



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 44º CONSELHO DIRETOR

### 55ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

*Washington, D.C., EUA, 22 a 26 de setembro de 2003*

---

*Tema 4.13 da agenda provisória*

CD44/16 (Port.)

16 julho 2003

ORIGINAL: ESPANHOL

### **RESULTADOS OBTIDOS COM AS ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS E PROGRAMÁTICAS DURANTE O PERÍODO 1999-2002**

A 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprovou as Orientações Estratégicas e Programáticas (OEP) para o período 1999-2002, e solicitou que a Secretaria informasse aos Órgãos Diretores sobre o progresso no cumprimento das metas regionais, a aplicação das Orientações Programáticas e até que ponto os países levaram em conta as OEP ao formular seus planos ou políticas nacionais de saúde. Este relatório foi apresentado à 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, que o examinou e resolveu solicitar à Direção que apresentasse um novo relatório ao Conselho Diretor em 2003 atualizando o cumprimento das metas regionais.

Em cumprimento desse mandato, apresenta-se este documento, que inclui a informação atualizada sobre o progresso dos países em relação às metas estabelecidas. Em alguns casos, apresentam-se além disso as dificuldades para analisar a informação respectiva e os fatores associados que favorecem ou impedem o avanço na consecução das metas.

Finalmente, é derivada uma série de lições desse e dos exercícios anteriores realizados pela Repartição a fim de avaliar as orientações de política da RSPA. Versões anteriores deste documento foram revistas pelo Subcomitê de Planejamento e Programação, durante a sua 37ª sessão, e pelo Comitê Executivo em sua 132ª sessão.

Este relatório é submetido à consideração dos delegados ao Conselho Diretor de acordo com o solicitado pela Conferência Sanitária Pan-Americana.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução .....	3
Metodologia .....	3
As Metas das Orientações Estratégicas e Programáticas 1999-2002 .....	4
Resultados da avaliação final das Orientações Estratégicas e Programáticas 1999-2002 .....	6
Lições aprendidas .....	20
Intervenção do Conselho Diretor .....	22

## **Introdução**

1. A Repartição Sanitária Pan-Americana, levando em conta a Resolução da 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana que aprovou as Orientações Estratégicas e Programáticas (OEP) para o período 1999-2002, elaborou um relatório sobre o progresso no cumprimento das Metas Regionais, a aplicação das Orientações Programáticas e até que ponto os países levaram em conta as OEP ao formular seus planos ou políticas nacionais de saúde. Este relatório foi apresentado à 36ª sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação e, com as sugestões de modificação propostas pelos delegados, se apresentou posteriormente à 130ª sessão do Comitê Executivo, durante 2002.

2. A 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana examinou o relatório correspondente e resolveu solicitar à Direção que apresentasse um novo relatório ao Conselho Diretor em 2003, no qual se examinassem os aspectos associados ao cumprimento das Metas Regionais. Em cumprimento desse mandato da Conferência, foram apresentadas versões preliminares deste documento à 37ª sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação e à 132ª sessão do Comitê Executivo, e se apresenta ao Conselho Diretor este relatório, que inclui informação atualizada sobre o progresso dos países em relação às metas estabelecidas e, quando possível, sobre alguns fatores relacionados com o avanço ou não no cumprimento das metas.

## **Metodologia**

3. Em 2001, realizou-se uma avaliação intermediária das OEP mediante um estudo de amostra (por amostragem aleatória simples com um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 8%) entre o pessoal profissional da Repartição, não só da sede mas dos escritórios de representação nos países, e envolveu tanto o pessoal vinculado pelo regime das Nações Unidas como o de contratação nacional. O estudo teve três objetivos: a) indagar sobre os conhecimentos, atitudes e práticas dos funcionários da Repartição em relação com o processo de formulação das OEP e sua utilização posterior; b) estimar o grau de avanço no cumprimento das metas regionais; e c) determinar a aplicação das Orientações Estratégicas na programação da cooperação técnica. Este estudo mostrou que, na área técnica, 87% dos profissionais estudados conheciam as OEP, todos as utilizavam em seu trabalho, 85% as considerava orientadoras da cooperação técnica, mas só a metade conhecia o processo realizado para sua elaboração. Além disso, constatou-se que os projetos de cooperação técnica tinham uma concordância com as Orientações Programáticas das OEP de cerca de 90%.

