEFA, criou-se uma organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP), cuja primeira experiência foi desenvolvida no Brasil e continuará em outros países da região onde for necessário.

Plano de Controle da Febre Amarela no Peru

A identificação e delimitação das áreas que expulsam a população migrante para zonas de risco da febre amarela no Peru durante 2004 motivou e possibilitou a execução de uma campanha de vacinação maciça de adultos da população migrante em suas zonas de origem. Esta estratégia inovadora e altamente eficaz foi aplicada no contexto da Estratégia Sanitária Nacional de Imunizações, que envolve várias diretorias do Ministério de Saúde. Foram fornecidos cooperação técnica e recursos pelo Comitê de Coordenação Interinstitucional e do Governo do Brasil, que doou quase 4 milhões de doses de vacinas.

Rede Amazônica para a Vigilância da Resistência às Drogas Antimaláricas - Iniciativa Amazônica contra a Malária

A Rede Amazônica para a Vigilância da Resistência às Drogas Antimaláricas (RAVREDA) foi criada em 2001 no âmbito da Aliança Mundial para Fazer Retroceder a Malária (*Roll Back Malaria*), com fundos da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). O objetivo da RAVREDA é reunir esforços ante a problemática da resistência ao tratamento da malária na zona amazônica, na Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela. A OPAS está ajudando na implementação das ações com suas contrapartes do Programa de Controle da Malária; o apoio técnico direto no local está a cargo da USAID; além disso, conta-se com a assistência técnica dos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e de uma rede de instituições, universidades e organizações não governamentais. Esse trabalho conjunto de pesquisa e ação deu resultados: a maior repercussão na Região em um breve período de tempo foram as mudanças obtidas pela Rede no tratamento de primeira linha de *P. falciparum* em 7 dos 8 países da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OCTA). O Brasil está atualmente selecionando o tratamento combinado com artemisina a ser utilizado.

Nutrição e Inocuidade dos Alimentos na Luta contra a Pobreza

27. No contexto da reforma e da modernização do setor da saúde, **El Salvador** promove uma variedade de iniciativas para apoiar a disponibilidade, acesso e consumo de alimentos pelas municipalidades mais pobres ou em áreas afetadas por desastres naturais, apoiando assim a descentralização da assistência básica de saúde como parte do *Sistema Integrado de Saúde Básica* (SIBASI). O processo de seleção de beneficiários é uma abordagem intersetorial através da participação de ONGs, prefeitos, igrejas, autoridades locais de saúde, SIBASI (que administra o programa) e outras instituições no nível local. Os critérios de seleção incluem: alta prevalência de desnutrição ou desnutrição aguda, demanda e forte apoio a programas de desenvolvimento local e viabilidade técnica de projetos produtivos e agroindustriais. As intervenções do programa baseiam-se em um exercício de planejamento conjunto entre comunidades e partes interessadas, que, por sua vez, baseiam-se em avaliações locais participativas, incluindo inocuidade dos alimentos e riscos nutricionais para as comunidades envolvidas. As atividades do programa são baseadas em tecnologia apropriada e incluem: pomares domésticos, produção de pão utilizando farinha nutricionalmente melhorada, produção e venda de grãos básicos e a preparação de gêneros alimentícios para consumo local.

28. Na **Costa Rica**, o principal objetivo do modelo de nutrição e inocuidade dos alimentos no nível local é contribuir para o desenvolvimento abrangente de famílias de baixa renda que vivem em comunidades carentes. O modelo apóia atividades locais que trabalham junto com organizações públicas e privadas, organizações locais e instituições internacionais. O programa reúne partes interessadas locais e forma um comitê de nutrição e inocuidade dos alimentos. O comitê local é responsável pela realização de uma avaliação como base para um plano de ação, que depois é validado com os membros da comunidade e transformado em projetos produtivos pelas instituições participantes. Estas incluem: os Ministérios da Agricultura, Educação e Meio Ambiente, World Vision, o Instituto Interamericano de Ciências Agrícolas, FAO, programas das Nações Unidas e as embaixadas do Canadá e da Alemanha. O programa também é apoiado tecnicamente pelo INCAP. Os resultados obtidos até agora incluem a mobilização abrangente de recursos nos níveis nacional, local e comunitário e a formação de uma coalizão intersetorial. O programa beneficia famílias pobres, que agora foram reinseridas na economia local.

Foco na Proteção dos Resultados Obtidos na Saúde

Mobilização para Sustentar a Cobertura da Imunização

29. *A Semana de Vacinação nas Américas*, iniciativa que começou na região andina há dois anos, agora inclui 19 países; como resultado, 15 milhões de pessoas foram vacinadas. Todos os ministérios da saúde das Américas endossaram a iniciativa e concordaram em participar. A iniciativa regional focaliza as crianças normalmente

deixadas pra trás, os que vivem em regiões rurais fronteiriças, povos indígenas e grupos vulneráveis, incluindo mulheres em idade de procriação e idosos. Em 2004, os países da América Central e do Sul, México e Caribe vacinaram 43,7 milhões de pessoas, em sua maioria crianças. Mais de 3 milhões com mais de um ano ainda não tinham sido imunizadas com a vacina DPT/Penta. Aproximadamente 1,5 milhão de mulheres em idade de procriação, que vivem em municipalidades com risco de tétano neonatal, também foram imunizadas. Enfatizaram-se as comunidades indígenas e mais de 12 milhões de pessoas com mais de 60 anos também foram imunizadas contra a gripe.

30. A participação de muitos parceiros e aliados estratégicos fez desses esforços um sucesso. Os parceiros incluem os Ministérios da Saúde nos Estados Membros, os governos do Canadá e dos Estados Unidos, o CDC, a Cruz Vermelha Internacional, a UNICEF, a Agência Espanhola de Cooperação, a USAID, a CIDA, o Instituto Sabin de Vacinas, March of Dimes, Rotary International, o Banco Mundial, o BID, Head Start, ONGs e a mídia nacional. Além disso, existe um forte apoio político nacional, conforme evidenciado pela participação de cinco presidentes, primeiras-damas e vários ministros da saúde e representantes locais de organizações internacionais durante as atividades de lançamento. *A Semana da Vacinação nas Américas* contribuiu claramente para a redução das iniquidades na vacinação e focalizou a atenção nacional nos mais vulneráveis e naqueles com menos acesso aos serviços de saúde. A sustentabilidade das imunizações na agenda política regional consolidará sua condição de bem público regional.

31. No nível nacional, em muitos casos outras intervenções eficazes de saúde foram adicionadas. Alguns países forneceram vitamina A e parasiticidas a crianças e ácido fólico a mulheres grávidas, realizaram exames de retina ou divulgaram informações de saúde. Outros países lançaram campanhas sem precedentes para eliminar a rubéola e a síndrome da rubéola congênita. Em 2005, o objetivo é imunizar 43 milhões de pessoas; dados preliminares mostram que Cuba, República Dominicana, Panamá e Paraguai já alcançaram ou ultrapassaram os objetivos nacionais. A Colômbia alcançou durante a primeira rodada sua meta para a febre amarela. A Guatemala introduziu pela primeira vez vacinas pentavalentes e imunizou 55.000 de crianças com uma só vacina. Da mesma forma, o Paraguai concluiu sua campanha nacional para eliminar a rubéola e a síndrome da rubéola congênita; essa campanha foi apoiada por um Decreto Presidencial. Apesar dos distúrbios políticos e sociais, a Bolívia, Nicarágua e Equador também puderam executar suas atividades de vacinação.

SEMANA DE VACINAÇÃO NA BOLÍVIA

Desde seu início em 2003, a Bolívia tem apoiado a iniciativa dos Ministros de Saúde da Região de estabelecer a Semana de Vacinação nas Américas. A evolução progressiva das coberturas de vacinação no país permitiu a erradicação da poliomielite e a não ocorrência de casos confirmados de sarampo desde 2000; além disso, conseguiu-se diminuir a incidência da difteria, tétano, coqueluche e outras doenças imunopreveníveis. Apesar destes esforços, ainda persistem baixas coberturas de vacinação em alguns municípios do país; isso põe em risco a manutenção dos resultados mencionados. Outro problema de saúde pública importante é a febre amarela, cujos surtos anuais ocorrem em populações específicas.

Os esforços de imunização do país angariaram amplo apoio das autoridades políticas e sanitárias, organismos de cooperação e organizações não governamentais.

Com a finalidade de garantir a continuidade da campanha sem a presença de conflitos sociais, em 2005 foram assinados convênios entre as autoridades de saúde e as organizações mais importantes da comunidade, como a Confederação Sindical Única de Camponeses da Bolívia (CSUTCB), a Confederação de Indígenas do Oriente da Bolívia (CIDOB) e outras. Também em 2005, foram alcançados 82,5% da meta de vacinação com a vacina pentavalente e a antipoliomielite. Com a vacina contra o sarampo, a rubéola e a parotidite (SRP) alcançaram-se 59% da meta. Foram imunizadas 380.258 pessoas com a vacina contra a febre amarela.

Pode-se afirmar que a Semana de Vacinação conseguiu fazer com que o tema da vacinação figure na agenda das autoridades políticas e de saúde de todo o país.

32. O **Paraguai** juntou-se aos esforços regionais para a eliminação da rubéola, lançando a campanha para vacinar 3,5 milhões de pessoas entre as idades de 5 e 39 (65% da população). Além da mobilização das autoridades da saúde e das agências de saúde nacionais, formou-se uma aliança estratégica que inclui governos nacionais, departamentais e locais e a sociedade civil. O setor privado, universidades e institutos de pesquisa também se juntaram. O Paraguai obteve 99% de cobertura devido a essa parceria nacional, que também foi apoiada pela Polícia Nacional, educadores e autoridades da educação. Funcionários das companhias de eletricidade, telefone e água disseminaram materiais informativos e estudantes de escolas médicas e de enfermagem foram treinados para administrar as vacinas e registrar os imunizados.

TRANSPARÊNCIA E MELHORES PREÇOS PARA O PROGRAMA PAI NA COLÔMBIA

O Ministério da Proteção Social (MPS) e o Instituto Nacional de Saúde (INS) vêm utilizando o mecanismo de compra do Fundo Rotativo para a Aquisição de Vacinas (FR) desde a década de 1990 e é assim um dos três maiores compradores da região (com a Argentina e o Brasil), com uma média anual entre US\$ 15 e US\$ 26 milhões no período 2002-2004. Estas compras, que se formalizam mediante convênios entre o MPS e o INS, se concentram nos produtos biológicos do esquema nacional de imunização infantil e adultos de alto risco: as mulheres em idade fértil e toda a população que reside em zonas endêmicas de febre amarela. Recentemente, o Governo assinou um crédito com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) pelo qual serão destinados mais de US\$ 127 milhões para a compra de vacinas durante o período 2005-2008. O BID concordou em comprar os produtos biológicos através do FR pela transparência de seus mecanismos de compra, a oportunidade de aquisição pelos países, a qualidade desses produtos e os preços ótimos que se conseguem unicamente com economias de escala obtidas pelas compras maciças de todos os países da Região por meio desse mecanismo.

A Colômbia se beneficiou plenamente com a compra de produtos biológicos através do FR em termos de preços acessíveis, confiança na disponibilidade e oportunidade na entrega, aquisição de produtos de qualidade reconhecida e verificável, transparência nos trâmites de compra, apoio em situações de emergência (por exemplo, surtos de sarampo e febre amarela), aquisição de produtos combinados a preços razoáveis (por exemplo, vacina pentavalente e gripe) e diminuição de trâmites burocráticos em licitações, entre outros.

33. O Ministério da Saúde da **Guatemala** decidiu introduzir a vacina pentavalente, mas encontrou dificuldades financeiras durante a fase de introdução. Formou-se uma coalizão e os governos da Finlândia e da Suécia concordaram em ajudar. Outras agências realocaram recursos de seus programas, incluindo a USAID, a UNICEF, Plan International e Quality in Health. Um comitê de coordenação interinstitucional foi criado a partir dessa iniciativa para mobilizar recursos e expandir a cobertura da imunização para incluir a eliminação da rubéola e síndrome da rubéola congênita. Espera-se que o governo financie totalmente o programa no próximo ano.

Desenvolvimento e Gestão Local: Municípios e Comunidades Saudáveis

34. A estratégia de Municípios Saudáveis, Comunidades Saudáveis busca formar alianças entre autoridades locais, membros da comunidade e outros setores. Trinta e sete por cento dos Estados Membros estabeleceram comitês intersetoriais locais e/ou nacionais e 22% dos países da Região desenvolveram uma visão comum e planos intersetoriais com responsabilidades compartilhadas. Mais de 30% incorporaram indicadores para medir o padrão de vida em seus sistemas de informação e pelo menos sete treinaram equipes locais na aplicação de metodologias participativas.

35. No **Uruguai**, os Ministérios da Saúde e da Agricultura acordaram que o desenvolvimento deve ser o principal objetivo para as pequenas comunidades rurais e lançaram um projeto de Municipalidades Produtivas e Saudáveis. O projeto combina intervenções de saúde com a geração de empregos e outras atividades de produção centradas em iniciativas comunitárias.

36. Na **Bolívia**, o conceito de Comunidades Produtivas e Saudáveis lançado em 2004 contribuiu para aumentar a renda das comunidades pequenas e prevenir a migração interna e a pobreza. Por exemplo, na comunidade de Chacaltaya, os benefícios incluíram a criação de trutas, aquecimento solar e a produção de carne de lhama, farmácias comunitárias e aquecimento da água.

