

55° CONSELHO DIRETOR
68ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS
Washington, D.C., EUA, 26 ao 30 de setembro de 2016

Tema 7.12 da agenda provisória

CD55/INF/12
1 de setembro de 2016
Original: inglês/espanhol*

RELATÓRIOS DE PROGRESSO SOBRE ASSUNTOS TÉCNICOS

ÍNDICE

A. Estratégia e plano de ação sobre eSaúde: avaliação intermediária	2
B. Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem.....	9
C. Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis: avaliação intermediária.....	17
D. Plano de ação para reduzir o uso prejudicial do álcool: avaliação intermediária.....	39
E. Plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública: avaliação intermediária.....	61
F. Situação dos Centros Pan-americanos.....	69

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

A. ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO SOBRE eSAÚDE: AVALIAÇÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. Em maio de 2005, a 58ª Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou a [resolução WHA58.28](#) em matéria de *eSaúde*, a primeira nesta temática (1). Inspirada nisso, em setembro de 2011, o 51º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) implementou, mediante a [resolução CD51.R5](#) (2), a *Estratégia e plano de ação sobre eSaúde*, que tem como propósito contribuir ao desenvolvimento sustentável dos sistemas de saúde dos Estados Membros (3). Por outro lado, como resposta à necessidade de facilitar em escala mundial o tratamento e a transmissão de informação eletrônica relacionada com a prestação de serviços de saúde, em maio de 2013 a OMS aprovou a [resolução WHA66.24](#) sobre normalização e compatibilidade de dados em matéria de *eSaúde* (4), enquanto em setembro desse mesmo ano a OPAS instaurou seu Programa e Orçamento (OD346), que incluía um indicador de resultados intermediários para promover a execução da estratégia regional e plano de ação sobre *eSaúde* entre os Estados Membros (5).

Atualização do progresso alcançado¹

2. A estratégia e plano de ação sobre *eSaúde* é composta de quatro áreas estratégicas, 13 objetivos específicos e um total de 26 indicadores. O presente relatório de progresso segue a mesma estrutura para facilitar o acompanhamento dos principais resultados alcançados e os desafios que a região enfrenta em matéria de *eSaúde*.

Área estratégica 1: apoiar e promover as políticas públicas em matéria de eSaúde

3. Neste momento, 21 países e territórios² encontram-se em fase de formulação e adoção de políticas públicas em matéria de *eSaúde*. Com a intenção de apoiar os Estados Membros nesta tarefa, em 2012 a OMS e a União Internacional das Telecomunicações (UIT) publicaram o guia [Conjunto de ferramentas para uma estratégia de eSaúde nacional](#) (6). O estabelecimento de alianças nacionais entre setores da sociedade civil, a administração pública e as entidades privadas, através da criação de comissões ou comitês nacionais de *eSaúde*, está sendo essencial nesses países para favorecer a

¹ Para complementar esse relatório de progresso, a OPAS publicou na revista Pan-Americana da Saúde Pública um artigo com informações adicionais sobre as ações por ela realizadas nessa área. Referência: Novillo-Ortiz D, D'Agostino M, e Becerra-Posada F. El rol de la Organización Panamericana de la Salud en el desarrollo de capacidad en *eSalud* en las Américas: análisis del periodo 2011-2015. Rev Panam Salud Pública. 2016;40(2) (no prelo).

² Argentina, Barbados, Belize, Bonaire, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Curaçao, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, México, Panamá, Peru, República Dominicana, Trinidad e Tobago e Venezuela. Fonte: Observatórios de *eSaúde* da OPAS e OMS.

mobilização dos recursos necessários a fim de adotar e implementar estratégias de *eSaúde*.

4. Com o objetivo de ajudar os Estados Membros a definir as prioridades políticas relacionadas com *eSaúde*, a OPAS, em coordenação com a Conferência Estatística das Américas da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), liderou o desenvolvimento de [Recomendações metodológicas para a medição do acesso e uso de eSaúde](#), cujo objetivo é conhecer o avanço dos países da Região das Américas em *eSaúde* para melhorar a efetividade e eficiência dos sistemas de saúde públicos e privados (7). Brasil e Uruguai estão aplicando estas recomendações na atualidade. Além disso, a OPAS conta com um grupo de peritos que atua como comitê técnico assessor em matéria de *eSaúde* quando necessário. Este trabalho em rede está refletido no projeto [Conversações sobre eSaúde: Gestão de informação, diálogos e intercâmbio de conhecimentos para nos aproximarmos do acesso universal à saúde](#), que apresenta a opinião de especialistas na matéria (8).

5. A fim de consolidar um sistema regional para a avaliação e análise de políticas em *eSaúde*, desde 2012 está em funcionamento o [Observatório Regional de eSaúde da OPAS](#), que conta com ferramentas para dar apoio à aplicação das políticas em *eSaúde* e atua como entidade regional para o [Observatório Mundial de eSaúde da OMS](#).

Área estratégica 2: melhorar a saúde pública por meio do uso da eSaúde

6. Melhorar a infraestrutura organizacional e tecnológica é um dos principais desafios na aplicação da *eSaúde*, segundo um estudo dirigido pela OMS, com o apoio da OPAS e da UIT (9). Para colaborar nesta tarefa, a OPAS trabalhou com os Estados Membros no desenvolvimento de diretrizes que sirvam como base para uma estratégia de fortalecimento e determinação da infraestrutura organizacional e tecnológica básica em serviços de saúde (10).

7. Na Região pode-se observar o uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC) nos serviços de vigilância epidemiológica. Não obstante, é necessário realizar pesquisas adicionais sobre o número de países que estão utilizando a tecnologia móvel nesses serviços. Destaca-se o caso do Paraguai, com um sistema de televigilância epidemiológica comunitária baseado em *software* livre.

8. A identificação única dos pacientes é um dos principais componentes para promover o desenvolvimento sustentável, ampliável e interoperacional dos programas e iniciativas focadas na *eSaúde*. As principais tendências da Região mostram como o uso do registro de nascidos vivos é a porta de acesso aos sistemas eletrônicos de saúde; países como México e Peru são exemplos neste sentido. Para definir um marco comum nesta matéria, a OPAS e a Organização dos Estados Americanos (OEA), que coordena o programa de *e-Governo* (governo eletrônico) em escala regional e desenvolve o [Programa de Universalização da Identidade Civil nas Américas \(PUICA\)](#), vão trabalhar em uma proposta conjunta para a Região que integre todos os serviços eletrônicos e não somente os relacionados com o setor da saúde.

9. Uma amostra importante de países da Região está financiando projetos em matéria de *eSaúde* com fundos públicos nos âmbitos local e nacional. As iniciativas relacionadas com a telemedicina e os registros eletrônicos de saúde são as mais estendidas. Especificamente, 10 países³ dispõem de um sistema nacional de registros eletrônicos de saúde que proporciona informação imediata e segura aos usuários autorizados, enquanto 12 países das Américas⁴ dispõem de uma política ou estratégia nacional de telessaúde. Projetos como os relacionados com os megadados (*big data*) e sobre prescrição eletrônica ainda são um desafio para a Região devido à falta da infraestrutura necessária para seu desenvolvimento e implementação.

Área estratégica 3: fomentar e facilitar a colaboração horizontal entre os países

10. Durante esta primeira metade do período promoveu-se a cooperação intersetorial e o estabelecimento de mecanismos para compartilhar recursos e experiências. Especificamente, difundiram-se em caráter bienal os relatórios de avaliação sobre os avanços das políticas de *eSaúde* dos Estados Membros participantes da [pesquisa global de eSaúde da OMS](#), e foram estabelecidos mecanismos de comunicação e difusão de informação no [Observatório Regional de eSaúde da OPAS](#).

11. A interoperabilidade única dos sistemas de saúde continua sendo um desafio para a Região devido à falta de integração entre os sistemas de informação existentes. Tomando como referência a experiência da União Europeia em matéria de diretrizes sobre interoperabilidade única em matéria de dados de pacientes (11) e prescrição eletrônica (12), a OPAS e os Estados Membros tencionam trabalhar na definição de um marco comum para a elaboração de um padrão ou conjunto mínimo de dados para facilitar o intercâmbio de informação entre sistemas. Por outro lado, embora se possa observar a existência de instituições de saúde que integram instâncias organizacionais e administrativas que interatuam com a prestação de serviços médico-sanitários com mediação tecnológica, não se observam avanços na Região com respeito ao desenvolvimento de metodologias que determinem estes trâmites e procedimentos no âmbito nacional.

12. O número de marcos jurídicos que apoiam o uso das tecnologias da informação e comunicação na saúde e facilitam o intercâmbio de informação clínica aumentou nos últimos três anos. Especificamente, ao menos 18 países da Região⁵ contam com legislação para proteger a privacidade dos dados pessoais; por outro lado, nove países⁶ informam que dispõem de um marco jurídico que facilita o intercâmbio de informação

³ Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai. Fonte: Observatório Mundial de *eSaúde* da OMS.

⁴ Argentina, Canadá, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, Jamaica, México, Paraguai, Peru, República Dominicana e Uruguai. Fonte: Observatório Mundial de *eSaúde* da OMS.

⁵ Argentina, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Trinidad e Tobago e Uruguai. Fonte: Observatório Mundial de *eSaúde* da OMS.

⁶ Argentina, Canadá, Chile, Colômbia, Estados Unidos, México, Paraguai, República Dominicana e Uruguai. Fonte: Observatório Mundial de *eSaúde* da OMS.

clínica no âmbito nacional por meios eletrônicos. Tomando como exemplo os projetos já iniciados na Europa, em breve se trabalhará com os Estados Membros na identificação de um marco jurídico que fomente o intercâmbio de informação clínica no âmbito regional.

Área estratégica 4: gestão do conhecimento e alfabetização digital para a qualidade da assistência, a promoção da capacitação em saúde e a prevenção de doenças

13. Houve um aumento considerável no número de países que dispõem de um plano de formação no âmbito universitário em matéria de *eSaúde*. Especificamente, 16 países⁷ contam com formação deste tipo em alguma de suas universidades.

14. Durante este período forneceu-se informação fidedigna e de qualidade sobre educação em saúde e prevenção de doenças à população e aos profissionais da saúde. Por exemplo, existem 10 bibliotecas virtuais de saúde com fontes e serviços de informação que respondem a prioridades de saúde. Além disso, aumentou o número de Estados Membros que têm acesso e capacidade local para produzir e utilizar conteúdo das bibliotecas virtuais de saúde, e aumentou de 26 para 30 o número de países com bibliotecas virtuais de saúde nacionais, além da iniciativa [CARPHA EvIDeNCe](#), na qual se integram os países do Caribe de língua inglesa.

15. Em matéria de conteúdo certificado em saúde pública, o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da OPAS (BIREME) assinou um acordo de entendimento com o Hospital Universitário de Rouen (França), centro especializado nesta disciplina. Esta iniciativa ajudará a obter avanços significativos na definição de um marco comum para o desenvolvimento de portais com conteúdo certificado em saúde pública. Também servirá para aumentar o número de Estados Membros que contam com políticas de acesso a conteúdo certificado de saúde pública, que neste momento são nove países,⁸ integrados na Rede Federada de Repositórios Institucionais de Publicações Científicas ([LA Referencia](#)).

16. Com respeito ao uso das redes sociais para facilitar a difusão, a comunicação e a socialização de informações sobre saúde pública, uma amostra de 18 países⁹ evidencia que as redes sociais, principalmente Twitter e Facebook, são utilizadas em situações de emergência, e como medida de promoção e prevenção da saúde. Não obstante, é necessário realizar pesquisas adicionais para saber se os Estados Membros contam com estratégias específicas nestas matérias.

⁷ Argentina, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Equador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Paraguai, Peru, República Dominicana, Trinidad e Tobago e Uruguai. Fonte: Observatório Mundial de *eSaúde* da OMS.

⁸ Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, El Salvador, México, Peru e Venezuela. Fonte: Observatórios de *eSaúde* da OPAS e OMS.

⁹ Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. Fonte: Observatórios de *eSaúde* da OPAS e OMS.

Ação necessária para melhoria da situação

17. Com base nos avanços e desafios expostos, enumeram-se adiante algumas medidas que devem ser levadas em conta para o período 2016-2017:

- a) continuar com a execução da estratégia e plano de ação e promover a formulação de estratégias nacionais nos países que não contem com elas;
- b) trabalhar na incorporação de temas nos quais ocorreram avanços no âmbito da saúde pública desde a aprovação da estratégia e plano de ação, como a internet das coisas (*Internet of things*), os dados abertos e os megadados (*big data*), entre outros;
- c) fortalecer a comunicação e a coordenação institucional entre agências, doadores e Estados Membros, incluindo outros setores importantes além do setor da saúde, para assegurar que os componentes estratégico, técnico e orçamentário estejam coordenados e alinhados de acordo com um mesmo objetivo, estejam focalizados na melhora da qualidade de vida da população e sejam executados evitando a duplicidade de esforços;
- d) fomentar a geração de evidências e o desenvolvimento de diretrizes em matéria de *eSaúde* que favoreçam a tomada de decisões e o desenvolvimento de projetos de maneira estratégica e sustentada;
- e) estabelecer um roteiro sobre o papel da *eSaúde* no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especificamente o objetivo 3, “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”.

Ação pelo Conselho Diretor

18. Solicita-se que o Conselho Diretor tome nota deste relatório e apresente as recomendações que considere pertinentes.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Cibersalud [Internet]. 58ª Assembleia Mundial da Saúde; 16 a 25 de maio de 2005; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2005 (resolução WHA58.28) [consultado em 19 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/23104/1/WHA58_28-sp.pdf
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação sobre eSaúde [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.R5) [consultado em 19 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1721/CD51.R5-sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

3. Organização Pan-Americana da Saúde. Estrategia e plano de ação sobre eSaúde [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 CD51/13) [consultado em 19 de fevereiro de 2016]. Disponível em:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14573&Itemid
4. Organização Mundial da Saúde. Normalización y compatibilidad en materia de ciberseguridad [Internet]. 66ª Assembleia Mundial da Saúde; 20 a 27 de maio de 2013; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2013 (resolução WHA66.24) [consultado em 19 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R24-sp.pdf
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2015 [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 oficial 346) [consultado em 19 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168190/1/CD52-OD346-s.pdf>
6. Organização Mundial da Saúde; União Internacional das Telecomunicações. Conjunto de herramientas para una estrategia de eSalud nacional [Internet]. Genebra: OMS, UIT; 2012 [consultado em 8 de março de 2016]. Disponível em espanhol: <http://bit.ly/toolkit-esalud>
7. Conferência Estatística das Américas (CEA) da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), Grupo de Trabalho sobre Medição das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). Recomendaciones metodológicas para la medición de acceso y uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en el sector salud [Internet]. Chile: CEA-CEPAL; 2014 [consultado em 8 de março de 2016]. Disponível em espanhol:
<http://www.cepal.org/deype/noticias/paginas/7/53767/ModuloTIC-Salud2014-metodologia.pdf>
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Conversaciones sobre eSalud: Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud. Washington, DC: OPAS; 2014 [consultado em 8 de março de 2016]. Disponível em espanhol: <http://bit.ly/conversaciones-pdf>
9. Organização Mundial da Saúde. eHealth and innovation in women's and children's health: A baseline review. Genebra: OMS; 2014 [consultado em 19 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês:
<http://www.who.int/goe/publications/baseline/en>
10. Messina LA, Fernández AL, Valencia Díaz E, Freitas F, Vieira F, Tejera NG, Parada Beltrán M, McGill M, Gertrudiz N, Navajo Garrido R, López R, Rodrigues

R, Vega S. Infraestructura: La base para la consolidación, sostenibilidad y evolución de la eSalud. Em: Organização Pan-Americana da Saúde. Conversaciones sobre eSalud: Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud. Washington, DC: OPAS; 2014. p. 20-76 [consultado em 14 de abril de 2016]. Disponível em espanhol: <http://bit.ly/conversaciones-pdf>

11. Comissão Europeia; eHealth Network. Guidelines on minimum/nonexhaustive patient summary dataset for electronic exchange in accordance with the cross-border Directive 2011/24/EU. Bruxelas: Comissão Europeia, eHealth Network; 2013. Disponível em inglês: http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/guidelines_patient_summary_en.pdf
12. Comissão Europeia; eHealth Network. Guidelines on ePrescription dataset for electronic exchange under cross-border Directive 2011/24/EU [medicines and medical devices]. Bruxelas: Comissão Europeia, eHealth Network; 2013. Disponível em inglês: http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/eprescription_guidelines_en.pdf

B. PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM

Antecedentes

1. Este relatório resume o progresso na implementação da *Estratégia Regional para a Melhoria da Saúde do Adolescente e do Jovem (1)* e do *Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem (2)*. Os Estados Membros da OPAS endossaram a estratégia regional no 48º Conselho Diretor (Resolução CD48.R5) em 2008 e o plano no 49º Conselho Diretor (Resolução CD49.R14) em 2009.

2. O relatório tem por base uma análise de implementação do programa e usa diversas fontes, inclusive dados notificados à OPAS pelos Estados Membros, consultas com interessados diretos da Região e contribuições dos adolescentes e jovens coletadas por uma ferramenta web.

Atualização do progresso alcançado

3. Em 2010-2015, houve avanços significativos em cada uma das sete áreas estratégicas da ação. O anexo fornece um resumo do progresso de acordo com os marcos intermediários (2014). Embora tenha havido progresso na consecução de alguns marcos de 2014, poucos foram completamente atingidos, e as taxas de mortalidade visadas em três dos marcos (lesões no trânsito, homicídios e suicídios) pioraram em vez de melhorar.