4. Examinaram-se as possibilidades metodológicas de avaliar o cumprimento das Metas Regionais das OEP e constatou-se que várias metas já haviam sido atingidas em

junho de 2001. Também se tornou evidente que em algumas delas seria necessário recorrer a fontes alternas aos Indicadores Básicos publicados pela Repartição para poder avaliá-las, e que em alguns casos talvez não fosse factível dispor dos dados que permitiriam avaliar seu cumprimento.

5. O procedimento utilizado e os resultados principais foram apresentados à 36ª reunião do Subcomitê de Planejamento e Programação. Com os resultados desta avaliação intermediária e as sugestões do SPP, se estabeleceu o enfoque para a avaliação final das OEP.

6. Para todos os países da Região, com exceção dos territórios, examinaram-se os dados disponíveis no Sistema Regional de Dados Básicos em Saúde produzido pela Repartição, com o fim de determinar o cumprimento das metas regionais ao comparar a situação em 1998, em relação à meta respectiva, com a situação no ano mais recente disponível, próximo a 2002. Desta forma é possível apreciar o alcance ou o atraso com respeito à consecução das metas. Para os casos em que os Dados Básicos não dispunham dos dados requeridos ou a informação necessária não fazia parte desta base de dados, procurou-se, na medida do possível, identificar uma fonte alternativa. Em casos excepcionais não se dispõe na Região de fontes alternas de informação.

### **As Metas das Orientações Estratégicas e Programáticas 1999 – 2002**

7. As OEP identificaram 29 metas regionais que representam o compromisso conjunto dos países e da Repartição para avançar em matéria de saúde da população da Região.

8. Estas metas foram agrupadas em três conjuntos. Um primeiro grupo refere-se a resultados de saúde:

- A esperança de vida ao nascer aumentará ao menos dois anos em todos os países que em 1998 tenham uma esperança de vida inferior a 70 anos;
- Em todos os países a taxa de mortalidade infantil diminuirá 10%;
- A mortalidade perinatal diminuirá 20%;
- A mortalidade neonatal tardia diminuirá 30%;
- A mortalidade na infância diminuirá 40% e será inferior a 50 por 1.000 nascidos vivos;
- A mortalidade materna diminuirá 25%;
- Ao menos 60% das mulheres de 15 a 44 anos de idade terão acesso aos anticoncepcionais;

- Em todos os países, menos de 20% das crianças menores de 5 anos padecerão atraso do crescimento;
- Menos de 10% dos recém-nascidos pesarão menos de 2.500 gramas ao nascer;
- Serão eliminadas as doenças por carência de iodo;
- A prevalência de hipovitaminose A subclínica nas crianças menores de 5 anos estará abaixo de 10%;
- A prevalência de carência de ferro entre as mulheres de 15 a 44 anos de idade e as gestantes haverá diminuído 30%;
- Será mantida a eliminação da transmissão do vírus selvagem da pólio;
- Em todos os países se haverá eliminado a transmissão do sarampo;
- A incidência de tétano neonatal estará abaixo de 1 por 1.000 nascidos vivos no nível distrital (municipal, cantonal, etc.);
- A prevalência de lepra estará abaixo de 1 por 10.000 habitantes;
- A prevalência de cárie dental endêmica será reduzida em 50%;
- Será eliminada a transmissão da raiva humana pelos cães;
- A transmissão da doença de Chagas por *Triatoma infestans* será eliminada de todos os países do Cone Sul;
- A febre aftosa será eliminada de todos os países do Cone Sul.

