

162ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 18 a 22 de junho de 2018

Tema 7.8 da agenda provisória

CE162/INF/8
30 de abril de 2018
Original: inglês

IMPLEMENTAÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (RSI)

Introdução

1. Este documento informa sobre a aplicação e a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (daqui em diante referido como RSI ou Regulamento) e o cumprimento dele. Os propósitos deste documento são: *a*) atualizar as informações apresentadas à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana em 2017 (1); *b*) analisar as atividades realizadas pelos Estados Partes e pela Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) em resposta a situações de risco em saúde pública, inclusive emergências em saúde pública de importância internacional, e visando capacitação e *c*) destacar as questões que requerem ações coordenadas pelos Estados Partes na Região das Américas e pela RSPA para futura aplicação e implementação do Regulamento e o cumprimento dele.

Antecedentes

2. O RSI, adotado pela Quinquagésima Oitava Assembleia Mundial da Saúde em 2005 com a resolução WHA58.3,¹ constitui o quadro jurídico que, entre outros, define a capacidade básica nacional, inclusive nos pontos de entrada, para o gerenciamento de situações de risco em saúde pública em potencial ou reais de importância nacional e internacional, assim como os procedimentos administrativos.

Análise da situação

Situações de risco em saúde pública

3. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) serve como o ponto de contato do RSI da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Região das Américas e atua como facilitador no gerenciamento de situações de saúde pública com os centros de coordenação nacional do RSI pelos canais de comunicação estabelecidos. Em 2017, todos os 35 Estados

¹ Texto do Regulamento Sanitário Internacional (resolução WHA58.3). A terceira edição está disponível em espanhol em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=164C099CD5E21ED0C1B76D9DA87A772E?sequence=1>.

Partes da Região fizeram a confirmação ou a atualização anual dos dados para contato dos centros de coordenação nacional, e 33 dos 35 países (94%) apresentaram uma lista atualizada dos usuários nacionais do site protegido de informação sobre situações de saúde pública nos centros de coordenação nacional do RSI. Também em 2017, os testes rotineiros da conectividade entre o ponto de contato do RSI da OMS e os centros de coordenação nacional na Região foram bem-sucedidos em 30 dos 35 Estados Partes (86%) via email e 32 dos 35 Estados Partes (91%) via telefone.

4. De 1º de julho de 2017 a 22 de março de 2018, 70 situações de risco em saúde pública de possível importância internacional foram identificadas e avaliadas na Região, representando 20% das situações analisadas ao nível mundial no mesmo período. Em 41 dos 70 eventos (59%), as autoridades nacionais (inclusive através dos centros de coordenação nacional em 37 ocasiões) foram a fonte inicial de informação. Deve ser destacado que, para seis dos 70 eventos (9%) considerados, ainda não havia uma posição final ao ser preparado este documento, e comprovação foi solicitada e obtida em cinco situações identificadas por fontes informais ou não oficiais. Portanto, das 64 situações para as quais a posição final é conhecida, 32 (50%) das que afetaram 19 Estados Partes na Região foram de importância internacional em saúde pública comprovada. A maior parte destas 32 situações foi atribuída a riscos infecciosos (28 situações, 86%). Embora a etiologia em cinco destas 28 situações (18%) não foi especificada, o agente causal registrado com maior frequência foi o vírus do sarampo (5 situações). Das outras quatro situações de importância internacional em saúde pública comprovada, duas estiveram relacionadas à contaminação de produtos, uma a questões de inocuidade (segurança) dos alimentos e uma a um risco químico.

5. Além da emergência em saúde pública de importância internacional atualmente declarada devido à propagação do poliovírus selvagem e poliovírus circulante derivado da vacina,² de 1º de julho de 2017 a 22 de março de 2018, as principais situações de risco em saúde pública que afetaram ou tiveram implicações para os Estados Partes na Região das Américas e a RSPA foram relacionadas sobretudo a doenças que podem ser prevenidas com vacina, entre elas:

a) *Febre amarela*: o aumento da atividade do vírus da febre amarela na América do Sul no fim de 2015 culminou com o recrudescimento fora do comum de casos em populações animais e humanas no Brasil no fim de 2016. Após o padrão sazonal observado em 2017 e 2018, o recrudescimento da atividade do vírus da febre amarela no Brasil se espalhou a áreas litorâneas do Atlântico Sul, anteriormente não consideradas em risco de transmissão do vírus. Tal fato fez com que o Secretariado da OMS declarasse áreas expandidas de risco de transmissão da febre amarela aos viajantes internacionais em visita ao Brasil.³ Entre 1º de julho de 2017 e 13 de março de 2018, 920 casos humanos de febre amarela com confirmação