4. Além dos recursos fornecidos pela Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), a OPAS arrecadou cerca de US\$ 7 milhões de doadores para financiar atividades de saúde do adolescente e do jovem no âmbito regional e nacional. Os esforços realizados incluem:

- a) Apoio da RSPA ao desenvolvimento de um portal de saúde do adolescente, uma plataforma virtual que fornece acesso fácil aos dados regionais e do país de saúde do adolescente; apoio a 14 países para a execução de pesquisas sobre a saúde do adolescente; cooperação técnica para o fortalecimento da coleta e da análise dos dados de saúde do adolescente desagregados por sexo, faixa etária e determinantes sociais relevantes.
- b) A RSPA prestou cooperação técnica para a análise, atualização e revisão de quadros normativos e de política, e o desenvolvimento de estratégias e planos nacionais para a saúde do adolescente. Atualmente todos, exceto cinco dos países da Região, estão executando estratégias e planos de saúde do adolescente, embora nem todos os programas tenham pessoal e orçamento alocado. O treinamento em saúde dos jovens e seus direitos humanos foi proporcionado para programas nacionais e profissionais da saúde e outros interessados diretos, inclusive juízes, legisladores e ouvidores.
- c) A RSPA apoiou a execução do Modelo Integrado para a Gestão das Necessidades dos Adolescentes (IMAN, da sigla em anglais) e a promoção de um enfoque

- baseado em normas dos serviços de saúde para os adolescentes; foi oferecida orientação a 120 interessados diretos de 45 países sobre os elementos centrais da *Estratégia Regional para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (3)* e suas implicações para os programas e serviços de saúde da criança e do adolescente.
- d) De 2010 a 2015, mais de 40 seminários regionais, sub-regionais e nacionais de capacitação foram organizados para os gerentes do Programa de Saúde dos Adolescentes, profissionais da saúde, jovens e outros interessados diretos, em tópicos relacionados com a saúde do adolescente. A OPAS também forneceu 442 bolsas de estudos aos profissionais da saúde de 14 países para que participassem do programa de diploma em saúde e desenvolvimento integral dos adolescentes oferecido pela Pontifícia Universidade Católica do Chile.
- e) A OPAS continuou apoiando a execução de modelos comunitários e intervenções voltadas para o fortalecimento dos pais e das famílias, inclusive o Programa de Fortalecimento das Famílias (*Familias Fuertes*), atualmente sendo implementado em 13 países.
- f) A OPAS, em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, sigla em inglês), o Banco Mundial e outros parceiros, apoiou e promoveu uma abordagem integral para a saúde sexual e reprodutiva do adolescente, enfocando especialmente a prevenção da gravidez e de HIV/IST. As principais ações incluíram estas a seguir: geração e disseminação de informações estratégicas sobre a saúde sexual e reprodutiva (SSR) do adolescente; treinamento de gerentes de programas, prestadores de serviço, representantes do sistema judicial e outros interessados a respeito dos instrumentos de direitos humanos; elaboração de pareceres técnicos sobre direitos sexuais e reprodutivos; promoção do acesso dos jovens a serviços de saúde de qualidade, incluindo serviços de SSR; e compartilhamento de orientação técnica e melhores práticas. Foi prestado apoio ao desenvolvimento de estratégias sub-regionais de prevenção da gravidez na adolescência na América Central, no Caribe e na região andina, bem como à mobilização de apoio político. Em 2014, a OPAS apoiou a cúpula das Primeiras-Damas dos Estados Membros do Sistema de Integração Centro-Americana (SICA), o que resultou na assinatura da “*Declaração de Honduras*”, reafirmando seu compromisso com a promoção e a facilitação de ações voltadas para a prevenção da gravidez na adolescência em seus países. As oportunidades bilaterais, os planos de trabalho conjunto e as atividades conjuntas ajudaram a criar parcerias fortes com as instituições das Nações Unidas e os interessados diretos, o Banco Mundial, mecanismos de integração regional, o sistema interamericano e organizações de jovens.
- g) A RSPA coordenou as atividades de capacitação sobre a utilização dos meios digitais, após as quais vários países, inclusive o Brasil, a República Dominicana e a Guatemala, executaram ações para incorporar os meios digitais aos programas de saúde dos adolescentes.

Ação necessária para melhoria da situação

5. Levando em conta que a Região avançou de forma constante na redução da fecundidade na adolescência (4), recomenda-se que os Estados Membros continuem investindo em políticas e programas que possam acelerar essa redução e se centrem na gravidez precoce de meninas com menos de 15 anos, uma tendência crescente na Região (5). A garantia do acesso dos adolescentes a informações, serviços e produtos relacionados à SSR será essencial, especialmente quando se considera o progresso limitado da redução do HIV em adolescentes e jovens (ver anexo) e a atual epidemia do vírus Zika na Região, com suas implicações para a saúde sexual e reprodutiva dos jovens.

6. Como as taxas de mortalidade de adolescentes e de jovens vêm piorando em vez de melhorar, e os homicídios, suicídios e mortes por acidentes de trânsito continuam a ser as principais causas de morte entre os adolescentes e jovens na Região (6), os Estados Membros são incentivados a:

- a) acelerar a implementação de “melhores compras” baseadas em evidências para a segurança viária, como ações para fortalecer a administração de segurança viária e melhorar a legislação e o cumprimento (redução de velocidades, uso de cintos de segurança, contenção de crianças, capacetes e sanções por dirigir sob o efeito do álcool); promover estradas mais seguras e o uso de modalidades de transporte sustentáveis; implantar políticas para proteger os usuários vulneráveis de estradas; aumentar a consciência e fortalecer as habilidades de segurança viária entre os usuários de estradas; e investir em melhorar a resposta pós-choque e os serviços de reabilitação;
- b) fortalecer os programas e serviços para a promoção da saúde mental e o diagnóstico e o tratamento precoce de distúrbios de saúde mental em adolescentes e jovens;
- c) tornar predominante o enfoque em segurança humana nos planos de saúde existentes como um mecanismo para prevenir a violência e as lesões de acordo com os mandatos globais e regionais, e implementar as intervenções com base em evidências para empoderar os jovens, fortalecer as famílias e prevenir todas as formas de violência, inclusive a violência sexual.

7. Considerando o compromisso regional com o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde e as barreiras constantes que os adolescentes e jovens enfrentam para obter acesso a serviços de saúde, os Estados Membros são instados a assegurar que os adolescentes e os jovens, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade, tenham acesso, sem nenhuma discriminação, a serviços de saúde integrais, apropriados, oportunos, adequados ao gênero, e de qualidade, inclusive serviços de saúde reprodutiva e sexual.

8. Levando em conta que 13 países da Região informam níveis de sobrepeso e obesidade de cerca de 25% ou mais entre os adolescentes de 13 a 15 anos, e que o consumo de tabaco e álcool nessa faixa etária continua a ser significativo (7), os Estados

Membros são instados a executarem o *Plano de Ação para a Prevenção de Obesidade em Crianças e Adolescentes* da OPAS (8) e a buscarem parcerias intersetoriais que incluam os setores da saúde e da educação, o setor privado, os pais, as organizações comunitárias e os próprios jovens para a implementação das estratégias integrais para promover saúde e bem-estar, reduzir fatores de risco e abordar os determinantes sociais que influenciam a saúde e o bem-estar de adolescentes e jovens.

Ação pelo Conselho Diretor

9. Solicita-se que o Conselho Diretor tome nota do relatório de progresso e formule as recomendações consideradas relevantes.

Anexo

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia Regional para Melhorar a Saúde do Adolescente e da Juventude [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 CD48/8) [consultado em 12 de abril de 2016]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48-08-p.pdf>
2. Organização Pan-Americana da Saúde. B. Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2009 (documento CD49/12) [consultado em 22 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-p.pdf>
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 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 (documento CD53/5, Rev. 2) [consultado em 2016 Feb 22]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27418&Itemid=270&lang=pt
4. United Nations Data; World Bank estimates [Internet]. Nova York: UN Statistics Division; 2016 [atualizado em 21 de janeiro de 2016, consultado em 18 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em: http://data.un.org/Data.aspx?d=WDI&f=Indicator_Code%3ASP.ADO.TFRT
5. Fundo de População das Nações Unidas. State of world population 2013, Motherhood in Childhood: Motherhood in Childhood: Facing the challenge of

adolescent pregnancy [Internet]. Nova York: UNFPA; 2013 [consultado em 18 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês:

<http://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2013>

6. Organização Pan-Americana da Saúde. Portal of mortality data [Internet]. Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2015 [atualizado em 2015 Jul 7, consultado em 2016 Feb 18]. Disponível em inglês: <https://hiss.paho.org/pahosys/>
7. Organização Mundial da Saúde. Global School-based student health survey (GSHS) implementation [Internet]. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2016 [consultado em 22 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em: <http://www.who.int/chp/gshs/country/es/>
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. 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 (documento CD53/9, Rev. 2) [consultado em 2016 Feb 22]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26981&Itemid=270&lang=pt

Anexo

**Panorama do impacto e do progresso dos objetivos em 2014
(para os objetivos com metas declaradas para 2014)**

Metas de impacto	Marcos de 2014	Situação em 2014
Até 2018, 75% dos países na América Latina e no Caribe terão uma taxa de fecundidade na adolescência de 75,6 por 1.000 ou inferior.	20 países	31 países (Fonte: UNData. Disponível de: http://data.un.org/Data.aspx?q=adolescent+fertility&d=WDI&f=Indicator_Code%3aSP.ADO.TFRT)
Até 2018, 100% dos países terão uma porcentagem estimada de adolescentes e jovens (15-24 anos de idade) vivendo com o HIV inferior a 0,6% no Caribe e inferior a 0,4% na América Latina e América do Norte.	Mulheres: 5 países do Caribe e 20 países das Américas Latina e do Norte. Homens: 6 países do Caribe e 12 das Américas Latina e do Norte.	1 país do Caribe (homens e mulheres) 16 países da América Latina e América do Norte (homens e mulheres) (Com base nas estimativas agregadas para homens e mulheres disponíveis para 23 países) (Fonte: UNAIDS, AIDSinfo Online Database. Disponível em: http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/Home.aspx)
Até 2018, 100% dos países terão reduzido as atuais tendências crescentes das taxas de mortalidade decorrentes causas externas por acidentes de trânsito entre os homens (15-24).	10%	A taxa de mortalidade regional ajustada por idade decorrente de lesões no trânsito entre os homens aumentou de 34,0 a 37,8 por 100.000 de 2008 a 2012, refletindo um aumento de 11,5%. 14 países (27%) reduziram a taxa de mortalidade decorrente de lesões no trânsito entre os homens de 15 a 24 anos com porcentagens variando de 0,7% a 71%. Entre estes, 10 diminuíram a taxa em 10%.
Até 2018, os países ¹ prioritários terão reduzido as atuais tendências crescentes nas taxas de mortalidade por homicídios entre os homens (15-24).	7%	A taxa de mortalidade regional ajustada por idade decorrente de homicídios entre os homens de 15 a 24 anos aumentou de 50,1 em 2008 a 55,7 por 100.000 em 2012, ² refletindo um aumento de 11,3%. 9 países (17,6%) reduziram a taxa de mortalidade decorrente de homicídios entre os homens de 15 a 24 anos com porcentagens variando de 8,6% a 57%, inclusive um país prioritário, a Nicarágua (45%).

¹ O Plano de Ação para a Saúde do Adolescente e do Jovem identificou Bolívia, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua como países prioritários.

² A Análise da mortalidade foi realizada para 2012, pois em 2013 e 2014 a notificação da mortalidade estava incompleta.

Metas de impacto	Marcos de 2014	Situação em 2014
Até 2018, 75% dos países terão reduzido as tendências nas taxas de mortalidade por suicídio (10-24).	8%	A taxa de mortalidade regional ajustada por idade decorrente de suicídios na faixa etária 10-24 anos aumentou de 5,5 a 5,8 por 100.000 de 2008 ao 2012, ³ refletindo um aumento de 5,6%. 9 países (17,6%) reduziram a taxa de mortalidade devida ao suicídio nessa faixa etária com porcentagens variando de 0,7% a 38,5%. Entre estes, 8 diminuíram a taxa em mais de 8%.

Objetivos do plano de ação	Metas de 2014	Situação em 2014
Prestar cooperação técnica aos Estados Membros para desenvolver e fortalecer a capacidade de prestação de serviços de seus sistemas de saúde de promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção oportuna e eficaz a adolescentes e jovens, usando um enfoque de ciclo de vida e abordagem das lacunas de igualdade.	70% de países determinaram objetivos nacionais de saúde do adolescente e do jovem que integram intervenções dos principais problemas de saúde que os afetam, usando estratégias de promoção e prevenção.	72% (37 de 51) (Fontes: respostas dos países para a pesquisa de avaliação intermediária e relatórios dos países à OPAS pelo Sistema de Monitoramento do Plano Estratégico)
Objetivo 2.1: Promover e assegurar a existência de meios que propiciem a saúde e o desenvolvimento do adolescente e do jovem através da implementação de políticas amplas, eficazes, sustentáveis e baseadas em evidências científicas (incluindo estruturas jurídicas e regulamentações).	Os países prioritários e os países de alto impacto ⁴ terão políticas baseadas em evidências científicas que integram os principais problemas de saúde e os determinantes que afetam adolescentes e jovens de maneira a que este grupo tenha um maior acesso à assistência de saúde.	Argentina, Bolívia, Guiana, Honduras, Nicarágua, Brasil, Colômbia, México e Peru informaram terem políticas voltadas para aumentar o acesso de adolescentes e jovens à assistência de saúde. Os nove países incluíram saúde sexual e reprodutiva, HIV, saúde mental nestas políticas; oito incluíram nutrição, atividades físicas, uso de substâncias químicas, violência; sete incluíram tabaco, álcool; e seis incluíram prevenção de lesões nessas políticas. (Fonte: Pesquisas de Política do MNCAH OMS, 2012 e 2014)
Objetivo 3.1: Melhorar os sistemas e serviços de saúde de qualidade, que sejam abrangentes e integrados, para atender às necessidades dos	Os países prioritários e os países de alto impacto terão 50% de centros de saúde no âmbito distrital aplicando um pacote integrado de	Nenhum dado disponível sobre a porcentagem de centros de saúde no âmbito distrital que aplicam um pacote integrado dos serviços.

³ A Análise da mortalidade foi realizada para 2012, pois em 2013 e 2014 a notificação da mortalidade estava incompleta.

⁴ O *Plano de Ação para a Saúde do Adolescente e do Jovem* identificou a Argentina, Brasil, Colômbia, México, Peru e a Venezuela como países de alto impacto para intervenções de saúde do adolescente e do jovem.

Objetivos do plano de ação	Metas de 2014	Situação em 2014
adolescentes e jovens com ênfase na atenção primária à saúde.	intervenções eficazes para adolescentes e jovens (Modelo Integrado para a Gestão das Necessidades dos Adolescentes: IMAN, da sigla em espanhol).	A OPAS desenvolveu e difundiu amplamente o manual do IMAN, e realizou diversos seminários de treinamento regionais e nacionais sobre o IMAN. Atualmente a maioria dos países adotou o manual do IMAN ou incorporou os conteúdos em diretrizes e protocolos clínicos nacionais.
Objetivo 5.1: De acordo com o Documento Conceitual de Saúde Familiar e Comunitária da OPAS, elaborar e apoiar programas de prevenção e promoção da saúde do adolescente e do jovem, com intervenções nas comunidades que fortalecem as famílias, incluindo escolas, e incentivem a participação e propriedade das intervenções.	Os países prioritários e os países de alto impacto terão incorporado em seus programas de prevenção e promoção da saúde do adolescente e do jovem intervenções para fortalecer as famílias e os programas coordenadas com escolas e comunidades.	Brasil, Bolívia, Honduras, Nicarágua, Colômbia, Peru e México iniciaram ou ampliaram a execução do Programa de Fortalecimiento das Famílias (<i>Familias Fuertes</i>), um programa modelo que trabalha com os pais e os adolescentes para melhorar a comunicação intrafamiliar, melhorar as relações de afeto como fatores de proteção, e reduzir os comportamentos de risco entre os adolescentes. O programa só está disponível atualmente em espanhol.

C. PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: AVALIAÇÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. Este relatório examina a situação das doenças não transmissíveis (DNT) e seus fatores de risco na Região, com base na implementação do *Plano de Ação para Prevenção e Controle das Doenças não Transmissíveis (1)*, adotado pelo 52º Conselho Diretor em 2013, alinhado com o *Plano Global para Prevenção e Controle das DNT 2013-2020* da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2).

2. Nas Américas, aproximadamente 4,8 milhões pessoas morrem a cada ano em resultado de DNT; 35% dessas mortes são prematuras, ocorrendo entre pessoas com menos de 70 anos de idade (3). O plano de ação regional para DNT visa a reduzir a mortalidade prematura em 15% até 2019 mediante quatro estratégias gerais: implementação de políticas e planos nacionais multissetoriais de DNT, redução dos fatores de risco das DNT (uso de tabaco, uso nocivo do álcool, alimentação não saudável e inatividade física), fortalecimento da resposta do sistema de saúde às DNT (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) e realização de vigilância e monitoramento sistemático, notadamente das nove metas e 25 indicadores do *Marco Global de Monitoramento das DNT (4)*.

3. A Pesquisa Global da Capacidade Nacional de Resposta a DNT, realizada pela OMS em 2015, proporciona dados relevantes e atuais sobre políticas de DNT, resposta dos serviços de saúde e capacidade de vigilância. A pesquisa foi aplicada pelos pontos focais dos Ministérios da Saúde em cada país usando o instrumento de pesquisa padronizado da OMS; as respostas foram subsequentemente validadas com os pontos focais. Nas Américas, a OPAS/OMS realizou e validou a pesquisa; 38 países e territórios forneceram respostas. Os resultados de cada pesquisa nacional da capacidade de resposta a DNT proporcionam os principais dados e informações usados neste relatório (5)¹

Atualização do progresso alcançado

4. Em todo o mundo, a mortalidade prematura por DNT, medida pela probabilidade incondicional de morrer de DNT entre 30 e 70 anos, é mais baixa na Região das Américas, com 15% (6). Quase todos os países da Região mostram uma queda estável ou

¹ A Pesquisa sobre Capacidade Nacional em matéria de DNT 2015 da OMS é um questionário autoadministrado e padronizado aplicado pelos pontos focais dos Ministérios da Saúde usando o sistema global de resposta online. No total, 38 países e territórios das Américas forneceram respostas entre julho e novembro de 2015; as respostas foram plenamente validadas por 30 países entre setembro de 2015 e janeiro de 2016. Os dados usados neste relatório foram extraídos da base de dados da OMS sobre respostas à pesquisa (<https://extranet.who.int/DNTccs/RegionHome>). Um relatório sobre os resultados dessa pesquisa sobre capacidade em matéria de DNT está sendo preparado.

modesta na **mortalidade prematura por DNT** e 14 países e territórios devem atingir a meta regional de redução de 15% na mortalidade prematura por DNT até 2019² (3).

5. Todos os países assumiram o compromisso de estabelecer planos nacionais de DNT e metas nacionais até 2015. Contudo, somente cerca de metade dos países e territórios das Américas que forneceram respostas (22 de 38, 58%) informaram ter uma política, estratégia ou plano de ação nacional multissetorial para DNT e somente 17 países (45%) informaram o estabelecimento de metas nacionais de DNT. Dos países com plano nacional de DNT, 13 os desenvolveram depois de 2013, ano em que o Plano Regional de DNT foi adotado (5).

6. As DNT podem ser adequadamente abordadas mediante um enfoque que envolve todo o governo e toda a sociedade; o plano de ação regional de DNT recomenda que os países estabeleçam comissões multissetoriais e implementem ações pelo menos em três setores além do setor da saúde. Porém, somente 12 países (32%) informaram ter estabelecido comissões de DNT com vários ministérios e a sociedade civil e 19 países (50%) integraram as DNT em sua agenda nacional de desenvolvimento (5).