37. No **Brasil**, o projeto *Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis* (RMPS) é uma parceria entre universidades, a Secretaria de Assuntos Comunitários, ONGs e várias instituições de pesquisa. A rede foi lançada em maio de 2005 e busca capitalizar lições aprendidas e o intercâmbio de melhores práticas para atender às necessidades informativas dos participantes e redirecionar ações de autoridades locais em apoio ao desenvolvimento local sustentável. Um foco importante da parceria é a formulação de planos de desenvolvimento local. Embora só exista há poucos meses, os resultados já são visíveis: vinte e um municípios estão participando, chegou-se a um acordo sobre várias iniciativas para uma abordagem micro-regional à solução de problemas comuns e projetos conjuntos específicos, como a proteção de bacias de água, estão sendo preparados. A rede também está patrocinando atividades de treinamento conjuntas para representantes das comunidades beneficiárias.

38. Na **Argentina**, a rede inclui 100 municipalidades e focaliza a troca de experiências, ferramentas e recursos compartilhados, cooperação técnica e treinamento em questões comuns. A rede é um local de encontro importante para canalizar iniciativas regionais e sub-regionais no nível local.

Bolívia: parceria para elaboração de planos departamentais de saúde ambiental

A deficiência da qualidade da água para consumo humano, os altos níveis de pesticidas e outros contaminadores presentes na água, as condições inadequadas da moradia como fontes propícias de doença, o desconhecimento dos danos causados à saúde humana pela exposição a substâncias altamente perigosas, as emergências e acidentes químicos, o manejo inadequado de águas residuais, os riscos do consumo de alimentos contaminados e o aumento de doenças transmitidas por vetores, entre outros problemas, constituíram os motivos para implantar uma aliança para a elaboração de planos departamentais de saúde ambiental na Bolívia.

Durante o período 2004-2005 formulou-se e está sendo executada uma iniciativa de aliança estratégica de organismos de cooperação internacional, bilateral e multilateral para cooperar com os governos departamentais do país, com o aval do Ministério de Saúde e Esportes. O objetivo é formular e iniciar a execução de planos em departamentos prioritários. Os principais parceiros nacionais são as prefeituras dos departamentos, as direções departamentais de desenvolvimento social, as direções departamentais de recursos naturais e meio ambiente e os serviços departamentais de saúde. As funções e as contribuições da OPAS à aliança consistiram na liderança da aliança e cooperação técnica especializada. O Programa de Cooperação Dinamarquesa para o Meio Ambiente (PCDSMA) também proporciona apoio, principalmente na forma de financiamento, assim como o Reform Project. A Fundação Suíça para o Desenvolvimento Internacional (Swiss Contact) proporciona cooperação econômica e informação básica sobre temas específicos de saúde ambiental.

Entre os resultados obtidos, encontra-se a disponibilidade de planos nos departamentos de Cochabamba, La Paz, Pando, Santa Cruz e Tarija, que são cinco dos novos departamentos do país, inclusive os três departamentos que formam o centro administrativo.

39. Na **Nicarágua**, o projeto para desenvolver sistemas locais integrados de saúde (PROSILAIS) em quatro departamentos e a região indígena autônoma do norte (RAAS) foi recentemente concluído. O projeto focalizava o desenvolvimento do capital humano local para assegurar a sustentabilidade do projeto depois de sua conclusão, assim como melhorar a infra-estrutura e o equipamento dos serviços de saúde. No contexto da harmonização contínua e dos esforços de alinhamento, o projeto fica como um exemplo de parceria entre as autoridades nacionais e locais e a cooperação internacional, e agora faz parte da referência acordada na Reunião de Cúpula de Alto Nível de Paris para monitorar os resultados. A estratégia multidisciplinar seguida na implementação do projeto promoveu uma abordagem abrangente no nível local, aproveitando e fortalecendo os esforços nacionais de descentralização.

40. Em **Cuba**, a cooperação técnica para o fortalecimento da APS foi expandida para incluir o nível municipal. Atualmente, 65 municipalidades estão recebendo apoio técnico direto visando a fortalecer capacidade local para executar avaliações das necessidades e vincular as prioridades locais com as nacionais. O apoio técnico inclui administração,

implementação de intervenções em concordância com prioridades nacionais e resposta a necessidades locais emergentes. Uma ênfase particular foi atribuída à tecnologia da informação e análise de dados para autoridades locais, utilizando abordagens intersetoriais e multidisciplinares. A avaliação da experiência está em andamento e os resultados serão publicados em breve. O processo foi meticulosamente registrado para facilitar a troca de experiências com outros países da Região e já levou ao desenvolvimento de uma rede de saúde e gestão entre municipalidades no Equador e em Cuba.

No Haiti, o projeto “**PROVIDA: Comunidade em Ação**” está apoiando iniciativas locais de abastecimento de água e saneamento básico, em especial latrinas e limpeza pública.

Deve-se mencionar o projeto gerado por jovens de Cité Soleil; o assentamento urbano de cerca de 300.000 pessoas com maior índice de pobreza e com maior incidência de violência do país, onde um grupo de jovens com o apoio da OPAS e do Ministério de Saúde Pública espera criar uma alternativa à situação de violência.

A iniciativa, que em uma primeira fase de três meses empregou 270 jovens, já deu frutos. Uma segunda fase está em implementação, com financiamento obtido através do apoio do jogador de futebol Ronaldo, do Brasil.

A iniciativa também envolveu os jovens dos bairros mais violentos de Porto Príncipe na campanha de vacinação canina. Um exemplo é Belair, lugar onde mesmo a polícia tem difícil acesso e as instituições do Estado estão virtualmente ausentes.

Saúde das Populações Fronteiriças e Integração Sub-Regional

41. Os processos de globalização e integração têm um impacto nas áreas fronteiriças. Cada vez mais o transporte e intercâmbio de pessoas, bens e serviços está provocando problemas comuns de saúde pública em áreas fronteiriças que afetam grandes grupos de pessoas, o que, por sua vez, exige a participação de todos os países envolvidos. As prioridades da OPAS para melhorar a saúde em cidades fronteiriças incluem a redução de iniquidades na saúde, atuando como intermediário e promovedor da ação coordenada conjunta; o desenvolvimento de sistemas e redes de troca de informação de saúde; e o desenvolvimento de redes de serviços de saúde para garantir o acesso. Os esforços da OPAS também procuram obter vigilância epidemiológica unificada e continuidade do tratamento de doenças transmissíveis, como a tuberculose ou a AIDS, em cidades irmãs. Incluem atividades para harmonizar códigos sanitários, tratamentos médicos e compartilhar redes de serviços médicos. Incluem também a coordenação de programas de promoção da saúde e o desenvolvimento de objetivos sanitários comuns e sua incorporação nas agendas políticas nacionais.

42. Na América Central, no contexto da nutrição e segurança alimentar, foram desenvolvidas quatro iniciativas que permitem o uso de estratégias, critérios técnicos,

metodologias e outros aspectos operacionais comuns. A primeira iniciativa aborda questões de nutrição e segurança alimentar em áreas fronteiriças; a segunda está relacionada com a promoção da nutrição e da segurança alimentar nos processos de desenvolvimento do governo local e em apoio a programas de capacitação das mulheres através da produção de alimentos em microempresas. A terceira iniciativa se refere aos projetos TCC entre municipalidades fronteiriças da Nicarágua e Costa Rica e aos processos de desenvolvimento local na América Central e no Caribe espanhol. Esta última é uma iniciativa sub-regional visando 159 municipalidades fronteiriças em risco sob uma perspectiva da nutrição e inocuidade dos alimentos.

43. A paisagem política da fronteira **EUA-México** mudou radicalmente nos últimos anos. A criação de uma Comissão de Saúde da Fronteira EUA-México provocou a reorientação do trabalho de múltiplas agências e redes na fronteira; a Comissão preparou um plano de saúde com objetivos claros até 2010 conhecida como a Agenda da Fronteira Saudável para 2010. As atividades de coordenação foram renovadas em 2004, levando com a Conferência dos Governadores a fortalecer o trabalho conjunto no âmbito do plano. Nenhuma outra área fronteiriça nas Américas possui tantos mecanismos de coordenação quanto a fronteira EUA-México. A iniciativa das Cidades Irmãs Seguras e Saudáveis procura melhorar a coordenação interinstitucional e aumentar a participação comunitária e o trabalho intersetorial para abordar questões de saúde que requerem cooperação bilateral em comunidades fronteiriças. A iniciativa reúne várias instituições com um objetivo de saúde comum na fronteira EUA-México. Por exemplo, conselhos de saúde binacionais, a Associação de Saúde da Fronteira EUA-México, a estratégia da fronteira saudável da Comissão de Saúde da Fronteira EUA-México, mecanismos de ligação entre os consulados dos Estados Unidos e do México e um grande número de ONGs e instituições acadêmicas que implementam intervenções em toda a fronteira EUA-México.

44. O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteira) foi lançado pelo **Brasil** para facilitar, apoiar e padronizar as ações de saúde em suas áreas fronteiriças com outros países do Mercosul. O projeto inclui três estágios: avaliação das necessidades e formulação de um plano de ação, serviços de saúde em áreas fronteiriças e fortalecimento da gestão em áreas estratégicas. O projeto visará primeiro 69 municípios do Brasil e os usuários dos serviços nessas áreas, sejam brasileiros ou de outras nacionalidades. Um segundo grupo de 52 municípios será adicionado numa segunda fase.

45. A **Colômbia** e o **Equador** realizaram reuniões conjuntas para coordenar atividades de vacinação durante a Semana da Vacinação das Américas. Além disso, está sendo elaborado um Plano de Saúde conjunto de quatro anos para áreas fronteiriças, com atenção particular às pessoas deslocadas por conflitos ou pobreza. Uma comissão de fronteiras estabelecida pelos dois países já determinou as prioridades. Houve também reuniões para coordenar as atividades de controle da febre aftosa na fronteira entre a

Colômbia e a Venezuela; está em estudo um projeto tripartite na bacia amazônica envolvendo Brasil, Colômbia e Peru.

Renovação da APS para Fortalecer os Sistemas de Saúde

46. O mandato do Grupo de Trabalho sobre Atenção Primária à Saúde da OPAS consiste em examinar e reafirmar as dimensões conceituais da APS contidas na Declaração de Alma-Ata; desenvolver definições operacionais relevantes à APS; e fornecer orientação para os países reorientarem os sistemas e serviços de saúde seguindo os princípios da APS e no contexto da reforma regional do setor da saúde. O Grupo de Trabalho realizou consultas regionais e nos países e fomentou o diálogo com partes interessadas relevantes, incluindo a sociedade civil e ONGs, universidades, associações profissionais e autoridades do governo para formar consenso e estabelecer alianças estratégicas para o avanço da APS em toda a região. A primeira reunião do Grupo de Trabalho foi realizada em junho de 2004 em Washington, D.C., e a segunda reunião em outubro de 2004 em San José, Costa Rica. No final de 2004, o Grupo de Trabalho produziu a primeira versão do documento de posição sobre a renovação da APS e um rascunho da Declaração Regional sobre APS foi enviado aos Estados Membros para comentários. Uma *Consulta Regional sobre a Renovação da APS* foi realizada em julho de 2005, em Montevideu, Uruguai. Os objetivos da consulta eram discutir e validar tanto o documento de posição quanto a declaração regional, assim como desenvolver um plano de ação para a renovação da APS nas Américas.

47. No nível nacional, a APS é uma prioridade principal na **Argentina**. Com base em seus princípios e como parte da abordagem geral da APS na Argentina, foi lançada a iniciativa da Atenção Ambiental Básica. A iniciativa é conhecida na região como uma estratégia organizacional que leva, através da participação ativa de partes interessadas locais, ao progresso sustentável na abordagem de questões de saúde ambiental nos níveis local e comunitário. Em particular, leva a mudanças comportamentais na relação entre indivíduos e seu ambiente. A esse respeito, a aliança da OPAS com *Ecoclubes* continua progredindo e agora inclui mais de 170 comunidades beneficiárias na Argentina. Através da aliança, as comunidades ganharam acesso a projetos de manejo do lixo sólido, tecnologia de conservação da água, intervenções de reflorestamento e assistência técnica na luta contra a dengue. Os *Ecoclubes* foram estabelecidos em 15 províncias formadas por mais de 3.000 voluntários jovens. A Argentina pertence a uma rede internacional de 24 países nas Américas, Europa e África, representando 12.000 voluntários organizados em 500 clubes.

48. Na **Venezuela**, a APS também é o instrumento que garante os direitos de saúde para a população. O programa *Barrio Adentro* representa uma mudança importante no paradigma de desenvolvimento humano decorrente da Constituição de 1999. O *Barrio Adentro* procura expandir a cobertura dos serviços básicos de saúde de forma oportuna e

equitativa, e fornecer assistência de qualidade aos segmentos mais pobres da população. A municipalidade de Libertador na área metropolitana de Caracas foi a primeira a lançar o programa. As dificuldades em atrair agentes locais da saúde para os bairros mais pobres levaram ao emprego inicial de 50 clínicos gerais, dentistas e enfermeiras de Cuba através de um programa de cooperação técnica com o governo cubano; hoje existem 20.000 profissionais desse tipo geograficamente distribuídos em áreas populacionais que foram tradicionalmente negligenciadas pelo setor da saúde. Em janeiro de 2005, o programa entrou em uma segunda fase e agora está focalizando o nível secundário de assistência e a construção de 600 centros de diagnóstico abrangente em todo o país, o desenvolvimento dos recursos humanos (espera-se que 30.000 médicos se formem nos próximos 5 anos) e a integração do programa *Barrio Adentro* dentro do sistema público de saúde.