² O site do Comitê de Emergência do RSI para informação sobre os eventos em curso e o contexto de transmissão e propagação internacional do poliovírus pode ser acessado pelo site da OMS: http://www.who.int/ihr/ihr_ec_2014/en/ (em inglês).

³ O site de *Viagens Internacionais e Saúde* da OMS pode ser acessado em: <http://www.who.int/ith/en/> (em inglês).

laboratorial, que resultaram em 300 mortes (taxa de letalidade de 33%), foram notificados no Brasil, sendo os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo os mais afetados. Além de, pelo menos, três casos de febre amarela identificados em viajantes internacionais em visita à região, casos em indivíduos com passagem pelo Brasil e sem história de vacinação foram detectados na Argentina (4 casos), França (1 caso), Alemanha (1 caso), Países Baixos (1 caso), Romênia (1 caso), Suíça (1 caso) e Reino Unido (1 caso). Diante da escassez mundial de vacina contra a febre amarela, as intervenções de resposta das autoridades sanitárias brasileiras nos estados da Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo representaram a maior campanha de vacinação em massa já realizada com o uso de dose fracionada da vacina, sendo vacinada uma população-alvo de 17 milhões de pessoas. No período considerado, as autoridades sanitárias peruanas notificaram oito casos de febre amarela com confirmação laboratorial provenientes de áreas sabidamente de risco de transmissão do vírus da febre amarela.

- b) *Sarampo*: desde meados de 2017, a Venezuela vem enfrentando um surto de sarampo, com mais de 1.600 casos confirmados, inclusive com duas mortes registradas até 30 de abril de 2018. Embora a maioria dos casos tenha sido notificada no Estado de Bolívar e no Distrito da Capital, também foram registrados casos em mais 11 estados, alguns deles na fronteira com o Brasil, Colômbia e Guiana. As autoridades sanitárias venezuelanas estão implementando o Plano Nacional de Resposta Rápida ao Sarampo, com intervenções para intensificar a vacinação. Até 30 de abril, casos com confirmação laboratorial de sarampo importado da Venezuela, ou relacionados a importação, foram detectados na Colômbia (21 casos), no Equador (3 casos) e no Brasil (103 casos, com mais de 500 casos suspeitos sendo investigados nos Estados de Roraima e Amazonas). As autoridades sanitárias brasileiras estão realizando uma campanha de vacinação em 15 municípios do Estado de Roraima, com a vacinação de imigrantes vindos da Venezuela, e em quatro municípios do Estado de Amazonas. As autoridades sanitárias peruanas notificaram dois casos com confirmação laboratorial de sarampo, associados ao genótipo D8, em pessoas sem história de viagem ao exterior. Além disso, no primeiro trimestre de 2018, casos com confirmação laboratorial de sarampo importado de Estados Partes fora da Região das Américas, junto com alguns casos decorrentes de transmissão local limitada, foram detectados pelas autoridades sanitárias em Antígua e Barbuda (1 caso), Argentina (3 casos), Brasil (1 caso), Canadá (9 casos), Guatemala (1 caso), México (4 casos) e Estados Unidos da América (63 casos).
- c) *Difteria*: surtos de difteria estão ocorrendo no Haiti e na Venezuela. O surto no Haiti começou em 2014 e, até 10 de fevereiro de 2018, foram registrados pelas autoridades sanitárias nacionais 410 casos, que resultaram em 75 mortes (taxa de letalidade de 18%). Os casos observados nas primeiras seis semanas de 2018 representam 4% dos casos ocorridos desde o início do surto. O surto na Venezuela teve início em julho de 2016, e, até 3 de fevereiro de 2018, foram notificados pelas autoridades sanitárias nacionais 969 casos de difteria, que resultaram em

113 mortes (taxa de letalidade de 11%). Os casos nas cinco primeiras semanas de 2018 representam 4% dos casos observados desde o início do surto. As autoridades sanitárias nacionais estão implementando várias medidas de controle, inclusive vacinação. Entre 1º de janeiro e 24 de fevereiro de 2018, o Brasil notificou cinco casos de difteria com confirmação laboratorial, sendo um deles importado da Venezuela; e a Colômbia notificou um caso com confirmação laboratorial também importado da Venezuela.

