Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA

69ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de setembro de 2017

Tema 8.7 da agenda provisória

CSP29/INF/7
24 de agosto de 2017
Original: espanhol/inglês*

RELATÓRIOS DE PROGRESSO SOBRE ASSUNTOS TÉCNICOS

CONTEÚDO

A. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas: Relatório de progresso 2

B. Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central: Relatório de progresso 10

C. Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro: Revisão intermediária 15

D. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans: Relatório de progresso..... 25

E. A saúde e os direitos humanos: Relatório de progresso 33

F. Plano de ação para imunização: Revisão intermediária..... 39

G. Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia: Revisão intermediária..... 51

H. Plano de ação sobre saúde mental: Revisão intermediária 58

I. Plano de ação sobre deficiências e reabilitação: Revisão intermediária..... 65

J. Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária: Revisão intermediária 72

K. Cooperação para o desenvolvimento da saúde nas américas: Relatório de progresso 77

L. Revisão da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os estados membros: Relatório de progresso 82

M. Situação dos Centros Pan-Americanos 87

***** Original em inglês: seções A, D, F, L e M. Original em espanhol: seções B, C, E, G, H, I, J e K.

A. PLANO DE AÇÃO SOBRE SAÚDE EM TODAS AS POLÍTICAS: RELATÓRIO DE PROGRESSO

Antecedentes

1. Saúde em todas as políticas (STP) é tanto um instrumento facilitador da equidade na saúde como uma estratégia colaborativa para incorporar, de maneira mais decisiva e eficaz, considerações sobre saúde no processo de tomada de decisões entre setores e campos de políticas. O plano de ação regional segue o espírito da Declaração de Alma-Ata, de 1978 *(1)*, da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, de 1986 *(2)*, e da Declaração Política do Rio sobre os Determinantes Sociais da Saúde, de 2011 *(3)*; além disso, segue o formato multissetorial e interdependente da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. O enfoque de STP promove uma ação intersetorial integral para abordar as bases dos determinantes sociais, econômicos, ambientais e de políticas que afetam a saúde das populações.

2. O *Plano de ação de saúde em todas as políticas*, adotado em setembro de 2014 pelo 53º Conselho Diretor da OPAS (resolução CD53.R2 e Documento CD53/10) *(4, 5)*, estabelece objetivos e metas específicos por um período de cinco anos, 2014-2019, e corresponde ao documento da OMS *Health in All Policies Framework for Country Action* [estrutura sobre saúde em todas as políticas para ação pelos países] *(6)*. Este relatório resume o progresso alcançado na implementação do plano de ação regional para a STP. O relatório usa como base as evidências regionais e as boas práticas documentadas pelos Estados Membros, bem como treinamentos e consultas feitas junto de interessados diretos dentro e fora da Região das Américas.

Atualização do progresso alcançado

3. A Região das Américas foi a primeira da OMS a adotar um plano de ação regional para STP. O plano de ação, cujo rascunho foi elaborado pela OPAS com subsídios significativos dos Estados Membros e de especialistas regionais e globais, representa um marco significativo na aceitação global do enfoque de STP como meio de promover ações coletivas e coordenadas para a saúde. O plano de ação identifica seis linhas de ação estratégicas: *a)* estabelece as necessidades e prioridades para a STP; *b)* estrutura as ações planejadas; *c)* identifica as estruturas e os processos de apoio; *d)* facilita a avaliação e o envolvimento; *e)* assegura o monitoramento, a avaliação e a divulgação dos resultados; e *f)* capacita.

4. Conforme solicitado pelos Estados Membros, a OPAS convocou uma consulta de especialistas em Washington, D.C., realizada em março de 2015, com o objetivo de definir passos concretos para operacionalizar a STP nas Américas. Os principais resultados da consulta foram a elaboração de um guia para a implementação da STP, de acordo com o Plano de Ação Regional da STP *(7)*; o informe oficial "Saúde em todas as políticas: passando do enfoque local para o global" *(8)*, que fornece opções com base

científica e oportunidades para governos locais desenvolverem e implementarem a STP; e o documento "Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas: validação dos Indicadores de Implementação" *(9)*, que apresenta uma análise dos 12 indicadores do plano de ação regional com o objetivo de facilitar a aplicação desses.

5. O Grupo de Estudo e Trabalho da OPAS sobre Saúde em Todas as Políticas e Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis foi formado em maio de 2015 para identificar e otimizar as prioridades estratégicas visando envolver outros setores no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O grupo produziu uma série de diretrizes sobre a harmonização da STP com as agendas dos ODS, incluindo uma Nota Conceitual *(10)* e uma Nota de Referência *(11)*. Práticas multissetoriais eficazes haviam sido publicadas nos documentos *Advancing the Health in All Policies Approach in the Americas: What Is the Health Sector's Role?* (tradução extraoficial para o português "Promovendo a saúde em todas as políticas nas Américas: qual o papel do setor de saúde?") *(12)* e *Saúde em Todas as Políticas*: *Estudos de casos da Região das Américas (13)*, bem como na plataforma on-line *(14)*, na qual 16 países compartilham suas experiências.

6. Usando como guia o Manual de Treinamento da OMS para STP, em 2015 e 2016, quatro cursos de treinamento em STP foram oferecidos no Brasil, Chile, México e Suriname a participantes de toda a Região. Ao todo, 16 países participaram desse treinamento. Concluída a etapa de inicial da capacitação no âmbito regional, a Avaliação Estratégica da Capacitação em STP na Região das Américas foi efetuada em fevereiro de 2017, quando foi elaborado um plano de trabalho de dois anos *(15)*.

7. O progresso alcançado nos indicadores e nas metas constam do quadro abaixo.

Progresso no sentido de atingir os objetivos e metas do plano de ação

Objetivo	Indicador e meta	Progresso
1.1 Avaliar os possíveis impactos das políticas públicas sobre a saúde das pessoas, equidade na saúde e sistemas de saúde, assegurando que os responsáveis pela formulação de políticas estejam cientes e compreendam os possíveis impactos dessas políticas sobre a saúde.	**1.1.1** Número de países com redes, nacionais/regionais de grupos de trabalho multissetoriais e de interessados diretos, formadas para avaliar o impacto das políticas do governo sobre a saúde e equidade na saúde. Linha de base (2014): 6 Meta (2019): 18	A consulta de especialistas, efetuada pela OPAS, definiu as bases para a formação de redes nacionais e regionais voltadas ao compartilhamento de experiências sobre a implementação da STP. Além disso, durante os cursos de treinamento sub-regional em STP, 16 países criaram redes formais, e essas redes atualmente se encontram em pleno funcionamento.

Objetivo	Indicador e meta	Progresso
	1.1.2 Número de países e territórios implementando a *Health in All Policies Framework for Country Action* . [estrutura sobre saúde em todas as políticas para ação pelos países]. Linha de base (2014): 6 Meta (2019): 18	Em 2015, seis países estavam implementando a estrutura de STP para ação pelos países. A expectativa é de que até o final de 2017 outros 16 países estejam em fase de implementação.
2.1 Promover diálogo sobre políticas e implantar políticas nacionais com base nos dados, nas análises e nas evidências necessárias para implementar, monitorar e avaliar a STP.	**2.1.1** Número de países e territórios que implantaram políticas para abordar ao menos dois determinantes de saúde considerados prioritários dentre as populações-alvo. Linha de base (2014): 6 Meta (2019): 27	Em 2015, nove países haviam implantado políticas para abordar pelo menos dois determinantes prioritários da saúde entre as populações-alvo. A expectativa é de que outros 18 países tenham implantado tais políticas até o final de 2017.
	2.1.2 Número de países que formalmente trocam ao menos uma vez a cada dois anos informação e boas práticas sobre políticas que abordam iniquidades em saúde e STP. Linha de base (2014): 6 Meta (2019): 27	De 16 países, um total de 30 experiências e *Boas Práticas* relacionadas à STP foram documentadas *(14)* na plataforma on-line da OPAS para STP, que visa orientar e apoiar os países da Região a compartilharem suas experiências, demonstrando que a STP é altamente contexto-específica.
2.2 Produzir um perfil nacional de equidade em saúde com ênfase sobre a avaliação dos determinantes da saúde.	**2.2.1** Número de países e territórios produzindo perfis de equidade que abordam ao menos dois determinantes prioritários da saúde no âmbito nacional ou estadual. Linha de base (2014): 1 Meta (2019): 18	Em 2015, nove países haviam desenvolvido perfis de equidade. A expectativa é de que outros 18 tenham perfis de equidade até o final de 2017. Esses perfis estão sendo elaborados usando uma metodologia específica com base nas diretrizes da OMS para o monitoramento das iniquidades em saúde, bem como na terceira recomendação da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.

Objetivo	Indicador e meta	Progresso
3.1 Identificar um mecanismo específico pelo qual o setor da saúde possa se envolver em diálogos sobre políticas e na implementação das STP com o setor público e entidades fora desse setor.	**3.1.1** Número de países e territórios que contam com mecanismos específicos, como comitês intersetoriais ou Avaliação do Impacto sobre a Saúde, através dos quais o setor da saúde possa se engajar dentro e fora do setor público. Linha de base (2014): 6 Meta (2019): 18	Cinco outros países informaram que já dispunham de mecanismos específicos para envolver outros setores. Dessa forma, a expectativa é de que a meta seja alcançada até 2019. Além disso, o Grupo de Estudo e Trabalho da OPAS sobre STP e ODS produziu várias ferramentas para poder elaborar e monitorar os mecanismos formais e os comitês intersetoriais no âmbito nacional. Espera-se que, durante o restante da duração do plano de ação, essas ferramentas obtenham resultados para esse objetivo.
3.2 Identificar estruturas de apoio e processos para a implementação da STP, conforme apropriado, nos níveis de governo nacional e estadual por meio da inclusão da STP nos planos de desenvolvimento.	**3.2.1** Número de países que identificaram estruturas de apoio e processos na implementação da STP, conforme apropriado, nos níveis de governo nacional e estadual por meio da inclusão da STP nos planos de desenvolvimento, conforme apropriado. Linha de base (2014): 6 Meta (2019): 18	Em 2014, seis países haviam identificado estruturas de apoio e processos de apoio à implementação da STP, tanto o âmbito nacional como no local. Desde então, outros cinco países concluíram o indicador.
3.3 Fortalecer os mecanismos de responsabilidade para que possam ser aplicados a diferentes setores.	**3.3.1** Número de países com mecanismos de responsabilidade que apoiam a participação da sociedade civil e o livre acesso a informações. Linha de base (2014): 4 Meta (2019): 12	Não há informações disponíveis sobre o progresso além daquelas fornecidas pelos países que formam a linha de base (BOL, BRA, ELS, PRY); além disso, no momento não há nenhum relatório sobre mecanismos de responsabilização no âmbito nacional. Essa é uma área que deve ser fortalecida nos próximos anos.

Objetivo	Indicador e meta	Progresso
4.1 Aumentar a participação da sociedade civil e das comunidades na formulação de políticas e no processo de avaliação envolvendo a STP para reduzir as iniquidades na saúde.	**4.1.1** Número de países e territórios com mecanismos para conseguir a participação das comunidades e da sociedade civil no processo de formulação de políticas intersetoriais. Linha de base (2014): 9 Meta (2019): 18	Usando a abordagem Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis, um total de 12 países comprometeram para conseguir a participação das comunidades e da sociedade civil no processo de formulação de políticas entre os setores em e estabeleceram mecanismos para tal, conforme demonstra a assinatura da Declaração de Santiago, no Chile *(16)*.
	4.1.2 Número de países e territórios com estratégias específicas para envolver as vítimas da iniquidade nas discussões de políticas nos níveis local, estadual e nacional. Linha de base (2014): 10 Meta (2019): 22	A elaboração de perfis de equidade deu a 18 países a oportunidade abordar as iniquidades nas discussões de políticas e de se embasar ainda mais no enfoque da STP.
5.1 Desenvolver um sistema para medir o impacto e os resultados da STP no que se refere à saúde e à equidade na saúde para avaliar políticas e identificar, bem como compartilhar boas práticas.	**5.1.1** Número de países e territórios que monitoram, avaliam e informam sobre o progresso na introdução da saúde e da equidade na saúde na formulação e implementação de políticas de governo. Linha de base (2014): 0 Meta (2019): 12	Seis países publicaram estudos de casos e experiências vivenciadas pelos mesmos, destacando os avanços no sentido de introduzir a saúde e a equidade na saúde no processo de elaboração e implementação das políticas de governo *(13, 14)*.
6.1 Capacitar os trabalhadores do setor da saúde e de outros setores no enfoque STP, e promover a implementação da STP entre esses grupos.	**6.1.1** Número de países e territórios com institutos reconhecidos, tais como os institutos nacionais de saúde pública, as universidades e os centros colaboradores, e que oferecem cursos de treinamento para a implementação e o monitoramento da STP e de conceitos correlatos. Linha de base (2014): 0 Meta (2019): 8	Três países contam com institutos que oferecem cursos de capacitação em STP, inclusive a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, BRA), a Escola Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO, CHL), e o Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP, MEX). No período 2015 e 2016, esses parceiros institucionais realizaram quatro treinamentos sobre STP em toda a Região. No total, participaram 180 representantes de 16 países.

Ação necessária para melhoria da situação

a) Fortalecer ainda mais os sistemas de monitoramento para que captem o impacto da STP, particularmente com respeito às mudanças distributivas nos determinantes sociais da saúde, bem como as iniquidades na saúde, em conformidade com a recomendação da OMS.

b) Que os Estados Membros aumentem suas capacidades de integrar as redes de STP e as instituições, bem como outras redes regionais pré-existentes, visando ampliar os canais por meio dos quais informações sobre a STP são difundidas e intercambiadas.

c) Fortalecer à coordenação das redes, particularmente com respeito à eficácia na administração dessas, comunicação virtual e educação on-line.

d) Continuar o apoio da OPAS aos profissionais e defensores da STP, e aumentar a escala de capacitação. Além de criar oportunidades para desenvolver habilidades, compartilhar especialidades, trocar ideias e construir redes para expandir o trabalho de maneira sistemática por entre os setores, a capacitação estimula a região a comprar a ideia da estrutura de STP e a promover avanços na saúde no contexto da Agenda para o Desenvolvimento Sustentável até 2030.

Ação pela Conferência Sanitária Pan-Americana

8. Solicita-se que a Conferência tome nota deste relatório de progresso e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata [Internet]. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud; 6 a 12 de setembro de 1978; Alma-Ata, União Soviética. Genebra: OMS; 1978 [consultado em 2 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.

2. Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet]. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud; 1986 Nov 21; Ottawa, Ontário (Canadá). Washington, DC: OPS; 1986 [consultado em 2 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf.

3. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Rio sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud; 19-21 de outubro de 2011; Rio de Janeiro, Brasil. Genebra: OMS; 2011 [consultado em 2 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/iris/handle/10665/26450.

4. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (resolução CD53.R2) [consultado em 2 de março de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27551&Itemid=270&lang=pt.

5. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (documento CD53/10, Rev. 1) [consultado em 2 de março de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26799&Itemid=270&lang=pt.

6. World Health Organization. Health in all policies (HiAP) framework for country action [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [consultado em 2 de março de 2017]. Disponível em inglês em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf?ua=1.

7. Organización Panamericana de la Salud. Hoja de ruta para el plan de acción sobre la salud en todas las políticas [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2015 [consultado em 2 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31314/9789275074541-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

8. Pan American Health Organization. Health in all policies: from the local to the global. Washington, DC: OPAS; 2015 [consultado em 2 de março de 2017]. [consultado em 15 de maio de 2017]. Disponível em inglês em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=39950&Itemid=270.

9. Pan American Health Organization. Validation of Indicators for Implementation of the Plan of Action on Health in All Policies: Proposal for Application at National Level. Washington, DC: OPAS; 2015 [consultado em 15 de maio de de 2017]. Disponível em inglês em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=39953&Itemid=270.

10. Organización Panamericana de la Salud. Nota conceptual. Ejecución del plan de acción sobre la Salud en Todas las políticas (STP) [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2015 [consultado em 2 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30675&lang=es.

11. Organización Panamericana de la Salud, Grupo de Estudio y Grupo de Trabajo sobre la salud en todas las políticas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Health in all policies and the Sustainable Development Goals: reference note. Washington, DC: OPAS; 2015 [consultado em 2 de março de 2017]. Publicação on-line pendente.

12. Organización Panamericana de la Salud. Impulsar el enfoque de la salud en todas las políticas en las Américas: ¿Cuál es la función del sector de la salud? Breve guía y recomendaciones para promover la colaboración intersectorial. Washington, DC: OPAS; 2015 [consultado em 2 de março de 2017]. Disponível em espahnol em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31078&lang=es.

13. Organización Panamericana de la Salud. Salud en todas las políticas: estudios de caso de la Región de las Américas. Washington, DC: OPAS; 2015 [consultado em 2 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31080&lang=es.

14. Organización Panamericana de la Salud. Salud en todas las políticas en las Américas: presentación de experiencias. Plataforma en línea [consultado em 2 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: http://saludentodaslaspoliticas.org/.

15. World Health Organization. Health in all policies: training manual [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [consultado em 2 de março de 2017]. Disponível em inglês em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf?ua=1

16. Pre Foro de Alcaldes de las Américas, Camino a Shanghai 2016. Declaración de Santiago de Chile. Santiago, Chile; 2016 [consultado em 7 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/2016/07/Declaraci%C3%B3n-de-Santiago-con-firmas.pdf

B. DOENÇA RENAL CRÔNICA EM COMUNIDADES AGRÍCOLAS DA AMÉRICA CENTRAL: RELATÓRIO DE PROGRESSO

Antecedentes

1. Nas duas últimas décadas, na sub-região centro-americana, foi detectado um número crescente de casos de pessoas que sofrem de doença renal crônica (DRC) e falecem por essa causa. Entre esses casos, foi notificado um tipo de DRC cuja etiologia não está relacionada com as causas mais frequentes desta doença (o diabetes melito e a hipertensão arterial). Esse tipo de doença renal crônica não tradicional, ou de causas não tradicionais ou ainda não conhecidas (doravante DRCnt), apresenta uma frequência maior do que a observada na Região das Américas e tem uma tendência crescente. El Salvador divulgou os resultados da Pesquisa Nacional de Doenças Crônicas não Transmissíveis na População Adulta (ENECA, da sigla em espanhol) de 2015, que revelou uma prevalência de 12,6 por 100.000 habitantes para a DRC e 3,8 por 100.000 habitantes para a DRCnt. Na Guatemala, as prevalências de DRC obtidas do registro do Sistema de Informação Gerencial de Saúde (SIGSA) para o período compreendido entre 2008 e 2015 mostram um aumento de 75% (de 4 casos por 100.000 habitantes em 2008 a 7 casos por 100.000 habitantes em 2015) e um aumento de 18% na taxa de mortalidade. Em 2013, durante o 52º Conselho Diretor, os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) adotaram o documento conceitual *Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central* por meio da resolução CD52.R10. Em 2015, o Conselho Diretor tomou nota do relatório CD54/INF/5, e a Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) assinalou que, apesar do trabalho realizado, poucos resultados concretos haviam sido obtidos no tocante à abordagem da DRC em pessoas jovens em idade ativa. O presente documento apresenta os avanços obtidos desde o último relatório de progresso *(1-4)*.

Atualização do progresso alcançado

2. Durante o período de análise, os países da América Central (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá) avançaram no desenvolvimento e implementação de planos de ação destinados a fortalecer a capacidade local para responder integralmente à DRCnt nos municípios mais afetados (em El Salvador, Guatemala, Honduras e Panamá, esses municípios compreendem uma população aproximada de 4.073.769 habitantes). Em El Salvador, estão sendo abordadas as áreas agrícolas de San Miguel e Usulután; na Guatemala, as províncias de Escuintla, Quetzaltenango, Peten[1] e Chimaltenango; na Nicarágua, o município de Chinandega;[2] e no Panamá, foram abertas clínicas de nefrologia nas províncias de Coclé, Chiriquí e Veraguas. Além disso, durante esse mesmo período, a Diretora da RSPA aprovou um

[1] Esta é a maior província da Guatemala e apresenta o maior risco de DRCnt.
[2] Este municipío tinha una população 134.720 habitantes em 2015.

projeto interprogramático ao qual foi destinado um orçamento total de US$ 1 milhão.[3] Desses recursos, 70% foram destinados para a prestação de apoio direto aos países, com foco nas comunidades mais afetadas.

3. Os países avançaram no desenvolvimento de opções de política e ferramentas para fortalecer as intervenções relativas à atenção às pessoas que vivem com DRC/DRCnt. El Salvador iniciou a elaboração de protocolos para hemodiálise e transplante renal. Em 2016, a Sociedade Panamenha de Nefrologia elaborou diretrizes de prática clínica para a prevenção, diagnóstico e manejo da DRC. Em âmbito regional, a OPAS, em coordenação com a Sociedade Latino-americana de Nefrologia e Hipertensão (SLANH), deu início em 2016 ao Curso de Prevenção e Manejo da DRCnt[4] através do Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP). Em março de 2017, o curso contava com 5.000 médicos cadastrados da América Central e do México. Além disso, no marco da Reunião Sub-regional do Fundo Estratégico da OPAS/OMS para os Países Centro-americanos e a República Dominicana,[5] foi realizado um curso de prevenção e manejo da DRCnt para equipes de atenção primária, com a finalidade de promover o uso do Fundo Estratégico para melhorar o acesso a medicamentos e insumos para doenças não transmissíveis, entre elas a DRCnt *(5, 6).*

4. Os países avançaram no fortalecimento da vigilância epidemiológica, ocupacional e ambiental e nos sistemas de registro, com ênfase na DRCnt. El Salvador identificou 148 municípios altamente afetados, e iniciará o registro de pacientes em estágio 5 que realizam hemodiálise nos cinco hospitais do Ministério da Saúde (MS) que oferecem esse serviço. Também realizará uma pesquisa para determinar a demanda de medicamentos e insumos. A Guatemala elaborou um protocolo de vigilância sentinela e outro para o registro de hemodiálise e transplante renal; ambos têm sido úteis para a vigilância epidemiológica. Além disso, o país desenvolveu um sistema de registro da DRCnt nas regiões de Escuintla, Chimaltenango, Quetzaltenango e Petén. Por sua vez, Honduras dispõe de uma plataforma virtual para o registro de pacientes com DRC que se encontram em terapia renal substitutiva. O Panamá está realizando um censo de saúde preventiva, com o apoio da Sociedade de Nefrologia, com o intuito de capacitar clínicos gerais para a detecção de doença renal. O Censo de Saúde Preventiva foi realizado em 10 províncias, 2 comarcas, 13 regiões de saúde, 3 instituições governamentais e 4 penitenciárias. Além disso, estão sendo empreendidos esforços em coordenação com o Instituto Nacional de Estatística e Censo para obter informação detalhada sobre causa mortis que permita realizar uma análise geoespacial da mortalidade por DRCnt. Durante o período em questão, a OPAS concluiu trabalhos de consulta com autoridades nacionais, acadêmicas e centros colaboradores da OMS para a CID-10 para estabelecer definições consensuais de caso clínico, caso suspeito e caso provável de DRCnt e definir algoritmos de seleção para otimizar o registro de mortes por essa causa *(7).*

[3] Salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias no presente documento são expressas em dólares dos Estados Unidos.