Políticas Públicas Abrangentes para Melhorar a Qualidade de Vida

49. *Ambiente seguro.* Os CDC, a OPAS e a EPA formaram uma aliança para desenvolver e implementar um programa conjunto de cooperação técnica destinado a melhorar as capacidades técnicas e as decisões baseadas em dados no campo da saúde pública ambiental por toda a Região. Seus principais objetivos são o fortalecimento de instituições públicas e organizações da sociedade civil nos níveis nacional e local, melhoria da coleta e disseminação de informação sobre o meio ambiente e a saúde, apoio técnico para pesquisa e a implementação de programas de água e saneamento, entre outros. As estratégias propostas incluem o desenvolvimento de elos entre os setores da saúde e meio ambiente, a sociedade civil e centros de colaboração e a busca de oportunidades de integrar a saúde pública ambiental das crianças nas iniciativas regionais e nacionais. Está sendo preparado um atlas regional da saúde ambiental das crianças, que inclui informações relevantes para autoridades, profissionais do setor da saúde e do meio ambiente, assim como para o público em geral.

50. *Proteção da saúde.* Estima-se que entre 20 e 25% da população total da Região não tenham acesso à assistência de saúde, apesar de as declarações universais assinadas pela maioria dos países e das leis nacionais de muitos garantirem acesso universal à assistência de saúde. Do mesmo modo, os processos da reforma sanitária não puderam progredir nessa questão. Há uma brecha importante entre o estado do desenvolvimento de sistemas nacionais de proteção social e o quadro normativo que o apóia. A OPAS esteve trabalhando ativamente nessa questão e fez algum progresso na promoção da proteção social na saúde da Região. As atividades realizadas incluem: uma avaliação de sua magnitude e a identificação de suas principais causas, diálogo com instituições financeiras internacionais e agências de desenvolvimento e o desenvolvimento de metodologias e instrumentos para ajudar as autoridades na elaboração, aplicação e avaliação de políticas para fomentar a proteção social na saúde.

Os artigos 42, 43 e 456 da Constituição Política do Equador dispõem que o Estado deve garantir o direito gratuito à saúde, sua promoção e proteção, por meio do desenvolvimento do acesso permanente e ininterrupto a serviços de saúde, conforme os princípios de equidade, universalidade, solidariedade, qualidade e eficiência.

O artigo 12 da Lei Orgânica do Sistema Nacional de Saúde define o “asseguramento” como a garantia de acesso universal e eqüitativo da população ao Plano Integral de Saúde, em cumprimento do direito do cidadão à proteção social em saúde, e dispõe que este seja iniciado com a aplicação do plano de asseguramento para mulheres e crianças beneficiários da Lei e Programas de Maternidade Gratuita e Atenção à Infância. Ao mesmo tempo, se promove a ampliação de cobertura de saúde de todas as entidades prestadoras de serviços e do Seguro Geral Obrigatório e Seguro Social Camponês, pertencentes ao Instituto Equatoriano de Seguridade Social (IESS), e de outros seguros públicos, como o Instituto de Seguridade Social das Forças Armadas (ISSFA) e o Instituto de Seguridade Social da Polícia Nacional (ISSPOL).

A Lei de Maternidade Gratuita estipula que toda mulher equatoriana tem direito à atenção de saúde gratuita e de qualidade durante sua gravidez, parto e pós-parto, assim como acesso a programas de saúde sexual e reprodutiva, e que se proverá atenção de saúde sem custo aos recém-nascidos e menores de 5 anos, como uma ação de saúde pública, responsabilidade do Estado.

O Decreto Executivo 2345, de dezembro de 2004, encarrega ao Ministério de Saúde Pública a execução das atividades necessárias para permitir o acesso aos serviços de saúde da população excluída e declara como política prioritária de Estado o Programa de Extensão de Cobertura da Proteção Social em Saúde, com base na estratégia de Atenção Primária à Saúde. O Governo Nacional, por intermédio do Ministério de Saúde Pública, elaborou o Programa de Extensão de Coberturas em Saúde (PROECOS), baseado na aplicação do Modelo de Atenção Integral, com ênfase na Atenção Primária à Saúde, e iniciou a formulação do programa de “licenciamento” da rede de serviços do Ministério de Saúde Pública. Mediante o Decreto Executivo Nº 2345, publicado no Registro Oficial Nº 483 de 16 de dezembro de 2004, o Governo Nacional declarou como política prioritária do Estado o PROECOS. O mesmo será aplicado progressivamente, iniciando-se nas áreas mais pobres do país, até alcançar uma cobertura de quatro milhões e meio de habitantes excluídos de tais serviços.

O Segundo Congresso Nacional pela Saúde e a Vida, realizado no mês de setembro de 2004 na cidade de Guayaquil, acordou destinar mais recursos para a extensão da cobertura de mulheres e crianças amparadas pela LMGYAI, estendendo seu benefício a outros grupos populacionais, especialmente anciãos (idosos), e dando prioridade às regiões mais pobres.

51. *Seguridade social.* Na **Guatemala**, foi lançada a reforma da previdência social como resultado do diálogo interparlamentar e nacional. A iniciativa se origina da Agenda Nacional Compartilhada assinada por todas as partes políticas, que estabeleceram a reforma da previdência social e da saúde como prioridades importantes para o período de 2004-2008. A Comissão Parlamentar sobre Saúde e Previdência Social obteve o apoio da OPAS e do PNUD em um esforço para fortalecer a capacidade de seus membros de renovar e propor mudanças na lei da previdência social. A iniciativa inclui um programa

de trabalho conjunto em três estágios: conceitos básicos e lições aprendidas da reforma da previdência social na América Latina, um exame histórico das tendências no Instituto de Previdência Social da Guatemala e uma avaliação preliminar das necessidades atuais da previdência social. O programa de trabalho cobre também outros aspectos, como o diálogo com cidadãos; a discussão de propostas de outros setores; e um diálogo entre autoridades do governo, membros do congresso e da sociedade civil, entre outros. As atividades até agora incluem: estudos sobre gastos da saúde pública e privada; documentos de posição e declarações conjuntas sobre a necessidade de aumentar o nível dos gastos da saúde pública; a formulação de um plano estratégico para o Instituto de Previdência Social da Guatemala; o diálogo com partes interessadas importantes, incluindo sindicatos de trabalho; e a formulação de uma proposta para a proteção social na saúde para os povos indígenas.

Reforma psiquiátrica no México

A OPAS colabora com as autoridades nacionais de saúde para o estabelecimento de serviços de saúde mental baseados na comunidade, que tornem efetivo o direito à atenção e a reabilitação das pessoas com transtornos mentais.

Promove-se uma inclusão ativa da saúde mental nas políticas de saúde mediante o estímulo à criação de dispositivos que favoreçam a acessibilidade e melhorem substancialmente a cobertura, promovam os direitos humanos e a desestigmatização, favoreçam a continuidade dos cuidados e uma efetiva reinserção no meio habitual de vida das pessoas. Isto supõe a criação de equipes de trabalho interdisciplinares, trabalho intersetorial e inclusão de recursos não convencionais; além disso, compreende os vizinhos, as famílias e os líderes sociais, entre outros. Trata-se de um trabalho que visa ao respeito e integração do “diferente” em geral, com um enfoque sócio-sanitário.

Para fortalecer o processo da reforma psiquiátrica no México, a OPAS participa em numerosos eventos públicos em diversas localidades ou no Distrito Federal, organizados por universidades ou organismos de direitos humanos, e intervém nas notas de imprensa que os meios de comunicação solicitam. Especialistas de outros países convocados para colaborar com um diagnóstico de situação efetuam visitas aos estados e apresentam às autoridades as recomendações respectivas.

Promove-se a criação de um movimento nacional que sustente e consolide a decisão política da reforma. Este movimento inclui associações de usuários e familiares, associações de mulheres indígenas e associações de profissionais. O trabalho com estas consiste em favorecer sua criação, estabelecimento e fortalecimento no nível local e nacional.

Outras iniciativas em andamento visam aos legisladores para obter a atualização das leis e prefeitos e governadores para conseguir seu compromisso efetivo. Outra área de atividade é a promoção do desenvolvimento de estratégias de trabalho em nível local por meio da incorporação ativa de organizações não governamentais, líderes religiosos, policiais, professores e grêmios.

52. *Saúde e turismo.* No início de 2005, o governo da **República Dominicana** criou a Comissão Nacional de Saúde e Turismo (CONSATUR) como parte do Plano Nacional de Saúde e Turismo, que visa a fornecer assistência de saúde abrangente para todos os envolvidos no setor do turismo. O setor do turismo é uma das principais fontes de renda dos dominicanos e recentemente foi afetado por surtos de doenças que resultaram em milhões de dólares em processos e perdeu receita devido a cancelamentos em massa. Essa aliança entre os setores público e privado permitirá a detecção antecipada de doenças importadas, assim como a coordenação e monitoração de ações da saúde para a prevenção e controle da malária. O plano fornecerá também treinamento para provedores de assistência de saúde em centros turísticos por todo o país.

Escritório de Coordenação do Programa Caribenho Comissão Caribenha sobre Saúde e Desenvolvimento

A Comissão Caribenha sobre Saúde e Desenvolvimento (CCCHD) foi estabelecida a pedido dos Chefes de Governo do Caribe como um dos componentes da Declaração de Nassau sobre Saúde de julho de 2001. O principal produto da CCHD é um relatório com base no comissionamento de documentos especiais; consultas técnicas; mesas-redondas sobre políticas; apresentações do presidente do Conselho de Desenvolvimento Humano e Social (COHSOD) da CARICOM, Reunião de Ministros da Saúde da CARICOM, os Chefes de Governo da CARICOM e o Fórum Caribenho para o Desenvolvimento; apresentações para gabinetes caribenhos por um grupo selecionado de comissários e pessoal da Secretaria; sessões de defesa de causas e comunicação para expandir o conhecimento para uma comunidade caribenha mais ampla; lançamento formal do Relatório da Comissão Caribenha de Saúde e Desenvolvimento; e iniciativas nacionais para fomentar a adoção das recomendações políticas feitas no Relatório final da CCHD.

Estratégia de Cooperação do Caribe Oriental

Durante 2004, o Escritório de Coordenação do Programa Caribenho realizou uma série de consultas com os governos dos Membros e Membros Associados da Organização dos Estados do Caribe Oriental,¹ Barbados, parceiros do desenvolvimento e doadores, organizações da sociedade civil e não-governamentais visando ao desenvolvimento da Estratégia de Cooperação do Caribe Oriental (ECCO). Essa iniciativa orientará a cooperação técnica a ser fornecida por todo o sistema da OMS e está de acordo com a Iniciativa de Foco no País da OMS para melhorar o desempenho nos países.

A ECCO foi desenvolvida com base: (a) nas necessidades, interesses e expectativas dos países focalizando os desafios da saúde e do desenvolvimento; (b) no quadro político da OPAS/OMS; e (c) no trabalho de outros parceiros do desenvolvimento, especialmente em suas atividades e abordagens. A ECCO deve ajudar os países a melhorarem a gestão da cooperação do desenvolvimento no setor da saúde e contribuir à realização das várias iniciativas globais, regionais e sub-regionais definidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), as estratégias da OPAS/OMS, a Iniciativa de Cooperação Caribenha em Saúde (CCH), a Estratégia de Desenvolvimento da Organização dos Estados do Caribe Oriental (OECS) e a Matriz de Assistência ao Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDAF).

53. *Acesso a medicamentos essenciais.* O acesso oportuno a remédios essenciais a preço baixo é uma das principais questões na Região. Os principais obstáculos que os Estados Membros enfrentam são a seleção de produtos de qualidade, o financiamento, a

¹ A associação da ECCO compreende Antígua e Barbuda, Dominica, Granada, Santa Lúcia, São Cristóvão e Nevis, São Vicente e os Territórios Dependentes do Reino Unido de Anguilla, Ilhas Virgens Britânicas e Montserrat.

contenção de custos, patentes e direitos autorais e o manejo dos estoques. A OPAS está ajudando nessa empreitada através do programa regional. O programa apóia o desenvolvimento de políticas de medicamentos que promovem o acesso igual e a utilização de metodologia para monitorar o desempenho. Promove o uso de produtos genéricos e outras estratégias para conter os custos e minimizar a infração de direitos autorais. Ao mesmo tempo, apóia o fortalecimento dos sistemas de fornecimento e aquisição. O programa trabalha em colaboração com outras agências das Nações Unidas, centros, autoridades nacionais e locais e ONGs por toda a Região. A OPAS foi fundamental na negociação de anti-retrovirais em duas rodadas de negociações regionais realizadas no Peru e na Argentina, com a participação de onze países.

