



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 51º CONSELHO DIRETOR 63ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

*Washington, D.C., EUA, de 26 a 30 de setembro de 2011*

---

*Tema 8.5 da agenda provisória*

CD51/INF/5 (Port.)  
15 de agosto de 2011  
ORIGINAL: INGLÊS/ESPAÑHOL\*

### RELATÓRIOS DE PROGRESSO SOBRE ASSUNTOS TÉCNICOS

#### ÍNDICE

A.	Imunização: Desafios e Perspectivas .....	2
B.	Implantação da Estratégia Mundial e do Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual .....	6
C.	Avanços na Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco .....	11
D.	Implantação do Regulamento Sanitário Internacional .....	14
E.	Relatório sobre o Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a Saúde na Região das Américas .....	18
F.	Situação dos Centros Pan-Americanos .....	26
G.	Iniciativa regional para segurança do sangue e plano de ação para 2006–2010: Avaliação final .....	31

---

\* Versão original em inglês: seções D e G; versão original em espanhol: seções A, B, C, E e F.

## **A. IMUNIZAÇÃO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

### **Antecedentes**

1. No 50º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi apresentado o documento conceptual *Fortalecimento dos programas de imunização* (CD50/14 [2010]), aprovado por meio da Resolução CD50.R5, na qual são reiterados os importantes avanços obtidos na matéria na Região e instando os Estados Membros a que ratifiquem os programas nacionais de vacinação como um bem público, bem como reiterem a visão e a Estratégia Regional de Imunização para manter os resultados, completem a agenda inconclusa e façam frente aos novos desafios. Pede-se, também, que continuem respaldando o Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas da OPAS.

### **Avanços**

2. A cobertura da vacinação no plano regional se encontra entre as mais altas do mundo. Para a região das Américas, em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimaram coberturas de 94% para a BCG, de 91% para a VOP3 e de 92% para a DTP3, em menores de um ano, e 93% para o vacina SRP, em crianças de um ano. No entanto, para a DTP3, 10 países informaram alcances nacionais de menos de 90%, e 43% dos municípios na América Latina e do Caribe relataram um alcance menor do que 95%.

### ***Manter os Resultados***

3. Em nossa Região, não foram registrados casos da poliomielite por poliovírus selvagem desde 1991. Desde 2002, não há casos de sarampo autóctone e, desde 2009, não tem havido rubéola autóctone nem casos de síndrome de rubéola congênita. Em 2010, foram notificados 63 casos de sarampo importados de outras regiões do mundo e 190 casos relacionados com importações. Os surtos de sarampo na Argentina e no Brasil, em 2010, estiveram relacionados com pessoas que assistiram à Copa do Mundo de Futebol na África do Sul.

4. Ante a reintrodução da poliomielite em países livres da doença, em outras regiões do mundo, e da importação de casos de sarampo, em 2010, todos os Estados Membros analisaram o risco de reintrodução destas doenças, a capacidade de detectar oportunamente o aparecimento de casos ou a reintrodução dos vírus, e a capacidade de deter oportuna e contundentemente o aparecimento de casos secundários.

5. A vacinação contra o *Haemophilus Influenzae* de tipo b (Hib) permitiu diminuir de maneira drástica o número de casos e hospitalizações por este motivo e se estão reforçando

as medidas que permitem avaliar o efeito de tal vacina. É possível que muitos países já tenham eliminado as doenças invasivas causadas pelo Hib.

### ***Completar a Agenda Inconclusa***

6. Como parte dos programas de vacinação dos Estados Membros, o uso da vacina contra a gripe sazonal vem aumentando; 36 países e territórios já aplicam a vacina contra a gripe sazonal. Com base nos ensinamentos extraídos de vacinação contra a gripe pandêmica H1N1 2009, o enfoque da vacinação dirigida a grupos de risco tem sido muito importante, em especial nas grávidas.

7. A vacinação contra a febre amarela foi mantida como uma prioridade nos Estados Membros, onde a doença é enzoótica. Em 2010, esta vacinação foi afetada pela baixa da oferta da vacina por parte dos produtores. Esta situação começou a ser corrigida em 2011 e espera-se que os Estados Membros fiquem em dia com a vacinação de suas populações de risco.

8. Cada Estado Membro elaborou um plano de ação para conseguir ou manter uma cobertura de vacinação maior ou igual a 95%, no nível municipal, bem como para fortalecer a vigilância epidemiológica. Neste esforço, tem sido fundamental o apoio técnico e financeiro da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI) e dos Centros para Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC).

9. A Semana de Vacinação nas Américas (SVA) representa uma oportunidade para manter o tema da vacinação na agenda política e social dos países, e alcançar as populações vulneráveis ou de difícil acesso. Em 2011, se realiza a 9ª SVA com o lema “Vacina à sua família, protege sua comunidade”. Outras quatro regiões da OMS levam a cabo sua própria semana de vacinação em 2011: a região da Europa realiza a 6ª edição, a região do Mediterrâneo Oriental, a 2ª, pela primeira vez, celebra-se, também, uma Semana de Vacinação nas regiões da África e do Pacífico Ocidental. A OPAS prestou apoio técnico às outras regiões por meio de oficinas, teleconferências e visitas às regiões para dividir materiais, experiências e ensinamentos. A região da Ásia Sul-Oriental se comprometeu a colocar em andamento sua própria iniciativa em 2012, o que nos aproxima à meta da declaração de uma semana mundial de vacinação.

10. O risco de reintrodução ou ressurgimento de doenças preveníveis por vacinação no Haiti está presente, especialmente ante a fragilidade sanitária gerada pelo terremoto e pelo surto de cólera de 2010, bem como o número de pessoas suscetíveis acumuladas. Diante desta situação, e sob a coordenação do Ministério de Saúde Pública e População do Haiti, a OPAS convocou outras instituições e associados para trabalharem conjuntamente no fortalecimento do programa de vacinação do Haiti.

### ***Fazer Frente aos Novos Desafios***

11. Houve avanços extraordinários na introdução de novas vacinas, o que permitiu salvar vidas e evitar gastos. Em 2010, 15 países e territórios incorporaram a vacina anti-rotavírica em seu esquema regular, 18 dispõem da vacina antipneumocócica e 5, da vacina contra o papilomavírus humano. Dezesesseis países contam com centros sentinelas de vigilância que permitirão avaliar o efeito da vacinação e detectar oportunamente mudanças no comportamento epidemiológico das doenças.

12. Por meio da iniciativa ProVac, a OPAS vem mantendo o apoio técnico aos Estados Membros em todos os aspectos referentes à tomada de decisões sobre novas vacinas e ao apoio para os aspectos relacionados com estudos econômicos.

13. Com os Estados Membros e associados técnicos, vem sendo realizados estudos para consolidar os ensinamentos extraídos na introdução de novas vacinas, de eficácia em função de investimentos, de impacto epidemiológico e de custo e vigilância de eventos adversos. Estes estudos serviram de referência em escala mundial.

14. A informação adequada e oportuna sobre a população vacinada, o alcance e as necessidades de vacina e insumos para a formulação de estratégias e sobre o planejamento operacional representa um dos grandes desafios que os programas de vacinação devem confrontar. Com o apoio da OPAS, os Estados Membros promoveram a geração de registros nominais de vacinação informatizados. Alguns países adotam, há anos, este tipo de registro; outros, estão em plena etapa de desenvolvimento e execução. Os Estados Membros se comprometeram a compartilhar experiências e trabalhar conjuntamente, o que se permite supor que a utilização dos registros nominais de vacinação informatizados será estendida na Região em curto prazo.

### ***Fundo Rotatório da OPAS para a Compra de Vacinas***

15. Ao fim de 2010, 40 Estados Membros haviam comprado vacinas, seringas e insumos por intermédio do Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas da OPAS (FR). Em 2010, o FR ofereceu 45 diferentes biológicos e o montante total de compras foi de 510 milhões de dólares.

### **Próximos Passos**

- (a) Manter a vacinação como um bem público.
- (b) Reforçar, em todos os níveis, as medidas de vigilância epidemiológica e de vacinação diante do risco de reintrodução de doenças preveníveis por vacinação já erradicadas ou eliminadas em nossa Região.

- (c) Reforçar a comunicação, informação e educação sobre o benefício das vacinas e da imunização para a população.
- (d) Continuar prestando apoio técnico aos Estados Membros da Repartição Sanitária Pan-Americana.

**Intervenção do Conselho Diretor**

16. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota do presente relatório de progresso e proporcione suas recomendações a este respeito.

**B. IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA MUNDIAL E DO PLANO DE AÇÃO SOBRE SAÚDE PÚBLICA, INOVAÇÃO E PROPRIEDADE INTELECTUAL**

17. Neste relatório de progresso se destina a oferecer uma visão integral da maneira como está sendo adaptada a *Estratégia Mundial e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual* (Resolução WHA61.21 [2008]), por meio da perspectiva regional (Resolução CD48.R15 [2008]), à Região das Américas, mencionando os principais eixos de ação, acesso, inovação e gestão dos direitos de propriedade intelectual do ponto de vista de saúde pública.

18. Os princípios que orientam a saúde pública, a inovação e os direitos de propriedade intelectual, expressos na estratégia mundial estão sendo incorporados progressivamente como parte integrante das políticas nacionais farmacêuticas, de pesquisa e de inovação. Os mecanismos de integração sub-regional como a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), o Organismo Andino de Saúde (ORAS) e o MERCOSUL (e Estados Associados) adotaram elementos da estratégia mundial.

19. Os Estados Membros continuam ocupando uma posição de liderança no debate mundial relacionado com a estratégia mundial. O grupo consultivo de especialistas sobre mecanismos de financiamento e coordenação para a pesquisa e o desenvolvimento tem sido de especial relevância. Das treze candidaturas apresentadas pelos Estados Membros da Região das Américas, o Conselho Executivo da OMS, em janeiro de 2011, incorporou quatro representantes (Argentina, Brasil, Canadá e Estados Unidos) ao grupo consultivo.

20. A vontade política e de cooperação dos Estados Membros e dos principais atores regionais foi traduzida em ações concretas de cooperação, como o trabalho em rede. A Rede de Avaliação de Tecnologias Sanitárias das Américas, criada recentemente e encabeçada pelas autoridades nacionais de saúde, reúne especialistas dos centros colaboradores e de instituições de referência da Região a fim de fortalecer a capacidade dos países para sustentar as decisões de incorporação, inovação, desenvolvimento e uso das tecnologias sanitárias nos sistemas de saúde. Por meio da lista bilíngue de distribuição eletrônica ECONMED,<sup>1</sup> as autoridades sanitárias acessam as principais informações para a gestão de tecnologias da saúde. A Rede Pan-americana para a Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (Rede PARF) reúne as autoridades reguladoras nacionais para facilitar a elaboração de normas e diretrizes reguladoras.<sup>2</sup> Os temas que essas redes abrangem são muito diversos e refletem prioridades de diferentes naturezas, que vão do uso

---

<sup>1</sup> Para consultar os documentos, comunicações e materiais públicos distribuídos pelo ECONMED, visite: [www.paho.org/econmed](http://www.paho.org/econmed).

<sup>2</sup> Para consultar a situação atual, a evolução histórica e os grupos atualmente ativos dentro da rede, visite: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1054&Itemid=513&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1054&Itemid=513&lang=es).

das plantas medicinais<sup>3</sup> à biotecnologia,<sup>4</sup> da saúde e inovação na Pan-Amazônia<sup>5</sup> à realização de ensaios clínicos de grande envergadura.

21. A Região continua a priorizar a gestão dos direitos de propriedade intelectual do ponto de vista da saúde pública. A Bolívia e o Paraguai adotaram um instrumento denominado “anuência prévia” para avaliar a solicitação de patentes. Cabe destacar a cessão por parte dos Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos de uma patente associada a um medicamento antirretroviral à carteira comum de patentes criada pelo Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID). As flexibilidades previstas no Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (ADPIC) têm sido empregadas na Região: no Equador, com a utilização de licenças obrigatórias por parte das autoridades nacionais e, na Colômbia, com o anúncio por parte do governo de sua vontade de valer-se do mecanismo de importação paralela.

22. Onze Estados Membros iniciaram uma análise dos marcos normativos e institucionais em matéria de saúde relacionados com a gestão dos direitos de propriedade intelectual. A informação coletada está sendo analisada em todos os países sob a coordenação das autoridades sanitárias a fim de melhorar a articulação do setor da saúde com outros setores na gestão dos direitos de propriedade intelectual para melhorar o acesso e a saúde.<sup>6</sup>

23. Diante da solicitação oficial dos países da Região, a OPAS contribuiu com diferentes atividades relacionadas ao comércio e ao acesso aos medicamentos essenciais, apoiando a organização de oficinas de capacitação na América Central e do Caribe, com a participação de representantes dos Ministérios da Saúde e outros atores nacionais. O Ministério da Saúde da Argentina recebeu apoio na realização de um curso de saúde pública e propriedade intelectual com o objetivo de capacitar funcionários públicos dos ministérios e dos organismos reguladores, entre outros. Ademais vem sendo acompanhada a realização de um estudo sobre as políticas farmacêuticas, a regulamentação da

---

<sup>3</sup> Informação disponível em:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1587&Itemid=513](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1587&Itemid=513).

<sup>4</sup> Para ver o plano de trabalho, os membros do grupo e as últimas publicações, visite:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1587&Itemid=513](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1587&Itemid=513).