[4] Curso iniciado em 14 de julho de 2016.

[5] Encontro sub-regional realizado na Nicarágua, de 26 a 28 de abril de 2017.

5. Os países fortaleceram seus mecanismos de promoção de causa e ação intersetorial. El Salvador, através de seu Ministério da Saúde (MS), formou uma comissão nacional de DRC, presidida pelo Vice-ministro da Saúde, em coordenação com o Ministério da Agronomia e do Gado (MAG) e o Fórum Nacional de Saúde (FNS), na qualidade de organismo de participação social. A Guatemala constituiu uma Comissão Técnica Assessora Nacional para monitorar as ações do plano, que contou com participação da Associação Guatemalteca de Nefrologia (AGN), do Programa saúde, trabalho e ambiente (SOA-SALTRA-USAC), do Instituto Guatemalteco de Previdência Social (IGSS), do CDC na América Central e da OPAS. No Panamá, foi estabelecida uma equipe multidisciplinar e intersetorial para o estudo da DRCnt, foram definidas ações de prevenção e controle, e está sendo elaborado material didático de caráter informativo para educar os familiares e a população em geral quanto às maneiras de prevenir a doença.

6. Em âmbito regional, foi definida a "Agenda regional de pesquisa para a abordagem da doença renal crônica de causas não tradicionais na América Central".[6] Estão sendo desenvolvidos protocolos genéricos de pesquisa sobre a DRCnt a fim de assegurar a harmonização e a qualidade dos estudos epidemiológicos na Região. Além disso, foi realizada uma revisão sistemática de estudos sobre a associação entre os agroquímicos e a DRCnt. No marco desta revisão, foram identificados mais de 20 estudos de qualidade variável (frequentemente baixa). El Salvador divulgou os resultados da Pesquisa Nacional de Doenças Crônicas não Transmissíveis na População Adulta (ENECA) do 2015, e está realizando uma análise secundária do banco de dados sobre DRC *(8)*.

Ação necessária para melhoria da situação

7. Em função dos avanços e dos desafios enfrentados pelos países no tocante à DRCnt, recomenda-se o seguinte:

a) Fortalecer a capacidade local para responder integralmente à DRCnt nos municípios afetados, implementando planos locais de prevenção e atenção da doença e fortalecendo a capacidade resolutiva da atenção primária para a identificação e seguimento das pessoas em risco, além de detecção precoce e manejo integral da DRC, da diabetes e da hipertensão arterial. Além disso, faz-se necessário capacitar o pessoal (equipes de saúde, empregadores, trabalhadores, etc.), bem como incorporar fatores de risco relevantes para a DRC/DRCnt na administração municipal ou local.

b) Criar opções de política, ferramentas e apoio técnico para fortalecer as intervenções relativas à atenção das pessoas que vivem com DRC/DRCnt,

[6] Este instrumento se encontra em fase de consulta com os países. O documento resume o trabalho de uma enquete online destinada a identificar as prioridades de pesquisa para a abordagem da DRCnt, objetivando realizar uma avaliação sistemática da literatura contida nos bancos de dados de diferentes organizações internacionais, determinar os atores chave no processo de pesquisa realizado nos países centro-americanos e identificar as publicações de agendas de pesquisa sobre DRC nos últimos 5 anos.

inclusive a padronização e implementação de diretrizes de atenção para pacientes com DRC/DRCnt; o uso do Fundo Estratégico para baratear custos e melhorar o acesso a medicamentos; e a implementação de diretrizes para a gestão de suprimentos.

c) Fortalecer a vigilância epidemiológica, ocupacional e ambiental e os sistemas de registro, com ênfase na DRCnt, mediante a implementação da definição de caso para a vigilância epidemiológica da DRC e o desenvolvimento de capacidades para melhorar os sistemas de registro de hemodiálise e transplantes e os registros de intervenções preventivas ocupacionais e ambientais.

d) Fomentar a promoção de causa e a ação intersetorial para a prevenção da DRCnt, inclusive o mapeamento de atores e o trabalho com a sociedade civil, organizações de pacientes, familiares, associações, sindicatos e sociedades médicas, bem como a revisão e desenvolvimento de marcos legais de proteção da saúde dos trabalhadores quanto às doenças ocupacionais, em especial a DRCnt.

e) Fortalecer estratégias de comunicação que disseminem os resultados de pesquisas realizadas e alertem sobre a DRCnt como doença ocupacional, e implementar a agenda regional de pesquisas.

Ação pela Conferência Sanitária Pan-Americana

8. Solicita-se que a Conferência tome nota deste presente relatório e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. A doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 67ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2015 (documento CD54/INF/5) [consultado em 21 de março de 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31180&Itemid=270&lang=pt

2. Organização Pan-Americana da Saúde. Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central [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, DC. Washington, DC: OPAS; 2013 (documento CD52/8) [consultado em 15 de janeiro de 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166896/4/CD52_8por.pdf

3. Organização Pan-Americana da Saúde. Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central [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, DC. Washington, DC: OPAS; 2013 (resolução CD52.R10) [consultado em 15 de janeiro de 2015]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23349&Itemid=270&lang=pt

4. Enfermedad renal crónica azota comunidades agrícolas. MEDICC Review [Internet]. Abril de 2014 [consultado em 15 de janeiro de 2015]; Selecciones 2013, abril de 2014. Disponível em espanhol em: http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=32

5. Organización Panamericana de la Salud; Campus Virtual de Salud Pública. Curso Virtual de Prevención y Manejo de la Enfermedad Renal Crónica, versión 2016 [Internet]. Washington, DC. Washington, DC: OPAS e CVSP; 2016 [consultado em 21 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12252%3Acurso-virtual-de-prevencion-y-manejo-de-la-enfermedad-renal-cronica&catid=7587%3Ageneral&Itemid=42058&lang=es%20%20

6. Organización Panamericana de la Salud. Fondo Estratégico de la OPS [Internet]. Washington, DC. Washington (DC): OPAS, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, Unidade de Medicamentos e Tecnologias de Saúde; 2014 [atualizado em 26 de agosto de 2016; consultado em 17 de abril de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/fondoestrategico

7. Lozier M, Turcio-Ruiz R, Noonan G, Ordunez P. Chronic kidney disease of nontraditional etiology in Central America: a provisional epidemiologic case definition for surveillance and epidemiologic studies. Revista Panamericana de Salud Pública. 2016 [consultado em 6 de abril de 2016]; 40(5): 294. Disponível em inglês em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31375/v40n5a02-294-300.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Organización Panamericana de Salud. Agenda regional de investigación para el abordaje de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Centroamérica [documento preliminar para consulta nacional em espanhol]. Washington, DC. Washington DC: OPS; 2016.

C. PLANO DE AÇÃO PARA O ACESSO UNIVERSAL AO SANGUE SEGURO: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. O acesso universal ao sangue seguro para transfusão exige o fortalecimento de estratégias-chave, tais como a autossuficiência de sangue e hemocomponentes através da doação de sangue voluntária e não remunerada, a melhoria da qualidade do sangue doado do braço do doador ao braço do receptor, a otimização do uso apropriado do sangue, o fortalecimento dos recursos humanos, a adoção de novos avanços e o estabelecimento de alianças estratégicas com os diferentes setores que atuam na área.

2. Em 2014, os países da Região reafirmaram seu compromisso com a saúde universal mediante a *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* (documento CD53/5, Rev. 2). Este compromisso é também expresso através das metas do Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019. O acesso universal às transfusões de sangue e hemocomponentes seguros é um serviço essencial para a cobertura universal de saúde, já que contribui para salvar milhões de vidas e para melhorar a saúde das pessoas que delas necessitem *(1, 2)*.

3. Desde 1975, a Assembleia Mundial da Saúde e o Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) consideraram diversos documentos e adotaram várias resoluções relacionadas com a segurança sanguínea (WHA28.72 [1975], EB79.R1 [1987], WHA40.26 [1987], WHA45.35 [1992], WHA48.27 [1995], WHA53.14 [2000], WHA55.18 [2002], WHA56.30 [2003], WHA58.13 [2005], WHA63.12 [2010], WHA63.18 [2010] e WHA63.20 [2010]) *(3-14)*.

4. De igual maneira, na Região das Américas, foram aprovadas várias resoluções relacionadas com o tema: CD41.R15 (1999), CD46.R5 (2005), CE142.R5 (2008) e CD48.R7 (2008). Em 2014, os países da Região aprovaram o *Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro 2014-2019* (documento CD53/6) e a resolução correspondente (CD53.R6), que insta os Estados Membros a implementarem o Plano de Ação e a Diretora a monitorar e avaliar a execução deste plano de ação e informar periodicamente aos Órgãos Diretores *(15-22)*.

5. A meta do Plano é promover o acesso universal ao sangue seguro, baseado na doação voluntária, altruísta e não remunerada, o uso adequado do sangue e o fortalecimento do papel direcionador da autoridade sanitária, exortando-a a implementar programas de gestão da qualidade na cadeia transfusional (desde a promoção da doação até o seguimento dos pacientes) e a integrar o sistema de sangue no sistema de saúde do país. Em última instância, insta-a a reorganizar os serviços hemoterápicos em modelos eficientes e sustentáveis *(22)*.

6. Além disso, o Plano definiu quatro linhas estratégicas de ação visando manter os êxitos alcançados e enfrentar novos desafios: *a)* integração eficaz e sustentável dos

programas nacionais e dos serviços hemoterápicos no sistema nacional de saúde para alcançar a autossuficiência, segurança, eficiência, disponibilidade e acesso universal ao sangue e hemocomponentes; *b)* autossuficiência em sangue e hemocomponentes seguros, mediante 100% de doações voluntárias e não remuneradas; *c)* gestão da qualidade no sistema nacional de sangue e triagem para detectar agentes infecciosos transmitidos por transfusão; *d)* vigilância sanitária, hemovigilância, gestão de risco, monitoramento e avaliação. Cada linha estratégica conta com seus respectivos objetivos e indicadores de progresso, os quais serão analisados neste documento *(22)*.

Progresso rumo às metas do plano de ação[1, 2, 3]

Linha estratégica	Objetivo	Indicador e meta	Progresso
1. Integração eficaz e sustentável dos programas nacionais e dos serviços hemoterápicos no sistema nacional de saúde para alcançar a autossuficiência, segurança, eficiência, disponibilidade e acesso universal ao sangue e hemocomponentes.	**1.1**	**1.1.1** Em 2019, 36 países contarão com uma entidade específica funcional no Ministério da Saúde, responsável pelo planejamento, monitoramento e avaliação do sistema nacional de sangue. (Linha de base: 27/41)	27 países contam com uma entidade específica: 17 na América Latina e 10 no Caribe.
		1.1.2 Em 2019, 21 países terão uma comissão nacional intersetorial de sangue ou um mecanismo assessor/ consultivo em funcionamento. (Linha de base: 14/41)	16 países contam com uma comissão nacional: 8 na América Latina e 8 no Caribe.
		1.1.3 Em 2019, 26 países incluirão em sua política de sangue a autossuficiência, a disponibilidade e o acesso universal ao sangue e aos hemocomponentes seguros. (Linha de base: 18/41)	23 países contam com uma política nacional de sangue: 14 na América Latina e 9 no Caribe.

[1] Cabe notar que o número de países e territórios avaliados e monitorados neste plano tem aumentado porque alguns territórios que anteriormente realizavam notificação de forma consolidada passaram a desagregar a notificação por departamento francês nas Americas (DFA: Martinica, Guadalupe e Guiana Francesa), embora o último não seja contabilizado pois não ocorre processamento de sangue no mesmo.

[2] As tabelas de cálculos para verificação dos indicadores se baseiam na publicação *Fornecimentos de sangue para transfusão nos países da América Latina e Caribe 2014 e 2015* (OPAS/OMS 2017; no prelo), com fontes de dados dos programas nacionais de sangue e dos Ministérios da Saúde da América Latina e Caribe *(23)*. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=38018&Itemid=270 *(24)*.

[3] A linha de base corresponde ao ano de 2012.

Linha estratégica	Objetivo	Indicador e meta	Progresso
	1.2	**1.2.1** Em 2019, 21 países contarão com um plano estratégico nacional de sangue integrado e intersetorial que inclua a formação de recursos humanos, o monitoramento e a avaliação do Plano e que assegure recursos para sua execução. (Linha de base: 13/41)	15 países contam com um plano estratégico nacional: 10 na América Latina e 5 no Caribe.
	1.3	**1.3.1** Em 2019, 17 países que contem com mais de um centro de processamento melhorarão a média de unidades processadas (incluindo triagem) por banco por ano para mais de 5.000 unidades, como consequência da reorganização da rede de serviços hemoterápicos. (Linha de base: 12/25)	18 países processam mais de 5.000 unidades de sangre por banco por ano: 9 na América Latina e 9 no Caribe.
2. Autossuficiência em sangue e hemocomponentes seguros, mediante 100% de doações voluntárias e não remuneradas.	**2.1**	**2.1.1** Em 2019, 12 países terão determinadas suas necessidades de sangue nos níveis nacional e sub-nacional. (Linha de base: 6/41)	14 países já determinaram suas necessidades de sangue: 6 na América Latina e 8 no Caribe.
	2.2	**2.2.1** Em 2019, 16 países terão alcançado 100% das doações de sangue voluntárias e não remuneradas. (Linha de base: 8/41)	10 países contam com 100% de doações voluntárias de sangue: 2 na América Latina e 8 no Caribe.
3. Gestão da qualidade no sistema nacional de sangue e triagem para detectar agentes infecciosos transmitidos por transfusão.	**3.1**	**3.1.1** Em 2019, 41 países farão triagem de 100% das unidades de sangue para transfusão para detectar HIV, HBV, HCV, sífilis e *T. cruzi*. (Linha de base: 39/41)	39 países fazem triagem de 100% das unidades de sangue: 18 na América Latina e 21 no Caribe.
		3.1.2 Em 2019, 27 países contarão com um programa nacional de avaliação externa do desempenho dos testes sorológicos. (Linha de base: 22/41)	30 países contam com um programa nacional de avaliação externa do desempenho dos testes sorológicos: 13 na América Latina e 17 no Caribe.

Linha estratégica	Objetivo	Indicador e meta	Progresso
		3.1.3 Em 2019, 18 países contarão com um programa nacional de avaliação externa do desempenho dos testes imuno-hematológicos. (Linha de base: 12/41)	17 países contam com um programa nacional de avaliação externa do desempenho dos testes imuno-hematológicos: 7 na América Latina e 10 no Caribe.
	3.2	**3.2.1** Em 2019, 12 países contarão com comitês de transfusão funcionais em ao menos 75% dos hospitais que transfundem diariamente. (Linha de base: 7/41)	19 países contam com comitês de transfusão: 10 na América Latina e 9 no Caribe.
		3.2.2 Em 2019, 30 países terão diretrizes nacionais para o uso apropriado do sangue e dos hemocomponentes. (Linha de base: 20/41)	23 países contam com diretrizes nacionais para o uso apropriado do sangue e dos hemocomponentes: 14 na América Latina e 9 no Caribe.
		3.2.3 Em 2019, haverá uma redução de 5 pontos percentuais na porcentagem de descarte de unidades de hemácias por vencimento na Região. (Linha de base: 10.3%)	A porcentagem atual de descarte por vencimento na América Latina e Caribe é de 2.99%. *(*Ver nota explicativa acerca da notificação deste indicador no parágrafo 9 deste relatório)*
4. Vigilância sanitária, hemovigilância, gestão de risco, monitoramento e avaliação.	**4.1**	**4.1.1** Em 2019, 30 países contarão com um modelo nacional para inspeção, vigilância e controle dos serviços hemoterápicos. (Linha de base: 20/41)	25 países inspecionam os serviços hemoterápicos: 15 na América Latina e 10 no Caribe.
	4.2	**4.2.1** Em 2019, 7 países contarão com um sistema nacional de hemovigilância. (Linha de base: 2/41)	9 países contam com um sistema nacional de hemovigilância: 5 na América Latina e 4 no Caribe.

Linha estratégica	Objetivo	Indicador e meta	Progresso
	4.3	**4.3.1** Em 2019, 41 países notificarão anualmente os indicadores de seus Planos nacionais em resposta à execução do Plano regional 2014-2019. (Linha de base: 0/41)	36 países notificam dados para monitoramento dos indicadores do Plano: 18 na América Latina e 18 no Caribe.
	4.4	**4.4.1** Em 2019, 7 países terão elaborado planos de gestão de risco baseados na informação de hemovigilância. (Linha de base: 0/41)	5 países informaram contar com planos de gestão de risco baseados na informação de hemovigilância: 1 na América Latina e 4 no Caribe.

Avanços e desafios

7. Os países da América Latina e Caribe têm feito grandes esforços para alcançar a autossuficiência, a segurança e a eficiência. Considerando os objetivos propostos (com metas e linhas de base para cada um dos indicadores), houve progresso em todos os indicadores, salvo no 1.1.1 e 3.1.1, em que não houve avanço. A maioria dos países conta com entidades nacionais específicas que coordenam a resposta às necessidades de sangue e hemocomponentes seguros; contudo, ainda há necessidade de políticas e planos nacionais de sangue atualizados com um enfoque integral e intersetorial, bem como de comissões nacionais intersetoriais funcionais que facilitem a implementação. A reorganização dos serviços hemoterápicos em redes, que é essencial para assegurar a disponibilidade e o acesso ao sangue em qualquer lugar em que seja necessário, está avançando lentamente. Em alguns países do Caribe, levando em conta suas características geodemográficas, pode-se considerar que esta reorganização em rede dos serviços hemoterápicos não se aplica. (Vide tabelas 1-5 da referência 24).

8. Um maior número de países conhecem suas necessidades de sangue em nível nacional, o que facilita o melhoramento da disponibilidade e do acesso ao sangue e aos hemocomponentes. No entanto, persiste o desafio da doação voluntária, altruísta, não remunerada e habitual como primeiro pilar da segurança sanguínea. Neste sentido, o avanço dos países rumo à meta de 100% desse tipo de doação tem sido lento demais. Ainda assim, faz-se necessário reconhecer o esforço de alguns países que, embora ainda não tenham atingido 100%, pelo menos conseguiram aumentar notavelmente o número de doadores voluntários não remunerados. (Vide tabelas 6 e 7 da referência 24).

9. No que diz respeito à gestão da qualidade, a triagem de marcadores como HIV, hepatite B e C e sífilis alcançou 100% na América Latina; porém, tal meta não foi atingida para o *T. cruzi*. Em 21 países do Caribe, foi alcançada uma média de triagem de 99,99%. Houve avanço na implementação de programas nacionais de avaliação externa

do desempenho dos testes sorológicos; porém, permanece o desafio de estabelecer programas semelhantes nos países para avaliação dos testes imuno-hematológicos. Quanto ao uso racional do sangue e dos hemocomponentes, houve alguns avanços na disponibilização de diretrizes nacionais para o uso clínico e na implementação de comitês transfusionais intra-hospitalares. No tocante ao descarte de hemácias por vencimento, até a data da elaboração do plano, não se contava com este dado desagregado por vencimento e por outras causas; portanto, nesse primeiro momento, o indicador foi notificado com base no descarte de hemácias por ambas as causas. Atualmente, a maioria dos países da Região está em condições de notificar o descarte de hemácias exclusivamente por motivo de vencimento, motivo este pelo qual a porcentagem de descarte diminuiu sensivelmente, graças a este fator por um lado e, por outro, ao avanço da reorganização dos serviços e ao melhor conhecimento das necessidades de sangue, como explicam os parágrafos 7 e 8, respectivamente. (Vide tabelas 8-12 da referência 24).

10. A inspeção e o controle dos serviços hemoterápicos, a hemovigilância e a gestão de risco continuam sendo grandes desafios. A debilidade dos sistemas ou mecanismos de gestão da informação dificulta o conhecimento, a pesquisa e a análise dos dados que permitem avaliar a autossuficiência, disponibilidade e acessibilidade da cadeia transfusional, bem como os riscos a ela associados. (Vide tabelas 13-16 da referência 24).

Ação necessária para melhoria da situação

a) Assegurar a alocação de recursos de acordo com as metas e planos nacionais para a segurança sanguínea.

b) Reorganizar redes de serviços hemoterápicos integradas ao sistema nacional de saúde, promover a doação voluntária altruísta não remunerada habitual e fortalecer os recursos humanos, gestão da qualidade, uso apropriado do sangue e hemocomponentes, vigilância sanitária, hemovigilância e gestão do risco, que incluam todos os processos que englobam o doador e o paciente (em toda a cadeia transfusional).

c) Fortalecer os sistemas de gestão da informação que permitam visualizar e avaliar se o fornecimento de sangue é suficiente, oportuno, acessível, seguro, e de que maneira está influindo na morbimortalidade em nível nacional.

d) Continuar o apoio da Repartição Sanitária Pan-Americana aos Estados Membros para o fortalecimento da segurança sanguínea através da autossuficiência, disponibilidade, oportunidade e acesso baseado na doação voluntária altruísta não remunerada habitual.

