



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

55° CONSELHO DIRETOR

68ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2016

Tema 3.2 da agenda provisória

CD55/3

5 de agosto de 2016

Original: inglês

RELATÓRIO ANUAL DO DIRETOR DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA

**A defesa da saúde para o desenvolvimento sustentável e a equidade:
Catalisando a ação em saúde pública**

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Prefácio	3
Capítulo I. Resposta às emergências de saúde	5
A evolução da epidemia causada pelo vírus Zika recém-chegado às Américas	5
A gestão, coordenação e resposta referente a uma emergência de saúde em evolução.....	6
As lições aprendidas com a resposta emergencial à epidemia de Zika.....	11
A resposta a desastres e riscos para a saúde.....	13
Capítulo II. Cooperação para o desenvolvimento da saúde	22
Estabelecimento de sistemas de saúde resilientes	22
Apoio à promoção da saúde universal.....	23
Legislação relacionada com a saúde e reformas para a saúde universal	24
Recursos humanos em saúde.....	24
Melhoria da estrutura normativa para apoiar a saúde universal.....	25
Comissão de Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas.....	26
Iniciativas de eliminação de doenças infecciosas	26
Estágio final da erradicação da poliomielite	27
Eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis.....	28
Combate a doenças não transmissíveis e seus fatores de risco	28
Abordagem de gênero, grupo étnico e saúde	30
Capítulo III. Desenvolvimento institucional	33
Primeira avaliação conjunta de programas por parte do país-Repatrição	33
Envolvimento dos Estados Membros com as reformas da OMS	33
Parceria entre Fundo Estratégico da OPAS e o Fundo Global.....	35
Sistema de Informação para Gestão da RSPA e melhorias de TI	36
Melhoria do ambiente de trabalho.....	37
Capítulo IV. Conclusões e o caminho adiante	38
Siglas e abreviaturas	41
Agradecimentos	44

Aos Estados Membros:

De acordo com a Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, tenho a honra de apresentar o Relatório Anual 2016 sobre o trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. Este relatório destaca a cooperação técnica prestada pela Repartição durante o período de julho de 2015 a junho de 2016, no âmbito do [Plano Estratégico de 2014-2019](#) da Organização Pan-Americana da Saúde, e determinada por seus Órgãos Diretores.

O relatório é complementado pelo [Relatório Financeiro do Diretor e pelo Relatório do Auditor Externo para 2015](#) [versão em espanhol].

Carissa F. Etienne
Diretora

Prefácio

Junho de 2016

O ano que está sendo avaliado, a saber, o período de julho de 2015 a junho de 2016, foi uma época de desafios para a saúde pública nas Américas. Tendo escapado de uma possível devastação pelo surto do vírus ebola, com algumas infecções importadas e secundárias e duas mortes, nossa Região foi mais uma vez confrontada com outra emergência de doenças infecciosas em meados de 2015. Essa epidemia foi causada pelo vírus Zika emergente, cujas consequências e sequelas graves só se tornariam patentes gradualmente no meses seguintes. Depois de sua primeira detecção no Brasil, em maio de 2015, o vírus Zika estaria confirmado em 40 países e territórios em toda a Região em 21 de junho de 2016.

A propagação rápida do Zika foi possibilitada por uma confluência de fatores, como a presença de seres humanos imunologicamente despreparados e a alta prevalência do vetor ubíquo—o mosquito *Aedes aegypti*—juntamente com aumento das viagens e da mobilidade inter-regional. Foi preparada uma resposta regional robusta para essa emergência, a qual foi galvanizada e conduzida pela Repartição Sanitária Pan-Americana, a Secretaria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Proporcionamos liderança dinâmica e apoio técnico oportuno, bem como orientação a nossos Estados Membros, na medida em que todos nós tentávamos lidar com esse novo desafio. Coordenamos ativamente as atividades com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos das Nações Unidas (ONU), parceiros cruciais para assegurar uma ação conjunta com valor agregado. Convocamos os peritos na matéria, bem como especialistas e pesquisadores para configurar e priorizar uma agenda regional de pesquisa. Estimulamos a geração de novos conhecimentos valiosos diante das numerosas perguntas que surgiram. Mesmo no contexto de informações científicas limitadas, enunciamos as opções de políticas éticas e com base científica, principalmente com respeito às questões associadas à saúde reprodutiva.

Realmente, essas funções e ações não foram de nenhuma maneira novas ou únicas para a Repartição. Quando nosso organismo antecessor, a Repartição Sanitária Internacional, foi fundado em 1902, seu mandato era proporcionar liderança e coordenação eficaz na saúde, em meio aos desafios esmagadores das doenças transmissíveis daquela era. Essa função de liderança e coordenação se ampliou ao longo dos anos para incluir preparativos e resposta, não só para os surtos de doenças infecciosas como também para os desastres e as emergências decorrentes dos riscos naturais e produzidos pelo homem. A epidemia de Zika, que dominou grande parte de nossa atenção e esforço durante os 12 meses dessa avaliação, proporcionou uma oportunidade inigualável de destacar a função da Repartição em uma emergência de saúde que apresentou tanto desafios novos como recorrentes.

Acredito que os resultados apresentados neste relatório demonstrarão de forma irresistível que as políticas, os procedimentos e os mecanismos coordenadores atualmente

executados na Repartição e nos Estados Membros da OPAS são eficazes para controlar as emergências de saúde pública de um modo que protege a população, mitiga os impactos adversos e assegurara que os serviços e programas de saúde permaneçam funcionais e efetivos nos momentos de maior necessidade. Nosso desempenho nesse sentido está firmemente fundamentado em um século de experiência de coordenação das respostas epidêmicas e em mais de quatro décadas de experiência em prontidão, gestão e resposta em caso de desastre.

Além da epidemia de Zika, a Repartição respondeu a outras emergências de saúde durante o ano em avaliação, enquanto continuou empreendendo uma ampla gama de programas de cooperação técnica não emergencial em estreita colaboração com nossos Estados Membros. O relatório detalha esse trabalho e dá ênfase a alguns dos marcos alcançados. Também sublinha esforços para melhorar nossos processos e procedimentos internos a fim de fortalecer a eficiência e a prestação de cooperação técnica, analisando ao mesmo tempo algumas das lições que aprendemos e os desafios que enfrentaremos ao continuarmos a execução do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e a consecução mundial dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Ao apresentar esse relatório aos Órgãos Diretores da OPAS, eu gostaria de transmitir a minha apreciação mais sincera a todo nosso pessoal por sua diligência, dedicação, compromisso e trabalho árduo nesse período de 2015-2016. Estou também extremamente agradecida a nossos Estados Membros, doadores e outros parceiros por sua orientação inestimável, apoio incansável e colaboração durante esses 12 meses. Convido aos interessados diretos de toda a OPAS a que nos acompanhem ampliando as experiências e avanços descritos nesse relatório para cumprir a promessa de assegurar a melhor saúde possível para cada mulher, homem e criança em nosso Hemisfério.

Capítulo I. Resposta às emergências de saúde

A evolução da epidemia causada pelo vírus Zika recém-chegado às Américas

1. A Região das Américas experimentou uma epidemia explosiva de infecções causadas pelo vírus Zika, de meados de 2015 a meados de 2016. Entretanto, esse agente etiológico foi detectado pela primeira vez no Hemisfério Ocidental na Ilha de Páscoa, Chile, em fevereiro de 2014, coincidindo com uma série de surtos de Zika confirmados na Polinésia Francesa, na Nova Caledônia e em outras ilhas do Pacífico. O Chile informou prontamente a presença do vírus Zika à Repartição Sanitária Pan-Americana, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), deixando a Repartição em alerta para a possível introdução do vírus nas Américas continentais. Naquele momento, essa possibilidade não foi vista com grande alarme, pois os efeitos conhecidos do vírus eram considerados relativamente leves.

2. Um ano depois, em fevereiro de 2015, as autoridades sanitárias brasileiras responderam à solicitação por parte da Repartição de informações sobre a concentração de casos de sintomas como febre, dor muscular e nas articulações, erupção cutânea e cefaleia no Maranhão, um estado do nordeste do país. De 25 amostras examinadas pelo laboratório estadual do Maranhão, 14 deram positivo para a dengue e negativo para chikungunya, rubéola e sarampo. Porém, este laboratório não possuía capacidade de fazer exames para detecção do vírus Zika. No final de abril, as autoridades apresentaram um relatório preliminar do laboratório estadual da Bahia, o qual registrava que as amostras do Maranhão e de outros estados do nordeste haviam obtido resultados positivos para Zika. Esses resultados foram posteriormente confirmados pelo laboratório de referência nacional em Belém, o Instituto Evandro Chagas. Em 7 de maio de 2015, a OPAS emitiu seu primeiro alerta epidemiológico para o vírus Zika. Nesse alerta, a OPAS descreveu a infecção e apresentou recomendações aos Estados Membros para a adaptação e o aumento da sensibilidade de seus sistemas de vigilância já existentes para dengue e chikungunya, a fim de detectar possíveis casos de infecção pelo vírus Zika. Também constaram do alerta detalhes sobre os testes laboratoriais, a gestão de casos e as medidas de prevenção e controle, inclusive com recomendações para os viajantes.

3. Historicamente, a infecção causada pelo vírus Zika era conhecida por causar febre baixa e erupção cutânea. No entanto, durante o surto de 2014 na Polinésia Francesa, a síndrome de Guillain-Barré (SGB) foi detectada em 42 pacientes, representando um aumento de quase 9 vezes das taxas anuais médias. Em julho de 2015, no estado da Bahia Brasil, foi detectada a ampla circulação do vírus Zika, bem como uma incidência crescente de anomalias neurológicas, inclusive a SGB.

4. Em agosto 2015, os obstetras e pediatras de outros três estados do nordeste brasileiro (Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte) notificaram um aumento percebido dos casos de microcefalia entre os recém-nascidos em suas práticas clínicas. Esses indícios casuais foram corroborados em outubro de 2015, quando foi confirmado um aumento de 70 vezes dos casos de microcefalia detectados em Pernambuco. Muitas

mães de bebês com microcefalia relataram terem tido febre e erupção cutânea durante a gravidez.

5. Em resposta a esses resultados, em novembro de 2015, a Repartição mobilizou uma equipe de peritos para o Brasil sob os auspícios da Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surto (GOARN, sigla em inglês), a fim de ajudar as autoridades nacionais e estaduais a caracterizarem o evento. Essa missão chegou à conclusão de que o aumento da microcefalia não parecia ser um artefato ou o resultado de uma distorção provocada pela vigilância. Com base nos resultados clínicos e testes, a equipe chegou à conclusão de que a microcefalia parecia ser causada por uma entidade nova e diferente, cujo impacto poderia ser considerável tanto em curto como em longo prazo. Ao final de dezembro de 2015, 11 países e territórios nas Américas já estavam informando sobre a circulação local do vírus Zika, do Brasil, no sul, a Porto Rico, no norte.

6. Com a evidência crescente de uma conexão entre a infecção causada pelo Zika e essas complicações graves, em particular a microcefalia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou uma reunião do Comitê de Emergência do RSI, em fevereiro de 2016, com a finalidade específica de considerar se a epidemia de Zika satisfazia os critérios para uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Esse comitê chegou à conclusão de que a concentração de casos de microcefalia associada ao Zika satisfazia os critérios do RSI para a declaração de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Com isso, a Diretora da OMS, Dra. Margaret Chan, declarou formalmente a ESPII e convocou a coordenação e a colaboração urgentes para melhor entender o impacto completo do vírus Zika e as complicações associadas.

A gestão, coordenação e resposta referente a uma emergência de saúde em evolução

7. A Repartição coordenou e facilitou proativamente uma resposta regional ao Zika nos primeiros estágios da epidemia, meses antes da declaração da ESPII. A equipe Operações de Alerta e Resposta da OPAS (OAR), a qual administra a vigilância baseada em eventos de acordo com o mandato do RSI da OMS, foi providencial para detectar concentrações incomuns de erupção cutânea e febre no nordeste do Brasil. Após o Brasil ter confirmado a circulação do Zika em maio de 2015, a equipe OAR formulou e difundiu prontamente recomendações a todos os Estados Membros para que se preparassem para a possível chegada desse vírus. Nesse mesmo mês, a Diretora da OPAS ampliou a equipe OAR, tornando-a uma grande equipe de administração do evento Zika e incorporando mais especialistas em vigilância, gestão de casos clínicos, virologia, controle de vetores e comunicação de risco. Com base nos resultados do Brasil-GOARN, os quais indicavam uma forte conexão entre o Zika e a microcefalia, a Diretora da OPAS ativou formalmente o sistema de gestão de incidentes para o Zika (IMS, sigla em inglês), em 8 de dezembro de 2015. O trabalho das equipes OAR e IMS de coletar, compilar, analisar, confirmar e comunicar os dados notificados pelos Estados Membros foi fundamental na prestação de apoio aos países durante o período de rápida propagação do vírus pela Região.