9. Um segundo grupo relacionado com ações intersetoriais dirigidas aos fatores determinantes da saúde:

- Em todos os países, pelo menos 80% da população total terá serviços adequados de disposição de águas residuais e eliminação de excretas;
- Ao menos 75% da população total terá acesso a água potável e, nos países que em 1998 tinham um acesso superior a 75%, a cobertura aumentará 10%.

10. E um terceiro grupo relacionado com políticas e sistemas de saúde:

- Todos os países haverão adotado políticas para promover a Saúde para Todos e o acesso equitativo a serviços de saúde de boa qualidade;
- Todo o sangue para transfusão será examinado para detectar a infecção pelo vírus da hepatite B e C, sífilis, *Trypanosoma cruzi* e HIV;
- Todos os bancos de sangue estarão participando em programas de controle da qualidade;

- Todos os países haverão adotado políticas para prevenir o consumo de tabaco pelas crianças e adolescentes;
- Todos os países contarão com um sistema de informação sanitária que proporcione dados básicos de saúde que respondam a critérios de validade e confiabilidade;
- Em coordenação com as entidades pertinentes, os falecimentos sem registro deverão estar abaixo de 20%;
- Menos de 10% dos falecimentos registrados serão atribuídos a "causas mal definidas".

### **Resultados da avaliação final das Orientações Estratégicas e Programáticas 1999-2002**

11. A 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana pediu ao Diretor não só aplicar as OEP, mas avaliar o impacto da cooperação técnica usando as OEP como quadro de referência. Com este fim, apresenta-se a seguir a apreciação mais precisa possível sobre o cumprimento das Metas Regionais, o cumprimento das Orientações Programáticas e o nível de influência das OEP nos planos e políticas nacionais de saúde.

12. Por outro lado, este exercício constitui uma oportunidade para a Organização aprender sobre o processo de definição de orientações de política e planejamento, assim como sobre a programação e gestão da cooperação técnica. Portanto, o capítulo seguinte descreve uma série de lições para a Repartição, derivadas da avaliação intermediária e da avaliação que aqui se apresenta.

13. A seguir apresenta-se a mais recente informação sobre o avanço no cumprimento das Metas Regionais.

#### ***Esperança de vida ao nascer***

**Meta:** *A esperança de vida ao nascer aumentará pelo menos dois anos em todos os países que em 1998 tinham uma esperança de vida inferior a 70 anos.*

14. Segundo cálculos do Programa Mundial de População das Nações Unidas, em todos os países da Região com uma esperança de vida inferior a 70 anos, com exceção de Granada, a esperança de vida aumentou entre 1998 e 2002. O número de países com uma esperança de vida inferior a 70 anos passou de 16 em 1998 a 10 em 2002. O aumento da

esperança de vida durante este período foi de 0,9 ano em média para todos os países. Em São Cristóvão e Névis, ultrapassou-se a meta de aumentar a esperança de vida em 2,0 anos, registrando-se um aumento de 2,8 anos.

15. O progresso neste indicador é a síntese dos resultados em diferentes causas de todos os grupos etários, mas na Região se relaciona em particular com ganhos nos primeiros anos de vida.

### ***Mortalidade infantil***

**Meta:** *Em todos os países a taxa de mortalidade infantil diminuirá 10%.*

16. Segundo as taxas estimadas, em todos os países da Região, sem exceção, a mortalidade infantil se reduziu durante o período, alcançando uma diminuição de 9% em média. Em sete países ultrapassou-se a meta, com uma redução superior a 10% (Bolívia, Colômbia, El Salvador, Panamá, Peru, Trinidad e Tobago e Uruguai). Entretanto, em três países (Canadá, Cuba e Estados Unidos da América) a taxa de mortalidade infantil em 1998 era e na atualidade continua sendo inferior a 10%, o que, além de representar um resultado significativo para a população, faz que qualquer redução, por pequena que seja, implique esforços maiores do que para países com taxas de maior magnitude. Todavia, nestes países também houve uma redução da taxa.