- d) *Malária*: diante do aumento significativo do número de casos de malária observados em vários países na Região das Américas a partir de 2015, a Venezuela passou à frente do Brasil como maior contribuinte à carga de malária na Região, com um crescimento de 75% nos casos observados entre 2015 e 2016 (de 136 mil a 240 mil) (2). Outro incremento no número de casos de malária foi observado em 2017, com 320 mil casos notificados até 21 de outubro de 2017. Mais de 75% dos casos notificados em 2017 foram associados à infecção por *Plasmodium vivax*. Embora, em 2017, o Estado de Bolívar, que faz fronteira com o Brasil e a Guiana, continuava a registrar a maioria dos casos de malária notificados em todo o país (64%), o surto de malária atingiu os estados de Sucre e Amazonas, este último fazendo fronteira com o Brasil e a Colômbia. Entre os principais determinantes da transmissão sustentada estão: *a*) grande vulnerabilidade e condições de vida precárias das pessoas que vivem nas áreas de mineração, *b*) intensa mobilidade entre os municípios endêmicos e outras áreas receptoras *c*) e difícil acesso às comunidades afetadas nos estados de Amazonas e Bolívar. A pouca disponibilidade de tratamento imediato com antimaláricos e de telas impregnadas com inseticida de longa duração, aliada à limitada capacidade de aplicação intradomiciliar de inseticida de efeito residual, dificultam os esforços para reduzir a intensidade da transmissão da malária no país.

Capacidade básica dos Estados Partes

6. Em 2018, 30 dos 35 Estados Partes (86%) na Região das Américas apresentaram informes à Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde. Belize, Granada, Guatemala, Santa Lúcia e São Vicente e Granadinas não cumpriram com esta obrigação. Desde 2011, quando o Secretariado da OMS propôs o formato atual de informes anuais dos Estados Partes para informar a Sexagésima Quarta Assembleia Mundial da Saúde, 12 Estados Partes têm cumprido com a obrigação de apresentar um informe todos os anos: Antígua e Barbuda, Barbados, Canadá, Colômbia, Costa Rica, Dominica, Equador, Guiana, Honduras, Jamaica, México e Estados Unidos da América. O nível de cumprimento deste compromisso por parte dos demais Estados Partes está exposto no Anexo a este documento.

7. Os informes anuais dos Estados Partes apresentados à Assembleia Mundial da Saúde entre 2011 e 2018 demonstraram melhorias constantes ou estabilização da capacidade básica ao nível regional. Ao se compararem os informes anuais de 2018⁴ com os informes de 2017, a variação na pontuação média regional para todas as modalidades de capacidade básica está na faixa de cinco percentuais. A mais alta pontuação média regional obtida, de 92%, continua sendo para eventos associados a riscos zoonóticos. A capacidade básica de recursos humanos e a capacidade básica de resposta a eventos associados a riscos químicos têm a menor pontuação: 65% e 64%, respectivamente. Vale observar que, desde a introdução deste formato de notificação em 2011, a pontuação média regional para a capacidade básica de resposta a eventos associados a riscos de radiação superou os 70%. A pontuação média regional para todas as demais modalidades de capacidade básica está próxima ou supera os 80%. Porém, a situação da capacidade básica nas sub-regiões varia bastante, com a menor pontuação observada na sub-região do Caribe. Ao se comparar a pontuação de cada Estado Parte entre os informes de 2017 e 2018, verificou-se que 10 dos 29 (34%) Estados Partes demonstram conseguir manter ou melhorar a pontuação em, pelo menos, 10 das 13 modalidades de capacidade básica. No Anexo é também apresentado um resumo dos informes anuais dos Estados Partes à Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde.⁵