Ação pela Conferência Sanitária Pan-Americana

11. Solicita-se que a Conferência tome nota deste relatório e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DCs. Washington, DC: OPAS; 2014 (documento CD53/5, Rev.2) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27418&Itemid=270&lang=pt

2. Organização Pan-Americana da Saúde. Orientações Estratégicas e Programáticas Para a Repartição Sanitária Pan-Americana da OPAS, 1999-2002 [Internet]. 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 50ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 21 a 25 de setembro de 1998, Washington, DC. Washington,DC: OPAS; 1998 (documento CSP25/8) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166474/4/csp25_8por.pdf

3 Organización Mundial de la Salud. Utilización y suministro de sangre y productos sanguíneos de origen humano. In: Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud No. 226 [Internet]. 28ª Assembleia Mundial da Saúde, 13 a 30 de maio de 1975; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 1975 (resolução WHA28.72, p. 40) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95333/1/Official_record226_spa.pdf

4. World Health Organization. Blood and blood products [Internet]. 79ª sessão do Conselho Executivo da OMS; de 12 a 23 de janeiro de 1987; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 1987 (resolução EB79.R1) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em inglês em: http://www.who.int/bloodsafety/en/EB79.R1.pdf

5. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of AIDS [Internet]. 40ª Assembleia Mundial da Saúde; de 4 a 15 de maio de 1987; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 1987 (resolução WHA40.26) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em inglês em: http://www.who.int/bloodsafety/en/WHA40.26.pdf

6. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of AIDS [Internet]. 45ª Assembleia Mundial da Saúde; de 4 a 14 de maio de 1992; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 1992 (resolução WHA45.35) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em inglês em: http://digicollection.org/hss/documents/s15420e/s15420e.pdf

7. Organización Mundial de la Salud. Cumbre de París sobre el SIDA [Internet]. 48ª Assembleia Mundial da Saúde; de 1 a 12 de maio de 1995; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 1995 (resolução WHA48.27) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/203839/1/WHA48_R27_spa.pdf

8. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA: hacer frente a la epidemia [Internet]. 53.ª Assembleia Mundial da Saúde; de 15 a 20 de maio de 2000; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2000 (resolução WHA53.14) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/s14.pdf

9. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente [Internet]. 55.ª Assembleia Mundial da Saúde; de 13 a 18 de maio de 2002; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2002 (resolução WHA55.18) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/I_Conferencia/06_doc_asamblea_oms.pdf

10. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA [Internet]. 56.ª Assembleia Mundial da Saúde; de 19 a 28 de maio de 2003; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2003 (resolução WHA56.30) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa56r30.pdf

11. Organización Mundial de la Salud. Seguridad de la sangre: propuesta para el establecimiento del día mundial del donante de sangre [Internet]. 58.ª Assembleia Mundial da Saúde; de 16 a 25 de maio de 2005; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2005 (resolução WHA58.13, p. 80) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/spanish/REC1-Part5_sp.pdf

12. Organización Mundial de la Salud. Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos [Internet]. 63.ª Assembleia Mundial da Saúde; de 17 a 21 de maio de 2010; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2010 (resolução WHA63.12) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19998es/s19998es.pdf

13. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis virales [Internet]. 63.ª Assembleia Mundial da Saúde; de 17 a 21 de maio de 2010; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2010 (resolução WHA63.18) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R18-sp.pdf

14. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad de Chagas: control y eliminación [Internet]. 63.ª Assembleia Mundial da Saúde; de 17 a 21 de maio de 2010; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2010 (resolução WHA63.20) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R20-sp.pdf

15. Organização Pan-Americana da Saúde. Fortalecimento dos bancos de sangue na Região das Américas [Internet]. 41º Conselho Diretor da OPAS, 51ª sessão do Comitê Regional da OMS; de 27 de setembro a 1 de outubro de 1999; San Juan, Porto Rico. Washington, DC: OPAS; 1999 (resolução CD41.R15) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd41_fr.pdf

16. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório de progresso sobre a iniciativa regional para segurança sanguínea e plano de ação para 2006-2010 [Internet]. 46º Conselho Diretor da OPAS, 57ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 26 a 30 de setembro de 2005, Washington, DC. Washington,DC: OPAS; 2005 (resolução CD46.R5) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/273/cd46.r5-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y

17. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre los progresos realizados en materia de seguridad de las transfusiones de sangre [Internet]. 142.ª sesión do Comitê Executivo de la OPS; de 23 a 27 de junho de 2008; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2008 (resolução CE142.R5) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www1.paho.org/spanish/gov/ce/ce142.r5-s.pdf

18. Organização Pan-Americana da Saúde. Melhoria da disponibilidade de sangue e segurança da transfusão nas Américas [Internet]. 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 29 de setembro a 3 de outubro de 2008, Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2008 (documento CD48/11) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd48-11-p.pdf

19. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para prevenção, controle e atenção à doença de Chagas [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 27 de setembro a 1 de outubro de 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2010 (documento CD50/16) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-16-p.pdf

20. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [Internet]. 148.ª sesión del Comité Ejecutivo de OPS; de 20 a 24 de junho de 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2011 (documento CE148/16, Rev. 1) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=13445&Itemid=

21. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano estratégico regional 2006-2015 para HIV/AIDS e DST da Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 46º Conselho Diretor da OPAS, 57ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 26 a 30 de setembro de 2005; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2005 (documento CD46/20, Adendo I) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd46-20a-p.pdf

22. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; (documento CD53/6) [consultado em 25 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28277/CD53-6-p.pdf

23. Organización Panamericana de Salud. Suministro de sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y del Caribe 2014 y 2015. Washington, DC: OPAS; 2017 (no prelo) [consultado em 12 de abril de 2017].

24. Organización Panamericana de Salud. Tablas de cálculos para la verificación de los indicadores [consultado em 12 de abril de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=38018&Itemid=270

D. COMBATENDO AS CAUSAS DE DISPARIDADES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRANS: RELATÓRIO DE PROGRESSO

Antecedentes

1. A aprovação da resolução CD52.R6, *Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans (LGBT)*, pelos Estados Membros da OPAS no 52º Conselho Diretor em 2013 *(1)* constituiu importante marco rumo à saúde universal ao reconhecer que as populações marginalizadas, inclusive as pessoas LGBT, têm enfrentado estigma e discriminação historicamente, assim como outras condições que configuram barreiras críticas à saúde. A resolução CD52.R6 instou os Estados Membros da OPAS a: *a)* promover a prestação de serviços de saúde com pleno respeito pela dignidade humana e pelos direitos à saúde que levem em consideração a diversidade sexual e de gênero; *b)* adotar políticas, planos e legislação que levem em consideração o estigma e a discriminação enfrentadas por pessoas LGBT e que permitem aumentar a disponibilidade e o acesso a serviços de saúde para essas populações; e *c)* coletar dados sobre a saúde de pessoas LGBT e seu acesso aos serviços de saúde.

2. Além disso, a resolução CD52.R6 solicita que o Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA ou Repartição) prepare e apresente aos Estados Membros um relatório sobre a situação de saúde e acesso a atendimento das pessoas LGBT, as barreiras que enfrentam no acesso a serviços de saúde e o impacto do acesso reduzido para essa população (Relatório do Diretor).

3. Este documento resume o progresso feito até agora na implantação da resolução CD52.R6, descreve as lacunas existentes no acesso das pessoas LGBT aos serviços de saúde e oferece recomendações preliminares para fortalecer sua implantação. A informação apresentada neste documento baseia-se nos resultados iniciais de dois questionários/pesquisas on-line preparados pela Repartição, um dirigido a funcionários dos Ministérios da Saúde nos Estados Membros da OPAS e o outro a organizações não governamentais (ONGs)[1], complementados por uma análise extensa da bibliografia sobre o tema citada neste documento. Os dados dessas fontes servem de base para o Relatório do Diretor, atualmente em versão preliminar, que será finalizado em consulta com os Estados Membros e interessados diretos relevantes, conforme estipulado na

[1] No total, 33 países e territórios responderam ao questionário para os Ministérios da Saúde (Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Turcas e Caicos, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Cristóvão e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela), enquanto 28 ONGs de 18 países responderam ao outro questionário.

resolução CD52.R6. A versão preliminar do Relatório do Diretor baseia-se na estrutura conceitual estabelecida pela Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde *(2)* que serve como guia para fortalecer a resposta do sistema de saúde às necessidades de saúde das populações LGBT. O Relatório do Diretor será finalizado e apresentado aos Estados Membros em 2018.[2]

Atualização do progresso alcançado pelos Estados Membros

4. Os Estados Membros estão conseguindo avanços na prestação de serviços de saúde para suprir as necessidades de saúde das pessoas LGBT. Dois terços dos países que responderam à pesquisa da RSPA disseram oferecer serviços sensíveis à população LGBT através do sistema de saúde pública. Além disso, as organizações não governamentais da causa LGBT fornecem uma ampla gama de serviços. As disparidades em saúde e problemas relatados na literatura podem ser extrapolados às populações LGBT das Américas.[2] Embora os Estados Membros reconheçam que vários problemas de saúde afetam as populações LGBT, as necessidades de saúde LGBT e as disparidades em saúde são em grande parte consideradas pelo viés do HIV/DSTs. Como resultado, as necessidades das pessoas trans e das mulheres lésbicas e bissexuais se tornam invisíveis. Esta perspectiva se reflete na prestação, estrutura e financiamento dos serviços de saúde e, em última instância, repercute na saúde geral das pessoas LGBT.

5. Os resultados iniciais apresentados na versão preliminar do Relatório do Diretor indicam que, apesar dos esforços por parte dos Estados Membros, a prestação de serviços de saúde adaptados às necessidades das pessoas LGBT é heterogênea na Região. Geralmente, os serviços são oferecidos através do sistema de saúde pública de maneira indiferenciada e são centralizados nas grandes áreas urbanas. No caso do HIV, por exemplo, embora os serviços sejam prevalentes e pretensamente sensíveis à população LGBT, eles podem: *a)* não conseguir fornecer medidas preventivas adequadas; *b)* não ter recursos suficientes para suprir as necessidades de saúde das pessoas LGBT; *c)* ser oferecidos em locais onde os indivíduos LGBT ainda são estigmatizados e discriminados; e *d)* exigir pagamento no local do atendimento. Fica claro que a melhoria dos serviços de HIV para pessoas LGBT continua sendo essencial.

6. No tocante a políticas e leis que afetam as pessoas LGBT, metade dos 33 Ministérios da Saúde que responderam ao questionário da RSPA informaram ter

[2] O relatório terá o seguinte título: *Abordando as Causas das Disparidades no Acesso e Utilização de Serviços de Saúde: Avaliação da Situação de Saúde e Acesso ao Atendimento para as Pessoas LGBT nas Américas*.

[3] As questões de saúde mencionadas com maior frequência em termos de disparidades e brechas nos serviços de saúde incluíram: disponibilidade limitada da terapia hormonal; procedimentos cirúrgicos relacionados à transição de gênero; complicações relacionadas ao uso de hormônios e modificações corporais sem supervisão médica (por exemplo, uso de óleo industrial ou silicone líquido) por pessoas trans; acesso a serviços de saúde anorretal, saúde mental e especializados em certos tipos de câncer para homens gays; acesso à profilaxia antes e depois da exposição e à vacina contra o papilomavírus humano (HPV) para homens gays e bissexuais; e acesso a serviços ginecológicos, de saúde reprodutiva e especializados em certos tipos de câncer e violência sexual para mulheres lésbicas.

implantado políticas antidiscriminação e leis adaptadas para suprir as necessidades específicas das pessoas LGBT. Além disso, 48,5% dos entrevistados dos Ministérios da Saúde confirmaram que possuíam um ordenamento jurídico nacional e/ou conjunto de leis vigentes para promover os direitos das pessoas LGBT. Quase metade dos países e territórios que responderam haviam aprovado legislação que visa erradicar a violência e discriminação contra as pessoas LGBT, enquanto 33,3% têm leis (em vigor ou em preparação) que exigem a criação de serviços de saúde sensíveis à população LGBT. Exemplos de leis que promovem os direitos LGBT citadas pelos entrevistados dos Ministérios da Saúde incluíram temas como antidiscriminação, adoção inclusiva por pessoas LGBT, casamento/união civil, identidade de gênero, saúde universal e violência de gênero. Além disso, mais da metade dos entrevistados dos Ministérios de Saúde informaram já ter elaborado políticas e leis que abordam a saúde LGBT.

7. A legislação relacionada com a saúde citada pelos entrevistados dos Ministérios da Saúde inclui leis que reconhecem os grupos LGBT como uma população em situação de vulnerabilidade e com necessidades de saúde únicas. Porém, alguns países e territórios ainda têm leis que criminalizam as pessoas LGBT. Esta situação é crítica porque, de acordo com a literatura analisada, leis deste tipo podem criar um ambiente no qual a violência contra os indivíduos LGBT é permitida ou tolerada, promovendo ainda mais abuso contra essas populações. Embora existam políticas e leis, sua aplicação e cumprimento varia amplamente dentro nos países e territórios e entre eles.

8. Esses países e os territórios que responderam ao questionário têm uma ampla gama de mecanismos de prestação de contas que articulam diferentes estruturas governamentais, inclusive Ministério da Saúde e *ombudsmen*, assim como ONGs e organizações da sociedade civil LGBT. Menos de 20% dos entrevistados dos Ministérios da Saúde citaram criação de entidades ou conselhos específicos focados exclusivamente em questões relacionadas com diversidade sexual e de gênero. É mais provável haver iniciativas deste tipo em países e territórios onde as ações legislativas e políticas afirmativas pró-LGBT são mais robustas *(3)*.

9. Mais de 50% dos países que responderam ao questionário informaram possuir políticas, normas ou diretrizes para prestar serviços de saúde às pessoas LGBT. A maioria das políticas de saúde e normas existentes se concentra na prevenção e tratamento do HIV e não aborda necessidades de saúde adicionais. Contudo, alguns entrevistados dos Ministérios da Saúde (24,2%) informaram possuir políticas e diretrizes para diversidade de gênero e sexual ou normas de atenção às populações LGBT. Tais normas incluem a promoção de serviços de saúde específicos (especialmente para pessoas trans, como terapia hormonal) e ambulatórios para a população LGBT, não discriminação com base em orientação sexual e identidade de gênero na assistência à saúde e boas práticas para assistência à saúde LGBT. Além disso, cerca de 70% dos entrevistados dos Ministérios da Saúde relataram haver atividades de treinamento focalizadas em LGBT sobre HIV/DSTs, direitos humanos, necessidades de saúde ou estigma e discriminação.

10. Os resultados preliminares do Relatório do Diretor também indicam que o estigma e a discriminação continuam sendo grandes obstáculos no acesso aos serviços de saúde pelas pessoas LGBT. A maioria dos entrevistados dos Ministérios da Saúde e das ONGs (75% e 96,4%, respectivamente) referiu-se explicitamente ao estigma e à discriminação como uma barreira à saúde para as pessoas LGBT. Observaram que esses indivíduos podem evitar ou adiar a busca por atendimento ou esconder sua orientação sexual e/ou identidade de gênero dos profissionais das saúde na tentativa de proteger-se contra a estigmatização. Na realidade, a falta de competência ao lidar com as questões de saúde LGBT por parte dos profissionais da saúde foi identificada como barreira principal por 92,9% dos entrevistados das ONGs. Os indivíduos LGBT frequentemente acabam dependendo das ONGs, organizações da sociedade civil ou outras redes para obter informação, melhorar seus conhecimentos sobre saúde e encontrar serviços de saúde adaptados às suas necessidades, sem nenhum apoio das autoridades nacionais de saúde na divulgação destas informações. A patologização das identidades LGBT, principalmente transgênero, continua desempoderando os indivíduos LGBT e pode se tornar a base do estigma nos meios de assistência à saúde. É também a pedra fundamental da prevalência de terapia de conversão.

11. Além disso, o fato de que os indivíduos LGBT não estão bem representados nas posições de autoridade ou no contexto nacional de assistência em saúde os isola ainda mais do sistema de saúde ao torná-los invisíveis e impedi-los de tomar decisões que beneficiariam sua saúde e sua comunidade. Alguns estudos na Região revelaram que as pessoas LGBT informam sofrer violência e discriminação dos próprios profissionais da saúde (4). Para abordar o estigma e a discriminação, 78,8% dos que responderam ao questionário declararam que várias estratégias de inclusão LGBT são aplicadas nos seus serviços nacionais de assistência à saúde. As estratégias de inclusão mais usadas são a criação de processos acessíveis para reclamação e o uso de declarações visíveis de não discriminação. Além disso, a maior parte das ONGs, organizações da sociedade civil e redes LGBT fornece orientação jurídica à comunidade LGBT nos casos de discriminação. Tais serviços podem incluir apoio por pares, orientação por advogados voluntários, organizações de proteção de direitos humanos e/ou referência a um escritório nacional de *ombudsman*.

12. Outras barreiras identificadas nos resultados preliminares são as limitações no seguro-saúde, discriminação no mercado de trabalho ou meio acadêmico e escassez de recursos para a prestação de serviços de saúde apropriados. A baixa cobertura pelo seguro-saúde também foi mencionada na literatura analisada (*5*). Na realidade, por causa das dificuldades no mercado de trabalho, uma estimativa (*6*) indica que aproximadamente 90% das mulheres trans que vivem nas Américas são profissionais do sexo, e as estimativas nacionais podem ser até maiores. Além disso, pesquisas indicam que as pessoas LGBT têm mais probabilidade de adiar ou não receber atendimento por causa de seu custo proibitivo *(7-10).*

13. Mais da metade dos entrevistados dos Ministérios da Saúde informaram que seus países coletam dados desagregados sobre saúde LGBT. Embora os dados sobre saúde

LGBT possam ser coletados ao incluir perguntas sobre orientação sexual e identidade de gênero nas ferramentas de coleta de dados de saúde, sistemas de informação em saúde, prontuários hospitalares e censos nacionais, essas práticas não são características nas Américas. Mesmo quando tais perguntas são feitas, podem não ser incluídas em todos os instrumentos, ou podem ser redigidas de maneira que limite a inclusão de todas as identidades L-G-B-T (por exemplo, usando o termo "sexo" em vez de gênero e seguindo o binarismo masculino/feminino), complicando ainda mais a coleta de dados sobre saúde LGBT.

14. Além de trabalhar na versão preliminar do Relatório do Diretor, a Repartição continua a promover um maior acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade para as populações LGBT. Estes esforços incluem capacitação em direitos humanos e direitos LGBT a pedido dos Estados Membros, reuniões regionais sobre diversidade de gênero e saúde universal, promoção da inclusão da causa LGBT em documentos e políticas e implantação de outras resoluções relacionadas [resolução CD50.R8, Saúde e Direitos Humanos, aprovada em 2010 *(11)*; resolução CD54.R9, Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde, aprovada em 2015 *(12);* e resolução CD53.R14, Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, aprovada em 2014, entre outras].

Ação necessária para melhoria da situação

15. Considerando o progresso feito até o momento e os desafios restantes, os Estados Membros da OPAS podem considerar as seguintes recomendações:

a) Fortalecer e/ou estabelecer serviços de saúde integrais e sensíveis à comunidade LGBT, fundamentados em evidências que abordem as necessidades de saúde específicas das pessoas LGBT e que levem em consideração a identidade de gênero e a diversidade de expressão. Cada população L-G-B-T exige serviços de saúde específicos para suprir necessidades de saúde de cada pessoa; portanto, normas ou diretrizes de atenção específicas para cada identidade L-G-B-T se fazem necessárias. Para melhorar o acesso a serviços de saúde, é importante evitar a centralização de serviços sensíveis à população LGBT, desenvolver capacidade no primeiro nível de atenção e promover tais serviços tanto no setor público como no privado. É também essencial assegurar que as informações a respeito dos recursos de saúde LGBT estejam disponíveis na comunidade e nos serviços de saúde, e elaborar estratégias que permitam aos provedores de serviços de saúde encaminhar as pessoas LGBT a outros serviços que sejam sensíveis às suas necessidades.

b) Melhorar a capacitação dos profissionais da saúde para que possam tratar as necessidades de saúde LGBT com enfoques baseados em gênero, diversidade e direitos, que ajudarão a acabar com qualquer forma de discriminação. Colaborar com as autoridades nacionais de educação para modificar os currículos dos programas acadêmicos relacionados à saúde para incluir conteúdo LGBT, seja

como módulos dentro de cursos existentes ou como cursos específicos independentes.

c) Considerar as necessidades específicas de saúde das pessoas LGBT na formulação e/ou implementação de políticas de saúde e iniciativas de fortalecimento dos sistemas de saúde como parte do esforço rumo à saúde universal. Reforçar os mecanismos nacionais de prestação de contas, com participação ativa das agências governamentais ou outros órgãos para monitorar seu cumprimento eficaz.

d) Melhorar os esforços para assegurar que as pessoas LGBT possam gozar de acesso e uso dos serviços de saúde sem discriminação, ao incluir provisões nas leis nacionais antidiscriminação dos Estados Membros que proíbam explicitamente a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Treinar e sensibilizar os legisladores e formuladores de políticas em questões relacionadas à diversidade sexual e de gênero, com foco no impacto do estigma e da discriminação na saúde LGBT.

e) Fortalecer os sistemas de informação sobre saúde e mecanismos de vigilância para gerar relatórios periódicos que incluam o estado da saúde LGBT e as barreiras ao acesso. Incluir elementos de orientação sexual e identidade de gênero em pesquisas de saúde nacionalmente representativas já existente para coletar dados que possam ser desagregados por orientação sexual e identidade de gênero. Tal informação é essencial para adaptar os serviços de saúde, políticas e legislação para suprir as necessidades das populações LGBT. É também necessária para monitorar as barreiras e avaliar as necessidades de saúde.

f) Fortalecer os mecanismos intersetoriais nacionais e a ligação com a comunidade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas LGBT. Isso inclui cooperação e coordenação entre os ministérios de saúde e educação, trabalho, justiça, assistência social e habitação; as agências de garantia da lei e da ordem; o poder legislativo; e as ONGs, organizações da sociedade civil e redes LGBT.

g) Usar a resolução CD54.R9, Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde, a resolução CD53.R14, Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, e outras resoluções da OPAS para fomentar a criação de marcos jurídicos, políticos e normativos que promovam o gozo do melhor estado de saúde que seja possível atingir como direito fundamental de toda pessoa, conforme estabelecido na Constituição da Organização Mundial da Saúde, sem distinção de sexo, gênero, identidade ou expressão de gênero.

