

53º CONSELHO DIRETOR

66ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014

Tema 8.6 da Agenda Provisória

CD53/INF/6

18 de agosto de 2014

Original: inglês/espanhol*

RELATÓRIOS DE PROGRESSO SOBRE ASSUNTOS TÉCNICOS

ÍNDICE

A.	Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática	2
B.	Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas	6
C.	Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave	10
D.	Situação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	18
E.	Eliminação de Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas à Pobreza.....	25
F.	Plano de Ação para Hospitais Seguros	31
G.	Situação dos Centros Pan-Americanos	34

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

A. ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO SOBRE MUDANÇA CLIMÁTICA

Antecedentes

1. Este relatório contém uma atualização do progresso conseguido durante os dois primeiros anos da implantação da Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática (1). O relatório foca no progresso em direção aos quatro objetivos gerais: evidências; conscientização e educação; parcerias; e adaptação. O relatório é baseado nas conclusões de duas oficinas-chave que abordaram a implantação da Estratégia e do Plano de Ação no final de 2013: uma realizada no México, para todos os países na Região, com 24 países participantes; e a outra, em Barbados, para o Caribe, com 14 países participantes. O relatório também recorre às informações de um questionário enviado aos países com respeito à sua execução das ações (18 respostas até o momento). Tudo isto combinado resulta em informações recebidas de 33 países.

Atualização do Progresso

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

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

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

Programa das Nações Unidas para o Meio-Ambiente (PNUMA) e o Instituto Nacional de Saúde Pública do México. O trabalho teve início com seminários on-line.

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

6. **Adaptação** (*Apoiar a avaliação da vulnerabilidade da população à mudança climática e identificar intervenções para adaptação*): A OPAS apoiou os países nas suas avaliações de vulnerabilidade sob diferentes projetos e com outros parceiros. Vários países incluem saúde em seus planos de adaptação nacionais e alguns completam ou começam planos de adaptação específicos do setor da saúde. A OPAS vem contribuindo para o trabalho do recém-criado escritório conjunto OMS/Organização Meteorológica Mundial para clima e saúde com projetos-pilotos regionais.

Ações Necessárias para Melhorar a Situação

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

Ação pelo Conselho Diretor

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

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

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

Referências

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

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

Introdução

1. Neste relatório são apresentadas aos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) as evidências relacionadas à interrupção da circulação endêmica dos vírus do sarampo e da rubéola em os países das Américas. Também se expõe o progresso na implementação do Plano de Ação para manter a eliminação nas Américas.

Antecedentes

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

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

Análise da situação

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

5. Cada comissão nacional avaliou e aprovou os relatórios sobre a eliminação, que forma enviados ao CIE, através da OPAS/OMS. Estes relatórios foram analisados pelo CIE. As observações feitas foram enviadas aos países a fim de que fosse melhorada a versão final.

6. Os membros do CIE visitaram oito países a fim de analisar o progresso realizado e identificar desafios para manter a eliminação. Além disso, os países que apresentaram surtos sustentados de sarampo no período 2011-2014 ou que identificaram casos

esporádicos de rubéola em buscas retrospectivas receberam um seguimento especial com as autoridades nacionais.

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

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

- a) Os Estados Membros documentaram o último caso de transmissão endêmica de sarampo e de rubéola nos seus países e territórios. Não foram notificados casos endêmicos de sarampo entre 2002–2013 nos países e territórios. Os últimos casos endêmicos de rubéola e SRC na Região ocorreram nos dias 3 de fevereiro de 2009 e 26 de agosto de 2009, respectivamente. O último caso endêmico de SRC ocorreu em uma criança nascida no dia 26 de agosto de 2009.
- b) Entre 2003 e 2013 foi notificado um número historicamente baixo de casos de sarampo associados à importação nas Américas. Estes casos importados foram notificados associados com extensos surtos de sarampo na Europa e África.
- c) Tem sido pequeno o número de casos de rubéola associados com a importação notificados no período 2009–2013. Em relação à SRC, foram notificados em 2012 três casos associados à importação.
- d) No período 2009-2013, em média, a Região atingiu quatro dos cinco indicadores de vigilância epidemiológica¹ (>80%) de maneira sustentada (entre 83% e 91%).
- e) Devido à heterogeneidade entre os países e internamente em um mesmo país, para o firme cumprimento dos indicadores de vigilância, no período 2010–2013, 16 de 23 países com comissões nacionais fizeram buscas ativas institucionais e comunitárias para documentar a ausência de casos de sarampo e de rubéola no próprio território. Não se confirmou nenhum caso de sarampo ou rubéola.
- f) No mesmo período e com a finalidade de documentar a ausência de casos de SRC, 16 de 23 países que têm comissões nacionais fizeram buscas retrospectivas de casos suspeitos, usando várias fontes de informação. Não se confirmou nenhum caso de SRC.

¹ Os indicadores são os seguintes: percentual de unidades que notificam semanalmente, percentual de casos com investigação adequada (indicador composto pelo percentual de casos com visita domiciliar nas primeiras 48 horas após o caso ser notificado e percentual de casos com os seguintes 8 dados completos), percentual de casos com amostras de sangue adequadas, percentual de amostras de sangue que chegam ao laboratório nos primeiros 5 dias e percentual de resultados laboratoriais informados em menos de 4 dias.

- g) O genótipo D9 foi isolado no último surto endêmico de sarampo notificado na Colômbia e Venezuela em 2002. No período 2009–2013, os genótipos D4 e D8, que circulam predominantemente na Europa, foram encontrados em 88% dos surtos, enquanto que o genótipo B3, que circula predominantemente na África, foi identificado no surto de maior duração (Equador 2011-2012).
- h) O genótipo 2B do vírus da rubéola foi identificado nos surtos endêmicos mais recentes notificados no Chile e na Argentina em 2008–2009. No período 2009-2013, os genótipos 1E, 1G, 1J e 2B notificados foram associados a casos importados.
- i) Os países apresentaram uma análise para demonstrar que todas as coortes com 40 anos de idade ou menos foram vacinadas contra sarampo e rubéola. Entre 1994 e 2013, cerca de 500 milhões de pessoas foram vacinadas em campanhas para pôr a vacinação em dia (menores de 15 anos), completar o calendário de vacinação (em geral crianças de 1 a 4 anos) e reforço (em geral pessoas com 20 a 39 anos).

9. Os dados epidemiológicos mais recentes apontam para a reintrodução do vírus do sarampo em dois estados do Brasil, em circulação por mais de um ano (2013–2014). **O CIE aguarda que este surto seja controlado para declarar a eliminação do sarampo nas Américas.** A eliminação da rubéola e SRC tem sido mantida nas Américas.

10. O Brasil realizou uma campanha de vacinação para o sarampo direcionada a crianças menores de 5 anos e intensificou as atividades de vacinação nos grupos vulneráveis nos estados afetados e aumentou a vigilância. Outras atividades estão planejadas e a OPAS apoiará aos esforços para conter o surto.

Sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e SRC

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

12. Para manter a eliminação, faz-se necessária a cobertura de 95% ou mais com duas doses de SRP ou SR² ao nível municipal. Visando atingir a mais alta cobertura possível com a SRP2, em 2013, o Grupo Técnico Assessor (GTA) em Doenças Preveníveis por Vacinação recomendou aplicar a SRP2 aos 15–18 meses de idade simultaneamente com outras vacinas do esquema corrente. As campanhas para *completar* o calendário de vacinação devem somente ser adiadas se for garantida cobertura de 95% ou mais com duas doses de SRP em todos os municípios. Cinco países organizaram campanhas para completar o calendário de vacinação entre 2012 e 2013, sendo que oito países farão campanhas semelhantes entre 2014 e 2015.