8. Depois da ativação do IMS, a Repartição acessou imediatamente os recursos do Fundo de Emergência para Epidemias da OPAS, possibilitando a rápida mobilização de recursos humanos e financeiros adicionais para coordenar a resposta regional para o Zika. As principais ações incluíram a compra de materiais e provisões, como a imunoglobulina para tratar os pacientes com SGB e os inseticidas pré-aprovados pelo programa de avaliação de pesticidas da OMS (WHOPES, sigla em inglês). A Repartição mobilizou 53 missões a 25 Estados Membros e territórios. Essas missões geralmente eram constituídas por peritos como neurologistas, neonatologistas, obstetras, epidemiologistas, virologistas e especialistas em controle de vetores e em pesquisa e organização de serviços de saúde. Além disso, a Repartição preparou numerosas iniciativas de capacitação e outras atividades no país, a fim de proporcionar treinamento para o pessoal nacional em todos os aspectos críticos para uma resposta eficaz. Esses exercícios de capacitação cobriram disciplinas variando desde o diagnóstico laboratorial e administração clínica ao controle de vetores e comunicação de risco. Em coordenação com a OMS, os funcionários da Repartição redigiram ou atualizaram 13 documentos de orientação técnica, que prestaram assessoria aos Estados Membros a respeito dos diversos componentes da resposta. Foi também organizada uma série de seminários regionais e sub-regionais, consultas com peritos e outros eventos semelhantes; entre eles, a primeira discussão mundial a respeito da agenda para a pesquisa sobre o vírus Zika, que reuniu representantes de organizações parceiras, inclusive os centros para controle e a prevenção de doenças dos Estados Unidos (CDC, sigla em inglês), a rede internacional do Instituto Pasteur e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Consulta internacional sobre Zika e ética

A grave ameaça representada pelo vírus Zika às mulheres grávidas e seus bebês ainda não nascidos, juntamente com o conhecimento científico limitado sobre o vírus, sua patogenicidade e os efeitos resultantes, levantou questões éticas difíceis para as autoridades sanitárias e os profissionais da saúde. Com vistas a oferecer uma orientação tão necessária nessa área, em abril de 2016, a Repartição convocou uma consulta internacional, que reuniu especialistas em ética e outros profissionais dos Ministérios da Saúde, da OPAS e da OMS que estavam envolvidos na resposta ao Zika.

As seguintes recomendações emanaram dessa consulta:

- Todas as mulheres devem ter acesso a informações e serviços integrais em matéria sexual e reprodutiva, inclusive planejamento familiar, saúde materna, testagem pré-natal, interrupção segura da gravidez, orientação e serviços de atenção pós-natal.
- O direito moral das mulheres de escolherem suas opções reprodutivas deve ser respeitado durante o surto do vírus Zika.
- As mulheres devem poder escolher livremente com base nas opções relevantes, inclusive a contracepção, a interrupção da gravidez e a manutenção de uma gravidez potencialmente afetada. Nenhuma opção deve ser associada à contingência de um diagnóstico específico ou à probabilidade de um resultado negativo da gravidez.
- As mulheres devem receber apoio social adequado a suas decisões reprodutivas e assistência para administrar as dificuldades relacionadas à infecção causada pelo vírus

Zika e à síndrome congênita do Zika (SCZ).

- As autoridades sanitárias devem-se esforçar por minimizar a discriminação e a estigmatização, prestando continuamente informações ao público sobre a importância de se respeitarem as diferentes crenças, valores e escolhas.
- Devem ser proporcionadas às mulheres informações honestas, completas, corretas e atualizadas sobre o vírus Zika e a SCZ.
- O avanço da pesquisa sobre o Zika é um imperativo ético, e os pesquisadores têm uma responsabilidade ética de divulgar os dados e os resultados de pesquisa para permitir respostas imediatas a essa emergência de saúde.

O Wellcome Trust financiou essa consulta internacional.

9. Com o aumento das evidências de uma conexão entre a infecção causada pelo vírus Zika e os defeitos congênitos, em janeiro de 2016, a Repartição convocou peritos internos e externos em saúde materna e perinatal, genética, epidemiologia, vigilância e neurologia pediátrica para formular diretrizes tanto para o diagnóstico como para a vigilância da microcefalia (posteriormente considerada um elemento da definição mais ampla de síndrome congênita de Zika, ou SCZ), bem como para a atenção às mulheres grávidas expostas ao vírus Zika e aos recém-nascidos com microcefalia/SCZ. Foram enviadas missões técnicas com experiência no atendimento de mulheres grávidas à Bolívia, Colômbia, República Dominicana, El Salvador, Equador, Haiti, Honduras, Guatemala e Panamá. Os peritos da Repartição trabalharam em coordenação com os colegas da OMS para elaborar os critérios para um diagnóstico precoce da microcefalia/SCZ por meio do ultrassom.

10. A Repartição formulou diretrizes para o apoio psicossocial das mulheres grávidas em áreas de circulação do vírus Zika e organizou três seminários via *Web* para ajudar a difundir as informações. Foram elaboradas também outras diretrizes para as transfusões de sangue seguras e a produção segura de produtos derivados do sangue no contexto dessa epidemia.

11. Além de difundir amplamente orientações técnicas por escrito, a Repartição forneceu atualizações frequentes sobre a epidemia de Zika aos principais interessados diretos nos Estados Membros, assim como ao Conselho Permanente da Organização dos Estados Americanos (OEA), aos Membros e Estados Associados do Mercosul, aos Ministros da Saúde da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) e aos membros do Grupo das Nações Unidas para o Desenvolvimento-ALC (GNUM-ALC). Foram apresentadas orientações sobre o Zika e seu impacto nas mulheres e bebês à Comissão Interamericana de Mulheres, ao Grupo de Trabalho Regional para a Redução de Mortalidade Materna (GTR) e ao Fórum Econômico Internacional da América Latina e do Caribe (LACFORUM). A Diretora aproveitou as oportunidades proporcionadas por suas visitas aos Estados Membros para apresentar novas informações ao público nacional a respeito da situação da evolução do Zika e da resposta multifacetada da Repartição, por meio de reuniões abertas à comunidade e de outros eventos na Colômbia, Cuba, Equador, Granada e São Vicente e Granadinas.

12. Aproveitando as iniciativas de cooperação técnica anteriores para o fortalecimento dos sistemas de saúde e a prontidão para o ebola, a Repartição elaborou um novo instrumento de avaliação para estimar a capacidade dos países de responder à epidemia de Zika e às complicações da doença. O instrumento foi aplicado em países como a Bolívia, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Haiti, Honduras, Paraguai e Suriname, e ajudou as autoridades sanitárias nacionais a identificar áreas que precisavam ser fortalecidas. Em outra iniciativa, a Repartição se aliou ao Banco Mundial (BM) e ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para criar uma ferramenta combinada de avaliação e cálculo de custos a fim de identificar as lacunas nas capacidades de resposta dos sistemas nacionais de saúde e de calcular os custos das intervenções necessárias. Foram mobilizadas missões conjuntas com peritos das três instituições (OPAS, BM, BID) à Dominica e Honduras para a realização do teste-piloto desse novo instrumento. Desde então foi executado em El Salvador, Granada, Guiana, Haiti, Nicarágua e Panamá, além de dois estados do Brasil.

13. A Repartição também colaborou com a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, sigla em inglês) para elaborar um perfil de produto desejado para um exame diagnóstico de Zika que pudesse ser facilmente utilizado em serviços nacionais de saúde.

14. Para abordar a questão crítica do controle de vetores, a Diretora da OPAS constituiu um novo Grupo Técnico Assessor em Entomologia de Saúde Pública, que se reuniu pela primeira vez em março de 2016. Os participantes eram peritos da OMS, FIOCRUZ, CDC EUA, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Austrália Monash University, Fundação Bill e Melinda Gates e Escritório de Casa Branca dos Estados Unidos para Políticas Científicas e Tecnológicas. As recomendações da reunião incluíram a melhoria do controle de mosquitos e da vigilância e o aumento do treinamento nessas áreas; a elaboração de um novo protocolo para monitorar a resistência aos inseticidas; e a avaliação do impacto e da relação custo-efetividade dos atuais métodos de controle de vetores, assim como de ferramentas novas e suplementares, como as tecnologias de mosquitos geneticamente modificados e/ou estéreis. O grupo também enfatizou a necessidade de uma ação interdisciplinar mais forte, principalmente por meio de parcerias com as comunidades e com os respectivos setores produtivos a fim de elaborar, executar e manter as ações eficazes e economicamente viáveis para reduzir a população de mosquitos.

15. Em meio ao aumento da preocupação da população a respeito dos riscos do surto de Zika no Brasil para os atletas e os torcedores que compareceriam aos próximos Jogos Olímpicos de verão no Rio de Janeiro, a Repartição submeteu à consideração do Comitê de Emergência do RSI informações e análise na reunião de junho de 2016. O relatório da Repartição, juntamente com as informações prestadas pelo Brasil, examinou recentes tendências epidemiológicas e demonstrou uma diminuição na incidência atual das infecções de Zika. Também observou que a transmissão do vírus da dengue, o qual é transmitido pelo mesmo vetor, o *Aedes Aegypti*, é historicamente baixa durante os meses de agosto e setembro, inverno no Brasil. O Comitê de Emergência do RSI chegou à

conclusão de que o risco de maior propagação internacional do Zika devido aos Jogos Olímpicos e Paralímpicos era muito baixo, e que a recomendação anterior do Comitê no sentido de não haver nenhuma restrição geral à viagem e ao comércio permanecia válida.

Prontidão da saúde pública para os Jogos Olímpicos de Verão 2016

O relatório apresentado pela Repartição ao Comitê de Emergência do RSI incorporou informações reunidas em uma série de missões ao Brasil, em que a equipe do IMS da Repartição para o Zika orientou as autoridades sanitárias nacionais a respeito dos preparativos para os Jogos Olímpicos, cobrindo áreas como a gestão da informação, o acionamento de alerta e resposta, o comando e controle nos níveis essenciais do governo (municipal, estadual e federal) e a transparência e compartilhamento de informações de saúde com outros Estados Membros da OPAS e interessados diretos.

Trabalhando de comum acordo com o Comitê Olímpico Internacional, e em parceria com as autoridades brasileiras, a Repartição e a OMS prestaram apoio à redução do risco de infecção pelo Zika entre os atletas olímpicos e os visitantes, assim como à redução dos riscos de doenças transmitidas pela água entre os atletas competindo nos esportes aquáticos das olimpíadas.

Com vistas a prevenir as infecções pelo Zika, a Repartição e a OMS recomendaram várias ações. Uma foi a fumigação e a vaporização dentro dos prédios para reduzir a população de mosquito adulto. Outra consistiu na eliminação dos possíveis criadouros nos arredores dos locais de realização das provas olímpicas e nos alojamentos para atletas e hotéis. Uma terceira ação foi a obtenção da participação das comunidades para eliminar os possíveis criadouros nas residências vizinhas, nas escolas e nos locais de trabalho. A Repartição e a OMS também recomendaram a distribuição de repelentes de insetos e materiais de promoção da saúde para os visitantes e atletas. A Repartição e a OMS sugeriram ainda o contato sistemático das autoridades sanitárias brasileiras com as delegações olímpicas antes dos jogos e durante os jogos, a fim de informá-las sobre as medidas que estavam sendo adotadas e quaisquer mudanças na situação epidemiológica.

A fim de prevenir as doenças transmitidas pela água, os funcionários da Repartição e da OMS trabalharam com as autoridades brasileiras para elaborar uma metodologia de monitoramento da qualidade das águas usadas para recreação por meio da análise bacteriológica e propuseram ações para reduzir a contaminação. A Repartição organizou uma oficina no Brasil, em novembro de 2015, e apresentou outras recomendações para o fortalecimento da comunicação social, da informação pública e da promoção da saúde. Em março de 2016, uma missão da Repartição visitou os locais de teste da água e examinou os critérios de qualidade que estavam sendo usados para monitorar esses locais. Desde meados de junho de 2016, a Repartição vem continuando o apoio aos esforços do Brasil nessa área.

16. Para apoiar o Brasil e exercer a coordenação regional de resposta ao Zika, a Repartição contou em grande medida com as parcerias e as redes já existentes, como a Rede de Laboratórios de Dengue das Américas (RELDA), cujos laboratórios participantes incluem o Instituto Nacional de Doenças Virais Humanas (INEVH, sigla em espanhol) na Argentina; o Instituto Evandro Chagas e a FIOCRUZ no Brasil; o Instituto Pedro Kouri em Cuba; o Instituto Pasteur na Guiana Francesa; o Instituto Nacional do México de Diagnóstico Epidemiológico e Referência; o Instituto Gorgas Memorial para Estudos da Saúde no Panamá; e o CDC EUA em Porto Rico. Esses laboratórios

concordaram em ampliar o alcance da rede a fim de proporcionar vigilância laboratorial integrada de todos os arbovírus.

17. Outro apoio crucial à resposta ao Zika da Repartição veio do fundo da OMS de contingência para emergências (FCE), da Agência de Saúde Pública do Canadá, da Agência de Assuntos Mundiais do Canadá, da USAID, da Fundação Bill e Melinda Gates e da Noruega (por meio do FCE de OMS).

As lições aprendidas com a resposta emergencial à epidemia de Zika

18. Muitos aspectos dessa epidemia de Zika reforçaram algumas das prioridades e dos enfoques da cooperação técnica da Repartição em andamento, mas outros aspectos demonstraram a necessidade de se mudar a ênfase em outras áreas. Esse é sem dúvida o caso do controle e da gestão de vetores. A atual epidemia de Zika, os grandes surtos recorrentes de dengue nas três últimas décadas e o surgimento recente, bem como a rápida propagação, do vírus chikungunya sublinharam a magnitude da infestação de *Aedes aegypti* na Região e também expuseram o fracasso dos países no controle desse vetor de grande relevância para a saúde pública. Embora as lições aprendidas específicas referentes ao controle de vetores não sejam novas, a epidemia de Zika aumentou o incentivo para sua aplicação urgente. Uma lição central é que as populações de mosquito e a exposição humana estão associadas a muitos determinantes sociais e ambientais da saúde. Portanto, os programas de controle de vetores devem ser abrangentes, integrados, interdisciplinares e participativos. Outra lição crucial é que os recursos dedicados aos esforços de controle de vetores devem ser mantidos nos níveis apropriados mesmo quando tais esforços perdem alta visibilidade e atenção devido a seu próprio sucesso. Ao mesmo tempo, a inovação é essencial para desenvolver maneiras novas e mais eficazes de controlar as populações de mosquito.

19. Uma lição correlata aprendida é a necessidade de integração da vigilância, da prevenção e do controle das doenças arbovirais importantes para a saúde pública. Isso é especialmente válido para a dengue, o chikungunya, a febre amarela e o Zika, que são todas doenças transmitidas pelo mesmo mosquito. Esses esforços integrados devem incluir vigilância entomológica das espécies de mosquito, monitoramento da resistência aos inseticidas dos vetores e vigilância laboratorial dos vírus presentes nos vetores.