8. No período considerado neste documento (de 1º de julho de 2017 a 22 março de 2018), a fim de apoiar os esforços feitos pelas autoridades nacionais para o avanço no processo de prontidão contínua em saúde pública, a RSPA levou adiante missões e seminários em um país em particular, em vários países, ao nível sub-regional e regional enfocando temas como: *a)* a função de alerta precoce do sistema de vigilância; *b)* as funções do centro de coordenação nacional (Reunião Regional dos Centros de Coordenação Nacional do Regulamento Sanitário Internacional realizada em Miami, Flórida, de 28 a 30 de novembro de 2017, com os pontos de contato de emergência da Rede Internacional de Autoridades em Inocuidade dos Alimentos [INFOSAN]);⁶ *c)* meios de diagnóstico laboratorial e laboratórios de saúde pública; *d)* prevenção e controle de infecções; *e)* comunicação de risco; *f)* equipes de resposta rápida; *g)* pontos de entrada; *h)* análises pós-ação (seminário para o desenvolvimento de uma ferramenta para conduzir análises pós-ação, incluindo uma plataforma na internet, realizado em Brasília, Brasil, de 29 de janeiro a 2 de fevereiro de 2018, com a participação do Instituto Sul-americano de Governo em Saúde [ISAGS]); *h)* exercícios de simulação e *i)* resposta a riscos químicos (seminário sub-regional do Caribe sobre prontidão e resposta a situações relacionadas a riscos químicos, realizado em Porto de Espanha, Trinidad e Tobago, de 30 de outubro a 1º de novembro de 2017, organizado conjuntamente pela RSPA e o Centro colaborador da

⁴ Devido a um problema de gerenciamento da informação técnica, o informe anual dos Estados Partes apresentado pela Jamaica à Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde não consta das análises regionais e sub-regionais expostas neste documento.

⁵ O histórico e outras informações sobre os informes anuais dos Estados Partes apresentados à Assembleia Mundial da Saúde estão disponíveis no repositório de dados do Observatório de Saúde Global da OMS no site da OMS: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.IHR?lang=en> (em inglês).

⁶ O site da Rede Internacional de Autoridades em Inocuidade dos Alimentos (INFOSAN) pode ser acessado pelo site da OMS: http://www.who.int/foodsafety/areas_work/infosan/es/ (em espanhol).

OMS para gerenciamento de riscos à saúde pública por exposição a substâncias químicas, sediado na Inglaterra de Saúde Pública, Reino Unido). Ademais, a colaboração entre a RSPA e a Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) prosseguiu nos moldes da estrutura de vários projetos em grande escala na sub-região do Caribe.

9. Propostas para abordar os desafios relacionados ao estabelecimento, manutenção e monitoramento da capacidade básica nos pequenos Estados Insulares em desenvolvimento foram feitas como resultado de uma reunião entre a RSPA e a Repartição Regional da OMS para o Pacífico Ocidental realizada em Washington, D.C., de 18 a 20 de dezembro de 2017. A RSPA também participou de uma atividade informal semelhante promovida em conjunto pelos Estados Partes Europeus (França, Países Baixos e Reino Unido) e os territórios ultramarinos na Região das Américas (21 de março de 2018).

Requisitos administrativos e de governança

10. A partir de 22 de março de 2018, 486 portos em 26 Estados Partes na Região das Américas foram autorizados a emitir certificados sanitários de embarcações.⁷ Outros nove portos foram autorizados a emitir estes certificados em seis territórios ultramarinos dos Países Baixos e do Reino Unido. Porém, no que se refere à certificação voluntária de aeroportos e portos designados, até a data de 22 de março de 2018, a OMS não havia fornecido aos Escritórios Regionais os procedimentos finalizados para tal certificação.

11. Em 22 de março de 2018, constavam da Lista de Peritos do RSI 477 especialistas, sendo 121 provenientes da Região das Américas. A Lista de Peritos é formada por especialistas indicados por 10 dos 35 Estados Partes na Região: Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Cuba, Estados Unidos da América, México, Nicarágua, Paraguai e Venezuela.