7. As DNT são preveníveis em grande medida; embora a Região tenha registrado alguns avanços importantes com respeito a políticas de redução dos fatores de risco, muitos países ainda não estabeleceram as intervenções necessárias para reduzir suficientemente o uso do tabaco e o uso nocivo do álcool e promover uma alimentação saudável e atividade física. Embora 30 países tenham ratificado a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, da OMS, é preciso muito mais progresso em sua implementação. Somente quatro países implementaram ao menos três das quatro intervenções para redução da demanda de tabaco (políticas de tributação, ambientes livres do fumo, advertências sobre riscos para a saúde, restrições à publicidade e promoção) no nível mais alto de realização (6). Além disso, somente 11 dos 38 países e territórios (29%) informaram ter implementado políticas gerais para reduzir o uso nocivo do álcool; somente 8 países (21%) informaram políticas para reduzir o impacto sobre as crianças da comercialização de alimentos e bebidas não alcoólicas; 10 países (26%) informaram a adoção de políticas para limitar as gorduras saturadas e eliminar óleos vegetais parcialmente hidrogenados no abastecimento de alimentos; três países (8%) tributam bebidas açucaradas; 11 países (29%) informaram a implementação de políticas para reduzir o consumo de sal. Além disso, somente sete países implementaram plenamente legislação alinhada com o Código Internacional sobre Comercialização de Substitutos do Leite Materno (7). Vinte e quatro países (63%) informaram ter implementado campanhas

² Foram extraídos e analisados dados da base de dados sobre mortalidade da OPAS correspondentes a 2012 para determinar, entre pessoas de 30-70 anos de idade, as taxas e tendências de mortalidade prematura pelas quatro principais DNT em cada país em que a informação estava disponível. Esses dados foram usados na preparação de projeções para 2019. Com base nessa análise da OPAS não publicada, os países e territórios que se estima atingirão a meta de redução da mortalidade prematura por DNT até 2019 incluem Argentina, Aruba, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Estados Unidos da América, Guiana Francesa, Guadalupe, Ilhas Virgens Americanas dos Estados Unidos, Martinica, Santa Lúcia, Trinidad e Tobago e Uruguai.

nacionais de informação pública para promover a atividade física nos últimos cinco anos (5).

8. O **sobrepeso e a obesidade** (índice de massa corporal de 25 kg/m² ou acima) continuam sendo uma grande preocupação, já que as Américas têm a maior prevalência global desses problemas de saúde: 27% das mulheres e 22% dos homens são obesos (8); 7% das crianças com menos de 5 anos de idade e 17% a 36% dos adolescentes (12-19 anos) na América Latina e no Caribe têm sobrepeso ou são obesos (9). Essa situação é agravada pelas baixas taxas de atividade física na Região, onde 38% das mulheres e 27% dos homens informam praticar um nível insuficiente de atividade física (8). O *Plano de Ação Regional para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes* oferece orientação clara para interromper o aumento da obesidade, instando todos os países a implementar políticas e estratégias (10).

9. O **uso do tabaco**, talvez o mais importante fator de risco de DNT, continua sendo um desafio na Região, com cerca de 127 milhões de fumantes adultos. Foram registrados alguns avanços na implementação de intervenções contra o tabaco: 17 países, que representam 49% da população das Américas, estão protegidos por uma lei nacional de ambientes livres do fumo e 16 países exigem avisos apropriados sobre risco à saúde nos rótulos dos produtos de tabaco, cobrindo 58% da população das Américas (6).

10. O progresso na redução do **uso do álcool** se estagnou; 22% dos bebedores informam episódios de bebedeira, somente seis países (16%) têm normas que restringem a disponibilidade de álcool e somente dois países (5%) têm restrições à publicidade e promoção (5). Particularmente preocupante é o fato de que cerca de 3,2% das mulheres adultas nas Américas sofrem de algum distúrbio de uso do álcool, índice mais alto do que o registrado em qualquer outra região do mundo (11). Além disso, entre 51% e 94% das pessoas de 13-15 anos informam que começaram a beber antes dos 14 anos. Mais informações podem ser encontradas no relatório de progresso intermediário sobre o *Plano de Ação para Reduzir o Uso Nocivo do Álcool*, incluído como tema 7.12-D na agenda do 55º Conselho Diretor.

11. **As doenças cardiovasculares**, inclusive hipertensão, continuam sendo a principal causa de morte em quase todos os países da Região (3). Nas Américas, 17% das mulheres e 22% dos homens têm pressão alta (pressão arterial sistólica \geq 140 mmHg ou pressão diastólica \geq 90 mmHg) (8). Foram estabelecidas diretrizes sobre doenças cardiovasculares em 18 países (47%), mas somente 10 países informam que essas diretrizes foram plenamente implementadas (5). Embora a estratificação do risco de doenças cardiovasculares seja oferecida em 20 países (53%), somente cinco países informam que está disponível em mais da metade das instalações de cuidados primários (5). Medicamentos essenciais para doenças cardiovasculares — aspirina, diuréticos tiazídicos, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio, estatina e sulfonilureias — geralmente estão disponíveis no setor público em 26 países (68%) (5).

12. Estima-se que 62 milhões de pessoas nas Américas tenham **diabetes tipo 2**, sendo que 8% das mulheres e 9% dos homens informaram ter nível elevado de glicose no sangue (isto é, um nível de glicose em jejum de $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ou tomam medicamento para glicose alta no sangue ou têm histórico de diabetes (8). As diretrizes para controle da diabetes estão disponíveis, mas foram plenamente implementadas somente em 18 países (47%), enquanto a medição da glicose no sangue está geralmente disponível nos serviços primários de saúde em toda a Região (36 países e territórios, 95%); o teste de HbA1c está disponível em 20 países (53%) (5). Com respeito aos medicamentos essenciais, 34 países (89%) informam que metformina e insulina geralmente estão disponíveis nos serviços públicos de atenção primária (5).

13. **O câncer** é a segunda principal causa de morte nas Américas; os tipos mais comuns são de pulmão, próstata e colorretal entre homens e pulmão, mama e colo do útero entre as mulheres (3). Os planos integrais de combate ao câncer que abordam o continuum do atendimento (prevenção primária, prevenção secundária, diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos) são promovidos pela OMS e outras instituições. Mais de metade dos países da Região (23 países, 61%) informam ter implementado uma política, estratégia ou plano de ação nacional sobre câncer, seja um plano separado ou um plano integrado ao programa nacional de DNT (5). Registrou-se notável progresso na prevenção do câncer do colo do útero: 20 países (53%) introduziram vacinas HPV e 33 países (87%) informaram disponibilidade de serviços de triagem para câncer da mama, colo do útero, cólon e próstata; contudo, somente seis países informaram cobertura de triagem ao menos para um desses tipos de câncer em níveis que podem ter impacto (70% de cobertura ou mais) (5). Embora 31 países (81%) informem que a triagem de câncer da mama esteja disponível e 16 (42%) que a mamografia é usada, somente três países têm cobertura de triagem significativa com probabilidade de impacto (70% de cobertura ou mais) (5).

14. **As doenças respiratórias crônicas (DRC)**, principalmente a doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e doenças pulmonares de origem ocupacional, são responsáveis por aproximadamente 413.000 mortes nas Américas (3). O uso do tabaco, a poluição do ar e a exposição ocupacional a produtos químicos e poeira são os mais importantes fatores de risco para essas doenças, que não podem ser curadas, mas para as quais dispõe-se de tratamento eficaz. O tratamento está geralmente disponível nos serviços primários de saúde do setor público na Região: 28 países (74%) informam disponibilidade de inaladores de esteroides e 33 países (87%) informam disponibilidade de broncodilatadores. Contudo, as diretrizes para controle das DRC só são implementadas em 9 países (24%) e somente 8 países (21%) indicam ter uma política operacional, estratégia ou plano de ação específico para DRC (5). É urgentemente necessário contar com melhor vigilância para estabelecer a magnitude das DRC, bem como prevenção primária para reduzir fatores de risco e fortalecimento do atendimento para melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas pelas DRC.

15. À medida que os países trabalham para alcançar a cobertura universal de saúde, há oportunidades para melhorar o acesso, cobertura e qualidade do tratamento das DNT, bem como abordar as comorbidades, notadamente a depressão e outros problemas de

saúde mental. O modelo de tratamento das doenças crônicas, uma estratégia promovida pela OPAS e outras instituições para integrar o tratamento das DNT nos serviços primários como meio de proporcionar o melhoramento contínuo da qualidade e autoadministração, está sendo aplicado em vários países com assistência técnica da RSPA. Essas experiências estão sendo documentadas e compartilhadas para estimular mais países a adotarem essa estratégia. O acesso a medicamentos essenciais para DNT está sendo fortalecido mediante o Fundo Estratégico da OPAS, que inclui quase 40 drogas usadas para tratar hipertensão, diabetes e câncer e apoiar a cessação do tabagismo; contudo, poucos países estão usando esse mecanismo; em resultado, muitos estão pagando preços significativamente mais altos pelos medicamentos para DNT do que os preços disponíveis no Fundo.

16. A capacidade de vigilância precisa ser melhorada, especialmente no Caribe e América Central, para que todos os países possam medir seu progresso na consecução das metas e indicadores de DNT, avaliar o impacto de suas políticas, programas e serviços de DNT e informar o progresso na Terceira Reunião de Alto Nível da ONU sobre DNT em 2018. Contudo, registrou-se certo progresso nessa área: 29 países informaram implementação plena ou parcial de pesquisas dos fatores de risco das DNT³ e 34 países informaram dados sobre mortalidade (5).

Desafios e lições aprendidas

17. As DNT, um conjunto complexo de quatro doenças com quatro fatores de risco compartilhados, requerem vontade política, investimentos e ações conjuntas de todos os setores do governo e da sociedade para abordar suas causas subjacentes. Há bastante compromisso político com as DNT na Região, conforme indicado neste Plano de Ação Regional para DNT, bem como no Plano de Ação Global para DNT e nas Reuniões de Alto Nível da ONU sobre DNT realizadas em 2011 e 2014. Além disso, houve alguns avanços importantes, conforme indicado anteriormente. Apesar desses avanços, nem todos os países cumpriram seus compromissos de criar planos nacionais de DNT, estabelecer comissões multissetoriais de DNT, fixar metas e indicadores nacionais de DNT, avançar na implementação de normas e políticas mais fortes para reduzir os fatores de risco, melhorar os serviços de saúde para DNT e realizar pesquisas dos fatores de risco. A interferência das indústrias de tabaco, álcool, bebidas e alimentos continua inibindo o progresso dos países para atingir as metas de fatores de risco das DNT.

³ As pesquisas de fatores de risco das DNT são consideradas plenamente implementadas se o país, na Pesquisa Nacional de Capacidade 2015, respondeu “sim” à seguinte pergunta: “Foram realizadas pesquisas dos fatores de risco em seu país para todos os seguintes casos?: “uso nocivo do álcool” (opcional para Estados Membros segundo as circunstâncias de cada um), “inatividade física”, “uso do tabaco”, “nível alto de glicose no sangue/diabetes”, “pressão alta/hipertensão”, “sobrepeso e obesidade” e “consumo de sal/sódio”. Além disso, para cada fator de risco, o país deve indicar que a pesquisa mais recente foi realizada nos últimos cinco anos (isto é, 2010 ou ano posterior para as respostas da pesquisa 2015) e devem responder “a cada 1 ou 2 anos” ou “a cada 3 a 5 anos” à pergunta: “Com que frequência a pesquisa é realizada?” Este indicador é considerado parcialmente cumprido se o país responder que ao menos três (mas não todos) os fatores de risco são cobertos ou que as pesquisas foram realizadas há mais de cinco anos, mas há menos de 10 anos.

18. A ação multissetorial é uma área particularmente desafiadora para os países, dada a complexidade de envolver outros setores além da saúde, junto com a sociedade civil, academia e setor privado, para prevenção das DNT. Os objetivos de desenvolvimento sustentável, bem como os compromissos regionais com a Saúde em todas as Políticas, legislação relacionada com a saúde e prevenção da obesidade em crianças e adolescentes apoiam a criação de respostas multissetoriais às DNT. Portanto, é preciso haver uma ação mais integrada com outros setores além da saúde que podem intervir na prevenção e controle das DNT.

19. Nesse sentido, a OPAS está liderando um mecanismo regional de cooperação multissetorial sobre DNT mediante a Força-Tarefa Interamericana sobre DNT, estabelecida como um mandato da VII Cúpula das Américas. Essa força-tarefa regional, lançada em julho de 2015, visa a promover e coordenar atividades multissetoriais com as agências e instituições internacionais associadas dentro do Sistema Interamericano: a Organização Pan-Americana da Saúde, a Organização dos Estados Americanos, o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe e o Banco Mundial. Foi realizado um mapeamento dos investimentos e cooperação técnica de cada agência em DNT e seus fatores de risco, e a OPAS está analisando a informação para informar áreas potenciais de sinergia, lacunas e colaboração. Está sendo desenvolvido um plano de trabalho conjunto com foco nos temas prioritários do controle do tabaco, prevenção da obesidade em crianças e adolescentes e prevenção e controle das doenças cardiovasculares. Os elementos do plano de trabalho incluem defesa de causas e mobilização comunitária, legislação, análise econômica e fortalecimento da capacidade de intervenções importantes para uma resposta multissetorial às DNT, entre outros. A Força-Tarefa realizou um evento paralelo sobre DNT como parte da Reunião Ministerial da OEA sobre Desenvolvimento Social para criar vínculos entre desenvolvimento social, inclusão social e DNT

Ação necessária para melhoria da situação

20. O Plano de Ação Regional para DNT deve continuar sendo implementado, destacando-se as seguintes ações para melhorar a resposta às DNT:

- a) Intensificar o compromisso político, técnico e financeiro com o combate às DNT, especialmente nas sub-regiões da América Central e Caribe, onde o progresso na prevenção e controle das DNT parece estar defasado.
- b) Os países que ainda não estabeleceram um plano nacional de DNT, metas nacionais ou comissões multissetoriais devem priorizar essas ações sem mais delongas.
- c) Acelerar a implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco, notadamente para adotar as quatro intervenções de redução da demanda: políticas de tributação, ambientes livres do fumo, avisos sobre os riscos para a saúde e restrição à publicidade e promoção.

- d) Foco na prevenção da obesidade promovendo estilos de vida saudáveis e alimentação sadia mediante campanhas de informação pública, promoção da atividade física, tributação de bebidas açucaradas, restrições à comercialização de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças e restrições à comercialização de substitutos do leite materno.
- e) Atribuir prioridade às políticas sobre álcool na agenda de DNT e saúde e implementar intervenções de redução da demanda (políticas de tributação, regulação do acesso e disponibilidade e restrições à publicidade e promoção) necessárias para reduzir o uso nocivo do álcool.
- f) Usar plenamente o Fundo Estratégico da OPAS a fim de aumentar o acesso e disponibilidade de medicamentos essenciais para DNT, particularmente medicamentos para melhorar o controle da pressão arterial e prevenir doenças cardiovasculares.

Ação pelo Conselho Diretor

21. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota deste relatório e considere as ações necessárias para acelerar as intervenções de prevenção e controle das DNT.

Anexo

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis [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 CD52/7, Rev. 1) [citado em 18 de fevereiro de 2016]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22782&Itemid=270&lang=pt
2. Organização Mundial da Saúde. Global action plan on the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Genebra: OMS; 2013 [citado em 18 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/nmh/publications/DNT-action-plan/en/>
3. Organização Pan-Americana da Saúde. PAHO Mortality Database. Washington, DC: OPAS; 2016. Disponível em inglês a pedido.
4. Organização Mundial da Saúde. DNT Global Monitoring Framework. Ensuring progress on noncommunicable diseases in countries [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [citado em 4 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em: http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/

5. Organização Pan-Americana da Saúde. Americas Region Results on the National DNT Capacity Survey, 2015. Relatório em preparação, usando dados extraídos da base de dados da pesquisa sobre capacidade nacional da OMS, 2015. Disponível a pedido.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas: A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Washington, D.C: OPAS; 2016 [Internet]. Disponível em espanhol em:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Organização Mundial da Saúde. United Nations Children's Emergency Fund. BFAN. Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code. Status Report 2016. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016. Disponível em espanhol:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206011/1/WHO_NMH_NHD_16.1_spa.pdf
8. Organização Mundial da Saúde. Global status report on noncommunicable diseases, 2014 [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [citado em 18 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em:
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
9. Rivera JA, de Cossio TG, Pedraza LS, et al. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: A systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2:321-332.
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes [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 CD53/9, Rev. 2) [citado em 18 de fevereiro de 2016]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26981&Itemid=270&lang=pt
11. Organização Mundial da Saúde. Global status report on alcohol and health [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [citado em 18 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

ANEXO. Progresso intermediário do Plano de Ação Regional para DNT, por objetivo específico

A tabela abaixo descreve o progresso para cada objetivo específico e indicador do *Plano de Ação Regional para DNT 2013-2019*, endossado na reunião do Conselho Diretor da OPAS realizada em 2013. Mostra os países considerados como referência em 2010 e os países que cumpriram o indicador em 2016, ano para o qual um relatório de progresso intermediário foi submetido ao Conselho Diretor. Os indicadores com asterisco (*) também foram incluídos no *Plano de Ação Global para DNT* da OMS.

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
1. Políticas e parcerias multissetoriais para prevenção e controle de DNT	1.1 Promover a integração da prevenção de DNT em setores além da saúde no nível governamental e realizar atividades em parceria com uma ampla gama de atores não estatais, se apropriado, como agricultura, comércio, educação, trabalho, desenvolvimento, finanças, planejamento urbano, meio ambiente e transporte.	1.1.1 Número de países com políticas, marcos e ações multissetoriais de prevenção de DNT pelo menos em três setores além da saúde no nível governamental, realizadas em parceria com uma ampla gama de atores não estatais (por exemplo, agricultura, comércio, educação, trabalho, desenvolvimento, finanças, planejamento urbano, meio ambiente e transporte).	(5) ARG, BRA, CAN, MEX, USA	(12) ARG, BRA, BRB, CAN, CRI, CUB, GRD, JAM, MEX, PRI, USA, VGB	- Fonte: Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT, realizada pela OPAS/OMS em julho-novembro de 2015. - Refere-se a países com comissões multissetoriais de DNT operacionais que incluem outros ministérios além da saúde. A pesquisa não aferiu o número de setores, de modo que não é certo se o país tem ao menos três setores além da saúde em suas comissões nacionais.
	1.2 Fortalecer ou desenvolver planos nacionais de saúde baseados num enfoque multissetorial, com ações, metas e indicadores específicos direcionados pelo menos às quatro DNT prioritárias e aos quatro principais fatores de risco.	1.2.1 Número de países que implementarem um plano multissetorial nacional e/ou ações para prevenção e controle das DNT.	(15) ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CUW, DOM, GTM, JAM, MEX, SUR, TTO, USA, VGB	(22) ARG, BLZ, BRA, BRB, VGB, CAN, CHL, COL, CRI, DOM, ECU, GLP, GUY, JAM, KNA, MEX, PAN, PRI, PRY, SUR, USA, VCT	- Fonte: Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT, realizada pela OPAS/OMS em julho-novembro de 2015.