20. A experiência com o Zika na Região também demonstrou que é extremamente importante que os provedores de serviços de saúde da linha de frente mantenham um alto índice de suspeita e estejam alertas para quadros e casos clínicos atípicos, a fim de assegurar a detecção oportuna de uma doença emergente. No âmbito regional, o mesmo discernimento e alerta são exigidos ao examinar os dados gerados pela vigilância baseada em eventos e ao responder de maneira apropriada, mesmo na falta de fortes evidências confirmatórias. O princípio norteador da Repartição na resposta ao Zika foi a atuação com cuidado, mas com urgência proporcional, baseada nas melhores evidências disponíveis. Nesse contexto, as atividades de comunicação do risco bem adaptadas são

essenciais para transmitir as incertezas de maneira honesta e transparente a fim de merecer e preservar a confiança do público.

21. O trabalho anterior realizado pela Repartição e pelos Estados Membros da OPAS para fortalecer a capacidade de alerta e de resposta ante as epidemias e o papel dos pontos focais nacionais do RSI nos países contribuiu positivamente para a resposta regional ao Zika. Esses esforços foram originalmente envidados para incentivar o cumprimento nacional e regional do RSI e foram acelerados durante os preparativos de 2014 para a possível introdução do vírus ebola. Esses exercícios haviam proporcionado a muitos países a oportunidade de identificar e abordar lacunas em sua preparação para a epidemia. Além disso, os procedimentos e os canais estabelecidos como parte do RSI demonstraram ser eficazes, e até mesmo essenciais, no intercâmbio e no processamento das informações sobre o surto a fim de orientar as respostas nacionais, regionais e mundiais à propagação do Zika.

22. No âmbito da Repartição, a resposta à epidemia de Zika incitou uma intensa colaboração interprogramática e produziu novas sinergias entre os programas técnicos, inclusive entre aqueles que abordam a vigilância e o controle das doenças transmissíveis, a prontidão e a resposta em caso de desastre, os sistemas e serviços de saúde, e a saúde infantil e das mulheres, entre outros.

23. Como ocorreu com o chikungunya anteriormente, o Zika destacou as debilidades e as lacunas na capacidade dos programas nacionais de controle de vetores e dos sistemas de saúde de se adaptarem às novas ameaças. Nesse contexto, a epidemia reforçou a ênfase abrangente da Repartição ao aumento de sistemas de saúde fortes e resilientes e avanço de acesso e a cobertura universal. Também destacou outras prioridades de cooperação técnica como conseguir cumprimento total do RSI e a vigilância integradora, prevenção e controle de doenças arbovirais de importância de saúde pública.

24. No momento, ainda há muito que aprender sobre o Zika. Entretanto, a resposta regional preventiva guiada por uma liderança de saúde pública visionária e a coordenação durante o período de análise levaram a uma compreensão muito melhor do espectro da doença causada por esse vírus. Em 30 de junho de 2016, transtornos neurológicos associados ao Zika, inclusive a SGB, haviam sido notificados em 15 países e territórios nas Américas. A microcefalia relacionada às infecções de Zika contraídas localmente foi notificada em sete locais: Brasil, Colômbia, El Salvador, Guiana Francesa, Martinica, Panamá e Porto Rico. Além da forte associação de tempo e espaço identificada por meio da análise de dados de vigilância, havia outras evidências de uma conexão entre o Zika e essas complicações, a saber: *a*) a identificação do vírus Zika no tecido cerebral dos fetos e recém-nascidos afetados; *b*) a documentação da infectividade do vírus Zika nas células-tronco neurais; *c*) a identificação de receptores celulares específicos que são favorecidos pelo vírus; e *d*) a detecção da infecção pelo Zika durante fases específicas do desenvolvimento pré-natal que eram compatíveis com os defeitos fetais observados. A importante descoberta de que o vírus também pode ser transmitido sexualmente provocou

uma grande preocupação, pois essa via de transmissão tem o potencial de amplificar enormemente a propagação desse vírus mesmo na ausência de mosquitos vetores aptos.

25. Há aproximadamente 500 milhões de pessoas vivendo em áreas de risco de transmissão por vetores do vírus Zika na América Latina e no Caribe. O impacto desse vírus já demonstrou ser considerável. O vírus provavelmente representará uma carga pesada para os serviços de saúde (inclusive os serviços de saúde mental), principalmente devido ao tratamento das complicações graves, e para a sociedade, especialmente para as mulheres. O Zika permanecerá na agenda regional de saúde pública em 2016-2017 e além, e a OPAS continuará respondendo de maneira apropriada e eficaz.

A resposta a desastres e riscos para a saúde

O terremoto do Equador

26. Além do trabalho relacionado ao Zika, a Repartição prestou apoio fundamental aos Estados Membros em várias outras emergências importantes de saúde durante o período em avaliação. A mais grave delas resultou de um terremoto de 7.8 de magnitude, que atingiu o Equador em 16 de abril de 2016, afetando mais de 720.000 pessoas. O desastre causou a perda de 663 vidas e forçou mais de 33.000 pessoas a buscar refúgio em abrigos. Trinta e nove centros de saúde e hospitais foram danificados, e 20 não puderam a continuar a funcionar.

27. Em sua resposta, a Repartição ativou seu esquema institucional de resposta a emergências e centros de operações de emergência (COE) tanto na Sede como no nível da representação nos países. Este último mobilizou pessoal e recursos de imediato para apoiar as autoridades sanitárias do Equador. Logo em seguida, o pessoal técnico da Sede e de outras representações nos países foi mobilizado para apoiar a coordenação da resposta humanitária (inclusive equipes médicas de emergência), a avaliação de danos e necessidades (particularmente para a infraestrutura de saúde), a gestão da informação e comunicação e a gestão logística de suprimentos. Os funcionários da Repartição também trabalharam estreitamente com as autoridades nacionais na vigilância epidemiológica, restauração dos serviços de saúde, imunização e saúde mental.

28. Com o apoio da Repartição, as autoridades sanitárias estabeleceram duas áreas de concentração, em Quito e em Manta, a fim de registrar e coordenar o movimento de entrada e saída dos medicamentos e provisões médicas nos depósitos, usando o Sistema de Apoio Logístico/Sistema de Gerenciamento de Suprimentos Humanitários da Repartição (LSS/SUMA, siglas em inglês).

29. Pela primeira vez na Região, o Ministério da Saúde Pública do Equador utilizou os padrões e os mecanismos de coordenação mínimos que haviam sido promovidos pela OPAS/OMS para a mobilização de equipes médicas de emergência (EMTs, sigla em inglês) nacionais e internacionais (*ver quadro abaixo*). Foi criada uma unidade de informação e coordenação médica das equipes de emergência (CICOM, sigla em

espanhol) no centro de emergência ECU 911 em Quito, sob a responsabilidade do Departamento de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde Pública. A CICOM facilitou o registro das EMTs e sua mobilização às áreas afetadas pelo desastre, ajudou na priorização do trabalho dos socorristas e melhorou a qualidade das informações referentes à cobertura sanitária. Os EMTs mobilizados eram compostos por mais de 20 equipes nacionais e cinco equipes internacionais, refletindo o sucesso dos esforços técnicos e do apoio em curso da Repartição voltados para a melhoria da capacidade nacional de responder a emergências.

30. Em coordenação com o Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA, sigla em inglês), os funcionários de Repartição lideraram a formulação do componente de saúde do apelo urgente para a arrecadação de fundos para a assistência humanitária. Lançado em 22 de abril de 2016, o apelo incluía um pedido de US\$ 4,5 milhões do setor da saúde para atender às necessidades de saúde de 110.000 pessoas durante três meses. A meta era aumentar o acesso aos serviços de saúde essenciais, inclusive atendimento de emergência, atenção à saúde materno-infantil e serviços nutricionais, e reduzir os riscos de saúde por meio da vigilância, do acesso aos serviços de saúde reprodutiva e dos serviços para vítimas de violência de gênero. Os funcionários da Repartição também apoiaram o desenvolvimento e o lançamento de um apelo urgente em nome do setor de água, saneamento e higiene do Equador. No final de maio de 2016, a Repartição havia recebido fundos ou compromissos no valor de mais de US\$ 1,5 milhão (do Canadá, da Itália, dos Estados Unidos e do fundo central de resposta a emergências das Nações Unidas – CERF, sigla em inglês) a fim de apoiar a cooperação técnica da Repartição nessa área.

Apoio às equipes médicas de emergência (EMTs)

A Repartição tem apoiado a rápida mobilização das equipes médicas de emergência (EMTs) capacitadas aos Estados Membros afetados por desastres ou surtos de surgimento súbito, de acordo com os princípios e procedimentos constantes do Plano de Ação da OPAS para a Coordenação da Assistência Humanitária de 2014 (CD53/12 [2014]). Estes incluem padrões e critérios mínimos acordados mundialmente para suprir e equipar as EMTs; procedimentos para solicitar, aceitar e receber as EMTs; passos para coordenar a integração das EMTs com o centro de operações de emergência da saúde (COE); e orientação para agilizar os procedimentos de imigração, alfandegários e logísticos a fim de facilitar a mobilização das EMTs. O Plano de Ação da OPAS também inclui orientação sobre a formação das EMTs nacionalmente e a criação de mecanismos de registro tanto para as equipes nacionais como internacionais.

Em 2015-2016, a Repartição concentrou importantes esforços na capacitação dos países para a coordenação das EMTs. Foram realizadas oficinas nacionais no Chile, na Colômbia, na Costa Rica, no Equador, na Guatemala e no Peru. Elas proporcionaram treinamento para 183 participantes sobre os procedimentos e as ferramentas para solicitar, receber e mobilizar as EMTs e sobre o aprimoramento da coordenação das EMTs por meio dos COEs de saúde e do estabelecimento das unidades de informação para as EMTs (CICOM).

Em dezembro de 2015, a Repartição se aliou à secretaria de equipes médicas de emergência da OMS para sediar uma reunião mundial das EMTs. Compareceram 150 representantes dos governos (de mais de 30 Estados Membros da OMS), da sociedade civil, do setor privado e das

organizações internacionais. Entre as questões discutidas estavam o fortalecimento da colaboração e da capacidade mundial, o esquema de garantia de qualidade das EMTs, os mecanismos nacionais de registro e coordenação das equipes e os padrões mínimos para as equipes nacionais e internacionais.

O relatório de reunião está disponível em inglês em:

http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2409&Itemid=&lang=en.

O Furacão Joaquin nas Bahamas

31. No início de outubro de 2015, as Bahamas foram golpeadas pelo Furacão Joaquin, uma tempestade de categoria 4 que teve um impacto enorme em seis ilhas, com mais de 14.000 habitantes. Ventos fortes, maré alta, inundação e detritos resultantes da forte chuva restringiram o acesso por ar, terra e mar, e ao mesmo tempo as linhas de transmissão de energia elétrica e os geradores danificados interromperam o fornecimento de eletricidade, abalando a cadeia de frio em vários centros de saúde.

32. Sendo a única agência das Nações Unidas residente nas Bahamas, a Representação da OPAS estava posicionada de maneira singular para ajudar o Governo desde o início do desastre. Nos dias após o Furacão Joaquin, a Repartição mobilizou peritos em gestão de desastre de sua Equipe Regional de Respostas a Desastres para ajudar o Ministério da Saúde e o Ministério do Meio Ambiente com uma avaliação do impacto do furacão e com a definição das intervenções prioritárias, ao mesmo apoiando a gestão de suprimentos e os esforços de coordenação.

33. Além disso, a Repartição doou provisões essenciais avaliadas em mais de US\$ 100.000 para facilitar a comunicação em campo, assegurar a prestação contínua de assistência de saúde e apoiar as intervenções de resposta em matéria de água e saneamento e controle de vetores. Essas provisões incluíam geradores, bombas de diesel manuais e barris de armazenamento de diesel para retomar o funcionamento de vários postos de saúde afetados. Foram comprados ainda medicamentos essenciais e vacinas para substituir as reservas danificadas e perdidas, bem como unidades de refrigeração para restaurar a cadeia de frio. Outras contribuições da Repartição incluíam telefones Iridium para a comunicação por satélite a fim de apoiar a comunicação entre os serviços de saúde e os aplicadores de inseticida, permitindo que o Departamento de Serviços de Saúde Ambiental intensificasse suas intervenções de controle de vetores.

34. A resposta conjunta da Repartição e das autoridades bahamenses desempenhou uma função crucial ao melhorar a qualidade de vida e de saúde da população afetada pelo Furacão Joaquin.

Postos de saúde inteligentes no Caribe

Aproveitando a Iniciativa Hospitais Seguros da OPAS, os interessados diretos nacionais do Caribe estão reunidos em torno de um novo esforço para tornar os hospitais “inteligentes”. Essa

abordagem, conduzida pela Repartição, representa uma transição, afastando-se do modelo tradicional de resposta a desastres ao incorporar proativamente medidas de adaptação, mitigação e prontidão referentes ao clima para reduzir o impacto dos desastres na saúde. Essa abordagem procura também reduzir a pegada ecológica do setor da saúde, um dos maiores consumidores de energia. Os centros de saúde são “inteligentes” quando vinculam sua segurança estrutural e operacional às intervenções ecológicas, com uma relação custo-benefício sensata.

Em maio de 2015, a Repartição obteve o compromisso dos Governos da Dominica, de Grenada, de Santa Lúcia e de São Vicente e Granadinas, bem como o financiamento de £ 8,3 milhões (cerca de US\$ 11 milhões) do Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DPDI, sigla em inglês), a fim de tornar vários centros de saúde em cada país “inteligentes”. Reconhecendo o valor de uma plataforma que vincula a redução de riscos de desastres à mudança do clima, o Primeiro-Ministro do Reino Unido anunciou, em setembro de 2015, um financiamento adicional de £ 30 milhões (cerca de US\$ 40 milhões) para estender o projeto a Belize, Guiana e Jamaica e aumentar o apoio aos países participantes do projeto original. A meta do projeto é tornar 50 centros de saúde nesses países mais seguros e ecológicos até 2020. Além disso, o projeto avaliará um total de 600 estabelecimentos para documentar, em um banco de dados on-line, suas necessidades de melhorias futuras. Até junho de 2015, todos os 173 estabelecimentos nos quatro países iniciais tinham sido avaliados, e 14 haviam sido identificados como estabelecimentos prioritários para a modernização. Além disso, 62 profissionais nacionais haviam recebido treinamento sobre a aplicação do *SMART Toolkit* e a gestão de atividades de modernização.