² SRP (tríplice viral): vacina contra sarampo, rubéola e caxumba.
SR (dupla viral): vacina contra sarampo e rubéola.

13. O CIE reconhece os esforços dos Estados Membros em fortalecer os seus sistemas de vigilância para minimizar a importação de casos de sarampo ou de rubéola e manter concomitantemente a situação de eliminação. Como evidenciado pela ausência da transmissão do sarampo após a realização de eventos de massa internacionais (por exemplo, a Copa do Mundo de Futebol 2014 no Brasil e a Copa do Mundo Sub-20 na Colômbia).

Chamado à ação (próximos passos)

14. O CIE reconhece o sucesso da eliminação do sarampo e da rubéola nas Américas e faz um apelo aos Estados Membros e aos parceiros estratégicos para que prossigam com seus esforços para manter a eliminação. Para tal, e em vista dos surtos recentes, solicita-se aos Estados Membros a:

- a) Garantir a implementação de ações para manter a eliminação e integrá-las progressivamente aos seus planos anuais de imunização.
- b) Continuar a dar apoio à implementação das estratégias de vacinação (programa de rotina, campanhas para completar o calendário de vacinação, conforme apropriado) a fim de garantir níveis altos e homogêneos de imunidade populacional, como descrito nos planos anuais.
- c) Manter um sistema de vigilância epidemiológica de alta qualidade que abranja a detecção oportuna de casos, análise de dados, monitoramento da cobertura e a implementação de resposta rápida em caso de importação de sarampo ou de rubéola.
- d) Reforçar a capacidade epidemiológica e programática ao nível local.
- e) Melhorar as atividades de comunicação de risco para promover os benefícios da vacinação.

15. O CIE recomenda às autoridades nacionais brasileiras que implementem todas as medidas cabíveis para conter imediatamente o surto corrente de sarampo. O CIE e a OPAS estão a postos para oferecer qualquer tipo de assistência se for necessária.

Intervenção pelo Conselho Diretor

16. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota do presente relatório do CIE e apoiar as recomendações aqui incluídas.

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

Antecedentes

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

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

Relatório de Progresso

3. O presente relatório de progresso apresenta a evolução regional de três indicadores de impacto e 19 indicadores de processo ou resultado nos Estados Membros (27 países) que registram, no mínimo, 7.000 nascimentos anuais (1–4).

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

5. Obtiveram-se informações de 26/27 países mas, para medir a evolução do índice de mortalidade materna (IMM), só havia informações de 23 países (Anexo A).

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

- a) O IMM regional (dados de 23 países) foi de 67,9 por 100.000 nascidos vivos e, atualmente, é de 56,6, o que demonstra uma redução de 21,4%. Um país apresentou dados de centros sentinela em vez de dados nacionais.
- b) A fim de identificar desigualdades no interior dos países, 50% dos países (11 de 23) notificaram números iguais ou superior a 125 por 100.000 nascidos vivos em diferentes circunscrições subnacionais; por outro lado, sete países informam terem uma taxa de mortalidade em populações étnicas maior que a indicada, 12 assinalam que a mortalidade é menor que o valor de referência, enquanto que sete não dispõem desta informação.

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

7. Com relação à informação sobre os 19 indicadores de processo e resultados, os países na sua totalidade não têm condições de fazer a notificação completa, no início do plano e até o momento somente quatro de 24 países forneceram 80% ou mais dos indicadores solicitados (Anexo C). Os indicadores com menor nível de respostas são os seguintes nesta ordem: *i*) utilização de sulfato de magnésio em caso de pré-eclampsia grave (12%), *ii*) triagem para violência intrafamiliar em partos institucionais (27%), *iii*) proporção de partos com conduta ativa do terceiro período com ocitócicos (35%) e *iv*) atenção do puerpério (44%). Dos pontos mencionados, são extremamente importantes *i* e *iii*, por ter relação com as duas primeiras causas de mortalidade materna (doença hipertensiva específica da gravidez e hemorragias). Em relação às taxas de uso de métodos anticoncepcionais modernos, a disponibilidade no seguimento foi de 58%; muitos países coletam esta informação de pesquisas demográficas e de saúde que, por sua frequência, não foram atualizadas desde o início do plano. Para estes indicadores existe apenas informação nacional, algumas vezes desagregada por grupos de idade e outras vezes por aspectos étnicos ou de residência (3, 4).

Medidas Recomendadas para Melhorar a Situação

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

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

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

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

Intervenção do Conselho Diretor

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

Anexos

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Materna Grave [Internet]. 51^o. Conselho Diretor da OPAS, 63^a. Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 2011 26-30 de setembro; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2011 (Resolução CD51.R12) [consultado 13 fev 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15036&Itemid=
2. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plano de redução da morbimortalidade materna grave: estratégia de monitoramento e avaliação [Internet]. Montevideo: CLAP/SMR; 2010 (CLAP/SMR. Publicación Científica 1593-03) [consultado 13 fev 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=173:estrategia-de-monitoreo-y-evaluacion-plan-reduccion-morbimortalidad-materna-grave&catid=667:publicaciones&Itemid=234
3. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: línea de base del plan en países con más de 7000 nacimientos anuales. Montevideo: CLAP/SMR; 2012 (material não publicado, disponível sob solicitação).
4. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: datos en países con más de 7000 nacimientos anuales a dos años de lanzado el plan. Montevideo: CLAP/SMR, 2014. (material não publicado, disponível sob solicitação).
5. Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L., The prevalence of maternal near miss: asystematic review. *BJOG* 2012 May;119(6):653-661.

Anexo A

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

Países	Índice de mortalidade de materna (100.000)	Nº absoluto de mortes maternas	Ano	Índice de mortalidade de materna (100.000)	Nº absoluto de mortes maternas	Ano
Argentina	39,8	302	2011	34,9	258	2013
Belize	41,8	3	2012	0,0	0	2013
Bolívia	229,0	627	2003			
Brasil	67,4	2025	2012	60,9	1850	2013
Canadá	4,8	18	2011			
Chile	18,3	45	2012	22,6	57	2013
Colômbia	68,8	458	2011	53,6	348	2013
Costa Rica	29,9	22	2012	15,6	11	2013
Cuba	33,4	42	2012	38,9	49	2013
Equador**	60,2	205	2012	40,0	135	2013
El Salvador	50,8	53	2011	38,0	48	2013
Estados Unidos da América	16,9	677	2010			
Guatemala	123,5	449	2012	118,5	445	2013
Guiana	143,9	21	2012	111,1	18	2013
Haiti*	1084,4	751	2012	211,8	151	2013
Honduras	82,3	73	2010	66,1	146	2013
Jamaica	95,7	37	2011	91,1	36	2013
México	42,3	960	2012	39,9	910	2013
Nicarágua	61,9	84	2011	51,0	71	2013
Panamá	80,5	59	2011	64,9	49	2012
Paraguai	88,7	93	2011	95,3	101	2013
Peru	93,4	445	2011	63,4	379	2013
República Dominicana	106,3	231	2011	113,0	236	2012
Suriname	39,4	4	2012	39,2	128	2013
Uruguai	10,4	5	2012	16,4	8	2013
Venezuela	68,3	401	2012	66,1	387	2013

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

** Para 2012: dados do IMM notificados + busca ativa; para 2013: somente dados notificados

	Países sem dados
	Países com aumento do IMM
	Países com redução do IMM

Anexo B

Disponibilidade de indicadores de impacto, relatório de monitoramento e acompanhamento do Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave

País	IMM	MM por causas	MM por idade	MMG	MMG por causas	MMG por idade	IMM por nível subnacional	IMM por urbano/rural	IMM por pertinência étnica	Porcentagem de notificação
Argentina	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Belize	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Bolívia	NÃO	SIM †	SIM ‡	SIM *	SIM **	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	44%
Brasil	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	56%
Canadá	SIM	SIM	SIM	SIM *	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	89%
Colômbia	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Costa Rica	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Cuba	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM ***	SIM ***	SIM	SIM	SIM	100%
Chile	SIM	SIM	SIM	SIM *	SIM **	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Equador	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	44%
El Salvador	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Estados Unidos da América	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	33%
Guatemala	SIM	SIM	SIM	SIM *	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	89%
Guiana	NÃO	SIM	SIM	SIM *	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Haiti	SIM §	NÃO	NÃO	SIM	SIM **	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Honduras	SIM	SIM	SIM	SIM *	SIM **	SIM	SIM	NÃO	NÃO	78%
Jamaica	SIM	SIM †	SIM	SIM	SIM **	NÃO	SIM	SIM	SIM	89%
México	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Nicarágua	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Panamá	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	56%
Paraguai	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	67%
Peru	SIM	SIM †	SIM ‡	NÃO	SIM **	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	44%
República Dominicana	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	44%
Suriname	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	67%
Uruguai	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM **	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
Venezuela	SIM	SIM	SIM	SIM *	SIM **	NÃO	SIM	NÃO	SIM	78%
Porcentagem de notificação	88%	92%	92%	54%	54%	35%	88%	62%	73%	
	23	24	24	14	14	9	23	16	19	

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

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

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

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

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

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

*** Indica que é notificado, mas não apresenta dados

(1) Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L, The prevalence of maternal near miss: a systematic review. BJOG. 2012 May;119(6):653-61.

Anexo C

Disponibilidade de indicadores de processo, relatório de acompanhamento e monitoramento do Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave

PAÍS	Número de indicadores notificados por país	%
Argentina	18	95%
Belize	15	79%
Bolívia	11	58%
Brasil	14	74%
Canadá	12	63%
Colômbia	10	53%
Costa Rica	16	84%
Cuba	16	84%
Chile	11	58%
Equador	9	47%
El Salvador	15	79%
Estados Unidos da América	8	42%
Guatemala	8	42%
Guiana	12	63%
Haiti	9	47%
Honduras	15	79%
Jamaica	14	74%
México	11	58%
Nicarágua	19	100%
Panamá	13	68%
Paraguai	11	58%
Peru	12	63%
República Dominicana	12	63%
Suriname	13	68%
Uruguai	16	84%
Venezuela	13	68%

PAÍS	Taxa de uso de métodos anticoncepcionais	Aconselhamento e fornecimento de anticoncepcionais pós-parto e/ou pós-aborto pelos serviços de saúde	Porcentagem de mortes maternas por aborto	Cobertura pré-natal com quatro ou mais consultas	Cobertura institucional do parto
Argentina	X	X	X	X	X
Belize	X	X	X	-	X
Bolívia	-	X	X	X	X
Brasil	X	-	-	X	-
Canadá	-	-	X	-	X
Colômbia	-	-	X	X	X
Costa Rica	X	-	X	X	X
Cuba	X	X	X	X	X
Chile	X	X	X	-	X
Equador	-	-	X	-	X
El Salvador	-	X	X	-	X
Estados Unidos da América	-	-	-	X	-
Guatemala	X	-	X	X	X
Guiana	X	-	-	X	-
Haiti	X	-	-	X	X
Honduras	X	X	X	X	X
Jamaica	X	X	X	X	X
México	-	-	X	X	X
Nicarágua	X	X	X	X	X
Panamá	X	X	X	X	X
Paraguai	-	X	X	-	X
Peru	X	-	X	X	X
República Dominicana	-	X	X	-	X
Suriname	-	X	X	X	X
Uruguai	-	X	X	X	X
Venezuela	X	-	X	-	X
Número de países que apresentam relatórios	15	14	22	18	23
%	58%	54%	85%	69%	88%

Anexo C (cont.)

Quadro para a área estratégica 2

	Controle do puerpério 7 dias após o parto	Ocitócicos em partos institucionais no terceiro período do trabalho de parto	Sulfato de magnésio nos casos de pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia atendidos em serviços de saúde	Sangue seguro nos serviços que dão assistência de urgência ao parto	Triagem para violência intrafamiliar na gravidez nos partos institucionais
Argentina	-	X	X	X	X
Belize	-	X	-	X	-
Bolívia	X	-	-	-	-
Brasil	X	X	-	X	X
Canadá	-	X	X	-	X
Colômbia	-	-	-	-	-
Costa Rica	X	X	-	X	-
Cuba	X	-	-	X	-
Chile	X	-	-	-	-
Equador	-	-	-	-	-
El Salvador	X	X	-	X	-
Estados Unidos da América	-	-	-	X	-
Guatemala	-	-	-	-	-
Guiana	-	-	-	X	-
Haiti	X	-	-	X	-
Honduras	X	-	-	X	-
Jamaica	-	X	-	X	-
México	-	-	-	X	-
Nicarágua	X	X	X	X	X
Panamá	-	-	-	-	-
Paraguai	-	-	-	-	X
Peru	X	-	-	X	X
República Dominicana	X	-	-	-	-
Suriname	-	-	-	X	-
Uruguai	-	X	-	X	X
Venezuela	X	-	-	X	-
Número de países que apresentam relatórios	12	9	3	17	7
%	46%	35%	12%	65%	27%

Quadro para a área estratégica 3

PAÍS	Taxa de cesárea	Mortes maternas por trabalho de parto obstruído	Cobertura do atendimento do parto por pessoal qualificado, de acordo com a definição da OMS	Cobertura da atenção do puerpério por pessoal qualificado, de acordo com a definição da OMS	Instituições de atenção obstétrica de urgência que realizam auditorias de todas as mortes maternas
Argentina	X	X	X	X	X
Belize	X	X	X	X	X
Bolívia	X	X	X	-	-
Brasil	X	X	X	-	X
Canadá	X	X	X	-	-
Colômbia	X	X	X	-	-
Costa Rica	X	X	X	X	X
Cuba	X	X	X	X	X
Chile	X	X	-	-	-
Equador	X	X	X	-	-
El Salvador	X	X	X	X	X
Estados Unidos da América	X	-	X	-	-
Guatemala	X	X	X	-	-
Guiana	X	X	X	X	X
Haiti	X	-	-	-	-
Honduras	X	-	X	X	X
Jamaica	X	X	-	-	X
México	X	X	-	-	X
Nicarágua	X	X	X	X	X
Panamá	X	X	X	X	X
Paraguai	X	X	X	-	-
Peru	X	-	X	-	-
República Dominicana	X	X	X	-	X
Suriname	X	X	X	-	X
Uruguai	X	X	X	X	X
Venezuela	-	X	X	X	X
Número de países que apresentam relatórios	25	22	22	11	16
%	96%	88%	88%	44%	64%

Indicador disponível em menos da metade dos países

Anexo C (cont.)