12. Após ser lançada em 2017 a pesquisa da RSPA para coletar informações quanto aos requisitos para o Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP), com a comprovação de vacinação contra febre amarela como pré-requisito para os viajantes internacionais entrarem e/ou saírem de certos países da Região, o Secretariado da OMS fez mudanças no questionário para atualizar a publicação *Viagens Internacionais e Saúde* de 2018. Vinte e um dos 35 (60%) Estados Partes na Região responderam à pesquisa global. Os requisitos atualizados do CIVP, determinados pelos Estados Partes, ainda não haviam sido publicados ao ser preparado este documento.

13. Em conformidade com a resolução WHA68.4 (2015) (3), que visa garantir o processo participativo ao mapear as áreas de risco de transmissão da febre amarela, em dezembro de 2015 foi criado o Grupo Assessor Científico e Técnico em Mapeamento do Risco Geográfico da Febre Amarela (GRYF). O grupo é formado por especialistas de cinco países na Região: Argentina, Brasil, Estados Unidos, Panamá e Trinidad e Tobago.⁸ O

⁷ A lista dos portos autorizados a emitir o certificado sanitário de embarcações está disponível no site da OMS: http://www.who.int/ihr/ports_airports/ihr_authorized_ports_list.pdf.

⁸ O site do Grupo Assessor Científico e Técnico em Mapeamento do Risco Geográfico da Febre Amarela (GRYF) pode ser acessado pelo site da OMS: <http://www.who.int/ith/yellow-fever-risk-mapping/en/>.

GRYF já realizou sete reuniões virtuais desde que foi instituído. Dando seguimento à consulta técnica sobre harmonização da metodologia para o mapeamento de riscos e avaliação do risco da febre amarela, realizada em Genebra, Suíça, em 14 a 15 de dezembro de 2017, a RSPA ficou encarregada de chefiar o trabalho de mapeamento da febre amarela ao nível global.

14. Uma das questões críticas para a governança do RSI é o monitoramento da aplicação, implementação e cumprimento do Regulamento. A partir do documento de informação *Elaboração de um anteprojeto de plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública – Consulta com os Estados Membros*, preparado pelo Secretariado da OMS de acordo com a decisão WHA70(11) (4) e apresentado no Anexo B ao documento CSP/INF/6 (1), foi realizada uma consulta global em três etapas com Estados Membros que consistiu de: a) sessões dos seis Comitês Regionais da OMS realizadas em 2017; b) uma consulta pela internet de 19 de setembro a 13 de outubro de 2017, sendo recebidas observações de 11 dos 35 (31%) Estados Partes na Região e c) uma consulta presencial com os Estados Membros, com os representantes das missões permanentes junto às Nações Unidas, realizada em Genebra, Suíça, em 8 de dezembro de 2017.

15. No que se refere ao processo consultivo global, o *anteprojeto de plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública, 2018-2023* (daqui em diante referido como anteprojeto do PEG) foi apresentado à 142ª sessão do Conselho Executivo da OMS, realizada em janeiro de 2018, no anexo I do documento EB142/10 (5). A posição sobre a elaboração do anteprojeto do PEG expressa pelos Estados Partes das Américas na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana foi exposta com precisão no parágrafo 7 do documento EB142/34⁹ (6). Contudo, sem se referir explicitamente à Estrutura de Monitoramento e Avaliação do RSI (7, 8) como um todo, o anteprojeto do PEG exposto no documento EB142/10 incorporou os quatro componentes da Estrutura: um mandatório (informes anuais preparados pelos Estados Partes) e três voluntários (análises pós-ação das situações de saúde pública, exercícios de simulação e avaliações externas conjuntas).

16. Sem as mudanças no texto propostas no Anexo 2 do documento EB142/10, a 142ª sessão do Conselho Executivo da OMS adotou a decisão EB142(1) (9), apoiando o endosso do anteprojeto do PEG pela Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2018. Porém, após um exame conjunto do Conselho Executivo da OMS, o Secretariado da OMS concordou em modificar os indicadores e os produtos e resultados do anteprojeto do PEG a ser apresentado à Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da

⁹ O Comitê Regional para as Américas destacou que o pilar estratégico 1 deve vincular a capacidade básica exigida pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005) às funções essenciais da saúde pública e refletir as diferenças existentes entre os Estados Partes quanto à maturidade dos sistemas de saúde e à situação de implementação do Regulamento. Houve amplo consenso de que a Estrutura de Monitoramento e Avaliação do RSI (2005) deve ser apresentada como um documento independente, separado do anteprojeto do plano estratégico global, para consideração e adoção pela Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2018. (Documento EB142/34, parágrafo 7.)