A maior parte do financiamento do projeto será destinada às reformas para garantir que os serviços de saúde sejam mais capazes de resistir às catástrofes naturais e à variabilidade do clima. Esse trabalho inclui o fortalecimento dos telhados e das estruturas; a instalação de contraventos antifuracão e dispositivos de conservação de água e energia; e melhorias para a drenagem em tempestades e o acesso e segurança em incêndios. A Repartição está prestando apoio técnico para assegurar-se de que existam planos e equipamentos apropriados para a resposta a desastres para cada estabelecimento e de que os procedimentos de manutenção e conservação estejam estabelecidos e sejam utilizados.

A Repartição também apoiou o lançamento de uma estratégia de relações públicas e de um levantamento de conhecimento, atitudes e práticas (CAP). Essas iniciativas resultaram no aumento do conhecimento sobre o projeto em outros organismos e instituições de financiamento multilaterais, bem como maior interesse destes de aplicar o conceito a novos serviços de saúde, escolas e hotéis.

A tempestade tropical Erika na Dominica

35. A tempestade tropical Erika, a quinta a receber um nome na temporada de furacões no Atlântico em 2015, inundou a Dominica no final de agosto com 13 polegadas de chuva em um período de 12 horas, resultando em um grave alagamento generalizado e danos extensos às casas, centros de saúde e outros elementos da infraestrutura essencial, inclusive estradas, pontes e sistemas de abastecimento de água e de comunicação. A Repartição mobilizou rapidamente sua Equipe Regional de Respostas a Desastres para ajudar as autoridades dominicanas na coordenação de emergência, avaliação de danos, vigilância de doenças e prevenção e controle de vetores. Nas semanas seguintes, a Repartição coordenou o pessoal médico que havia chegado dos países vizinhos para

ajudar a restaurar os serviços de saúde nas zonas afetadas. A Repartição prestou apoio financeiro, logístico e de coordenação a esses esforços e canalizou cerca de US\$ 800.000 em contribuições voluntárias do DPDI do Reino Unido, da Ajuda Humanitária e Proteção Civil da União Europeia (ECHO) e dos Assuntos Mundiais do Canadá (GAC, anteriormente DFATD, siglas em inglês) para apoiar a prestação de assistência de saúde, fornecer acesso a água potável e saneamento e reduzir riscos de saúde ambiental. Os fundos permitiram à Repartição obter medicamentos e materiais essenciais para a saúde, equipamento crítico de controle de vetores e suprimentos, kits de teste e comprimidos de purificação da água, bem como sistemas de coleta das águas pluviais, que foram instalados em 39 centros de saúde.

36. Graças aos esforços conjuntos do Governo Dominicano, da Repartição, dos países vizinhos e de outros parceiros, os serviços de saúde foram restabelecidos em 98% do país em seis meses e os surtos de doenças transmitidas por vetores e pela água foram contidos com êxito.

A inundação induzida pelo El Niño no Paraguai

37. A oscilação sul do El Niño (OSEN) trouxe chuvas torrenciais e grave inundação a vários países sul-americanos durante esse período de análise. O Paraguai foi um dos países mais seriamente afetados, com 11 de seus 17 departamentos sofrendo inundações graves, cerca de 132.000 pessoas deslocadas e grandes perdas de colheitas e de reservas alimentares. O Departamento Nacional de Emergências do Paraguai facilitou a evacuação de mais de 60.000 pessoas das zonas afetadas e ativou uma grande rede de abrigos para receber as populações deslocadas.

38. A Repartição ajudou autoridades nacionais e locais com avaliações rápidas de necessidades (incluindo de centros de saúde danificados), gestão da informação, planejamento de resposta de emergência e coordenação geral da resposta do setor da saúde. A Repartição também obteve equipamentos de comunicação para as salas de comando de emergência do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Emergência e ofereceu tendas para as consultas de médicas em campo. Para reduzir o risco da contaminação da água e das doenças transmitidas pela água, a Repartição ajudou na construção de dois tanques de saneamento Imhoff e na reabilitação de 60 módulos sanitários portáteis que asseguraram saneamento e higiene adequados nos abrigos.

39. Com o retorno da estação chuvosa em maio de 2016, a Repartição continuou a monitorar a situação de emergência no Paraguai, a qual continuava crítica desde junho de 2016, com os níveis dos rios acima do normal, não permitindo que os deslocados voltassem para casa com segurança.

A crise nutricional na Guatemala

40. O El Niño também afetou a Guatemala, mas seu impacto se exacerbou por um episódio de seca prolongada que começou no final de 2013 e durou até março de 2016.

Essa combinação de fenômenos meteorológicos produziu grandes perdas de cultivo, provocando a subsequente crise alimentar e o aumento das taxas de desnutrição aguda nos grupos mais vulneráveis: crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas. Desde o início de 2016, cerca de 248.000 famílias necessitavam ajuda humanitária.

41. A Repartição canalizou mais de US\$ 1,1 milhão do CERF e da ECHO a fim de implementar intervenções para salvar vidas e ações preventivas para atender às necessidades de saúde e nutrição de crianças menores de 5 anos de idade e mulheres grávidas e em idade reprodutiva que sofriam de desnutrição aguda ou estavam correndo esse risco. A Repartição também apoiou a coordenação e os esforços de prontidão de Ministério da Saúde e de outros parceiros.

42. O apoio específico da Repartição incluiu o treinamento dos profissionais de saúde para a detecção e a utilização de protocolos de tratamento da desnutrição moderada e aguda grave, infecções respiratórias agudas e doenças transmitidas por alimentos; criação de equipes de saúde móvel; compra de provisões de saúde essenciais; monitoramento e apresentação de dados de saúde; realização de campanhas de vacinação; e implementação de medidas protetoras para as mulheres que estão grávidas ou amamentando.

A mitigação das crises de migrantes

43. A Repartição prestou apoio crítico a vários Estados Membros que experimentaram fluxos migrantes inesperados durante o período deste relatório. Estas atividades de acolhida foram estendidas aos migrantes venezuelanos na Colômbia, aos migrantes cubanos na América Central e os residentes da República Dominicana de descendência haitiana que foram repatriados ao Haiti.

44. Em 2015 e 2016, a Colômbia recebeu um enorme influxo de imigrantes venezuelanos e de expatriados colombianos que viviam na Venezuela e retornaram ao país. De outubro de 2015 a maio de 2016, cerca de 171.000 migrantes cruzaram a fronteira, e desde junho de 2016 aproximadamente 2.000 migrantes foram registrados a cada semana no departamento Norte de Santander, ao longo da fronteira venezuelana. Essa situação teve um grande impacto nas comunidades fronteiriças da Colômbia, pois houve uma demanda excessiva dos serviços públicos, que já eram limitados, em uma área relativamente isolada do resto do país.

45. Liderando o grupo de ação sanitária na Colômbia, a Repartição facilitou o mapeamento de atores e intervenções humanitárias realizadas nas zonas de fronteira e apoiou a elaboração de um plano de resposta, com a coordenação do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) e do OCHA.

46. A Repartição também ajudou as autoridades sanitárias nacionais a identificar e monitorar os riscos e as necessidades referentes à saúde. Uma preocupação especial era a necessidade de serviços de saúde básicos e saneamento nos abrigos. Outra questão foi a possível mudança do perfil de saúde da população devido ao baixo índice de vacinação

dos migrantes venezuelanos. Os funcionários da Repartição trabalharam em colaboração com as autoridades sanitárias para aumentar a cobertura de vacinação e ampliar os recursos para a assistência de saúde, fortalecendo também os esforços de prevenção e controle do Zika, da malária e de outras doenças infecciosas em circulação naquela região.

47. No final de 2015, milhares de cidadãos cubanos saíram de seu país de origem e atravessaram o Equador (que tinha dispensado temporariamente a exigência de visto), pretendendo aparentemente seguir para o norte em direção aos Estados Unidos. Muitos acabaram na Costa Rica, porém, após a Nicarágua ter fechado a fronteira. Quando a Costa Rica passou a emitir um número mais limitado de vistos de trânsito, os migrantes cubanos mais recentes começaram a se congregarem no norte do Panamá. Em meados de dezembro, mais de 4.200 migrantes estavam alojados em 31 abrigos nos distritos fronteiriços do norte da Costa Rica. Outros 2.200 esperavam vistos para cruzar da Costa Rica à Nicarágua ou do Panamá à Costa Rica.

48. A pedido do Governo costarriquense, a Repartição mobilizou apoio à coordenação e aos esforços de resposta do Ministério da Saúde e da Comissão Nacional de Emergência. Em colaboração com outros organismos das Nações Unidas e agentes humanitários internacionais, a Repartição ajudou a ativar um centro de coordenação para as operações de saúde e enviou pessoal tanto da Representação no País em São José como da Equipe Regional de Respostas a Desastres para equipar e administrar os abrigos, avaliar as necessidades, estimar os riscos para a saúde e apoiar os esforços do Ministério da Saúde a fim de prestar apoio psicossocial aos migrantes.

49. A ilha de Hispaniola evitou por pouco uma possível crise sanitária quando cerca de 100.000 haitianos que viviam na República Dominicana foram deportados ou devolvidos voluntariamente ao Haiti em conformidade com uma decisão judicial que rescindiu retroativamente a cidadania de nascença dos dominicanos de descendência haitiana.

50. O começo da repatriação em massa, em junho de 2015, coincidiu com o início da temporada de furacões, assim como as eleições legislativas, municipais e presidenciais no Haiti. Esses fatores, combinados com a capacidade operacional e financeira reduzida da equipe humanitária no Haiti, provocaram o temor de uma possível crise humanitária. Uma grande preocupação referente à saúde era o aumento do risco dos surtos de cólera entre os migrantes deportados nas zonas de fronteira.

51. Respondendo à situação, a Repartição, com o apoio financeiro do Canadá, associou-se com o Ministério de Saúde Pública e População do Haiti (MSPP) para estabelecer um posto de saúde preventivo na comuna de Ouanaminthe, no Departamento Nordeste, e ajudou a fortalecer os centros de saúde fronteiriços existentes para garantir a disponibilidade da assistência de saúde aos repatriados. A Repartição e o MSPP melhoraram a vigilância epidemiológica, principalmente em departamentos fronteiriços, fortalecendo a capacidade clínica de tratar e administrar os casos de diarreia. A

Repartição também prestou apoio comprando kits de saúde de emergência para cobrir as necessidades básicas de saúde de 10.000 pacientes durante três meses, bem como kits suplementares de profilaxia após a exposição e de tratamento para a malária.

52. Graças e essas e outras ações empreendidas pelo MSPP, a Repartição, outros parceiros humanitários incluindo o OCHA, a Organização Internacional para as Migrações (OIM), e as organizações não governamentais locais e internacionais, não houve nenhum surto de cólera diretamente vinculado à chegada dos haitianos deportados às comunas fronteiriças. As taxas de incidência de diarreia e de infecções respiratórias agudas também permaneceram estáveis nessas áreas. Até junho de 2016, outros repatriados continuaram cruzando a fronteira do Haiti.

O incêndio tóxico no Paraguai

53. Em 14 de outubro de 2015, teve início um incêndio em um depósito de armazenamento que continha transformadores elétricos antigos repletos de bifenil policlorado (PCB, sigla em inglês), em San Lorenzo, Paraguai. Cerca de 4.000 pessoas residindo nos arredores imediatos foram expostas aos vapores, que eram visíveis a 5 quilômetros de distância. Os vapores da combustão incompleta do PCB são uma grande fonte de dioxina e furano, ambos classificados como carcinógenos do grupo 1 pelo Centro Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC, sigla em inglês). O incidente no Paraguai foi considerado um evento importante, um dos maiores envolvendo o risco de exposição às dioxinas na história recente.

54. Em resposta a uma solicitação do Governo do Paraguai, a Repartição prestou assessoramento técnico ao Ministério da Saúde para a resposta imediata e a avaliação preliminar dos riscos à saúde pública, como parte de uma equipe conjunta de várias organizações que também incluía o pessoal do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e do OCHA, bem como das secretarias das Convenções da Basileia, de Roterdã e de Estocolmo e de órgãos do Governo do Paraguai.

55. A Repartição entregou rapidamente um relatório de avaliação, que indicou uma alta possibilidade de exposição à dioxina. Com base em entrevistas extensas e mais de 400 amostras de sangue, foram encontradas 252 pessoas com sinais e sintomas que poderiam estar diretamente relacionados com o incidente. Essas pessoas foram encaminhadas ao atendimento médico e acompanhamento pelos serviços de saúde do país.

56. Reconhecendo que os efeitos de longo prazo das exposições à dioxina, como o câncer ou os problemas endócrinos, podem levar décadas para se manifestarem, a Repartição recomendou uma série de ações de acompanhamento, as quais foram incorporadas a uma proposta de financiamento da Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial (UNIDO, sigla em inglês).

57. A colaboração interinstitucional e interdisciplinar em resposta a esse evento resultou em uma proposta do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em parceria com o PNUD e outras organizações, para que se criasse uma mesa-redonda permanente com todos os organismos (inclusive a OPAS) e setores a fim de coordenar esforços para fortalecer a capacidade do Paraguai na prevenção, prontidão e resposta em caso de emergências ou incidentes tecnológicos.