<sup>5</sup> Para ver os objetivos e a missão da rede, consulte:

<http://panamazonica.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=19&item=4>.

<sup>6</sup> Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, México, Nicarágua, Panamá e Peru. Informações sobre o projeto e seu alcance podem ser consultadas em:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2781&Itemid=1178&limit=1&limitstart=2&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2781&Itemid=1178&limit=1&limitstart=2&lang=es).

propriedade intelectual e o acesso a medicamentos, em cooperação com a CARICOM e outros países do Caribe.<sup>7</sup>

24. O interesse renovado em impulsionar a criação de sistemas nacionais de inovação traduziu-se na participação ativa dos países e dos atores principais nos processos de consulta sobre aspectos fundamentais da implementação da estratégia mundial. A reunião sobre inovação para combater as doenças desatendidas no âmbito do Fórum Mundial de Saúde organizado em Cuba, em novembro de 2009, e a consulta realizada no Panamá em setembro de 2009<sup>8</sup> sobre a promoção da pesquisa e do desenvolvimento de produtos para a saúde, são exemplos claros desse interesse.

25. O marco normativo e o desenvolvimento de capacidades para facilitar a transferência tecnológica também foram abordados em uma consulta organizada no Uruguai, em outubro de 2010,<sup>9</sup> bem como no México, em maio de 2011, no tocante à produção de vacinas antigripais. A busca de incentivos adequados para fechar as lacunas em termos de inovação que afetam os setores mais vulneráveis da população também vem sendo objeto de atenção. A proposta da OPAS de organizar um incentivo à inovação para combater as doenças desatendidas e prioritárias despertou o interesse dos países.

26. As ações que os países estão realizando para melhorar o acesso às tecnologias sanitárias se baseiam no princípio de integrar as intervenções em acesso e em inovação, por exemplo:

- (a) integração dos sistemas de fornecimento em El Salvador e na República Dominicana;
- (b) ampliação e aumento da eficiência do financiamento público de medicamentos por meio do programa Farmácia Popular no Brasil;
- (c) aumento da transparência dos mercados farmacêuticos com a criação e uso dos bancos de preços para apoiar as compras públicas de medicamentos no MERCOSUL, América Central, Peru e Colômbia;
- (d) avaliação dos mecanismos vigentes em matéria de regulamentação sanitária no México por intermédio da Comissão Federal para a Proteção contra Riscos Sanitários (COFEPRIS) e, especificamente, do sistema de vinculação entre patentes

---

<sup>7</sup> O relatório sobre a situação regulatória, a gestão da propriedade intelectual e o acesso aos medicamentos nos países da CARICOM (e na República Dominicana) encontra-se em fase de revisão por parte dos órgãos pertinentes da CARICOM.

<sup>8</sup> Um resumo da reunião pode ser consultado em:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=8796&Itemid](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8796&Itemid).

<sup>9</sup> Um resumo da Reunião Internacional sobre Transferência Tecnológica e Inovação em Saúde nas Américas pode ser consultado em:

[http://new.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&task=view&id=245&Itemid=230](http://new.paho.org/uru/index.php?option=com_content&task=view&id=245&Itemid=230).

- e medicamentos com a finalidade de conseguir o acesso a medicamentos e sua disponibilidade no mercado;
- (e) promoção do uso racional com a criação de programas nacionais multidisciplinares nas Bahamas, Bolívia, Nicarágua e Paraguai;
  - (f) apoio do Fundo Rotativo Regional para Fornecimentos Estratégicos de Saúde Pública aos países da América Central na negociação e compra conjunta de medicamentos de alto custo a fim de melhorar o acesso a esses insumos; e
  - (g) fortalecimento da capacidade reguladora a fim de garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos em países do Caribe, Colômbia, Cuba, Honduras, Panamá e Peru.

27. A Região conta hoje com quatro autoridades reguladoras de referência (Resolução CD50.R9 [2010]) para fortalecer a capacidade e as funções reguladoras nos Estados Membros.

28. A integração das múltiplas iniciativas e áreas de trabalho estabelecidas pela estratégia mundial pressupõe desafios importantes. Contar com um espaço participativo de informações confiáveis e pertinentes facilitará o fortalecimento das capacidades necessárias para levar adiante todas as atividades que compreendem os processos de inovação para a saúde, bem como de a melhoria no acesso. Por isso, a OPAS, em cooperação com os Estados Membros, com os organismos internacionais e com os atores pertinentes, está desenvolvendo uma plataforma regional de acesso e inovação para a saúde.<sup>10</sup> Essa plataforma servirá como instrumento integrador e canal para promover a cooperação, o trabalho em rede, a transparência e o fluxo de informações necessárias para promover a orientação, a inovação, o acesso e o uso racional na área das tecnologias da saúde, assim como o intercâmbio sobre iniciativas contempladas na estratégia mundial.

29. Os Estados Membros da OPAS demonstraram um compromisso importante com a implementação da estratégia de forma integral. O 49.º Conselho Diretor da OPAS contribuiu com ferramentas complementares, com a adoção da *Política de Pesquisa em Saúde* (Resolução CD49.R10 [2009])<sup>11</sup> e com a Resolução CD49.R19<sup>12</sup> (2009) sobre a eliminação das doenças desatendidas e outras infecções relacionadas com a pobreza.

---

<sup>10</sup> Disponível em:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2168&Itemid=1178&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2168&Itemid=1178&lang=es).

<sup>11</sup> A Resolução CD49.R10 (2009), *Política de pesquisa em saúde*, [Internet] está disponível em:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=3093&Itemid](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3093&Itemid).

<sup>12</sup> A resolução CD49.R19 (2009), *Eliminação das Doenças Desatendidas e Outras Infecções Relacionadas com a Pobreza* [Internet] está disponível em:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=3125&Itemid](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3125&Itemid).

**Intervenção do Conselho Diretor**

30. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota do presente relatório de progresso e apresente suas recomendações a este respeito.

## **C. AVANÇOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA CONVENÇÃO-QUADRO DA OMS PARA O CONTROLE DO TABACO**

### **Antecedentes**

31. O objetivo deste Relatório de Progresso é oferecer uma atualização sobre os avanços obtidos com relação às medidas de controle do tabaco na região das Américas, no contexto da Resolução CD48.R2 (2008) do 48º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (1) e da Resolução CD50.R6 (2010) do 50º Conselho Diretor da OPAS (2).

### **Relatório de Progresso**

32. São Vicente e Granadinas (outubro de 2010) e São Cristóvão e Névis (junho de 2011) ratificaram a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT). Com isso, há, agora, um total de 29 Estados integrantes (83% do total dos Estados Membros da OPAS).

33. El Salvador, México e Panamá aumentaram os impostos de tabaco, porém, estes ainda não representam 75% do preço de venda a varejo, meta atingida por apenas dois países (Argentina e Chile).

34. Onze países contam com legislação nacional (ou subnacional, a qual abrange mais de 90% da população), pela qual fumar é proibido em todos os lugares fechados, seja em lugares públicos ou de trabalho, sem exceção. Argentina, Barbados, Honduras e Venezuela são os quatro novos países que se juntaram ao Canadá, à Colômbia, à Guatemala, ao Panamá, ao Peru, às ilhas Trinidad e Tobago e ao Uruguai. Para um país (Paraguai), registrou-se um retrocesso ao ser anulado um decreto sobre este tema devido a um processo movido pela indústria do tabaco<sup>13</sup>.

35. Dezesesseis países contam com regulamentações sobre o empacotamento e a rotulagem de produtos do tabaco que são consistentes com a CQCT, contudo dois desses não incluem imagens nas advertências. Argentina, Honduras e Nicarágua são os novos países que se juntaram ao grupo. Para o Paraguai, registrou-se um retrocesso ao ser anulado o decreto sobre este tema devido a um processo movido pela indústria do tabaco. A data final para a aplicação do Artigo pertinente da CQCT, para doze países<sup>14</sup>, é fins de 2011.

---

<sup>13</sup> As Assembléias Legislativas do Equador e de El Salvador aprovaram leis que estabelecem ambientes 100% livres de fumaça do tabaco em conformidade com a CQCT da OMS, mas, até a data de fechamento deste relatório (11 de julho de 2011), os Presidentes da República dos Estados Membro correspondentes não as assinaram e o prazo para isso (ou para seu veto) ainda não venceu.

<sup>14</sup> As Assembleias Legislativas do Equador e de El Salvador aprovaram leis que estabelecem advertências sanitárias em conformidade com a CQCT da OMS, mas, até a data de fechamento deste relatório (11 de

36. Embora Honduras e Nicarágua tenham aprovado restrições parciais de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, e a Argentina tenha se juntado ao grupo de países com amplas restrições, os dois únicos países com uma proibição total continuam sendo a Colômbia e o Panamá<sup>15</sup>. A data final para a aplicação do Artigo pertinente da CQCT, para vinte países, é fins de 2011.

37. Nos últimos anos, observou-se um aumento no número e na agressividade das medidas empreendidas pela indústria do tabaco contra as políticas de controle do tabaco. Quanto a este tema, a OPAS, no contexto do Artigo 5(3) da CQCT, colabora estreitamente com organizações da sociedade civil para oferecer assistência técnica imediata e adequada aos Estados Membros.

38. Quanto aos temas transversais de gênero e direitos humanos, a OPAS, em cooperação com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), continua fortalecendo o Sistema de Vigilância Mundial do Tabaco, mediante a utilização de um protocolo padronizado que permite dispor de informação separada por sexo em todos os componentes do Sistema. Além disso, ofereceu assistência técnica para a aplicação das medidas de controle do tabaco com um enfoque nos direitos humanos. Isto tem sido particularmente pertinente para apoiar a neutralização da interferência da indústria do tabaco, que procura opor-se às medidas favoráveis aos ambientes livres de fumaça.

### **Medidas para Melhorar a Situação**

39. O tema do controle do tabaco deve continuar sendo uma prioridade, já que a implementação completa da CQCT permitirá manter a saúde das pessoas e salvar inúmeras vidas, não só em longo prazo, como, também, em curto prazo, como demonstram os estudos revelando uma significativa redução na incidência de infarto agudo miocárdio depois que políticas voltadas para ambientes livres de fumaça do tabaco foram aplicadas.

40. Levando em consideração que 80% dos Estados Membros estão legalmente vinculados à Convenção, é fundamental estimular a inclusão do tema do controle do tabaco nos planos de cooperação com os países, bem como estimular a utilização do mecanismo de colaboração horizontal, mediante a cooperação técnica entre os países.

---

julho de 2011), os Presidentes da República dos Estados Membro correspondentes não as assinaram e o prazo para isso (ou para seu veto) ainda não venceu.

<sup>15</sup> As Assembleias Legislativas do Equador e de El Salvador aprovaram leis que estabelecem uma proibição ampla de publicidade, promoção e patrocínio em conformidade com a CQCT da OMS, mas, até a data de fechamento deste relatório (11 de julho de 2011), os Presidentes da República dos Estados Membro correspondentes não as assinaram e o prazo para isso (ou para seu veto) ainda não venceu.

41. É necessário desempenhar uma função mais ativa no nível nacional para facilitar o estabelecimento ou fortalecimento de unidades coordenadoras e de unidades técnicas responsáveis pelo tema do controle do tabaco.

42. As ações da indústria do tabaco, geralmente, requerem medidas rápidas e coordenadas entre os Estados Membros da OPAS/OMS. A Organização deve divulgar amplamente as diferentes formas de cooperação técnica disponíveis para todos os casos, além de fomentar a coordenação com outros agentes do governo e da sociedade civil para otimizar as intervenções. Neste sentido, é indispensável que o apoio aos governos se sujeitando a ações por parte da indústria seja coordenado pela Organização e que se promova a troca de experiências entre os Estados integrantes.

43. Recomenda-se que o tema do controle do tabaco seja incluído como um componente de projetos mais amplos, já que muitas áreas, como a das doenças crônicas não transmissíveis, da saúde materno-infantil, e outras, poderiam se beneficiar, ao mesmo tempo que ajudariam na mobilização de novas fontes de financiamento. Ademais, é importante continuar e aprofundar a inclusão, na agenda de controle do tabaco, da perspectiva de gênero e de direitos humanos e da proteção à saúde de âmbito trabalhista.

### **Intervenção do Conselho Diretor**

44. Solicita-se ao Conselho Diretor que observe este relatório de progresso e estabeleça que a apresentação deste relatório seja realizada a cada dois anos coincidindo com o final do biênio.

### **Referências**

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco: Oportunidades e Desafios para sua Implementação na Região das Américas [online]. 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), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2008 (Resolução CD48.R2) [acessado no dia 22 de março de 2011]. Disponível em:  
<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r2-s.pdf>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Fortalecimento da Capacidade dos Estados Membros para Implementar as Disposições e Diretrizes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco [online]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 27 de setembro a 1 de outubro de 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2010 (Resolução CD50.R6) [acessado no dia 22 de março de 2011]. Disponível em:  
[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=8951&Itemid](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8951&Itemid).

## **D. IMPLANTAÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL**

### **Introdução**

45. A finalidade deste relatório é prestar contas sobre o progresso alcançado pelos Estados Membros da Região das Américas e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no cumprimento de suas obrigações e compromissos na execução do Regulamento Sanitário Internacional desde a emissão do último relatório ao 50º Conselho Diretor em 2010 (Documento CD50/INF/6).