Saúde. O Secretariado da OMS também propôs que, junto com o anteprojeto do PEG, a ferramenta revisada para os informes anuais dos Estados Partes à Assembleia Mundial da Saúde seja apresentada à Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde. Para isso, o Secretariado da OMS lançou uma consulta com os Estados Partes em duas etapas: *a*) uma consulta por email com os Estados Partes nas duas primeiras semanas de março de 2018, sendo recebidas observações de 9 dos 35 (26%) Estados Partes na Região e *b*) uma sessão presencial com representantes selecionados dos Estados Partes de cada uma das seis Regiões da OMS que foi feita para realizar uma consulta técnica sobre a ferramenta de autoavaliação anual dos Estados Partes revisada conforme o RSI (2005), realizada em Genebra, Suíça, em 7 e 8 de março de 2018. Embora tenham participado da sessão representantes dos Estados Partes na Região das Américas (Argentina, Brasil, Estados Unidos, México, Peru e Uruguai), todos os Estados Partes na Região receberam as informações necessárias para tomar parte do debate à distância. Trinidad e Tobago participaram da reunião por conexão remota. Nem o anteprojeto do PEG nem a ferramenta revisada para apresentação dos informes anuais pelos Estados Partes à Assembleia Mundial da Saúde estavam disponíveis para a RSPA ao ser preparado este documento.

Ação necessária para melhoria da situação

17. O RSI constitui um instrumento para apoiar perfeitamente o processo contínuo e intersetorial de prontidão em saúde pública, do nível nacional ao internacional, e para responder conjuntamente a situações de risco em saúde pública. Desde que o Regulamento entrou em vigor em 2007, a conjuntura da capacidade básica nacional, a frequência e o volume de interações relacionadas a situações de risco em saúde pública entre os Estados Partes e o ponto de contato do RSI da OMS e o nível da participação dos Estados Partes nos processos de governança observados na Região das Américas parecem indicar uma transformação cultural em andamento entre as Partes em relação ao RSI em termos de transparência e responsabilidade mútua, dando ênfase ao Regulamento como um instrumento de governança global.

18. Em vista disso, as ações necessárias para melhorar a situação exposta no documento CSP29/INF/6 (1) apresentado à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana ainda são válidas. Elas são:

- a) A promoção da causa em diferentes níveis para harmonizar as interpretações e aspirações dos Estados Partes a fim de esclarecer concepções errôneas que poderiam dificultar a aplicação, a implementação e o cumprimento do RSI. Tais intervenções devem ser voltadas em particular a estabelecer pontes de comunicação entre os níveis técnicos e de tomada de decisão no país.
- b) O RSI é cada vez mais entendido como um instrumento para consolidar e aumentar a sustentabilidade de: *a*) funções essenciais nacionais da saúde pública, incluindo o planejamento e o financiamento, já amplamente instituídas e funcionantes em graus distintos e *b*) mecanismos intersetoriais nacionais. Porém, o Regulamento, sobretudo ao nível político, continua a ser considerado uma nova disciplina técnica cujos requisitos e implicações ficam restritos ao setor da saúde e se referem principalmente a “crises” de saúde pública e obrigações, com conotações

relativamente punitivas. Em concordância com o alcance e a finalidade do RSI, justificam-se intervenções ao nível nacional para demonstrar o custo-efetividade da alocação sustentada de recursos para fortalecer as funções essenciais da saúde pública, em vez de simplesmente responder às situações de risco em saúde pública quando elas ocorrem, uma estratégia com custos elevados e repercussões econômicas.

- c) Embora o RSI ofereça mecanismos para assegurar a responsabilidade mútua, junto com os requisitos para monitorar a implementação e o cumprimento pelas Partes, a aplicação dos quatro componentes da Estrutura de Monitoramento e Avaliação do RSI deve ser adaptada às necessidades dos Estados Partes na Região (por exemplo, dos pequenos Estados Insulares em desenvolvimento).