Capítulo II. Cooperação para o desenvolvimento da saúde

Estabelecimento de sistemas de saúde resilientes

58. Além da epidemia de Zika, outras emergências de saúde ocorridas durante este período de análise proporcionaram novas evidências da importância fundamental da cooperação técnica da Repartição com os Estados Membros na prontidão para epidemias e situações de emergência, na capacitação referente aos princípios centrais do RSI e na redução do risco de desastre. Entretanto, essas emergências revelaram ainda vulnerabilidades e fragilidades persistentes nos sistemas nacionais de saúde nas Américas. Como foi demonstrado de modo tão claro e lancinante pela epidemia de ebola na África Ocidental, os sistemas de saúde frágeis não são capazes de enfrentar com eficácia os graves surtos de doenças, nem conseguem responder eficientemente aos desastres naturais, ou de outros tipos, ou ao estresse prolongado, como quando há recessão econômica ou uma gestão deficiente.

59. Aproveitando sua cooperação técnica nas áreas de fortalecimento dos sistemas de saúde e de saúde universal, a Repartição elaborou um documento de política sobre os sistemas de saúde resilientes (documento CD55/9 [2016]), incluindo a justificativa e as linhas de ação para essa iniciativa. A política afirma que o investimento na resiliência dos sistemas de saúde tem uma relação custo-eficiência consideravelmente maior que o financiamento de respostas de emergência.

60. As áreas de investimento cruciais para a resiliência do sistema de saúde incluem o fortalecimento das funções essenciais da saúde pública (especialmente governança e regulamentação), os sistemas de vigilância e de informações em saúde e a redução comunicação de riscos. Os investimentos em serviços de atenção primária à saúde são também fundamentais e devem visar assegurar que esses serviços estejam universalmente disponíveis e façam parte de redes adaptáveis e receptivas.

61. Um componente essencial desses esforços está relacionado com o RSI. Para aumentar a resiliência, a implementação do RSI deve ser abordada como um processo holístico e também deve ser incorporada à formulação e planejamento nacional de políticas, à ação legislativa e aos quadros reguladores. A implementação deve incluir melhorias na organização de serviços de saúde para apoiar a prevenção e o controle de infecções, o fortalecimento das redes de vigilância sanitária e da capacidade laboratorial, e capacitação dos profissionais da saúde em surtos e respostas de emergência.

62. A política também requer que se garanta uma capacidade de reserva, com o provimento necessário de profissionais da saúde adequados, financiamento, medicamentos e tecnologias de saúde que permita um incremento rápido dos serviços de saúde durante eventos sanitários agudos ou prolongados.

63. A política de sistemas de saúde resilientes foi examinada pelo 158ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS em junho de 2016 e incorporada à agenda do 55º Conselho Diretor.

Apoio à promoção da saúde universal

64. A Repartição continuou prestando cooperação técnica para que os países avançassem na implementação da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (documento CD53/5) da Região, aprovada pelo 53º Conselho Diretor da OPAS em 2014. O trabalho da Repartição em 2015-2016 se concentrou nas seguintes áreas: financiamento dos sistemas de saúde, legislação relacionada à saúde, recursos humanos em saúde e sistemas reguladores.

65. A estratégia regional recomenda o parâmetro de 6% do PIB como o nível mínimo dos gastos com a saúde para que os países obtenham a saúde universal. A fim de ajudar os países a alcançarem essa meta recomendada, a Repartição liderou um processo participativo para elaborar uma estrutura conceitual para os trabalhos de melhoria da eficiência do financiamento dos sistemas de saúde e de geração de recursos adicionais para a saúde.

66. Como parte desse processo, a Repartição pediu um estudo regional sobre o espaço fiscal para a saúde, que analisou as experiências de 14 países na Região. Os resultados do estudo foram incorporados a um documento de trabalho intitulado [*Espaço fiscal para o aumento da prioridade da saúde nos gastos públicos na Região das Américas*](#). Esse documento apresenta evidências de que os países podem gerar com êxito novos recursos para a saúde a fim de alcançar o nível de 6% do PIB para a saúde universal. Com base nas experiências analisadas, o relatório recomenda que outros recursos sejam captados de fontes domésticas para assegurar a sustentabilidade. Alguns métodos eficazes de geração desses recursos são o aumento de impostos ou a criação de novos impostos, principalmente sobre produtos que são nocivos à saúde; melhor eficiência nos sistemas de saúde e gastos da saúde pública; e melhor gestão fiscal. O relatório recomenda que os países que estejam procurando criar um novo espaço fiscal promovam um diálogo inclusivo sobre a saúde como um direito social e sobre a necessidade de haver recursos adicionais para desenvolver os sistemas de saúde universal.

67. A estrutura conceitual foi apresentada em um fórum regional intitulado “Saúde universal: Um investimento imprescindível para o desenvolvimento humano sustentável”, o qual foi convocado para a sede da OPAS em dezembro de 2015. Compareceram ao encontro os representantes dos Ministérios da Saúde e dos sistemas de previdência social dos Estados Membros, assim como do Banco Mundial, do Fundo Monetário Internacional (FMI), da OEA, da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe das Nações Unidas (CEPAL) e de instituições acadêmicas na Região.

68. Nas atividades relacionadas, os funcionários da Repartição trabalharam com os colegas da OMS para realizar um levantamento no Peru sobre práticas orçamentárias para

a saúde. Esse levantamento faz parte de uma iniciativa da Rede Conjunta do Comitê de Saúde para a Sustentabilidade Fiscal dos Sistemas de Saúde, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). A iniciativa procura assegurar que a provisão dos recursos públicos para os sistemas de saúde esteja alinhada com os esforços setoriais de promoção da equidade e eficiência e de manutenção do progresso no sentido da saúde universal. O levantamento visa proporcionar um conjunto de dados com equivalência internacional que permitirá a análise e a comparação com parâmetros das boas práticas em planejamento orçamentário para a saúde.

Legislação relacionada com a saúde e reformas para a saúde universal

69. Em outubro de 2015, o 54º Conselho Diretor da OPAS aprovou uma nova *Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde* (documento CD54/14, Rev. 1) para a Região. Essa estratégia promove a elaboração, a implementação e a revisão de leis e esquemas jurídicos para proteger os direitos humanos, impulsionar a equidade em saúde, promover a solidariedade e a não discriminação na saúde, reduzir os fatores de risco e abordar os determinantes sociais da saúde. Elaborada por meio de um processo consultivo conduzido pela Repartição e um grupo de trabalho dos Estados Membros, a estratégia requer o intercâmbio de informações estratégicas, tais como boas práticas e decisões judiciais, entre os Estados Membros e com as organizações internacionais, bem como uma coordenação e colaboração mais sólida no âmbito nacional entre as autoridades sanitárias e o poder legislativo.

70. Ainda na área da legislação relacionada com a saúde, a Repartição apoiou os esforços de El Salvador, Honduras e Paraguai para elaborar, examinar e atualizar a legislação relacionada com a reforma sanitária. Em Honduras, esse apoio incluiu uma nova estrutura legislativa para a proteção social na saúde, que integra diferentes profissionais da saúde em um único sistema, com um pacote uniforme de serviços garantidos para toda a população. Em El Salvador, a Repartição ajudou a atualizar a legislação sanitária básica do país, um processo que envolveu a elaboração de pelo menos três novas leis e um Código Sanitário reformulado. Apoio semelhante foi prestado ao Paraguai para atualizar seu Código Sanitário e reformar suas instituições de saúde, em particular aquelas relacionadas à regulação da saúde. A Repartição pretende usar as experiências desses países a fim de elaborar uma estrutura conceitual ampliada para a cooperação técnica legal futura em assuntos de saúde em toda a Região.

Recursos humanos em saúde

71. Durante o período de análise, a Repartição organizou uma série de consultas nos países para a determinação das prioridades a fim de fortalecer os recursos humanos para apoiar o progresso no sentido da saúde universal. As consultas produziram três principais orientações estratégicas: (1) o fortalecimento da capacidade de liderança e de governança das autoridades nacionais responsáveis pelos recursos humanos em saúde; (2) a garantia da equidade no provimento e na distribuição dos recursos humanos em saúde; e (3) a reorientação do treinamento de certas categorias de profissionais de saúde cuja colocação

na atenção primária à saúde está sendo proposta. Essas perspectivas foram discutidas e endossadas por representantes dos Estados Membros em uma reunião regional sobre os recursos humanos em saúde realizada em Buenos Aires, em setembro de 2015, a qual se concentrou nos novos desafios e nos desafios renovados para as equipes de saúde.

Melhoria da estrutura normativa para apoiar a saúde universal

O sistema regulador do Caribe

72. Como parte de sua cooperação técnica para fortalecer a capacidade reguladora nos Estados Membros da OPAS, a Repartição continuou apoiando o sistema regulador do Caribe (CRS, sigla em inglês), uma iniciativa sub-regional para criar um único ponto de acesso ao mercado farmacêutico da Comunidade do Caribe (CARICOM). Com base na antiga tradição da CARICOM de abordar as questões de saúde por meio da ação colaborativa, o CRS fornece um enfoque inovador concebido para aproveitar os recursos limitados dessa sub-região, fomentar a convergência e a transparência e criar um incentivo de mercado para que os fabricantes ofereçam produtos a todos os Estados da CARICOM.

73. Lançado no final de 2015 como um projeto-piloto da Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA, sigla em inglês), o CRS manteve inicialmente o foco no registro de medicamentos genéricos essenciais e prioritários, por meio de um procedimento abreviado de análise, e na potencialização das informações sobre o registro de produtos e a vigilância após a comercialização fornecidas pelas autoridades reguladoras nacionais de referência regional (ARNr) nos Estados Membros da OPAS, mas retendo ainda a soberania na tomada de decisão.

74. Para assegurar que o registro dos produtos seja acompanhado de uma rápida captação pelos Estados Membros da CARICOM, a Repartição se aliou à Health Canada e ao centro do instituto jurídico do Caribe em Barbados para criar um modelo de memorando de entendimento entre o CRS e os Estados Membros participantes. A Repartição também proporcionou oportunidades de capacitação, como um seminário sobre boas práticas de análise para CARICOM realizado em Trinidad e Tobago em março de 2016. As autoridades reguladoras nacionais da Argentina, do Brasil, do Canadá, da Colômbia, de Cuba, do México e dos Estados Unidos também proporcionaram um importante apoio a esses esforços.

75. A Repartição facilitou a concepção inicial e a formulação do CRS e apoiou sua execução a partir do momento em que foi formalmente aprovado pelos Ministros da Saúde da CARICOM na reunião do Conselho da CARICOM sobre o desenvolvimento humano e social (COHSOD, sigla em inglês), em 2014. Além de prestar cooperação técnica, a Repartição captou com êxito recursos de parceiros, inclusive da Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (FDA, sigla em inglês), da Health Canada e da Fundação de Bill e Melinda Gates. À medida que a

implementação do CRS continua, o modelo de organização proposto buscará sustentabilidade financeira por meio de um sistema de taxas cobradas dos usuários.

76. Trabalhando também para fortalecer a capacidade reguladora nacional, a Repartição facilitou o estabelecimento de um novo mecanismo regional para a harmonização e a convergência no intercâmbio de relatórios sobre produtos médicos, por meio do qual as autoridades reguladoras monitoram o desempenho e a segurança dos produtos médicos após a comercialização. Como parte dessa iniciativa, as autoridades reguladoras nacionais de 14 Estados Membros concordaram com o plano de continuarem agindo em colaboração nessa área durante o ano de 2016.

Comissão de Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas

77. Como parte de seu esforço por apoiar o progresso para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável referentes à equidade em saúde e, especialmente, à saúde universal, a Repartição lançou uma importante nova iniciativa em 2016 a fim de dar orientação e gerar evidências para que os Estados Membros da OPAS possam abordar os determinantes sociais da saúde e os temas transversais de gênero, etnia e direitos humanos. Essa nova Comissão de Equidade e Desigualdades em Saúde na Região das Américas foi lançada em um evento de alto nível na sede da OPAS em maio de 2016.

78. A Comissão reúne mais de uma dúzia de peritos internacionais de renome em políticas de saúde e determinantes sociais da saúde com o mandato de empreender a análise da equidade e das desigualdades em saúde nas Américas, o primeiro esforço integral dessa natureza para coletar as evidências das iniquidades em saúde na Região. A Comissão investigará como os fatores socioeconômicos e estruturais e a identidade influenciam a saúde nos países das Américas. O grupo recomendará ações concretas para a redução ou a eliminação das lacunas da equidade em saúde na Região. Espera-se que o relatório preliminar da Comissão seja publicado no início de 2017, e o relatório final em 2018.

Iniciativas de eliminação de doenças infecciosas

79. Além de seu apoio à resposta ao Zika e a outras emergências de saúde, a Repartição continuou prestando cooperação técnica e coordenação para o trabalho dos países de impulsionar a eliminação de outras doenças infecciosas. Durante o período de avaliação, foi registrado um progresso notável nos esforços regionais por eliminar o sarampo e a transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis e apoiar as iniciativas mundiais de erradicação da poliomielite.

80. No caso do sarampo, o surto mais recente da Região, no Ceará, Brasil, foi concluído em julho de 2015, menos de três meses após a reunião do Comitê de Especialistas Internacionais (CEI) para documentar e verificar o sarampo, a rubéola e a síndrome da rubéola congênita nas Américas, que declarou as Américas livres da

transmissão da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC). Embora o surto em curso no Brasil tenha impedido que o CEI fizesse uma declaração semelhante com respeito ao sarampo, em dezembro de 2015, o Comitê pôde examinar as evidências e confirmar que o surto de sarampo no Ceará, que durou 20 meses, havia sido interrompido. Dessas evidências constavam os dados estabelecidos dos laboratórios, da vigilância e da cobertura de vacinação, que haviam sido definidos como critérios essenciais para eliminação. Entretanto, o processo de comprovação exigia que o CEI esperasse mais 12 meses, contados a partir de 6 de julho de 2015, a data do último caso de sarampo endêmico registrado, para se ter certeza de que nenhum outro caso havia sido confirmado no Brasil durante esse período.