Prevenção e Reabilitação de Deficiências

No âmbito dos Planos Nacionais de Saúde e Desenvolvimento Social, a OPAS colaborou estreitamente com os países da Região para formular e elaborar as políticas e os planos nacionais para incluir questões de deficiência e alcançar o objetivo da Equiparação das Oportunidades. Atualmente estão em processo de formulação ou revisão de seus respectivos planos: Panamá, Bolívia, Honduras, Guatemala, Venezuela, Paraguai, República Dominicana. Planos já definidos na Colômbia, Nicarágua, El Salvador, Cuba, Argentina, Chile e Equador.

A OPAS esteve colaborando com o Instituto Nacional de RHB do Peru para incluir e desenvolver um Sistema de Informação de Deficiências nos Sistemas de Informação Sanitária, para delinear os modelos demográficos cambiantes das causas das deficiências, tipos de deficiência, assim como identificar a natureza das intervenções necessárias. Este programa pode ser modificado segundo as necessidades dos países e experimentou um processo de validação no Peru, Venezuela, Nicarágua, Brasil, El Salvador e Honduras. Além disso, impulsionou-se o desenvolvimento de estudos específicos de deficiências na população geral na Nicarágua, Chile, El Salvador e mais recentemente no Panamá. Paralelamente a isso, iniciou-se a aplicação da metodologia de análise de situação das pessoas portadoras de deficiência; já concluída na Costa Rica, Chile e Panamá; em processo na Nicarágua, El Salvador e Bolívia.

Diante da crítica situação de iniquidade de acesso aos serviços de saúde em reabilitação existente na região, a OPAS promoveu ativamente e adotou a estratégia de RBC para responder às necessidades de aumento da cobertura de atenção em reabilitação e a promoção da equiparação de oportunidades para as pessoas com deficiência. A OPAS obteve êxito ao proporcionar ajuda técnica para a aplicação das estratégias de RBC nos seguintes países: Colômbia, Argentina, El Salvador, Honduras, Nicarágua, Uruguai, Paraguai, Bolívia e Guatemala. Além disso, em colaboração com estes países, as estratégias de RBC se estenderam nas zonas indígenas de Venezuela, Guiana, Peru, Bolívia, Panamá, Honduras e Nicarágua, assim como as zonas suburbanas do México, Peru, Brasil e Venezuela.

O movimento mundial para proibir as minas terrestres promoveu a cooperação entre Canadá, México e a OPAS para elaborar um plano de ação em apoio aos sobreviventes das minas terrestres anti-pessoais e outras pessoas com deficiência na América Central. A Iniciativa Tripartite é um programa plenamente operacional aplicado em El Salvador, Honduras e Nicarágua.

Enfrentando Novos Desafios Juntos

A Luta contra o HIV/AIDS

54. A Iniciativa “3 em 5” é uma oportunidade de renovar o compromisso da OPAS de interromper e reverter a epidemia do HIV/AIDS na Região através de esforços combinados e parcerias com governos, sociedade civil, pessoas que vivem com HIV e organizações bilaterais e multilaterais importantes. Em janeiro de 2004 foi estabelecida uma força tarefa com representantes de Estados Membros, PVA, parceiros externos e funcionários da OPAS/OMS na sede e nos países. A força tarefa examinou a iniciativa mundial e propôs o caminho a ser seguido pela Região através de cinco orientações estratégicas.

55. Em janeiro de 2005, um Comitê de Assessoria Técnica (CAT) sobre HIV/AIDS/IST se reuniu pela primeira vez em Boca Chica, República Dominicana, junto com países membros e vários parceiros do desenvolvimento. O CAT, que inclui especialistas reconhecidos da Região, forneceu um conjunto de recomendações. Essas recomendações são ativamente monitoradas pelo CAT e os resultados são fornecidos de forma contínua aos Órgãos Diretores da OPAS. Com recursos adicionais mobilizados com a Iniciativa 3 em 5 através da OMS, os recursos financeiros e humanos foram descentralizados para que os países assegurem a implementação eficaz dessa estratégia. Até agora, 80% dos países membros estão implementando um plano de trabalho utilizando recursos alocados para fortalecer a resposta do setor da saúde e criar sinergia com outros recursos existentes. O recrutamento de novos funcionários para fortalecer a resposta da OPAS foi acelerado no nível regional e em países prioritários.

56. No Caribe, a Iniciativa “3 em 5” fortaleceu a harmonização dos recursos da OPAS/CAREC através de reuniões regulares de consulta, monitoração e avaliação com parceiros. Essa colaboração ampliada resultou em mudanças significativas em estratégias e processos, incluindo a participação da OPAS/CAREC como beneficiário do projeto PANCAP-Fundo Global e do Projeto PANCAP do Banco Mundial. Trinidad e Tobago começou a implementação de um plano estratégico de cinco anos, para o qual um Comitê Nacional de Coordenação da AIDS foi nomeado pelo Gabinete. O HIV/AIDS foi abordado como uma questão de desenvolvimento em Vision 20/20, um processo cujo propósito fundamental é transformar o país numa sociedade desenvolvida até o ano 2020.

57. A abordagem do HIV/AIDS exigiu a expansão do espaço das áreas relacionadas a cooperação técnica, com ênfase particular nas infecções sexualmente transmissíveis comuns (ISTC), saúde reprodutiva sexual, focalização nos jovens, prevalência do HIV/AIDS, altas taxas de gravidez adolescente e mulheres, considerando a tendência crescente de infecção entre esse grupo populacional em grande parte através de transmissão heterossexual. A OPAS/OMS formou uma parceria sustentável com grupos

comunitários e autoridades nacionais de saúde com uma abordagem renovada que reconhece a necessidade de se revisar questões essenciais como o quadro político, a sinergia de intervenções, a melhoria das competências, mobilização de recursos, fortalecimento de intervenções de prevenção e promoção da saúde no nível comunitário e fortalecimento institucional. Um terço dos Estados Membros da OPAS assinou acordos para participar do Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública estabelecido em 2000, que liga os processos técnicos no manejo do fornecimento de produtos estratégicos da saúde pública com a aquisição de produtos. No final de 2004, os países participantes haviam utilizado o mecanismo para comprar US\$ 18 milhões de suprimentos essenciais da saúde pública. Em 2005, Brasil, Guatemala, Honduras e Nicarágua também aproveitaram os benefícios do Fundo Estratégico.

58. O Grupo de Diretores Regionais (GDR) das Agências Co-Patrocinadoras e a Secretaria da UNAIDS, estabelecido em 2003, representa um mecanismo de alto nível promissor para reforçar e coordenar a ação das Nações Unidas no apoio a respostas nacionais ao HIV/AIDS. Uma decisão importante adotada pelo GDR durante a reunião de 3 e 4 de março de 2005 na Sede da OPAS foi o lançamento, nos próximos meses, de um processo de harmonização e alinhamento da cooperação internacional sobre HIV/AIDS na América Latina e no Caribe. Esse processo prevê a participação de autoridades nacionais, importantes instituições financeiras bilaterais, multilaterais e internacionais, fundações e iniciativas mundiais de saúde e desenvolvimento. Como primeiro passo nessa direção, o GDR se reuniu com o Presidente e altos funcionários do BID, assim como com representantes de várias agências dos EUA, incluindo o Escritório do Coordenador Mundial da AIDS do Departamento de Estado dos EUA, a USAID e o Departamento de Serviços de Saúde Humana/CDC dos EUA. Essa reunião gerou um diálogo político e estratégico que pressagia um futuro processo de harmonização.

59. O valor agregado da OPAS na facilitação do diálogo entre parceiros do desenvolvimento, governos e a sociedade civil foi reconhecido como um instrumento poderoso para fomentar a agenda de HIV/AIDS na Região. Sua capacidade de mobilizar uma gama de especialistas técnicos nos países e de outras regiões foi fundamental no desenvolvimento de planos de ação e na implementação de estratégias importantes. A experiência adquirida foi utilizada para fomentar a harmonização e colaboração na Região. Em 2005, a OPAS iniciou o processo de formulação de um *Plano Regional para HIV/AIDS 2006-2015*, que pretende ampliar os esforços nacionais e regionais para interromper e reverter a epidemia do HIV/AIDS, em concordância com os ODM.

Reunião de Cúpula Especial das Américas em Nuevo Leon, Monterrey, México

Em janeiro de 2004, na Reunião de Cúpula Especial das Américas em Nuevo Leon, Monterrey, México, chefes de Governo da América Latina e do Caribe assinaram um compromisso com o objetivo do tratamento universal com terapia anti-retroviral (ART) para todos os que dela necessitam o mais rápido possível, e para pelo menos 600.000 pessoas que precisam de tratamento até a próxima Reunião de Cúpula em 2005. Em setembro de 2004, os Estados Membros adotaram a Resolução CD45.10, apoiando esforços ampliados para tratar HIV/AIDS/DST no contexto de uma resposta abrangente à epidemia.

Graças ao compromisso político de governos e uma extraordinária mobilização de recursos humanos e financeiros, incluindo os do Fundo Global, PEPFAR e Banco Mundial, quando a Quarta Reunião de Cúpula das Américas for realizada, a meta de tratar 600.000 indivíduos que precisam de ART será alcançada e ultrapassada. Até o final de junho de 2005, o número estimado de pessoas que recebem tratamento nos Estados Membros, incluindo o Canadá e os Estados Unidos, era de 622.275. Praticamente todos os países aumentaram substancialmente a cobertura do tratamento desde janeiro de 2004, quando o compromisso foi anunciado. Na ALC, 108.415 novos tratamentos foram iniciados nesse período, enquanto o número de pessoas em tratamento aumentou de 196.000 para 304.415. Esse aumento robusto e estável foi possível graças ao alto nível de compromisso e ação intensificada dos países da Região e ao apoio ampliado dos parceiros de desenvolvimento.

A Coalizão Interamericana para a Prevenção da Violência

60. A violência nas Américas é um fenômeno crescente e uma séria ameaça à saúde pública. A América Latina é uma das regiões mais violentas do mundo, com uma taxa de homicídio mais de três vezes maior que o resto do mundo e cerca de 75% dos seqüestros do mundo. Os níveis extremamente altos de violência têm um impacto negativo sobre o potencial do desenvolvimento, já que são obstáculos para o desenvolvimento social e econômico e o bem-estar dos povos das Américas. Ao promover uma estratégia abrangente de prevenção da violência, com base em abordagens de saúde pública bem testadas, a Coalizão Interamericana para a Prevenção da Violência (CIAPV) ajudou a encontrar soluções eficazes em função do custo e que respeitam os direitos aos desafios representados pelos altos níveis de violência. A OPAS, através de seu apoio contínuo da CIAPV e ao exercer a Secretaria da CIAPV, foi um líder nessa iniciativa.

61. A CIAPV foi lançada em junho de 2000 como uma parceria inovadora de organizações bilaterais e multilaterais de desenvolvimento. A CIAPV ressaltou duas prioridades específicas para 2005-2006: violência de jovens e gangues e a prevenção da violência no nível municipal. A CIAPV administra um projeto financiado pela USAID que monitora indicadores municipais de violência, promovendo observatórios municipais de violência e implementando planos municipais de prevenção da violência em seis

países da América Central. A CIAPV teve um impacto significativo por toda a América Latina. O mais notável é a crescente aceitação da prevenção da violência como uma ferramenta crucialmente importante para se descobrir soluções positivas para os níveis de violência cada vez mais altos nas Américas.

62. No nível sub-regional, o GTZ e a OPAS elaboraram um Projeto para o Desenvolvimento da Juventude e a Prevenção da Violência em seis países da Região (Argentina, Colômbia, El Salvador, Honduras, Nicarágua e Peru). Seu propósito é promover a participação de jovens na gestão de programas de desenvolvimento da juventude. Com a colaboração de outros setores relevantes, o projeto busca incorporar uma abordagem de prevenção da violência na política pública e apoiar a transferência de conhecimento e intercâmbios regionais sobre jovens e a prevenção da violência. Na Colômbia, o projeto identificou experiências locais na prevenção da violência com a participação de jovens em um esforço para sistematizar lições aprendidas, conhecimento e práticas dos jovens.

63. Em **El Salvador**, a *Iniciativa de Violência Intrafamiliar* (VIF) busca consolidar um modelo abrangente para a prevenção da violência no setor da saúde e expandir sua aplicação em várias comunidades. As atividades atuais focalizam o estabelecimento de redes locais, fortalecimento da participação social e coordenação intersectorial e a identificação de estratégias de intervenção sobre prevenção da violência de uma perspectiva institucional. Enfatizou-se o uso do gênero como uma questão transversal na formulação e monitoração de planos e programas de saúde.

64. Na **Jamaica**, a VPA é uma rede de organizações governamentais, não-governamentais, privadas e internacionais comprometidas com a prevenção da violência interpessoal e a melhora dos serviços a vítimas no contexto do *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS*. A aliança não implementa programas ou fornece serviços, mas encoraja participantes individuais da aliança a realizarem atividades coerentes com sua missão. As atividades da VPA visam a facilitar o desenvolvimento de políticas, programas e ferramentas para implementar as recomendações do relatório da OMS na Jamaica, e tentam fortalecer a cooperação sustentada e multisectorial em torno dessa visão compartilhada de prevenção da violência. Em uma fase inicial, a VPA estabeleceu dois grupos de trabalho: Comunicação e Educação para Mudança de Comportamento e Intervenção para uma Comunidade Segura. Desde a inserção da VPA, promoveu-se o Dia Sem Violência durante o Dia em Memória de Bob Marley em fevereiro de 2005 e Critérios para Comunidades Seguras foram desenvolvidos e já foram endossados por 15 comunidades, como uma forma de encorajar as comunidades a lutarem para alcançar e manter uma coexistência pacífica.