17. O progresso na mortalidade de menores de um ano esteve determinado principalmente pela redução da mortalidade por doenças infecciosas, principalmente por diarreia e pneumonia, e em menor grau pela redução nas causas perinatais.

### ***Mortalidade perinatal***

**Meta:** *A mortalidade perinatal diminuirá 20%.*

18. O sub-registro da mortalidade fetal intermediária e da mortalidade fetal tardia é considerável na Região e estes são dados imprescindíveis para a estimação das taxas de mortalidade perinatal, pelo que, na prática, poucos países chegam a estimar esta taxa.

19. Os dados disponíveis mais recentes em relação com esta meta, para a maioria dos países, correspondem a 1995, publicados em 1997 conjuntamente pela OMS e o Banco Mundial, os quais estão disponíveis no site do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP). O fato de terem sido publicados um ano antes da aprovação das OEP, e que em muito poucos países há dados posteriores que permitam fazer uma comparação e estabelecer mudanças, não permite, portanto, determinar a medida em que se alcançou esta meta.

20. A carência de informação está relacionada com a baixa cobertura de parto institucional, falta de registro dos óbitos fetais após a 28<sup>a</sup> semana de gestação, mesmo em nascimentos ocorridos em instituições de saúde, baixa cobertura de atendimento ao recém-nascido e barreiras de acesso ao registro civil em alguns países.

### ***Mortalidade neonatal tardia***

**Meta:** *A mortalidade neonatal tardia diminuirá 30%.*

21. Na maioria dos países da Região, o sub-registro da mortalidade nas idades mais tenras é considerável, motivo pelo qual as taxas de mortalidade não são rotineiramente estimadas, em especial para grupos de populações como o de neonatos (menos de 28 dias de nascimento), grupo no qual se localiza a mortalidade neonatal tardia (7 a 28 dias).

22. Os registros que se realizam através da base de dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia, são registros de estabelecimentos de atenção de saúde e não alcançam o panorama do nível nacional. Todavia, se dispõe de registros de apenas cinco países, mas não são coincidentes nos anos de registro. Portanto, não há suficientes dados sobre as taxas de mortalidade neonatal tardia na Região para determinar a medida em que se alcançou esta meta. Os fatores associados são os mesmos da meta anterior.

### ***Mortalidade de menores de cinco anos***

**Meta:** *A mortalidade na infância diminuirá 40% e será inferior a 50 por 1.000 nascidos vivos.*

23. Nos países da América para os quais se dispõe de informação, as taxas estimadas de mortalidade na infância registraram uma redução média de 9,5%, o que representou uma queda da taxa de 3,7 por 1.000 nascidos vivos. Os avanços na redução da mortalidade neste grupo de idade estão associados ao controle das doenças infecciosas (60%) e à diminuição da mortalidade por afecções perinatais.

24. Com relação à meta estabelecida de reduzir em 40% a taxa de mortalidade de menores de cinco anos durante o período, 19 países registraram uma diminuição entre 7% e menos de 20%, em quatro países a diminuição se situou entre 20% e 27%, e em um país, a República Dominicana, os dados não permitem avaliar este indicador devido a inconsistências na informação.

25. As estimações disponíveis para 2002 indicam que, dos sete países que teriam uma taxa de mortalidade em menores de cinco anos superior a 50 por 1.000 nascidos vivos no



início do período, quatro continuam com taxas superiores a esta cifra, ou seja, três conseguiram a meta de reduzir esta taxa abaixo de 50 por 1.000 nascimentos.

26. Como no caso da mortalidade de menores de um ano, o avanço em direção a essa meta está relacionado com a diminuição da mortalidade por doenças diarréicas e pneumonia nos primeiros anos de vida.