Ação pelo Comitê Executivo

19. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório e ofereça as recomendações que considerar pertinentes.

Anexo

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) [Internet]. 29^a Conferência Sanitária Pan-Americana, 69^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25–29 de setembro de 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2017 (documento CSP29/INF/6) [consultado em 22 de março de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&id=41948&Itemid=270&lang=pt
2. World malaria report 2017. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado em 22 de março de 2018]. Disponível em inglês em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259492/1/9789241565523-eng.pdf>
3. Organização Mundial da Saúde. Cartografía del riesgo de fiebre amarilla y recomendaciones de vacunación para los viajeros [Internet]. 68^a Assembleia Mundial da Saúde; 18–26 de maio de 2015; Genebra. Genebra: OMS; 2015 (resolução WHA68.4) [consultado em 22 de março de 2018]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R4-sp.pdf.
4. Organização Mundial da Saúde. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 70^a Assembleia Mundial da Saúde; 22–31 de maio de 2017; Genebra. Genebra: OMS; 2017 (decisão WHA70[11]) [consultado em 22 de março de 2018]. Disponível em espanhol em:

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70\(11\)-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70(11)-sp.pdf)

5. Organização Mundial da Saúde. Preparación y respuesta de salud pública: Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 142ª Sessão do Comitê Executivo; 22–27 de janeiro de 2018, Genebra. Genebra: OMS; 2018 (documento EB142/10) [consultado em 22 de março de 2018]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_10-sp.pdf
6. Organização Mundial da Saúde. Informe de los comités regionales al Consejo Ejecutivo [Internet]. 142ª Sessão do Comitê Executivo; 22–27 de janeiro de 2018, Genebra. Genebra: OMS; 2018 (documento EB142/34) [consultado em 22 de março de 2018]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_34-sp.pdf
7. Organização Mundial da Saúde. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da Saúde; 22–28 de maio de 2016; Genebra. Genebra: OMS; 2016 (documento A69/20) [consultado em 22 de março de 2018]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-sp.pdf
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26–30 de setembro de 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2016 (documento CD55/12, Rev. 1) [consultado em 22 de março de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36185&Itemid=270&lang=pt
9. Organização Mundial da Saúde. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública, 2018–2023 [Internet]. 142ª Sessão do Comitê Executivo; 22–27 de janeiro de 2018, Genebra. Genebra: OMS; 2018 (decisão EB142[1]) [consultado em 22 de março de 2018]. Disponível em espanhol em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142\(1\)-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142(1)-sp.pdf)

Anexo

**Tabela-resumo: Informes anuais dos Estados Partes à 71ª Assembleia Mundial da Saúde
(pontuação das modalidades de capacidade básica, em porcentagem)**

Estado Parte	Extensão de 2014–2016 solicitada e obtida	Número de informes anuais apresentados de 2011 a 2018	Número de modalidades de capacidade básica com pontuação mantida ou melhorada em relação a 2017	Política de legislação Financiamento	Coordenação e comunicação do centro de coordenação nacional	Supervisão	Resposta	Prontidão	Comunicação de riscos	Recursos humanos	Laboratório	Pontos de entrada	Eventos zoonóticos	Eventos de inocuidade dos alimentos	Eventos químicos	Emergências de riscos de radiação
Antígua e Barbuda	sim	8	5/13	75	40	90	77	55	71	80	88	86	89	100	46	23
Argentina	não	7	8/13	50	57	80	49	55	57	40	96	97	78	93	85	77
Bahamas	sim	6	13/13	75	83	100	76	62	100	40	96	78	78	93	77	54
Barbados	sim	8	10/13	100	100	95	94	100	100	80	92	100	100	73	85	77
Belize	sim	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolívia (Estado Plurinacional da)	sim	7	6/13	100	63	100	81	80	43	40	90	88	100	100	15	92
Brasil	não	7	8/13	100	90	90	100	100	100	100	92	97	89	100	92	100
Canadá	não	8	13/13	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chile	não	7	11/13	100	100	90	100	90	71	60	70	83	100	100	54	69
Colômbia	não	8	10/13	100	100	95	81	100	100	60	80	92	89	80	85	85
Costa Rica	não	8	8/13	75	100	95	83	82	100	80	76	88	100	100	77	77
Cuba	não	7	12/13	100	100	100	100	100	100	100	100	91	100	100	100	100
Dominica	sim	8	10/13	50	100	65	83	60	100	40	58	30	100	100	8	8
Equador	sim	8	10/13	100	100	90	58	53	100	40	83	86	100	73	69	100
El Salvador	não	7	11/13	100	100	100	100	72	57	100	100	97	100	100	92	85
Granada	sim	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	não	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guiana	sim	8	12/13	100	100	95	100	100	100	100	100	46	100	80	77	54