Quadro para a área estratégica 4

PAÍS	Relatórios públicos sobre saúde materna que incluem estatísticas de mortalidade materna e IMM em nível nacional	Sistema de saúde com sistema de informação perinatal em funcionamento	Sistema de saúde faz um registro da morbidade materna grave	Cobertura de mortes maternas nos sistemas de registros vitais é de 90% ou mais	Número de indicadores por país	%
Argentina	X	X	X	X	18	95%
Belize	X	X	X	X	15	79%
Bolívia	X	X	X	-	11	58%
Brasil	X	X	X	X	14	74%
Canadá	X	X	X	X	12	63%
Colômbia	X	X	X	X	10	53%
Costa Rica	X	X	X	X	16	84%
Cuba	X	X	X	X	16	84%
Chile	X	X	X	X	11	58%
Equador	X	X	X	X	9	47%
El Salvador	X	X	X	X	15	79%
Estados Unidos da América	X	X	X	X	8	42%
Guatemala	-	-	X	-	8	42%
Guiana	X	X	X	X	12	63%
Haiti	X	X	X	-	9	47%
Honduras	X	X	X	X	15	79%
Jamaica	X	X	X	X	14	74%
México	X	X	X	X	11	58%
Nicarágua	X	X	X	X	19	100%
Panamá	X	X	-	X	13	68%
Paraguai	X	X	X	X	11	58%
Peru	X	X	X	-	12	63%
República Dominicana	X	X	X	X	12	63%
Suriname	X	X	X	X	13	68%
Uruguai	X	X	X	X	16	84%
Venezuela	X	X	X	X	13	68%
Número de países que apresentam relatórios	25	25	25	22		
%	100%	100%	100%	88%		

D. SITUAÇÃO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

1. Em 2000, os 189 países membros das Nações Unidas assinaram a Declaração do Milênio, definindo oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), os quais foram reafirmados em 2010 na Cúpula das Nações Unidas sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Esses objetivos estão associados à erradicação da pobreza, à educação primária universal, à igualdade de gênero, à redução da mortalidade infantil, à melhora da saúde materna, à luta contra o HIV/AIDS, a malária e outras doenças, à estabilidade do meio ambiente e à promoção de uma aliança mundial para o desenvolvimento.

2. Este relatório informa sobre o progresso com relação aos ODM da saúde e os últimos avanços obtidos no cumprimento dos compromissos assumidos em 2004 no 45º Conselho Diretor, que aprovou a resolução [CD45.R3](#) sobre os ODM e as metas de saúde (CD45/8), o relatório da Assembleia Mundial da Saúde ([A63/7](#) e [WHA63.15](#) [2010]) e a resolução da Cúpula do Milênio ([A/65/L.1](#) [2010]), no que se refere à região das Américas.

3. Em resposta às solicitações nas resoluções, o progresso e as realizações para o cumprimento dos ODM variam de país a país, no interior de cada país e de acordo com o objetivo. A análise do cenário global e regional baseia-se nos dados dos países disponíveis para a Organização Mundial da Saúde (OMS), complementados pelo modelo estatístico para preencher as lacunas. Há uma necessidade urgente de fortalecer os sistemas de informação em saúde dos países, com vistas ao monitoramento preciso do progresso para conseguir as metas nos âmbitos mundial, nacional e subnacional.

Antecedentes

4. Embora a região das Américas esteja bem encaminhada para alcançar os ODM relacionados à saúde – o que abrange a água potável e o saneamento como determinantes da saúde –, esses avanços ocorreram nacionalmente, e não necessariamente correspondem ao progresso no âmbito subnacional, já que ainda há zonas e municípios que ficaram completamente alheios às realizações dos ODM. Isso se dá porque a média nacional tende a ocultar grandes disparidades entre os países, bem como no interior deles, e os ritmos diferenciados para alcançar as metas continuam sendo uma característica de nossa região.

5. Em 2012, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) estimou em 167 milhões o número de latino-americanos que vivem em condições de pobreza. Desse total, 66 milhões de pessoas estão em condições de pobreza extrema, com renda insuficiente para ter acesso a uma alimentação adequada; portanto, a erradicação da desnutrição crônica continua sendo uma meta não alcançada em alguns países e o problema se concentra em municípios e zonas no interior dos países (1).

6. A partir da adoção da resolução [CD45.R3](#) em 2004, os países vêm realizando várias atividades com o apoio das diferentes áreas técnicas da Organização, dando ênfase à medição, qualidade e acompanhamento do progresso para a consecução dos objetivos.

7. Este relatório de progresso é baseado em dados proporcionados pelos Estados Membros e publicados anualmente pela OPAS no marco da *Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde e Perfis de País* (CD40/19 [1997], [CD45/14](#) [2004] e [CD50/INF/6](#) [2010]).

Análise da situação atual

8. A análise da situação atual dos ODM foi fundamentada nas melhores informações oficiais e confiáveis da Região para o período de 1990 a 2013, que corresponde a 92% do tempo previsto para a consecução dos ODM.

9. Quando os dados sistemáticos não estavam disponíveis, foram usadas as estimativas do país e os cálculos das organizações internacionais, os quais nem sempre coincidem. Este relatório de progresso é baseado nos dados fornecidos pelos Estados Membros e publicados anualmente pela OPAS no marco da *Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde e Perfis de País* (CD40/19 [1997]), grupos interinstitucionais como o Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil (coordenado pelo UNICEF), Grupo Interinstitucional de Estimativa de Mortalidade Materna (coordenado pela OMS), Programa Conjunto de Monitoramento da OMS/UNICEF (PCM) do Abastecimento de Água e Saneamento, e cálculos da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL/CELADE).

10. A OPAS está pondo em prática uma estratégia para fortalecer as estatísticas vitais e de saúde ([CD48/9](#) [2008]) com três componentes: *a*) o trabalho com os países para fortalecer e melhorar a produção de dados; *b*) a coordenação com organismos internacionais para evitar duplicações; e *c*) o uso de técnicas ou hipóteses diferentes para calcular os indicadores.

11. Em 1990, o **índice de mortalidade infantil** da América Latina e do Caribe (ALC) foi de 43 por 1.000 nascidos vivos, e em 2012, de 16 por 1.000, uma redução de 63%. O ODM 4 é analisado por meio da mortalidade dos menores de um ano, já que na região das Américas essa faixa etária representa mais de 70% das mortes de crianças menores de cinco anos de idade.

12. Segundo os cálculos do grupo interinstitucional¹, o **índice de mortalidade materna** (IMM), que era de 110 por 100 mil nascidos vivos nas Américas em 1990, caiu para 68 por 100 mil em 2013; uma redução global de 37%, ou uma média anual de -2%. A América Latina, excluindo-se a sub-região do Caribe, observou uma redução de

¹ O Estudo fundamenta-se nas estimativas elaboradas pelo Grupo Interinstitucional de Estimativa de Mortalidade Materna, “Tendências na mortalidade materna 1990-2013”, coordenado pela OMS e publicado em 2014.

40% de seu IMM no mesmo período, enquanto a redução do Caribe foi de 36%. Os dados disponíveis indicam que a mortalidade materna continua caindo, mas a magnitude das mudanças nos últimos oito anos (2005–2013) não tem sido tão significativa como em períodos anteriores. Se os países continuarem acelerando seus esforços no mesmo ritmo, 17 dos 31 países da região estão bem encaminhados para cumprir o compromisso com o IMM para 2015; outros 11 estão avançando, dois não obtiveram progresso suficiente e um não avançou. Em 2012, um plano regional para acelerar a redução da mortalidade materna foi aprovado e foi adotada uma estratégia para incorporar a vigilância da mortalidade materna grave.

13. As estratégias que contribuíram para a redução do IMM incluem: ampliação do atendimento pré-natal, parto acompanhado por pessoal capacitado e acesso a contraceptivos, bem como seu uso. Nos países onde se registra aumento do índice de mortalidade, isso pode ser resultante da melhor vigilância e da notificação dos eventos, e não necessariamente de um aumento real da mortalidade. A OMS é responsável pelo monitoramento desse indicador. (Ver nota de rodapé)

14. Quanto ao número de novas **infecções pelo HIV** nos países da região, observa-se a redução da morbidade e da mortalidade na última década. Em 2012, cerca de 6% do total de novas infecções pelo HIV no âmbito mundial corresponderam à região, isto é, 146 mil casos. Destes, 86 mil ocorreram na América Latina, 48 mil na América do Norte e 12 mil no Caribe. O Caribe teve uma das maiores reduções (52%) no número de novas infecções com relação a 2001. Na América Latina, o número de novas infecções caiu 11% no mesmo período, enquanto na América do Norte aumentou 4%.