### ***Mortalidade materna***

**Meta:** *A mortalidade materna diminuirá 25%.*

27. O sub-registro da mortalidade materna na Região é significativo e está relacionado com vários aspectos: o sub-registro da mortalidade em geral, a péssima classificação das mortes maternas por certificação inadequada e a falta de comparabilidade dos dados por mudanças na metodologia de estimação. Além disso, há enorme disparidade nos anos de registro ou de estimação das taxas, e em muitos países os dados disponíveis não permitem fazer comparações dentro do mesmo país.

28. De acordo com os dados disponíveis para 35 países nos Indicadores Básicos da OPAS, para o período 1998-2001, se observa, em geral, pouco progresso na redução da mortalidade materna. Em cinco países a tendência se mantém sem mudanças e se observa um aumento significativo da razão de mortalidade materna em cinco países, e incremento mínimo ou moderado em sete países. Seis países apresentam um só dado no período e um não apresenta informação. Em onze países a tendência da razão de mortalidade materna é decrescente.

29. As causas da mortalidade materna na Região refletem as tendências globais, correspondendo cerca de 75% a causas obstétricas diretas, relacionadas com complicações da gravidez, do parto e do puerpério, entre as quais se destacam as hemorragias, eclampsia, sepsis e complicações do aborto.

30. Por isso, a cooperação técnica está promovendo uma nova estratégia regional para a redução da mortalidade materna, enfocada na promoção de intervenções efetivas baseadas em evidência, o fornecimento de serviços de cuidado obstétrico essencial de qualidade, o fortalecimento dos sistemas de vigilância epidemiológica, a assistência do parto por pessoal qualificado, e a interação permanente com estratégias de habilitação das mulheres, famílias e comunidades.

### ***Acesso a anticoncepcionais***

**Meta:** *Pelo menos 60% das mulheres de 15 a 44 anos de idade terão acesso aos anticoncepcionais.*

31. Não há informação disponível para o ano 2002 em relação com esta meta. Todavia, de acordo com os Indicadores Básicos da OPAS, entre 1998 e 2000, de 35 países, 11 cumpriram a meta de alcançar 60% ou mais de cobertura de uso de métodos anticoncepcionais, com uma média aproximada do grupo de 70%. Também durante o período, 12 países mantiveram a mesma proporção de cobertura, com uma média de 50% de prevalência de uso de anticoncepcionais e, finalmente, 10 países diminuíram sua prevalência entre 4% e 32% conseguindo em média uma proporção de 38%. Dos dois países restantes, um apresenta informação para um só ano e o outro não informa dados.

32. Além disso, os dados não são necessariamente comparáveis entre países, já que em alguns casos se trata da proporção de mulheres em idade fértil (15 e 49 anos) e em outros casos se refere às mulheres em relação de casal estável e em alguns casos só se determina a proporção de mulheres das zonas urbanas.

### ***Atraso no crescimento***

**Meta:** *Em todos os países, menos de 20% das crianças menores 5 de anos padecerão atraso do crescimento.*

33. O atraso no crescimento pode ser medido com respeito à adequação da altura para a idade, o peso para a idade ou o peso para a altura. Em geral, se emprega o número de desvios-padrão com relação à altura ou à idade.

34. Não se fazem registros sistemáticos destes parâmetros nutricionais; por isso, é necessário recorrer a estudos ou pesquisas específicas que não podem ser realizados com periodicidade por seu elevado custo. Os dados disponíveis de estudos de 14 países indicam uma tendência contínua de diminuição geral do atraso do crescimento desde 1978; individualmente considerados, 5 países mostram uma proporção inferior a 20% de atraso no crescimento. Todavia, estes dados não são suficientes para estabelecer o cumprimento regional da meta, já que, dos 14 países, 12 têm mais de um dado, mas somente três exibem informação para o período de avaliação das metas das OEP.