Ação pela Conferência Sanitária Pan-Americana

16. Solicita-se que a Conferência tome nota deste relatório de progresso e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans (LGBT) [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, DC. Washington, DC: OPAS; 2013 (resolução CD52.R6) [consultado em 24 de março de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23325&Itemid=270&lang=pt

2. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (resolução CD53.R14) [consultado em 24 de março de 2017]. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7652/CD53-R14-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y

3. Gonzales G, Blewett LA. National and state-specific health insurance disparities for adults in same-sex relationships. Am J Public Health. 2014;104(2):e95-104. doi: 10.2105/AJPH.2013.301577

4. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Alves MJH, Moreira Belém JM, dos Santos Figueiredo FW, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature review. BMC Int Health Hum Rights. 2016;16(1):1-10. doi: 0.1186/s12914-015-0072-9

5. Heck JE, Sell RL, Gorin SS. Health care access among individuals involved in same-sex relationships. Am J Public Health. 2006;96(6):1111-8. doi: 10.2105/AJPH.2005.062661

6. Red LACTRANS. Report on the economic, social, and cultural rights of the transgender population of Latin America and the Caribbean. 2014 [consultado em 3 de dezembro de 2016]. Disponível em: http://tinyurl.com/gkt332u

7. Organização dos Estados Americanos (OEA), Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Violencia contra personas LGBTI; 2015 [consultado em 2 de dezembro de 2016]. Disponível em espanhol em: http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf

8. Gates G. In U.S., LGBT more likely than non-LGBT to be uninsured [Internet]. 2014 [consultado em 28 de novembro de 2016]. Disponível em inglês em: http://www.gallup.com/poll/175445/lgbt-likely-non-lgbt-uninsured.aspx

9. Gonzales G, Ortiz K. Health insurance disparities among racial/ethnic minorities in same-sex relationships: An intersectional approach. Am J Public Health. 2015;105(6):1106-13. doi: 10.2105/AJPH.2014.302459

10. Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS, Ward BW. Barriers to health care among adults identifying as sexual minorities: A US national study. Am J Public Health. 2016;106(6):1116-22. doi: 10.2105/AJPH.2016.303049

11. Organização Pan-Americana da Saúde. A saúde e os direitos humanos [Internet], 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1 de outubro de 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2010 (resolução CD50.R8) [consultado em 24 de março de 2017]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R8-p.pdf

12. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde [Internet], 54º Conselho Diretor da OPAS, 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2015 (resolução CD54.R9) [consultado em 24 de março de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31907&Itemid=270&lang=pt

E. A SAÚDE E OS DIREITOS HUMANOS: RELATÓRIO DE PROGRESSO

Antecedentes

1. Esse relatório resume o progresso alcançado na aplicação do marco conceitual *A saúde e os direitos humanos*, adotado pelos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no 50º Conselho Diretor (documento CD50/12 e resolução CD50.R8 [2010]) *(1, 2)*.

2. Este relatório se baseia em uma análise da cooperação técnica efetuada pela Repartição Sanitária Pan-Americana (a Repartição) em diferentes esferas, conforme os compromissos contraídos na resolução CD50.R8, e diferentes fontes serviram como insumo para a elaboração deste, dentre as quais cabe mencionar resoluções e estratégias da OPAS, instrumentos internacionais de direitos humanos e avanços em vários projetos com enfoque de direitos humanos, levando em consideração que os Estados Membros têm o direito soberano de firmar e ratificar os instrumentos internacionais de direitos humanos que considerem pertinentes.

Atualização do progresso alcançado

3. A resolução CD50.R8, *A saúde e os direitos humanos*, estabelece seis áreas específicas de colaboração técnica[1] nas quais os Estados Membros da OPAS se comprometem a utilizar, dentro de seus respectivos marcos nacionais, os instrumentos internacionais de direitos humanos aplicáveis em conformidade com as obrigações particulares de cada Estado Membro. A resolução CD50.R8 facilitou os seguintes avanços:

a) A transversalização dos direitos humanos nos documentos dos Órgãos Diretivos da OPAS, mediante colaboração com as unidades técnicas em temas relacionados com o acesso à saúde universal, o curso de vida saudável, a mortalidade materna, os determinantes sociais, as doenças não transmissíveis e os fatores de risco associados a essas doenças, bem como a saúde de grupos vulneráveis.

[1] As seis áreas de colaboração técnica são: 1) fortalecer a capacidade técnica da autoridade sanitária habilitando-a a avaliar e fiscalizar a implementação dos instrumentos internacionais de direitos humanos relacionados com a saúde que sejam aplicáveis; 2) apoiar a formulação de políticas e planos de saúde em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos relativos à saúde que sejam aplicáveis; 3) apoiar a cooperação técnica da OPAS na formulação, revisão e reformulação de planos nacionais e legislação de saúde; 4) promoção e fortalecimento dos programas de capacitação dos trabalhadores da saúde sobre os instrumentos de direitos humanos aplicáveis; 5) formulação e possível adoção de medidas legislativas, administrativas, educativas e de outra natureza sobre a proteção do direito ao gozo do grau máximo de saúde que se possa conseguir e outros direitos humanos correlatos; e 6) a difusão de informações a fim de abordar a estigmatização, discriminação e exclusão de grupos em situação de vulnerabilidade.

b) Em 2013, a adoção, pelo Conselho Diretor, do documento conceitual *(3, 4) Abordar as causas das disparidades quanto ao acesso e a utilização dos serviços de saúde por parte das pessoas lésbicas, homossexuais, bissexuais e trans,* representou um importante marco no trabalho realizado com instrumentos de direitos humanos e constitui um complemento da resolução CD50.R8.

c) A utilização dos instrumentos internacionais de direitos humanos contribuiu para a colocar em vigor leis, conforme o caso de cada país, que incorporam normas e padrões internacionais de direitos humanos com implicações sobre o direito à saúde e a outros direitos humanos correlatos em esferas tais como os direitos do paciente (Chile), a prevenção da violência contra a mulher (Nicarágua) e a prevenção de toda forma de discriminação por motivos de identidade de gênero ou orientação sexual (El Salvador).

d) A capacitação em matéria de direitos humanos foi complementada com a realização de oficinas nacionais e sub-regionais, em colaboração com os Estados Membros correspondentes, para incentivar a implementação da resolução CD54.R9 (2015) *Estratégia sobre legislação relacionada com a saúde (5).* Essa estratégia estabelece quatro linhas de ação fundamentais para facilitar e promover a elaboração, implementação ou revisão de marcos jurídicos e regulamentares baseados na promoção, no respeito e na proteção dos direitos humanos[2].

e) A Repartição estabeleceu a Comissão de Equidade e Desigualdades na Saúde na Região das Américas, liderada pelo Instituto de Equidade em Saúde (IHE na sigla em inglês) *(6, 7).* A finalidade da Comissão é aprofundar–usando um enfoque multidisciplinar—o entendimento dos principais fatores que contribuem para as desigualdades em matéria de saúde. Para atingir seus objetivos sob um marco de direitos humanos, a Comissão analisará, variáveis relacionadas com a identidade e a igualdade de gêneros, a orientação sexual, a etnia e a raça, entre outras.

f) A Repartição colaborou tecnicamente com os Estados Membros da Organização dos Estados Americanos (OEA). Entre 2011 e 2015 prestou assistência técnica à OEA para a formulação de disposições jurídicas vinculadas à saúde e ao desenvolvimento dos idosos. Tal esforço levou a OEA a adotar a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos *(8)*, que entrou em vigor no dia 11 de janeiro de 2017. Essa Convenção é o primeiro tratado internacional sobre a matéria.

g) Em conformidade com os dados recolhidos pela organização Olimpíadas Especiais[3] entre 2014 e 2015 *(9)*, foi constatado que 48,2% das pessoas com

[2] Em conformidade com a Resolução CD54.R9, as quatro linhas de ação que orientam a cooperação técnica da Repartição são: 1) ações sobre os determinantes da saúde; 2) ações para a promoção, a difusão e o intercâmbio de informações estratégicas sobre legislação relacionada à saúde; 3) ações para o acesso universal à saúde e a cobertura universal da saúde; 4) ações para fortalecer a coordenação entre a autoridade sanitária, o poder legislativo e outros setores.

[3] Olimpíadas Especiais é a maior organização esportiva do mundo, dedicada a crianças e adultos com incapacidades intelectuais. Seu programa United Sports® oferece treinamento e competições a mais de 5,3 milhões de atletas e sócios em aproximadamente 170 países. El programa Special Olímpicas Healthy

incapacidade intelectual sofriam de algum transtorno de pele ou unhas, 69% dos adultos sofriam de sobrepeso ou obesidade, 51% apresentavam sinais de gengivite e 27% não passavam nos testes de audição. Para enfrentar esse fenômeno, a Repartição tem apoiado o fortalecimento das capacidades técnicas das autoridades de saúde que assim solicitaram, com o objetivo de proporcionar apoio na revisão ou na formulação de políticas, do plano e de leis referentes a pessoas com incapacidade, em conformidade com a *Convenção Interamericana para a Erradicação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas com Incapacidade e a Convenção sobre os direitos das pessoas com incapacidades (10,11)*.

Ação necessária para melhoria da situação

4. Considerando que muitos dos Estados Membros da Região das Américas têm conquistado avanços na incorporação de determinados instrumentos internacionais de direitos humanos em suas políticas e legislação relacionadas à saúde, com apoio da Repartição, insta-se aos Estados Membros que decidam por continuar o trabalho realizado e a redobrarem os esforços, visando:

a) Estreitar a colaboração com as defensorias de direitos humanos e os poderes legislativos e judiciários dos Estados Membros da OPAS para que coordenem suas ações utilizando um enfoque de direitos humanos que promova e proteja a saúde inclusive da perspectiva do direito à saúde de maneira a ser nacionalmente reconhecido. Isso pode ser feito mediante a formulação de marcos normativos que protejam os direitos humanos ou mediante a remoção de barreiras legislativas que apenem determinadas condutas.

b) Intensificar os esforços para que assuntos relacionados com direitos humanos, questões de gênero, etnia e determinantes sociais, econômicos, ambientais, políticos e culturais que contribuam para o gozo do mais alto grau de saúde que se possa usufruir sejam harmonizados às prioridades regionais e ao compromisso mundial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

c) Fortalecer o papel que a Repartição desempenha junto a comissões e órgãos de tratados de direitos humanos, tais como a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), os órgãos das Nações Unidas e os Procedimentos Especiais.

d) Fomentar o uso dos instrumentos internacionais de direitos humanos, conforme o caso, tais como os marcos conceitual e jurídico, em todos os temas relacionados à saúde.

e) Fortalecer a capacidade técnica das autoridades de saúde, conforme solicitado, a fim de promover programas de treinamento, voltados aos profissionais de saúde, sobre instrumentos internacionais de direitos humanos aplicáveis às pessoas com incapacidade intelectual.

Atletas® oferece serviços de saúde e informação a mais de 1,7 milhões de atletas em situação de extrema necessidade em mais de 130 países.

Intervenção pela Conferência Sanitária Pan-Americana

5. Solicita-se à Conferência que tome nota do presente relatório de progresso e formule as recomendações que considere pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. A saúde e os direitos humanos (documento conceitual) [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1º de outubro de 2010; (DC) Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2010 (documento CD50/12) [consultado em 17 de fevereiro de 2017]. Disponível em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-p.pdf

2. Organização Pan-Americana da Saúde. A saúde e os direitos humanos [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1º de outubro de 2010; (DC) Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2010 (resolução CD50.R8) [consultado em 17 de fevereiro de 2017]. Disponível en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8956&Itemid=270

3. Organização Pan-Americana da Saúde. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans (documento conceitual) [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 , DC. Washington (DC): OPAS; 2013 (documento CD52/18) [consultado em 17 de fevereiro de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23140&Itemid=270&lang=pthttp://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4411/CD52_18esp.pdf?sequence=2&isAllowed=y

4. Organização Pan-Americana da Saúde. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans [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 , DC. Washington (DC): OPAS; 2013 (resolução CD52.R6) [consultado em 17 de fevereiro de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23325&Itemid=270&lang=pt

5. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 67ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2013; Washington , DC. Washington (DC): OPAS; 2015 (resolução CD54.R9). [consultado em 17 de fevereiro de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31907&Itemid=270&lang=pt

6. Organização Pan-Americana da Saúde. Comisión de Equidad y Desigualdades en la Salud en la Región de las Américas [Internet]. [consultado em 17 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12006%3Apaho-launches-high-level-commission-on-inequality-and-health-in-the-americas&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es

7. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2013; Washington , DC. Washington (DC): OPAS; 2014 (Documento Oficial No. 345) [consultado em 17 de fevereiro de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27421&Itemid=270&lang=pt

8. Organização dos Estados Americanos. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70) [Internet]. Cuadragésimo Quinto Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral; 15 de junho de 2015; Washington, DC; Secretaria Geral da OEA; 2015 [consultado em 17 de fevereiro de 2017]. Disponível em: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

9. Special Olympics (2016), Healthy Athletes Software. Para obter mais dados sobre uma seleção de indicadores em seis disciplinas e resultados por gênero, idade, grupo e região do mundo, acessar: "Healthy Athletes Prevalence Report: 2015 Update". Disponível em inglês em: http://media.specialolympics.org/resources/research/health/Healthy-Athletes-Prevalence-Report.pdf

10. Organização dos Estados Americanos. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad (A-65). [Internet]. Vigésimo Nono Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral; 7 de junho de 1999; Cidade da Guatemala, Guatemala; Secretaria Geral da OEA; 1999 [consultado em 17 de fevereiro de 2017]. Disponível em: http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html

11. Organização das Nações Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (A/RES/61/106). [Internet]. Sexagésimo primer período de sesiones de la Asamblea General; 13 de dezembro de 2006 [consultado em 21 de julho de 2017]. Disponívem em espanhol em: http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

F. PLANO DE AÇÃO PARA IMUNIZAÇÃO: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Introdução

1. Durante o 54º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em setembro de 2015, os Estados Membros aprovaram uma resolução para adotar o *Plano de Ação para Imunização* (documento CD54/7, Rev. 2), como a estrutura orientadora para imunização nas Américas *(1)*. O Plano visa dar continuidade aos progressos e a identificar e superar desafios relativos à imunização atualmente enfrentados por países nas Américas, e está alinhado ao Plano de Ação Global para Vacinas, da OMS *(2)*. Este relatório resume o progresso intermediário alcançado pela Região rumo ao cumprimento dos objetivos do Plano no período 2015 e 2016, e destaca os desafios que deverão ser superados nos próximos dois anos para alcançar as metas estabelecidas pelo Plano. As fontes consultadas para compilar este relatório incluem: *a)* relatórios emitidos pelos ministérios da saúde dos países; *b)* o Formulário de Notificação Conjunta (FNC *(3)* da OPAS-OMS/UNICEF para imunização; e *c)* a compilação de pesquisas e de outros recursos disponíveis. O relatório será examinado pelo Grupo Técnico Assessor (GTA) sobre Doenças Imunopreveníveis, da OPAS, e será compartilhado com os Estados Membros para que tomem conhecimento e adotem as medidas cabíveis.

Atualização do progresso alcançado

2. O Plano estabeleceu o roteiro para que todas as populações nas Américas tenham acesso equitativo à imunização. Os países estão trabalhando para aproveitar a cobertura universal de saúde visando obter melhor cobertura de imunização e fortalecer os sistemas de saúde como meio de aumentar a cobertura de imunização.

3. O Plano determinou 13 objetivos (7 gerais e 6 estratégicos) e 29 indicadores. Como é possível observar pelo quadro abaixo, na época em que esta revisão intermediária estava sendo preparada, a situação na Região era a seguinte: 16 indicadores estavam de acordo com o esperado; 3 estavam em andamento; e 10 indicadores deixavam a desejar, necessitando um esforço concentrado e ações urgentes para alcançarem as metas declaradas.

Objetivos gerais (OG) e estratégicos (OE)	Indicador	Situação
OG 1.1 Manter o status da Região como livre de pólio	**OG 1.1.1** Número de países e territórios que notificaram casos de paralisia devido ao poliovírus selvagem ou à circulação de poliovírus derivado da vacina (cVDPV) no último ano Linha de base: 0 em 2013 Objetivo: 0 em 2020	Desde 2016, nenhum dos 51 países ou territórios da Região notificou casos de paralisia devido ao vírus selvagem da pólio ou ao PVCDV.
OG 1.2 Manter a eliminação do sarampo, da rubéola e da SRC	**OG 1.2.1** Número de países e territórios nos quais a transmissão endêmica do vírus do sarampo ou da rubéola foi restabelecida Linha de base: 0 em 2013; 1 em 2015 Objetivo: 0 em 2020	Desde 2016, nenhum dos 51 países ou territórios da Região notificou casos endêmicos de sarampo ou do vírus da rubéola.
OG 1.3 Manter os êxitos alcançados no controle das doenças imunopreveníveis	**OG 1.3.1** Número de países e territórios que aplicam os indicadores para monitorar a qualidade da vigilância epidemiológica de casos de paralisia flácida aguda (PFA) Linha de base: 2 em 2013 Objetivo: 13 em 2020	Desde 2016, dois países da Região melhoraram a vigilância epidemiológica da poliomielite. Este indicador não avança suficientemente. Os países devem concentrar suas iniciativas no fortalecimento da capacidade de detectar casos suspeitos (isso é, taxas de casos suspeitos).
	OG 1.3.2 Número de países e territórios que aplicam os indicadores para monitorar a qualidade da vigilância epidemiológica em casos suspeitos de sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita (SRC) Linha de base: 9 em 2013 Objetivo: 18 em 2020	Desde 2016, 17 países atingiram os indicadores de vigilância epidemiológica.

Objetivos gerais (OG) e estratégicos (OE)	Indicador	Situação
	OG 1.3.3 Número de países e territórios que aplicam a vacina contra a Hepatite B em recém-nascidos nas primeiras 24 horas Linha de base: 18 em 2013 Objetivo: 25 em 2020	Desde 2016, 22 países e territórios adotaram a política universal de aplicar uma dose da vacina ao nascimento, e 14 países e territórios vacinam apenas recém-nascidos provenientes de mães portadoras do vírus da hepatite B como parte dos seus esforços para controlar a transmissão perinatal do vírus da hepatite B.

Objetivos gerais (OG) e estratégicos (OE)	Indicador	Situação
OE 1.1 Todos os países se comprometem a tornar a vacinação uma prioridade para a saúde e o desenvolvimento	**OE 1.1.1** Número de países e territórios onde o programa de imunização conta com uma base legislativa ou regulatória Linha de base: 28 in 2013: 26 aprovaram legislação e em dois a aprovação está pendente Objetivo: 32 em 2020	Desde 2016, nenhum país adicional aprovou leis para seus programas de vacinação. Este indicador não avança suficientemente.
	OE 1.1.2 Número de países e territórios que informam contar com a presença de um comitê técnico assessor em imunização que cumpre os critérios de bom funcionamento da OMS Linha de base: 15 em 2013 Objetivo: 18 em 2020	Desde 2016, nenhum país adicional na Região relatou ter apoio de um Grupo Técnico Assessor de Imunização Nacional (NITAG) em bom funcionamento. É importante notar que o Haiti foi o país que mais recentemente estabeleceu um NITAG, em março de 2017. Esse indicador não avança suficientemente.
	OE 1.1.3 Número de países e territórios que contam com um plano de ação para imunização anual e vigente que inclui planos operacionais e financeiros Linha de base: 25 em 2013 Objetivo: 35 em 2020	Desde 2016, 41 países contam com um plano anual de imunização atualizado.

Objetivos gerais (OG) e estratégicos (OE)	Indicador	Situação
OE 1.2 Os indivíduos e as comunidades entendem o valor das vacinas	**OE 1.2.1** Número de países e territórios que informam ter monitorado a satisfação do público com a vacinação durante a Semana de Vacinação nas Américas ou outras atividades Linha de base: 0 em 2013 Objetivo: 15 em 2020	Desde 2016, seis países e territórios relataram ter usado a Semana de Vacinação como uma plataforma para monitorar a conscientização do público, o nível de aceitação e o de satisfação com a vacinação durante a Semana de Vacinação nas Américas de 2016.

Objetivos gerais (OG) e estratégicos (OE)	Indicador	Situação
OG 2.1 Eliminar o tétano neonatal da lista de problemas de saúde pública em todos os países	**OG 2.1.1** Número de países e territórios com municípios que registram taxas de tétano neonatal acima de 1/1.000 nascidos vivos Linha de base: 1 em 2013 Objetivo: 0 em 2020	Em 2017, o Haiti avaliará o plano de ação para a eliminação do tétano neonatal implementado em 2015.
OG 2.2 Alcançar as metas de cobertura de vacinação com DPT em todos os níveis	**OG 2.2.1** Número de países e territórios que informam uma cobertura média nacional mínima de 95% com três doses de vacina com DPT em menores de 1 ano Linha de base: 19 em 2013 Objetivo: 35 em 2020	Desde 2015, 20 países alcançaram cobertura de 95% com a DPT3. Esse indicador não avança suficientemente na Região.
	OG 2.2.2 Número de países e territórios que informam cobertura mínima de 80% em todos os distritos, ou equivalente, com três doses de vacina com DPT em menores de 1 ano Linha de base: 12 em 2013 Objetivo: 35 em 2020	Desde 2015, 13 países informaram que a cobertura da DPT3 atingiu no mínimo 80% em todos os distritos. Este indicador não avança suficientemente. Os países e a Repartição Sanitária Pan-Americana têm direcionado seus esforços para as áreas geográficas onde as taxas de imunização são baixas.

Objetivos gerais (OG) e estratégicos (OE)	Indicador	Situação
OE 2.1 Os benefícios da imunização são estendidos a todas as pessoas e grupos sociais de maneira equitativa	**OE 2.1.1** Número de países e territórios que informam dados sobre a cobertura em cada uma das cinco faixas de renda, ou por outros subgrupos, permitindo monitorar a equidade da vacinação Linha de base: 0 em 2013 Objetivo: 15 em 2020	Desde 2016, nenhum país da região notifica cobertura por faixa de renda. Embora este indicador não avance suficientemente, foram realizadas duas oficinas para treinar 21 países na metodologia para medir iniquidades.