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
	1.3 Expandir políticas de proteção social em saúde para proporcionar cobertura universal e acesso mais equitativo a serviços de saúde preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos e medicamentos e tecnologias essenciais, seguros, acessíveis, efetivos e de qualidade para DNT.	1.3.1 Número de países com esquemas nacionais de proteção social que abordam o acesso universal e equitativo a intervenções para DNT.	(7) BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, URY	Em andamento	- Dados para medir o progresso deste indicador não estão disponíveis. É necessária uma revisão e análise de todos os esquemas de proteção social dos países da Região para avaliar este indicador, o que está em andamento; a informação será incluída no relatório final.
2. Fatores de risco e fatores protetores das DNT	2.1 Reduzir o uso do tabaco e exposição dos fumantes passivos.	2.1.1* Número de países que reduzirem a prevalência do uso de tabaco do nível estabelecido na referência nacional para o nível estabelecido para notificação ao Marco de Monitoramento Global da OMS, contribuindo para a meta global de redução de 30% no uso de tabaco até 2025 (medida pela prevalência padronizada pela idade do uso de tabaco na população com mais de 15 anos).	0	Em andamento	<p>- Informação sobre a prevalência padronizada pela idade do uso de tabaco na população com mais de 15 anos (2013) está disponível para 19 países no Anexo X do Relatório da OMS sobre a Epidemia Global de Tabaco, 2015 (disponível em: http://bit.ly/1gl1YYm).</p> <p>- Ainda não estão disponíveis dados que permitam o cálculo da variação na prevalência do uso de tabaco do ponto de referência para o nível estabelecido para notificação ao GMF da OMS. Quando esses dados estiverem disponíveis, este indicador será avaliado e a informação será incluída no relatório final.</p>

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
	2.2 Reduzir o uso nocivo de álcool.	2.2.1* Número de países que até 2019 reduzirem o uso nocivo de álcool do nível estabelecido na referência nacional para o nível estabelecido para notificação ao Marco de Monitoramento Global da OMS, contribuindo para a meta global de redução de 10% até 2025.	0	Em andamento	<p>- Informação sobre consumo de álcool per capita de pessoas com mais de 15 anos (2010) está disponível para os 35 Estados Membros no Relatório Global da OMS 2014 (disponível em: http://bit.ly/1CeE0Vx). Este é um dos três indicadores de uso nocivo do álcool incluídos no Marco de Monitoramento Global da OMS. Os países devem informar sobre o maior número possível de indicadores; contudo, também podem decidir informar somente sobre o indicador mais apropriado às circunstâncias nacionais.</p> <p>- Segundo a Pesquisa sobre Capacidade Nacional para DNT realizada pela OPAS/OMS, 26 países informaram a realização recente (≤ 5 anos) de pesquisas sobre fatores de risco que incluem o uso nocivo do álcool.</p> <p>- Ainda não estão disponíveis dados que permitam o cálculo da variação no uso nocivo do álcool do ponto de referência para o nível estabelecido para notificação ao GMF da OMS. Quando esses dados estiverem disponíveis, este indicador será avaliado e a informação será incluída no relatório final.</p>
	2.3 Promover uma alimentação saudável para saúde e bem-estar.	2.3.1* Número de países com políticas que reduzem o impacto sobre as crianças da comercialização de alimentos e bebidas não alcoólicas	(2) BRA, CAN	(7) BRA, CAN, CHL, COL, CRI, MEX, URY	- Fonte: Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT, realizada pela OPAS/OMS em julho-novembro de 2015.

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
		e alimentos ricos em gorduras saturadas, gorduras trans, açúcar e sal.			
		2.3.2* Número de países que adotarem políticas nacionais para limitar gorduras saturadas e virtualmente eliminar óleos vegetais parcialmente hidrogenados no abastecimento de alimentos, segundo o contexto nacional e os programas nacionais.	(6) ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, USA	(10) ARG, BRA, CAN, COL, CRI, ECU, JAM, PER, PRI, USA	- Fonte: Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT, realizada pela OPAS/OMS em julho-novembro de 2015.
		2.3.3* Número de países que até 2019 reduzirem o consumo de sal/sódio do nível estabelecido na referência nacional para o nível estabelecido para notificação ao Quadro de Monitoramento Global (GMF) da OMS, contribuindo para a meta de redução de 30% até 2025 no consumo de sal/sódio, medido pelo consumo mediano de sal (cloreto de sódio) padronizado pela idade em gramas por dia em pessoas com mais de 18 anos.	0	Em andamento	<p>- Segundo a Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT realizada pela OPAS/OMS, 14 países informaram a realização recente (≤ 5 anos) de pesquisas sobre fatores de risco que incluem o consumo de sal/sódio. A OPAS/OMS está proporcionando assistência técnica a países para realizar pesquisas de fatores de risco que incluem o consumo de sal/sódio.</p> <p>- Ainda não estão disponíveis dados que permitam o cálculo da variação no consumo de sal/sódio do ponto de referência para o nível estabelecido para notificação ao GMF a OMS. Quando esses dados estiverem disponíveis, este indicador será avaliado e a informação será incluída no relatório final.</p>

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
	2.4 Promover uma vida ativa para a saúde e bem-estar e prevenir a obesidade.	2.4.1* Número de países que até 2019 reduzirem a prevalência de atividade física insuficiente por adultos da referência nacional para o nível estabelecido para notificação ao Quadro de Monitoramento Global (GMF) da OMS, contribuindo para a meta global de redução até 2025 de pelo menos 10% na prevalência de atividade física insuficiente em pessoas com mais de 18 anos (definida como menos de 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana ou equivalente).	0	Em andamento	<p>- Informação sobre a prevalência padronizada pela idade de atividade física insuficiente em pessoas com mais de 18 anos (2010) está disponível para 20 Estados Membros no Relatório Global da OMS 2014 (disponível em: http://bit.ly/1CeE0Vx).</p> <p>- Segundo a Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT realizada pela OPAS/OMS, 24 países informaram a realização recente (≤ 5 anos) de pesquisas sobre fatores de risco que incluem atividade física.</p> <p>- Ainda não estão disponíveis dados que permitam o cálculo da variação na atividade física insuficiente por adultos do ponto de referência para o nível estabelecido para a notificação ao GMF da OMS. Quando esses dados estiverem disponíveis, este indicador será avaliado e a informação será incluída no relatório final.</p>
		2.4.2* Número de países que até 2019 reduzirem a prevalência de atividade física insuficiente entre adolescentes do nível estabelecido na referência nacional para o nível estabelecido para notificação ao Quadro de Monitoramento Global (GMF) da OMS, contribuindo para a meta global de redução de ao menos 10% até 2025 na prevalência de atividade física insuficiente por adolescentes	0	Em andamento	<p>- Dados sobre a prevalência de atividade física insuficiente entre adolescentes de 11-17 anos matriculados na escola estão disponíveis para 27 Estados Membros no Relatório Global da OMS 2014 (disponível em: http://bit.ly/1CeE0Vx).</p> <p>- Segundo a Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT realizada pela OPAS/OMS, 21 países</p>

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
		(definida como menos de 60 minutos de atividade diária de intensidade moderada a vigorosa por crianças em idade escolar e adolescentes).			informaram a realização de pesquisa recente sobre fatores de risco que inclui a atividade física. - Ainda não estão disponíveis dados que permitam o cálculo da variação na atividade física insuficiente por adolescentes do ponto de referência para o nível estabelecido para a notificação ao GMF da OMS. Quando esses dados estiverem disponíveis, este indicador será avaliado e a informação será incluída no relatório final.
3. Resposta do sistema de saúde a DNT e fatores de risco	3.1 Melhorar a qualidade dos serviços de saúde para controle de DNT.	3.1.1 Número de países que implementarem modelos de atenção integrada a DNT (por exemplo, modelo de atenção a doenças crônicas com diretrizes baseadas em evidências, sistema de informação clínica, autoatendimento, apoio comunitário, equipe multidisciplinar).	(9) ARG, BRA, CAN, CHL, DOM, JAM, MEX, PRY, USA	(18) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DOM, ECU, GRD, MEX, JAM, PAN, PRI, PRY, LCA SUR, USA	- Fonte: informação fornecida pela Unidade de Doenças Não Transmissíveis da OPAS, com base em cooperação técnica para implementação do modelo de atenção integrada a DNT.
	3.2 Aumentar o acesso e uso racional de medicamentos essenciais e tecnologias para exame, diagnóstico, tratamento, controle, reabilitação e cuidado paliativo de DNT.	3.2.1 Número de países que até 2019 atingirem o nível de disponibilidade de tecnologias básicas e medicamentos essenciais (inclusive genéricos) necessário para tratar as quatro principais DNT em instalações públicas e privadas, conforme estabelecido pelo país para notificação ao Quadro de Monitoramento Global (GMF) da OMS, contribuindo para a meta global de 80% de disponibilidade até 2025.	(7) ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, URY	(20) ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, DOM, ECU, GRD, GUY, JAM, PAN, PRI, SUR, TTO, URY, USA	- Fonte: Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT, realizada pela OPAS/OMS em julho-novembro de 2015. - Inclui países que informaram disponibilidade geral de todas as tecnologias básicas e medicamentos essenciais para DNT no setor público. Os dados sobre disponibilidade de medicamentos para DNT no setor privado não estavam disponíveis. - A definição de medicamentos essenciais e tecnologias básicas segue as definições e especificações do

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
					GMF (disponível em: http://bit.ly/1KsRizl).
		3.2.2 Número de países que até 2019 melhorarem o acesso a cuidados paliativos, avaliado pelo aumento no uso de analgésicos opióides equivalentes a morfina (excluindo metadona) por morte por câncer com base em dados de 2010.	0	Em andamento	<ul style="list-style-type: none"> - Dados sobre o consumo de opióides (medido pela equivalência em morfina, excluindo metadona, em miligramas per capita) estão disponíveis para 37 países e territórios das Américas, como estimativas do International Narcotics Control Board. - Segundo a Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT realizada pela OPAS/OMS, 18 países informaram ter morfina oral geralmente disponível no setor público. - Ainda não estão disponíveis dados que permitam o cálculo da variação no consumo de analgésicos opióides equivalentes a morfina (excluindo metadona) por morte por câncer. Quando esses dados estiverem disponíveis, este indicador será avaliado e a informação será incluída no relatório final.
		3.2.3 Número de países que utilizam o Fundo Estratégico e o Fundo Rotativo da OPAS e/ou outros mecanismos de redução do custo para comprar medicamentos essenciais e tecnologias em saúde relevantes para a prevenção, controle e cuidado paliativo das quatro principais DNT, como drogas para quimioterapia, medicação paliativa, insulina, diálise	0	Em andamento	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os países da Região utilizam o Fundo Rotativo da OPAS para vacina HBV e quase todos os países que introduziram vacina HPV utilizam esse fundo. - A inclusão de medicamentos para DNT no Fundo Estratégico da OPAS é muito recente; assim, os países da Região ainda não começaram a utilizar plenamente esse mecanismo.

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
		e hemodiálise, vacinas contra hepatite B (HBV) e papilomavírus humano (HPV) e medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes.			Somente dois países compraram medicamentos para DNT através do Fundo Estratégico. A OPAS está promovendo a disponibilidade de medicamentos para DNT através desse fundo para seus Estados Membros.
		3.2.4 Número de países com uma comissão oficial que seleciona, segundo as melhores evidências disponíveis e operando sem conflitos de interesses, medicamentos e tecnologias de prevenção e tratamento e/ou paliativos para DNT para inclusão em serviços do setor público.	(6) BRA, CAN, CRI, CUB, URY, USA	Em andamento	- Oito países têm comissões que selecionam medicamentos e tecnologias segundo as melhores evidências disponíveis e operando sem conflitos de interesses. A informação disponível não separa medicamentos e tecnologias de prevenção e tratamento e/ou paliativos para DNT de outros, de modo que não é possível apresentar um relatório completo sobre este indicador.
		3.2.5 Número de países com um plano para aumentar o acesso a opções de tratamento para pacientes afetados por doença renal crônica, particularmente doença renal em estágio final.	(5) CHL, CUB, PRI, URY, VEN	(10) ARG, BRA, CHL, COL, CUB, ECU, PRI, PRY, URY, VEN	- Fonte: González-Bedat et al. Los registros nacionales de diálisis y trasplante renal en América Latina: cómo implementarlos y mejorarlos. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(3):254-260.
	3.3 Implementar intervenções efetivas, baseadas em evidências e eficazes em função do custo para tratamento e controle de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, câncer e doença respiratória crônica.	3.3.1* Número de países que até 2019 reduzirem a prevalência de glicose alta no sangue/diabetes da referência nacional para o nível estabelecido para notificação ao Quadro de Monitoramento Global da OMS, contribuindo para a meta global de deter a prevalência de glicose alta no sangue/diabetes, aferida pela prevalência padronizada pela idade de	(1) USA	Em andamento	- Informação sobre prevalência padronizada pela idade de glicose alta no sangue em jejum/diabetes ($\geq 7,0$ mmol/L ou uso de medicamento) em pessoas com mais de 18 anos (2014) está disponível para 35 Estados Membros no Observatório Global da Saúde da OMS (disponível em: http://bit.ly/297Gopx).

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
		glicose alta no sangue/diabetes entre pessoas com mais de 18 anos (definida como valor de glicose em jejum $\geq 7,0$ mmol/L [126 mg/dl] ou uso de medicamentos para glicose alta no sangue).			<ul style="list-style-type: none"> - Segundo a Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT realizada pela OPAS/OMS, 23 países informaram a realização recente (≤ 5 anos) de pesquisas sobre fatores de risco que incluem glicose no sangue/diabetes. - Ainda não estão disponíveis dados que permitam o cálculo da variação no nível alto de glicose no sangue/diabetes do ponto de referência para o nível estabelecido para notificação ao GMF da OMS. Quando esses dados estiverem disponíveis, este indicador será avaliado e a informação será incluída no relatório final.
		3.3.2* Número de países que até 2019 reduzirem a obesidade em adultos da referência nacional para o nível estabelecido para notificação ao Quadro de Monitoramento Global da OMS, contribuindo para a meta de deter até 2025 a prevalência de obesidade em adultos, avaliada pela prevalência padronizada pela idade de sobrepeso e obesidade em pessoas com mais de 18 anos (definida como $IMC \geq 25$ kg/m ² para sobrepeso e ≥ 30 kg/m ² para obesidade).	0	Em andamento	<ul style="list-style-type: none"> - Informação sobre a prevalência padronizada pela idade de obesidade ($IMC \geq 30$ kg/m²) em pessoas com mais de 18 anos (2014) está disponível para 35 Estados Membros no Relatório Global da OMS 2014 (disponível em: http://bit.ly/1CeE0Vx). - Segundo a Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT realizada pela OPAS/OMS em 2015, 27 países informaram realização recente (≤ 5 anos) de pesquisas sobre fatores de risco que incluem sobrepeso e obesidade entre adultos. - Ainda não estão disponíveis dados que permitam o cálculo da variação na obesidade de adultos do ponto de

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
					referência para o nível estabelecido para notificação ao GMF da OMS. Quando esses dados estiverem disponíveis, este indicador será avaliado e a informação será incluída no relatório final.
		3.3.3* Número de países que até 2019 reduzirem a prevalência de sobrepeso e obesidade entre adolescentes da referência nacional para o nível estabelecido para notificação ao Quadro de Monitoramento Global da OMS, contribuindo para a meta de deter até 2025 a prevalência de sobrepeso e obesidade (definidos de acordo com a referência de crescimento da OMS para crianças em idade escolar e adolescentes: sobrepeso como um desvio-padrão no índice de massa corporal (IMC) para idade e sexo e obesidade como dois desvios-padrão no IMC para idade e sexo).	0	Em andamento	<ul style="list-style-type: none"> - Dados informados pelos países sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade (>+1DP da mediana do IMC) em adolescentes de 13-15 anos estão disponíveis para 18 países na Pesquisa Global de Saúde Escolar (disponível em: http://bit.ly/295Ogt6). - Segundo a Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT realizada pela OPAS/OMS, 21 países informaram realização recente (≤5 anos) de pesquisas sobre fatores de risco que incluem sobrepeso e obesidade entre adolescentes. - Ainda não estão disponíveis dados que permitam o cálculo da variação no sobrepeso e obesidade de adolescentes do ponto de referência para o nível estabelecido para notificação ao GMF da OMS. Quando esses dados estiverem disponíveis, este indicador será avaliado e a informação será incluída no relatório final.
		3.3.4* Número de países que até 2019 passarem do nível de tratamento com medicamentos e aconselhamento estabelecido na referência nacional para o nível estabelecido para	(4) BRA, CAN, CHL, CUB	Em andamento	- A pesquisa STEPS inclui perguntas relacionadas a este indicador, mas não estão disponíveis os resultados que possibilitariam o cálculo deste indicador. Quando esses dados

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
		<p>notificação ao Quadro de Monitoramento Global da OMS, contribuindo para atingir até 2025 a meta global de pelo menos 50% das pessoas admissíveis receberem medicamentos e aconselhamento (inclusive controle glicêmico) para prevenir ataques cardíacos e AVC (pessoas admissíveis são definidas como acima de 40 anos com um risco cardiovascular de 10 anos maior ou igual a 30%, inclusive aquelas com doença cardiovascular).</p>			<p>estiverem disponíveis, este indicador será avaliado e a informação será incluída no relatório final.</p>
		<p>3.3.5* Número de países que até 2019 reduzirem a prevalência de hipertensão da referência nacional para o nível estabelecido para notificação ao Quadro de Monitoramento Global da OMS, contribuindo para a meta global de reduzir em 25% até 2025 a prevalência de hipertensão ou conter a prevalência de hipertensão, expressada pela prevalência padronizada pela idade de hipertensão entre pessoas com mais de 18 anos (definida como pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg).</p>	0	Em andamento	<p>- Informação sobre a prevalência padronizada pela idade de hipertensão (pressão sistólica ≥ 140 ou pressão diastólica ≥ 90) entre pessoas com mais de 18 anos (2014) está disponível para 35 Estados Membros no Observatório Global de Saúde da OMS (disponível em: http://bit.ly/29djA9W).</p> <p>- Segundo a Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT realizada pela OPAS/OMS, 24 países informaram realização recente (≤ 5 anos) de pesquisas sobre fatores de risco que incluem pressão arterial.</p> <p>- Ainda não estão disponíveis dados que permitam o cálculo da variação na prevalência de hipertensão do ponto de referência para o nível estabelecido para notificação ao GMF da OMS. Quando esses dados estiverem disponíveis, este indicador</p>

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
					será avaliado e a informação será incluída no relatório final.
		3.3.6* Número de países com cobertura de 70% na triagem de câncer do colo do útero até 2019 (entre mulheres de 30-49 anos, ao menos uma vez, e para grupos etários mais jovens ou mais velhos segundo a política nacional).	(5) BRA, CAN, CHL, KNA, USA	(7) BRA, CAN, CHL, CUB, ECU, GRD, USA	- Fonte: Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT, realizada pela OPAS/OMS em julho-novembro de 2015.
		3.3.7 Número de países com pelos menos 50% de cobertura na triagem do câncer da mama em mulheres de 50-69 anos (e outros grupos etários segundo os programas ou políticas nacionais) num período de três anos, com tratamento eficaz e oportuno para todos os casos positivos constatados durante a triagem.	(4) ARG, BRA, CAN, USA	(7) BRA, CAN, CUB, DOM, ECU, JAM, USA	- Fonte: Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT, realizada pela OPAS/OMS em julho-novembro de 2015.
		3.3.8* Número de países que proporcionam vacinas contra HPV eficazes em função do custo e acessíveis segundo os programas e políticas nacionais.	(8) ARG, CAN, COL, MEX, PAN, PER, URY, USA	(21) ARG, BHS, BLZ, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CYM, ECU, GUY, HND, MEX, PAN, PER, PRI, PRY, SUR, TTO, URY, USA	- Fonte: Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT, realizada pela OPAS/OMS em julho-novembro de 2015.
4. Vigilância e pesquisa de DNT	4.1 Melhorar a qualidade e extensão dos sistemas de vigilância de DNT e fatores de risco para incluir informação sobre situação socioeconômica e ocupacional.	4.1.1 Redução de 15% na mortalidade prematura pelas quatro principais DNT até 2019 e 25% até 2025.	0	(14) ABW, ARG, CAN, CHL, COL, CRI, GLP, GUF, LCA, MTQ, TTO, URY, USA, VIR	- Fonte: análise de dados da base de dados sobre mortalidade da OPAS, 2016.
		4.1.2 Número de países com dados sobre mortalidade de alta qualidade (com base em critérios internacionais)	(10) CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, SUR,	(23) ARG, ATG, BHS, BRA, BRB, CAN, CHL, CRI,	- Fonte: OPAS, Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2016. -Inclui países com cobertura superior