81. Para apoiar trabalho do CEI, a Repartição solicitou que os Estados Membros da OPAS fornecessem atualizações de seus relatórios de eliminação do sarampo para 2012-2015. Em junho de 2016, os funcionários da Repartição compilaram o material enviado pelos países em um relatório regional para a apresentação em agosto de 2016, durante o encontro dos membros do CEI com os técnicos dos Ministérios da Saúde e os presidentes das comissões nacionais de comprovação de países. A reunião examinaria as evidências atualizadas e determinaria a viabilidade de se declararem as Américas livres de sarampo em setembro de 2016.

Estágio final da erradicação da poliomielite

82. Tendo sido, em 1991, a primeira região da OMS a eliminar a poliomielite, a Região das Américas continuou apoiando as iniciativas mundiais de erradicação dessa doença. Atualmente, isso está sendo feito com o plano estratégico para a erradicação da poliomielite e estágio final 2013-2018, da iniciativa mundial de erradicação da poliomielite, a qual foi endossada pela Assembleia Mundial da Saúde.

83. Um componente central do estágio final é a retirada mundial de toda a vacina oral contra a pólio (VOP). Isso deve ser feito por um processo progressivo, em que os países que estão atualmente usando a VOP trivalente (poliovírus dos tipos 1, 2, e 3) farão a transição para a VOP bivalente (tipos 1 e 3), e todos os países que ainda não estão usando a vacina inativada (VIP) introduzirão pelo menos uma dose da VIP em suas rotinas de vacinação. De fevereiro de 2015 a abril de 2016, os 32 países e territórios da Região que ainda não estavam usando a VIP a introduziram em sua programação, e 36 fizeram a transição da VOP trivalente para a VOP bivalente como parte da mudança mundial de abril de 2016.

84. Um segundo componente fundamental do estágio final é a destruição ou a contenção de todos os poliovírus do tipo 2 (selvagem, Sabin e derivados da vacina) em estabelecimentos essenciais. O plano regional também requereu a contenção dos vírus selvagem do tipo 1 e 3. Em junho de 2016, 33 Estados Membros da OPAS, seis territórios do Reino Unido e três Membros Associados haviam apresentado seus relatórios sobre a destruição ou a contenção de todos os vírus da pólio, tanto os selvagens como os derivados da vacina. Espera-se que todos os Estados Membros da OPAS

apresentem relatórios sobre a contenção do poliovírus Sabin tipo 2 o mais tardar em agosto de 2016.

Eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis

85. Em meados de 2015, imediatamente após o sucesso de Cuba ao se tornar o primeiro país do mundo a validar a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis (TMI), vários outros países e territórios das Américas solicitaram oficialmente à Repartição que iniciasse o processo para validar essa eliminação dupla. Ao final de 2015, 17 países e territórios na Região estavam notificando dados compatíveis com as metas de eliminação dupla. Com uma nova abordagem para a validação em grupo, em curso no Caribe, esperava-se que pelo menos 10 países e territórios fossem validados antes do final de 2016.

86. O esforço de eliminação que levou a esses avanços foram empreendidos no âmbito do esquema da Estratégia e Plano de Ação da OPAS para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita, de 2010. Esses esforços tiveram um impacto direto no HIV perinatal e na sífilis congênita. Além disso, fortaleceram os programas de saúde materno-infantil, os sistemas de informação em saúde e a prestação de contas dos Estados Membros, com um aumento no número de países que forneciam dados anuais possibilitando que a Repartição monitorasse o avanço.

87. Devido a esses impactos positivos, e reconhecendo a sinergia entre esse esforço e os programas de saúde pública e as iniciativas relacionadas, a Repartição começou a elaborar uma segunda fase da iniciativa de eliminação dupla para cobrir outras infecções transmitidas de mãe para filho, como a hepatite B e a doença de Chagas. Essa iniciativa ampliada promoverá os esforços redobrados de eliminação da TMI como parte integrante dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Combate a doenças não transmissíveis e seus fatores de risco

88. A Repartição continuou seu apoio aos esforços dos Estados Membros para combater as doenças não transmissíveis (DNTs), que são a principal causa de morbidade, mortalidade e a deficiência nas Américas. De acordo com os dados do Banco de Dados de Mortalidade da OPAS, as DNTs causam 80% de todos os tipos de mortes na Região, e 35% dessas mortes são prematuras, ou seja, ocorrem em pessoas de 30 a 69 anos de idade.

89. Durante o ano em avaliação, os funcionários da Repartição empreenderam uma análise intermediária da implementação do Plano de Ação Regional para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (documento CD52/7, Rev. 1), que tem por objetivo reduzir as mortes causadas por DNT nas Américas em 15% até 2019. O relatório de avaliação observou um modelo estável, ou uma diminuição moderada na mortalidade precoce por DNT, em cerca de todos os países e territórios da Região. Porém, menos da

metade pareciam estar em dia para alcançar a meta de redução de 15%, com um progresso mais lento sendo observado na América Central e no Caribe.

90. Com base nas respostas do levantamento feito com os Ministérios da Saúde em 38 países e territórios na Região, a análise revelou que seria necessária uma ação intensificada em áreas-chave, particularmente com relação à formulação dos planos nacionais de DNT e da criação nacional de comissões multissetoriais. O relatório também instou a execução acelerada das intervenções da Convenções-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT) e outras para reduzir o consumo de produtos nocivos, como impostos novos ou mais elevados sobre bebidas alcoólicas e bebidas açucaradas, restrições à comercialização de alimentos e bebidas ultraprocessadas a crianças e limitações na comercialização de substitutos do leite materno.

91. Além disso, o relatório de avaliação instou os países a utilizarem o Fundo Estratégico da OPAS para obter acesso aos medicamentos essenciais para as DNTs, principalmente as de controle da pressão arterial e de prevenção de doença cardiovascular. O relatório foi examinado em junho de 2016 pelo 158ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS e recomendado para a inclusão na agenda do 55º Conselho Diretor.

92. A fim de gerar evidências para a formulação das políticas e a alocação de recursos para as DNTs nas Américas, a Repartição se associou à escola de saúde pública T.H. Chan School, da Universidade de Harvard para adaptar e aplicar o modelo EPIC da OMS para calcular o impacto das doenças na produção econômica global. A colaboração aplicou o modelo EPIC-H Plus da Harvard, que leva em consideração a morbidade (especificamente, os anos de vida ajustados por incapacidade - AVAI) e os custos das despesas com saúde para as DNTs e os transtornos mentais.

93. O modelo foi inicialmente aplicado na Costa Rica, na Jamaica e no Peru. Calculou-se que se não fossem tomadas medidas, o PIB perdido de 2015 a 2030 resultante das DNTs seria equivalente a 142% do PIB de 2013 da Costa Rica, 106% do PIB de 2013 da Jamaica e 243% do PIB de 2013 do Peru. Estes e outros resultados da colaboração foram apresentados no Fórum Econômico Mundial para a América Latina, em Medellín, Colômbia, em junho de 2016. A colaboração também proporcionou a elaboração de diretrizes para os países nas Américas calcularem estimativas semelhantes por conta própria, usando o modelo EPIC-H Plus, que será disponibilizado de forma gratuita como um bem público.

94. Uma das áreas de ação cruciais definidas no plano regional para as DNTs é o uso da política fiscal para reduzir os fatores de risco das DNTs, “tornando a opção saudável a opção fácil”. O aumento dos impostos especiais de consumo para os produtos nocivos pode desencorajar seu consumo e, portanto, diminuir os custos sanitários, gerando ainda novas rendas que podem ser usadas para a saúde e o desenvolvimento. Para capacitar o país a aplicar esse enfoque, a Repartição organizou seminários sub-regionais na América Central e do Sul, onde os funcionários dos Ministérios da Saúde e das Finanças trabalharam em conjunto a fim de elaborar cenários fiscais para reformar suas estruturas

tributárias do tabaco com vistas a alcançar tanto as metas de saúde com a de receitas. As oficinas resultaram em propostas de aumentos de impostos sobre o tabaco na Colômbia e no Peru e à criação de redes sub-regionais para discutir a harmonização tributária e as estratégias para eliminar o comércio ilícito de produtos do fumo.

95. Aproveitando a política fiscal para melhorar a prevenção e o controle das DNTs e seus fatores de risco, a Repartição publicou um relatório em 2015 documentando a experiência do México com a adoção de um imposto especial de consumo de 10% sobre as bebidas adoçadas em 2014. Esse relatório (em espanhol), intitulado [*Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública*](#), descreve como os defensores da iniciativa tributária conseguiram superar a oposição ativa da indústria de bebidas gaseificadas e seus aliados. O relatório cita resultados preliminares de um estudo realizado conjuntamente pelo Instituto Nacional de Saúde Pública do México (INSP) e a Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill (EUA), que revelou uma redução média de 6% nas vendas das bebidas taxadas durante o primeiro ano do imposto, em comparação com o ano anterior. A experiência do México informou esforços semelhantes em Barbados, Dominica e Equador, os quais implementaram impostos sobre refrigerantes em 2015 e 2016.

96. Como parte de seu apoio ao plano de ação regional para as DNTs, a Repartição também tem ajudado os países a usarem os levantamentos junto à população para reforçar a vigilância das DNTs e seus fatores de risco e os transtornos de saúde mental. Em 2016, a Repartição transformou em projeto-piloto o uso de duas novas tecnologias para coletar dados por meio de pesquisas domiciliares: computadores *tablets* com acesso a internet para a entrada de dados e dispositivos para medições bioquímicas que permitem um monitoramento mais preciso dos níveis de colesterol e diabetes. Ambos foram usados no Equador para a realização do levantamento STEPS da OMS no âmbito estadual. Essas novas tecnologias receberam avaliações positivas tanto do Ministério da Saúde como do Escritório Nacional de Estatística. A Repartição comprou um estoque desses dispositivos, os quais circularão por outros Estados Membros para uso em seus levantamentos nacionais.

97. Para apoiar à vigilância da DNTs, a Repartição desenvolveu melhor um pacote técnico para avaliar a capacidade do país de monitorar as DNTs e seus fatores de risco, identificar as lacunas do monitoramento, estabelecer prioridades e acompanhar o progresso no sentido dos compromissos mundiais e regionais referentes às DNTs. O pacote foi aplicado em países da sub-região andina em outubro de 2015 e proporcionou um insumo útil para a formulação de planos de melhoria da capacidade de vigilância das DNTs nos países. A Repartição se propõe a usar esse pacote em outras sub-regiões.

Abordagem de gênero, grupo étnico e saúde

98. Durante o período de notificação, a Repartição proporcionou know-how técnico e reforçou o apoio prestado aos Estados Membros em matéria de gênero, etnia e saúde. Os trabalhos na área específica de gênero e saúde foram possibilitados pela nova Estratégia e

Plano de Ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher, aprovada pelo o 54º Conselho Diretor da OPAS em outubro de 2015. Essa estrutura, a primeira do tipo em todas as regiões da OMS, adota uma abordagem de saúde pública para o problema da violência contra a mulher e fornece um guia aos sistemas de saúde para que desempenhem uma função primordial no trabalho multidisciplinar de prevenir essa violência e responder a ela. Sua elaboração foi produto de um processo participativo envolvendo mais de 100 representantes dos governos, da sociedade civil, das instituições acadêmicas, das organizações multilaterais e das agências das ONU.

99. O 54º Conselho Diretor também endossou novas prioridades para fazer avançar a igualdade de gênero na saúde, com base no Relatório sobre a Avaliação do Plano de Ação da Igualdade de Gênero 2009-2014. O relatório analisa o progresso, assim como os desafios remanescentes, no sentido da igualdade de gênero, com base em avaliações que os países fazem de si mesmos, e apresenta novas linhas de ação para guiar o trabalho futuro da Repartição nessa área. Delas constam a realização de pesquisas e a aplicação de metodologias inovadoras para abordar as desigualdades de gênero em saúde, a geração de evidências e análises de gênero específicas do setor e a abordagem de temas emergentes, como as preocupações de saúde das comunidades lésbicas, homossexuais, bissexuais e de pessoas trans (LGBT), assim como as masculinidades.

100. Para promover a geração de evidências, a Repartição publicou a sexta edição do compêndio estatístico intitulado “Gênero, saúde e desenvolvimento nas Américas”. Em abril de 2016, a Repartição convocou um grupo de especialistas para examinar um conjunto básico de indicadores referentes ao gênero e à saúde para as Américas como um todo, no âmbito da saúde universal e dos ODS. Os peritos da Repartição também ofereceram suas contribuições com relação a um conjunto de indicadores de igualdade de gênero para o Caribe (coordenado pela ONU Mulheres), os quais foram apresentados à Dominica, à Guiana, à Jamaica e ao Suriname para consulta e, posteriormente, à CARICOM para a validação e futura adoção por parte dos países do Caribe.

101. Em conformidade com o mandato da saúde universal da OPAS, os funcionários da Repartição trabalharam com a rede de saúde da mulher para a América Latina e Caribe (RSMLAC, sigla em inglês) para promover um debate sobre a saúde universal e suas implicações para as mulheres. A Repartição também deu orientação e contribuições sobre gênero e saúde universal à comissão técnica de gênero e saúde na América Central, um subgrupo da Comissão de Saúde do Conselho dos Ministérios da Saúde da América Central e da República Dominicana (COMISCA). Na Jamaica, a Repartição apoiou o treinamento para os funcionários do Ministério da Saúde sobre esses temas como parte dos esforços do país para alcançar a saúde universal.

102. A Repartição também prestou apoio no âmbito nacional, sub-regional e regional para ajudar os países a abordarem as notórias iniquidades étnicas em saúde que persistem em toda a Região. Por exemplo, na região do Chaco sul-americano, a Repartição prestou apoio técnico para uma oficina denominada “United to Action, Moving towards Universal Health in South American Chaco.” Representantes dos Ministérios da Saúde e

dos povos indígenas participaram deste fórum, que teve como importante resultado a formulação de um projeto internacional para promover a cobertura universal em saúde entre os povos indígenas. Também é importante ressaltar que, em âmbito global, a OPAS vem desempenhando um papel essencial na co-presidência do Grupo Interagencial sobre os Povos Indígenas do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a América Latina e Caribe. Um dos enfoques prioritários deste grupo e da cooperação técnica prestada pela Repartição é melhorar a disponibilidade e qualidade de dados sobre etnia e saúde.