Objetivos gerais (OG) e estratégicos (OE)	Indicador	Situação
OG 3.1 Introduzir vacinas segundo critérios técnicos e programáticos	**OG 3.1.1** Número de países e territórios que introduziram uma ou mais vacinas novas em seus calendários de vacinação nacionais Linha de base: 32 em 2013 Objetivo: 40 em 2020	Desde 2016, 33 países e territórios introduziram novas vacinas em seus calendários nacionais.
OE 3.1 A tomada de decisões se baseia em dados comprovados e as avaliações de impacto asseguram a adoção de políticas para maximizar os benefícios da vacinação	**OE 3.1.1** Número de países e territórios que realizaram estudos antes de introduzirem uma vacina (p. ex., análise custo-benefício) Linha de base: 14 em 2013 Objetivo: 20 em 2020	Desde 2016, 16 países realizaram estudos antes de introduzir novas vacinas.
	OE 3.1.2 Número de países e territórios que realizaram estudos após introduzirem uma vacina (p. ex., estudos de impacto, estudos operacionais, etc.) Linha de base: 9 em 2013 Objetivo: 15 em 2020	Desde 2016, 12 países realizaram estudos após introduzir novas vacinas.

Objetivos gerais (OG) e estratégicos (OE)	Indicador	Situação
OG 4.1 Lograr os resultados propostos pela agenda para o desenvolvimento pós-2015 relativos à redução da mortalidade infantil e materna	**OG 4.1.1** Número de países e territórios que incluem em seus calendários de imunização a vacinação de grávidas contra a gripe e/ou com vacina que contém tétano-difteria como marcadora da vacinação materna Linha de base: 27 em 2013 Objetivo: 35 em 2020	Desde 2016, a vacinação contra a influenza é indicada para mulheres grávidas em 31 países na América Latina e no Caribe (ALC). A vacina contra a coqueluche é indicada para mulheres grávidas em 18 países (todos parte dos 31 que têm vacinação contra influenza).
	OG 4.1.2 Número de países e territórios que oferecem outras intervenções preventivas juntamente com a vacinação Linha de base: 4 em 2013 Objetivo: 20 em 2020	Desde 2016, seis países oferecem intervenções preventivas integradas à vacinação (isso é, desparasitação).
OE 4.1 O programa de imunização tem à disposição insumos sustentáveis com os recursos nacionais	**OE 4.1.1** Número de países e territórios que financiam mais de 90% de seus programas ou iniciativas de imunização com recursos nacionais Linha de base: 27 em 2013 Objetivo: 35 em 2020	Desde 2015, 34 países nas Américas estão aptos a custear seus próprios programas com recursos nacionais.
	OE 4.1.2 Porcentagem da coorte de nascimentos na América Latina e Caribe que tem acesso a um fornecimento adequado de vacinas de qualidade Linha de base: 100 em 2013 Objetivo: 100 em 2020	Desde 2016, 100% da coorte tem acesso a um suprimento adequado de vacinas de qualidade.

Objetivos gerais (OG) e estratégicos (OE)	Indicador	Situação
	OE 4.1.3 Número de países e territórios que adquirem vacinas através do Fundo Rotativo e que cumprem os critérios de precisão de demanda de vacinas e insumos Linha de base: 10 em 2013 Objetivo: 30 em 2020	Desde 2016, apenas quatro países e territórios adquirem vacinas por meio do Fundo Rotativo e satisfazem os critérios de precisão de demanda de vacinas e suprimentos. Este indicador não avança suficientemente. O aumento da carga financeira nacional, a introdução da vacina de pólio com vírus inativo (VPI) e a mudança da vacina trivalente de poliomielite para a bivalente são algumas das razões pelas quais os países tiveram que atualizar as quantidades planejadas. A assistência técnica da OPAS incluiu atualizar as autoridades sobre os mercados de vacinas, resolvendo problemas de abastecimento e facilitando medidas para melhorar a demanda, o planejamento e o desempenho financeiro.
OE 4.2 Serviços de imunização fortalecidos são parte de um serviço de saúde integral e funcionam bem	**OE 4.2.1** Número de países e territórios com taxas de deserção inferiores a 5% entre a primeira e a terceira dose da vacina com DPT Linha de base: 11 em 2013 Objetivo: 35 em 2020	Desde 2015, 26 países apresentam taxa de deserção de DPT1-3 abaixo de 5%. O desempenho desse indicador mostra que os países devem trabalhar mais para melhorar a qualidade dos serviços de imunização prestados e podem lançar medidas para corrigir os problemas e melhorar cobertura da DPT3 dentro da infraestrutura atual.
	OE 4.2.2 Número de países e territórios com cobertura da terceira dose de vacina para DPT superior a 95% de maneira sustentada, ou seja, durante três ou mais anos seguidos Linha de base: 13 em 2013 Objetivo: 35 em 2020	Desde 2015, dez países e territórios mantiveram a cobertura da DPT3 acima dos 95% por três anos consecutivos ou mais. Este indicador não avança suficientemente. Há a necessidade de continuar a fortalecer os sistemas nacionais de saúde na medida em que os países adicionam vacinas aos seus programas nacionais, para que cobertura de todas as vacinas alcance a meta de 95% ou mais e seja mantida nesse percentual.

Objetivos gerais (OG) e estratégicos (OE)	Indicador	Situação
	OE 4.2.3 Número de países e territórios que tem realizado atividades para identificar e superar as barreiras para chegar à população desprovida de vacinas ou com níveis insuficientes de vacinação Linha de base: 22 em 2013 Objetivo: 35 em 2020	Desde 2016, 23 países e territórios implementaram atividades de vacinação visando atender populações distantes na tentativa de reduzir o número de pessoas suscetíveis. Este indicador não avança suficientemente. A Região continua priorizando a implementação das estratégias para alcançar populações com níveis insuficientes ou desprovidas de vacinação, mantendo inclusive estreita colaboração com os países para definir as necessidades e ações de acompanhamento.
	OE 4.2.4 Número de países e territórios que têm realizado atividades para melhorar a qualidade de seus dados de cobertura e que incluem essas atividades em seus planos de ação anuais Linha de base: 12 em 2013 Objetivo: 25 em 2020	Desde 2016, 14 países e territórios realizaram atividades para melhorar a qualidade de seus dados de imunização.
	OE 4.2.5 Número de países e territórios que contam com um sistema nacional de registro nominal de vacinação eletrônico Linha de base: 3 em 2013 Objetivo: 10 em 2020	Desde 2016, cinco países atualmente usam o sistema nacional de registro nominal de vacinação eletrônico (RNVE) no âmbito nacional.

Objetivos gerais (OG) e estratégicos (OE)	Indicador	Situação
	OE 4.2.6 Número de países e territórios que informam ter enfrentado escassez de alguma vacina, ou insumo relacionado, durante o período de um mês ou mais em qualquer um dos níveis (local, subnacional ou nacional) Linha de base: 11 em 2013 Objetivo: 0 em 2020	Desde 2015, 21 países informaram não ter tido estoque, principalmente em função da escassez de vacinas no âmbito global. Este indicador não avança suficientemente. Os países devem rever seus sistemas de cadeia de abastecimento de vacinas, buscando otimizar as etapas no processo e acomodar as estratégias que maximizem a efetividade e a eficiência.
	OE 4.2.7 Número de países e territórios que fortaleceram a vigilância após a comercialização de vacinas do Programa Ampliado de Imunização Linha de base: 4 em 2013 Objetivo: 10 em 2020	Desde 2016, 28 países e territórios fortaleceram a vigilância pós-comercialização das vacinas do Programa Ampliado de Imunização.
	OE 4.2.8 Número de países e territórios que realizam atividades de vacinação dirigidas aos profissionais da saúde Linha de base: 19 em 2013 Objetivo: 25 em 2020	Desde 2016, 25 países na Região têm trabalhado para melhorar os conhecimentos e as habilidades de seus profissionais de saúde.

Desafios e ações necessárias para melhorar a imunização na Região

4. A imunização é uma das intervenções de saúde mais custo-efetivas implementadas no curso da história *(4)*. Para atingir seu pleno potencial e avançar mais nos objetivos do Plano, os países devem reforçar as seguintes áreas de trabalho levando em consideração sua própria realidade:

a) *Melhorar as estruturas jurídicas.* Os países devem estabelecer ou reforçar a legislação vacinal para proteger a sustentabilidade financeira do programa.

b) *Assegurar que os benefícios da imunização sejam equitativamente distribuídos por todos.* Com o objetivo de aumentar a cobertura em todos os níveis, os programas de vacinação devem trabalhar com os sistemas de saúde para ampliar os serviços de maneira a incluir as pessoas que atualmente não têm cobertura e

aproveitar as abordagens integrando-as a outras intervenções no nível de atenção primária *(5-6).*

c) *Manter e fortalecer o compromisso nacional com os programas de vacinação.* Embora os países tenham investido na compra de vacinas novas e mais caras, são necessários recursos financeiros para apoiar e melhorar as atividades programáticas, como a supervisão, o treinamento e a assistência técnica *(7).* Um desafio é a situação econômica enfrentada por muitos países de renda média na Região, que apresentam prioridades de saúde que competem entre si. O investimento deve estar vinculado a uma estrutura de avaliação quantificável.

d) *Aumento da vigilância das doenças.* A vigilância com base em casos suspeitos de poliomielite, sarampo e rubéola é a ferramenta mais potente para manter os ganhos e evitar que esses vírus voltem a circular na Região *(8-9).* Os países devem melhorar o desempenho da vigilância integrada epidemiológica e laboratorial de doenças evitáveis com vacina (DEV), aproveitar esta rede e incluir outras doenças imunopreveníveis, além de fortalecer a vigilância sentinela.

e) *Fortalecer o sistema de informações.* Os países devem trabalhar para assegurar a alta qualidade da coleta, do manejo, da análise e do uso dos dados em todos os níveis para que as decisões sejam tomadas com base sólida *(10).* Essas atividades devem ser concentradas no treinamento, avaliando a qualidade dos dados de seus sistemas, e explorando o uso de novas tecnologias, entre outros.

f) *Melhorar a comunicação e a mobilização social.* Os países devem se esforçar para aumentar confiança nas vacinas e o uso dessas com base em evidências por meio do engajamento das comunidades e do uso de novas tecnologias móveis e com base na Internet.

Ação pela Conferência Sanitária Pan-Americana

5. Solicita-se que a Conferência tome nota deste relatório e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para imunização [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2015; Washington, D.C. Washington, DC: OPAS; 2015 (resolução CD54.R8) [consultado em 23 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31903&Itemid=270&lang=pt

2. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción mundial sobre vacunas [Internet]. 65ª Assembléia Mundial da Saúde; 21 a 26 de maio de 2012; Genebra, Suíça. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2012 (documento A65/22) [consultado em 23 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_22-sp.pdf

3. Organización Panamericana de la Salud. Inmunización en las Américas, resumen del 2016 [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2016 [consultado em 23 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=36292&lang=es

4. Horton S, Levin C. Cost-Effectiveness of Interventions for Reproductive, Maternal, Neonatal, and Child Health. In: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N, editors. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities, Terceira Edição (Volume 2). Washington (DC): Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento /Banco Mundial; abril de 2016, Capítulo 17 [consultado em 23 de janeiro de 2017] Disponível em inglês em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361907/pdf/Bookshelf_NBK361907.pdf

5. Organización Mundial de la Salud Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización. 2016 Examen a mitad de ejecución del Plan de acción mundial sobre vacunas [consultado em 10 de junho de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/october/1_Draft_GVAP_Assessment_report_2016_for_Yellow_Book_28_Sep_2016.pdf?ua=1

6. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, D.C. Washington, DC: OPAS; 2014 (documento CD53/5, Rev.2) [consultado em 23 de fevereiro de 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27418&Itemid=270&lang=pt

7. Organização Mundial da Saúde. Fortalecimiento de la inmunización para alcanzar los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas [Internet]. 70ª Assémbleia Mundial da Saúde; 23 de maio de 2017; Genebra, Suíça. Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2017 (documento A70/A/CONF./1) [consultado em 2 de junho de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_ACONF1-sp.pdf

8. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome de Rubéola Congênita na Região das Américas [Internet]. 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 64ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 17 a 21 de setembro de 2012; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2012 (resolução CSP28.R14) [consultado em 23 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18950&Itemid=270&lang=pt

9. World Health Organization. Polio eradication & endgame strategic plan 2013-2018 [Internet]. Genebra: OMS; 2013 [consultado em 23 de janeiro de 2017]. Disponível em inglês em: http://polioeradication.org/who-we-are/strategy/

10. Organización Panamericana de la Salud (Grupo Técnico Asesor [GTA] sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación). Actualización en los progresos y avances de los registros nominales electrónicos de vacunación y calidad de datos. En: Vacunación ¡Tu mejor jugada! Informe final [Internet]. XXII Reunión del GTA sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación; 1 e 2 de julho de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 [consultado em 23 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26692&Itemid=270&lang=es

G. ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO SOBRE A EPILEPSIA: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. Este documento tem por objetivo informar os Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) acerca do progresso realizado na execução da *Estratégia e plano de ação sobre epilepsia*, aprovada em setembro de 2011 (documento CD51/10, Rev. 1 *(1)* e resolução CD51.R8) *(2)*. Esta estratégia e plano de ação estabelecem as bases da cooperação técnica na Região para a abordagem da epilepsia e é complementada pela *Estratégia e plano de ação sobre saúde mental*, aprovada pelo Conselho Diretor da OPAS em 2009 *(3)*, o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 *(4)* e o *Plano de ação sobre saúde mental 2015-2020 (5)*. Outros antecedentes incluem várias resoluções e documentos técnicos regionais sobre epilepsia aprovados pela OPAS e os Estados Membros, bem como o programa de ação em saúde mental (mhGAP, na sigla em inglês), iniciado pela OMS em 2008, e seu guia de intervenção correspondente de 2010, que inclui um módulo sobre o tratamento da epilepsia no nível primário dos sistemas de saúde *(6-12)*. Em 2015, a Assembleia Mundial da Saúde adotou uma resolução sobre a necessidade de ações coordenadas ao nível dos países para abordar as implicações de saúde e sociais da carga associada à epilepsia (resolução WHA68.20) *(13)*. É preciso observar que o plano de ação não possui um enquadramento lógico preciso, de modo que nem todas as áreas estratégicas contam com objetivos e indicadores correspondentes.

Atualização do progresso alcançado

2. Os países da Região têm avançado em muitos objetivos, com importantes progressos na implementação das áreas estratégicas 2 e 4. Embora seja observado um progresso significativo, ainda existem algumas barreiras. Em particular, a discussão sobre estratégias e modelos de prestação de serviços para a epilepsia ao nível nacional estão frequentemente sob responsabilidade de associações profissionais. Os Ministérios da Saúde têm dificuldades em abordar o tema diretamente, utilizando seus próprios recursos. A OPAS tem orientado seus esforços nessa direção, promovendo e facilitando a participação das autoridades e trabalhando em contato regular com os ministérios e as associações médicas da América Latina e Caribe.

3. Os dados sobre os Estados Membros (veja o quadro a seguir) foram obtidos a partir do relatório *Epilepsia na América Latina* e do instrumento *OMS/ATLAS para Transtornos Neurológicos (14, 15)*. Estes instrumentos, juntamente com as informações disponíveis nos *Dados de Mortalidade para a Saúde nas Américas, 2012*, constituem as principais referências para a elaboração deste relatório *(16)*.

Área estratégica 1: Programas e legislação para a atenção às pessoas com epilepsia e a proteção dos seus direitos humanos		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
1.1	**1.1.1** Número de países que estão executando um programa nacional de atenção à epilepsia. Linha de base: 10 países em 2010 Meta: 20 em 2015; 30 em 2020	18 países em 2016 *(14, 15)*. As metas foram excessivamente ambiciosas. Sugere-se ajustar a meta para 25 países em 2020.
1.2	**1.2.1** Número de países que reviram/modificaram e atualizaram o quadro legislativo relacionado à epilepsia de acordo com as normas internacionais de direitos humanos. Linha de base: indefinida em 2012 Meta: 10 países em 2015; 25 em 2020	10 países em 2016 *(14, 15)*. Não há consenso unânime entre os países sobre a necessidade de uma lei específica para a epilepsia; sugere-se reduzir a meta a 15 países em 2020.
	1.2.2 Desenvolvido e publicado o Instrumento e Metodologia para avaliar integralmente os programas nacionais e os serviços de atenção à epilepsia (IEPE). Linha de base: nenhum instrumento publicado em 2010 Meta: 1 instrumento publicado em 2012; 1 revisto em 2020	Elaboração de um questionário de dados básicos sobre programas, serviços e recursos, em 2013 *(14)*. Revisão do questionário à luz do *Atlas Neurológico da OMS*, em curso.
	1.2.3 Número de países que avaliaram seu programa nacional e/ou os serviços de atenção à epilepsia. Linha de base: nenhum país em 2010 Meta: 25 países em 2014; 30 em 2020	Não há informações específicas a este respeito. Propõe-se alinhar esse indicador com o 1.1 e voltar a propor a meta a 20 países para 2020.
	1.2.4 Taxa regional de mortalidade por epilepsia (por 100.000 habitantes). Linha de base: 0,8 em 2010 Meta: <0,8 (o plano não especifica o ano).	Taxa de 0,50 na América do Norte, 1,04 na América Latina e Caribe e 0,84 nas Américas, por 100.000 habitantes em 2012 (informação mais recente disponível) *(16)*.

Área estratégica 2: Rede de serviços de saúde para a atenção às pessoas com epilepsia, com ênfase na atenção primária à saúde e na provisão de medicamentos		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
2.1	**2.1.1** Elaboração e publicação de um Módulo Regional de Capacitação (guias) sobre epilepsia, baseado nas competências necessárias para satisfazer os requisitos e dirigido aos trabalhadores da atenção primária à saúde. Linha de base: 1 guia em 2010 (mhGAP-IG) Meta: 1 guia adaptada ao nível regional em 2013; 1 guia revista em 2020	A *Guia de Intervenção mhGAP/Módulo de Epilepsia*, elaborada pela OMS em 2010, cumpre os requisitos do módulo regional de capacitação proposto neste indicador. Esta guia, incluindo o módulo de epilepsia, foi publicada e disponibilizada aos países da Região em suas versões em inglês (2010), francês (2011), espanhol (2012) e português (2015). Além disso, este módulo foi adaptado ao nível nacional nos países e 30 países e territórios o estão utilizando de acordo com a metodologia da OMS *(12)*.
2.2	**2.2.1** Porcentagem de pessoas com epilepsia que não recebem tratamento. Linha de base: 60% em 2009 Meta: 30% em 2020	Estudo-piloto em Honduras com um programa de intervenção de base comunitária. Redução da lacuna de tratamento de 53% em 1997 para 13% em 2014 *(14)*. Um novo estudo regional está previsto em 2017 para analisar a lacuna de tratamento, à semelhança do que foi feito em 2013 sobre as lacunas de tratamento em saúde mental. Serão incluídos todos os países da Região que tenham dados disponíveis.

Área estratégica 3: Educação e conscientização da população, incluindo pessoas com epilepsia e suas famílias		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
3.2	**3.2.1** Elaboração e publicação de guias regionais para a formulação e implementação de medidas de prevenção da epilepsia nos países. Linha de base: nenhum guia em 2010 Meta: 1 guia em 2013; revisto em 2020	O documento correspondente aos guias regionais para a formulação e implementação de medidas de prevenção da epilepsia foi preparado em 2016. Sua conclusão está prevista para o primeiro semestre de 2017.

Área estratégica 4: Fortalecimento da capacidade de produzir, avaliar e utilizar informações sobre a epilepsia		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
4.1	**4.1.1** Publicação de um documento metodológico regional para a elaboração de indicadores sobre a epilepsia, utilizando-se um processo de consultas e a participação de um grupo de especialistas. Linha de base: nenhum documento em 2010 Meta: 1 documento em 2014	Cumprido em parte com o uso dos dados indicadores do Relatório Regional/OPAS e do ATLAS para Transtornos Neurológicos /OMS *(14, 15).* Deve ser concluído no período 2017-2020.
	4.1.2 Relatório regional sobre a epilepsia, concluído e publicado. Linha de base: 1 informe em 2008 Meta: 1 em 2015; 1 em 2020	*Relatório sobre a Epilepsia na América Latina e Caribe, 2013 (14).*
4.2	**4.2.1** Publicação de uma compilação de estudos epidemiológicos sobre epilepsia na América Latina e Caribe. Linha de base: nenhuma publicação em 2010 Meta: 1 em 2015; 1 em 2020	Foi publicado um documento técnico que compila as experiências mais importantes com a epilepsia na América Latina (programas, serviços e pesquisa epidemiológica), a partir de duas oficinas regionais realizadas no Chile (2013) e em Honduras (2015) *(14)*.

Ação necessária para melhoria da situação

a) Ajustar as metas da *Estratégia e plano de ação sobre epilepsia* para refletir objetivos mais realistas.

b) Consolidar e implementar os instrumentos e estudos para a avaliação dos conteúdos e normas que fazem parte da *Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia.*

c) Apoiar o trabalho conjunto da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) e dos Estados Membros no desenvolvimento dos sistemas de saúde, recursos humanos e serviços para melhorar a qualidade da atenção e reduzir a lacuna de tratamento.

d) Promover a alocação de recursos de acordo com as necessidades identificadas e as metas estabelecidas.

e) Fortalecer os sistemas de informação e vigilância, melhorar as informações epidemiológicas e aumentar a cobertura das pesquisas para populações marginalizadas e outros grupos vulneráveis.