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
		de completude e cobertura e percentagem de causas de morte mal definidas ou desconhecidas) para as quatro principais DNT e outras DNT de prioridade nacional (por exemplo, doença renal crônica).	PAN, URY, USA, VEN	CUB, DMA, GRD, GUY, KNA, LCA, MEX, MSR, MTQ, PRI, URY, USA, VCT, VEN, VIR	a 90% e percentagem de causas de morte mal definidas inferior a 10%, conforme definido pela OMS em Mathers et al. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bull World Health Organ. 2005;83(3):161-240.
		4.1.3* Número de países com dados de qualidade sobre incidência de câncer, por tipo de câncer por 100.000 habitantes.	(11) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, ECU, MEX, PER, URY, USA	(18) ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, ECU, GTM, GUY, JAM, PAN, PER, PRI, URY, USA	- Fonte: Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT, realizada pela OPAS/OMS em julho-novembro de 2015.
		4.1.4* Número de países até 2019 com ao menos duas pesquisas demográficas nacionalmente representativas de fatores de risco das DNT e fatores protetores em adultos e adolescentes nos últimos 10 anos, inclusive: <ul style="list-style-type: none"> - uso de tabaco - uso de álcool - antropometria - albumina - pressão arterial - glicose e colesterol em jejum - consumo de frutas e vegetais - creatinina - inatividade física - consumo de sódio - prevalência de doenças - consumo de açúcar - uso de medicamentos 	(7) ARG, BRA, CAN, CHL, MEX, JAM, USA	Em andamento	- Segundo a Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT realizada pela OPAS/OMS e a definição incluída no indicador de progresso 3 da OMS, nove países informaram realização recente (≤ 5 anos) e periódica (ao menos a cada 5 anos) de pesquisas sobre fatores de risco de DNT em adultos cobrindo uso nocivo do álcool, inatividade física, uso de tabaco, glicose alta/diabetes, hipertensão, sobrepeso/obesidade e consumo de sal; 19 países com pesquisas sobre DNT cobrindo ao menos três fatores de risco realizadas há mais de 5 anos, mas há menos de 10 anos. A informação sobre este indicador será incluída no relatório final.

Linha estratégica de ação	Objetivo específico	Indicador	Referência (2010)	Situação (2016)	Notas sobre a situação (2016)
	4.2 Melhorar a utilização dos sistemas de vigilância de DNT e fatores de risco e fortalecer as pesquisas operacionais a fim de melhorar a base de dados para planejamento, monitoramento e avaliação de políticas e programas de DNT.	4.2.1 Número de países que produzem e divulgam regularmente relatórios com análise de DNT e fatores de risco, inclusive determinantes demográficos, socioeconômicos e ambientais e sua distribuição social, para contribuir ao processo global de monitoramento das DNT.	(9) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, MEX, JAM, USA	(22) ARG, BHS, BRA, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, DOM, ECU, GRD, GTM, LCA, MEX, PAN, PRI, PRI SUR, TTO, URY, USA, VCT	<p>- Fonte: Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT, realizada pela OPAS/OMS em julho-novembro de 2015, e o Relatório da OMS sobre Monitoramento das DNT.</p> <p>- Refere-se a países com relatórios que divulgam dados sobre uso do tabaco, uso nocivo do álcool, consumo de frutas e vegetais, inatividade física, hipertensão e glicose alta/diabetes nos últimos 5 anos de STEPs ou pesquisas semelhantes entre adultos.</p>
		4.2.2 Número de países com agendas de pesquisa que incluem estudos operacionais sobre DNT e fatores de risco para fortalecer o desenvolvimento e implementação de políticas e programas baseados em evidências.	(9) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, JAM, MEX, USA	(11) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, JAM, MEX, PRI, PRY, USA	<p>- Fonte: Pesquisa sobre a Capacidade Nacional em DNT, realizada pela OPAS/OMS em julho-novembro de 2015 e Relatório da OMS sobre Monitoramento das DNT.</p> <p>- Refere-se a países com políticas ou planos operacionais para pesquisas relacionadas a DNT.</p>

D. PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR O USO PREJUDICIAL DO ÁLCOOL: AVALIAÇÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. Em 2010, a Sexagésima Terceira Assembleia Mundial da Saúde endossou a *Estratégia Global para Reduzir o Consumo Nocivo de Álcool* (Resolução WHA63.13) (1). Para facilitar a implementação da Estratégia Global, em 2011 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) adotou o Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool (Resolução CD51.R14) (2). A finalidade deste documento é comunicar o progresso feito na implementação do Plano de Ação, cinco anos após a sua adoção.

Atualização do progresso alcançado

2. Houve progresso em muitos objetivos, como descrito na tabela abaixo. Foi criada uma rede de contrapartes nacionais e outros interessados, a Rede Pan-Americana de Álcool e Saúde Pública (PANNAPH); a rede utiliza reuniões presenciais e uma lista de e-mails para compartilhar informações regularmente sobre novos estudos, eventos e atividades no âmbito regional e global. O uso do álcool foi incluído em várias iniciativas regionais, incluindo aquelas ligadas às doenças não transmissíveis (DNTs), à prevenção de lesões, à segurança viária e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, o que condiz com a sua importância como uma prioridade sanitária, social e política. Em toda a Região, foram realizados muitos eventos e compartilhadas ferramentas técnicas. Os Estados Membros transmitem informações regularmente através da Pesquisa Global sobre Álcool e Saúde Pública da Organização Mundial da Saúde (OMS), que são então inseridas no Sistema Regional de Informações sobre Álcool e Saúde das Américas.¹ A Repartição Sanitária Pan-Americana desenvolveu quatro cursos virtuais de autoaprendizagem, três deles disponíveis tanto em inglês como em espanhol, do qual participaram aproximadamente 6.800 pessoas de cerca de 60 países (3).² Os cursos são reconhecidos como muito valiosos, foram adaptados por diferentes países (como Uruguai e México) e agora estão sendo usados como modelos para outras regiões (por exemplo, Sede da OMS e Região da Europa). A OPAS publicou e difundiu vários documentos, incluindo o *Relatório sobre a Situação Regional do Álcool e da Saúde nas Américas* (2015) (4) e a *Reunião da OPAS sobre a Regulamentação da Comercialização do Álcool: Relatório Final* (2016) (5). As atividades incluem a capacitação dos serviços de saúde para rastrear e intervir sobre o uso prejudicial do álcool pelos pacientes e os transtornos ligados ao uso do álcool, em geral em coordenação com outras iniciativas de intervenção em saúde mental (6). Foi estabelecida cooperação técnica com 25 países.³

¹ Este sistema é uma interface do Sistema Global de Informações sobre Álcool e Saúde.

² Os quatro cursos são: Políticas sobre Álcool e Saúde Pública (*Políticas sobre alcohol y salud pública*); AUDIT-SBI na Atenção Primária à Saúde (*Capacitación AUDIT-DIT*); Políticas sobre Drogas e Saúde Pública (*Políticas sobre drogas y salud pública*); e Capacitação AUDIT-DIT (*Capacitación ASSIST-DIT*).

³ Argentina, Belize, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, EUA, Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Cristóvão e Nevis, Suriname, Trinidad e Tobago e Venezuela.

Porém, houve avanços limitados no Objetivo 3, que consiste em apoiar políticas de saúde pública que tenham uma boa relação custo-eficácia para reduzir o uso prejudicial do álcool.

3. Nem a Estratégia Global da OMS nem o Plano de Ação Regional estabeleceram indicadores para medir a redução do consumo e do uso prejudicial do álcool. Porém, desde a adoção dessas duas resoluções, a redução relativa de 10% no uso prejudicial do álcool foi incluída como um dos indicadores de resultado da Categoria 2 no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (7). Além disso, a Estratégia e Plano de Ação da OPAS para a Prevenção e o Controle de Doenças Não Transmissíveis estabelece um objetivo para o número de países que alcancem uma redução do uso prejudicial do álcool (8), e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável instam a melhorar a prevenção e o tratamento dos transtornos ligados ao uso de álcool (9).

4. Os países aumentaram os seus esforços para elaborar e atualizar políticas, planos e programas nacionais, embora não tenham sido utilizadas as políticas com melhor relação custo-eficácia para reduzir o uso prejudicial de álcool. Tais políticas incluem aumentar os preços por meio da tributação, limitar a disponibilidade física do álcool e proibir ou regulamentar adequadamente a comercialização, o patrocínio e as promoções do álcool. Há vários projetos colaborativos em curso, inclusive nas áreas da pesquisa e da implementação de programas. Por exemplo, o Estudo Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Álcool está sendo implementado em St. Kitts (em colaboração com a OPAS) e no Peru, e foram realizados estudos em serviços de emergência em vários países da Região, resultando numa publicação da OPAS sobre as lesões relacionadas ao álcool (10).

5. Apesar destes esforços, o consumo de álcool per capita continua alto na Região, e prevê-se que irá aumentar se não for tomada nenhuma medida adicional. Os episódios de consumo excessivo de álcool e os transtornos ligados ao uso de álcool são prevalentes em adultos e adolescentes, e as taxas de mortalidade ligadas especificamente ao álcool são elevadas (11). Uma questão particularmente preocupante é o fato de que cerca de 3,2% das mulheres adultas nas Américas sofrem de algum transtorno ligado ao uso de álcool, uma taxa maior que em qualquer outra região do mundo. Entre 51% e 94% das crianças com 13 a 15 anos de idade afirmam ter iniciado o consumo de álcool antes dos 14 anos (4).

Quadro: Progresso em direção ao cumprimento de cada objetivo do plano de ação

Objetivo	Indicador	Base de referência e meta	Situação
<p>1. Aumentar a conscientização e o compromisso político.</p>	<p>Número de eventos regionais que integraram questões relacionadas ao álcool.</p>	<p>Base de referência: 0 Meta: pelo menos 2 eventos por ano até 2021 (segurança viária; violência; promoção da saúde; saúde dos trabalhadores; saúde mental, direitos humanos, violência contra a mulher; Dia Mundial de Combate às Drogas; Dia Mundial da Saúde; câncer, doenças cardiovasculares, diabetes).</p>	<p>2012: Reunião da PANNAPH; Comemoração do Dia Internacional do Homem; seminário e-SBI (12-14)</p> <p>2013: Reunião caribenha sobre as políticas do álcool; políticas do álcool, prevenção do consumo de bebidas alcoólicas por menores de idade e seminário online sobre mudanças sociais; controle do álcool, sistemas estatais e seminário online sobre saúde pública; Mês Nacional de Conscientização sobre o Álcool: seminário online sobre álcool e saúde; seminário online sobre a comemoração do Dia Internacional do Homem; evento sobre sistemas de saúde e recuperação de dependências; evento sobre o Dia Internacional contra o Abuso de Drogas e o Tráfico Ilícito (15, 16).</p> <p>2014: Reunião da PANNAPH; reunião sobre álcool e câncer; seminário sobre mudanças nas práticas das indústrias do tabaco, de bebidas alcoólicas, automotiva e alimentar para prevenir as DNTs; seminário online sobre conflitos de interesses; seminário online sobre a epidemiologia do álcool nas Américas (17, 18).</p> <p>2015: Conferência Regional de Saúde Mental; Fórum de Partes Interessadas em DNTs: Avanço da Agenda das DNTs no Caribe (19, 20).</p>

Objetivo	Indicador	Base de referência e meta	Situação
			<p>2016: Dia Mundial do Câncer; 4 seminários online da PANNAPH (controle da comercialização, disponibilidade, tributação, indicadores de monitoramento).</p>
<p>2. Melhorar a base de conhecimentos sobre a dimensão dos problemas e a eficácia das intervenções desagregadas por sexo e grupo étnico.</p>	<p>Número de novos estudos realizados com foco no álcool e no seu impacto sobre a saúde.</p>	<p>Base de referência: não disponível Meta: pelo menos 10 novos estudos concluídos entre 2012-2021.</p>	<p>Mais de 10 estudos realizados (por exemplo, 21-34).</p>
<p>3. Aumentar o apoio técnico aos Estados Membros.</p>	<p>Número de países com planos de ação nacionais e/ou estaduais para o álcool desenvolvidos com a cooperação técnica da OPAS.</p>	<p>Base de referência: 5 Meta: 15 até 2021</p>	<p>8 (Colômbia, México e Paraguai atingiram o objetivo depois da adoção do Plano de Ação e somaram-se aos 5 países da base de referência após a adoção do Plano de Ação). O Anexo apresenta mais detalhes sobre políticas nacionais específicas, como indicado no Objetivo 3. Observe-se que esta meta só inclui países que receberam cooperação técnica da RSPA.</p>
<p>4. Fortalecer as parcerias.</p>	<p>Rede regional de contrapartes nacionais com países e outras partes interessadas formada e funcionando.</p>	<p>Base de referência: 0 Meta: uma rede formada em 2012 e funcionando regularmente ao longo de todo o período até 2021.</p>	<p>2012: Foi criada a lista de e-mails da PANNAPH (atualmente com 171 membros, incluindo pontos focais da OPAS, contrapartes de ministérios da saúde, centros colaboradores, pesquisadores selecionados e ONGs); aproximadamente 700 e-mails enviados desde fevereiro de 2016 (12).</p>
<p>5. Melhorar os sistemas de monitoramento e vigilância e a difusão de</p>	<p>Número de países que fornecem dados nacionais ao</p>	<p>Base de referência: 35 Meta: 35</p>	<p>35 países (incluindo São Martinho, mas não o Haiti) responderam à Pesquisa Global de 2012 sobre Álcool e Saúde; 30 (todos os Estados Membros, exceto</p>

Objetivo	Indicador	Base de referência e meta	Situação
informações para a promoção de causas, a formulação de políticas e a avaliação.	sistema regional de informações sobre o álcool.		Argentina, Dominica, Guiana, Haiti e Paraguai) responderam à Pesquisa Global sobre Políticas do Álcool de 2015. Todos os 35 Estados Membros e Porto Rico possuem perfis nacionais ao menos com dados parciais nas edições de 2011 e 2014 do Relatório sobre a Situação Global do Álcool e da Saúde nas Américas (35, 11).

Desafios e lições aprendidas

6. O álcool é um fator de risco para mais de 200 códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID), incluindo aqueles relacionados com lesões, violência, saúde mental, doenças não transmissíveis e doenças transmissíveis. As abordagens verticais para reduzir os problemas ligados ao álcool têm tido um impacto limitado na saúde pública. Portanto, é difícil promover a necessidade e o valor das políticas baseadas na população, até mesmo as que têm uma boa relação custo-eficácia, na falta de uma compreensão do consumo de álcool como um risco de saúde pública.
7. As bebidas alcoólicas contam com grande aceitação cultural e há pouco apoio na sociedade à redução do consumo geral *per capita*. Existe até uma crença generalizada de que o consumo de álcool tem benefícios líquidos sobre a saúde, quando, na realidade, as evidências indicam que os efeitos positivos do álcool são limitados e são ultrapassados pelos danos em todos os países do mundo.
8. A mudança dessas percepções, com o objetivo de gerar apoio político às políticas baseadas na população, exigiria que os Estados Membros investissem volumes proibitivos de recursos financeiros e humanos nos programas para competir com as estratégias de marketing do setor privado.
9. O limitado trabalho de promoção da causa e de organização realizado pelo setor não governamental e pela sociedade civil no âmbito regional e nacional compete por espaço político e influência com uma indústria do álcool forte, bem organizada e influente, que só é submetida a uma fraca regulamentação.
10. É importante fortalecer a capacidade institucional das autoridades sanitárias para regulamentar de forma eficaz o consumo de álcool por meio de uma melhor governança, processos transparentes, responsabilização e administração adequada dos conflitos de interesses (36).
11. Há vários obstáculos à maior utilização de políticas públicas baseadas em evidências científicas sobre o álcool, incluindo a falta de estudos sobre as políticas do

álcool nos países da Região, bem como a falta de padrões de referência para que um país avalie a eficácia das suas políticas destinadas a reduzir o uso prejudicial de álcool.

12. As receitas geradas pelos maiores impostos sobre bebidas alcoólicas podem ajudar a disponibilizar recursos para reformas no sistema de saúde destinadas a alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Ao mesmo tempo, a resultante diminuição no consumo de álcool pode prevenir uma porcentagem significativa de problemas agudos e crônicos que frequentemente ameaçam sobrecarregar os serviços de saúde.

13. Medidas mais rigorosas para combater a combinação do álcool com a direção foram adotadas em vários países com êxito relativo, mas a experiência, até o momento, também indica a necessidade de fortalecer o cumprimento das leis e da regulamentação, para torná-las mais eficazes.

Ação necessária para melhoria da situação

- a) Dar maior prioridade ao álcool como um problema de saúde pública e aumentar a sua visibilidade na Região, nas diferentes áreas e setores técnicos.
- b) Convocar um grupo de trabalho para examinar o progresso feito até o momento no plano regional, fazer uma revisão das políticas com boa relação custo-eficácia aplicáveis na Região, estabelecer indicadores apropriados, identificar os obstáculos à implementação de políticas nacionais e recomendar outras ações que possam fortalecer a cooperação técnica para alcançar um progresso significativo na redução do uso prejudicial de álcool.
- c) Elaborar e avaliar políticas e planos nacionais que possam levar a uma redução relativa de pelo menos 10% no uso prejudicial de álcool; a melhor forma de alcançar este resultado consiste em aprovar ou atualizar leis e normas ligadas à tributação, à disponibilidade física e ao controle da comercialização do álcool.
- d) Promover o controle da comercialização do álcool para proteger os jovens das pressões para beber e modificar as normas culturais relativas ao consumo de álcool.
- e) Promover políticas fiscais como uma maneira eficaz de reduzir o uso prejudicial de álcool e de aumentar as receitas para os governos.
- f) Apoiar ações no nível local ou municipal para reduzir a disponibilidade de álcool, como uma forma de melhorar a segurança pública e promover ambientes saudáveis.
- g) Apoiar iniciativas de promoção da causa na Região, concentradas particularmente nos jovens, nos determinantes sociais e no gênero. Estabelecer um dia para promover a conscientização sobre a necessidade de reduzir os problemas ligados ao álcool e proteger os jovens das pressões para beber, incluindo a sua exposição à publicidade do álcool. Neste sentido, a Coalizão Caribe Saudável (uma

- organização não governamental que mantém relações oficiais com a OPAS) estabelecerá, a partir de 2016, um dia sub-regional de conscientização sobre o álcool.
- h) Promover o fortalecimento de serviços de atenção primária à saúde para que realizem o rastreamento, intervenções rápidas e a gestão de transtornos ligados ao uso de álcool como parte de um pacote essencial de serviços de atenção primária, a fim de alcançar a cobertura universal de saúde.
 - i) Melhorar as ferramentas e processos de coleta e utilização de dados para embasar políticas e programas no nível regional e nacional.
 - j) Desenvolver padrões para as políticas do álcool que possam ser adotados pelos Estados Membros para permitir o monitoramento do progresso na redução do uso prejudicial de álcool.
 - k) Fortalecer a pesquisa sobre o impacto do álcool na saúde, sobre políticas e programas destinados a reduzir os danos relacionados ao álcool e sobre o impacto líquido do álcool na economia, a fim de justificar as políticas públicas e ganhar o apoio de diferentes setores, além do setor da saúde.