103. Como parte dos esforços para promover a saúde das populações afrodescendentes, a Repartição participou de uma região técnica regional sobre a saúde dos afrodescendentes realizada em Cartagena, Colômbia, em novembro de 2015. Esta reunião proporcionou uma oportunidade singular de identificar e abordar as prioridades e desafios em saúde das populações afrodescendentes e de elaborar e implantar políticas e programas de saúde eficazes e com enfoque intercultural. Dando seguimento a esta reunião e no contexto da Década Internacional dos Afrodescendentes, a Repartição vem prestando apoio técnico ativamente para auxiliar o desenvolvimento de planos de ação sub-regionais para a saúde dos afrodescendentes.

104. Em dezembro de 2015, foi organizada uma Reunião Regional sobre Etnia e Saúde para os Ministros da Saúde, peritos internacionais e representantes das comunidades indígenas e afrodescendentes com o intuito de trazer à tona e discutir questões fundamentais para a abordagem das iniquidades étnicas em saúde. Esta reunião serviu de plataforma para discutir os próximos passos rumo à elaboração de uma Estratégia e Plano de Ação sobre Etnia e Saúde e para facilitar o diálogo do Plano de Ação Conjunta Brasil-Estados Unidos para a Eliminação da Discriminação Étnico-Racial. Ademais, sob a égide da Década Internacional dos Afrodescendentes, a Repartição apresentou ao Grupo de Trabalho da ONU sobre Afrodescendentes um relatório com os mais importantes achados relativos à saúde na Região. Em maio de 2016, a Repartição organizou dois eventos paralelos durante a 15ª Sessão do Fórum Permanente das Nações Unidas sobre Questões Indígenas em Nova York, a fim de destacar os desafios atuais ao avanço do direito à saúde dos povos indígenas.

105. O trabalho da Repartição em matéria de gênero, etnia e saúde foi fortalecido sobremaneira por melhoras na colaboração interprogramática entre as unidades técnicas responsáveis pela tuberculose, malária, redução de risco de desastres e saúde mental. Por exemplo, foi organizada uma reunião técnica com a comunidade Baramita da Guiana para abordar questões de saúde mental entre os habitantes indígenas, e as discussões emergentes foram utilizadas como base para elaborar um plano de ação. No Equador, a Repartição prestou cooperação técnica para reduzir a mortalidade materna com ênfase nos povos indígenas do país.

Capítulo III. Desenvolvimento institucional

Primeira avaliação conjunta de programas por parte do país-Repatrição

106. Várias iniciativas e realizações no nível institucional contribuíram para melhorar a eficiência, a eficácia e a responsabilidade das operações da Repatrição durante o ano em avaliação. Uma das mais notáveis foi a avaliação conjunta de fim do biênio realizada pela Repatrição e pelos Estados Membros da OPAS, o primeiro processo desse tipo a ser empreendido em qualquer região da OMS. Esse exercício proporcionou uma oportunidade única à Repatrição e aos Ministérios da Saúde dos Estados Membros para examinar conjuntamente os ganhos da saúde pública, bem como as lacunas, os desafios, as oportunidades e as lições aprendidas com o plano de trabalho bienal 2014-2015. Essa avaliação cobriu a implementação do Programa e Orçamento 2014-2015 e dos dois primeiros anos do atual Plano Estratégico. A avaliação foi facilitada mediante o lançamento do novo sistema de monitoramento do Plano Estratégico da Repatrição, elaborado em colaboração com os Estados Membros e formalmente aprovado por eles como parte do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019.

107. A avaliação conjunta começou em novembro de 2015 com as avaliações no nível nacional, as quais foram posteriormente validadas pelos técnicos da Repatrição e consolidadas em resultados de toda a Organização. Os resultados da avaliação revelaram que 90% dos indicadores de resultado do Plano Estratégico da OPAS estavam no rumo certo para serem alcançados em 2019, e todos os 114 resultados esperados no Programa e Orçamento 2014-2015 haviam sido plenamente ou parcialmente alcançados. Os resultados completos foram apresentados no relatório preliminar da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento 2014-2015/Primeiro relatório provisório sobre o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, o qual foi examinado pelo 158^a Sessão do Comitê Executivo em junho de 2016.

108. Houve 100% participação na condução dessa primeira avaliação conjunta, com o envolvimento de todos os 51 países e territórios da Região. Os Estados Membros da OPAS recomendaram que a experiência fosse compartilhada com a OMS e outras regiões da OMS como uma boa prática de transparência, responsabilidade e informação.

Envolvimento dos Estados Membros com as reformas da OMS

109. O processo de reforma da OMS em curso, lançado em 2011 atendendo às necessidades em transformação da liderança global de saúde pública, continuou avançando durante o período deste relatório. Várias questões críticas para a OPAS e seus Estados Membros relacionadas às reformas da OMS constaram da agenda da 69^a Assembleia Mundial da Saúde. Nessa expectativa, e em preparação para essa realização, a Diretora da OPAS iniciou e manteve um diálogo próximo com os Estados Membros durante os meses antes da Assembleia, a fim de mantê-los plenamente informados sobre os novos acontecimentos; buscar seu feedback sobre as questões críticas; e prestar assessoria sobre o processo e suas implicações para a OPAS, na condição de Escritório

Regional da OMS para as Américas. Fizeram parte dessa ação proativa as orientações nas reuniões de gerentes sub-regionais da OPAS, reuniões dos Órgãos Diretores da OPAS, e outras sessões virtuais, juntamente com o apoio a vários Estados Membros da OPAS que tiveram um papel central nas negociações mundiais conduzindo ou participando dos Grupos de Trabalho da OMS.

110. Muitas das reformas contempladas pela OMS já haviam sido adotadas pela OPAS em anos recentes, mesmo antes de sua implementação na Sede da OMS. Por exemplo, a OPAS já havia introduzido as reformas nas áreas de programas, gestão e orçamento. Durante esse período de análise, três temas especialmente importantes para a OPAS e seus Estados Membros foram promovidos: *a)* proposta de reforma da estrutura de governança da OMS, *b)* proposta de nova estrutura para a colaboração com atores não estatais (FENSA, sigla em inglês), e *c)* criação de um novo programa de emergência de saúde da OMS.

111. Constavam dessas três propostas novas linhas de comando e responsabilidade, o que suscitava a possibilidade real de graves desafios para a estrutura constitucional da OPAS. Essa estrutura, que estabelece a OPAS como o organismo especializado para a saúde no âmbito do Sistema Interamericano, também afirma a OPAS como uma entidade independente, a qual juntamente com seu Diretor, presta contas diretamente aos Estados Membros das Américas. Considerando essa condição especial, que é única entre as Repartições Regionais da OMS, a Repartição e os Estados Membros da OPAS apresentaram suas contribuições às negociações, enfatizando a importância de se alinhar a OPAS com as novas reformas, de maneira que fortalecesse a tomada de decisão e a transparência no âmbito mundial, respeitando simultaneamente a condição da OPAS de organização internacional independente.

112. Com respeito às reformas de governança da OMS, os Estados Membros da OPAS apoiaram as recomendações propostas referentes a uma maior coordenação regional com a OMS nas áreas de administração, transparência e alinhamento, mas também sublinhou a importância das especificidades regionais.

113. Nas negociações sobre a FENSA, os delegados das Américas enfatizaram que a OPAS tem desde 2005 suas próprias diretrizes para colaborar com atores não estatais, inclusive com o setor privado, ONGs, fundações e instituições acadêmicas. No entendimento de que a FENSA forneceria um meio adicional para assegurar o engajamento com os atores não estatais, utilizando um enfoque responsável, executável e equilibrado sem comprometer a independência, a credibilidade ou a reputação da Organização, a Repartição submeterá a FENSA à consideração dos Órgãos Diretores da OPAS, de acordo com situação jurídica da OPAS.

114. A respeito do novo programa de emergência de saúde da OMS, os Estados Membros da OPAS apresentaram uma declaração conjunta à 69^a Assembleia Mundial da Saúde expressando seu apoio ao novo programa e ao mesmo tempo reconhecendo que o Departamento de Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres da

OPAS foi extremamente eficaz na resposta a emergências e desastres na Região das Américas, com base em suas experiências adquiridas, competências aperfeiçoadas e lições aprendidas desde 1976. Os países enfatizaram que seu apoio ao novo programa de emergência de saúde da OMS supõe que o programa regional da OPAS continuará respondendo plenamente às necessidades dos Estados Membros nas Américas, ainda que trabalhe em coordenação com o programa da OMS.

115. Os insumos proativos da Repartição e dos Estados Membros da OPAS tiveram um impacto favorável nos resultados da 69^a Assembleia Mundial da Saúde, com a aprovação da FENSA por consenso, a criação do novo programa de emergência de saúde da OMS e as reformas à governança da OMS. Espera-se que os Órgãos Diretores da OPAS aprofundem a discussão sobre essas ações e suas ramificações regionais na sessão do 55^o Conselho Diretor de OPAS, 68^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, em setembro de 2016.

Parceria entre Fundo Estratégico da OPAS e o Fundo Global

116. Tanto o Fundo Rotativo para Compras de Vacinas (criado em 1977) como o Fundo Estratégico para Provisões de Saúde Pública (criado em 2002) têm obtido um enorme êxito desde sua criação por meio de um sistema de consórcio regional para compras, melhorando o acesso dos Estados Membros da OPAS a vacinas, outros medicamentos e provisões para a saúde.

117. Um novo acordo assinado em março de 2015 com o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária ajudou a Repartição a expandir consideravelmente suas compras de medicamentos de alto custo em nome dos Estados Membros da OPAS. Esse novo acordo dá ao Fundo Estratégico e ao Fundo Rotativo da OPAS acesso ao consórcio para as compras do Fundo Global. Semelhante ao Fundo Estratégico e ao Fundo Rotativo da OPAS, o mecanismo do Fundo Global utiliza a compra em conjunto para criar acesso a medicamentos e provisões médicas a preços baixos, consolidando a demanda, mas nesse caso, em escala global.

118. O mecanismo de consórcio do Fundo Global atende às principais questões relacionadas a compras, assegurando inclusive a disponibilidade ininterrupta de provisões, a qualidade e a segurança do produto e a negociação de preços atraentes. Com esse novo acordo, o Fundo Estratégico obteve medicamentos a preços nitidamente reduzidos, em alguns casos de até um décimo do preço anteriormente pago pelos Estados Membros da OPAS. Também se espera que esse novo arranjo resulte, entre outras coisas, em um melhor desempenho dos vendedores, o qual será conjuntamente medido pela Repartição e pelo Fundo Global, assim como um acesso mais rápido a medicamentos de preços atraentes em situações de necessidade urgente.

Sistema de Informação para Gestão da RSPA e melhorias de TI

119. A Repartição continuou fomentando a execução do novo Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS, sigla em inglês) durante o ano em avaliação. A fase 2 do sistema, que cobre as funções financeiras e orçamentárias e compras, foi testada de julho a novembro de 2015, com o treinamento do pessoal sendo realizado de setembro a dezembro. Tal como programado, a fase 2 foi plenamente ativada no início de janeiro de 2016, juntamente com o centro de apoio que atende ao pessoal em toda a Repartição. O lançamento da segunda fase do PMIS apresentou desafios e requer um investimento considerável de tempo e esforço por parte de muitos funcionários da Repartição. No entanto, em termos gerais, o lançamento foi realizado com uma interrupção relativamente mínima da execução dos programas técnicos e das operações diárias da Repartição, embora algumas questões tenham ainda que ser resolvidas, e o treinamento ainda esteja em curso. Essa experiência contrasta de maneira marcante com a de muitas grandes organizações internacionais que implantaram novos sistemas de planejamento de recursos institucionais e demonstra o bom planejamento e os esforços extraordinários dos funcionários da Repartição envolvidos.

120. Paralelamente à implantação do PMIS, a Repartição também empreendeu o lançamento da nova Estratégia de Tecnologia da Informação, a qual foi aprovada em 2015. A estratégia de TI define cinco áreas de foco: o apoio a programas técnicos, o apoio às representações nos países, o PMIS, a inovação em TI e a manutenção de operações de TI estáveis. Os destaques da implementação da estratégia foram o lançamento de um novo sistema de comprovação de faturas para o projeto Mais Médicos no Brasil; melhorias no Banco de Dados de Mortalidade da OPAS; uma avaliação da Plataforma de Informação em Saúde da OPAS (PLISA, sigla em espanhol); e a implementação de uma ferramenta de vigilância de vacinas e uma nova aplicação para a dengue que permitirá que os países transmitam seus dados de vigilância à PLISA usando um formato padronizado.

121. Além disso, nas representações nos países, a largura de banda da Internet foi ampliada para melhorar a conectividade dos escritórios à nuvem e aos sistemas da Sede, os telefones e a infraestrutura dos servidores foram modernizados e diversos computadores de mesa foram substituídos. Na área de inovação, foi instituído um novo Sistema da Solicitação de Serviço baseado na nuvem, a fim de apoiar os usuários e os sistemas em toda a Repartição, e foi criado um novo sistema sem impressão em papel, com computadores *tablet*, para conferências e reuniões. Essa nova modalidade foi iniciada nos Órgãos Diretores da OPAS durante a 158^a Sessão do Comitê Executivo.

122. Além disso, a segurança da Internet na Sede foi melhorada com um novo software de monitoramento e filtragem de conteúdo Web e *firewall* de última geração. Por fim, a rede foi melhorada para aumentar a velocidade de transmissão de dados e a resposta dos aplicativos, com o aperfeiçoamento também dos sistemas de *backup* e de recuperação de dados.