Estado Parte	Extensão de 2014-2016 solicitada e obtida	Número de informes anuais apresentados de 2011 a 2018 (período de 8 anos)	Número de modalidades de capacidade básica com pontuação mantida ou melhorada em	Política de legislação Financiamento	Coordenação e comunicação do centro de coordenação nacional	Supervisão	Resposta	Prontidão	Comunicação de riscos	Recursos humanos	Laboratório	Pontos de entrada	Eventos zoonóticos	Eventos de inocuidade dos alimentos	Eventos químicos	Emergências de riscos de radiação
Haiti	sim	6	13/13	50	63	85	64	73	71	40	80	9	100	40	69	54
Honduras	sim	8	5/13	50	73	90	94	43	71	60	68	29	89	67	77	100
Jamaica ¹⁰	sim	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
México	não	8	10/13	100	70	95	94	100	100	100	96	88	100	100	85	100
Nicarágua	não	7	12/13	75	83	100	88	100	100	100	90	75	100	80	92	100
Panamá	sim	7	13/13	100	100	100	88	60	71	60	96	72	100	60	15	62
Paraguai	sim	6	11/13	100	100	85	89	43	100	60	76	100	78	67	38	69
Peru	sim	6	6/13	50	100	100	77	35	71	60	100	9	100	53	8	92
República Dominicana	sim	7	5/13	75	47	90	45	55	100	40	62	63	22	53	0	62
São Cristóvão e Névis	sim	5	13/13	0	20	45	94	92	100	0	92	43	67	80	15	23
Santa Lúcia	sim	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Vicente e Granadinas	sim	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	sim	7	10/13	50	83	90	94	70	86	40	86	83	100	93	54	0
Trinidad e Tobago	sim	7	8/13	50	63	70	77	100	86	0	78	88	78	80	69	92
Estados Unidos da América	não	8	13/13	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Uruguai	não	4	12/13	100	100	95	94	100	100	60	56	91	100	100	77	62
(República Bolivariana da) Venezuela	sim	7	13/13	100	90	95	100	100	86	100	90	94	100	87	100	85

¹⁰ Devido a um problema de gerenciamento técnico da informação, o informe anual dos Estados Partes apresentado pela Jamaica à Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde não consta das análises regionais e sub-regionais apresentadas neste documento.

**Tabela-resumo: Informes anuais dos Estados Partes à 71ª Assembleia Mundial da Saúde
(pontuação das modalidades de capacidade básica, em porcentagem) (cont.)**

Sub-região	Política de legislação Financiamento	Coordenação e comunicação centro de coordenação nacional	Supervisão	Resposta	Prontidão	Comunicação de riscos	Recursos humanos	Laboratório	Pontos de entrada	Eventos zoonóticos	Eventos de inocuidade dos alimentos	Eventos químicos	Emergências por radiação
Caribe* (n=10)	65	73	79	77	72	81	52	78	61	84	76	58	46
América Central ** (n=6)	79	84	96	83	69	83	73	82	71	85	77	59	81
América do Sul*** (n=10)	90	90	92	83	76	83	62	83	84	93	85	62	83
América do Norte**** (n=3)	100	90	98	98	100	100	100	99	96	100	100	95	100
Região das Américas (n=29)	80	84	91	86	79	88	65	86	76	92	85	64	72

* A sub-região do Caribe compreende Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Cuba, Dominica, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname e Trinidad e Tobago.

** A sub-região da América Central compreende Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana.

*** A sub-região da América do Sul compreende Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

**** A sub-região da América do Norte compreende Canadá, México e Estados Unidos da América.