### **Promover Parcerias Regionais e Globais**

46. Os Estados Partes gradualmente incorporam e acolhem o espírito das Regulamentações em termos de transparência, responsabilidade compartilhada e apoio mútuo, motivados também por mecanismos e iniciativas sub-regionais de integração. Em reconhecimento aos benefícios desta abordagem, a OPAS continua a promover e colaborar com tais mecanismos e iniciativas. Além disso, a Organização continua a fortalecer a colaboração com outras organizações internacionais e instituições técnicas identificadas como fundamentais para a implantação das Regulamentações.

### **Fortalecer o Aspecto de Prevenção de Doenças no Âmbito Nacional, a Vigilância, os Sistemas de Controle de Respostas, além da Segurança da Saúde Pública em Condições de Viagens e Transportes**

47. Os Planos Nacionais de Ação da RSI (PNS) são as pedras fundamentais da execução do RSI no âmbito nacional. Dos 28 Estados Partes que desenvolveram seus PNS, ao menos 10 calcularam os custos de implantação. O apoio específico a cada país proporcionado pela OPAS para a execução dos PNS inclui: (a) finalização e ajuste do PNS; (b) fortalecimento do Escritório do Ponto Focal Nacional (PFN) da RSI através do desenvolvimento de normas de procedimento operacional, treinamento no uso do anexo 2 das Regulamentações, visitas de estudo ao Ponto de Contato da RSI da OMS para a Região na própria sede da OPAS, além da introdução da plataforma de TI para administração de eventos, com apoio dos Ministérios da Saúde do Brasil e Chile; (c) treinamento em Pronto Atendimento; e (d) treinamento em competências para epidemiologia de campo.

48. A OPAS apoiou missões aos países para facilitar a implantação dos dispositivos da RSI em pontos de fronteira fiscalizados. Foram visitados especialmente os países envolvidos no processo de designação portuária. O objetivo é promover interações intersetoriais entre saúde pública e autoridades portuárias. Além disso, outros ministérios (por exemplo, ministérios dos transportes e o da defesa) participaram das atividades, realçando a importância da integração das funções de saúde pública e favorecendo uma

abordagem econômica à designação de fronteiras fiscalizadas. Com o apoio do Governo da Espanha, a OPAS facilitou a tradução de documentos fundamentais sobre a implantação da RSI em pontos de fronteira fiscalizados.

49. Os Estados Partes se comprometeram com capacitar as principais áreas de vigilância e resposta, inclusive nos postos de fronteira fiscalizados, até junho de 2012. Porém, a previsão é de que nem todos os países da região cumpram o prazo estabelecido. Este prazo deve ser considerado como uma meta, fixada para manter a sinergia do processo, representando um passo no processo contínuo de alcance da sustentabilidade e de preparação. Com isso, países adaptam para si as lições aprendidas e as melhores práticas estabelecidas por meio de bases científicas.

### **Fortalecer os Sistemas Regionais e o Global de Alerta da OPAS/OMS**

50. A OPAS cumpriu com suas obrigações, atuando como Ponto de Contato da RSI da OMS para a Região das Américas. Sua participação facilita o processo de administração de eventos de saúde pública: detecção de risco, avaliação de riscos, resposta e comunicação de risco. De 1º de janeiro a 3 de novembro de 2010, um total de 110 eventos de saúde pública com potencial interesse internacional foram detectados e avaliados. A comprovação foi solicitada e obtida com base no PFN em 60 dos 110 eventos registrados.

51. A OPAS apoiou as autoridades nacionais em suas iniciativas de atuação durante um surto nosocomial de peste pulmonar ocorrido em um foco conhecido desta peste no Peru em agosto de 2010. Além disso, a OPAS apoiou o Haiti e a República Dominicana após a reintrodução da cólera no Haiti em outubro de 2010. Mais de 100 especialistas foram mobilizados para participar das medidas de combate à cólera, inclusive aqueles mobilizados através da Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos Epidêmicos (GOARN). Dentre as instituições e governos que contribuíram substancialmente para a resposta estão os Centros para Controle e Prevenção de Doenças, EUA; a Agência de Saúde Pública do Canadá; o Centro Europeu para o Controle e Prevenção de Doenças; o Institut de Veille Sanitaire, França; os Ministérios da Saúde do Brasil, Peru e Espanha, bem como o Governo de Cuba que mobilizou um efetivo de 1.500 profissionais de saúde para fortalecer sua presença já substancial. A Argentina, o Brasil, o Equador e o Peru também contribuíram com efetivo.

### **Manter os Direitos, as Obrigações e os Procedimentos bem como Conduzir Estudos e Monitorar o Progresso**

52. A revisão e/ou emenda do quadro normativo nacional para assegurar a compatibilidade e uniformidade com os dispositivos da RSI continuam a ser um desafio na América Central e no Caribe.

53. Em 2010, todos os Estados Partes da região, com exceção de cinco, confirmaram ou atualizaram as informações detalhadas para contato do PFN. Desde 31 de janeiro de 2011, a Lista de Especialistas da RSI inclui 75 nomes da Região das Américas.

54. A partir de 31 de janeiro de 2011, 379 portos foram autorizados a emitir Certificados Sanitários para Embarcações em 17 Estados Partes na Região das Américas. A lista dos portos autorizados é regularmente atualizada e colocada on-line.<sup>16</sup>

55. Em 2010, oito Estados Partes da Região informaram a OMS sobre suas exigências de vacinação para viajantes. A informação foi incluída na edição de 2011 da publicação da OMS *Viagem e Saúde Internacional*.<sup>17</sup>

56. Apesar de a RSI sinalizar o compromisso dos Estados Partes para com o fortalecimento da capacidade de vigilância e resposta enquanto asseguram responsabilização<sup>18</sup> mútua, até o momento não há obrigações jurídicas relativas ao formato do relatório anual a ser adotado pelos Estados Partes para informar a Assembléia Mundial da Saúde (AMS). Cientes de que o Artigo 54 determina que o monitoramento da execução da RSI deve abarcar as Regulamentações como um todo, no período entre 2007 e 2009 várias ferramentas de monitoração, principalmente aquelas que se concentram nas capacidades centrais, foram criadas em todo o mundo, inclusive na Região. Portanto, durante a Sexagésima Quinta AMS foram oferecidas opções quanto ao formato do relatório. O objetivo foi facilitar o cumprimento das obrigações por parte dos Estados Partes. Os países membros da União de Nações Sul-Americanas (UNASUR) concordaram em maio de 2011 em usar um conjunto de ferramentas criadas e validadas dentro da estrutura de Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL) para informar a Sexagésima Quinta AMS.

### **Comitê de Análise da RSI**

57. O Comitê<sup>19</sup> de Análise da RSI foi convocado em conformidade com a Resolução WHA61.2 (2008) após a proposta do diretor-geral, apresentada ao 126º Conselho Executivo para examinar o funcionamento da RSI durante a pandemia (H1N1) de 2009. Os resultados principais, as recomendações e as conclusões do Comitê de Análise foram apresentados na Sexagésima Quarta AMS no Relatório do Comitê de Análise sobre o

---

<sup>16</sup> Disponível pelo site [http://www.who.int/ihr/ports\\_airports/portslanding/en/index.html](http://www.who.int/ihr/ports_airports/portslanding/en/index.html).

<sup>17</sup> OMS. “Viagem e Saúde Internacional”, Edição 2011, <http://www.who.int/ith/en/>

<sup>18</sup> Global Health Security and the International Health Regulations. Andrus JK, Aguilera X, Oliva O, Aldighieri S. BMC Public Health. 2010 Dec 3;10 Suppl 1:S2.

<sup>19</sup> Informações sobre o Comitê de Análise da RSI estão disponíveis pelo endereço: [http://www.who.int/ihr/review\\_committee/en/index.html](http://www.who.int/ihr/review_committee/en/index.html).

Funcionamento do Regulamento Sanitário Internacional (2005) em Relação à Pandemia (H1N1) de 2009 (doravante denominado “Relatório Final”).<sup>20</sup>

58. As três conclusões de cunho amplo, oferecidas pelo Comitê de Análise no seu Relatório Final, indicam que: (a) a RSI contribuiu para o aprimoramento da preparação mundial para enfrentar as emergências de saúde pública. Isso se verifica embora as capacidades centrais exigidas no anexo 1 da RSI ainda não estejam plenamente operacionais em todos os níveis do sistema público de saúde e não se encontrem encaminhadas para que a implantação mundial ocorra de maneira tempestiva; (b) a OMS apresentou bom desempenho sob diversos ângulos durante a pandemia, enfrentou dificuldades sistêmicas e demonstrou algumas deficiências. O Comitê de Análise não identificou nenhuma evidência de conduta imprópria; e, (c) o mundo se encontra mal preparado para reagir a uma pandemia grave de influenza ou qualquer evento global similar de saúde pública. Além do estabelecimento das capacidades centrais, diferentes fatores talvez ajudem a impulsionar a preparação no âmbito global.

59. Através da Resolução AMS 64.1, a Assembléia instou os Estados Membros a apoiarem a implantação das recomendações contidas no Relatório Final do Comitê<sup>21</sup> de Análise da RSI.

---

<sup>20</sup> OMS. 64<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, Resolução A64/10, 2011, “Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009”, [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf).

<sup>21</sup> OMS. 64<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, Resolução WHA 64.1, 2011, [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_R1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R1-en.pdf).

## **E. RELATÓRIO SOBRE O CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO RELACIONADOS COM A SAÚDE NA REGIÃO DAS AMÉRICAS**

### **Introdução**

60. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM),<sup>22</sup> fixados em 2000 pelos 189 países-membros das Nações Unidas mediante a Declaração do Milênio, foram reafirmados na Cúpula de 2010. Os Estados-Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) expressaram seu compromisso claro no sentido de alcançar as metas fixadas visando a cumprir os [ODM](#), com a convicção de que a saúde é parte essencial do desenvolvimento social, econômico e político. A Organização considerou que a melhor maneira de avançar rumo a essas metas é fortalecer a equidade em matéria de saúde, tanto entre os países como dentro deles, dando prioridade às zonas e grupos vulneráveis, assim como às populações que vivem na pobreza. Os ODM e suas metas conexas são dimensões essenciais do compromisso da [OPAS](#) com as políticas de saúde com resultados quantificáveis.

61. O presente relatório baseia-se nos compromissos assumidos durante o 45º Conselho Diretor, realizado em 2004, que adotou a resolução [CD45.R3](#), relacionada com os ODM e as Metas de Saúde ([CD45/8](#)); o relatório da Assembleia Mundial da Saúde [A63/7](#) (2010) e a resolução [WHA63.15](#) (2010); a resolução da Cúpula do Milênio, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas ([A/RES/65/1](#) [2010]), no que se refere à Região das Américas; além disso, propõe ações estratégicas para os próximos quatro anos.

### **Antecedentes**

62. Em 2010, cumpriu-se um quarto do prazo fixado para a consecução dos ODM: 1990-2015. Embora a Região das Américas pareça estar a caminho de cumprir os ODM em matéria de saúde, é importante reconhecer que a média regional tende a ocultar grandes disparidades entre os países e dentro deles; além disso, o ritmo no qual se alcançam as metas é diferente para cada país, independentemente de seu nível de desenvolvimento.

63. De acordo com estimativas da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe ([CEPAL](#)), entre 2003 e 2008 a proporção de pessoas que vivem em condições de pobreza na região da América Latina e Caribe diminuiu 11 pontos percentuais, ao passar de 44% para 33%; de igual maneira, a proporção de pessoas que vivem em condições de

---

<sup>22</sup> São oito objetivos de desenvolvimento humano referentes à erradicação da pobreza, educação primária universal, igualdade entre os gêneros, redução da mortalidade infantil, melhora da saúde materna, controle da infecção pelo HIV/AIDS, malária e outras doenças, sustentabilidade do meio ambiente e estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento.

extrema pobreza reduziu-se de 19% para 13%. Mesmo com estes avanços, calcula-se que, em 2008, 180 milhões de pessoas viviam em condições de pobreza e 71 milhões viviam em condições de extrema pobreza. Por esta razão, no [Relatório Interinstitucional dos ODM](#) decidiu-se ressaltar três aspectos da igualdade: a igualdade de direitos, a redução das lacunas e o bem-estar das gerações futuras, mediante um desenvolvimento sustentável (I–2).

64. A partir da aprovação da resolução [CD45.R3](#) em 2004, os países executaram atividades com o apoio das diferentes Áreas Técnicas da Organização, enfatizando a medição, a qualidade e o monitoramento do avanço para a consecução das metas. Além disso, os países se comprometeram, através de diversos documentos, com o seguinte:

- (a) diminuir as desigualdades subnacionais (em 2006 [CD47/INF/2](#), [CD47/INF/1](#) e em 2007 [CSP27/14](#));
- (b) reduzir a pobreza e a fome (RIMSA [CD46/14](#) [2005], [CD48/19, Rev. 1](#) [2008]);
- (c) melhorar a nutrição (em 2006 [CD47/18](#), [CD47.R8](#) e em 2009 [CD49/23, Rev.1](#));
- (d) reduzir a iniquidade de gênero ([CD46/12](#) [2005]);
- (e) reduzir a mortalidade infantil (em 2006 [CD47/12](#), [CD47/11, Rev. 1](#), [CD47.R19](#), [CD47.R10](#), e em 2008 [CD48/7](#), [CD48.R4, Rev. 1](#));
- (f) melhorar a saúde materna ([WHA55.19](#)<sup>23</sup> [2002] e [A57.13](#) [2004]);
- (g) combater a infecção pelo HIV/AIDS (em 2005 [CD46/20](#) e [CD46.R15](#)), a malária ([CD46/17](#) [2005], e em 2007 [CSP27/9](#) e [CSP27.R11](#)); a tuberculose (em 2005 [CD46/18, Rev. 1](#) e [CD46/R12](#)).
- (h) impulsionar o desenvolvimento sustentável (em 2008 [CD48/16](#), [CD48/16, Add.II](#) e em 2010 [CD50/19](#), [CD50/19, Add. I](#) e [CD50/19, Add. II](#));
- (i) fortalecer os sistemas de saúde baseados na atenção primária e em resposta aos determinantes de saúde (em 2008 [CD48/14, Rev. 1](#), [CD48/14, Add. II](#) e em 2009 [CD49.R22](#));
- (j) fortalecer as estatísticas vitais e de saúde ([CD48/9](#) [2008], [CD49/16](#) [2009], em 2007 [CSP27/13](#), [CSP27.R12](#) e [CD50/INF/6](#) [2010]).