15. Uma das maiores reduções ocorreu no número de novas infecções em crianças, que teve o apoio do compromisso dos países com a Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Materno-Fetal de HIV e Sífilis Congênita. A cobertura das mulheres grávidas que recebem medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão materno-fetal alcançou 95% no Caribe e na América do Norte e 83% na América Latina em 2012, favorecendo a diminuição do número de crianças com HIV, que entre 2009 e 2012 caiu 71% no Caribe e 29% na América Latina. A América do Norte manteve níveis baixos e estáveis.

16. A cobertura do **tratamento antirretroviral (TAR)** na América Latina e no Caribe foi 75% em 2012. O objetivo é o acesso universal ao tratamento antirretroviral (definido como o oferecimento de tratamento a 80% ou mais das pessoas que dele necessitam). A cobertura de tratamento para as crianças menores de 15 anos de idade foi de 67% em 2012. Entretanto, os novos critérios de qualificação para o tratamento antirretroviral, publicados pela OMS em 2013, recomendam começar o tratamento mais cedo, o que significa que um número ainda maior de pessoas vivendo com HIV precisam de tratamento imediato. São necessários mais esforços para ampliar o acesso ao tratamento antirretroviral, uma vez que a taxa de cobertura cai para 48% com os novos critérios. Os países da América Latina e do Caribe estão tomando medidas para intensificar a ação e ampliar as abordagens bem-sucedidas, com foco no processo

contínuo de atenção do HIV. Novas metas foram estabelecidas para o ano 2020, exigindo o diagnóstico precoce (diagnóstico de 90% de pessoas vivendo com HIV), o tratamento precoce (90% de pessoas qualificadas para o tratamento recebendo o TAR) e a supressão viral eficaz (90% de pessoas em tratamento com supressão do vírus).

17. Em 2000-2013, a região registrou uma redução de 59% de morbidade por **malária** e uma redução de 72% na mortalidade relacionada a essa doença. Dos 21 países nos quais a malária é endêmica, 18 conseguiram diminuí-la até 2013, e destes, 13 registraram uma redução de mais de 75%, outros dois tiveram reduções de mais de 50%. Desde 2011, dois países, Argentina e Paraguai, não registram casos de malária autóctone. Em 2014, a Argentina solicitou à Diretora-Geral da OMS que fosse iniciado o processo de certificação da eliminação da malária no país. Os países da América Central e da ilha de Hispaniola aprovaram uma resolução para eliminar a malária de seus territórios até 2020. Esse trabalho está sendo apoiado por um projeto financiado pelo Fundo Global. Entretanto, três países da região – Guiana, Haiti e Venezuela – registraram aumento do número de casos durante o mesmo período.

18. No que se refere à **tuberculose** (TB), de acordo com as cifras da OMS para a região das Américas em 2012, 35 Estados Membros notificaram 79% dos casos de TB. Contudo, a resistência a múltiplas drogas e a coinfeção TB/HIV continuam sendo um desafio, apesar dos avanços obtidos em seu controle. Para a região, a taxa de redução da incidência de TB de 1990 a 2012 foi de 52%, com uma redução de 3,6% entre 2011 e 2012. Há alguns anos a região tem enfrentado dificuldades para alcançar as populações vulneráveis à doença nas áreas pobres e marginalizadas das cidades grandes. Desse modo, em 2013, a OPAS iniciou a aplicação de um sistema de trabalho para o controle da tuberculose em cidades grandes, a fim de melhorar o acesso dessas populações a um atendimento de qualidade. A região das Américas já alcançou e ultrapassou as metas propostas para 2015 de redução de 50% nas taxas de prevalência e de mortalidade por tuberculose.

19. No que se refere ao **acesso sustentável à água segura** na região das Américas, em 2010, registrou-se que 96% da população total tinha acesso a fontes de água melhoradas (99% em zonas urbanas e 86% em zonas rurais); no entanto, quando se considera apenas a região da América Latina e do Caribe, o acesso diminuiu para 94% (98% em zonas urbanas e 81% em zonas rurais). Em 86% dos domicílios com acesso à água encanada, não há dados sistemáticos sobre a qualidade da água. Apesar dessa alta porcentagem de cobertura, persistem muitas disparidades, principalmente nos subúrbios e nas áreas rurais dispersas, assim como entre as populações indígenas e afrodescendentes.

20. A responsabilidade desses dois indicadores é do grupo interinstitucional e recai sobre o UNICEF e a OMS que, por meio do Programa Conjunto de Monitoramento (PCM) da OMS/UNICEF do Abastecimento da Água e do Saneamento, utilizam dados proporcionados por pesquisas domiciliares e censos, com definições padronizadas para assegurar a comparabilidade no tempo e entre países.

21. A meta global do ODM para o **saneamento** provavelmente não será alcançada na região, apesar do avanço de diversos países. Para toda a região das Américas, a cobertura de saneamento básico melhorado é de 88% (91% em áreas urbanas e 74% em áreas rurais), e considerando somente para a América Latina e o Caribe a porcentagem é de 80% (84% em áreas urbanas e 60% em áreas rurais). Cerca de 109 milhões de pessoas na América Latina e no Caribe não têm nenhum acesso a um saneamento melhor, e destes, 30,4 milhões ainda não têm nenhum acesso a um banheiro ou latrina.

22. Muitas pessoas continuam enfrentando a escassez de **medicamentos** no setor público, forçando-os ao setor privado onde os preços podem ser substancialmente maiores. Na região das Américas, somente 22 países (71%) adotaram uma política farmacêutica, e os planos de execução estão em andamento em 66% desses países. Os países obtiveram importantes avanços no aperfeiçoamento das estruturas normativas e na criação de sistemas regulatórios para assegurar a qualidade, a segurança e a eficácia de medicamentos e de outras tecnologias em saúde. Os países estão fortalecendo seus processos nacionais de avaliação de medicamentos e produtos médicos e de definição dos mecanismos para a incorporação sistemática das tecnologias em saúde nos sistemas de saúde, apoiando portanto o progresso no sentido da cobertura universal de saúde. Os gastos desembolsados sem cobertura continuam elevados; 78% representam os gastos desembolsados por indivíduos, entretanto os recursos investidos nos produtos farmacêuticos por parte das instituições públicas correspondem a aproximadamente 22% dessa categoria. A despesa anual per capita com medicamentos nos países da região varia consideravelmente, de cerca de US\$ 7,50² na Bolívia a mais de \$160 na Argentina. A falta de informações confiáveis sobre o acesso eficaz aos medicamentos continua sendo um desafio devido à dificuldade de medi-lo.

Avanços nos compromissos assumidos

23. As seguintes linhas estratégicas para a consecução dos ODM, estabelecidas em 2011, continuaram a ser praticadas: *a)* revisão e consolidação dos sistemas de informação – houve atenção especial voltada para melhorar a produção e a coleta de dados entre os países anglófonos do Caribe; *b)* fortalecimento dos sistemas baseados em atenção primária à saúde (APS), dando prioridade aos municípios mais vulneráveis com a estrutura renovada de APS; *c)* redução da desigualdade nos países, dando prioridade aos municípios mais vulneráveis e aos grupos populacionais excluídos, como resposta aos determinantes sociais da saúde; e *d)* formulação de políticas públicas para assegurar a sustentabilidade dos avanços e reafirmar a “saúde em todas as políticas”.