Ação pela Conferência Sanitária Pan-Americana

4. Solicita-se que a Conferência tome nota deste relatório, aprove o ajuste das metas dos indicadores 1.1.1 e 1.2.1 e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2011. Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2011 (documento CD51/10, Rev. 1) [consultado em 20 de dezembro de 2016] Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14466&Itemid=270

2. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2011. Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2011 (resolução CD51.R8) [consultado em 20 de dezembro de 2016] Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15044&Itemid=

3. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para saúde mental [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2009 (documento CD49/11 [consultado em 20 de dezembro de 2016]. Disponível em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-p.pdf

4. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (Documento Oficial 345). Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23127&Itemid=270

5. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre saúde mental 2015-2020 [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (documento CD53/8, Rev. 1). Disponível em: ttp://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26719&Itemid=270&lang=pt

6. Comissões de Assuntos Latino-Americanos da Liga Internacional contra a Epilepsia e do Bureau Internacional para a Epilepsia, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, UNICEF para a América Latina e Caribe, Oficina Regional de Educação para a América Latina e Caribe da UNESCO, Ministério da Saúde do Chile. Declaración Latinoamericana sobre Epilepsia [Internet]. Santiago (Chile): ILAE, IBE, OPAS/OMS, UNICEF, UNESCO, MINSAL; 2000 [consultado em 20 de dezembro de 2016]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/mental_health/neurology/epilepsy/latin_american_declaration_2000_spanish.pdf

7. World Health Organization, International League Against Epilepsy, International Bureau for Epilepsy. Global Campaign Against Epilepsy: out of the shadows [Internet]. Heemstede (Países Baixos): ILAE, IBE, OMS; 2003 [consultado em 20 de dezembro de 2016]. Disponível em inglês em: http://www.who.int/mental_health/management/en/GcaeBroEn.pdf

8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Liga Internacional contra a Epilepsia e Bureau Internacional para a Epilepsia. Informe sobre la Epilepsia en Latinoamérica [Internet]. Washington, DC (Estados Unidos): OPAS/OMS, ILAE, IBE; 2008 [consultado em 20 de dezembro de 2016]. Disponível em espanhol em: http://www.globalcampaignagainstepilepsy.org/files/AMRO%20Regional%20Report%20Spanish.pdf

9. Organização Pan-Americana da Saúde. A incapacidade: prevenção e reabilitação no contexto do direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde física e mental e outros direitos relacionados [Internet]. 47º Conselho Diretor da OPAS, 58ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de 2006. Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2006 (resolução CD47.R1) [consultado em 20 de dezembro de 2016]. Disponível em: http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/CD47.r1-p.pdf

10. Organização Pan-Americana da Saúde. A saúde os direitos humanos [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1 de outubro de 2010. Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2010 (resolução CD50.R8) [consultado em 20 de dezembro de 2016]. Disponível em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R8-p.pdf

11. Organización Mundial de la Salud. mhGAP-Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias [Internet]. Genebra (Suíça): OMS; 2008. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhgap_spanish.pdf?ua=1

12. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada [Internet]. Genebra (Suíça): OMS; 2012. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1

13. Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de epilepsia y necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por el público [Internet]. 68. ª Assembleia Mundial da Saúde; del 18 al 26 de mayo. Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2015 (resolução WHA68.20) [consultado em 20 de dezembro de 2016]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-sp.pdf#page=25

14. Organização Pan-Americana da Saúde. Epilepsia en Latinoamérica [Internet] Santiago (Chile): OPAS; 2013 [consultado em 20 de dezembro de 2016]. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33137&lang=es

15. World Health Organization. Atlas Project Neurology [Internet]. OMS; 2015. Dados não publicados. Disponível mediante solicitação à Unidade de Saúde Mental, Departamento de Doenças Não Transmissíveis, OPAS [consultado em 20 de dezembro de 2016]. Projeto disponível em inglês em: http://www.who.int/mental_health/neurology/atlas/en/#

16. Organización Panamericana de la Salud. Datos de Mortalidad para Salud en las Américas. Washington, DC: OPAS; 2012 [consultado em 20 de dezembro de 2016]. Disponível em espanhol em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470%3A2010-data-statistics&catid=1900%3Ahome&Itemid=40434&lang=es

H. PLANO DE AÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. Este documento visa informar os Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre o progresso alcançado na execução do *Plano de ação sobre saúde mental*, aprovado em outubro de 2014 (documento CD53/8; resolução CD53.R7) *(1)*. A base de elaboração deste plano e, em geral, da cooperação técnica atual sobre saúde mental na Região foram a Estratégia e plano de ação sobre saúde mental aprovados pelo Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2009, revisados e alinhados ao *Plano de ação integral sobre saúde mental* implementado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2013 *(2, 3),* e complementado pelo Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 *(4)*. Ademais, foram usadas como base várias outras resoluções, declarações e outros documentos técnicos regionais sobre saúde mental, aprovados pela OPAS e pelos Estados Membros, o programa de ação em saúde mental (mhGAP, sigla em inglês), iniciado pela OMS em 2008, e a respectiva guia de intervenção de 2010 *(5-12)*.

Atualização do progresso alcançado

2. A maior parte dos objetivos tem visto avanços, segundo descreve o quadro a seguir. Os países da Região vêm fazendo sérios esforços para deslocar o eixo da atenção prestada, incluindo desde os serviços nos hospitais psiquiátricos tradicionais até um modelo com base na comunidade, que ofereça cuidados integrais e contínuos às pessoas com transtornos mentais e suas famílias. Em toda a região, realizaram-se vários eventos, e ferramentas técnicas de uso prático foram intercambiadas. O processo de integração da saúde mental na atenção primária foi fortalecido nos últimos anos com a capacitação dos profissionais de atenção primária à saúde no uso do instrumento mhGAP, da OMS, que consiste em intervenções para prevenir e controlar, no nível não especializado de atenção à saúde, transtornos mentais, neurológicos e aqueles causados pelo uso de substâncias. No entanto, é necessário consolidar o processo, com ferramentas de monitoramento e avaliação que permitam entender o impacto do esforço que está sendo realizado.

3. Os Estados Membros apresentam periodicamente seus dados sobre os sistemas de atendimento à saúde mental por meio de relatórios de pesquisas, de anuários epidemiológicos, do instrumento Atlas regional de saúde mental das Américas (OPAS) e da ferramenta da OMS, a WHO-AIMS. Estes instrumentos, além dos relatórios elaborados pela OPAS, como o de *Mortalidade por suicídio nas Américas* (2014), *Indicadores Básicos - Situação de Saúde nas Américas* (2016) e os relatórios das Missões técnicas do pessoal encarregado por parte da Repartição Sanitária Pan-Americana, constituem as principais referências para a preparação deste relatório.

Linha estratégica de ação 1: Formular e implantar políticas, planos e leis na área da saúde mental e de promoção de saúde mental de forma que a governança seja apropriada e eficaz.		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
1.1	**1.1.1** Número de países que tem uma política e um plano nacional de saúde mental alinhados aos planos regionais e mundial de saúde mental. Linha de base: 22 em 2013 Meta: 30 em 2020	Em 2015, 27 países contavam com uma política ou com um plano independente de saúde mental *(13, 14)*.
1.2	**1.2.1** Número de países que dispõem de leis nacionais sobre a saúde mental alinhadas aos instrumentos internacionais de direitos humanos. Linha de base: 8 em 2013 Meta: 18 em 2020	Em 2015, 22 países dispunham de uma lei independente em matéria de saúde mental *(13, 14)*. Além disso, em sete países a legislação sobre saúde mental estava integrada às leis de saúde geral ou de incapacidade *(13)*.

Linha estratégica de ação 2: Melhorar a capacidade de resposta dos sistemas e serviços de saúde mental e de atendimento aos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas a fim de proporcionar uma atenção integral e de qualidade no âmbito comunitário.		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
2.1	**2.1.1** Número de países que aumentaram o índice de pessoas atendidas em ambulatórios de saúde mental acima da média regional (975/100.000 habitantes). Linha de base: 19 em 2013 Meta: 30 em 2020	Em 2015, 21 países notificaram um número de consultas anuais em estabelecimentos ambulatoriais de saúde mental acima da média regional *(13, 14)*.
2.2	**2.2.1** Número de países onde os hospitais psiquiátricos reduziram o número de leitos em, no minimo, 15%. Linha de base: 0 Meta: 10 em 2020	Com base nas informações apresentadas por 31 países em 2013, a linha de base foi definida com base na média regional de 39,43 leitos por 100.000 habitantes; além disso, quatro países informam não ter leitos em seus hospitais psiquiátricos *(14)*. Em 2015, dos 31 países incluídos na linha de base, 16 reduziram o número de leitos em hospitais psiquiátricos em ao menos 15% *(13)*. A linha de base será ampliada na medida que obtivermos informações relevantes.

Linha estratégica de ação 2: Melhorar a capacidade de resposta dos sistemas e serviços de saúde mental e de atendimento aos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas a fim de proporcionar uma atenção integral e de qualidade no âmbito comunitário.		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
2.3	**2.3.1** Número de países que integraram o componente saúde mental à atenção primária. Linha de base: 15 em 2013 Meta: 25 em 2020	Em 2015, 23 países apresentaram informações sobre trabalhadores de atenção primária que, nos dois últimos anos, receberam ao menos dois dias de capacitação em saúde mental *(13, 14)*.

Linha estratégica de ação 3: Elaborar e implementar programas de promoção e prevenção na área de sistemas e serviços de saúde mental e voltados ao atendimento dos problemas relacionados ao uso de álcool e de outras substâncias, dedicando atenção especial ao ciclo de vida.		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
3.1	**3.1.1** Número de países com programas multissetoriais em operação para promover e prevenir problemas de saúde mental. Linha de base: 20 em 2013 Meta: 25 em 2020	Embora, em 2015, apenas 14 países tenham notificado contar com programas formais de promoção de saúde mental e de prevenção de transtornos, todos os países contam com atividades inscritas em diferentes setores e com propósitos similares, sendo que estes esforços estão aumentando *(13)*.
3.2	**3.2.1** Número anual de mortes por suicídio por 100.000 habitantes. A taxa regional de suicídios em 2020 não terá sofrido aumento em relação a 2013. Linha de base: 7,3 x 100.000 habitantes em 2013 Meta: < 7,3 x 100.000 habitantes	A linha de base estabelecida no indicador corresponde a dados do período 2005-2009, publicados em 2014 *(15)*. Segundo dados disponíveis do 2012, a média regional da taxa de suicídios foi de 7,96 x 100.000 habitantes. Dos 34 países com informações disponíveis, 19 notificaram uma taxa anual de suicídios abaixo da linha de base *(16)*. O aparente aumento da taxa de suicídios no curto prazo pode estar relacionado com o esforço, da Região, por coletar mais dados e de maneira mais completa.

Linha estratégica de ação 3: Elaborar e implementar programas de promoção e prevenção na área de sistemas e serviços de saúde mental e voltados ao atendimento dos problemas relacionados ao uso de álcool e de outras substâncias, dedicando atenção especial ao ciclo de vida.		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
	3.2.2 Número de países que desenvolvem e implementam programas nacionais de prevenção do suicídio. Linha de base: 6 em 2013 Meta: 20 em 2020	Em 2015, 11 países indicaram ter formulado uma estratégia nacional de prevenção ao suicídio *(13)*. Mesmo assim, o componente de prevenção está presente nos planos e nas estratégias formulados por 27 países, e a diferença está no alcance das estratégias e no nível de implementação.

Linha estratégica de ação 4: Fortalecer os sistemas de informação, as evidências científicas e as pesquisas.		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
4.1	**4.1.1** Número de países com um conjunto básico de indicadores de saúde mental estabelecidos de comum acordo e compilados sistematicamente, sendo que a notificação destes é anual. Linha de base: 21 em 2013 Meta: 30 em 2020	Em 2015, 25 países declararam contar com um conjunto de indicadores básicos de saúde mental *(13)*. Na América Central em particular, a OPAS, em cooperação com o Conselho de Ministros da Saúde da América Central (COMISCA), realizou recentemente um trabalho de depuração e padronização desses indicadores e está apoiando os países na implementação do compêndio de indicadores obtido. Além disso, a OPAS está incorporando esses indicadores no observatório atual de condutas suicidas da América Central e da República Dominicana para convertê-lo em um observatório de saúde mental.

Ação necessária para melhoria da situação

a) Apoiar o trabalho conjunto da Repartição e dos Estados Membros para desenvolver os sistemas de saúde mental, os recursos humanos e os serviços necessários para reduzir a ausência de tratamento e melhorar a qualidade da atenção.

b) Fortalecer os sistemas de informação e vigilância, melhorar as informações epidemiológicas e aumentar a cobertura das pesquisas para incluir as populações marginalizadas e outros grupos vulneráveis.

c) Promover a alocação de recursos de acordo com as necessidades identificadas e das metas estabelecidas.

d) Analisar todo o período 2010-2015 para poder atribuir um número mais preciso à taxa regional de suicídios. A previsão é de que o relatório seja publicado em 2018 e que seus resultados componham o relatório final deste plano de ação.

Ação pela Conferência Sanitária Pan-Americana

4. Solicita-se que a Conferência tome nota deste relatório e ofereça recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre saúde mental 2015-2020 [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (documento CD53/8, Rev. 1 e resolução CD53.R7) [consultado em 8 de fevereiro de 2017]. Disponível em:
Documento: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28292/CD53-8-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y

2. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para saúde mental [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª sessão do comitê regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2009 (documento CD49/11 e resolução CD49.R17) [consultado em 8 de fevereiro de 2017]. Disponível em:
Documento:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2625&Itemid=270

3. Organização Mundial da Saúde. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. [Internet]. Genebra: OMS; 2013. Disponível em espanhol em:
http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

4. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (Documento Oficial No. 345) [consultado em 8 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27421&Itemid=270&lang=pt

5. Organização Pan-Americana da Saúde. Salud mental [Internet]. 40º Conselho Diretor da OPAS, 49ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 22 a 26 de setembro de 1997; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 1997 (resolução CD40.R19) [consultado em 8 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1

6. Organização Pan-Americana da Saúde. Salud mental [Internet]. 43º Conselho Diretor da OPAS, 53ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas esión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 24 a 28 de setembro de 2001; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2001 (resolução CD43.R10) [consultado em 8 de fevereiro de 2017]. Disponível em: http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd43.r10-p.pdf

7. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaración de Caracas [Internet]. Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Washington, DC: OPAS; 1990. Disponível em espanhol em: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

8. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil; Organização Mundial da Saúde. Principios de Brasilia [Internet]. Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas; 7 a 9 de novembro de 2005; Brasília (Brasil). Washington, DC: OPAS; 2006. Disponível em espanhol em: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ops_oms_principios_brasilia.pdf

9. Organização Pan-Americana da Saúde. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. [Internet]. Apresentada pelos Ministros da Saúde das Américas na cidade do Panamá; 3 de junho de 2007; Panamá. Washington, DC: OPAS; 2007 Disponível em espnahol em,: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf

10. Organização Pan-Americana da Saúde. Consenso de Panamá [Internet]. Conferencia Regional de Salud Mental; 7 a 8 de outubro de 2010; Cidade do Panamá (Panamá). Washington, DC: OPAS; 2010. Disponível em espanhol em: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf

11. Organização Mundial da Saúde. mhGAP-Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias [Internet]. Genebra (Suiça): OMS; 2008. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhgap_spanish.pdf?ua=1

12. Organização Mundial da Saúde. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada [Internet]. Genebra (Suiça): OMS; 2010. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf

13. Organização Pan-Americana da Saúde. Atlas Regional de Salud Mental de las Américas. Diciembre 2015 [Internet]. Washington (DC); OPAS; 2016. Disponível em espanhol em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28450

14. Organização Pan-Americana da Saúde. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2013. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf

15. Organização Pan-Americana da Saúde. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2014. Disponível em espanhol em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=27709&lang=es

16. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores Básicos 2016. Situación de la Salud en las Américas. Washington, DC: OPAS; 2016. Disponível em espanhol em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

I. PLANO DE AÇÃO SOBRE DEFICIÊNCIAS E REABILITAÇÃO: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. Este documento tem como objetivo informar aos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) quanto ao progresso alcançado na execução do *Plano de Ação sobre Deficiência e Reabilitação*, aprovado em outubro de 2014 (documento CD53/7, Rev. 1 e resolução CD53.R12) *(1, 2)*. O Plano estabelece a base da cooperação técnica na Região para a abordagem da deficiência e da reabilitação, e en consonância com o *Plano de Ação Mundial da OMS sobre Deficiência 2014-2021: Melhor Saúde para todas as Pessoas Portadoras de Deficiência*, e pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, das Nações Unidas *(3, 4)*. Outros antecedentes incluem as resoluções e os documentos técnicos da OPAS/OMS, bem como a Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência *(5).*

Atualização do progresso alcançado

2. Os países da Região avançaram significativamente na implementação dos objetivos das linhas estratégicas de ação 1 e 2, o que permitiu o fortalecimento do componente de reabilitação no modelo de atenção à saúde e sua vinculação com a assistência primária. Ademais, promoveu-se o desenvolvimento de programas de saúde inclusivos, a fim de facilitar o acesso das pessoas com deficiência a todos os serviços de saúde, e de melhorar sua qualidade de vida. Quanto à linha estratégica 3, é possível observar um progresso importante na disponibilidade de dados acerca da deficiência nos sistemas de informação sobre saúde, em especial por meio do uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde, facilitando a toma de decisões sobre a situação real das condições e necessidades das pessoas portadoras de deficiência, em matéria de saúde.

3. Os dados sobre os Estados Membros (ver quadro a seguir) foram obtidos mediante relatórios de pesquisas, anuários epidemiológicos e páginas da web dos ministérios da saúde. Estes instrumentos, juntamente com os relatórios das missões técnicas do pessoal responsável por parte da Repartição Sanitária Pan-Americana, constituem as principais referências para a elaboração deste relatório.

Linha estratégica de ação 1: Promover a igualdade no marco das políticas, planos e legislação de saúde em matéria de deficiência, para fortalecer a governança		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
1.1	**1.1.1** Número de países que executaram planos nacionais sobre deficiência e reabilitação, de acordo com os planos regionais e mundiais, bem como com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência (CRPD, sigla em inglês) e outras normas internacionais relacionadas. Linha de base 2013: 6 Meta 2019: 14	No ano de 2016, 13 países da Região dispunham de planos nacionais específicos sobre deficiência e reabilitação no setor da saúde alinhados com os planos de ação da OPAS e da OMS, e de outras normas internacionais, como o CRPD *(6, 7).*
1.2	**1.2.1** Número de países com legislação específica sobre deficiência, em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos e das orientações técnicas da OPAS/OMS. Linha de base 2013: 6 Meta 2019: 16	No ano de 2016, em matéria de deficiência, 22 países da Região dispunham de legislação específica em conformidade com as normas internacionais de direitos humanos *(6, 7).*
1.3	**1.3.1** Número de países com o componente de deficiência nos planos de gestão de risco dos desastres e das emergências. Linha de base 2013: 1 Meta 2019: 9	No ano de 2016, oito países da Região dispunham de planos específicos de gestão de risco de desastres e emergências que incluíam as necessidades das pessoas portadoras de deficiência. Ademais, seis países mencionam a atenção às pessoas portadoras de deficiência, em suas atividades, dos programas de gestão de risco em emergências e desastres *(8).*

Linha estratégica de ação 2: Fortalecer a rede de serviços de habilitação e reabilitação do setor da saúde, o que compreende o fornecimento de dispositivos de assistência técnica e a reabilitação com base na comunidade		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
2.1	**2.1.1** Número de países que alcançaram pelo menos 12% de acesso para a atenção das pessoas portadoras de deficiência nos serviços de habilitação e reabilitação, e para os serviços sociais. Linha de base 2013: 0 Meta 2019: 16	No ano de 2016, apenas um país tinha informado ter alcançado este indicador. Atualmente, se trabalha com mais cinco países na avaliação do acesso aos serviços de habilitação e reabilitação *(9, 10)*.
	2.1.2 Porcentagem de países que incorporam a estratégia de Reabilitação de Base Comunitária (CBR, sigla em inglês) nos programas nacionais de reabilitação, de acordo com a matriz OPAS/OMS. Linha de base 2013: 3 Meta 2019: 19	No ano de 2016, a estratégia de CBR foi incorporada nos planos nacionais de reabilitação de 12 países da Região (23% do total de 52 países e territórios). Outros três países iniciaram o planejamento para inclui-la em seus programas nacionais de reabilitação *(10-14)*.
	2.1.3 Porcentagem de países que incluem dispositivos de assistência técnica para as pessoas portadoras de deficiência e como parte de seus sistemas de provisão de serviços. Linha de base 2013: 6 Meta 2019: 20	No ano de 2016, 14 países da Região (26% do total de 52 países e territórios) haviam incluído de maneira nítida a entrega de dispositivos de assistência técnica a pessoas portadoras de deficiência que os necessitem, dentro dos programas nacionais de atenção às pessoas portadoras de deficiência *(10-14)*.
2.2	**2.2.1** Número de países que formularam ou atualizaram normas sobre habilitação e reabilitação. Linha de base 2013: 3 Meta 2019: 16	No ano de 2016, 14 países da Região formularam ou atualizaram suas diretrizes e redes de serviços de habilitação/reabilitação no setor da saúde. Outros três países estão em processo de planejamento de suas redes de serviços de reabilitação *(10-14)*.

Linha estratégica de ação 3: Promover a produção e análise de dados sobre deficiência e apoiar a pesquisa		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
3.1	**3.1.1** Porcentagem de países que incorporaram a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF) em seu sistema de certificação da deficiência. Linha de base 2013: 6 Meta 2019: 19	No ano de 2016, onze países (21% do total de 52 países e territórios) tinham incorporado o uso da CIF na certificação da deficiência *(10, 15, 16).*
	3.1.2 Número de países que incorporaram, em seus sistemas de vigilância, o conjunto de indicadores elaborados segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF). Linha de base 2013: 6 Meta 2019: 18	No ano de 2016, onze países haviam incorporado nos seus sistemas de vigilância o uso de indicadores baseados na CIF *(10, 15, 16).*
3.2	**3.2.1** Número de países que incorporam de maneira sistemática dados sobre deficiência no sistema de informação em saúde, separados por idade, gênero e etnia (tipo de deficiência, grau de severidade, origem ou causa). Linha de base 2013: 2 Meta 2019: 16	No ano de 2016, dez países da Região haviam incorporado dados de deficiência em seus sistemas de informação sobre saúde *(10, 15, 16).*
3.3	**3.3.1** Número de países que subvencionam, por ano, pelo menos dois projetos de pesquisa sobre deficiência, habilitação e reabilitação. Linha de base 2013: 0 Meta 2019: 14	No ano de 2016, seis países da Região dispunham de programas de financiamento, nos quais se priorizava o tema da incapacidade e da reabilitação *(10).*

Ação necessária para melhoria da situação

a) Fortalecer o trabalho conjunto entre a Repartição e os Estados Membros para o desenvolvimento e o fortalecimento dos serviços de habilitação e reabilitação, dos recursos humanos e dos serviços necessários à redução da brecha no acesso aos mesmos e melhora da qualidade da atenção.

b) Ampliar os serviços de habilitação e reabilitação descentralizados que assegurem a cobertura territorial vinculada à rede de serviços de saúde, especialmente sua coordenação com a atenção primária à saúde.

c) Apoiar a implementação e o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como ferramenta para fortalecer os sistemas de informação e vigilância, integrar a funcionalidade e a deficiência nos sistemas de informação sobre saúde, melhorar a informação epidemiológica e promover a pesquisa.

d) Promover a alocação de recursos de acordo com as necessidades identificadas e as metas estabelecidas.