Novas Regras para Enfrentar Desafios da Saúde Mundial

65. O Regulamento Internacional de Saúde (RIS) foi revisado para abordar a ameaça representada pela emergência e ressurreição de doenças infecciosas e o maior risco de disseminação internacional causado, em particular, pelo crescimento do transporte aéreo e comércio internacional. As experiências que se seguiram à emergência e rápida disseminação internacional da síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2003 e a detecção da transmissão humana de um vírus altamente patogênico de gripe aviária em 2004 deram uma expressão concreta a essas ameaças e riscos. O novo texto do RIS-2005, adotado pela 58^a Assembléia Mundial de Saúde orientará apropriadamente a comunidade internacional da saúde pública sobre um código de conduta ao enfrentar emergências da saúde pública de preocupação internacional.

66. A OPAS aproveitou as oportunidades oferecidas pelas atividades dos sistemas regionais de integração para harmonizar políticas e práticas relacionadas com o movimento transfronteiriço de pessoas, veículos e bens, como forma de reduzir os riscos à saúde pública. Foram realizadas quatro reuniões de consulta sub-regional, no Rio de Janeiro, Brasil (Mercosul e os países da Comunidade Andina); em Boca Chica, República Dominicana (países da América Central, República Dominicana –RESSCAD- e Cuba); Saint George's, Granada (países caribenhos de língua inglesa); e Ottawa, Canadá (Canadá, México e Estados Unidos da América). Estavam presentes representantes dos setores de transporte, agricultura, relações exteriores e inocuidade dos alimentos. Os resultados foram fundamentais na preparação para o Grupo de Trabalho Intergovernamental, que se reuniu em Genebra.

Sistema de Informação e Comunicação em Saúde do Mercosul

Como parte dos projetos e planos comuns da Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul e Estados Associados (Bolívia e Chile), e subordinado à mesma, se desenvolveu o Núcleo de Articulação N° 1, “Sistema de Informação e Comunicação em Saúde do Mercosul”.

Os objetivos do Sistema de Informação e Comunicação em Saúde do Mercosul compreendem a elaboração, o estabelecimento e a manutenção de um sistema de informação e comunicação sobre temas de saúde, para atender a órgãos e entidades participantes do Mercosul, assim como o público em geral, para promover a articulação e a integração entre os Estados Partes e Associados, e o intercâmbio de dados, informação e experiências.

Algumas de suas principais funções são a identificação de sistemas de informação e sistematização de captação e processamento de dados, a identificação de informação prioritária e recursos para a integração dos sistemas de informação, educação e comunicação em saúde nos Estados Partes e Associados, a identificação e divulgação de experiências significativas — especialmente em educação a distância em saúde, cultura popular como veículo de mensagens de saúde, mercado social, programas de capacitação e mobilização comunitária, entre outras —, a promoção de experiências em cada Estado Parte ou Associado — tais como registros impressos, audiovisuais e eletrônicos, seminários itinerantes de capacitação e encontros internacionais —, o estabelecimento de um fluxo regular de informação em saúde com atualização contínua e a identificação do perfil dos profissionais que atuam nestas áreas.

67. Os Ministérios da Saúde, com apoio da OPAS, estabeleceram grupos de trabalho nacionais com representação institucional ampla incluindo todas as partes interessadas, como relações exteriores, agricultura, comércio e turismo. Além disso, o Mercosul e os Estados Associados organizaram, com apoio da OPAS, dois eventos notáveis de formação de consenso para os quais os países andinos foram convidados. Foram produzidos dois documentos, conhecidos como as Declarações de Montevideu e de Buenos Aires. A adoção do RIS-2005 representa desafios e oportunidades para os Estados Membros e a Organização nos próximos anos. O cumprimento das obrigações do RIS-2005 exige a manutenção ou ampliação das infra-estruturas de saúde pública para capacidades essenciais na vigilância e resposta em portos, aeroportos e fronteiras, coordenando com outros setores que têm interesse no RIS como o comércio, transporte, relações exteriores e agricultura para se preparar e responder a emergências nacionais e internacionais de importância para a saúde pública.

Foro da América Central e República Dominicana sobre Água Potável e Saneamento

No âmbito da XX RESSCAD, em 7 de julho de 2004 se constituiu em Boca Chica, República Dominicana, o Foro da América Central e República Dominicana sobre Água Potável e Saneamento” (FOCARD-APS). Neste mecanismo permanente de coordenação do setor na região participam as entidades de água potável e saneamento dos países que a compõem. Com a criação do FOCARD-APS culminou um rico processo iniciado na XII Reunião do Conselho de Ministros de Saúde da América Central (COMISCA) em 2000, como expressão da preocupação com a situação do setor de água potável e saneamento (SAPS).

Por outro lado, a formalização do FOCARD-APS dentro do Sistema da Integração Centro-Americano (SICA) abre uma nova etapa para o desenvolvimento do SAPS da região, já que institucionaliza e outorga uma representatividade política regional formal que o fortalece e o transforma no interlocutor autorizado perante todas as entidades nacionais e internacionais vinculadas com os serviços de APS.

A primeira Reunião do Conselho Diretor do Conselho da América Central e República Dominicana sobre Água Potável e Saneamento (CONCARD-APS), realizada em San Salvador, em novembro de 2004, procedeu a ratificar a criação e constituição do FOCARD-APS, assim como o acompanhamento das ações tendentes ao funcionamento do Foro. Em 20 e julho de 2005 foi realizada em Belize a reunião preparatória para o Segundo Foro da América Central e República Dominicana sobre Água Potável e Saneamento com o fim de elaborar a proposta para o mesmo e fazer o acompanhamento dos acordos pactuados na reunião do Primeiro Foro e na primeira reunião do CONCARD-APS.

Durante todo este processo deve-se destacar o papel da Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental da OPAS na criação do modelo conceitual da proposta do FOCARD-APS e sua contribuição ao desenvolvimento técnico de sua estrutura e funcionamento.

Algumas das atividades técnicas acordadas no âmbito do Foro e consideradas na reunião preparatória do Segundo Foro para fortalecer o setor na Região são, entre outras: a realização de um seminário de unificação de conceitos básicos e fundamentais para o setor de água potável e saneamento; o acompanhamento do Plano Regional para a Prevenção e Redução da Vulnerabilidade dos Sistemas de Água Potável e Saneamento da América Central e República Dominicana; a realização de um seminário sobre formulação de diretrizes gerais para a elaboração dos planos de água potável e saneamento rural; e um seminário sobre o apoio à Reforma e Modernização do Setor APS na América Central e República Dominicana.

68. O controle do tabaco é uma questão de saúde pública que exige alianças entre governos e a sociedade civil que sejam fortes e criativas o suficiente para reagir às atividades agressivas de lobby das empresas de tabaco. O papel da OPAS como intermediária e participante dessas alianças exigiu um ato delicado de equilíbrio a fim de assegurar a confiança e boa vontade contínuas de atores-chave. Com a Convenção Básica sobre Controle do Tabaco (FCTC) da OMS em particular, o processo desconhecido de desenvolvimento do acordo apresentou situações desafiantes. São necessários esforços

multilaterais e bilaterais maiores e mais focalizados para assegurar e desenvolver as realizações extraordinárias da saúde pública no controle do tabaco registradas no ano passado.

Serviços de diagnóstico por imagem e radioterapia

A radiologia diagnóstica convencional — básica e especializada —, a radiologia intervencionista, a ecografia e a medicina nuclear diagnóstica e terapêutica cumprem atualmente uma função essencial nos processos clínicos de atenção à saúde. O câncer é a segunda causa de morte na maioria dos países da Região e se considera internacionalmente que a radioterapia continuará sendo essencial para seu tratamento nas próximas décadas. Em comparação com outras modalidades terapêuticas, os custos por cada paciente tratado são relativamente baixos se os equipamentos forem usados de forma ótima.

Em 2004, a OPAS foi muito ativa na promoção, organização e patrocínio de atividades educativas como o Seminário de Gestão Tecnológica e Engenharia Clínica na Nicarágua, o XI Congresso Mundial da Associação Internacional de Proteção Radiológica na Espanha, o Evento Internacional pelos 70 anos do Instituto Nacional de Cancerologia na Colômbia e o III Congresso Ibero-Latino-Americano e do Caribe de Física Médica no Brasil. Além disso, implantou-se uma iniciativa regional para a formação de radiologistas em ultra-sonografia, com a cooperação do Jefferson Ultrasound Research and Education Institute dos Estados Unidos, um Centro Colaborador.

A pedido das autoridades de saúde, foram avaliados todos os serviços de radioterapia nas Bahamas, Costa Rica e Nicarágua. Além disso, iniciou-se o LXXV Projeto do Acordo Regional de Cooperação para América Latina (ARCAL) do Organismo Internacional de Energia Atômica (OIEA) denominado Determinação de níveis de doses de referência em radiologia convencional e intervencionista, que envolve 11 países. Prestou-se assessoria técnica a Costa Rica e El Salvador para a incorporação de tecnologia nos campos de diagnóstico e radioterapia.

Proteção contra os riscos das radiações

As vantagens e os riscos do uso de radiações, tanto em aplicações médicas como industriais ou de pesquisas, são bem conhecidos. O elevado risco potencial de seu uso para a saúde torna necessário adotar medidas especiais para a proteção radiológica dos pacientes, trabalhadores, público e meio ambiente.

Os organismos internacionais com competência na matéria, entre eles a OPAS, acordaram as *Normas Básicas Internacionais de Segurança para a Proteção contra a Radiação Ionizante e para a Segurança das Fontes de Radiação*, endossadas pela XXIV Conferência Sanitária Pan-Americana (resolução CSP24.R9), como um instrumento de regulamentação. Durante 2004, foram examinadas e enviadas propostas sobre as regulamentações e legislações a Bahamas, Honduras e Panamá.

Com respeito à segurança dos pacientes, em 2004 foram verificadas mais de 110 unidades de radioterapia na Região, mediante o programa conjunto OIEA/OPAS de verificação de doses mediante dosimetria postal. Dentro dos comitês internacionais nos quais participa como membro em nível mundial, a OPAS assumiu a secretaria do Comitê Interinstitucional de Segurança Radiológica (IACRS).

69. Além do **Brasil, Canadá e Estados Unidos**, que começaram a implantar fortes políticas de controle do tabaco em 2004 e continuaram a fortalecê-las, 19 países das Américas tomaram medidas para melhorar o controle do tabaco. Onze países adotaram políticas antitabagistas locais ou nacionais, 9 adotaram medidas de rotulagem compatíveis com as disposições da FCTC já implementadas em Cuba e na Venezuela, 7 adotaram medidas significativas para banir o tabaco a serem implementadas e 3 países aumentaram os impostos sobre produtos do tabaco, embora esses aumentos tenham sido pequenos. O Uruguai é o país que de forma mais rápida e abrangente intensificou os esforços de controle do tabaco durante o período em questão.

70. A OPAS trabalha no controle do tabaco com duas prioridades em mente: a FCTC e a iniciativa das Américas Sem Fumo. Ambas as prioridades se reforçam mutuamente através do fortalecimento das capacidades e da vontade política do governo e da sociedade civil de implementar medidas eficazes de controle do tabaco. Em julho de 2005, nove países das Américas ratificaram a FCTC — Canadá, Chile, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Peru, Trinidad e Tobago e Uruguai — e pelo menos três outros aprovaram a ratificação: Bolívia, Guatemala e Venezuela. Parcerias criativas e esforços colaborativos nos governos, organizações intergovernamentais e organizações não-governamentais (ONGs) e entre eles se originaram desses esforços para obter a adoção da FCTC nas Américas e sua subsequente implementação.

71. Similarmente, a iniciativa Américas Sem Fumo reuniu representantes de governos nacionais e locais e de ONGs para participar no planejamento de seminários da OPAS para nove países. O processo de planejamento envolveu uma ampla amostra da sociedade civil, incluindo não só grupos e ministérios de saúde, mas também sindicatos de professores, grupos acadêmicos, organizações ambientais, grupos trabalhistas e membros da mídia. A participação da sociedade civil no processo de discussão da FCTC e no planejamento de ambientes sem tabaco foi importante. O processo ajudou a trazer novas ONGs das Américas para o controle do tabaco, reativou outras e abriu o diálogo entre ONGs e governos do mesmo país, em muitos casos pela primeira vez (múltiplas ONGs no Canadá e nos Estados Unidos da América; 33 organizações e coalizões representando a sociedade civil em 17 países da América Latina e do Caribe, a maior parte sob a Aliança da Convenção Básica (FCA); uma coalizão internacional de mais de 200 ONGs de mais de 60 países; e a orientação da Fundação Interamericana do Coração). Além disso, mais de 520 organizações de profissionais da saúde em 30 países de toda a América se reuniram para apoiar atividades de controle do tabaco.