24. Além disso, continuou-se promovendo o seguinte: *a)* esforços solidários entre os países da região, considerando que alguns deverão imprimir maior rapidez às atividades sendo realizadas, especialmente no que se refere às metas com maior atraso, como a iniciativa de maternidade segura e o avanço para consagrar a água como um direito

² A menos que indicado de outra forma, todos os valores monetários neste relatório são expressos em dólares dos Estados Unidos.

humano universal; *b*) a manutenção da liderança da OPAS em acompanhamento e cooperação técnica para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde baseados na APS e promover os sistemas de água e saneamento; e *c*) o fortalecimento dos sistemas de informação sobre saúde para dispor de dados cada vez mais válidos, confiáveis e oportunos provenientes de seus sistemas rotineiros.

Ação do Conselho Diretor

25. Solicita-se que o Conselho Diretor tome nota deste relatório 15 meses antes da data fixada para os ODM e que apresente suas observações e sugestões para que o trabalho da OPAS nessa linha de cooperação técnica possa seguir adiante e continuar promovendo o cumprimento dos ODM relacionados à saúde.

26. Solicita-se que os Estados Membros intensifiquem e ampliem seus esforços para reduzir as discrepâncias existentes na consecução dos ODM, através de ações incisivas e da intensificação de iniciativas nacionais e subnacionais para cumprir com os planos acelerados já aprovados ([CD51.R12](#) [2011], [CD48.R10](#) [2009]).

27. Faz-se um apelo aos Ministérios da Saúde da região para que consolidem sistemas de informação por meio da iniciativa de indicadores de saúde básicos, com ênfase em dados subnacionais e por uma perspectiva de determinantes sociais. Ao mesmo tempo, é importante se concentrar no monitoramento dos indicadores de equidade, de modo a entender melhor e abordar os desafios dos ODM no âmbito subnacional, avançando com estratégias voltadas para a cobertura universal de saúde, a fim de garantir o direito à saúde.

28. É recomendado que o relatório final sobre a consecução dos ODM na região seja apresentado em 2015, assim como uma estratégia de continuação para o período pós-2015 nos âmbitos regional, nacional e subnacional, de modo a continuar a avançar os objetivos, metas e indicadores que ainda estão atrasados.

Referências

1. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. 2010 Millennium development goals report. Achieving the millennium development goals with equality in Latin America and the Caribbean: progress and challenges. Santiago de Chile: ECLAC; 2010 (Interagency Report coordinated by ECLAC) [acessado em 13 dez 2013]. Disponível em: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/39995/P39995.xml&xsl=/tpl-i/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>
2. Bautista Justo J. El derecho humano al agua y al saneamiento frente a los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) [Human right to water and in light of the

millennium development goals]: Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2013 (CEPAL – Colección Documentos de proyectos) [acessado em 13 dez 2013].

Disponível em:

<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/49558/Elderechohumanoalagua.pdf>

3. Economic Commission for Latin America and the Caribbean; United Nations Development Group-Latin America and the Caribbean. Sustainable development in Latin America and the Caribbean: follow-up to the United Nations development agenda beyond 2015 and to Rio+20 [Internet]. Santiago de Chile: ECLAC; 2013 (Inter-agency report coordinated by ECLAC) [acessado em 13 dez 2013].

Disponível em:

http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/50796/RIO_20-Rev2ing.pdf

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

Antecedentes

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

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

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

Atualização sobre avanços alcançados

Avanços

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

de tratamento para a oncocercose na Região caiu de mais de 336.000 em 2009 a pouco mais de 20.000 em 2013. O número de focos de oncocercose com transmissão ativa caiu de 7 para 2 focos no mesmo período (dados do programa de DIN da OPAS desde 2014, CHA/VT/NID). O México espera solicitar comprovação da eliminação da cegueira decorrente de tracoma no futuro próximo, e a Colômbia confirmou recentemente o status endêmico do tracoma e está tratando pacientes. Desde 2009, três países foram retirados do mapa da OMS de países onde a filariose linfática é endêmica (Costa Rica, Suriname e Trinidad e Tobago), e três países tiveram suas zonas de transmissão significativamente reduzidas (Brasil, Haiti, e República Dominicana), aproximando-se da eliminação. Vários países na América Central e do Sul eliminaram a transmissão da doença de Chagas pelo principal vetor doméstico, e 20 de 21 países endêmicos atingiram 100% de triagem dos bancos de sangue (dados do programa de DIN da OPAS desde 2014, CHA/VT/DIN).

5. Houve redução de tamanho das áreas de transmissão de malária em vários países, com uma redução de 58% nos casos de malária notificados em 2012 em comparação com 2000. Sete¹ dos 21 países endêmicos agora são considerados pela OMS como em fase 2 de pré-eliminação 2 (dados do programa regional contra malária da OPAS desde 2014, CHA/VT/MAL). Destes sete, quatro estão na América Central e do Norte, e os outros, na América do Sul. Como resultado, em 2013 foi divulgada uma iniciativa para eliminar a malária até 2020 na Mesoamérica e na Ilha Hispaniola. O Mecanismo Regional de Coordenação para HIV/AIDS foi ampliado para incluir malária e tuberculose como parte da elaboração de uma proposta do Fundo Global para eliminação da malária na América Central e na Ilha Hispaniola.

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

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

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

¹ Argentina, Belize, Costa Rica, El Salvador, Equador, México e Paraguai.

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

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

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

Lições aprendidas

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

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

Ação necessária para melhorar a situação

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

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

14. A cobertura completa com assistência pré-natal precoce, altos índices de imunização materna e neonatal e práticas de parto seguras, acessíveis através de serviços

integrados de saúde comunitária e reprodutiva, é necessária para eliminar o tétano neonatal. Há necessidade de ação intensificada nos países onde o índice de realização de exames de sífilis entre as mulheres grávidas é inferior a 70%. Todos os países requerem ênfase contínua em um enfoque de sistemas de saúde que inclua a integração de ações de prevenção e controle para eliminação da sífilis congênita com intervenções de saúde sexual e reprodutiva.

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

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

Ação pelo Conselho Diretor

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

Referências

1. Clavijo A, Del Rio Vilas VJ, Mayen FL, Yadon ZE, Beloto AJ, Natal Vigilato MA, et al. Gains and future road map for the elimination of dog-transmitted rabies in the Americas (Perspective Piece) [Internet]. *Am J Trop Med Hyg* 2013;89(6):1040-1042 [acesso em 23 de abril de 2014]. Resumo disponível em: <http://www.ajtmh.org/content/89/6/1040.extract>
2. World Health Organization. World malaria report: 2012 [Internet]. Genebra: OMS; 2012 [acesso em 23 de abril de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/

3. World Health Organization. Soil-transmitted helminthiases: number of children treated in 2012 [Internet]. *WHO Weekly Epidemiological Record No. 13* 2014; 89:133-140 [acesso em 23 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2014/wer8913.pdf?ua=1>
4. Schneider MC, Najera P, Aldighieri S, Galan DI, Bertherat E, Ruiz A, et al. Where does human plague still persist in Latin America? [Internet]. *PLoS Negl Trop Dis* 2014;8(2):1-14. [acesso em 23 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0002680>
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita: avaliação intermediária [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (D.C.), EUA. Washington, D.C.: OPAS; 2013 (Documento CD52/INF/4-B) [acesso em 28 de abril de 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22576&Itemid=270&lang=pt
6. Organización Panamericana de la Salud. Casos notificados de tos ferina, tétanos, tétanos neonatal (TNN) y parotiditis, 2011-2012; [Internet]. En: *Boletín de Inmunización* 2013;35(2):7. Washington (DC): OPAS; 2013 [acesso em 23 de abril de 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3130&Itemid=3504&lang=es