Ação pela Conferência Sanitária Pan-Americana

4. Solicita-se que a Conferência tome nota deste relatório e ofereça as recomendações que considere pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação [Internet]. 53° Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC.: OPAS; 2014 (documento CD53/7, Rev. 1) [consultado em 10 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26731&Itemid=270&lang=pt

2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC.: OPAS; 2014 (resolução CD53.R12) [consultado em 10 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27579&Itemid=270&lang=pt

3. Organização Mundial da Saúde. Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas com discapacidad: informe de la secretaría [Internet]. 134ª Reunião do Conselho Executivo da OMS; de 20 a 25 de janeiro de 2014; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2014 (documento EB134/16). [consultado em 10 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-sp.pdf

4. Nações Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de Política Social e Desenvolvimento Social, Nova York. Nova York: Nações Unidas; 2006. [consultado em 10 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

5. Organização dos Estados Americanos. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas com discapacidad [Internet]. Washington (D.C.): OEA; 1999 [consultado em 10 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html

6. Comissão Econômica para América Latina e o Caribe. Panorama Social da América Latina 2012 [Internet]. Santiago (Chile): Nova York: Nações Unidas; 2013 [consultado em 10 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1246/1/S2012895_pt.pdf

7. Políticas Públicas y Discapacidad. Derechos y Inclusión. Avances y Desafíos en América Latina. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Quito (Equador), 2015.

8. Política Andina en Salud para la Prevención de la Discapacidad y para la atención. Organismo Andino de Saúde. Convenio Hipólito Unanue. Lima (Peru): ORAS-CONHU; 2010 [consultado em 10 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Libro%20Politica%20Andina%20de%20Discapacidad_0.pdf

9. Segundo Estudio Nacional de Discapacidad 2015. SENADIS. Chile. Disponível em espanhol em: http://www.senadis.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad

10. Informes de viaje del Asesor Regional sobre Discapacidad y Rehabilitación NMH/MH – OPAS. 2015-2016. Disponível mediante solicitação à Unidade de Saúde Mental, Departamento de Doenças Não Transmissíveis, OPAS.

11. Programa del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Disponível em espanhol em: http://www.mpps.gob.ve/pasdis.mpps.gob.ve/pasdis/

12. Iniciativa de la Caja Costarricense de Seguro Social en el fortalecimiento de la atención primaria de salud incluyendo acciones básicas de rehabilitación. Disponível em espanhol em: https://www.ccss.sa.cr/noticia?la-rehabilitacion-debe-ofrecerse-en-la-comunidad

13. Iniciativa del Programa Nacional de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay y apoyo del Ministerio de Salud y de la OPS/OMS para propiciar la inclusión de las personas con discapacidad. [consultado em 10 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/26562/3/innova.front/uruguay_sin_barreras

14. Iniciativa del gobierno peruano a través del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad para generar condiciones que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Cuadernos sobre Poblaciones Vulnerables. N° 2, 2013. Ministerio de la Mujer y poblaciones Vulnerables, Perú [consultado em 10 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_02_dvmpv.pdf.

15. IVADEC-CIF. Instrumento de Valoración del Desempeño en la Comunidad, basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, elaborado por el Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile para el proceso de implementación del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad en Red [consultado em 10 de janeiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://ssviqui.redsalud.gob.cl/?p=2800

16. 2016 Disability Statistics Annual Report. Durham, NH. Institute on Disability, Universidade de New Hampshire, National Institute on Disability, Independent Living and Rehabilitation Research (NIDILRR) 2016.

J. PLANO DE AÇÃO PARA A COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HUMANITÁRIA: REVISÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. A finalidade deste documento é informar aos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) quanto aos avanços na execução do *Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária* (documento CD53/12) *(1)*, aprovado, em outubro de 2014, por meio da resolução CD53.R9 (2014).

2. Com o Plano, busca-se fortalecer o setor da saúde nos Estados Membros, e melhorar a coordenação de recebimento e envio de ajuda humanitária relacionada com a saúde em situações de emergência e desastres.

Atualização do progresso alcançado

3. Este relatório fundamenta-se nas atualizações recebidas dos Estados Membros por suas participações nas reuniões regionais de coordenadores de desastres dos Ministérios da Saúde, nas oficinas da OPAS/OMS nos países, na coordenação direta com entidades e organismos sub-regionais, bem como nas bases de dados do Departamento de Emergências em Saúde da OPAS *(2-4)*.

4. O plano de ação compreende três linhas estratégicas: *a)* alianças estratégicas, cooperação entre países e acordos internacionais; *b)* equipes médicas internacionais; e *c)* liderança, coordenação e prestação de contas.

5. O relatório assinala o cumprimento de todas as metas estabelecidas para a metade do período. Os acordos para a formação da rede de saúde e logística estão em processo de confirmação para a assinatura com os países ou entidades. A implementação da resolução da UNASUL e de novas alianças estratégicas requererá mais tempo. Os países estão desenvolvendo as estratégias e os grupos de trabalho para atualizar seus mecanismos e procedimentos, a fim de facilitar a solicitação, o envio e o registro das equipes médicas de emergência (EMT, sigla em inglês). Cabe ressaltar que a Região das Américas é a mais avançada em termos de implementação da iniciativa global de EMT.

Linha estratégica de ação 1: Alianças estratégicas, cooperação entre países e acordos internacionais		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
1.1 Aumentar as alianças e a cooperação para uma assistência internacional rápida e eficaz no âmbito da saúde.	**1.1.1** Número de acordos multilaterais que facilitem a assistência humanitária em matéria de saúde. Linha de base: 3 Meta 2017: 4	Um acordo multilateral, a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), mediante uma Declaração derivada de sua X Cúpula de Ministros da Saúde,[1] reconheceu a iniciativa de padronização dos equipamentos médicos de emergência, tanto nacionais como internacionais.
	1.1.2 Número de países que formam a rede de saúde interamericana para emergências do setor da saúde. Linha de base: 0 Meta 2017: 10	Doze países da UNASUL, assinantes da Declaração, seriam integrantes da rede de saúde interamericana para emergências do setor da saúde.
	1.1.3 Número de países que participam na rede logística interamericana de saúde. Linha de base: 0 Meta 2017: 10	Cinco países, Argentina, Colômbia, Equador, Peru e República Dominicana, estão revisando os convênios para formar a rede logística e demonstraram seu interesse para estabelecer acordos bilaterais com a OPAS.

Linha estratégica de ação 2: Equipes médicas internacionais		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
2.1 Estabelecer um mecanismo regional de registro de equipes médicas internacionais.	**2.1.1** Número de países que implantam o sistema de registro de equipes médicas internacionais. Linha de base: 0 Meta 2017: 15	Quatro países implementaram a metodologia CICOM (sigla em espanhol) – Célula de Informação e Coordenação de Equipes Médicas Nacionais e Internacionais – para solicitar, registrar e coordenar as equipes médicas de emergência durante as emergências ocorridas até a data na Colômbia, na Costa Rica, no Equador e no Haiti.

[1] Declaração sobre os padrões mínimos das equipes médicas de emergência (EMT).

Linha estratégica de ação 2: Equipes médicas internacionais		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
	2.1.2 Número de países que contam com procedimentos atualizados de recebimento e envio de ajuda internacional no âmbito da saúde. Linha de base: 5 Meta 2017: 15	Em 15 países da Região, foram organizadas oficinas de capacitação sobre os procedimentos de coordenação para o recebimento e o envio de equipes médicas de emergência. No Caribe, 22 especialistas de 19 países e territórios foram submetidos a treinamento para coordenar as equipes médicas de emergência. Cinco países da Região estão incluindo os procedimentos em seus mecanismos nacionais (Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador e Peru).

Linha estratégica de ação 3: Liderança, coordenação e prestação de contas		
Objetivo	**Indicador, linha de base e meta**	**Situação**
3.1. Fortalecer a capacidade dos Ministérios da Saúde para liderar e coordenar a assistência humanitária internacional.	**3.1.1** Número de Ministérios da Saúde que contam com mecanismos de coordenação da assistência humanitária no âmbito da saúde. Linha de base: 3 Meta 2017: 10	Vinte países contam com um Centro de Operações de Emergência nos Ministérios da Saúde para a coordenação da resposta do setor da saúde ante emergências e desastres em nível nacional.[2]
	3.1.2 Número de países com pessoal treinado para a coordenação da assistência humanitária em saúde. Linha de base: 3 Meta 2017: 10	Dez países da Região possuem pessoal capacitado na coordenação da assistência humanitária na esfera da saúde. Em 2016, dividiu-se a capacitação entre 42 especialistas com o objetivo de fortalecer a capacidade dos Ministérios da Saúde para a liderança e a coordenação da assistência humanitária internacional.[3] Vinte e um países da Região treinaram 64 especialistas nacionais como coordenadores das equipes médicas de emergência, os quais seriam mobilizados para apoiar as autoridades nacionais na gestão de informação e coordenação das equipes médicas de emergência. Na Colômbia, foi ativado o Grupo de ação sanitária, liderado pelo Ministério da Saúde com o apoio da OPAS.

[2] Reunião Regional de Coordenadores de Desastres em Saúde; outubro de 2015.

[3] Relatório sobre a reunião do grupo de consulta para a liderança e a coordenação da assistência humanitária em saúde das Américas, 15 de junho de 2016.

Ação necessária para melhoria da situação

a) Assegurar e divulgar a guia para a coordenação da assistência humanitária em saúde; continuar com a execução do plano de ação e do roteiro estabelecido pelo comitê consultivo.

b) Compartilhar os avanços com as Chancelarias dos Estados Membros, considerando que, na maior parte dos países da Região, estas instâncias são responsáveis pela negociação e operação dos procedimentos de envio e recebimento de ajuda humanitária, juntamente com as diversas entidades responsáveis de cada país, baseando-se nos processos da gestão integral do risco para desastres.

c) Promover o fortalecimento da iniciativa de equipes médicas de emergência nos países, facilitando, em nível nacional, a formação de equipes médicas, a elaboração de mecanismos nacionais para a solicitação e o registro dessas equipes, assim como a formação da Célula de Informação e Coordenação de Equipes Médicas Nacionais e Internacionais (CICOM).

d) Continuar com a incorporação dos países à rede pan-americana de saúde e logística, e apoiar a definição dos conteúdos mínimos, o estabelecimento e a atualização dos procedimentos de empréstimo, envio, doação e reposição de insumos médicos e suprimentos, além da harmonização e da difusão dos procedimentos.

e) Incorporação pelos Estados Membros, em seus procedimentos, das medidas necessárias para fortalecer as capacidades nacionais, de modo que possam contar com mais capacitação para solicitar, receber e acompanhar a ajuda internacional de saúde conforme esta seja necessária, levando em consideração o quadro normativo nacional existente.

Ação pela Conferência Sanitária Pan-Americana

6. Solicita-se que a Conferência tome nota deste relatório intermediário e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária [Internet]. 53.º Conselho Diretor da OPAS, 66.ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 29 de setembro a 3 de outubro de 2014, Washington, DC, Washington, DC: OPAS; 2014 (documento CD53/12) [consultado em 5 de maio de 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26875&Itemid=270&lang=pt

2. Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Declaración sobre estándares mínimos de equipos médicos de emergencia (EMT). Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR)/Consejo de Salud Suramericano (CSS). 31 de março de 2017, Quito (Equador) [consultado em 5 de maio de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2515&Itemid=1179&lang=en

3. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la reunión regional de coordinadores de desastres en salud [Internet]. 15 e 16 de outubro de 2015, Manágua, Nicarágua. Washington, DC: OPAS; 2015 [consultado em 20 de dezembro de 2016]. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2408&Itemid=&lang=en

4. Informe sobre la reunión del grupo de consulta para el liderazgo y la coordinación de la asistencia humanitaria en salud de las Américas [Internet]. Montenegro, Quindío (Colômbia); julho de 2016. [consultado em 5 de maio de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=3558:reunion-del-grupo-de-consulta-para-el-liderazgo-y-la-coordinacion-de-la-asistencia-humanitaria-en-salud-de-las-americas&catid=860:other-news&Itemid=1178&lang=es

K. COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE NAS AMÉRICAS: RELATÓRIO DE PROGRESSO

Antecedentes

1. Este documento pretende informar aos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre o progresso em relação à implementação da resolução CD52.R15 (2013) *(1), Cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas*, vinculado ao documento de política CD52/11 (2013) *(2)*. Neste último, se estabelece o seguinte: "A meta desta política consiste em fortalecer a cooperação entre países e as alianças horizontais entre as regiões, e em seus interiores, a fim de partilhar, de maneira proativa, soluções no âmbito da saúde que abordem, de modo eficaz e sustentável, os problemas de saúde comuns, em particular, nas áreas prioritárias, como o acesso universal à assistência em saúde e os determinantes sociais da saúde. A cooperação entre países e as alianças horizontais servem, também, para tratar das questões de equidade e as assimetrias entre os países e em seus interiores. As soluções compartilhadas e seus intercâmbios devem ser cada vez mais baseados em comprovações científicas, com o propósito de fortalecer a aplicação de um enfoque científico a respeito desses tipos de cooperação".

2. Na resolução CD52.R15, solicita-se que a Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) "apresente ao Conselho Diretor, ou à Conferência Sanitária Pan-Americana, avaliações periódicas da execução e do impacto da política sobre a cooperação, especialmente, a que implica a mobilização de recursos para a Organização, para o desenvolvimento da saúde nas Américas, visando pôr em destaque os possíveis desafios e fatores de êxito que possam contribuir para aprimorar ainda mais a política, começando na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana;".

Atualização do progresso alcançado

3. Em cumprimento ao mandato da resolução e ao documento de política sobre a cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas, foi realizada uma avaliação qualitativa do programa de cooperação técnica entre países (TCC, sigla em inglês), na qual são detalhados os desafios e as oportunidades a serem enfrentados, bem como os passos da Organização em direção ao apoio à cooperação entre os países para o desenvolvimento sanitário.

4. Foram realizadas consultas com os Estados Membros (no Panamá, em 2015, e na República Dominicana, em 2016), com foco na cooperação Sul-Sul e triangular, com vistas a promover a cooperação entre países e capitalizar as boas práticas existentes.

5. Acerca da promoção da cooperação Sul-Sul e a cooperação triangular, seus respectivos relatórios do Secretário Geral das Nações Unidas, apresentados à Assembleia Geral, em 2015 e 2016, reconheceram a OPAS como importante parceira para o desenvolvimento da política e do diálogo nessa área *(3, 4)*.

6. Com a finalidade de incorporar as orientações do documento de política no trabalho diário da Organização, foi institucionalizada a prática da cooperação entre países, através do planejamento e da identificação de oportunidades de cooperação no plano de trabalho bienal 2016-2017. A cooperação entre países para o desenvolvimento da saúde também foi incluída no plano de trabalho bienal 2018-2019.

7. A OPAS também convocou vários agentes no plano regional, dentre os quais estão incluídas as agências das Nações Unidas, as agências de cooperação internacional e os mecanismos de integração regional, entre outros, com o intuito de promover o diálogo e envolver todos os interessados em iniciativas de cooperação entre países. Da mesma forma, a OPAS vem administrando acordos formais para a cooperação com entidades, como o MERCOSUL, a UNASUL e a Secretaria Geral Ibero-Americana (SEGIB). Destacam-se, também, os avanços do Sistema de Saúde Pública Mesoamericano que trabalha no nível sub-regional da América Central e seus dez Estados Membros.[1]

8. Em resposta às solicitações dos Estados Membros, a OPAS organizou o Programa de Fortalecimento da Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas, em conjunto com o Centro de Relações Internacionais da FIOCRUZ (CRIS/FIOCRUZ), centro colaborador da OPAS/OMS para a saúde mundial e a cooperação Sul-Sul, com o propósito de fortalecer as capacidades dos Centros de Relações Internacionais. Este programa de capacitação contou com a participação de representantes de 33 Estados Membros, havendo dois encontros presenciais, sessões virtuais e o trabalho com tutores em torno de temas relacionados com diplomacia e cooperação em saúde, os atuais desafios mundiais da saúde, a governança global da saúde, a saúde nos processos de integração regional e sub-regional, e a saúde na política externa da Região, entre outros.

9. A OPAS trabalhou na produção de informações e documentação sobre a cooperação Sul-Sul e triangular, sobretudo através do relatório *La cooperación Sur-Sur y triangular en el sector de la salud en Iberoamérica* [A cooperação Sul-Sul e triangular no setor da saúde na América Ibérica],[2] publicado em conjunto com a Secretaria Geral Ibero-Americana.

10. Similarmente, se trabalhou na coleta de informações, através da RSPA e das representações, sobre as iniciativas de cooperação entre países, nas quais a OPAS esteve diretamente envolvida. Assim, entre 2014 e 2016, foram identificadas 51 iniciativas de cooperação entre países, categorizadas como "completas" e "em implementação", além de 34, em fase de "desenvolvimento". Considerando as iniciativas "completas" e "em implementação", ressaltam-se os seguintes dados:

a) A sub-região da América do Sul acumula 39% das iniciativas, enquanto que a América Central e o Caribe representam 29% e 25%, respectivamente. Os

[1] Para mais informações, vide documento CSP29/INF/8(C) - Organizações Sub-Regionais.

[2] Este documento se encontra disponível em espanhol em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34005/9789275319451-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

7% restantes correspondem à sub-região da América do Norte e às iniciativas com outras regiões da Organização Mundial da Saúde (OMS).

b) Todos os Estados Membros da OPAS participaram de iniciativas de cooperação entre países, seja com envolvimento direto, seja por mecanismos de integração regional, especialmente no Caribe, através da Comunidade do Caribe (CARICOM, sigla em inglês) e da Agência de Saúde do Caribe (CARPHA, sigla em inglês).

c) Grande proporção das iniciativas (46%) carregam um componente relacionado com a categoria 4 (Sistemas de Saúde) do Plano Estratégico da OPAS. Esta, seguida das vinculadas à categoria 1 (Doenças Transmissíveis, 21%) e à categoria 2 (Doenças Não Transmissíveis e Fatores de Risco, 14%).

d) Com referência à Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, a grande maioria das iniciativas está ligada ao objetivo 3 ("Garantir uma vida saudável e promover o bem-estar de todos em todas as idades"), principalmente à meta 3.8 ("Conquistar a cobertura sanitária universal, incluindo a proteção contra os riscos financeiros, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas inócuas eficazes, acessíveis e de qualidade para todos") *(5).*

Ação necessária para melhoria da situação

11. Visando ao avanço contínuo no cumprimento do mandato dos Órgãos Diretivos e dos Estados Membros, a RSPA deve seguir desenvolvendo os programas de fortalecimento de capacidades, por intermédio do desenvolvimento de comunidades de prática virtuais, tanto com os Estados Membros quanto com seus associados estratégicos, bem como no interior da Organização, com a intenção de institucionalizar este enfoque e responder da melhor forma aos diferentes desafios à cooperação entre países.

12. A Organização continuará trabalhando estreitamente com as agências de cooperação internacional os mecanismos de integração regional e o resto dos parceiros na promoção da cooperação entre países para o desenvolvimento da saúde.

13. A RSPA manterá suas iniciativas de difusão de boas práticas e lições aprendidas em matéria de cooperação entre países, e continuará a registrar, documentar e analisar a cooperação entre países e seu impacto sobre o desenvolvimento da saúde.[3]

14. Com o intuito de prosseguir com o apoio à cooperação entre países para o desenvolvimento da saúde, e levando em consideração as oportunidades e os desafios neste tipo de cooperação, a RSPA implementou um mecanismo de financiamento para projetos de cooperação entre países, acompanhado de diretrizes de procedimento, planilhas de projeto e metodologia de avaliação, que está sendo difundido entre Estados Membros e associados estratégicos.

[3] Para mais informações, visite o seguinte link: http://www.paho.org/cchd.

15. Será dada continuidade ao apoio à cooperação entre países nas áreas temáticas transversais (gênero, equidade, direitos humanos e etnia), assim como com os países-chave (Bolívia, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Suriname) e as populações vulneráveis (por exemplo, os meninos e meninas, as adolescentes e as mulheres).

16. Visando a melhor efetivar a cooperação entre países, devem ser desenvolvidas ferramentas de sistematização e um quadro de monitoramento e avaliação para determinar o impacto deste tipo de cooperação implementado.

17. Com o intuito de informar aos Órgãos Diretivos da OPAS sobre o cumprimento dos encargos da resolução CD52.R15, serão apresentados relatórios de progresso a cada dois anos.

Intervenção pela Conferência Sanitária Pan-Americana

18. Solicita-se à Conferência que tome nota deste relatório e ofereça as recomendações para avançar na promoção da cooperação entre países para o desenvolvimento da saúde nas Américas.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. [Internet]. Cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2013 (resolução CD52.R15) [consultada em 29 de março de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23247&Itemid=270&lang=pt

2. Organização Pan-Americana da Saúde. Cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2013 (documento CD52/11) [consultado em 29 de março de 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22641&Itemid=270&lang=pt

3. Nações Unidas. State of South-South cooperation. Relatório do Secretário Geral [Internet]. Septuagésimo período de sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas; 15 de setembro de 2015; Nova York. Nova York: ONU; 2015 (documento A/70/344) [consultado em 8 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.iri.edu.ar/wp-content/uploads/2016/08/a-2016-coop-d-SG-Informe-CSS.pdf

4. Nações Unidas. State of South-South cooperation. Relatório do Secretário Geral [Internet]. Septuagésimo primeiro período de sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas; 13 de setembro de 2016; Nova York. Nova York: ONU; 2016 (documento A/71/208) [consultado em 8 de março de 2017]. Disponível em inglês em: http://undocs.org/es/A/71/208

5. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el desarrollo sostenible [Internet]. Septuagésimo período de sessões da Assembleia Geral; 21 de outubro de 2015; Nova York, NY. Nova York: ONU; 2015 (resolução A/RES/70/1) [consultada em 11 de abril de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1

L. REVISÃO DA TAXA COBRADA PARA AS COMPRAS DE PROVISÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA OS ESTADOS MEMBROS: RELATÓRIO DE PROGRESSO

Antecedentes

1. As atividades de compras da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm sido apoiadas ao longo dos anos por três mecanismos de compras: o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas (Fundo Rotativo), o Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública (Fundo Estratégico) e compras reembolsáveis em nome dos Estados Membros. O Fundo Rotativo foi estabelecido em 1977 mediante a Resolução CD25.R27 do Conselho Diretor para facilitar a disponibilidade oportuna de vacinas de qualidade ao menor preço. O Fundo Estratégico foi estabelecido em 1999 em resposta a pedidos de assistência dos Estados Membros para compra de provisões estratégicas para combater HIV/AIDS, tuberculose, malária e doenças negligenciadas. Desde 2013, o Fundo Estratégico incorpora medicamentos para prevenir e tratar doenças não transmissíveis. O valor total dos bens adquiridos em nome dos Estados Membros continua a aumentar significativamente a cada ano. Em 2016, foi aproximadamente 15% mais alto do que no período anterior (Fundo Rotativo, US$ 628 milhões;[1] Fundo Estratégico, US$ 82 milhões).