72. Na **Argentina**, a OPAS tem apoiado o trabalho da União Antitabagista Argentina (UATA), que representa 239 profissionais, membros da academia, ativistas e 58 associações profissionais. Para a celebração do Dia Mundial Sem Tabaco de 2005, a aliança publicou os resultados de uma pesquisa nacional de estudantes de medicina realizada com o apoio dos CDC. A aliança publicou também o livro *Consumo de Tabaco*

na Argentina, Doença, Incapacidade e Morte e, com apoio da OPAS, a aliança ajudou o Ministério da Saúde e Meio Ambiente a promover novas leis e ratificar acordos internacionais. Os membros da aliança também testemunharam perante comissões do congresso e deram entrevistas para a mídia nas províncias de Buenos Aires, Mendoza, Rio Negro e outras para divulgar mais a luta contra o consumo de tabaco.

73. Com apoio da OPAS, governos de países das Américas, como o **Canadá e Venezuela, Guatemala e Honduras**, também estão colaborando bilateralmente no controle do tabaco. Governos do Mercosul e associados, com a participação da OPAS, também estão trabalhando juntos para implementar um plano de ação comum para reduzir o uso do tabaco. Esforços conjuntos de vigilância do tabaco estão em andamento em todos os países das Américas graças à colaboração de todos os governos da Região, coordenados pela OPAS e com apoio dos CDC, da Associação Canadense de Saúde Pública, do Instituto Nacional de Saúde Pública do México e de outros centros de colaboração, como o Instituto Nacional do Câncer do Brasil e a Universidade Johns Hopkins. Na iniciativa dos Ambientes sem Fumo, a OPAS reuniu de forma ativa ONGs e governos em vários níveis jurisdicionais para promover ambientes sem fumo.

Cooperação Técnica entre Países (CTP): uma Ferramenta Eficaz para Alianças Inter-Países

74. Em boa medida, como resultado do trabalho da OPAS no último século, os países alcançaram um nível de competência na saúde que os possibilita cooperar diretamente entre si e colher os frutos da excelência técnica por todo o hemisfério. A Cooperação Técnica entre Países (CTP), a estratégia lançada pela OPAS em 1998, busca ajudar a formar capacidades, desenvolver recursos humanos e fortalecer instituições nos países. A estratégia visa também a fortalecer as relações entre países e aumentar os intercâmbios técnicos e científicos entre países.

75. Os projetos de CTP são um exemplo concreto dos benefícios produzidos pela formação de parcerias para a saúde. Durante o período de 2004-2005, mais de 65 projetos foram apresentados à Secretaria. Esses projetos envolvem a maioria dos países da Região; é importante ressaltar que, embora os Ministérios de Saúde continuem sendo as principais partes responsáveis, nos últimos anos houve uma tendência a diversificar o número de atores e instituições, tanto no nível nacional como no local. Hoje esses atores incluem: centros acadêmicos e colaboradores, outros setores (agricultura, educação e questões da mulher), municipalidades, organizações da sociedade civil e associações profissionais. Durante esse biênio, os projetos de CTP focalizaram principalmente o desenvolvimento sustentável e intervenções intersetoriais, informação e tecnologia sanitária, acesso universal a serviços de saúde, manejo do risco e controle de doenças, e saúde da família e da comunidade.

76. A maioria dos projetos de CTP fazem parte do desenvolvimento sustentável e intervenções intersetoriais, já que existe uma tendência acentuada para a inclusão da saúde na agenda de desenvolvimento internacional. Por exemplo, **Brasil e Cuba** desenvolveram um projeto de vigilância e saúde ambiental, focalizando as melhores práticas na garantia da qualidade da água para consumo humano no qual o Brasil está se beneficiando da extensa experiência de Cuba durante emergências e desastres nacionais e na construção de laboratórios nacionais, e Cuba se beneficia da experiência do Brasil na detecção de bactérias e toxinas.

77. **Argentina, Canadá, Chile e Uruguai** estão focalizando a CTP no desenvolvimento de políticas abrangentes de assistência de longo prazo para os idosos. A meta desse projeto é fortalecer sua capacidade e conhecimento técnico para planejar, elaborar, implementar e monitorar políticas abrangentes para abordar as necessidades desse grupo populacional. Fez-se progresso tanto no Cone Sul quanto no Canadá, mas ainda é preciso desenvolver protocolos de autorização e normas de classificação para casas de repouso e outras instalações geriátricas, bem como desenvolver alternativas comunitárias para a assistência aos idosos e incapacitados.

78. **El Salvador, Honduras e Nicarágua** estão participando de um projeto para o desenvolvimento integrado de suas respectivas populações no corredor do Golfo de Fonseca. O projeto busca fortalecer a capacidade local através de intervenções de promoção da saúde e prevenção para aumentar os níveis sanitário e nutricional nessas comunidades fronteiriças. O projeto de CTP fornece assistência técnica e treinamento em organização local, formulação participativa de projetos e gestão de projetos, e apóia o desenvolvimento de projetos macroprodutivos e projetos de vigilância comunitária.

79. **Dominica, Santa Lúcia e São Cristóvão e Névis** estão colaborando com **Barbados, Bahamas, Trinidad e Tobago e Jamaica** na criação de uma rede de vigilância para seus portos. O projeto busca expandir a experiência bem-sucedida desses países e focaliza a redução de riscos à saúde pública associados com o tráfego de pessoas e bens. O projeto inclui a construção de um sistema comum de vigilância e controle para prevenir a importação de patógenos, entre outros. Inclui a avaliação de programas de saúde baseados em portos nos países participantes, a formação de alianças políticas e a adoção de diretrizes comuns para apoiar seus sistemas reguladores.

80. **O Haiti e o Uruguai** estão trabalhando juntos para abordar a emergência sanitária do Haiti. O projeto busca fortalecer a participação do Uruguai na força de paz das Nações Unidas e focaliza duas áreas: a incorporação de duas equipes de saúde do Uruguai e o apoio à elaboração e implementação de um projeto sanitário em grande escala a ser financiado por instituições multilaterais.

81. Na área da informação e tecnologia sanitária, a **Argentina** e a **Venezuela** estão colaborando em um projeto para fortalecer a vigilância da resistência a antibióticos. **Barbados, Ilhas Virgens Britânicas, Guiana, Jamaica, São Vicente e Granadinas** estão implementando um sistema de informação perinatal comum com o apoio do Hospital Universitário das Índias Ocidentais e CLAP. Com relação ao acesso universal aos serviços de saúde, **Costa Rica** e **México** estão colaborando em intercâmbio de informação e cooperação técnica sobre arbitragem médica com um foco particular na qualidade dos serviços de saúde e dos sistemas de vigilância, entre outros.

82. Nas áreas de saúde da família e da comunidade, **Cuba, Panamá** e a **República Dominicana** estão participando de um projeto para fortalecer o componente da saúde mental dos serviços básicos de atenção. O projeto focaliza principalmente a troca de experiências e tecnologia, particularmente na reorganização dos serviços de saúde mental através de uma APS melhorada. A **Colômbia** e o **Equador** estão colaborando em um projeto para melhorar os sistemas de saúde nas áreas metropolitanas de Quito e Bogotá. O projeto focaliza principalmente a prevenção da violência e a segurança.

83. A diversidade e a qualidade dos projetos atuais de CTP demonstram os benefícios para outros países da capacidade e experiência existentes na Região. Os projetos de CTP estão gerando um grande volume de conhecimento, melhorando as relações entre os países e fortalecendo os processos nacionais de desenvolvimento, o que, por sua vez, contribui para a solução de problemas comuns, promovendo a coordenação intersetorial e a formulação de políticas públicas confiáveis.

LISTA DE PROJETOS DE CTP E PAÍSES PARTICIPANTES NO PERÍODO 2004-2005

Países Participantes	Projetos	Países Participantes	Projetos
ARG-BOL	Desenvolvimento da área temática AIDPI no âmbito das bibliotecas virtuais das sociedades de pediatria	ARG-CHI-URU-CAN	Atenção integrada e de longo prazo para pessoas idosas com perda da autonomia
ARG-NIC	Caracterização e estudos da capacidade de clonagem de <i>Vibrio cholerae</i> e <i>Escherichia coli</i> .	ARG-VEN	Fortalecimento da vigilância da resistência aos antibióticos
BAR- BAH DOM- JAM- SAL-SCN- TRT	Sistema de vigilância sanitária nos portos	BAR-BVI- GUY-JAM- SAV	Estabelecimento do sistema de informação perinatal
BLZ-COR	Transferência de conhecimentos e experiências em agricultura saudável e inocuidade dos alimentos.	BLZ-JAM	Fortalecimento dos programas nacionais de inocuidade dos alimentos
BOL-COL	Fortalecimento da vigilância sanitária pública dos pesticidas	BOL-CUB	Intercâmbio de experiências sobre a integração da medicina tradicional nos sistemas nacionais de saúde
BOL-PAR	Controle da febre aftosa	BRA-CHI	Fortalecimento do patrimônio cultural
BRA-COR	Fortalecimento dos modelos nacionais de promoção e proteção da saúde dos povos indígenas	BRA-CUB	Projetos sobre vigilância em saúde e meio ambiente
COL-CUB	Melhoramento da cobertura e qualidade do sistema de informação de mortalidade materna perinatal	COL-ECU	Sistematização e intercâmbio de experiências sobre a organização e gestão de serviços de saúde descentralizados para as populações indígenas
COL-ECU	Sistematização de experiências em políticas saudáveis e fortalecimento de sistema de saúde em áreas metropolitanas de Quito e Bogotá	COL-ELS	Água e saneamento em situações de emergência
COL-ELS	Sistematização e intercâmbio de experiências no estabelecimento de estratégias de reabilitação de base comunitária	COR-MEX	Intercâmbio e cooperação em saúde no campo da arbitragem médica
BAH-CUB	Fortalecimento dos serviços de apoio para a prestação da atenção de saúde nas Bahamas	CUB-DOR- PAN	Fortalecimento do componente de saúde mental na atenção primária à saúde
CUB-ECU	Espaços e recursos de governabilidade para o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida	CUB-HON	Vigilância clínica, epidemiológica e microbiológica da leptospirose humana

LISTA DE PROJETOS CTP E PAÍSES PARTICIPANTES 2004-2005 (cont.)

Países Participantes	Projeto	Países Participantes	Projeto
CUB-NIC	Vigilância epidemiológica e entomológica da dengue e malária na Nicarágua, no âmbito da situação de emergência da dengue	COR-ECU	Modelo de atenção integral à saúde
ELS-GUT-NIC	Reestruturação dos serviços e formulação de um modelo de saúde mental comunitário	ELS-HON-NIC	Desenvolvimento do Corredor Social do Golfo de Fonseca
ELS-GUT-HON	Prevenção e controle da transmissão da doença de Chagas	GUT-MEX	Redução dos riscos de transmissão da raiva canina na área de fronteira
HAI-URU	Emergência sanitária no Haiti	HON-NIC	Reabilitação de mergulhadores incapacitados pela síndrome de descompressão aguda na zona da Mosquitia
NEA-VEN	Desenvolvimento da sala situacional vinculada com a gestão dos serviços de saúde	COR-PAN	Fortalecimento da vigilância epidemiológica mediante a rede de informação e comunicação do cordão fronteiriço
PAR-URU	Fortalecimento da gestão do Subgrupo de Trabalho 11 “Saúde” do Mercosul.		

Ação Conjunta na Preparação, Mitigação e Resposta a Desastres

84. Os desastres transcendem as fronteiras geográficas e políticas. Quando ocorre um desastre, seus efeitos geralmente se estendem a mais de um país e por todo o setor da saúde. Conseqüentemente, as atividades de preparação, mitigação e resposta a desastres devem ser abordadas de uma perspectiva regional e em conjunto com parceiros. Durante 2004, houve um aumento acentuado nos acordos de cooperação sub-regional que incluem preparativos e mitigação de desastres, como resultado de iniciativas implementadas recentemente. Esse processo é particularmente importante porque fortalece a posição do ministério da saúde e dá legitimidade à necessidade de abordar e reduzir as conseqüências dos desastres no setor da saúde. Uma estratégia bem-sucedida consiste em apoiar os mecanismos de integração sub-regional para incluir os preparativos e resposta a desastres nas agendas de políticas de outros setores. Como resultado dessas abordagens, as nações centro-americanas aprovaram um *Plano de Desastres para o Setor da Saúde* em 2003. Nesse contexto, em 2004 esses países ampliaram sua cooperação para incluir outras questões.

85. Outro tema que ajudou a reforçar a cooperação técnica entre países é o manejo de materiais perigosos. Essa questão foi promovida mediante cursos regionais organizados

em São Paulo, Brasil, pela CETESB² e pelo Centro Colaborador da OPAS/OMS para preparativos e resposta a emergências químicas. Um grupo de ex-participantes do curso do Panamá, com apoio da OPAS, desenvolveu uma iniciativa nacional que em 2004 evoluiu de uma iniciativa Panamá-OPAS-CETESB para um Plano Centro-Americano, de uma questão de saúde nacional para um compromisso multisetorial de integração centro-americana. O interesse dos Ministros da Saúde progressivamente envolveu as instituições responsáveis pela gestão ambiental no SICA.³ Após vários meses de negociação e intercâmbio de experiências promovido e apoiado pela OPAS, os Ministros da Saúde da América Central e República Dominicana aprovaram o Plano Sub-regional de Manejo Integral de Materiais Perigosos. Esse acordo inclui a participação das secretarias de agricultura, secretarias de meio ambiente e programa de manejo de produtos químicos e resíduos do UNITAR.⁴

86. Como nos anos anteriores, a missão do Centro Regional de Informação sobre Desastres (CRID) continuou a se expandir além de sua missão original para coletar e divulgar informações sobre desastres. Em 2004, o CRID consolidou alianças com vários parceiros externos, inclusive a National Library of Medicines (NLM), DIPECHO, Caribbean Disaster Information Network (CARDIN), University of West Indies, Centro Regional de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e Ministérios da Saúde e Comissões Nacionais de Emergência nas Américas, permitindo que o CRID expandisse sua rede de distribuição a um custo relativamente baixo.