### ***Baixo peso ao nascer***

**Meta:** *Menos de 10% dos recém-nascidos pesarão menos de 2.500g ao nascer.*

35. De acordo com a informação disponível no site do Centro Pan-Americano de Perinatologia, a meta regional foi cumprida ao redor do ano 2001, quando se estimou uma taxa de 8,48% de baixo peso ao nascer para 38 países da Região em seu conjunto. Todavia, 5 países continuam tendo cifras acima de 10%, ainda que nenhum ultrapasse 15% de baixo peso no nascimento.

### ***Carência de iodo***

**Meta:** *Serão eliminadas as doenças por carência de iodo.*

36. A carência de iodo pode ser determinada por diferentes meios, dentre os quais a proporção de população com bócio e a concentração de iodo na urina. Não há suficientes dados na Região para informar sobre a consecução da meta regional. Os dados disponíveis de 18 países sobre carência de iodo são todos anteriores a 1998 e não há dados posteriores para esses mesmos países.

37. Todavia, a informação sobre a iodação do sal poderia indicar possíveis mudanças na carência de iodo nos países. Em 26 países há programas de fortificação de sal, dos quais 9 requerem alguma melhoria, mas em alguns países ainda há lugares onde não se dispõe de sal iodado e em outros a iodação do sal é insuficiente. Além disso, os países informam sobre a carência de iodo em lugares onde este problema costumava manifestar-se em forma de bócio endêmico, e isso não constitui uma amostra representativa da Região.

38. Os custos da coleta sistemática dessa informação não permitiram dispor dos dados necessários em toda a Região de maneira atualizada.

### ***Hipovitaminose A***

**Meta:** *A prevalência de hipovitaminose A subclínica nas crianças menores de 5 anos estará abaixo de 10%.*

39. Não se recolhe informação sobre esta deficiência de maneira sistemática; por isso, é necessário recorrer a estudos específicos de alto custo que não podem ser realizados freqüentemente.

40. Há informação disponível de distintas fontes para 16 países da Região, o que não é suficiente para determinar a medida em que se alcançou esta meta regional durante o período compreendido na avaliação. Os dados, em sua maioria, são anteriores a 1998 e só a Nicarágua informou para 2000 uma prevalência de hipovitaminose subclínica de 8%. Nenhum outro país apresenta dados posteriores a 1998. Outros estudos mais recentes incluem: os níveis de suplementação de vitamina A em alguns países da Região, o efeito dos programas de fortificação em períodos compreendidos entre 1965 e 1996, e estudos da concentração de retinol no soro realizados entre 1991 e 2000, mas estes estudos não são comparáveis entre si.

#### ***Carência de ferro em mulheres em idade reprodutiva e em grávidas***

**Meta:** *A prevalência de carência de ferro entre as mulheres de 15 a 44 anos de idade e as grávidas haverá diminuído 30%.*

41. Os dados mais recentes para 24 países são anteriores a 1998, com exceção do Peru e Haiti, que mostram dados para 2000, e não há outros posteriores para determinar se a meta regional foi atingida. A dificuldade maior para dispor desta informação se origina em que a fonte comum para obter estes dados são os estudos de pesquisa, que nem sempre têm o mesmo âmbito de cobertura, ou se baseiam em estimativas sobre estudos locais.

#### ***Poliomielite***

**Meta:** *Será mantida a eliminação da transmissão do vírus selvagem da pólio.*

42. O último caso de poliomielite causada pelo vírus selvagem da pólio ocorreu na América em 1991. Em 1994, a Comissão Internacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (CICEP) declarou que se havia interrompido a transmissão do vírus selvagem da pólio nas Américas. Não se notificaram mais casos em nosso continente depois da epidemia de República Dominicana e Haiti, a qual ocorreu entre os anos 2001 e 2002, teve 21 casos e foi causada por um poliovírus tipo 1 derivado da vacina.