Ação pelo Conselho Diretor

14. Solicita-se que o Conselho Diretor tome nota deste relatório de progresso e faça as recomendações que considere necessárias.

Anexo

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. Genebra: OMS; 2010 [citado em 7 de abril de 2011]. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-sp.pdf
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para reduzir o uso prejudicial do álcool [Internet]. 51º Conselho Diretor da PAHO; 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.R14) [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723&Itemid=4139&lang=pt
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Virtual Campus for Public Health. Drugs and alcohol self-learning courses [Internet]. Washington, DC: OPAS; Fevereiro de 2016. [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em:
<https://cursos.campusvirtualsp.org/course/index.php?categoryid=66>

4. Organização Pan-Americana da Saúde. Regional status report on alcohol and health in the Americas [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2015 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553_esp.pdf?sequence=1
5. Organização Pan-Americana da Saúde. PAHO Meeting on Alcohol Marketing Regulation: Final Report [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2016 [citado em 5 de julho de 2016]. Disponível em inglês em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12039&Itemid=40637&lang=en
6. Organização Mundial da Saúde. Mental health gap action programme. [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.who.int/mental_health/mhgap/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 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (Documento Oficial No. 345) [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em:
[p.pdfhttp://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27421&Itemid=270&lang=pt](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27421&Itemid=270&lang=pt)
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis nas Americas, 2013-2019 [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2015 [citado em 8 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33971&lang=es
9. Organização das Nações Unidas. Sustainable development goals. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [Internet]. [citado em 3 de fevereiro de 2016] Disponível em inglês em:
<http://www.un.org/sustainabledevelopment/health>
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevention of alcohol-related injuries in the Americas: from evidence to policy action [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2013 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28233&lang=es
11. Organização Mundial da Saúde. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en

12. Organização Pan-Americana da Saúde, Rede Pan-Americana de Álcool e Saúde Pública (PANNAPH). Summary report and recommendations [Internet]. Primeira Reunião Regional da PAHHAPH; 21 a 23 de agosto de 2012; Cidade do México, México. Washington, DC: OPAS; 2012 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20383&Itemid=
13. Organização Pan-Americana da Saúde. Press release: Effectiveness of electronic screening and brief interventions for reducing excessive alcohol consumption [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2012 [citado em 8 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em:
http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=7088%3A2012-effectiveness-electronic-screening-reducing-excessive-alcohol-consumption&catid=1443%3Aweb-
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Press release: International men's day: men in the Americas live 5 to 7 years less than women [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2012 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7485&Itemid=1926&lang=es
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Press release: The Pan American Health Organization spearheads thrust to develop policy to reduce the harmful use of alcohol within Caribbean countries [Internet]. Cidade de Belize, Belize: OPAS; 2013 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em:
<http://www.healthycaribbean.org/newsletters/july-2013/Press-release-Sub%20regional-alcohol.pdf>
16. Organização Pan-Americana da Saúde. Webinars on alcohol policy and related topics [Internet]. 2013 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=1441%3Awebinars-on-alcohol-policy-and-related-topics&catid=887%3AApril-march-2013&lang=es
17. Organização Pan-Americana da Saúde. Event announcement: Changing the practices of the tobacco, alcohol, automotive, and food industries to prevent NCDs [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2014 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.paho.org/Hq/index.php?view=details&id=40%3A%22Changing+the+Practices+of+the+Tobacco%2C+Alcohol%2C+Automotive%2C+and+Food+Industries+to+Prevent+NCDs%22&option=com_eventlist&Itemid=1926&lang=es
18. Organização Pan-Americana da Saúde, Rede Pan-Americana de Álcool e Saúde Pública (PANNAPH). Summary report and recommendations [Internet]. Segunda

Reunião Regional da PANNAPH; 9 a 11 de abril de 2014; Cartagena, Colômbia. Washington, DC: OPAS; 2014 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=29698&Itemid=270&lang=es

19. Organização Pan-Americana da Saúde. Conferência Regional de Saúde Mental: Avanços e desafios 25 anos após a Declaração de Caracas. Santiago, Chile; 13 a 15 de outubro de 2016. Material disponível mediante solicitação.
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Forum of key stakeholders on NCDs: advancing the NCD agenda in the Caribbean [Internet]. Junho de 2015; Washington, DC; PAHO, 2015 [atualizado em 19 de fevereiro de 2016; citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em: <http://www.paho.org/ncds/caribbeanmeeting>
21. Andreuccetti G, Carvalho HB, Ye Y, Bond J, Monteiro M, Borges G, et al. Does beverage type and drinking context matter in an alcohol-related injury? Evidence from emergency department patients in Latin America. *Drug Alcohol Depend* 1 de abril de 2014;137:90–7.
22. Babor T, Rehm J, Jernigan D, Vaeth P, Monteiro M, et al. Alcohol, diabetes, and public health in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. Agosto de 2012;32(2):151-155.
23. Bond J, Witbrodt J, Ye Y, Cherpitel CJ, Room R, et al. Exploring structural relationships between blood alcohol concentration and signs and clinical assessment of intoxication in alcohol-involved injury cases. *Alcohol Alcohol*. Julho-Agosto de 2014;49(4):417-422.
24. Borges G, Orozco R, Monteiro M, Cherpitel C, Then EP, et al. Risk of injury after alcohol consumption from case-crossover studies in five countries from the Americas. *Addict J*. Janeiro de 2013;108(1):97-103.
25. Canay R. Abuso de alcohol en estudiantes de educación media de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat* 2015;61(3):179–183.
26. Cao Y, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ, Giovannucci EL. Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ*. Agosto de 2015;351:h4238.
27. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Borges G, Monteiro M, et al. Alcohol attributable fraction for injury morbidity from the dose-response relationship of acute alcohol consumption: emergency department data from 18 countries. *Addict J*. Novembro de 2015;110(11):1724-1732.

28. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Borges G, Monteiro M. Relative risk of injury from acute alcohol consumption: modeling the dose-response relationship in emergency department data from 18 countries. *Addict J*. Fevereiro de 2015;110(2):279-288.
29. Gawryszewski VP, Monteiro MG. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas. 2007-09. *Addict J*. Abril de 2014;109(4):570-577.
30. Méndez-Muñoz JA, Bejarano-Orozco JA. Consumo de alcohol y lesiones: estudio de casos-cruzados en dos hospitales nacionales de Costa Rica. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat* 2015;61(4):294-304.
31. Monteiro MG, Rehm J, Taylor B, Stockwell T. Alcohol consumption: an overview of international trends. Reference Module in Biomedical Sciences. Elsevier; Dezembro de 2015.
32. Monteiro M. The public health responsibility deal: has a public-private partnership brought about action on alcohol reduction? *Addict J*; Agosto de 2015;110(8):1217-1225.
33. O'Neill S, Posada-Villa J, Medina-Mora ME, Al-Hamzawi AO, Piazza M, et al. Associations between DSM-IV mental disorders and subsequent self-reported diagnosis of cancer. *J Psychosom Res*; Março de 2014;76(3):207-212.
34. Shield KD, Monteiro M, Roerecke M, Smith B, Rehm J. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas in 2012: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Publica* 2015;38(6):442-449.
35. Organização Mundial da Saúde. Global status report on alcohol and health [Internet]. Genebra: OMS; 2011 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprfiles.pdf
36. Organização Pan-Americana da Saúde. Noncommunicable disease risk factors in the Americas: considerations on the strengthening of regulatory capacity. REGULA Technical Reference Document [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2015 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10024/9789275118665rev_eng.pdf

Anexo

Situação das atividades nacionais realizadas entre 2011 e 2014 pelos Estados Membros¹

Adotaram políticas nacionais escritas sobre o álcool	<u>2011 e anos posteriores</u> : Colômbia, Estados Unidos da América, México, Paraguai <u>Antes de 2011</u> : Argentina, Bahamas, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Venezuela
Políticas em desenvolvimento/ainda não aprovadas	Belize, Bolívia, Colômbia*, Costa Rica, Equador, Granada, Guiana, Honduras, Jamaica, Panamá, República Dominicana, Suriname, Trinidad e Tobago

* A Colômbia está atualizando o seu plano nacional.

PAÍS	ANO	MARCO
Bahamas	2014	Introduzido imposto sobre valor agregado (IVA) (1).
Bolívia	2011	Implementada a lei do álcool.
Canadá	2011	<p>O Comitê Consultivo sobre a Estratégia Nacional do Álcool promoveu a implementação das recomendações na área prioritária do consumo perigoso de álcool por jovens. O Projeto Colaborativo no Ensino Superior Canadense para Reduzir os Danos Relacionados ao Álcool tem sido desenvolvido por aproximadamente 30 instituições para abordar a questão dos episódios de consumo excessivo e os danos a eles relacionados nos campi de ensino superior no país. Foi elaborada uma carta (cuja aprovação final ainda está pendente), um referencial e um referencial de medição de dados baseados nas áreas estratégicas da Estratégia Nacional para o Álcool do Canadá. Além disso, o Centro Canadense sobre Abuso de Substâncias (CCSA) publicou materiais para aumentar a conscientização sobre os riscos da combinação de álcool com cafeína, uma prática comum entre jovens. Os documentos colaborativos estão passando por uma revisão final e estarão disponíveis em 2016 (2).</p> <p>Para compreender melhor o impacto da direção de veículos sob o efeito de álcool, o CCSA produziu um relatório que compara as mortes no trânsito relacionadas a medicamentos e ao álcool, com base em dados nacionais. Isto levou a outros estudos sobre a direção sob o efeito de drogas e a um maior envolvimento com os ministérios do transporte das províncias, ajudando a manter a questão da direção sob o efeito de álcool na agenda das províncias (3).</p>

¹ As políticas descritas aqui recaem sob as 10 áreas de atividades nacionais delineadas no Objetivo 3: a) liderança, conscientização e compromisso; b) respostas dos serviços de saúde; c) ações na comunidade; d) políticas e medidas contra a combinação de álcool com direção; e) disponibilidade do álcool; f) comercialização de bebidas alcoólicas; g) políticas de fixação de preços e/ou tributação; h) redução das consequências negativas do consumo e da intoxicação por álcool; i) redução do impacto do álcool ilícito e produzido informalmente sobre a saúde pública; j) monitoramento e vigilância.

PAÍS	ANO	MARCO
Chile	2011	Ampla incorporação da Estratégia Nacional de Saúde (4).
		Iniciadas breves intervenções ligadas ao álcool em programas de atenção primária à saúde (5).
	2012	Promulgadas medidas e alterações legais relacionadas à combinação de álcool com direção (Lei de Tolerância Zero e Lei Emília) (6).
	2014	Promulgada uma reforma tributária que aumentou os impostos sobre o álcool.
Colômbia	2011	Lei Nacional de Educação em Segurança Viária (Lei 1503) (7).
	2012	Adotado o Plano Nacional de Segurança Viária 2011-2016 (Resolução 1282) (8).
		Estabelecidas regras para assegurar a atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas; criado um prêmio nacional para uma “entidade comprometida com a prevenção do consumo, abuso e dependência de substâncias psicoativas” (Lei 1566) (9).
		Estabelecidas normas técnicas sobre os requisitos sanitários para a fabricação, processamento, hidratação, embalagem, armazenamento, distribuição, transporte, comercialização, venda, exportação e importação de bebidas alcoólicas destinadas ao consumo humano (Decreto 1686) (10).
	2013	Guia para o desenvolvimento de planos estratégicos para promover o consumo responsável de álcool (11).
		Diretrizes de prática clínica destinadas aos profissionais da saúde para detecção precoce, diagnóstico e tratamento da intoxicação aguda em pacientes com abuso ou dependência de álcool (12).
		Diretrizes de prática clínica destinadas aos pacientes e famílias para detecção precoce, diagnóstico e tratamento da intoxicação aguda em pacientes com abuso ou dependência de álcool (13).
		Definição, esclarecimento e atualização do Plano de Saúde Obrigatório (Resolução 5521) (14).
		Sanções penais e administrativas contra a direção de veículos sob a influência de álcool ou outras substâncias psicoativas (Lei 1696) (15).
	Costa Rica	2012
Unificadas as leis que regulamentam a autorização de venda, as horas de operação e a publicidade do álcool, com sanções para as violações (Lei 9047) (17).		
Política de saúde para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool, tabaco e outras drogas (18).		
Pesquisa nacional sobre Uso de Drogas por Alunos da Educação Secundária (19).		
2013		Modificadas as normas e o controle da publicidade comercial relacionada à venda de bebidas alcoólicas (20).
		Seminário sobre o uso da informação para o desenvolvimento de políticas e programas para o álcool, em colaboração com a OPAS/OMS.

PAÍS	ANO	MARCO
Cuba	2011	Implementado um Plano Global para a Década de Ação para a Segurança Viária 2011 a 2020 (Resoluções 28, 29 e 30 e Lei Complementar 109 do Ministério da Saúde Pública).
	2012	Seminários nacionais sobre a implementação do Teste de Identificação de Transtornos ligados ao Consumo de Álcool (teste AUDIT).
	2013	Mestrado em prevenção do uso de drogas oferecido pela Universidade de Havana.
		Plano Nacional de Segurança Viária.
2014	Testes aleatórios com bafômetro em motoristas.	
República Dominicana	2011	Publicação dos resultados de um estudo sobre álcool e gênero.
	2012	Guia e protocolo sobre álcool e drogas.
		Aberto centro para a atenção integral a dependentes de substâncias em Santo Domingo (21).
		Aberto centro para pacientes com problema de abuso de substâncias em Barahona.
		Treinamento de profissionais da saúde no teste AUDIT no Hospital Cabral y Baez, em Santiago.
	2013	Aberto centro para pacientes com problema de abuso de substâncias no Hospital San Juan.
		Publicação de um guia para os pais sobre a redução do consumo de álcool.
	2014	Fortalecimento do Centro de Álcool.
Elaborado projeto de lei que regulamenta os horários de venda de bebidas alcoólicas.		
El Salvador	2013-2014	Realizada campanha educativa do Fundo de Solidariedade para a Saúde (FOSALUD) sobre os efeitos do uso prejudicial de álcool sobre a saúde destinada a crianças e adolescentes, profissionais da saúde e pessoas que consomem álcool de maneira arriscada (“El alcohol te está ganando la batalla”).
		A FOSALUD aumentou a cobertura dos serviços para a prevenção e o tratamento de dependências.
	2013-2014	Publicado relatório de atividades e prestação de contas (Relatório Anual da FOSALUD) (22).
	2013	Certificação de profissionais da saúde como parceiros terapêuticos (23).
		O Código Penal (Art. 147e) foi reformado para modificar a classificação penal de direção imprudente, que passa a ser considerada direção perigosa (sob a influência do álcool), aumentando a pena de 3 para 5 anos de prisão (24).
	Novas diretrizes técnicas para os serviços de prevenção do abuso de substâncias psicoativas (25).	
Granada	2011	Aumentados os impostos sobre o álcool.
	2013	Reunião Regional sobre formulação de políticas organizada pela OPAS.
	2014	Redigida a Política Nacional do Álcool.
		Aumentados os impostos sobre o álcool.
Jamaica	2013	Aprovada, pelo governo, uma Estratégia Nacional e Plano de Ação para Prevenção e Controle de DNTs, incluindo uma estratégia para lidar com o uso prejudicial de álcool (26).

PAÍS	ANO	MARCO
México	2011	Pesquisa Nacional sobre Dependências de 2011: Relatório sobre o Álcool (27).
	2011-2012	Programa contra o abuso do álcool: atualização de 2011-2012 (28).
	2013	Alterado o Art. 220 da lei geral de saúde, que equipara o fornecimento de álcool a menores de idade ao crime de corrupção (29).
Nicarágua	2014	Reformada a Lei 431, que regulamenta as regras do trânsito e as suas violações (30).
		Estratégia para a segurança humana e dos cidadãos (31).
Panamá	2013	Criado novo imposto especial sobre o consumo de bebidas alcoólicas.
	2014	Aprovada nova lei tributária sobre bebidas alcóolicas pela Assembleia Nacional, endossada pela indústria das bebidas, com apoio técnico do Ministério da Economia e Finanças. A lei estabelece que o imposto de 20% será dirigido ao Programa para Deficiências, Velhice e Morte do Fundo de Previdência Social.
Peru	2014	Controle e prevenção em saúde mental (PP 131).
Santa Lúcia	2012	Pesquisa sobre vários indicadores de saúde, incluindo a prevalência do consumo de álcool por mulheres (Inquérito por Conglomerados com Múltiplos Indicadores) (32).
		Aumentados os impostos sobre o álcool (revisão de impostos pelo governo e implementação do IVA) (33).
	2014	Pesquisa populacional no ensino secundário (Inquérito Padronizado do Ensino Secundário).
Suriname	2011	Aumentados os impostos especiais sobre o consumo para a maioria dos produtos nacionais e importados que contenham álcool (SB 129) (34).
		Formalizado o Plano de Ação para DNTs 2012-2016. Definido o objetivo 2.1: “Promover e apoiar a redução dos fatores de risco relacionados com o uso de tabaco e álcool” (Ministério da Saúde de Suriname, Plano de Ação Nacional para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis, 2012-2016).
	2014	Lançada a campanha de informação do Ministério da Saúde “ <i>Ya no mi basi!</i> ”, sobre os perigos do álcool.
Uruguai	2011	Implementada uma campanha (“La sed sácatela con agua”), destinada a jovens e adultos, para a redução de riscos e danos (35).
		Implementado um programa para a oferta responsável de álcool, como uma intervenção para a redução de riscos e danos destinada aos funcionários e gerentes de casas noturnas e bares em duas regiões do interior do país (35).
		Quinta pesquisa domiciliar nacional sobre o uso de drogas (36).
	2012	Pesquisa Mundial de Saúde dos Estudantes da OMS (37).
		Programa de gestão de riscos e danos relacionados ao álcool (“Cuidándote vos, disfrutamos todos”) implementado nas festividades nacionais, concebido e administrado em coordenação com El Abrojo, o Museu do Carnaval, a Unidade Nacional de Segurança Viária (UNASEV), o Ministério do Interior, a ANTEL e o Banco de Seguros do Estado (38).
		Revisão, atualização e impressão do guia para a prevenção do consumo de álcool e drogas no local de trabalho (38).