65. Este relatório de progresso baseia-se nos dados proporcionados pelos Estados-Membros e publicados anualmente pela OPAS no âmbito da [Iniciativa Regional de Dados Básicos e Perfis de Saúde](#) ([CD45/14](#) [2004] e [CD50/INF/6](#) [2010]), e nos dados gerados no âmbito mundial pelo grupo interinstitucional das Nações Unidas responsável pelo acompanhamento dos ODM, que refletem cifras padronizadas baseadas em projeções de população ou dados ajustados (I–3).

---

<sup>23</sup> No momento este documento encontrava-se disponível somente em inglês.

### **Análise da Situação Atual**

66. O grau de avanço na consecução dos ODM varia de um país a outro e para cada meta.

67. Para os fins deste relatório, considerou-se tanto a informação proporcionada pelos países (denominada OPAS), proveniente dos registros rotineiros e de cálculos gerados pelo próprio país, como as estimativas proporcionadas pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL/CELADE), responsável pelo grupo interinstitucional<sup>24,25,26,27</sup>

68. Realizou-se uma análise com informação para o período compreendido entre 1990 e 2009, que equivale a 76% do prazo comprometido para alcançar os ODM. Os problemas que incidem no uso da informação proveniente dos sistemas rotineiros são, principalmente, a falta de cobertura do numerador e/ou do denominador dos indicadores. Isto obriga o uso de cálculos elaborados pelos países e organismos internacionais, que nem sempre coincidem.<sup>28</sup>

69. O ODM 4 foi analisado com os dados da OPAS, através da mortalidade das crianças menores de um ano, já que neste grupo de idade ocorrem 80% dos óbitos dentro do grupo de menores de cinco.

70. A **mortalidade infantil** continua diminuindo na Região. Em 1990, a taxa de mortalidade infantil (TMI) foi de 42 por 1.000 nascidos vivos (NV) na América Latina e Caribe e de 19 por 1.000 NV em 2009, isto é, uma redução de 55%, e uma média anual de redução de 2,9% (4). Calcula-se que em 2009 ocorreram 199 mil óbitos infantis nas

---

<sup>24</sup> Organização Pan-Americana da Saúde. Informação e análise de saúde: situação da saúde nas Américas: indicadores básicos de 2004 a 2010. Washington (D.C.), EUA.

<sup>25</sup> Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe/Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia. Taxas de mortalidade infantil estimadas segundo quinquênios. Países da América Latina 1950-2050 [Internet]. CEPAL/CELADE. Santiago do Chile, Chile (consultado em 1º de novembro de 2010). Disponível em: [http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm).

<sup>26</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards millennium development goal 4 [Internet]. IHME; 2010 [consultado em 1º de novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/resources/datasets/2010/mortality/results/child/child.html>

<sup>27</sup> United Nations Children's Fund/World Health Organization/World Bank/United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation: Trends in infant mortality rates (1960-2009) [Internet]. IGME; 2010 [consultado em 1º de novembro de 2010]. Disponível em: [http://www.childinfo.org/mortality\\_imrcountrydata.php](http://www.childinfo.org/mortality_imrcountrydata.php).

<sup>28</sup> A OPAS está executando uma estratégia para fortalecer as estatísticas vitais e de saúde (CD48/9 [2008]) que compreende dois componentes: a) o trabalho com os países para fortalecer e melhorar a produção estatística; b) a coordenação com organismos internacionais para evitar duplicações e o uso de técnicas ou hipóteses diferentes ao calcular os indicadores.

Américas. Entre as medidas de saúde pública que contribuíram para esta diminuição encontram-se: o avanço da estratégia de atenção primária à saúde, de alto impacto e baixo custo; os programas universais e gratuitos de vacinação rotineira; a terapia de reidratação oral; o controle do crescimento e desenvolvimento das crianças; o aumento da cobertura de serviços básicos, especialmente de água potável e saneamento; o melhoramento dos níveis educacionais da população, em especial das mulheres; a queda da fecundidade e a diminuição da pobreza.<sup>29</sup> Cabe assinalar que na Região existe uma grande heterogeneidade entre os países e entre grupos de população e territórios dentro dos países.

71. Com base nas cifras oficiais que a OPAS recebe de seus países-membros, as TMI mais baixas são observadas no Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos da América e Uruguai (entre 6 e 10 por mil NV, dependendo da série utilizada); Bolívia e Haiti apresentam os níveis mais altos (entre 50 e 80 por mil NV, segundo a série), valores oito vezes maiores que nos países com as taxas mais baixas.

72. Nos países do Caribe (anglófonos e francófonos) as séries são mais instáveis, por se tratar de populações pequenas, e sua situação é mais homogênea que nos países latino-americanos. Os Departamentos Franceses da América (Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica) e Anguila apresentam as menores TMI (menos de 10 por mil NV), enquanto Guiana, Suriname e Trinidad e Tobago mostram as taxas mais elevadas da sub-região (entre 40 e 20 por mil, segundo diferentes estimativas).

73. A **mortalidade materna** diminuiu na Região, mas com diferentes tendências nos países. Em 1990, a razão de mortalidade materna (RMM) foi de 140 por 100.000 nascidos vivos na América Latina e no Caribe e 84 em 2008, uma redução de 40%, com uma média anual de redução de 3% desde 1990. Calcula-se que em 2008 ocorreram 10.242 óbitos maternos nas Américas (5).

74. Com base nas cifras oficiais que a OPAS recebe de seus países-membros, analisou-se a variação porcentual na RMM, tomando como base a RMM disponível em 2000 e comparando-a com a mais recente disponível entre os anos 2005 e 2009. Se um país não contava com a RMM de 2000, utilizava-se alternativamente a de 1999 ou a de 2001.

---

<sup>29</sup> Esta asseveração se sustenta também no parágrafo 4 deste mesmo documento. Em 1990 havia 200 milhões de pobres e 93 milhões de pessoas vivendo em extrema pobreza; em 2007 eram 184 milhões de pobres e 68 milhões em extrema pobreza. Em 2008, com a crise dos alimentos, a pobreza diminuiu para 180 milhões, mas a extrema pobreza aumentou para 71 milhões. Portanto, de acordo com os dados de 2008 da CEPAL, aumentou o número de pessoas que vivem em condições de extrema pobreza, porém também se pode dizer que a pobreza diminuiu desde 1990 (em 11 pontos percentuais e em 20 milhões de pessoas).

75. Esta tendência à diminuição é observada em 15 países da Região, com diferentes progressos, variando de -2,9% a -44,3%. Por outro lado, há países que relataram aumentos até 2008, devidos, em boa medida, à melhoria da vigilância dos óbitos maternos, como, por exemplo, a maior captação das causas indiretas de óbito observada no Canadá, Estados Unidos e República Dominicana. É importante destacar que para 2009 prevê-se um aumento da mortalidade materna em alguns países devido à epidemia de A (H1N1) 2009.

76. É importante notar que em vários países a ampliação da cobertura da atenção pré-natal, a atenção ao parto por pessoal capacitado, o acesso e uso de anticoncepcionais e a intensificação da vigilância da mortalidade materna são estratégias que estão contribuindo para sua diminuição. Não obstante, embora o indicador de mortalidade materna tenha melhorado, a análise é dificultada pela escassez de informação nas séries, seja pelos tamanhos populacionais ou pela pouca disponibilidade de fontes que cubram todos os anos previstos para a análise do ODM. É importante destacar que a redução da mortalidade materna continua sendo uma tarefa pendente e que grande parte dos países da Região não conseguirá atingir a meta no prazo fixado.

77. Quanto ao cálculo do número de novas infecções pelo **HIV** nos países da Região, observa-se em geral uma diminuição na morbidade, com diferentes tendências na mortalidade (6). Em 2009, cerca de 7% do total de novas infecções pelo HIV no âmbito mundial, isto é, 179.000 casos, corresponderam à Região; destes, 92.000 ocorreram na América Latina, 70.000 na América do Norte e 17.000 no Caribe (3). A responsabilidade pelo acompanhamento das metas 6A e 6B corresponde ao UNAIDS.

78. No âmbito mundial a epidemia ainda não foi detida nem tampouco revertida; no entanto, em algumas regiões começamos a notar uma estabilização da epidemia. No continente americano, a epidemia continua se concentrando em homens que têm relações sexuais com homens, trabalhadores e trabalhadoras sexuais, assim como em grupos de pessoas que usam drogas injetáveis. Segundo o Relatório de Progresso 2010 da OMS, UNAIDS e UNICEF, entre os países de renda baixa ou média, em 2009, a América Latina e o Caribe representavam a região com maior cobertura de tratamento antirretroviral, com 50% de cobertura, acusando um aumento de 2% em comparação com 2008. No caso das crianças menores de 15 anos, esta cobertura de tratamento antirretroviral subiu de 40% para 58%, de 2005 a 2009. De 2005 a 2009, a cobertura de profilaxia antirretroviral em mulheres grávidas na América Latina e no Caribe cresceu de 43% para 54% e em crianças nascidas de mulheres com infecção pelo HIV passou de 39% a 48% (6).

79. No período 2000-2009, a Região notificou 52% de redução na morbidade por **malária** e 61% de diminuição na mortalidade por esta causa; dos 21 países com malária endêmica, 18 conseguiram diminuí-la até 2009, sendo que nove registraram reduções acima de 75% e em cinco as diminuições foram superiores a 50%. A partir de 2005, houve uma diminuição sustentada da transmissão nas Américas (7).

80. Com respeito à **tuberculose**, há avanços em 23 países da Região. Não obstante, a resistência a múltiplos medicamentos continua sendo um desafio. O relatório da OMS sobre controle da tuberculose (que reúne dados notificados pelos países da Região) correspondente a 2010 assinala uma taxa de diminuição anual da incidência por tuberculose nas Américas de 4%, sendo a Região que registrou a maior queda no âmbito mundial. Ao mesmo tempo, a Região das Américas já alcançou as metas propostas para 2015 de redução de 50% nas taxas de prevalência e mortalidade por tuberculose (8).

81. Quanto ao **acesso sustentável à água potável**, a responsabilidade no Grupo Interinstitucional recai no UNICEF e na OMS, organismos que, através do Programa Conjunto de Acompanhamento (Joint Monitoring Program, JMP) utilizam informação baseada em pesquisas domiciliares e censos, com definições padronizadas para assegurar a comparabilidade no tempo e entre países. No âmbito regional, de acordo com os dados do JMP disponíveis para 2008, registra-se 93% de acesso a fontes melhoradas de água (97% nas zonas urbanas e 80% nas zonas rurais). O desafio é maior entre os habitantes dos quintis de renda mais baixa. O JMP melhorará o trabalho de acompanhamento mediante a discriminação dos dados, com o que se esclarecerão as definições das fontes de acesso à água melhorada e se prestará maior atenção à medição da qualidade da água. Iniciou-se a elaboração de indicadores posteriores a 2015 sobre o direito à água potável e saneamento, declarado recentemente como um direito humano pela Assembleia Geral das Nações Unidas (9).

82. Quanto ao **saneamento básico**, de acordo com dados referentes a 2008 emitidos pelo JMP, na Região a cobertura de saneamento básico melhorou 80%. Nas zonas rurais, esta cobertura é de somente 55%; por isso, é necessário seguir impulsionando este serviço nas zonas rurais e periurbanas. Além disso, deve-se avançar em matéria de qualidade do serviço, redução dos serviços de saneamento não melhorados e defecação ao ar livre, assim como no tratamento das águas servidas urbanas (9). O desafio é maior entre os habitantes dos quintis de renda mais baixa (2).

### **Proposta**

83. Para atingir as metas, é necessário: a) garantir o esforço solidário entre os países da Região, considerando que alguns países deverão imprimir maior celeridade às ações; b) manter a liderança dos Estados-Membros com a assistência técnica da OPAS para o acompanhamento e a cooperação técnica a fim de melhorar o desempenho dos sistemas de saúde; e c) fortalecer os sistemas nacionais de informação em saúde para dispor de dados cada vez mais válidos, confiáveis e oportunos provenientes de seus sistemas usuais.