2. Em 2013, o 52º Conselho Diretor adotou a Resolução CD52.R12, *Revisão da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde púbica para os Estados Membros (1)*. Essa resolução estipulava um aumento para 4,25% na taxa cobrada pelas compras de todas as provisões de saúde pública a partir de 1º de janeiro de 2014. Também solicitava que o Diretor revisasse a taxa cobrada e apresentasse um relatório sobre a receita e despesa vinculada ao uso de 1,25% da taxa total cobrada para cobrir custos administrativos, operacionais e de pessoal no fim de cada biênio. A receita gerada com os restantes 3% da taxa é aplicada na capitalização dos mecanismos de compras em nome dos Estados Membros.

Atualização do progresso alcançado

3. A receita gerada com 1,25% da taxa durante o biênio 2014-2015 totalizou US$ 14.725.000. Em conformidade com a prática atual de alocação dos custos de apoio, a receita foi disponibilizada para o biênio seguinte, 2016-2017. Tendo em mente essa prática, bem como o montante gerado, um plano de trabalho e orçamento para o biênio 2016-2017 foi preparado e aprovado pela Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) (Tabela 1). O orçamento para o plano, no total de US$ 12,1 milhões, cobre todos os custos de pessoal para os mecanismos de compras, bem como as atividades de apoio à estrutura operacional e suas quatro funções habilitadoras.

[1] Salvo indicação em contrário, todos os valores monetários neste relatório são expressados em dólares dos Estados Unidos.

Tabela 1. Orçamento aprovado, 2016-2017

Pessoal			**US$ 10.362.700**
	Fundo Rotativo de Vacinas	1.513.000	
	Fortal. dos sistemas de saúde	893.100	
	Compras	4.694.900	
	Jurídico	180.390	
	Finanças	1.022.000	
	Sub-regional (CPC, ELS, PER)	2.059.310	
Atividades de apoio			**US$ 1.735.000**
Total			**US$ 12.097.700**

4. Adiante apresentam-se detalhes da estrutura operacional, suas quatro funções habilitadoras e as atividades de apoio a serem implementadas pelo pessoal. Já que o biênio termina em dezembro de 2017, as despesas reais serão informadas ao Conselho Diretor da OPAS em 2018.

Fortalecimento do conhecimento e conscientização

5. Foram realizadas missões de cooperação técnica em nome de ambos os Fundos para aumentar a conscientização, bem como o entendimento da gestão da cadeia de suprimentos e previsão da demanda, e ajudar na solução de problemas relacionados a qualidade, oferta e financiamento.

6. Com apoio dos escritórios nos países, as missões proporcionaram treinamento e outras atividades de fortalecimento institucional em áreas relacionadas a cadeia de suprimentos e melhor utilização dos Fundos. Em resultado, os países conseguiram reduzir situações de risco no estoque (excesso ou escassez) e melhorar a previsão de necessidades de medicamentos essenciais e vacinas. Usando um enfoque interprogramático, a cooperação técnica incluía apoio ao melhoramento das diretrizes de tratamento e uso racional de medicamentos. Além disso, foram elaborados planos para desenvolver uma ferramenta de previsão e formular uma plataforma de demanda para ajudar os países a preparar planos para atender suas demandas de vacinas e seringas.

7. As missões também proporcionaram assessoria e assistência na análise da poupança potencial resultante do uso dos Fundos. Por exemplo, para assegurar a disponibilidade de medicamentos, vacinas e outros suprimentos de saúde estratégicos e de emergência para doenças tropicais negligenciadas, malária e outras doenças, o Fundo Estratégico realizou exercícios de consolidação da demanda e encontrou meios de incentivar a oferta oportuna de produtos.

8. Com apoio dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC sigla em inglês), funcionários dos dois Fundos trabalharam juntos para desenvolver uma estrutura de comunicação. A estrutura distingue entre áreas comuns de colaboração nos Fundos e áreas específicas de trabalho essenciais ao desenvolvimento contínuo de cada fundo, bem como sua comunicação com os Estados Membros.

Aumento da eficiência das operações

9. Durante o período deste relatório, funcionários apoiados por esta taxa desenvolveram uma série de estratégias específicas para melhorar o desempenho dos fornecedores. Foram revisados os critérios técnicos para os produtos adquiridos por esses mecanismos e os resultados foram apresentados num fórum de fornecedores organizado pela RSPA. Esses critérios foram incluídos em todos os novos editais de licitação. Essa iniciativa agilizou o processo de licitação, eliminando alterações *ad hoc* e reduzindo o tempo necessário para revisar os documentos de fornecedores, o que melhorou a eficiência dos Fundos.

10. A oferta da vacina inativada contra poliomielite e das vacinas contra febre amarela e influenza foi monitorada pelo Fundo Rotativo em coordenação com os escritórios da OPAS nos países e o Programa Regional de Imunização. Iniciou-se uma revisão e análise das linhas de crédito vinculadas a planos nacionais de imunização e orçamentos nacionais.

11. O pessoal coberto por essa taxa trabalhou intensivamente para aumentar o número de membros do Fundo Estratégico, que agora chega a 30 Estados Membros. Esse aumento resultou em maiores volumes de compras, o que permitiu negociar melhores termos e condições, inclusive preços, para os Estados Membros.

12. Em janeiro de 2016, a OPAS implementou um novo sistema de planejamento de recursos para administrar todas as transações operacionais, financeiras e de compras da Organização, inclusive as relacionadas com os dois Fundos. Com o objetivo de proporcionar aos países atualizações oportunas sobre a situação de seus pedidos e obrigações financeiras, os funcionários que dedicam tempo integral a esses Fundos estão desenvolvendo uma série de relatórios e dashboards que serão integrados nesse novo sistema, alavancando suas funcionalidades. Essas ferramentas proporcionarão um melhor quadro do desempenho dos Fundos e assegurarão maior eficiência.

Desenvolvimento de informações sobre o mercado

13. Funcionários da RSPA em toda a Organização que são financiados por essa taxa participaram da Reunião Anual da Rede de Fabricantes de Vacinas de Países em Desenvolvimento (DCVMN sigla em inglês), realizada em Buenos Aires em outubro de 2016. Esse evento proporcionou uma oportunidade de colher informações sobre o mercado e promover conscientização acerca dos êxitos do Fundo Rotativo nas últimas quatro décadas com esse importante grupo de fornecedores. Os funcionários fizeram palestras como parte da agenda e se reuniram com fornecedores. O documento sobre perspectivas do mercado de vacinas foi publicado junto com os resultados da reunião *(2)*. Nessa mesma linha, são realizadas reuniões trimestrais com todos os fornecedores de vacinas que mantêm acordos de longo prazo com o Fundo Rotativo. Essas reuniões proporcionam a oportunidade de examinar o desempenho em termos de oferta e demanda, identificar desafios e colher informações sobre o mercado.

14. Os Estados Membros mantêm-se atualizados sobre alterações no mercado de vacinas mediante fóruns regionais e visitas aos países. O monitoramento do mercado de vacina continuou, apesar do desafio de alinhar a demanda regional com a oferta.

15. Usando recursos provenientes dessa taxa, o Fundo Estratégico realizou uma série de reuniões estratégicas com Estados Membros para entender melhor suas necessidades, identificar oportunidades de colaboração e explorar meios de melhorar o apoio no intercâmbio de informações sobre preços e tendências do mercado. Os funcionários participaram ativamente em fóruns e reuniões internacionais com outras agências das Nações Unidas e organizações internacionais, compartilhando informações sobre tendências do mercado, práticas, novos fornecedores e desafios e oportunidades.

16. Além disso, foram realizadas reuniões com vendedores para discutir negócios, novos produtos, mudanças no mercado e novas estratégias e áreas de colaboração.

Alavancagem de alianças e parcerias estratégicas

17. Durante o período, parcerias foram fortalecidas e outras foram criadas. Os funcionários do Fundo Rotativo apoiados por essa taxa colaboraram com a Aliança para as Vacinas (GAVI) durante negociações com fornecedores da vacina pneumocócica em 2016 e 2017. Além disso, o Fundo Rotativo, em colaboração com a Fundação Gates, implementou um acordo de oferta de vacinas contra o papilomavírus humano (HPV sigla em inglês) para os Estados Membros.

18. O Fundo Estratégico desenvolveu e fortaleceu parcerias com importantes organizações internacionais, como a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID sigla em inglês), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo Global de Luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária (GFATM sigla em inglês). O Fundo Estratégico tem acesso a acordos de longo prazo e benéficos arranjos de preços como parte de sua colaboração com o GFTAM e o UNICEF. Para fortalecer a capacidade dos Estados Membros em gestão da cadeia de suprimentos e previsão da demanda, a OPAS assinou um acordo de colaboração com o GFTAM nessa área. Foi lançado um edital conjunto com o UNICEF para responder a pedidos de medicamentos contra a malária.

19. Foi realizada uma reunião com representantes do GFTAM para examinar o desempenho dos vendedores e discutir preços, resultando em acordos de longo prazo com poupança significativa para os Estados Membros.

Ação necessária para melhoria da situação

20. A RSPA continuará a monitorar a situação para assegurar que as atividades de compras e o pessoal necessário para administrar esses dois Fundos estejam cobertas pela receita gerada pela taxa cobrada nas compras de suprimentos de saúde pública em nome dos Estados Membros.

Ação pela Conferência Sanitária Pan-Americana

21. Solicita-se que a Conferência tome nota deste relatório e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Revisão da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros [Internet]. 52.º Conselho Diretor OPAS, 65.ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2013 (Documento CD52/15) [consultado em 15 de maio]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22594&Itemid=270&lang=pt

2. Pagliusi S, Ting CC, Lobos F, DCVMN Executive Committee Group. Vaccines: Shaping global health; Vaccine, 23 de fevereiro de 2017 [consultado em 15 de maio]; 35(12): 1579–85. Disponível em inglês em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17301986

M. SITUAÇÃO DOS CENTROS PAN-AMERICANOS

Introdução

1. Este documento foi preparado em resposta ao mandato dos Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para realizar avaliações e revisões periódicas dos Centros Pan-Americanos e informar sobre questões institucionais ou progresso técnico de importância estratégica para a Organização.

Antecedentes

2. Os Centros Pan-Americanos constituem uma importante modalidade de cooperação técnica da OPAS há quase 60 anos. Durante esse período, a OPAS criou ou administrou 13 centros,[1] eliminou nove e transferiu a administração de um deles para seu próprio Órgão Diretor. Este documento apresenta informação estratégica atualizada sobre o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), o Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) e o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA).

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

3. O BIREME é um centro especializado da OPAS fundado em 1967 para canalizar a cooperação que a Organização proporciona aos Estados membros com relação a informações científicas e técnicas e o compartilhamento de conhecimento e evidências que contribuem para o melhoramento contínuo dos sistemas, educação e pesquisa de saúde.

4. Dentro da estrutura organizacional da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), o BIREME está situado no Escritório de Gestão do Conhecimento, Bioética e Pesquisa e tem um Plano de Trabalho Bienal 2016-2017 aprovado pela Diretora da RSPA.

Estrutura institucional do BIREME

5. A estrutura institucional do BIREME foi estabelecida pelo Acordo sobre Manutenção e Desenvolvimento do Centro ("Acordo de Manutenção"), assinado pela OPAS e os Ministérios da Saúde e Educação do Brasil, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 2004.[2]

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

[2] O primeiro acordo foi assinado em 3 de março de 1967 e o último em 2 de dezembro de 2004.

6. Em 2009, reconhecendo que a estrutura institucional do BIREME não atendia adequadamente suas atuais e futuras necessidades de governança, gestão e financiamento, o 49º Conselho Diretor da OPAS adotou a Resolução CD49.R5, aprovando um novo Estatuto para o BIREME e solicitando que o Diretor da RSPA realizasse negociações com o Governo do Brasil para concluir um novo Acordo de Sede sobre a manutenção do BIREME, bem como seus privilégios e imunidades nesse país.

7. O Acordo de Manutenção de 2004 expirou em 1º de março de 2015.

Situação atual da estrutura institucional

Acordo de instalações e operações

8. Estão sendo envidados esforços para a plena implementação da nova estrutura institucional do BIREME: o Representante da OPAS/OMS no Brasil e o Diretor do BIREME estão continuando as negociações iniciadas com o Governo do Brasil sobre o Acordo de Sede. Nesse ínterim, um acordo de cooperação de cinco anos, o Termo de Cooperação para o desenvolvimento e aprimoramento da BIREME, foi assinado em 2 de fevereiro de 2017 com o Ministério da Saúde do Brasil. Esse novo acordo reconhece a condição jurídica do BIREME como Centro Pan-Americano que é parte integral da OPAS, de acordo com os convênios básicos assinados entre a Organização e o Governo do Brasil. Além disso, estipula as contribuições financeiras que o Governo do Brasil deve efetuar para a manutenção do BIREME em 2017 e 2018.

Progresso registrado recentemente no BIREME

9. A abertura das novas instalações do BIREME ocorreu no dia 1º de fevereiro de 2017. A sexta sessão do Comitê Assessor do BIREME foi realizada em 2 de fevereiro de 2017 com a participação de representantes da Argentina, Jamaica, Panamá, Peru e Trinidad e Tobago para apresentar recomendações de apoiar a sustentabilidade financeira e cooperação técnica do Centro. Também foi realizada uma sessão para selecionar e designar representantes para o Comitê Científico do BIREME.

10. A terceira sessão do Comitê Científico será realizada na primeira semana de dezembro de 2017. Os membros selecionados são reconhecidos especialistas nas áreas de informação e gestão do conhecimento e áreas conexas do Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Jamaica e México.

Objetivos de curto prazo do BIREME

11. Os objetivos incluem:

a) Continuar as negociações com o Governo do Brasil para finalizar o Acordo de Sede, que irá contribuir para a efetividade do BIREME como instituição e fortalecer o Centro operacionalmente e financeiramente;

b) Desenvolver linhas de ação no contexto do 50º Aniversário do BIREME (2017) para fortalecer o Centro institucionalmente;

c) Implementar as recomendações do Comitê Assessor do BIREME, conforme acordado na sexta sessão do Comitê em 2 de fevereiro de 2017;

d) Realizar a terceira sessão do Comitê Científico do BIREME na primeira semana de dezembro de 2017;

e) Realizar a 10ª edição do Congresso Regional sobre Informação em Ciências da Saúde (CRICS10), em coordenação com o país anfitrião, de 7 a 10 de maio no Panamá;

f) Desenvolver e implementar o Plano de Mobilização de Recursos Financeiros do BIREME, de acordo com a política interna da RSPA para a sustentabilidade financeira do Centro.

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

12. 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. Num processo de descentralização, o Centro se fundiu com a unidade de Saúde da Mulher em 2005, quando se tornou o Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) e começou a operar como uma unidade descentralizada vinculada ao Departamento de Família, Gênero e Curso da Vida (FGL). O objetivo geral do CLAP/SMR é promover, fortalecer e melhorar a capacidade dos países da Região das Américas no tocante à saúde das mulheres, mães e recém-nascidos.

Progresso registrado recentemente no CLAP/SMR

13. Uma avaliação externa abrangente do CLAP/SMR foi realizada no fim de 2016. Os resultados finais da avaliação confirmam que, no contexto dos esforços nacionais feitos pelos países da América Latina e Caribe para melhorar o acesso e qualidade do cuidado nas áreas de saúde materna e neonatal e saúde sexual e reprodutiva, o CLAP/SMR agrega valor e é amplamente reconhecido pelos ministérios da saúde da Região como um ativo valioso da OPAS que fortalece a capacidade nacional de resposta. A cooperação técnica fornecida pelo CLAP/SMR é reconhecida como excelente e bem adaptada às necessidades específicas dos países. O CLAP/SMR promove parcerias de trabalho com atores regionais (associações profissionais, organizações não governamentais, agências das Nações Unidas, agências doadoras, grupos organizados e outros) e com unidades e departamentos da OPAS. Um aspecto positivo destacado pela avaliação é a expansão da coordenação técnica aos países do Caribe de língua inglesa, aumentando de dois países servidos no biênio 2014-2015 para 10 no atual biênio (2016-2017).

14. A avaliação conclui que é preciso fortalecer progressivamente o CLAP/SMR e, ao mesmo tempo, otimizar a cooperação técnica. Como parte das recomendações, foram apresentados quatro cenários para fortalecer o Centro de maneira estratégica e estruturada para assegurar sua sustentabilidade. Foi estabelecido um cronograma de 30 meses para o FGL para estabelecer linhas de trabalho específicas de curto e médio prazo destinadas a maximizar a cooperação técnica fornecida pelo CLAP/SMR. A avaliação enfatizou que os compromissos internacionais e regionais assumidos à luz da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável proporcionam uma oportunidade para melhorar progressivamente a eficácia da cooperação técnica. Sugeriu-se que os esforços devem se concentrar nas prioridades dos países e, ao mesmo tempo, fortalecer a defesa de causas para contribuir à sustentabilidade dos esforços nacionais de saúde materna e neonatal e saúde sexual e reprodutiva.

15. O Acordo Básico do CLAP assinado entre o Governo da República Oriental do Uruguai, a Universidade da República do Uruguai e a OPAS expirou em 28 de fevereiro de 2016. Um novo Acordo Básico para a estrutura institucional e estratégica do CLAP/SMR está sendo negociado com o Governo da República Oriental do Uruguai.

Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA)

16. O PANAFTOSA é um centro da OPAS localizado no Estado do Rio de Janeiro. Foi criado em 1951 mediante um acordo assinado entre o Governo do Brasil e a OPAS. Seu objetivo inicial era executar o Programa Hemisférico para Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA). Em 2005, as atividades de referência zoonótica, pesquisa e cooperação técnica em inocuidade dos alimentos foram transferidas do Instituto Pan-Americano de Proteção dos Alimentos e Zoonoses (INPPAZ) para o PANAFTOSA.

Progresso registrado recentemente no PANAFTOSA

17. O Centro passou por uma revisão administrativa em setembro de 2016 e uma avaliação externa do PANAFTOSA deve ser realizada no início de 2018. A preparação dos termos de referência e a seleção da equipe de avaliação estão em andamento.

18. Com apoio do PANAFTOSA, as atividades de vigilância, prevenção e controle de casos de raiva, tanto em seres humanos como nos animais, foram fortalecidas em 18 países (Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela).

19. No Haiti, a disponibilidade de profilaxia pré-exposição aumentou no país, após a doação de vacinas contra raiva humana do Brasil e Paraguai. Além disso, mais de 160 profissionais de saúde de 84 centros médicos em 63 municípios foram capacitados na gestão de casos clínicos de pessoas atacadas por cães, de acordo com os protocolos e diretrizes recomendadas pela OPAS/OMS, adaptadas à situação de cada país. Também foi proporcionado apoio específico para o desenvolvimento de um projeto para eliminar a

raiva transmitida por cães na República Dominicana e Haiti. A vigilância da raiva canina foi fortalecida em coordenação com os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos EUA.

20. O PANAFTOSA tem contribuído para melhorar a vigilância, preparação e resposta para a gripe aviária altamente patogênica, continuou a apoiar a Iniciativa Sul-Americana Para o Controle da Hidatidose/Equinococose e promoveu e executou ações interprogramáticas entre os setores da Saúde, Agricultura e Meio Ambiente, para a vigilância de epizootias de primatas não humanos e vetores da febre amarela na Região. Além disso, foi proporcionada cooperação técnica a países para outras zoonoses, como mormo, encefalite equina e tuberculose bovina.

21. No tocante à febre aftosa, o PANAFTOSA continua a coordenar esforços de erradicação com o PHEFA. Embora a Região tenha registrado quatro anos consecutivos sem notificações de febre aftosa, o recente surto da doença na Colômbia (24 de junho de 2017) demonstra o contínuo risco na Região e a necessidade de fortalecer os programas nacionais de prevenção e erradicação da febre aftosa.

Acordos de cooperação e mobilização de recursos

22. A contribuição anual do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) do Brasil cobre totalmente os custos de manutenção do Centro. Além disso, o PANAFTOSA tem conseguido mobilizar contribuições voluntárias para erradicação da febre aftosa na América do Sul e essas contribuições apoiam a cooperação técnica do Centro para coordenação regional do PHEFA. Isso permitiu que o PANAFTOSA utilizasse recursos financeiros regulares para cooperação técnica em zoonoses e inocuidade dos alimentos. O Centro também conseguiu mobilizar contribuições voluntárias para inocuidade dos alimentos e zoonoses de agências governamentais no setor de saúde animal, inclusive a Agência de Controle da Qualidade Agrícola (Agrocalidad) do Equador e o Serviço Nacional de Qualidade e Saúde Animal (SENACSA) do Paraguai. Finalmente, a OPAS, através do PANAFTOSA, renovou o acordo de cooperação técnica assinado com a Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS)/Ministério da Saúde do Brasil, bem como um assinado com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Brasil, que apoiam o controle das zoonoses e doenças transmitidas por alimentos e a inocuidade dos alimentos.

Ação pela Conferência Sanitária Pan-Americana

23. Solicita-se que a Conferência tome nota deste relatório e formule as recomendações que considerar necessárias.

- - -