² CETESB - Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental, da Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Governo do Estado de São Paulo (www.cetesb.sp.gov.br/emergencia/emergencia.asp).

³ Sistema de Integração da América Central.

⁴ Instituto de Treinamento e Pesquisa das Nações Unidas.

87. No nível nacional, devido aos múltiplos atores e esforços humanitários em jogo na **Colômbia** para abordar questões referentes a saúde e deslocamento, foi elaborado em Plano de Ação Humanitária em 2004. O plano é um esforço conjunto do governo da Colômbia, grupos humanitários da sociedade civil, doadores e sistema da ONU para contribuir, de maneira coordenada, ao atendimento das necessidades de saúde das populações em risco que vivem nessas condições.

88. Há mais de 20 anos, a Cooperação Suíça (COSUDE) trabalha em áreas rurais do **Peru** para construir ou reabilitar serviços de água e saneamento, proporcionar treinamento comunitário e promover a participação da comunidade no planejamento, construção e operação desses sistemas. Considerando que o Peru é muito vulnerável a vários tipos de desastres naturais, e que muitas comunidades em que a COSUDE trabalha estão localizadas nessas áreas de risco, a OPAS/OMS está ajudando os programas de assistência humanitária da COSUDE nessa região a incorporar a redução do risco em seus projetos. A OPAS/OMS e a COSUDE destinaram recursos ao desenvolvimento de materiais que facilitem a participação comunitária na identificação de riscos nas áreas onde serão construídos os sistemas de água. Materiais de referência adicionais sobre o manejo dos riscos em sistemas rurais de água e saneamento estão sendo preparados e os técnicos e profissionais que constroem esses projetos estão sendo treinados.



O Sistema de Logística Interinstitucional serve como ferramenta de coordenação

O programa de LSS (desenvolvido com base nos sistemas originais de UNJLC e SUMA) se dirige especificamente a funções de coordenação (no nível nacional e internacional) não abordadas por outros sistemas de rastreamento de mercadorias desenvolvidos ou contratados por atores humanitários maiores. LSS pode servir de ferramenta de controle de estoque para agências menores (inclusive instituições nacionais) que não podem arcar com o custo ou recursos humanos exigidos pelos sistemas de rastreamento de mercadorias existentes. LSS tem dois componentes, um aplicativo baseado em windows que pode funcionar sozinho ou como módulo de uma rede e um aplicativo baseado na internet. O uso de cada aplicativo ou de uma combinação dos dois dependerá da situação numa determinada emergência e dos recursos disponíveis. LSS pode trabalhar com dados inseridos diretamente na base ou com informação coletada de outros sistemas (os dados sobre alguns itens incomuns devem ser inseridos

89. Uma série de situações de emergência no **Haiti** em 2004 — primeiro os distúrbios provocados pela saída do presidente Aristide em fevereiro, seguida por inundações em meados do ano e, finalmente, os efeitos do furacão Jeanne em setembro — ajudaram a focalizar a necessidade de atingir um equilíbrio entre emergências e desenvolvimento. No fim de maio, as chuvas e inundações afetaram cerca de 25.000 pessoas no sudeste do Haiti. A OPAS colaborou com Médecins sans Frontières, Médecins du Monde, Comitê Internacional da Cruz Vermelha e Federação das Sociedades da Cruz Vermelha para

lançar rapidamente intervenções médicas e psicossociais, enquanto ONGs, como a OXFAM, prepararam programas de água e saneamento. Em 2004, uma revolta obrigou o presidente do Haiti a deixar o país, um governo interino tomou posse e uma força de estabilização multinacional da ONU foi enviada para restaurar a lei e ordem. A comunidade internacional respondeu em massa à emergência e a OPAS participou ativamente da Missão de Avaliação Humanitária da ONU ao Haiti e ajudou o governo interino a coordenar os esforços nacionais e internacionais de saúde logo após a rebelião e durante o período pós-emergência.

90. A pedido do governo interino e em resposta às necessidades identificadas na avaliação humanitária, a comunidade internacional subsequente prometeu seu apoio à recuperação do Haiti numa conferência internacional em abril de 2004 e organizou um processo de planejamento conjunto envolvendo autoridades nacionais e locais, sociedade civil, doadores e agências de cooperação. O processo de planejamento do *Esquema Interino de Cooperação* (EIC) incluiu o BID, agências da ONU, Banco Mundial e a Comissão Europeia (CE), autoridades locais e ONGs. A OPAS/OMS foi o ponto focal, dentro do Comitê Executivo do EIC para o Grupo Temático de Saúde e Nutrição, e proporcionou apoio técnico às autoridades do governo durante o exercício de planejamento e avaliação do custo dos projetos de saúde e nutrição, água e saneamento.

91. Em 17 de janeiro de 2005, as chuvas torrenciais e as inundações subsequentes, inéditas na **Guiana**, se abateram sobre o país com efeitos devastadores sobre a costa leste de Demerara. Estimou-se que mais de 270.000 pessoas foram gravemente afligidas. A OPAS proporcionou apoio total à Força Tarefa de Saúde implementada pelo Ministério da Saúde. Foram lançadas campanhas de conscientização e educação pública sobre água potável, saneamento, higiene pessoal, prevenção de diarreia, reidratação oral e limpeza após inundações. A OPAS também ajudou a mobilizar recursos mediante o Flash Appeal das Nações Unidas para a Guiana.

Bahamas: Resposta Sanitária aos Furacões Frances e Jeanne

O furacão Frances se abateu sobre as ilhas do noroeste das Bahamas como um furacão da categoria 2; a velocidade do vento chegou a 170 km/h durante os dias 2 e 3 de setembro de 2004. As ilhas de Abacos e Grand Bahama foram as mais afetadas pela tempestade. Poucas semanas depois, no dia 25 de setembro de 2004, o Furacão Jeanne, um furacão da categoria 3 com ventos de até 200 km/h e chuvas torrenciais, passou pelas mesmas ilhas. Ambos os furacões causaram danos graves às comunidades pobres e vulneráveis nas duas ilhas.

Como parte da resposta, a Organização prestou apoio ao Ministério da Saúde para a preparação de uma proposta ao Escritório de Ajuda Humanitária da Comissão Européia (ECHO) para fornecer assistência de emergência e reduzir os riscos de saúde das populações vulneráveis nas ilhas afetadas. As comunidades visadas pelo Projeto foram as situadas ao redor de uma área conhecida como Eight-Mile-Rock em Grand Bahama, com uma população de aproximadamente 8.500 (população total de Grand Bahama: 46.954, Censo de 2000) e as comunidades de Mud, Pigeon Peas e Sand Bank em Abaco, com uma população de cerca de 4.000-5.000 (população total de Abaco: 13.170, Censo de 2000). Essas comunidades possuem uma alta proporção de imigrantes do Haiti e outros países. Os principais componentes do projeto eram: manejo do lixo sólido, controle de vetores e promoção e educação da saúde.

O êxito desse projeto foi o resultado de uma parceria contínua entre a agência de financiamento (ECHO) e a agência executora (OPAS). A Cruz Vermelha das Bahamas, através de sua filial em Abaco, já estava apoiando o esforço de alívio imediato para as comunidades e manteve seu apoio através desse projeto. Finalmente, as próprias comunidades aproveitaram a oportunidade de melhorar seu conhecimento sobre saúde e suas condições de vida.

Assistência ao Desenvolvimento e Parcerias Estratégicas para a Saúde

92. A cooperação internacional, como um todo, está passando por mudanças significativas, que representam importantes desafios para as instituições do setor da saúde nos países da Região. Por exemplo, a harmonização e alinhamento da cooperação internacional tende a apoiar abordagens setoriais e financiamento de orçamentos nacionais. Ao mesmo tempo, há uma tendência a criar novas entidades ou alianças globais para enfrentar questões específicas de saúde pública, às vezes paralelamente, às vezes adicionalmente às instituições de saúde nacionais e internacionais. O novo cenário demanda direção e coordenação mais fortes do setor e da cooperação internacional pelos Ministérios da Saúde.

93. As contribuições líquidas da AOD em todo o mundo estão aumentando. Cresceram de US\$ 69 bilhões em 2003 para US\$ 78,5 bilhões em 2004. Essa tendência na assistência ao desenvolvimento reflete em boa medida os compromissos sobre financiamento do desenvolvimento assumidos na Conferência de Monterrey em 2002. A

cooperação internacional em saúde, do mesmo modo, aumentou mediante iniciativas globais como GAVI e GAFTM. A parcela regional da AOD, por outro lado, diminuiu de 11% em 2001 para 8% em 2003, em consequência da mobilização internacional de recursos para a África, apoio às economias de transição da Europa Oriental e demanda de esforços humanitários para o tsunami de 2004 e a reconstrução do Oriente Médio. Essa tendência deve continuar no próximo biênio.

94. Em resposta a esta situação, a OPAS está otimizando a mobilização de recursos mediante o desenvolvimento de alianças e parcerias estratégicas para fortalecer o impacto dos programas de saúde na Região e a promoção da saúde no âmbito regional, sub-regional e nacional. Um ingrediente essencial desse esforço é a identificação de interesses e questões estratégicos comuns entre agências bilaterais, Estados Membros e a OPAS. A OPAS também leva em conta questões emergentes, como os ODM, proliferação de atores no setor da saúde e esforços de harmonização e alinhamento internacional, entre outros. O novo tipo de aliança decorrente dessas questões exige que se abandone o foco em cada projeto e se adote um foco mais amplo de apoio a programas. Essa abordagem, que começou com NORAD em 2002-2003, se desenvolveu nesse período e agora inclui colaborações da OPAS com CIDA, SIDA, USAID e AECL. Tomou-se a decisão de expandi-la completamente como base para todos os esforços de mobilização de recursos externos em 2006-2007.

Apoio da OPAS a países-chave e Dia da Guiana

A Guiana, um dos cinco países-chave da OPAS/OMS, tem um dos mais altos níveis de pobreza entre nos países do Hemisfério Ocidental. Seus críticos desafios de desenvolvimento incluem conflitos políticos, violência, pobreza generalizada, desigualdade e disparidades entre grupos sociais, étnicos e geográficos. A Guiana também é afligida por uma migração significativa de profissionais qualificados, inclusive professores e profissionais da saúde.

O Representante da OPAS/OMS na Guiana e a Embaixada da Guiana em Washington, DC, planejaram um “Dia da Guiana”, que foi celebrado após o Conselho Diretor da OPAS, realizado de 27 de setembro a 1º de outubro de 2004. Os participantes incluíram o Ministro da Saúde, representantes de organizações de desenvolvimento, instituições financeiras e ONGs com escritórios em Washington, D.C. Foi formada uma Força Tarefa da Guiana com representantes das unidades técnicas e administrativas da OPAS e da OMS, com o objetivo de apoiar e facilitar a implementação e o acompanhamento da estratégia de cooperação. A Força Tarefa irá notificar periodicamente um grupo mais amplo de parceiros externos e outros grupos internos que trabalham para desenvolver políticas que teriam um impacto na Guiana.

Um segundo Dia da Guiana foi organizado durante a 58ª Assembléia Mundial da Saúde em maio de 2005. O Ministro da Saúde agradeceu à OMS e OPAS seu foco na Guiana e fez uma apresentação sobre o progresso registrado e os desafios de saúde que o país enfrenta. A Estratégia de Cooperação com a Guiana para 2004-2007 inclui trabalho nas seguintes áreas: intermediação, para facilitar parcerias com outras instituições em resposta a questões da saúde pública; defesa de causas, para influenciar as políticas; pesquisa e análise; apoio ao planejamento e decisões baseadas em dados; intercâmbio de informação e conhecimento, para promover estilos de vida saudáveis; apoio ao planejamento e implementação do programa; mobilização de recursos; vigilância e monitoração orientadas para a equidade.

95. A confiança dos doadores nos sistemas de planejamento financeiro e controle interno da OPAS é essencial para expandir a abordagem programática. CIDA e SIDA realizaram avaliações independentes dos sistemas da OPAS em 2004, ambas com resultados positivos. CIDA, por exemplo, concluiu: “é aconselhável e possível uma relação mais estratégica. Reconhecendo que todas as organizações enfrentam desafios contínuos, a OPAS é bem respeitada na Região e seu pessoal e sistemas são tão bons e em alguns casos melhores que os de outras organizações multilaterais. SIDA concluiu: “embora seja parte da OMS, a OPAS em muitos aspectos se destaca como uma organização regional confiante e independente. É maior que muitas organizações (globais) e agências da ONU e, com seus 102 anos, está entre as mais antigas organizações multilaterais”. “A OPAS é uma organização com visão e mandato bem claros, e uma relação de trabalho bem estabelecida com órgãos do governo e ministérios da saúde. Compartilha esse foco estratégico “agilizado” com outras entidades funcionais

da ONU, proporcionando clareza de foco em termos de visão-meta-estratégia que a maioria das outras organizações (bilaterais e multilaterais) pode apenas invejar.”