F. PLANO DE AÇÃO PARA HOSPITAIS SEGUROS

Antecedentes

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

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

Atualização sobre o Progresso

Progresso em direção às metas

<i>Objetivo</i>	<i>Metas</i>	<i>Status</i>
1	Até 2011, 80% dos países terão estabelecido um programa nacional para hospitais seguros.	24 países (69%) possuem um programa formal para hospitais seguros; 33 países (94%) incluem redução do risco de desastres no setor da saúde; 20 países (57%) apresentam uma política nacional para hospitais seguros.
2	Até 2013, 90% dos países terão um sistema de informação sobre a construção de novos hospitais ou melhoria dos hospitais existentes.	31 países (89%) tem uma base de dados dos hospitais avaliados usando o Índice de Segurança Hospitalar.
3	Até 2013, pelo menos 80% dos países na Região terão estabelecido mecanismos de supervisão do trabalho de construção de hospitais e outros investimentos em instalações de saúde.	15 países (43%) estabeleceram formalmente mecanismos de supervisão independentes para a construção de hospitais.

<i>Objetivo</i>	<i>Metas</i>	<i>Status</i>
4	Até 2015, todos os países terão incluído medidas que garantem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde no caso de desastres, em todos os novos projetos de investimentos na saúde.	18 países (51%) com novos projetos de investimentos na saúde incluíram conceitos de segurança hospitalar.
5	Até 2015, 90% dos países terão normas atualizadas para o desenho, a construção e a operação de novos e seguros estabelecimentos de saúde.	18 países (51%) possuem normas atualizadas para o desenho de instalações de saúde seguras.
6	Até 2015, pelo menos 90% dos países terão melhorado a segurança dos estabelecimentos de saúde existentes em caso de desastres.	34 países (97%) estão melhorando a segurança de suas instalações de saúde ao implementar as intervenções para redução de desastres.

Desafios e Lições Aprendidas

- a) O desenvolvimento e a aplicação do Índice de Segurança Hospitalar vêm permitindo que os países migrem de um sistema puramente qualitativo a um sistema de qualificação padronizada. Isso proporciona às autoridades nacionais a informação integral sobre o nível de segurança dos seus serviços de saúde para que possam priorizar e implementar as intervenções.
- b) Embora muitos países estejam alocando os fundos substanciais para a aplicação das medidas corretivas, a fim de melhorar a segurança dos estabelecimentos de saúde, ainda permanece um desafio transmitir essas prioridades ao setor financeiro e aos níveis mais altos políticos e dos responsáveis pela tomada de decisões.
- c) Apesar do progresso, assegurar que todas as novas instalações de saúde estejam seguras contra desastres e aprimorar a segurança dos estabelecimentos existentes continuam sendo grandes desafios.
- d) O fortalecimento da participação multissetorial de interessados diretos, ambos dentro e fora do setor da saúde, é fator fundamental para alcançar o sucesso. Por exemplo, os países mais bem-sucedidos ao executar a Iniciativa de Hospitais Seguros¹ são aqueles onde a organização nacional de administração dos desastres assumiu uma função ativa juntamente com o setor da saúde.

¹ A Resolução da OPAS CSP27.R14, Hospitais Seguros: Iniciativa Regional acerca dos Estabelecimentos de Saúde Resilientes a Desastres (2007).

Ação Necessária para Melhorar a Situação

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

Ação pelo Conselho Diretor

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

G. SITUAÇÃO DOS CENTROS PAN-AMERICANOS

Introdução

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

Antecedentes

2. Os Centros Pan-Americanos têm sido uma modalidade importante de cooperação técnica da OPAS por quase 60 anos. Nesse período, a OPAS criou ou administrou 13 centros,¹ Nove foram fechados e a administração de um deles foi transferida aos próprios Órgãos Diretivos. Neste documento é apresentada informação atualizada sobre o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), o Centro Latino-Americano e do Caribe para Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e o Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR).

Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA)

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

¹ BIREME, CAREC, CEPANZO, CEPIS, CFNI, CLAP, CLATES, ECO, INCAP, INPPAZ, PANAFTOSA, PASCAP e Programa Regional de Bioética no Chile .

se que essas iniciativas sejam implantadas com cooperação interinstitucional máxima e a cobertura e a continuidade requeridas para alcançar seus objetivos, metas e resultados.²

Progresso recente

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

5. Com relação à inocuidade dos alimentos, um maior número de instituições desta Região contribuem agora com as redes intersetoriais regionais de inocuidade dos alimentos para a prevenção de doenças transmitidas por alimentos (a saber, Rede Interamericana de Laboratórios de Análise de Alimentos [RILAA], Rede Global de Infecções Transmitidas por Alimentos [GFN] e Rede PulseNet da América Latina e Caribe). Abordam-se em particular as repercussões da resistência aos antimicrobianos e promove-se um enfoque integrado com a participação de diferentes atores e setores, como medicina e veterinária, agricultura, meio ambiente e consumidores. A PulseNet da América Latina e Caribe recebeu o prêmio IHRC³ de inovações em PulseNet em 2013 “em reconhecimento ao uso inovador da tecnologia para o ensino, com o potencial de melhorar significativamente a funcionalidade da PulseNet nas pesquisas de surtos epidêmicos”. O desafio agora é manter a excelência e a pertinência da OPAS no contexto das reduções orçamentárias nesta área e continuar inovando e captando novos recursos. Além disso, o PANAFTOSA vem exercendo um efeito multiplicador da sua excepcional capacidade técnica dentro da OPAS para fortalecer a colaboração entre a OMS, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) e OIE a fim de combater a resistência aos antimicrobianos no espírito do enfoque de “uma só saúde”.

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

² Centro Pan-Americano de Febre Aftosa da Organização Pan-Americana da Saúde. Consenso de Santiago de Chile [Internet]. 16^a Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, em Saúde e Agricultura, 26 e 27 de julho de 2012; Santiago, Chile. Rio de Janeiro (Brasil): OPAS/PANAFTOSA; 2012 [consultado em 14 fev 2014]. Disponível em:

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

³ International Health Resources Consulting, Inc.

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

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

Acordos de cooperação e captação de recursos

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

9. A OPAS, através do PANAFTOSA, e a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, assinaram um anexo ao Acordo de Cooperação Técnica de 2012 a fim de contribuir com a quantia de US\$ 1.618.914⁴ para o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde do Brasil. O propósito é reduzir a carga de zoonoses e doenças transmitidas por vetores, pela água e por alimentos na população humana. O acordo de cooperação técnica foi renovado em 2013, com o acréscimo da quantia de US\$ 4.918.409, que representa um aumento de três vezes do valor destinado em 2012. Foram estabelecidos outros acordos financeiros e de cooperação técnica com o Wellcome Trust (Instituto Sanger) para fortalecer a capacidade profissional do pessoal da saúde, docentes e estudantes de

⁴ A menos que indicado de outra forma, todas as cifras monetárias deste relatório são expressas em dólares dos Estados Unidos.

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

Revisão da governança do PANAFTOSA

10. Na 154ª. sessão do Comitê Executivo, a delegação do Governo do Brasil sugeriu que se estudasse a possibilidade de criar um mecanismo de governança para o PANAFTOSA a fim de permitir uma maior participação dos Estados Membros, como a formação de um órgão colegiado com representação igualitária das diferentes sub-regiões da Organização, à semelhança dos mecanismos de governança vigentes na BIREME. Dando sequência a este pedido, a OPAS iniciará um processo de consultas com o Brasil e os outros Estados Membros para analisar a proposta e informará aos Órgãos Diretivos sobre o andamento e os resultados deste processo.