Melhoria do ambiente de trabalho

123. Um acontecimento importante na área de recursos humanos foi o lançamento em julho de 2015 da iniciativa Respeito no Local de Trabalho, um empreendimento da Repartição para fomentar um clima de respeito e inclusão em toda a instituição. Conduzida pelo Escritório do Mediador, a iniciativa incorpora os esforços anteriores liderados pela Associação do Pessoal da OPAS em 2012, pelo Departamento de Gestão de Recursos Humanos (HRM, sigla em inglês) em 2013 e pela campanha “A gentileza contagia”, realizada pelo Programa Especial sobre o Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde (SDE, sigla em inglês) em 2014.

124. Elaborada por meio de um processo participativo que incluiu grupos de trabalho interdepartamentais com a representação da Associação do Pessoal da OPAS, a iniciativa teve três objetivos abrangedores: *a)* aumentar a conscientização e promover a importância da responsabilidade individual para criar um ambiente de trabalho respeitoso; *b)* fornecer informações e ferramentas básicas necessárias para criar uma cultura de respeito que promova a confiança, a responsabilidade, a prestação de contas, o respeito mútuo e a comunicação aberta, aceitando a dignidade e a diversidade dos indivíduos; e *c)* aumentar o conhecimento por parte do pessoal sobre os diferentes mecanismos e instâncias para abordar as preocupações do local de trabalho.

125. A execução de primeira fase da iniciativa começou em 2015-2016. Consistiu em uma campanha de sensibilização para incentivar o pessoal a contribuir para um ambiente geral de trabalho produtivo e propício, com ênfase na prevenção e na resolução precoce de conflitos usando recursos institucionais disponíveis. Em colaboração com o Escritório de Ética da Repartição, foi criado um novo curso de ensino eletrônico, que se centra nos princípios definidos no Código de Princípios Éticos e de Conduta da Repartição, na Política sobre a Prevenção e a Resolução do Assédio no Local de Trabalho e na Tolerância Zero para Fraude e Corrupção, entre outros. O objetivo do curso é ilustrar como o respeito mútuo e as relações de trabalho amistosas podem produzir um ambiente de trabalho mais produtivo e eficaz.

126. Em uma atividade relacionada, o Escritório de Ética elaborou uma nova pesquisa de opinião sobre o clima ético e o ambiente de trabalho da Repartição. A finalidade da pesquisa consiste em avaliar o ambiente de trabalho em diferentes escritórios de Repartição e determinar o grau de consciência do pessoal sobre as políticas e os recursos que constituem o Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS (ICMS, sigla em inglês). Essa pesquisa também mede o quanto as pessoas se sentem à vontade trabalhando na OPAS e se consideram que o seu trabalho é valorizado. Os resultados da pesquisa serão usados para identificar áreas específicas de preocupação que requerem mais atenção.

Capítulo IV. Conclusões e o caminho adiante

127. O período em avaliação, de meados de 2015 a meados de 2016, foi marcado por inúmeros avanços dos quais a Repartição deve estar justificadamente orgulhosa, assim como por numerosos desafios, alguns dos quais foram resolvidos com êxito, enquanto outros ainda estão sendo trabalhados. Na categoria dos avanços, respondemos vigorosamente e exercemos forte liderança e coordenação dinâmica, juntamente com nossos Estados Membros e parceiros capazes, a fim de administrar eficazmente a epidemia emergente do vírus Zika e seus desafios persistentes. Essa dura prova demonstrou claramente o melhor da solidariedade pan-americana.

128. Uma das lições aprendidas mais importantes da experiência com o Zika foi a necessidade imperativa de ação e comunicação sólidas e inequívocas em saúde pública, mesmo contando com evidências científicas limitadas. Aprendemos que nesse ato de equilíbrio delicado, deve-se dar mais peso à proteção do mais vulnerável, de uma maneira que seja fundamentada pela melhor evidência disponível. A epidemia de Zika tem até agora confirmado essa abordagem geral.

129. Também respondemos a pelo menos nove emergências que não foram surtos, inclusive um terremoto grave, uma situação de migração fora do controle e vários fenômenos adversos relacionados ao clima. Embora esses eventos tenham ocorrido durante a epidemia Zika, conseguimos liderar, coordenar, responder e administrar com agilidade—fortalecidos pelo apoio colaborativo de nossos Estados Membros e numerosos parceiros. Nossas capacidades nesta área estão ancoradas em uma extraordinária experiência e nos conhecimentos especializados que adquirimos durante os últimos 40 anos, tanto no âmbito nacional como na Sede, com base em lições aprendidas respondendo a desastres e cuidando de sua gestão.

130. Nossa cooperação técnica na área do Regulamento Sanitário Internacional melhorou as capacidades centrais dos Estados Membros. Reconhecemos, no entanto, que o RSI deve estar ancorado em sistemas nacionais de saúde fortes e resilientes para garantir uma resposta eficaz de emergência.

131. A fim de contar com esses sistemas de saúde fortes e resilientes, os Ministérios da Saúde são obrigados a desempenhar as funções essenciais da saúde pública, principalmente aquelas relacionadas à governança e à gestão, garantindo o financiamento sustentável e o alcance universal. Os recursos humanos devem ser capacitados e adequados para sua finalidade; existir em número suficiente, inclusive com pessoal de reserva; e devem estar equitativamente distribuídos nas diversas áreas geográficas. A Secretaria continua comprometida a ajudar os Estados Membros a atingirem essas metas de curto prazo.

132. Nossos esforços no sentido da eliminação do sarampo e da transmissão vertical de HIV e sífilis progrediram visivelmente durante o ano examinado. Reorientamos o diálogo sobre o financiamento dos sistemas de saúde, a fim de apresentar aos Estados Membros

mais evidências e opções que levem em conta suas realidades econômicas no contexto financeiro mundial e regional. Melhoramos nossa cooperação técnica na área de prevenção e controle das DNTs mediante um exame mais minucioso de seu impacto no PIB nacional.

133. Continuamos a construir os pilares para nosso trabalho futuro com os Estados Membros rumo aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a saúde, ao mesmo tempo trabalhando com uma comissão recentemente constituída para gerar evidências a fim de abordar os determinantes sociais da saúde e os temas transversais de gênero, direitos humano e etnia. Colocaram-se em andamento novas iniciativas promissoras para que a Repartição e a Região, como um todo, adotem as medidas necessárias para medir e alcançar os ODS relacionados com a saúde.

134. Olhando adiante, reconhecemos que nosso trabalho relacionado com o vírus Zika continuará sendo uma parte substancial de nossa agenda inconclusa durante muitos anos, ou pelo menos até uma vacina segura, acessível e eficaz ser produzida. A pesquisa em curso será necessária para elucidar melhor várias questões, como outras vias de transmissão do Zika que não precisam de um vetor e a patogenia da doença resultante. O surto de Zika também demonstrou claramente a necessidade de redobramos nossos esforços de cooperação técnica para aumentar consideravelmente o acesso a serviços integrais de saúde sexual e reprodutiva nos Estados Membros da OPAS.

135. Nossos esforços por promover a saúde universal mediante a eliminação dos pagamentos dos pacientes no ponto do serviço devem ser apoiados firmemente não apenas pelos Ministérios da Saúde como também pelas organizações multilaterais associadas, já que a perpetuação dessas práticas pode ter repercussões bastante negativas no acesso a serviços de saúde, particularmente para as pessoas que vivem em condições de vulnerabilidade.

136. Outro grande desafio, tanto para a Repartição como para os Estados Membros, é encontrar a melhor forma de se contrapor à influência das indústrias (tabaco, bebidas alcoólicas, alimentos ultraprocessados e bebidas açucaradas) que podem ser afetadas pelos esforços nacionais de fortalecimento da capacidade regulatória. Essas indústrias, as quais são geralmente conglomerados globais financeiramente poderosos e politicamente influentes, procuraram influenciar a elaboração de leis, normas e regulamentações que poderiam reduzir os fatores de risco das DNTs.

137. Concluindo, a Repartição demonstrou inequivocamente seu valor, que se adiciona aos esforços dos Estados Membros para melhorar a saúde e o bem-estar de suas populações. Demonstramos liderança em nossa cooperação técnica, não só com nossos programas de trabalho acordados, como também na resposta às muitas emergências imprevistas com as quais fomos confrontados durante o período de 2015-2016. Oferecemos assessoria técnica especializada com base nas experiências e lições aprendidas durante muitas décadas e captamos com êxito recursos adicionais para apoiar as respostas de emergência.

138. Diante dessa nova era da Agenda de Desenvolvimento Sustentável, continuaremos a demonstrar liderança visionária na saúde pública, ampliando nossas parcerias que agregam valor e estendem o alcance de nossa cooperação técnica e aumentando nossa participação e diálogo com os Estados Membros para assegurar que nosso trabalho continue centrado, relevante e atendendo a suas necessidades.

Siglas e abreviaturas

ARNr	Autoridade reguladora nacional de referência regional
AVAI	anos de vida ajustados por incapacidade
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CARICOM	Comunidade do Caribe
CARPHA	Agência de Saúde Pública do Caribe
CD	Conselho Diretor da OPAS
CDC EUA	Centros para controle e prevenção de doenças dos Estados Unidos
CE	Comitê Executivo da OPAS
CEI	Comitê de Especialistas Internacionais
CEPAL	(Nações Unidas) Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CERF	(Nações Unidas) fundo central de resposta a emergências
CICOM	unidade de informação e coordenação médica das equipes de emergência
COE	Centro de operações de emergência
COMISCA	Conselho dos Ministérios da Saúde da América Central e da República Dominicana
CQCT	(OMS) Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
CRS	Sistema regulador do Caribe
DFATD	Departamento de Negócios Estrangeiros, Comércio e Desenvolvimento (Canadá)
DNTs	doenças não transmissíveis
DPDI	Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido
ECHO	Ajuda Humanitária e Proteção Civil da União Europeia
EMT	equipe médica da emergência
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EUA	Estados Unidos da América
FCE	(OMS) Fundo de contingência para emergências
FDA	(EUA) Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos
FENSA	Estrutura para a colaboração com atores não estatais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GAC	Assuntos Mundiais do Canadá
GOARN	Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos
GTA-ESP	Grupo Técnico Assessor em Entomologia de Saúde Pública
GTR	Grupo de Trabalho Regional para a Redução de Mortalidade Materna
HRM	(OPAS) Gestão de Recursos Humanos
IARC	Centro Internacional de Pesquisa sobre o Câncer

ICMS	(OPAS) Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos
IMS	Sistema de gestão de incidentes
INEVH	Instituto Nacional de Doenças Virais Humanas (Brasil)
INSP	Instituto Nacional de Saúde Pública (México)
KAP	conhecimento, atitudes e práticas
LACFORUM	Fórum Econômico Internacional da América Latina e do Caribe
LGBT	lésbicas, homossexuais, bissexuais e pessoas trans
MSPP	Ministério de Saúde Pública e População (Haiti)
OAR	Operações de Alerta e Resposta
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OCHA	Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSEN	Oscilação sul do El Niño
PCB	bifenil policlorado
PLISA	(OPAS) Plataforma de Informação em Saúde
PMIS	Sistema de Informação para a Gestão da RSPA
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
RELDA	Rede de Laboratórios de Dengue das Américas
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSMLAC	Rede de saúde de mulher para a América Latina e o Caribe
RSPA	Repartição Sanitária Pan-Americana
SCZ	síndrome congênita do Zika
SDE	(OPAS) Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde
SEN	Secretaria Nacional de Emergência (Paraguai)
SGB	Síndrome de Guillain-Barré
SRC	síndrome da rubéola congênita
TI	tecnologia da informação
TMI	transmissão materno-infantil
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

VOP vacina oral contra a pólio
VPI vacina inativada contra a pólio

Agradecimentos

A Repartição Sanitária Pan-Americana agradece o apoio de seus Estados Membros mediante suas cotas e as generosas contribuições voluntárias dos governos, organismos e instituições, a saber:

Agência de Saúde Pública do Caribe
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
Agência Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento
American Dental Association
American Heart Association
Assuntos Mundiais do Canadá
Banco Interamericano de Desenvolvimento
Banco Mundial
CBM Latin America Regional Office
Center for Public Service Communications
Centros para controle e prevenção de doenças dos EUA
Colgate Palmolive Company
Comissão Europeia
Conselho Nacional da Pecuária de Corte do Brasil
Corporação Andina de Fomento
Departamento de Negócios Estrangeiros, Comércio e Desenvolvimento do Canadá
Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários
Estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução de Desastres
Fundação Antioquia University
Fundação Bill e Melinda Gates
Fundação da OPAS
Fundação das Nações Unidas
Fundação Mérieux
Fundação Rockefeller
Fundação Sanofi Espoir
Fundo das Nações Unidas para a Infância
Fundo das Nações Unidas para a Segurança Humana
Fundo de População das Nações Unidas
Fundo Distrital de Saúde - Departamento de Saúde de Bogotá
GAVI Alliance
Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria
Governo da Argentina
Governo da Austrália
Governo da Bolívia
Governo da Colômbia
Governo da Costa Rica
Governo da Espanha
Governo da Guatemala
Governo da Guiana

Governo da Itália
Governo da República da Coreia
Governo da República Dominicana
Governo da Venezuela
Governo das Bahamas
Governo de Belize
Governo de El Salvador
Governo de Honduras
Governo do Brasil
Governo do Equador
Governo do México
Governo do Panamá
Governo do Paraguai
Governo do Peru
Governo do Reino Unido
Governo do Uruguai
International Agency for the Prevention of Blindness
International Development Research Centre
Japan Center for International Exchange
London School of Economics
MAC AIDS Fund
National Foundation for the Centers for Disease Control and Prevention, Inc.
Orbis International
Parceria das Nações Unidas para Promover os Direitos dos Deficientes
Population Services International
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
Project High Hopes Global
Public Health Agency of Canada
Rad Aid International
Sabin Vaccine Institute
Standards and Trade Development Facility
Task Force for Global Health
Texas Children's Hospital
Vaccine Ambassadors
Washington University