43. A vigilância das paralisias flácidas agudas esteve sempre cumprindo os padrões exigidos pela Comissão Global para a Certificação da Erradicação da Poliomielite.

### ***Sarampo***

**Meta:** *Em todos os países será eliminada a transmissão do sarampo.*

44. Em abril de 2002, a Venezuela era o único país das Américas onde continuava a transmissão autóctone do sarampo. Nessa mesma data se registraram casos em quatro países mais, todos esses importados. Tomaram-se importantes medidas na Venezuela para controlar esse surto e não houve notificação de casos na Região das Américas devidos à transmissão autóctone do vírus desde 16 de novembro de 2002. Todavia, até a semana 16 de 2003 se apresentaram 11 casos, 7 no Canadá, 1 no Chile e 4 nos Estados Unidos, todos esses casos importados de fora da Região.

### ***Tétano neonatal***

**Meta:** *A incidência do tétano neonatal estará abaixo de 1 por 1.000 nascidos vivos no nível distrital (municipal, cantonal, etc.).*

45. Nas Américas, entre 1998 e 2002, a incidência do tétano neonatal se manteve inferior a 1 por 1.000 nascidos vivos em 99,9% dos 14.285 distritos dos países da América Latina. Desde que se intensificou a vacinação de mulheres em idade fértil em 1988, os casos de tétano neonatal notificados diminuíram em 92%. A comparação dos casos notificados em 1998 e 2002 indica que houve uma diminuição de 39% nos casos, que passaram de 199 em 1998 a 122 em 2002.

46. Ainda que a situação geral atual seja de progresso, há situações díspares importantes, já que a maior incidência se concentra em quatro países (Haiti, Brasil, Colômbia e México) e só 11 países ainda estão acima da meta, já que têm distritos com taxas acima de 1 por 1.000 nascidos vivos, dos quais só dois (Costa Rica e Paraguai) têm entre 1% e 2% de distritos com taxas acima de 1 por 1.000, enquanto os demais mantêm menos de 1% de seus distritos nessa condição. No Haiti, que em 2002 notificou 26% do total de casos da América Latina, e onde 49 (37%) de seus 133 municípios tiveram taxas superiores a 1 por 1.000 nascidos vivos em 2001, se iniciou a execução do Plano de Eliminação do Tétano Materno-Neonatal, o qual contempla entre seus objetivos o fortalecimento da infra-estrutura dos serviços de saúde.

### ***Lepra***

**Meta:** *A prevalência de lepra estará abaixo de 1 por 10.000 habitantes.*

47. Segundo a informação disponível em 2001 conseguiu-se eliminar a lepra como problema de saúde pública em 14 países onde em 1992 ainda não se havia eliminado.

Todos os países da América latina têm taxa de prevalência abaixo de 1 por 10.000 habitantes. Só persiste um país com prevalência maior, o Brasil (4,24 por 10.000), onde existem 88,7% dos casos da sub-região.

48. Desde o advento da poliquimioterapia como medida de tratamento, a lepra é uma doença curável e sua adoção redundou nos resultados que se observam na Região.

### ***Caries dental***

**Meta:** *A prevalência de cárie dental endêmica se reduzirá em 50%.*

49. As estimativas da prevalência da cárie dental abrangem períodos de cerca de 10 anos, e não se pode calcular a prevalência correspondente ao período compreendido na avaliação. Todavia, e ainda que a data dos dados varie segundo o país, durante o período de 1977 a 2001, em 11 países conseguiu-se reduzir a cárie dental em 50% ou mais. A redução correspondente a todos os países durante este período foi de cerca de 49%, em média.