PAÍS	ANO	MARCO
		<p>Lançado o programa audiovisual “Consumo cuidado” para uso nos seminários sobre a gestão de riscos do consumo nocivo de álcool (38).</p> <p>Treinamento e difusão de metodologia para intervenções breves por profissionais da saúde públicos e privados (38).</p> <p>Treinamento de profissionais da saúde e funcionários das forças armadas que trabalham com prisioneiros sobre novas metodologias para a gestão do uso de drogas (“Intervenções breves pró-sociabilidade”) (38).</p> <p>Elaborada a Estratégia Nacional para Reduzir o Consumo Nocivo de Álcool, destinada a fortalecer as políticas do álcool relacionadas à regulamentação, controles de processamento, distribuição e vendas, conscientização e prevenção, criação de um sistema nacional de serviços para pessoas que consomem álcool de forma problemática e a regulamentação clara da publicidade; isto incluiu um período de consulta com a sociedade civil durante a redação da estratégia (38).</p>
	2013	<p>Realizados oito diagnósticos locais sobre o uso de drogas na região metropolitana de Montevideo (39).</p> <p>Realizada uma campanha para prevenir o consumo de álcool e outras drogas por motoristas (“<i>Si tomó no debes que maneje</i>”) juntamente com a Unidade de Segurança Viária Nacional (UNASEV), a Polícia Rodoviária Nacional (DNPC), o Congresso Nacional de Prefeitos e o Conselho Nacional das Drogas (JND), além da campanha “Disfrutá de principio a fin, si tomó no debes que maneje” durante a “noite da nostalgia” (39).</p> <p>Lançada a campanha de verão “<i>Estás aquí, cuidate y disfrutá</i>” para aumentar a conscientização sobre o consumo nocivo de álcool durante a temporada turística (39).</p> <p>Lançado um curso virtual para profissionais da atenção primária à saúde sobre ASSIST-SBI (intervenções breves para o álcool e outras substâncias psicoativas) como parte de uma série de ações de fortalecimento institucional destinadas à construção de um sistema nacional de serviços para clientes com problemas relacionados ao consumo de álcool, realizado conjuntamente pelo Ministério da Saúde Pública, a OPAS e a OMS (39).</p> <p>Lançada a campanha “<i>Todo consumo de drogas tiene riesgos</i>”, em duas partes — uma sobre o álcool e outra sobre a maconha (39).</p> <p>Realizados dois estudos financiados pelo Centro Internacional de Pesquisas para o Desenvolvimento (CIID): “Monitoramento, análise e comparação de práticas de responsabilidade social empresarial pela indústria do álcool no Uruguai” e “Implicações para a saúde pública dos programas de responsabilidade social empresarial da indústria do álcool (América Latina)” (39).</p>
	2014	<p>Realizado o “Primeiro Simpósio Internacional sobre Novas Abordagens para os Problemas Ligados ao Álcool” em Montevideo, organizado pela JND e a Universidade da Faculdade de Medicina da República (40).</p> <p>Inaugurada a Unidade de Transtornos do Álcool da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina, a Clínica Médica “C” e a Rede Nacional ASSE de Tratamento de Dependências, sob o comando da JND (40).</p> <p>Lançado um curso misto de aprendizagem e seminários regionais sobre “AUDIT e ASSIST, Intervenções Breves e Ferramentas”, organizado</p>

PAÍS	ANO	MARCO
		conjuntamente pelo Ministério da Saúde Pública com apoio da OPAS e da OMS (40).
		Realizada a sexta pesquisa nacional sobre o consumo de drogas por estudantes do ensino médio.

Referências

1. Bahamas, Department of Inland Revenue, Central Revenue Administration. About – VAT. 2015 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em: <http://www.inlandrevenue.finance.gov.bs/value-added-tax/about-vat/>
2. Canadian Centre on Substance Abuse. Publications: Alcohol and caffeine: a bad buzz (fact sheet for youth); Alcohol and caffeine: youth and young adults at greatest risk; Alcohol and caffeine: a bad buzz (fact sheet for parents); Caffeinated alcoholic beverages in Canada: prevalence of use, risks and recommended policy responses. Ottawa: CCSA; 2011 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em: <http://www.ccsa.ca/Eng/resources/Pages/default.aspx>
3. Canadian Centre on Substance Abuse. A comparison of drug- and alcohol-involved motor vehicle driver fatalities. Ottawa: CCSA; 2011 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em: http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2011_CCSA_Drug-and_Alcohol-Involved_Motor_Vehicle_Driver_Fatalities_en.pdf
4. Chile, Ministerio de Salud. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago: Ministerio de Salud [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
5. Chile, Ministerio de Salud. Guía IB e instrumentos [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em: <https://intervencionesbrevesenalcohol.wordpress.com/guia-e-instrumentos>
6. Chile, Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito. Alcohol y conducción [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em: <http://www.conaset.cl/alcohol-y-conduccion.html>
7. Congreso de Colombia. Ley No. 1503 (29/12/2011). Por la cual se promueve la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguros en la vía y se dictan otras disposiciones [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em: http://www2.igac.gov.co/igac_web/normograma_files/ley%201503%20de%202011.pdf

8. Colômbia, Ministerio de Transporte. Resolución No. 1282 (30 de março de 2012). Por la cual se adopta el Plan Nacional de Seguridad Vial 2011-2016 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
<http://www.asotrans.org/asesoramiento/RESOLUCIONES/7.%20%20RESOLUCI%20d3N%201282%20DE%202012.pdf>
9. Congreso de Colombia. Ley No. 1566 (31/072012). Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias psicoactivas” [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley_1566.pdf
10. Colômbia, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto No. 1686 (6/08/2012). Por el cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que se deben cumplir para la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
https://www.invima.gov.co/images/pdf/normatividad/bebidas-alcoholicas/decretos-bebidas/decreto_1686_2012.pdf
11. Colômbia, Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la elaboración de planes estratégicos para la promoción del consumo responsable de alcohol. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/GuiaPlanesAlcohol30%2001%2014.pdf>
12. Colômbia, Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Guía para profesionales de la salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Prof_Salud_OH.pdf
13. Colômbia, Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Guía para pacientes y familiares. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Ptes_OH.pdf

14. Colômbia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 005521 (27 dezembro de 2013). “Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)” [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>
15. Congreso de Colombia. Ley No. 1696 (19 diciembre 2013). Por medio de la cual se dictan disposiciones penales y administrativas para sancionar la conducción bajo el influjo del alcohol u otras sustancias psicoactivas [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201696%20DEL%2019%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202013.pdf>
16. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley No. 9078. Ley de tránsito por vías públicas terrestres y seguridad vial [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=73504&nValor3=101469¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=6&strSim=simp
17. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley No. 9047. Ley de regulación y comercialización de bebidas con contenido alcohólico [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=73058&nValor3=95858¶m2=3&strTipM=TC&lResultado=24&strSim=simp
18. Costa Rica, La Presidenta de la República y la Ministra de Salud de la República. Decreto Ejecutivo No. 37110-S. Políticas del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72790&nValor3=89009&strTipM=TC
19. Costa Rica, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria: Costa Rica 2012. San José: IAFA; 2013 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
<http://www.iafa.go.cr/images/descargables/conocimiento/encuesta-nacional-sobre-consumodrogas-en-la-juventud-escolarizada-2012-costa-rica-iafa.pdf>
20. Costa Rica, La Presidenta de la República y la Ministra de Salud de la República. Decreto Ejecutivo No. 37739-S. Reglamento sobre regulación y control de la publicidad comercial relacionada con la comercialización de bebidas con contenido alcohólico [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=75269&nValor3=93268&strTipM=TC

21. República Dominicana, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID), arriba a su 2do aniversario con más de 3 mil usuarios consultados. 13 de março de 2015 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
[http://www.sespas.gov.do/Centro-de-Atencion-Integral-a-las-Dependencias-\(CAID\)-arriba-a-su-2do-aniversario-con-mas-de-3-mil-usuarios-consultados](http://www.sespas.gov.do/Centro-de-Atencion-Integral-a-las-Dependencias-(CAID)-arriba-a-su-2do-aniversario-con-mas-de-3-mil-usuarios-consultados)
22. El Salvador, Fondo Solidario para la Salud. Informe de labores y rendición de cuentas 2013-2014. 3 de outubro de 2014 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.fosalud.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=1269&Itemid=510
23. Observatorio Salvadoreño sobre Drogas. Proyecto Certificación de Recursos Humanos. [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
<http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/tratamiento/Certificacion%20RRHH.htm>
24. Asamblea Legislativa de El Salvador. Decreto No. 1030. Código penal [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
<http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/codigo-penal>
25. El Salvador, Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. San Salvador: Ministerio de Salud; 2014 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_consumo_sustancias_psicoactivas_07022014.pdf
26. Jamaica, Ministry of Health. National strategic and action plan for the prevention and control non-communicable diseases (NCDS) in Jamaica. 12 de maio de 2015 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
<http://moh.gov.jm/data/national-strategic-and-action-plan-for-the-prevention-and-control-non-communicable-diseases-ncds-in-jamaica/>
27. Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol. México DF: INPRFM; 2012 [citado em 2016 February 3]. Disponível em:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf

28. Comisión Nacional contra las Adicciones. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: actualización 2011-2012. México DF: CONADIC; 2011 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf
29. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Decreto por el que se adiciona un segundo párrafo al Artículo 220 y un Artículo 467 Bis a la Ley General de Salud. DOF 04-12-2013. 4 de dezembro de 2013 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/prog_leg/099_DOF_04dic13.pdf
30. Asamblea Nacional de Nicaragua. Ley No. 431 (27/05/2014). Ley para el régimen de circulación vehicular e infracciones de tránsito, con sus reformas incorporadas [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
<http://www.policia.gob.ni/cedoc/sector/leyes/Ley%20431%20y%20sus%20reformas.pdf>
31. Consejo de Comunicación y Ciudadanía de Nicaragua. Estrategia de seguridad ciudadana y humana. 10 marzo 2014 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
<http://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:16978-estrategia-de-seguridad-ciudadana-y-humana>
32. Santa Lúcia, Ministry of Social Transformation, Local Government and Community Empowerment. Saint Lucia Multiple Indicator Cluster Survey 2012. Castries: 2014 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em:
https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS4/Latin%20America%20and%20Caribbean/Saint%20Lucia/2012/Final/Saint%20Lucia%202012%20MICS_English.pdf
33. Saint Lucia Inland Revenue Department. Value Added Tax (VAT) Act [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em:
http://www.vat.gov.lc/resources/legislation/vat_act.php
34. Suriname National Assembly. 2011 Staatsblad No. 129 Van De Republiek Suriname [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em:
<http://www.dna.sr/wetgeving/>
35. Uruguai, Junta Nacional de Drogas. Memoria anual 2011 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/jnd_2011.pdf
36. Uruguai, Junta Nacional de Drogas. 5ta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas: informe de investigación. Montevideo: Secretaría Nacional de Drogas; 2012 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em espanhol em:
http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf

37. Uruguai, Ministerio de Salud Pública/Organização Pan-Americana da Saúde. Adolescencias: un mundo de preguntas: II Encuesta Mundial de Salud Adolescente –GSHS 2012. Montevidéo: Ministerio de Salud Pública; 2012 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em espanhol em: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/ii_encuestaq_doles.pdf
38. Uruguai, Junta Nacional de Drogas. Memoria anual 2012. Montevidéo: Secretaría Nacional de Drogas; 2012 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em espanhol em: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/mem_2012.pdf
39. Uruguai, Junta Nacional de Drogas. Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana. Montevidéo: Secretaría Nacional de Drogas; 2013. Disponível em espanhol em: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=1646&catid=31&Itemid=65
40. Uruguai, Junta Nacional de Drogas. Memoria anual 2014 [citado em 3 de fevereiro de 2016]. Disponível em espanhol em: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Memoria_JND_2014.pdf

E. PLANO DE AÇÃO SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SAÚDE PÚBLICA: AVALIAÇÃO INTERMEDIÁRIA

Antecedentes

1. A base da cooperação técnica na Região, para a abordagem dos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, em termos de saúde pública, é moldada pela *Estratégia sobre o consumo de substâncias psicoativas e a saúde pública* (1, 2) e pelo plano de ação correspondente (3, 4), aprovados pelo Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2010 e 2011, respectivamente. Ambas as iniciativas são complementadas com a Estratégia e o plano de ação sobre a saúde mental, inicializados, também, pela OPAS, em 2009 (5, 6), e com a Estratégia hemisférica sobre drogas e o Plano hemisférico de ação sobre drogas, aprovados em 2010 e 2011, respectivamente, pela Comissão Interamericana de Controle do Abuso de Drogas (CICAD) da Organização dos Estados Americanos (OEA) (7, 8).

2. O papel da saúde pública no enfoque integral frente ao problema mundial das drogas foi ressaltado pelos Estados Membros na Declaração de Antígua Guatemala (9), aprovada na 43ª Assembleia Geral da OEA, em junho de 2013. Neste mesmo ano, foi entregue aos Estados Membros, durante o 52º Conselho Diretor da OPAS, um primeiro relatório sobre o progresso do plano de ação para o consumo de substâncias psicoativas (10). Naquele, são reconhecidos os avanços dos Estados Membros, bem como a atuação da OPAS, e recomendou-se intensificar o apoio aos países para fortalecer a abordagem de saúde pública e promover o respeito aos direitos humanos em suas políticas e planos relacionados às drogas.

Atualização do progresso alcançado

3. O quadro de progresso a seguir foi elaborado utilizando-se como referências principais o *Relatório sobre recursos de saúde pública para a abordagem do uso de substâncias psicoativas na Região das Américas de 2015* (11), baseado na resposta dos países ao questionário ATLAS¹ e no Relatório hemisférico da sexta rodada de avaliação sobre o controle das drogas (12), do Mecanismo de Avaliação Multilateral (MEM) da OEA-CICAD.²

¹ Em 2014, em colaboração com a OMS, houve uma atualização de informações sobre os recursos e programas para a prevenção e o tratamento dos transtornos pelo uso de álcool e outras substâncias, seguindo a metodologia do ATLAS-SU (*Atlas on Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*), versão 2014, desenvolvida pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS (http://www.who.int/substance_abuse/activities/atlas/en/#).

² Este *Relatório hemisférico* aborda o período de 2013 até a metade de 2014 e apresenta uma revisão geral do desempenho dos Estados Membros com respeito às políticas para o controle de drogas. O relatório foi apresentado e aprovado no 56º período ordinário de sessões da OEA-CICAD, na Guatemala, em novembro de 2014.

Progresso das metas do plano de ação

Objetivo	Indicador e meta	Progresso
1.1	Em 2021, 16 países apresentarão políticas relativas ao consumo de substâncias psicoativas integradas em seu plano de saúde nacional.	18 países identificam o setor da saúde (Ministério da Saúde) como responsável pelas políticas para o consumo de substâncias psicoativas (11). A integração do tema à política sanitária é precária e incompleta. No entanto, 27 países incluíram conteúdos relativos à saúde pública em suas políticas para drogas (13).
1.2	Em 2021, 10 países executaram programas extensos comprovados cientificamente.	23 países contam com planos e programas integrais para a redução da demanda. Não há informações disponíveis sobre a execução e os resultados destes programas (12).
1.3	Em 2015, 15 países contarão com um orçamento documentado para os serviços sociais e de saúde, dirigidos aos transtornos ocasionados pelo consumo de substâncias psicoativas.	19 países contam com gastos orçamentários específicos para a prevenção, e 17 dispõem de gastos com tratamento (11).
2.1	Em 2021, 15 países executarão programas de prevenção universal ao consumo de substâncias, baseados em dados comprobatórios, e 8 países terão avaliado estes programas.	24 países oferecem programas de prevenção para o uso de substâncias psicoativas em meios de comunicação, escolas e locais de trabalho; 11 países contam com programas de prevenção diferenciados segundo os fatores de risco; 3 países acompanharam e avaliaram os programas. Por outro lado, 8 países avaliaram seus programas (12).
2.2	Em 2021, 20 países contarão, anualmente, com pelo menos uma atividade nacional de conscientização sobre o tema.	Com o propósito de promover atividades desse tipo nos países, a OPAS organiza, anualmente, uma webconferência na ocasião do Dia Internacional da Luta contra o Uso Indevido e o Tráfico Ilícito de Drogas, o qual é difundido aos países. Não há nenhum relatório de atividades desse tipo no âmbito de país, um aspecto que deveria ser reforçado nos próximos anos.
3.1	Em 2021, 10 países executarão intervenções essenciais baseadas em dados comprobatórios utilizando as ferramentas e os materiais da OPAS/OMS.	14 países realizam triagens e intervenções breves na assistência primária, utilizando os materiais de ASSIST e mhGAP ³ , desenvolvidos pela OPAS/OMS (11).

³ *Alcohol, smoking, and substance involvement screening test* (ASSIST); Melhorias e ampliação da atenção aos transtornos mentais, neurológicos e por abuso de substâncias (programa conhecido como mhGAP, em sua sigla em inglês).

Objetivo	Indicador e meta	Progresso
3.2	Em 2021, serão colocadas à disposição 5 ferramentas elaboradas para ajudar os países na capacitação e certificação dos profissionais, dos serviços e na formulação de normas e padrões para a atenção e prescrição adequada dos medicamentos psicoativos.	As ferramentas <i>Quality Rights QR-Tool Kit</i> , ASSIST e mhGAP, da OMS, foram traduzidas para o espanhol e para o português, e estão disponíveis para a sua adaptação e implementação nos países. Está-se trabalhando na validação de padrões de certificação para a prevenção e o tratamento (11).
3.3	Em 2021, 5 países utilizarão o apoio técnico ou as ferramentas da OPAS/OMS para capacitar os provedores de atenção sanitária não remunerados.	A OPAS desenvolveu ferramentas de capacitação sobre a ASSIST-DIT e as políticas de drogas, mediante cursos ministrados como apoio aos países, através do Campus Virtual de Saúde Pública. Foram matriculados 3.235 participantes de 26 países e territórios, com uma porcentagem de aprovação de 70,48%. ⁴
3.4	Em 2021, 5 países contarão com programas de estudo atualizados para as profissões da saúde.	Houve alguns avanços incipientes para incorporar os conteúdos da mhGAP nos programas universitários, mas o tema exige ainda maior desenvolvimento.
3.5	Em 2021, 20 países terão em funcionamento sistemas reguladores para os medicamentos psicoativos fiscalizados no plano internacional, que garantirão uma provisão adequada destes medicamentos e reduzirão o seu uso não terapêutico.	Embora esses sistemas existam nos países, seu funcionamento é deficiente, especialmente no caso dos medicamentos de apoio para os transtornos pelo uso de opiáceos. 10 países possuem um registro aprovado para a metadona e 7, para a naloxona; 6 países disponibilizam de metadona e 3 países, de naloxona (11).
4.1	Em 2021, 25 países utilizarão ferramentas padronizadas para avaliar e acompanhar suas respostas aos problemas causados pelo consumo de substâncias psicoativas.	21 países aprovaram normas nacionais para o tratamento de problemas pelo uso de substâncias em seus sistemas de saúde pública; 3 países realizaram um monitoramento e uma avaliação dos programas (12).
4.2	Em 2021, 5 países disponibilizarão de um sistema de informação sanitária que incluirá indicadores do consumo de substâncias e sua repercussão sobre a saúde, separados por sexo e idade.	20 países relatam que contam com sistemas nacionais de informação sobre o consumo de substâncias, e 11 países dispõem de sistemas de informação sobre a prestação de serviços; 29 países apresentam observatórios de drogas; 14 países contam com dados relevantes sobre a magnitude do uso de substâncias na população (12).