84. Os países serão solicitados a continuar com as seguintes linhas estratégicas para a consecução dos ODM: a) revisão e consolidação dos sistemas de informação; estabelecimento de registros nominais que permitam avaliar as lacunas de cobertura. Além disso, serão utilizados recursos tecnológicos para estabelecer um sistema integrado

destinado à tomada oportuna de decisões; b) fortalecimento dos sistemas baseados na Atenção Primária à Saúde (APS). Propõe-se fortalecer os sistemas de saúde nos diferentes níveis de governo que se encontram em condições de maior vulnerabilidade com o quadro renovado da APS; c) redução da iniquidade subnacional, dando prioridade aos municípios mais vulneráveis e aos grupos populacionais em condições de exclusão, em resposta aos determinantes sociais da saúde. Propõe-se fortalecer as iniciativas dirigidas a esses municípios e a grupos, como Rostos, Vozes e Lugares, municípios saudáveis, a Aliança para a Nutrição e o Desenvolvimento, Maternidade Segura e outras iniciativas destinadas a consolidar os direitos dos cidadãos (identificação, acesso aos programas sociais, participação cívica, vigilância, entre outros) e a gestão social territorial; d) formulação de políticas públicas para dar sustentabilidade às consecuições e atuar sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde através do impulso da “saúde em todas as políticas”. Propõe-se aproveitar todos os fóruns políticos e técnicos para abordar os desafios da equidade em nossa Região; e) intensificação do trabalho intersetorial e interinstitucional para focalizar e somar esforços.

### **Intervenção do Conselho Diretor**

85. Solicita-se ao Conselho Diretor que dê prioridade a esta linha de cooperação técnica e às ações que impulsionem, ainda mais, a consecução das metas dos ODM até 2015.

86. Solicita-se aos [Estados-Membros](#) que intensifiquem seus esforços para a consecução dos ODM mediante ações focalizadas nas cinco linhas estratégicas propostas.

87. Recomenda-se elaborar um relatório de progresso em 2013 como preparação para o relatório consolidado que será apresentado à Assembleia Geral das Nações Unidas em 2015.

### **Referências**

1. Nações Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010: El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad [Internet]. Informe interagencial coordinado por la CEPAL. Santiago do Chile, Chile. Santiago do Chile: Nações Unidas; 2010 (documento LG/G.2460) [consultado em 28 de janeiro de 2011]. Disponível em: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getprod.asp?xml=/publicaciones/xml/1/39991/P39991.xml&xsl=/MDG/tpl/p9f.xsl&base=/MDG/tpl/top-bottom.xsl>
2. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010: Avances en la sostenibilidad ambiental del desarrollo en América Latina y el Caribe. Informe interagencial coordinado por la CEPAL. Santiago do Chile, Chile. Santiago do Chile: Nações Unidas; 2010 [consultado em 28 de janeiro de 2011]. Disponível em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/38496/2009-696-ODM-7-completo.pdf>

3. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2010. [Internet]. Nova York: UNAIDS; 2010 [consultado em 10 de fevereiro de 2011]. Disponível em:  
[http://www.unaids.org/globalreport/Global\\_report\\_es.htm](http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm)
4. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2010 [Internet]. Nova York: UNICEF; 2010 [consultado em 10 de fevereiro del 2011]. Disponível em:  
[http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/UNICEF\\_Child\\_mortality\\_for\\_web\\_0831.pdf](http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/UNICEF_Child_mortality_for_web_0831.pdf)
5. Organização Mundial da Saúde. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank [Internet]. Genebra, Suíça: OMS; 2010 [consultado em 10 de fevereiro de 2011]. Disponível em:  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>
6. OMS, UNAIDS, UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010. Genebra, Suíça: OMS; 2010. Disponível em:  
<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe de la situación del paludismo en las Américas, 2008. Washington (DC), EUA: OPAS; 2008 [consultado em 10 de fevereiro de 2011]. Disponível em:  
[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5175&Itemid=2258](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5175&Itemid=2258)
8. Organização Mundial da Saúde. Global tuberculosis control: WHO report 2010 [Internet]. Genebra, Suíça: OMS; 2010 [consultado em 10 de fevereiro de 2011]. Disponível em:  
[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2010/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/en/index.html)
9. Organização Mundial da Saúde. A snapshot of drinking-water and sanitation in the MDG region Latin-America & Caribbean – 2010 update. A regional perspective based on new data from the WHO/UNICEF Joint Monitoring Program for Water Supply and Sanitation. OMS e UNICEF; 2010 [consultado em 10 de fevereiro de 2011]. Disponível em:  
[http://www.wssinfo.org/fileadmin/user\\_upload/resources/1284626181LAC\\_snapshot\\_2010.pdf](http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1284626181LAC_snapshot_2010.pdf)

## **F. SITUAÇÃO DOS CENTROS PAN-AMERICANOS**

### **Introdução**

88. Este documento foi elaborado em resposta ao mandato dos Órgãos Diretivos de realizar exames e avaliações periódicas dos Centros Pan-americanos.

### **Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA)**

89. Em vista da convergência da saúde humana e da saúde animal, existe uma necessidade crescente de a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) exercer a liderança na esfera das zoonoses, da inocuidade dos alimentos e da segurança alimentar.

### ***Avanços Recentes***

90. O processo de desenvolvimento institucional do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) abrangeu a revisão e melhoria dos processos administrativos fundamentais. Foram desagregados os custos operacionais para que a cooperação técnica para a erradicação da febre aftosa fosse financiada, em sua maior parte, por contribuições voluntárias do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Brasil e de outras organizações públicas e privadas do setor agropecuário, por meio de um fundo fiduciário, no qual serão combinados os recursos financeiros destinados à coordenação regional do Programa Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA). Em consequência, o PANAFTOSA elaborou um novo plano de ação para o período 2011–2020, aprovado em uma reunião extraordinária do Comitê Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (COHEFA) em dezembro de 2010. O plano de ação 2011–2020 do PHEFA estabelece os compromissos políticos e técnicos dos países necessários para alcançar a meta da erradicação ao fim do período.

91. Por outro lado, os mecanismos de coordenação regional e mundial para o alerta antecipado e a resposta rápida aos graves riscos para a saúde associados às zoonoses, às doenças transmitidas pelos alimentos e às doenças dos animais que têm impacto sobre a segurança alimentar estão sendo fortalecidos no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (2005), em estreita colaboração com a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE). A expectativa é que, até dezembro de 2011, estejam finalizadas as obras de remodelação do laboratório do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Brasil, situado em Pedro Leopoldo (Minas Gerais), cujo nível de biossegurança é 4, segundo as normas da OIE. Dessa maneira, será possível transferir o laboratório de referência de PANAFTOSA, atualmente localizado no Rio de Janeiro, para essas novas instalações.

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

92. A BIREME é um centro especializado da OPAS fundado em 1967 com o propósito de canalizar a cooperação técnica que a Organização presta à Região em matéria de informação científica e técnica sobre saúde. O Centro funcionou em cooperação com o Governo do Brasil sob a estrutura legal de um Convênio de Manutenção, renovado sucessivamente desde sua assinatura, até 30 de dezembro de 2009.

93. Em 2009, após um amplo processo de consulta do qual participou ativamente o Governo do Brasil, sob a liderança do Ministério da Saúde, o 49.º Conselho Diretor aprovou uma estrutura de governança e um marco jurídico institucional, estipulados no novo Estatuto da BIREME, o qual entrou em vigor no dia 1.º de janeiro de 2010. A fim de permitir a criação de todos os elementos administrativos e jurídicos necessários para o funcionamento do novo marco institucional, em especial a negociação e assinatura de um novo Acordo de Sede para a BIREME com o Governo do Brasil, o referido Convênio de Manutenção foi prorrogado até 31 de dezembro de 2011.

94. O Estatuto da BIREME prevê um Comitê Assessor composto por cinco membros não permanentes, nomeados pelo Conselho Diretor da OPAS, e dois membros permanentes, a OPAS e o Brasil.

95. Em 2009, o 49.º Conselho Diretor elegeu cinco Estados Membros para integrar o Comitê Assessor da BIREME: Argentina, Chile e a República Dominicana (com um mandato de três anos), e o México e Jamaica (com um mandato de dois anos). A diferença no prazo dos mandatos foi estabelecida a fim de garantir a rotatividade e a continuidade dos membros no futuro.

### ***Avanços Recentes***

96. A instauração do Comitê Assessor da BIREME ocorreu no dia 31 de agosto de 2010, com a participação dos cinco membros não permanentes e dos dois membros permanentes. Foi aprovado o Regulamento Interno do Comitê Assessor e a programação das atividades e das reuniões necessárias para levar a cabo o novo marco institucional da BIREME:

- (a) A OPAS/OMS e o Ministério da Saúde do Brasil elaboraram uma proposta de Acordo de Sede em agosto de 2010, a qual ainda precisa ser ratificada pela contraparte brasileira. A aprovação e assinatura desse acordo por parte do Governo do Brasil é fundamental para a conclusão do marco jurídico institucional da BIREME sob seu novo Estatuto. É importante concretizar o Acordo antes do vencimento do Convênio de Manutenção, no dia 31 de dezembro de 2011.

- (b) O processo de negociação e assinatura do Acordo sobre as instalações e o funcionamento da BIREME no campus da Unifesp começará tão logo esteja concluído o novo Acordo de Sede com o Governo do Brasil.
- (c) Na proposta do Acordo de Sede, são estabelecidos os mecanismos para a definição das contribuições da OPAS/OMS e do Governo do Brasil em apoio aos planos de trabalho bienais aprovados de acordo com o Estatuto da BIREME. O orçamento para os próximos dois anos receberá contribuições financeiras regulares, bem como contribuições em espécie.
- (d) Está em andamento o processo de apresentação de candidaturas para a eleição dos membros do Comitê Científico, em coordenação com o Comitê Assessor da BIREME, segundo o estipulado no Estatuto da BIREME. A expectativa é que o Comitê Científico seja formado durante o primeiro semestre de 2012.
- (e) A segunda reunião do Comitê Assessor da BIREME está prevista para 25 de outubro de 2011, na sede da BIREME, em São Paulo (Brasil).
- (f) A Representação da OPAS/OMS no Brasil, em coordenação com as áreas regionais correspondentes, a área de Gestão do Conhecimento e Comunicação (KMC) e a área de Vigilância da Saúde e Prevenção e Controle de Doenças (HSD), vem liderando a harmonização dos processos de gestão institucional em todas as suas dimensões, bem como a regularização dos intercâmbios de trabalho e de cooperação entre os escritórios e centros da OPAS no Brasil. Além disso, foi preparado um roteiro para a integração e a harmonização institucional dos Centros nas áreas gerencial, técnica e administrativa. Foram analisadas todas as atividades de cooperação previstas com o Brasil e foi projetada sua execução conjunta com a Representação da OPAS no Brasil, com base no estabelecido na Estratégia de cooperação no país.
- (g) Elaboração do novo plano bienal de trabalho sob a forma de uma entidade subsidiária da Área de Gestão do Conhecimento e Comunicação da OPAS (KMC) e de acordo com a estratégia de cooperação no Brasil. O plano bienal de trabalho 2012–2013 foi preparado de forma integrada com a KMC e a comunicação para seu aperfeiçoamento e articulação teve continuidade.

### **Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária (CEPIS)**

97. Conforme mencionado na resolução CD50.R14, no dia 30 de setembro de 2010 foi firmado o Acordo entre o Governo do Peru e a OPAS/OMS para a transformação do CEPIS em uma Equipe Técnica Regional sobre Água e Saneamento (ETRAS). A ETRAS funciona na sede da Representação da OPAS/OMS no Peru como parte da Área de Saúde e Desenvolvimento Sustentável (SDE) da OPAS. Por decisão das partes, o Acordo firmado

no dia 8 de abril de 1971 entre o Governo do Peru e a OPAS/OMS para a criação do CEPIS foi extinto na mesma data em que foi firmado o novo acordo para a criação da ETRAS.

98. Em consequência, deixarão de ser incluídas informações sobre o CEPIS no contexto das avaliações periódicas dos Centros Pan-americanos, e as atividades da ETRAS serão apresentadas como parte do relatório periódico sobre o desempenho programático periódico, de acordo com os respectivos objetivos estratégicos.

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

#### *Avanços recentes*

99. O Governo do Uruguai se comprometeu a oferecer um espaço físico para a mudança conjunta da CLAP/SMR e da Representação da OPAS, o que até o momento não se concretizou.

100. Foi feita uma avaliação sobre a fusão dos serviços administrativos do CLAP/SMR e da Representação da OPAS no Uruguai, e se apresentou uma proposta contendo as etapas necessárias para realizar a fusão administrativa e a mudança para o novo espaço.

101. Foi firmada a Prorrogação V do Convênio entre o Governo da República Oriental do Uruguai, a Universidade da República e a OPAS/OMS para dar continuidade às atividades do CLAP/SMR. A nova data de expiração do Convênio é 28 de fevereiro de 2016.

### **Programa Regional de Bioética**

102. Em seguimento ao solicitado na resolução CD50.R14, foram avaliadas modalidades diferentes de colaboração com os Estados Membros no campo da bioética e ficou decidido consolidar o programa regional como parte do Escritório de Gênero, Diversidade e Direitos Humanos (GDR). Em consequência, informações sobre o Programa Regional de Bioética deixarão de ser incluídas no contexto das avaliações periódicas dos Centros Pan-americanos, e as atividades do Programa serão incluídas nos relatórios periódicos sobre o desempenho programático, de acordo com os respectivos objetivos estratégicos.