96. Quanto aos esforços de harmonização e alinhamento e seguindo as diretrizes de política das conferências de Roma e Paris em 2003 e 2005, respectivamente, a OPAS, em colaboração com outros organismos da ONU, participou de um Seminário Regional sobre Harmonização e Alinhamento para a América Latina e Caribe em Honduras em novembro de 2004. Além disso, em dezembro de 2004 na Nicarágua foi realizado um seminário sobre Harmonização e Coordenação da Cooperação Internacional e Abordagens Setoriais para Atingir os ODM no Setor da Saúde, com a participação de nove países da Região, os Ministros da Saúde da Nicarágua e Haiti, representantes de organizações bilaterais e multilaterais e da ONU e funcionários de instituições nacionais de saúde. O seminário identificou a necessidade de inserção da saúde como um componente-chave dos planos nacionais de desenvolvimento e liderança do setor no processo nacional de harmonização e alinhamento.

Comissão Interinstitucional de Saúde na Bolívia

Sob a Presidência do Ministério, criou-se uma comissão interinstitucional de saúde. A iniciativa tem como objetivo o fortalecimento da liderança do Ministério de Saúde para coordenar e harmonizar as atividades dos diferentes organismos de cooperação internacional presentes no país. Para tanto, a comissão se reúne com uma regularidade mensal ou bimensal, para tratar um programa de temas que cobrem as diferentes prioridades nacionais, tanto de curto prazo como de médio e longo prazos. Apresenta-se a situação com a resposta nacional e se analisa a contribuição dos diferentes organismos. Além disso, compartilham-se critérios relacionados com as políticas de saúde.

Participam da Comissão Interinstitucional de Saúde os diferentes organismos estabelecidos na Bolívia que realizam atividades de cooperação saúde. Os membros atuais são as representações dos organismos de cooperação da Bélgica, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França, Itália, Japão, Reino Unido e Suécia, assim como do Banco Mundial, BID, Comissão Européia, FAO, PMA, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNOD e OPAS/OMS.

O benefício principal da Comissão Interinstitucional é a circulação da informação entre as diferentes partes interessadas. Desta maneira, o Ministério de Saúde faz chegar seu ponto de vista sobre as necessidades nacionais ao conjunto dos organismos de cooperação internacional e, além disso, lhe permite explicar as ações empreendidas, sob sua direção. Ao mesmo tempo, existe a oportunidade de recolher eventuais preocupações por parte desses organismos. Deste modo, alguns organismos podem orientar suas ações de curto prazo para responder a situações críticas. Todavia, devido aos ciclos de programação dos organismos participantes, nem sempre existe a possibilidade de ajustes rápidos nos projetos de cooperação que dependem de processos de negociação relativamente longos. A presença deste grupo revelou-se um elemento facilitador nos momentos de mudança institucional que o país experimentou nos últimos tempos.

97. Levando em conta que a formação de alianças estratégicas e a mobilização de recursos se fazem cada vez mais no nível nacional, a OPAS está trabalhando para estabelecer uma rede de comunicação entre os escritórios de relações internacionais nos Ministérios da Saúde em toda a Região. Em dezembro de 2004, por iniciativa do Ministro da Saúde do Peru e com apoio da Comissão Européia, realizou-se uma reunião sub-regional de escritórios de relações internacionais.

BRASIL: FORMAÇÃO DE GRUPOS TEMÁTICOS

Depois da reunião do Panamá, onde se definiu a necessidade de estabelecer equipes interinstitucionais em países selecionados para cumprir os compromissos de estabelecer a Visão Comum do País, no âmbito do Sistema de Avaliação Comum para os Países (CCA) e o Planejamento Conjunto de Ações de Cooperação ao País, na Matriz de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDAF), diante da sugestão do Coordenador Residente do Sistema à Equipe das Nações Unidas de Apoio aos Países (UNCT), a OPAS e seu Representante assumiram a coordenação do grupo interinstitucional para o CCA/UNDAF.

Dentro do processo de reforma do sistema das Nações Unidas, e dando seguimento à iniciativa do UNDG para o estabelecimento de serviços comuns nos países, em 25 de maio de 2005 criou-se no Brasil a Equipe de Operação e Manejo (OMT- *Operation and Management Team*), sob a presidência da OPAS. A equipe permite assegurar a continuidade das atividades do Grupo de Administradores de Agências. O Grupo foi criado em 2004, por proposta da OPAS, para identificar sinergias e eficiência através de negociações comuns com provedores, compartilhar recursos e informação de uso administrativo. Em maio passado realizou-se um seminário de revisão da iniciativa de serviços comuns que identificou os temas a serem tratados e definiu o sistema de comunidade virtual como metodologia de trabalho, para facilitar a participação dos funcionários localizados fora da cidade de Brasília.

Com a contribuição e anuência do UNCT, e por ser a OPAS líder e presidente do grupo de CCA/UNDAF, decidiu-se estabelecer uma participação coordenada entre todas os organismos do Sistema das Nações Unidas para os quais o exercício é obrigatório (PNUD, UNICEF, UNFPA e PMA (PMA não tem representação no Brasil) e a OPAS. Por outro lado, somaram-se de maneira permanente a este exercício UNDOC, CEPAL, OMM, PNUMA, UNESCO, OIT, UNUSIDA, FAO e UNIFEM.

Fortaleceu-se a posição da Organização dentro do Sistema das Nações Unidas e a visão das autoridades nacionais sobre o papel de liderança da OPAS na cooperação.

O exercício de UNDAF permitirá que a OPAS compartilhe responsabilidades dentro da cooperação geral do Sistema com o Brasil e ajude a somar esforços individuais na busca de um trabalho conjunto entre esses organismos para apresentar-se como um só corpo diante das instituições nacionais.

Fortalecimento Institucional para o Século 21

98. Durante os últimos dois anos, o tema da mudança institucional foi extensamente discutido. Essas discussões incluíram funcionários, o sistema mais amplo da OMS, outras agências da ONU e Estados Membros, em particular o Grupo de Trabalho sobre a OPAS no século 21. Desde o começo do processo, grupos de trabalho de consulta foram organizados para reformular procedimentos e diretrizes internas e contribuir ao processo.

99. O 44º Conselho Diretor da OPAS solicitou que o Comitê Executivo estabelecesse um grupo de trabalho para examinar a situação da OPAS no século 21. Em cumprimento desse mandato, o Comitê Executivo formou o Grupo de Trabalho e indicou a Argentina, Barbados, Costa Rica, Cuba e Peru para atuarem como membros. O Grupo de Trabalho elegeu o Ministro da Saúde de Barbados para atuar como Presidente e realizou seis reuniões, durante as quais identificou os principais desafios para a saúde pública na Região, assim como o papel da cooperação internacional na abordagem dos mesmos.

100. O relatório final do Grupo de Trabalho refletiu o amplo debate relativo aos desafios que a OPAS/OMS enfrenta e as respostas exigidas. O relatório aborda novas funções e responsabilidades para enfrentar desafios emergentes nos próximos anos, identificando questões regionais da saúde pública, assim como tendências na cooperação internacional e o papel da OPAS. Também inclui gestão institucional, recursos humanos e financeiros e abordagens estratégicas para cooperação técnica. O relatório possui um capítulo específico com recomendações, cobrindo questões como: bens da saúde pública; ciência, tecnologia e pesquisa; desenvolvimento de parcerias e alianças; e novas modalidades na provisão da cooperação técnica.

101. Após a apresentação da Estratégia Gerencial para Implementação do Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde para o período 2003-2007, a Diretora apresentou um mapa da mudança dentro da Secretaria. Ambos os documentos especificam as áreas de foco para a melhora e a mudança, que incluem: recursos humanos, planejamento, avaliação e processos de gestão. A proposta inicialmente apresenta quatro objetivos internos para a mudança institucional: (i) cooperação focalizada no país e mais integração nos vários níveis organizacionais e entre eles, incluindo a OMS; (ii) capacidade fortalecida para atuar como fórum regional para o debate e a formulação de políticas da saúde pública; (iii) maior disponibilidade de dados de saúde e informação sobre saúde pública para apoiar a formulação de políticas, desenvolvimento de programas e o aprendizado contínuo para produção, troca e análise de informações, o estabelecimento de redes e a formação de alianças; e (iv) a criação de um ambiente favorável à inovação na provisão de cooperação técnica.

102. O Mapa da transformação institucional é uma ferramenta de gestão e comunicação que ressalta as mudanças institucionais que são importantes para a OPAS. As 11 iniciativas sobre o mapa representam projetos alinhados com as cinco mudanças organizacionais descritas na visão e estratégia da OPAS. O Mapa é um plano de ação e um esquema para assegurar que essas importantes mudanças institucionais sejam também executadas e manejadas de forma aberta, colaborativa e transparente como um projeto de mudança institucional. O Mapa foi elaborado para formar novos comportamentos culturais e de liderança.

103. O mapa esteve em desenvolvimento por vários meses e inclui insumos de múltiplas partes por toda a Organização. O contexto geral da mudança institucional é influenciado ainda mais pela nova Política Regional de Orçamento por Programas e as deliberações do Grupo de Trabalho sobre a OPAS no século XXI.

104. Os chefes de equipe foram selecionados fora das funções tradicionais de direção para cada projeto em um esforço para ampliar as perspectivas sobre cada iniciativa, e estão trabalhando com membros da equipe de várias funções e locais para criar e implementar cada iniciativa.

Iniciativas do Mapa

1. **COOPERAÇÃO CENTRADA NOS PAÍSES:** Fortalecer a pertinência, a eficiência e a eficácia da OPAS/OMS ao responder às necessidades nacionais e sub-regionais de desenvolvimento sanitário e facilitar a participação mais eficaz dos países na saúde internacional e nos debates e acordos internacionais.
2. **EXAME DA ORGANIZAÇÃO DA CSU:** Velar para que a Unidade de Apoio aos Países (CSU) coordene eficazmente o apoio institucional aos países e trabalhe de acordo com a estratégia de cooperação centrada nos países.
3. **PROGRAMAS REGIONAIS:** Definir o quadro de orientação e os critérios operacionais para a elaboração e implantação dos programas regionais.
4. **FORO REGIONAL:** Formular uma proposta para estabelecer e desenvolver o Foro sobre Saúde Pública nas Américas.
5. **APLICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO:** Melhorar a capacidade da OPAS como organização baseada no conhecimento e reduzir a brecha entre *o saber e o fazer* dentro dos países da Região e entre eles.
6. **CRIAR COMPETÊNCIAS PARA LIDERANÇA, APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO:** Melhorar a capacidade e os meios de liderança em saúde pública para pôr em prática a visão da OPAS.
7. **APERFEIÇOAMENTO DA ESTRATÉGIA DE MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS:** Velar pela mobilização eficaz dos recursos para apoiar as prioridades programáticas em um contexto de recursos em constante mudança.
8. **ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE GESTÃO DO CAPITAL HUMANO:** Estabelecer o capital humano como o principal recurso da OPAS e melhorar a capacidade da Organização para cumprir seus compromissos com os parceiros, Órgãos Diretores e doadores.
9. **MELHORAMENTO DAS NORMAS DE RESPONSABILIDADE E TRANSPARÊNCIA:** Fortalecer a responsabilidade individual e institucional mediante normas e procedimentos claramente definidos.
10. **APLICAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO INTERNA PARA MOBILIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO:** Estabelecer o compromisso de toda a Organização com a visão, missão e valores da OPAS.
11. **FORTALECIMENTO DA COMUNICAÇÃO EXTERNA:** Situar a OPAS em um lugar preponderante entre seus principais constituintes e conseguir apoio para os objetivos estratégicos da Organização.

Acrônimos usados neste documento

AIDPI	Atenção integrada a doenças prevalentes da infância
AOD	Assistência Oficial ao Desenvolvimento
APROFAM	Associação Pro-Família
APS	Atenção primária à saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BMSF	Brystol Myers Squibb Foundation
CAREC	Centro Epidemiológico do Caribe
CDC	Centros para Controle e Prevenção de Doenças
CEPIS	Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências Ambientais
CICCs	Comitês de Coordenação Interinstitucional
CIDA	Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional
COE	Cuidado obstétrico essencial
COSUDE	Cooperação Suíça para o Desenvolvimento
CTP	Cooperação técnica entre países
ERP	Estratégias de redução da pobreza
FAO	Organização de Alimentos e Agricultura
GAVI	Aliança Global para Vacinas e Imunização
GTZ	Agência Alemã de Cooperação Técnica
HIV/AIDS	Vírus da imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida
IFF	International Financial Facility (Reino Unido)
JICA	Agência Japonesa de Cooperação Internacional
MCA	Millennium Challenge Account (EUA)
NORAD	Agência Norueguesa de Desenvolviemnto
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONGs	Organizações não governamentais
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente para AIDS (EUA)
PPME	Paíse pobres muito endividados
PTMI	Prevenção da transmissão materno-infantil
PVA	Pessoas que vivem com AIDS
SARS	Síndrome respiratória aguda grave
SIDA	Agência Sueca de Desenvolvimento
TAC	Comitê assessor técnico
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência das Nações Unidas para o Desenvolvimento Internacional