⁴ Informação obtida da coordenação do Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS.

Objetivo	Indicador e meta	Progresso
4.3	Em 2021, terão sido empreendidos 10 novos estudos de pesquisa para avaliar a natureza, a magnitude ou as repercussões do uso de substâncias, separados por sexo e idade, ou estudos sobre a eficácia das intervenções.	Estão em andamento os preparativos para a realização de pesquisas sobre diferentes aspectos de interesse: psicose aguda e uso de cannabis, redução do estigma nos serviços de saúde para os usuários de substâncias, ocorrência de transtornos pelo uso de substâncias e outros transtornos mentais.
4.4	Pelo menos uma publicação de nível regional será divulgada a cada dois anos, com informações baseadas em dados comprobatórios sobre o consumo de substâncias, os problemas associados ou a eficácia das intervenções.	É necessário impulsionar o trabalho nesse aspecto com os Estados Membros durante o período de vigência restante do plano de ação.
5.1	Em 2021, terão sido empreendidas 8 atividades conjuntas com outras organizações e associados internacionais.	A OPAS mantém um programa regular de atividades conjuntas com a OEA-CICAD, o Programa de Cooperação entre a América Latina e a União Europeia em Políticas para Drogas (COPOLAD), o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (ONUDD) e a Delegação de Governo para o Plano Nacional sobre Drogas da Espanha, bem como com organizações da sociedade civil (RIOD, CIJ, Intercâmbios), dentre as quais estão incluídos seminários e conferências internacionais, trabalho de grupos de especialistas, cursos de capacitação e oficinas, e elaboração de documentos.

4. A OPAS, como parte da preparação para a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Mundial das Drogas (UNGASS 2016), organizou com o Governo do México uma reunião de consulta sobre as políticas de drogas e a saúde pública, nos dias 26 e 27 de outubro de 2015, no México D.F., na qual intervieram técnicos de 17 países e de organizações internacionais (OMS, OEA e Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [ONUDD]). Também participou do seminário “Convergências para uma Política Regional de Drogas Integradas e Sustentáveis”, coordenado pela União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), realizado em Quito (Equador), nos dias 4 e 5 de fevereiro de 2016.

Desafios e lições aprendidas

5. Dispor de uma estratégia e do plano de ação respaldados pela Repartição Sanitária Pan-Americana facilitou o posicionamento dos Estados Membros com um enfoque integral, equilibrado e de saúde pública, nos fóruns de debate sobre as políticas de drogas e na preparação para a UNGASS 2016.

6. É importante continuar fortalecendo os vínculos entre a OPAS e outras organizações, e associados internacionais, como forma de potencializar a ação intersectorial na assistência técnica aos Estados Membros com relação às drogas e à saúde pública, especialmente aos determinantes sociais e o resultado dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).⁵

7. Nas esferas política e técnica, a OPAS vem contribuindo para desenvolvimentos regionais, como a Declaração de Antígua Guatemala e o relatório da OEA sobre o problema das drogas nas Américas, porém o setor da saúde ainda não está preparado para ser incorporado plenamente nos trabalhos de redução dos impactos social e sanitário desse problema.

8. A garantia do direito à saúde para os usuários de substâncias, especialmente para os grupos mais vulneráveis, e em situação de alto risco, é um desafio pendente que aparece refletido no estigma e na exclusão nos serviços de saúde, bem como na falta de acesso a substâncias controladas para fins médicos e de pesquisa.

Ação necessária para melhoria da situação

9. Continuação do apoio da Repartição aos Estados Membros para fortalecer o enfoque da saúde pública em suas políticas, seus planos e suas leis sobre drogas, facilitando o uso de ferramentas técnicas adequadas às suas condições e necessidades particulares.

10. Apoio ao trabalho conjunto da Repartição e dos Estados Membros no desenvolvimento dos sistemas de saúde, da organização dos serviços e do desenvolvimento dos recursos humanos, a fim de reduzir a distância entre tratamento e melhorar a qualidade da atenção.

11. Promoção da alocação de recursos de acordo com as necessidades identificadas e as metas estabelecidas nos planos e programas para saúde pública e o uso de substâncias, com atenção especial aos grupos de alto risco.

12. Fortalecimento dos sistemas de informação e vigilância, melhorias na informação epidemiológica, aumento na cobertura das pesquisas para populações marginalizadas e

⁵ Especificamente, o ODS 3.5 referente ao fortalecimento da prevenção e ao tratamento do abuso de substâncias viciantes.

outros grupos vulneráveis, e utilização do enfoque de determinantes sociais para a análise dos dados e programas.

Ação pelo Conselho Diretor

13. Convida-se o Conselho Diretor a tomar nota do presente relatório de progresso e a formular as recomendações que considere pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia sobre o consumo de substâncias psicoativas e a saúde pública [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, D.C.. Washington, D.C.: OPAS; 2010 (documento CD50/18, Rev. 1) [consultado em 11 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-p.pdf>
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia sobre o consumo de substâncias psicoativas e a saúde pública [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, D.C.. Washington, D.C.: OPAS; 2010 (resolução CD50.R2) [consultado em 11 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R2-p.pdf>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre o consumo de substâncias psicoativas e a saúde pública [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 26 a 30 de setembro de 2011; Washington, D.C.. Washington, D.C.: OPAS; 2011 (documento CD51/9) [consultado em 11 de janeiro de 2016]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gclid=14585&Itemid=
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre o consumo de substâncias psicoativas e a saúde pública [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 26 a 30 de setembro de 2011; Washington, D.C.. Washington, D.C.: OPAS; 2011 (resolução CD51.R7) [consultado em 11 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1723/CD51%20R7-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y=>
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação sobre saúde mental [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington, D.C.. Washington, D.C.: OPAS; 2009 (documento CD49/11) [consultado em 11 de janeiro de 2016]. Disponível em:

- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2625&Itemid=
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação sobre saúde mental [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington, D.C.. Washington, D.C.: OPAS; 2009 (resolução CD49.R17) [consultado em 11 de janeiro de 2016]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3166&Itemid=
 7. Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas da Organização dos Estados Americanos. Estratégia hemisférica sobre drogas [Internet]. 47º período ordinário de sessões da CICAD; de 3 a 5 de maio de 2010; Washington, D.C.. Washington, D.C.: CICAD; 2010 [consultado em 11 de janeiro de 2016]. Disponível em espanhol em:
<http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=954>
 8. Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas da Organização dos Estados Americanos. Plano hemisférico de ação sobre drogas, 2011-2015 [Internet]. 49º período ordinário de sessões da CICAD; de 4 a 6 de maio de 2011; Paramaribo (Suriname). Washington, D.C.: CICAD; 2011 [consultado em 8 de abril de 2016]. Disponível em espanhol em:
<http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=954>
 9. Organização dos Estados Americanos. Declaração de Antígua Guatemala “Por uma política integral frente ao problema mundial das drogas nas Américas” [Internet]. En: Atas e documentos: volume I. 43º período ordinário de sessões da OEA; de 4 a 6 de junho de 2013; Antígua, Guatemala. Washington, D.C.: OEA; 2013 (documento AG/DEC.73 [XLIII-O/13] corr. 1) [consultado em 14 de abril de 2016]. pp. 5-12. Disponível em espanhol em:
http://scm.oas.org/doc_public/SPANISH/HIST_13/AG06222S04.doc
 10. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre o consumo de substâncias psicoativas e a saúde pública [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, de 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington, D.C.. Washington, D.C.: OPAS; 2013 (documento CD52/INF/4) [consultado em 11 de janeiro de 2016]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22659&Itemid=270&lang=pt
 11. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório sobre recursos de saúde pública para a abordagem do uso de substâncias psicoativas na Região das Américas. 2015. Pendente de publicação.

12. Organização dos Estados Americanos. Relatório Hemisférico. Relatório de Avaliação sobre o Controle das Drogas 2015 [Internet]. Washington, D.C.: CICAD; 2015 [consultado em 11 de janeiro de 2016]. Disponível em espanhol em: [http://www.cicad.oas.org/mem/reports/6/Full_Eval/Informe_Hemisferico_MEM - 6ta Ronda - ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/mem/reports/6/Full_Eval/Informe_Hemisferico_MEM_-_6ta_Ronda_-_ESP.pdf)
13. Organização dos Estados Americanos. Políticas Públicas para Drogas: Fichas País. CICAD [Internet]. Washington, D.C.: CICAD; 2014 [consultado em 4 de maio de 2016]. Disponível em espanhol em: http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/default_spa.asp

F. SITUAÇÃO DOS CENTROS PAN-AMERICANOS

Introdução

1. Este documento foi elaborado em resposta ao mandato dos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de fazer avaliações e exames periódicos dos Centros Pan-Americanos, e informar sobre assuntos institucionais ou avanços técnicos de importância estratégica para a Organização.

Antecedentes

2. Os Centros Pan-Americanos têm sido uma modalidade importante de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) há quase 60 anos. Nesse período, a OPAS criou ou administrou 13 centros,¹ eliminou nove e transferiu a administração deles para os seus próprios Órgãos Diretores. No presente documento, apresentam-se informações estratégicas atualizadas sobre o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA).²

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

3. A BIREME é um centro especializado da OPAS/OMS fundado em 1967. Sua missão principal é prestar cooperação técnica aos Estados Membros da Organização em temas relacionados com a informação científica e técnica em saúde, e intercambiar conhecimentos e evidências que contribuam para o melhoramento contínuo dos sistemas de saúde, o ensino e a pesquisa.

4. Dentro da estrutura organizacional da OPAS, a BIREME está situado dentro do Departamento de Gestão do Conhecimento, Bioética e Pesquisa e tem um plano de trabalho bienal específico para o período 2016–2017, aprovado pela Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA).

Estrutura institucional da BIREME

5. O quadro institucional da BIREME foi estabelecida pelo Convênio de Manutenção e Desenvolvimento do Centro (“Convênio de Manutenção”), firmado entre a

¹ CLATES, ECO, PASCAP, CEPANZO, INPPAZ, INCAP, CEPIS, Programa Regional de Bioética do Chile, CAREC, CFNI, CLAP, PANAFTOSA e BIREME.

² Nesta ocasião não se considerou necessário incluir informações sobre o Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) porque não ocorreram mudanças de importância estratégica desde o último relatório.

OPAS/OMS e os Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 2004.³

6. Em 2009, reconhecendo que o quadro institucional da BIREME não atendia adequadamente as próprias necessidades atuais e futuras de governança, gestão e financiamento, o 49º Conselho Diretor da OPAS adotou a Resolução CD49.R5, aprovando um novo Estatuto para a BIREME e solicitando a Diretora da RSPA que negociasse com o Governo do Brasil a finalização de um novo Acordo de Sede referente à manutenção da BIREME, bem como aos próprios privilégios e imunidades naquele país.

7. O Convênio de Manutenção referido acima expirou em 1º de março de 2015.

Situação atual dos marcos institucionais

Acordo de instalações e funcionamento

8. A RSPA prossegue com as negociações com o Governo do Brasil com relação ao documento de base referenciado pelo 49º Conselho Diretor na sua Resolução CD49.R5. Ao mesmo tempo, no intuito de proporcionar à BIREME a fundamentação legal que sirva de base para dar continuidade a suas operações no território brasileiro, o RSPA propôs um novo acordo (“*Termo de Cooperação*”) diretamente com o Ministério da Saúde do Brasil e especificamente para a BIREME. O *Termo de Cooperação* reconhece expressamente a situação jurídica da BIREME como parte integrante da OPAS, operando nos termos dos convênios básicos da Organização com o Governo do Brasil. O *Termo de Cooperação* assegura as contribuições financeiras por parte do Governo do Brasil necessárias para manter as operações da BIREME. O *Termo de Cooperação* está no momento em consideração pelo Governo do Brasil.

9. Um plano de contingência para a BIREME está em vigor durante este período de transição para garantir a continuidade do funcionamento em condições ideais.

10. Após estar situado por quase 40 anos no campus da Unifesp, sob os termos do Convênio de Manutenção, a universidade notificou a OPAS que estará renovando suas instalações e que a BIREME já não pode manter sua sede no campus. Consequentemente, após uma busca completa e uma análise das opções disponíveis para a sede da BIREME, a BIREME transferiu seus escritórios para um local alugado localizado na cidade de São Paulo. Foram necessárias reformas do novo local. A mudança foi feita no dia 1º de abril de 2016.

Quadro de pessoal

11. No fim de 2015, 17 empregados da UNIFESP designados para trabalhar na BIREME voltaram à Universidade.

³ O primeiro convênio foi firmado em 3 de março de 1967 e o último, em 2 de dezembro de 2004.

12. Durante o primeiro trimestre de 2016, 19 empregados locais se aposentaram ou solicitaram a aposentadoria antecipada de acordo com a legislação brasileira. As vagas deixadas por este pessoal não foram ocupadas.

13. O processo de seleção para o cargo de Diretor da BIREME foi finalizado e o novo Diretor assumiu suas funções em 1º de agosto de 2016.

Desafios a curto prazo para BIREME

14. Os próximos desafios para BIREME incluem:

- a) finalizar e operacionalizar o *Termo de Cooperação* com o Ministério da Saúde do Brasil;
- b) proceder à reorganização estrutural e funcional da BIREME de modo a suprir as necessidades do plano de trabalho bienal da BIREME 2016–2017;
- c) programar as Reuniões Científicas e do Comitê Consultivo do Centro de 2016.

Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA)

15. O PANAFTOSA é um centro da OPAS localizado no estado brasileiro do Rio de Janeiro. Foi criado em 1951 nos termos de um convênio celebrado entre o Governo do Brasil e a OPAS. Sua finalidade inicial era executar o Programa Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA). Em 1998, as atividades de referência zoonótica, pesquisa e cooperação técnica foram transferidas do Instituto Pan-Americano de Proteção de Alimentos e Zoonoses (INPPAZ) para o PANAFTOSA. Com o fim do INPPAZ em 2005, as atividades de cooperação técnica para inocuidade dos alimentos foram transferidas para o PANAFTOSA.

Progresso recente no PANAFTOSA

16. A 17ª Reunião Interamericana de Nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 17) foi sediada pelo Governo do Paraguai em Assunção, em 21 e 22 de julho de 2016, com o tema “Uma Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”. O tema enfatizou a conexão entre a saúde animal e a saúde pública e sua contribuição para o desenvolvimento sustentável, bem como a necessidade da boa governança e compromisso de longo prazo entre todos os setores e agentes para promover e melhorar a saúde do povo das Américas de hoje e para as gerações futuras.

17. A RIMSA é uma reunião regional importante dos Ministros da Agricultura e da Saúde de todos os Estados Membros da OPAS, onde os participantes debatem questões, propõem ações e coordenam um enfoque unificado para lidar com questões de saúde animal/saúde humana. Por intermédio da RIMSA, a OPAS recebe apoio político para a sua cooperação técnica em saúde pública veterinária no campo da inocuidade dos alimentos, erradicação da febre aftosa nas Américas e prevenção e controle de doenças zoonóticas. Além disso, a RIMSA apoia e articula as questões relacionadas à interface

entre saúde animal e saúde humana, crucial para a prevenção e controle de doenças infecciosas emergentes e negligenciadas, bem como para a contenção e redução do impacto da resistência aos antimicrobianos. Essa reunião multissetorial procura gerar apoio de alto nível à implementação de planos e projetos pela OPAS associados às áreas temáticas relacionadas com a saúde aprovadas pelos Órgãos Diretores da OPAS.

18. A RIMSA 17 contou com a presença de delegados dos Ministérios da Saúde e da Agricultura de 30 países e vários representantes de organizações regionais e internacionais, representantes do meio acadêmicos e organizações não governamentais e do setor privado. A presença destes participantes enviou uma clara mensagem sobre a importância da ação intersetorial para enfrentar os desafios de saúde e seus determinantes, condizente com o conceito de “One Health” (Saúde Única).

19. A RIMSA 17 destacou os desafios enfrentados pelos países para alcançar a cobertura universal de saúde e garantir a inocuidade dos alimentos como prioridade para a saúde pública e a segurança alimentar, levando em consideração o papel fundamental da Região das Américas em garantir a segurança alimentar da população mundial. Autoridades das áreas da Saúde e Agricultura concordaram em estabelecer e/ou fortalecer mecanismos de governança intersetorial e plataformas para coordenar ações periódicas de controle de zoonoses e desenvolver e/ou fortalecer mecanismos de alerta precoce e resposta rápida a ameaças de surgimento ou ressurgimento de zoonoses. A este respeito, a RIMSA 17 pediu à OPAS para prestar cooperação técnica para reforçar a integração dos sistemas de vigilância, prevenção, controle e eliminação de doenças zoonóticas endêmicas e emergentes e reemergentes, de acordo com o conceito de “One Health” (Saúde Única).

20. No tocante à inocuidade dos alimentos, a RIMSA 17 solicitou aos governos *a)* fortalecer e elaborar programas de inocuidade dos alimentos segundo a abordagem "do campo à mesa" em saúde e agricultura e *b)* incorporar outros setores como Meio Ambiente, Turismo e Indústria, com a participação ativa de organizações não governamentais, setor privado e consumidores.

21. Além disso, a RIMSA 17 pediu à OPAS para atualizar e apresentar ao Conselho Diretor uma estratégia e plano de ação para inocuidade dos alimentos a fim de apoiar os países na modernização dos sistemas de controle de alimentos com o emprego de novas tecnologias de comunicação e informação.

22. Quanto à resistência aos antimicrobianos, a RIMSA 17 destacou que ela representa uma ameaça à saúde animal e à saúde pública e que a contenção da resistência requer a cooperação dos setores da saúde e agricultura, inclusive do setor privado. Além disso, a RIMSA 17 solicitou aos governos para elaborar planos de ação nacionais para combater a resistência aos antimicrobianos, alinhados ao Plano de Ação Global da OMS e sustentados em intervenções multissetoriais envolvendo os setores público e privado, bem como em mecanismos de vigilância integrados e no incentivo ao uso racional e adequado dos antimicrobianos em saúde e agricultura segundo o conceito “One Health” (Saúde Única).

23. Os ministros da Saúde e da Agricultura concordaram que cooperação técnica e ação intersetorial são fundamentais para atingir este propósito e pediram à OPAS para encabeçar e dar apoio prioritário às iniciativas dos países que favoreçam o conceito One Health (Saúde Única), relacionadas aos Objetivos e Metas da Agenda de Desenvolvimento Sustentável de 2030. Além disso, a RIMSA 17 solicitou às agências de cooperação internacional em saúde pública, saúde animal e meio ambiente consolidar e reforçar a coordenação da cooperação técnica proporcionada aos países dentro do enquadramento One Health (Saúde Única), e formalizar uma iniciativa culminando em uma estratégia e plano de ação integrado acordados pelos países da Região.

Ação pelo Conselho Diretor

24. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota do presente relatório de progresso e faça as recomendações que considere pertinentes.

- - -