103. Além disso, estão sendo realizadas consultas com o Governo do Chile e a Universidade do Chile para determinar atividades conjuntas nesse âmbito, que poderiam transformar-se em um novo acordo em substituição ao Convênio para o Funcionamento do Programa Regional de Bioética firmado entre o Governo do Chile, a Universidade do Chile e a OPAS/OMS no dia 13 de janeiro de 1994.

## **Centros Sub-Regionais (CAREC e CFNI)**

### ***Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC)***

104. Atualmente, o CAREC mantém seus serviços habituais, ampliando-os conforme necessário e apropriado, no curso do seu processo de transição para o Organismo de Saúde Pública do Caribe (CARPHA, na sigla inglesa). Conforme mencionado na resolução CD50.R14 (2010), foram formados grupos de estudo e de apoio ao processo de transição no tocante às áreas de recursos humanos e financeiros, e da gestão dos laboratórios. Esses grupos continuam trabalhando para que a transição para o CARPHA seja realizada de maneira ordenada e transparente. Entre as áreas prioritárias, destacam-se a definição do campo de ação, as funções e o aumento da capacidade do laboratório do CAREC e a rede de laboratórios a ser executada no âmbito da estrutura do CARPHA.

105. O CAREC conta com o apoio e a orientação do Conselho do CAREC e levou em consideração as decisões do Conselho para o Desenvolvimento Humano e Social (COHSOD) e do Comitê de Ministros da Saúde da Comunidade do Caribe (CARICOM) referentes ao CARPHA.

### ***Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI)***

106. Em seguimento à solicitação constante da resolução CD50.R14 (2010), o CFNI continua a colaborar com as equipes de CARICOM em relação ao CARPHA para garantir que os temas pertinentes à segurança alimentar e aos componentes de nutrição e vigilância de doenças crônicas não transmissíveis sejam incorporados aos seus planos de execução. Os programas do CFNI estão sendo revistos para facilitar a definição das funções que o CARPHA assumirá.

107. Continua a ser estudada a possibilidade de estabelecer acordos com instituições desta sub-região para a transferência de outras funções, como os serviços de alimentação e dietética hospitalar, e a formação de recursos humanos. Essa divisão de responsabilidades dentro de cada área prioritária foi endossada pelo Comitê Assessor sobre Políticas do CFNI nas suas resoluções 2, 3, 4 e 7 de 19 de julho de 2010, bem como na sua reunião de 12 de julho de 2011.

108. A fim de obter uma maior eficiência tanto técnica como administrativa, decidiu-se mudar o escritório da Representação da OPAS/OMS na Jamaica para o prédio do CFNI. No dia 29 de novembro de 2010, foi firmado um aditamento ao contrato de aluguel da sede do CFNI entre a Universidade das Índias Ocidentais e a OPAS/OMS, que permitirá a consolidação de ambos os escritórios. Além disso, foi recebido um orçamento do custo da reforma e das melhores necessárias para lotar o pessoal da Representação e do CFNI no mesmo espaço físico. A mudança está prevista para dezembro de 2011.

## **G. INICIATIVA REGIONAL E PLANO DE AÇÃO PARA A SEGURANÇA NAS TRANSFUSÕES 2006–2010: AVALIAÇÃO FINAL**

### **Introdução**

109. Em 2005, o 46º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou o Plano Regional de Ação para Segurança da Transfusão 2006–2010 (1, 2). A finalidade do plano era contribuir para a redução da mortalidade e para a melhoria da assistência ao enfermo na América Latina e no Caribe ao disponibilizar sangue seguro em tempo hábil a todos os pacientes que necessitavam de uma transfusão. O plano teve cinco objetivos e nove indicadores de progresso. Embora tenham sido obtidos avanços após 2005 em termos do número e da segurança das unidades de sangue recolhidas na Região, os sistemas nacionais de sangue foram considerados ineficientes, e o acesso ao sangue ainda estava abaixo do ideal em 2008 (3). Portanto, os Estados Membros concordaram em modificar os seus enfoques para alcançar a meta e os objetivos do plano (4).

110. A Diretora da OPAS nomeou uma Equipe Externa de Avaliação para examinar os avanços em áreas relacionadas com o Plano Regional, identificar os problemas encontrados na sua execução e avaliar as oportunidades para ação no futuro. A Equipe, que trabalhou de janeiro até junho de 2011, analisou os dados oficiais nacionais apresentados à OPAS pelos países (5-10). Foram avaliados os indicadores de processos e de progresso para cada uma das linhas estratégicas do Plano Regional. O exercício de avaliação abrangeu pesquisas com Representantes da OPAS/OMS e pontos focais, autoridades sanitárias nacionais e funcionários locais com respeito ao programa de cooperação técnica associado ao Plano Regional. As pesquisas anônimas foram formuladas de modo a obter informações sobre o grau de conhecimento sobre o plano, o apoio institucional fornecido/recebido com vista à consecução das suas metas, a qualidade das publicações técnicas, a eficiência da coleta e do intercâmbio de informações e os fatores que afetaram os resultados nacionais.

111. Este documento resume o progresso feito pelos sistemas nacionais de sangue desde 2005, conforme as informações oficiais fornecidas pelos países e levando em consideração os resultados da Equipe Externa de Avaliação.

### **Antecedentes**

112. A Assembleia Mundial da Saúde (AMS) abordou pela primeira vez as questões pertinentes à segurança nas transfusões em 1975, instando os Estados Membros a promoverem o desenvolvimento dos serviços de sangue nacionais com base na doação voluntária de sangue, bem como a sancionar legislação eficiente para orientar o seu funcionamento. A 28ª AMS também solicitou que o diretor-geral tomasse medidas para desenvolver boas práticas de produção de sangue e hemoderivados, a fim de proteger a

saúde tanto dos doadores de sangue como dos receptores de transfusões (11). Três documentos posteriores (12–14) realçaram a importância dos serviços de transfusão de sangue e dos programas de transfusão nacionais para prevenir a infecção pelo HIV.

113. A 58ª AMS considerou a disponibilidade, acessibilidade e segurança do sangue, partindo de um ponto de vista integral em 2005 (15) e adotou a Resolução WHA58.13, Segurança do Sangue: Proposta para Instituir o Dia Mundial do Doador de Sangue (16), que instou os Estados Membros a aprovar leis, fornecer financiamento adequado, promover a colaboração multissetorial, assegurar o uso adequado do sangue e apoiar a implementação plena de programas de sangue sustentáveis bem organizados e coordenados em nível nacional, com sistemas reguladores apropriados. Ao mesmo tempo, foi solicitado ao diretor-geral que prestasse apoio aos países para fortalecer sua capacidade de triagem de todo o sangue doado contra as principais doenças infecciosas, para garantir a segurança de todo o sangue recolhido e transfundido. Esses conceitos foram reiterados em 2010 (17, 18).

114. Os Órgãos Diretivos da OPAS vêm abordando as questões da segurança nas transfusões de sangue desde 1998. As Orientações Estratégicas e Programáticas para a Repartição Sanitária Pan-Americana 1999–2002 exigiam que todo o sangue para transfusão passasse por uma triagem para hepatite B e C, sífilis, *Trypanosoma cruzi* e HIV, e que todos os bancos de sangue participassem de programas de controle de qualidade (19). Em 1999, o Conselho Diretor aprovou a Resolução CD41.R15 e instou os Estados Membros a dar prioridade à segurança do sangue; promover o desenvolvimento de programas nacionais de sangue e serviços de transfusão, a doação voluntária de sangue e a garantia da qualidade; fortalecer a infraestrutura dos bancos de sangue; destinar os recursos necessários e assegurar a formação dos profissionais de medicina no uso de sangue (20, 21).

115. Em 2005, o Conselho Diretor aprovou a Resolução CD46.R5, em que instava os Estados Membros a analisar o progresso e os desafios na busca da suficiência, qualidade, segurança e prática clínica apropriada; adotar o Plano Regional de Ação para Segurança da Transfusão 2006–2010 e alocar e usar os recursos para alcançar seus objetivos (2). Em 2008, considerando que os conceitos de resoluções anteriores ainda eram válidos e reconhecendo que era necessário fazer alterações nos enfoques nacionais de então para atingir as metas fixadas para 2010, o Conselho Diretor aprovou a resolução CD48.R7 (4), por meio da qual os Estados Membros eram instados a definir uma entidade em seus ministérios da saúde para ficar encarregada do funcionamento eficiente do sistema de sangue; a calcular a necessidade de sangue; a estabelecer uma rede de voluntários para instruir a comunidade e a encerrar a doação obrigatória, com o objetivo de chegar a 100% de doadores voluntários, altruístas e não remunerados.

## **Análise da Situação**

116. Uma análise da situação até 2009 foi feita usando os dados de 35 países e territórios (I, 5–10). O Canadá, os Estados Unidos, inclusive Porto Rico, e os Territórios Franceses não foram incluídos nessa análise.

117. Na sub-região do Caribe, onde existem 27 centros de coleta e processamento de sangue, somente a Guiana, Jamaica, Antilhas Holandesas e Suriname têm um regime normativo para serviços de sangue. O Haiti tem um programa nacional de segurança do sangue no Ministério da Saúde. Nos outros países, o Serviço Nacional de Transfusão de Sangue, o Laboratório Nacional de Referência de Saúde Pública ou os bancos de sangue dos principais hospitais estão encarregados de coordenar as atividades nacionais. A Guiana e o Haiti, que recebem apoio de uma subvenção internacional plurianual, e as Antilhas Holandesas e o Suriname, cujos bancos de sangue são administrados pela Cruz Vermelha, relatam que contam com recursos financeiros suficientes para a operação de seus centros de processamento de sangue.

118. Todos os países latino-americanos, com a exceção de Chile, El Salvador e México, leis nacionais para regulamentar os bancos de sangue e os serviços de transfusão. Contudo, ainda restam alguns desafios com respeito à capacidade de condução das autoridades sanitárias, embora Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, Guatemala, Honduras, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela tenham unidades específicas em seus Ministérios da Saúde para supervisionar o sistema nacional de sangue, e a *Caja Costarricense del Seguro Social* na Costa Rica, o Instituto Nacional da Saúde na Colômbia, o Hemocentro da Cruz Vermelha no Equador, a Unidade de Vigilância Laboratorial em El Salvador, o Centro Nacional de Transfusão de Sangue no México e o Centro Nacional de Referência e Diagnóstico na Nicarágua sejam responsáveis pela coordenação dos serviços de sangue nos seus respectivos países. Considera-se que os recursos humanos e financeiros destinados à transfusão de sangue em âmbito nacional são insuficientes para o funcionamento apropriado dos serviços.

119. Nos países latino-americanos, os centros que coletam e processam sangue fazem parte do Ministério da Saúde, da Seguridade Social, das Forças Armadas, da Força Policial Nacional, do setor público ou de organizações não governamentais nacionais ou internacionais. A multiplicidade de atores, aliada à vigilância limitada pelas autoridades sanitárias, representa um grande obstáculo ao uso apropriado dos recursos nacionais.

120. Um dos indicadores de progresso do Plano Regional de Ação 2006–2010 era que todos os países latino-americanos houvessem implementado sistemas de processamento e coleta regional de sangue para suprir as necessidades de pacientes de áreas geograficamente distintas. Em 2005, havia 2.522 centros de processamento de sangue nos 19 países latino-americanos. O número médio de unidades de sangue processadas por

centro estava inversamente correlacionado com a disponibilidade de sangue e também com a proporção de doadores de sangue voluntários em âmbito nacional (1), uma clara indicação de que a criação de mais bancos de sangue não resulta em um aumento da disponibilidade de sangue.

121. Em 2009, o número de centros de processamento de sangue na Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Nicarágua, Paraguai e Uruguai foi reduzido em 351. A Argentina (80 centros) e o Brasil (167 centros) responderam por 70% da redução. Na Nicarágua, o Ministério da Saúde fechou os 21 bancos de sangue que operavam em hospitais e estabeleceu uma rede nacional com três centros administrados pela Cruz Vermelha. A Costa Rica, Equador, Guatemala, Honduras, México, República Dominicana e Venezuela informaram um acréscimo combinado de 113 centros de processamento entre 2005 e 2009 (Tabela 1 do Anexo).

122. Na América Latina, os números médios de unidades de sangue processadas por centro no período de um ano foram 3.163 em 2005 e 3.974 em 2009, o equivalente a 12 a 15 unidades por centro por dia. Em geral, a eficiência dos serviços de sangue é deficiente em todos os países, com a exceção da Nicarágua, onde três Centros da Cruz Vermelha processaram 69.932 coletas em 2009 (Tabela 1 do Anexo).

123. A disponibilidade de sangue é determinada pelo nível de coleta, pela prevalência de marcadores de infecção entre os doadores de sangue e pela separação das unidades de sangue total nos seus componentes, glóbulos vermelhos, plasma e plaquetas. Entre 2005 e 2009, a coleta de sangue aumentou 14% nos países da América Latina e do Caribe, passando de 8.059.960 unidades para 9.166.155, com a taxa de coleta global para esses anos igual a 145,0 e 157,4 por 10.000 habitantes, respectivamente (Tabela 2 do Anexo). As taxas de coleta nacionais aumentaram mais de 10% em 24 países (variando entre 10,2% e 143,9%), permaneceram inalteradas em Belize, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Territórios Britânicos, Uruguai e Venezuela, e diminuíram em Cuba (18,7%) e Antilhas Holandesas (15,7%). Apesar da queda nos dois últimos países, porém, eles registraram as taxas de coleta nacionais mais elevadas em 2009: 359,7 e 295, respectivamente (Tabela 3 do Anexo).