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

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

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

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

14. As estruturas de governança da BIREME atualmente são o Comitê Assessor e o Comitê Científico (nova estrutura), além do Comitê Assessor Nacional (estrutura anterior). Os três Comitês estão funcionando com eficiência.

15. A OPAS e o Brasil são membros permanentes do Comitê Assessor da BIREME que é também formado por outros cinco membros não permanentes. A 28ª. Conferência Sanitária Pan-Americana elegeu Cuba, Equador e Porto Rico para integrar o Comitê Assessor da BIREME por um mandato de três anos (2013–2015), em lugar da Argentina, Chile e República Dominicana, cujos mandatos terminaram em 2012. O 51º. Conselho Diretor elegeu a Bolívia e Suriname (2012–2014) para ocupar o lugar do México e Jamaica, cujos mandatos terminaram em 2011. O 53º. Conselho Diretor elegerá dois membros para um mandato de dois anos (2015–2016) para ocupar o lugar da Bolívia e Suriname. Os membros do Comitê Assessor realizaram quatro sessões de trabalho desde que o comitê foi constituído. A quinta sessão está prevista para o fim do segundo semestre de 2014.

16. O Comitê Científico foi criado em julho de 2013 e é formado por cinco especialistas na área de informação em saúde provenientes do Brasil, Canadá, Honduras, Trinidad e Tobago e um representante da *National Library of Medicine* (NLM), dos Estados Unidos da América. Os membros do Comitê Científico realizaram duas sessões de trabalho desde que o comitê foi constituído. Além disso, no contexto dos objetivos e resultados esperados do Comitê, ocorreu uma reunião virtual para melhorar a comunicação entre os membros. A segunda sessão do Comitê foi realizada em 14 de agosto de 2014.

Progresso recente

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

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

- a) Acordo de Sede para a BIREME: a OPAS e o Ministério da Saúde do Brasil continuaram as negociações sobre a nova proposta de Acordo de Sede apresentada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, até que se chegou a uma versão consensual com a Consultoria Jurídica (CONJUR) do Ministério da Saúde do Brasil na reunião de 22 de janeiro de 2014. Foi acordado o envio desta versão para o trâmite de aprovação do Ministério das Relações Exteriores do Brasil e a aprovação final pelo Congresso Nacional Brasileiro.

- b) Acordo de instalações e funcionamento da BIREME nas dependências da UNIFESP: continuam a ser realizadas reuniões com a reitora e as autoridades designadas da Universidade, que inicialmente abordaram a relação institucional da BIREME com a UNIFESP e os termos do Acordo; no decorrer de 2014, as reuniões tiveram como enfoque uma revisão detalhada das responsabilidades mútuas da BIREME e da UNIFESP.
- c) Definição do mecanismo de financiamento para a BIREME proveniente de contribuições da OPAS e do Governo do Brasil, estipulado no Artigo 6 do Estatuto: as contribuições regulares serão definidas de comum acordo para dar respaldo aos planos de trabalho bienais aprovados, em conformidade com o estabelecido no Estatuto. Na segunda reunião do Comitê Assessor Nacional (CAN) sobre o Convênio de Manutenção e Desenvolvimento da BIREME, realizada no dia 23 de janeiro de 2014 na OPAS/OMS Brasil, foram apresentados os resultados alcançados pelo Centro nos últimos 18 meses. O respectivo relatório foi aprovado pelos representantes do Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP) e UNIFESP. A contribuição do Ministério para a manutenção e o financiamento do plano de trabalho da BIREME para 2014 será o mesmo montante de 2013, ou seja, R\$ 3,8 milhões (aproximadamente US\$ 1,7 milhão, segundo a cotação do dólar das Nações Unidas em julho de 2014). Esta soma foi transferida à OPAS através do *Termo Aditivo* número 27 ao Convênio de Manutenção e Desenvolvimento da BIREME, que foi assinado pelas partes (OPAS e Ministério da Saúde do Brasil).
- d) O plano bienal de trabalho (2014–2015) da BIREME, que está integrado ao do Departamento de Gestão do Conhecimento e Comunicações da OPAS, reformulado em 2014 como Gestão do Conhecimento, Bioética e Pesquisa, foi elaborado em coordenação com o Departamento, com o qual se continua coordenando seu aperfeiçoamento e articulação.
- e) A fim de reforçar a implementação do novo estatuto da BIREME, aprovado pelos Estados Membros, a OPAS está realizando uma avaliação externa do Centro em que recomendações serão apresentadas à Diretora da Repartição no final de 2014.

Desafios

- 19. Entre os próximos desafios para este período estão:
 - a) Implementar por completo em 2014 a nova estrutura institucional da BIREME, com a assinatura dos dois principais Acordos constituintes: *i*) o Acordo de Sede com o Brasil e *ii*) o Acordo de Instalações e Funcionamento com a UNIFESP.
 - b) Eo caso de a nova estrutura institucional não ser plenamente implementada em 2014, atualizar as disposições do Convênio de Manutenção e Desenvolvimento da BIREME, ou seja, definir um novo Convênio em conformidade com a solicitação de seus signatários (Ministério da Saúde do Brasil, SES-SP e UNIFESP).

- c) Adaptar as necessidades do fluxo de caixa da BIREME ao objetivo de manter a sustentabilidade financeira do Centro em virtude da coexistência de seus dois quadros institucionais e, em particular, até que o novo quadro institucional esteja plenamente implementado.
- d) Manter negociações para a pronta assinatura dos convênios para a transferência das respectivas contribuições à manutenção da BIREME no biênio 2014–2015, em particular, as contribuições do Ministério da Saúde do Brasil.

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

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

Progresso recente

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

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

23. O CLAP/SMR participou de conferências regionais para avaliar o progresso para o cumprimento dos objetivos da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que foi realizada em Montevideu em agosto de 2013. Como parte do apoio técnico aos países para a implementação da estratégia de saúde reprodutiva, o CLAP/SMR

organizou com o FNUAP uma reunião regional com 15 países em El Salvador, em outubro de 2013, “Reposicionamento do planejamento familiar no contexto do acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, ODM 5b”. Como resultado, os dois organismos executarão um plano de trabalho nos países participantes. Além disso, em maio de 2014, foi organizado em Granada um seminário de Planejamento Familiar no Caribe, junto com o UNFPA e a OMS.

24. A publicação da OMS "Abortamento sem riscos: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde" foi traduzido para o espanhol⁵ e português⁶ e divulgado nos países da Região (20.000 exemplares).

25. No quadro da estratégia de Erradicação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Materna, foram consolidadas informações e elaborado um relatório científico sobre a associação entre a sífilis congênita e o número de natimortos. As informações fornecidas pelos países e outras fontes estão em processo de consolidação a fim de que se possa atualizar o mapa da situação da sífilis na Região das Américas. Foi analisado com os países o uso de testes rápidos para o diagnóstico da sífilis com o uso de diferentes algoritmos.

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

27. Com relação à iniciativa de juntar as instalações do Centro com o escritório da Representação no Uruguai, está em andamento o processo de alugar um espaço no edifício em que se encontra hoje a Representação da OPAS/OMS, para que funcionem neste local as duas unidades. Estão sendo realizados os trâmites para mudança e estudos dos custos financeiros da fusão física.

Intervenção pelo Conselho Diretor

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

- - -

⁵ http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP-Trad04.pdf

⁶ http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP-Trad04pt.pdf