124. Em 2005, as taxas nacionais de coleta de sangue variaram de 11,5 a 442,5, com uma mediana de 109,3. Quinze países apresentaram taxas de coleta abaixo de 100 por 10.000 habitantes. Em 2009, as taxas nacionais variaram de 21,4 a 359,7; a taxa mediana foi 145,3. Apenas oito países, Bolívia (70,0), Guatemala (65,3), Haiti (21,4), Honduras (78,1), Jamaica (91,5), Peru (75,9), República Dominicana (84,4) e São Vicente e Granadinas (93,5) recolheram menos de 100 unidades por 10.000 habitantes (Tabela 3 do Anexo).

125. Em 2009, a prevalência nacional dos marcadores de infecções transmissíveis por transfusão (ITT) variou de 0 nas Antilhas Holandesas a 16,6% no Paraguai (mediana =

3,1%) (Tabela 1 do Anexo). Foram detectados marcadores de ITT em 319.996 unidades (3,5%). Assim, a disponibilidade de sangue nos países da América Latina e do Caribe caiu para 8.846.159. Além dos oito países com as taxas de coleta de sangue mais baixas mencionados acima, Guiana, Paraguai, e São Kitts e Nevis tiveram menos de 100 unidades disponíveis por 10.000 habitantes.

126. Calcula-se que as 319.996 unidades descartadas em 2009 em virtude de testes positivos de marcadores de infecção representaram um desperdício de US\$ 19.919.776 (Tabela 2 do Anexo). Os fatores que determinam a elevada prevalência dos marcadores entre os doadores de sangue abrangem a captação e seleção deficiente e a qualidade inadequada da metodologia dos testes laboratoriais.

127. Como as necessidades nacionais de sangue para a transfusão são determinadas pelas características dos sistemas nacionais de saúde, pela epidemiologia local dos problemas médicos que exigem transfusões de sangue e pela demografia, não convém sugerir um número como meta para coleta ou taxa de disponibilidade de sangue. O Plano Regional de Ação para Segurança da Transfusão 2006–2010 previa como um de seus objetivos a estimação das necessidades geográficas e temporais de sangue.

128. Há uma relação inversa entre as taxas de disponibilidade de sangue e as taxas de mortalidade materna nos países da América Latina e do Caribe que dispõem de informações sobre a mortalidade materna (22). Oito dos nove países com uma taxa de mortalidade materna superior a 83 por 100.000 nascidos vivos (23) apresentam taxas de disponibilidade de sangue inferior a 100 por 10.000 habitantes. (Figura 1 do Anexo).

129. A proporção mediana das unidades de sangue separadas nos seus componentes nos países da América Latina e do Caribe foi 77% em 2005, frente a 90% em 2009, quando as Antilhas Holandesas, Brasil, Cuba, El Salvador, Granada, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas e Suriname produziram glóbulos vermelhos a partir de pelo menos 95% das unidades recolhidas. A Argentina, Colômbia, Costa Rica, Dominica, México, Nicarágua e Panamá informaram ter obtido glóbulos vermelhos de 90% a 94% de unidades de sangue total. Barbados (38%), Belize (32%), Honduras (39%), Jamaica (48%), República Dominicana (39%) e São Kitts e Nevis (14%) produziram componentes a partir de menos de 50% das unidades de sangue recolhidas (Tabela 4 do Anexo).

130. Dos 11 países com as taxas de disponibilidade abaixo de 100 unidades por 10.000 habitantes, Bolívia (89%), Guatemala (87%), Guiana (74%), Haiti (52%), Honduras (39%), Jamaica (48%), Paraguai (74%), Peru (79%), República Dominicana (39%) e São Kitts e Nevis (14%) produziram componentes a partir de menos de 90% de suas unidades, limitando ainda mais a disponibilidade nacional de sangue para transfusão (Tabelas 3 e 4 do Anexo).

131. Apesar da evidente disponibilidade limitada de sangue em âmbito nacional, 981.253 unidades de glóbulos vermelhos não foram aproveitadas em 2009, a um custo estimado de \$54.950.168 (Tabela 2 do Anexo). A multiplicidade de centros de coleta de sangue, a falta de procedimentos operacionais padronizados nos hospitais e a vigilância limitada por parte das autoridades sanitárias contribuiu para essa situação.

132. O Plano Regional de Ação 2006–2010 procurava melhorar a qualidade dos hemoderivados ao aumentar a segurança dos doadores e ampliar a cobertura e a precisão dos testes laboratoriais.

133. A triagem do sangue para os marcadores das infecções transmissíveis por transfusão melhorou na Região (Tabela 5). Em 2005, 87.875 unidades não foram testadas para o HIV, um número que havia caído para 1.708 unidades em 2009. Os números correspondentes para a hepatite B em 2005 e 2009 foram 93.949 e 1.371; para a hepatite C, 95.962 e 2.861. No caso da sífilis, 159.929 unidades não passaram por triagem em 2005 e somente 1.535 em 2009. Houve também uma redução do número de unidades não testadas para o *Trypanosoma cruzi*, caindo de 959.662 em 2005 para 288.405 em 2009. Contudo, a meta da triagem universal para esses agentes estabelecida em 1998 ainda não foi alcançada. Os recursos adicionais para garantir o acesso contínuo a material de laboratório, aliado à renovação do compromisso dos países de aplicar as normas nacionais, será necessário para alcançar a meta da triagem universal.

134. Em 2009, quatro países — Antígua e Barbuda, Dominica, Peru, e São Kitts e Nevis — não fizeram triagem de todas as unidades de sangue para a hepatite C (5). Isso representou a possibilidade de transfusão de 16 unidades infectadas pelo HCV naquele ano em comparação com 482 em 2005. O Peru foi o único país que informou sobre a triagem incompleta para HIV e HBsAg. Em consequência, 10 unidades contaminadas pelo HIV e sete unidades com o vírus da hepatite B podem ter sido transfundidas. O risco de uma transfusão estar contaminada por um vírus em 2009 foi 1:277.762 doações, frente a 1:11.784 em 2005. México e Peru não testaram todas as unidades para o *Trypanosoma cruzi*, um fato que pode ter resultado em 1.187 unidades infectadas em 2009, em comparação com 2.362 em 2005, com os respectivos riscos sendo 1:7.166 e 1:3.377.

135. Esses cálculos são feitos com base na proporção das unidades que não passaram por triagem e na prevalência dos anticorpos contra o vírus entre os doadores. Em 2009, 36.327 doadores estavam infectados pelo HIV, 31.823 pelo HBV e 50.628 pelo HCV. A prevalência mediana de anticorpos da hepatite C entre doadores em países com mais de 50% de doação voluntária foi 0,3%, enquanto em países com menos de 50% de doação voluntária foi 0,5%. Para os demais marcadores, os números correspondentes foram 0,1% e 0,2% para o HIV, 0,2% e 0,3% para o HBsAg, e 0,6% e 0,9% para a sífilis.

136. Havia 2.950.018 doadores de sangue voluntários em 2005, em comparação com 3.308.996 em 2009, representando um aumento líquido de 12% nesse quinquênio. A proporção regional de doação voluntária de sangue, porém, permaneceu inalterada, 36,6% em 2005 e 36,1% em 2009 (Tabela 2 do Anexo).

137. Nove países/territórios informaram haver tido mais de 50% de doadores voluntários em 2009: Antilhas Holandesas (100%), Colômbia (65%), Costa Rica (76%), Cuba (100%), Guiana (68%), Haiti (70%), Nicarágua (87%), Santa Lúcia (64%) e Suriname (100%). Vinte países tiveram menos de 25% de doações voluntárias, com Antígua e Barbuda (5%), Belize (8%), Dominica (3%), Guatemala (4%), México (3%), Panamá (5%), Peru (5%), São Vicente e Granadinas (5%) e Venezuela (6%) informando ter tido menos de 10%.

138. Honduras (294), Panamá (7.641) Peru (88) e República Dominicana (3.300) informaram haver tido doadores remunerados em 2009. Os 11.323 doadores remunerados representaram 0,1% de todas as doações. A proporção de doadores remunerados foi 0,2% em 2005 (Tabela 2 do Anexo).

139. A prática bastante difundida entre os hospitais de exigir que os pacientes reponham o sangue recebido continua a ser o grande obstáculo à doação voluntária. Conforme demonstrado na Nicarágua, onde essa prática foi abandonada em março de 2009, uma estratégia bem planejada de transição que abranja o recrutamento ativo dos doadores de sangue e a participação de pessoal capacitado para atendê-los pode resultar em importantes mudanças no sistema de doação de sangue.

140. Embora a finalidade do Plano Regional de Ação para a Segurança da Transfusão fosse contribuir para a redução da mortalidade e melhorar a assistência aos enfermos na América Latina e no Caribe ao disponibilizar sangue seguro em tempo hábil a todos os pacientes que necessitavam de uma transfusão, as informações sobre as práticas de transfusão e seus resultados são limitadas. Em 2009, somente Anguila, Antígua e Barbuda, Barbados, Belize, Granada, Guiana, Paraguai, São Kitts e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, e três dos Territórios Britânicos forneceram informações sobre a distribuição por faixa etária dos pacientes quem receberam transfusões (Tabela 6 do Anexo).

141. A interação limitada entre as autoridades sanitárias nacionais com os serviços de transfusão no âmbito dos hospitais prejudica a estimativa das necessidades nacionais de sangue e impede a destinação estruturada e o uso eficiente dos recursos.

142. A Equipe Externa de Avaliação fez várias recomendações, inclusive sobre a necessidade de desenvolver um Plano Regional de Ação 2012–2017 com base no progresso e nas lições extraídas durante a Iniciativa. Também enfatizou a contribuição crucial dos

serviços de sangue para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 4, 5, e 6.

### **Ação pelo Conselho Diretor**

143. Solicita-se que o Conselho Diretor tome nota deste relatório, agradeça os membros da Equipe Externa de Avaliação e recomende que o Plano Regional de Ação sobre a Segurança do Sangue para 2012–2017 seja incluído na proposta de temas para as reuniões dos Órgãos Diretivos a serem realizadas em 2012.

### **Referências**

1. Organização Pan-americana da Saúde. Relatório de Progresso sobre a Iniciativa Regional para Segurança Hematológica e Plano de Ação para 2006-2010 [Internet]. 46º Conselho Diretor da OPAS, 26 a 30 de setembro de 2005; Washington, D.C., EUA. Washington, DC: OPAS; 2005 (Documento CD46/16 (Port.)) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd46-16-p.pdf>.
2. Organização Pan-americana da Saúde. Relatório de Progresso sobre a Iniciativa Regional para Segurança Sanguínea e Plano de Ação para 2006-2010 [Internet]. 46º Conselho Diretor da OPAS, 26 a 30 de setembro de 2005; Washington, D.C., EUA. Washington, DC: OPAS; 2005 (Documento CD46.R5) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd46.r5-p.pdf>.
3. Organização Pan-americana da Saúde. Melhoria da Disponibilidade de Sangue e Segurança da Transfusão nas Américas [Internet]. 48º Conselho Diretor da OPAS, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; ; Washington, D.C., EUA. Washington, DC: OPAS; 2008 (Documento CD48/11 (Port.)) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd48-11-p.pdf>.
4. Organização Pan-americana da Saúde. Melhoria de Disponibilidade de Sangue e Segurança da Transfusão nas Américas [Internet]. 48º Conselho Diretor da OPAS, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; ; Washington, D.C., EUA. Washington, DC: OPAS; 2008 (Documento CD48.R7 (Port.)) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: <http://www.paho.org/english/gov/cd/cd48.r7-e.pdf>.
5. Pan American Health Organization. Supply of blood for transfusion in the Caribbean and Latin American countries 2006, 2007, 2008, and 2009. Progress since 2005 of the Regional Plan of Action for Transfusion Safety. Washington, D.C.(USA): PAHO 2010.

6. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Informação. Sangue e Hemoderivados. Produção Hemoterápica. Brasília; 2011.
7. Chile, Ministerio de Salud. Coordinación Nacional de Sangre. Programa Nacional de Sangre 2009. Santiago; 2011.
8. Ecuador, Cruz Roja Ecuatoriana. Secretaría Nacional de Sangre. Datos de sangre 2009. Quito; 2011.
9. Uruguay. Administración de Servicios de Salud del Estado. Servicio Nacional de Sangre. Programa Nacional de Sangre 2009. Montevideo; 2010.
10. Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Coordinación del Programa Nacional de Sangre. Programa Nacional de Sangre 2009. Caracas; 2010.
11. World Health Organization. Utilization and supply of human blood and blood products [Internet]. 28<sup>th</sup> World Health Assembly; 1975 May 13-30; Geneva, Switzerland: WHO; 1975 (Document WHA28.72) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/bloodsafety/en/WHA28.72.pdf>.
12. World Health Organization. Global strategy for the prevention of AIDS [Internet]. 40<sup>th</sup> World Health Assembly; 1987 May 4-15; Geneva, Switzerland: WHO; 1987 (Document WHA40.26) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/bloodsafety/en/WHA40.26.pdf>.
13. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of AIDS [Internet]. 45<sup>th</sup> World Health Assembly; 1992. May 4-14; Geneva, Switzerland: WHO; 1992 (Document WHA45.35) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/bloodsafety/en/WHA45.35doc.pdf>.
14. World Health Organization. HIV/AIDS: confronting the epidemic [Internet]. 53<sup>rd</sup> World Health Assembly; 2000 May 20; Geneva, Switzerland: WHO; 2000 (Document WHA53.14) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA53/ResWHA53/14.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/14.pdf).
15. World Health Organization. Proposal for establishment of World Blood Donor Day [Internet]. 58<sup>th</sup> World Health Assembly; 2005 April 7; Geneva, Switzerland: WHO; 2005 (Document A58/38) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Available from [http://www.who.int/bloodsafety/WHA.A58\\_38-en.pdf](http://www.who.int/bloodsafety/WHA.A58_38-en.pdf).
16. World Health Organization. Blood safety: proposal to establish World Blood Donor Day [Internet]. 58<sup>th</sup> World Health Assembly; 2005 May 25; Geneva, Switzerland:

- WHO; 2005 (Document WHA58.13) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: [http://www.who.int/bloodsafety/WHA58\\_13-en.pdf](http://www.who.int/bloodsafety/WHA58_13-en.pdf).
17. World Health Organization. Availability, safety and quality of blood products [Internet]. 63<sup>rd</sup> World Health Assembly; 2010 March 25; Geneva, Switzerland: WHO; 2010 (Document A63/20) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_20-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_20-en.pdf).
18. World Health Organization. Availability, safety and quality of blood products [Internet]. 63<sup>rd</sup> World Health Assembly; 2010 May 21; Geneva, Switzerland: WHO; 2010 (Document WHA63.12) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R12-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R12-en.pdf).
19. Pan American Health Organization. Strategic and programmatic orientations for the Pan American Sanitary Bureau, 1999-2002 [Internet]. 122<sup>nd</sup> Session Executive Committee; 1998 June 22-26; Washington, D.C. (USA): PAHO; 1998 (Document CE122/8) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: [http://www.paho.org/english/gov/ce/ce122\\_8.pdf](http://www.paho.org/english/gov/ce/ce122_8.pdf).
20. Pan American Health Organization. Strengthening blood banks in the region of the Americas [Internet]. 41<sup>st</sup> Directing Council; 1999 Sep 27-Oct 1; San Juan, Puerto Rico: PAHO; 1999 (Document CD41/13) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: [http://www.paho.org/english/gov/cd/cd41\\_13.pdf](http://www.paho.org/english/gov/cd/cd41_13.pdf).
21. Pan American Health Organization. Strengthening blood banks in the region of the Americas [Internet]. 41<sup>st</sup> Directing Council; 1999 Sep 27- Oct 1; San Juan, Puerto Rico: PAHO (Document CD41.R15) [Acesso em 28 de junho de 2011]. Disponível em: [http://www.paho.org/english/gov/cd/ftcd\\_41.htm#R15](http://www.paho.org/english/gov/cd/ftcd_41.htm#R15).
22. Cruz JR. Reduction of maternal mortality: The need for voluntary blood donors. Int J Gynecol Obstet 2007; 98(3):291-293.
23. Pan American Health Organization. Health situation in the Americas. Basic Indicators 2009. PAHO, Washington, D.C. (USA), 2010. [Acesso em 28 de junho de 2011] Disponível em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BI\\_ENG\\_2009.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BI_ENG_2009.pdf).

## ANEXO: TABELAS E FIGURAS

**Tabela 1. Número de centros de processamento de sangue e número de unidades processadas por centro por ano, países da América Latina, 2005 e 2009.**

PAÍS	NÚMERO DE CENTROS		NÚMERO DE UNIDADES PROCESSADAS/CENTRO/ANO	
	2005	2009	2005	2009
Argentina	480	400	761	2.254
Bolívia	22	20	2.126	3.449
Brasil	562	395	6.652	9.270
Chile	78	38	2.283	5.438
Colômbia	110	91	4.797	7.604
Costa Rica	17	27	3.186	2.195
Cuba	48	46	10.320	8.762
El Salvador	32	29	2.504	2.853
Equador	22	33	5.669	5.302
Guatemala	47	60	1.664	1.525
Honduras	22	24	2.378	2.429
México	550	560	2.457	2.857
Nicarágua	24	3	2.255	23.274
Panamá	26	26	1.645	1.975
Paraguai	16	11	4.706	6.075
Peru	92	90	1.953	2.453
República Dominicana	58	65	1.071	1.309
Uruguai	76	57	1.259	1.615
Venezuela	240	302	1.495	1.528
Todos os países	2.522	2.277	3.163	3.974

**Tabela 2. Indicadores de desempenho, sistemas nacionais de sangue na América Latina e no Caribe.**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>2005</b>	<b>2009</b>	<b>Diferença</b>
Unidades coletadas	8.059.960	9.166.155	+1.106.195
Taxa de doação de sangue *	145.0	157.4	+12,4
Doadores voluntários Número (%)	2.950.018 (36,6%)	3.308.996 (36,6%)	+358.978 (0)
Doadores remunerados Número (%)	15.507 (0,2%)	11.323 (0,1%)	-4.184 (-0,07%)
Unidades separadas em componentes (mediana)	77%	90%	+13
Unidades com marcadores ITT Número Prevalência (mediana)	238.696 (3,1%)	319.996 (3,1%)	+81.300 (-0,02%)
Número de unidades de glóbulos vermelhos não aproveitadas	610.375	981.253	+370.878
Total anual descartado Número de unidades Custo estimado (US\$ 56/unidade)	849.071 47.547.976	1.301.279 72.869.944	+452.178 25.321.968

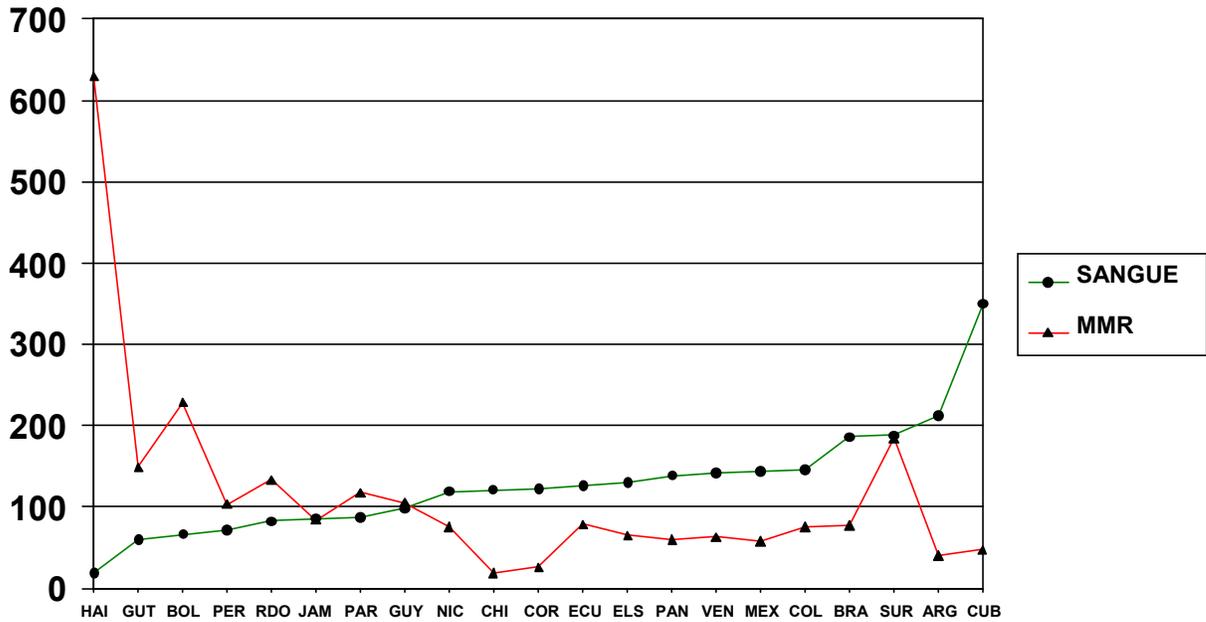
\* por 10.000 habitantes

**Tabela 3. Coleta de sangue nos países da América Latina e do Caribe, 2005 e 2009.**

PAÍS	Número de unidades coletadas		Taxa de doação	
	2005	2009	2005	2009
Antígua e Barbuda	1.020 *	1.321	124.4 *	153.6
Antilhas Holandesas	9.393	6.702	350.0	295.0
Argentina	365.313	926.941	94.3	230.0
Bahamas	5.152	6.914	158.5	202.2
Barbados	4.164 *	4.781	148.2 *	167.8
Belize	3.107	4.364	125.2	129.6
Bolívia	46.764	69.073	50.9	70.0
Brasil	3.738.580	3.661.647	200.9	189.0
Chile	178.079	206.676	109.3	121.8
Colômbia	527.711	692.487	122.6	151.7
Costa Rica	54.170	59.336	125.2	129.6
Cuba	495.343	403.060	442.5	359.7
Dominica	757	977	105.1	133.8
El Salvador	80.142	82.757	132.3	134.3
Equador	124.724	174.960	95.5	128.4
Granada	835	1.426	79.5	133.3
Guatemala	77.290	91.554	60.8	65.3
Guiana	5.267	7.700	68.9	101.0
Haiti	10.823	21.471	11.5	21.4
Honduras	52.317	58.317	75.9	78.1
Jamaica	22.155	24.881	83.0	91.5
México	1.351.204	1.602.071	128.3	146.2
Nicarágua	54.117	69.932	99.2	121.2
Panamá	42.771	51.539	132.3	149.2
Paraguai	47.060	66.873	79.7	105.3
Peru	179.721	221.266	64.6	75.9
República Dominicana	62.120	85.169	65.2	84.4
Santa Lúcia	1.914	2.446	121.9	152.9
São Kitts e Nevis	423	510	88.1	104.1
São Vicente e Granadinas	822	982	77.5	93.5
Suriname	7.525	9.774	150.5	188.0
Trinidad e Tabago	13.625	22.368	103.4	167.1
Uruguai	95.686	92.073	287.8	273.9
Venezuela	403.625	461.481	151.0	161.4
<b>Territórios Britânicos</b>				
<i>Anguila</i>	114	117	87.7	83.6
<i>Ilhas Virgens</i>	447	484		
<i>Ilhas Cayman</i>	864	981	196.4	196.9
<i>Montserrat</i>	79 *	94	158.0 *	188.0

\* Dados para 2006

Figura 1. Taxas de disponibilidade de sangue e taxas de mortalidade materna, países selecionados da América Latina e do Caribe, 2009.



Teste de correlação de Spearman,  $p=0,002$

**Tabela 4. Unidades de sangue separadas em componentes (proporção de glóbulos vermelhos produzidos), países da América Latina e do Caribe, 2005 e 2009.**

PAÍS	2005	2009	Diferença
Antígua e Barbuda	30 *	61	+31
Antilhas Holandesas	100	100	0
Argentina	87	90	+3
Bahamas	87	81	-6
Barbados	14 **	38	+24
Belize	35	32	-3
Bolívia	67	89	+22
Brasil	38	95	+57
Chile	95	100	+5
Colômbia	39	90	+51
Costa Rica	89	94	+5
Cuba	43 **	95	+52
Dominica	94	92	-2
El Salvador	93	96	+3
Equador	77	NI	
Granada	99	100	+1
Guatemala	84 *	87	+3
Guiana	62	74	+12
Haiti	28	52	+24
Honduras	32	39	+7
Jamaica	46	48	+2
México	88	94	+6
Nicarágua	78	90	+12
Panamá	33 *	91	+58
Paraguai	55	74	+19
Peru	72 *	79	+7
República Dominicana	78	39	-39
Santa Lúcia	98	100	+2
São Kitts e Nevis	42	14	-28
São Vicente e Granadinas	98	97	-1
Suriname	98	100	+2
Trinidad e Tabago	65 **	79	+14
Uruguai	87	NI	
Venezuela	81	-80	-1
<b>Territórios Britânicos</b>			
<i>Anguila</i>	62	61	-1
<i>Ilhas Virgens</i>	NI	16	
<i>Ilhas Cayman</i>	83	91	+24
<i>Montserrat</i>	NI	1	

\* Dados de 2004. \*\* Dados de 2006

**Tabela 5. Cobertura da triagem para marcadores de infecções transmissíveis por transfusão, países da América Latina e do Caribe, 2005 e 2009.**

MARCADOR	2005	2009
HIV	98,9	99,9
HBsAg	98,9	99,9
HCV	98,8	98,9
Sífilis	98,0	99,9
<i>Trypanosoma cruzi</i>	87,1	96,6

**Tabela 6. Número de unidades de glóbulos vermelhos e sangue total transfundido segundo a faixa etária dos pacientes, países que apresentaram dados, 2009.**

PAÍS	IDADE (anos)					Nenhum dado
	< 5	5–14	15–44	45–59	> 59	
Antígua e Barbuda	56	0	478	288	471	
Barbados	201	167	4.259	0	0	
Belize	244	144	1.566	595	519	
Granada	46	27	347	276	466	
Guiana	203	301	2.076	924	1.756	
Paraguai	5.433	2.640	18.951	8.970	14.213	420
São Kitts e Nevis	0	9	9	144	86	149
Santa Lúcia	0	61	59	969	545	656
São Vicente e Granadinas	0	157	57	526	216	342
Suriname	0	381	263	4.349	2.171	2.569
Territórios Britânicos						
<i>Anguila</i>	0	1	24	11	62	
<i>Ilhas Cayman</i>	3	8	258	204	416	
<i>Montserrat</i>	0	0	0	23	29	

----