### ***Raiva humana***

**Meta:** *Será eliminada a transmissão da raiva humana pelos cães.*

50. A tendência decrescente do número de casos de raiva humana se manteve durante o período com uma redução de 75% nos últimos 10 anos. De 1998 a 2000, os casos de raiva humana diminuíram 28%, passando de 89 em 1998 a 64 em 2000. Entretanto, de 1998 a 2002 os casos diminuíram em 68,5%, com um total de 28 casos em 9 países da Região. Em 2000 já se havia eliminado a raiva humana em 19 das 21 capitais da América Latina.

51. No ano de 2001, o cão foi a fonte de infecção de 71,2% (37 casos), dos 52 casos humanos notificados, com informação sobre o animal transmissor. Estes casos ocorreram em 7 países, que representam 38% da população humana da Região, dos 48 países e territórios que constituem as Américas.

52. A raiva em cães segue uma tendência similar à raiva humana transmitida pelos cães. Nos últimos 10 anos o número de casos se reduziu em 76%. Em 2001 foram notificados 1.652 casos. Em 2002, dados parciais indicam que foram notificados 432 casos de raiva em cães. Este impacto está associado ao esforço realizado pelos governos dos países da América Latina, principalmente na vacinação maciça de cães.

### ***Doença de Chagas***

**Meta:** *Será eliminada a transmissão da doença de Chagas por “Triatoma infestans” de todos os países do Cone Sul.*

53. Dos seis países do Cone Sul, no ano 2002, o Chile e Uruguai tiveram certificação de que em 100% de seu território havia sido interrompida a transmissão do *Trypanosoma Cruzi* por *Triatoma Infestans*. Entretanto, o Brasil obteve 85% de seu território certificado de haver interrompido a transmissão por este vetor, a Argentina conseguiu uma certificação de 21% e o Paraguai de 6%. A Bolívia é o único país que não possui áreas certificadas de interrupção da transmissão vetorial por *T. Infestans*.

54. Esses resultados foram alcançados graças ao alto compromisso político com as medidas de controle nos países, refletido por uma alocação contínua de recursos humanos e financeiros por um período de mais de 10 anos.

### ***Febre aftosa***

**Meta:** *A febre aftosa será eliminada de todos os países do Cone Sul.*

55. A situação atual da febre aftosa nos países do Cone Sul (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai) se manteve em controle com relação a 1998, ainda que com altos e baixos no transcurso dos quatro anos do período.

56. Até meados do ano 2000 a região do Cone Sul (Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai) e grande parte dos estados brasileiros que compõem os circuitos pecuários Sul, Centro-Oeste e Leste, se mantiveram livres da febre aftosa com uma área de aproximadamente 6,2 milhões de km<sup>2</sup> e com uma população de 140 milhões de bovinos (49% da população bovina da América do Sul). A Argentina, Chile e Uruguai já haviam alcançado o reconhecimento internacional de livres sem vacinação, e o Paraguai e regiões do Brasil o estado de livres com vacinação. Esta situação epidemiológica favorável representou um benefício econômico para os países do Cone Sul. Eliminaram as perdas ocasionadas pela enfermidade, pouparam o custo de vacinações e tratamentos, iniciaram novas exportações de carne para a América do Norte e ampliaram seu comércio com países da Europa e do Oriente.

57. A partir do segundo semestre do ano 2000, se registraram surtos no sul do Brasil e Uruguai. A Argentina apresentou uma grave epidemia, a partir de fevereiro de 2001, que se estendeu pelo país, exceto a zona livre da Patagônia. Chile, Paraguai e o resto dos estados do Brasil da área livre mantiveram a condição de livres. Em outubro de 2002, o Paraguai teve um foco de aftosa e perdeu sua condição de área livre.

58. Atualmente, a Argentina tem mais de um ano sem apresentar casos e deve esperar um ano mais para obter a certificação de área livre de aftosa. O Chile está livre da enfermidade. O Uruguai completou dois anos sem notificar casos e está tramitando a certificação de área livre com vacinação. O Paraguai não notifica casos desde fins de 2002. A Bolívia continua com regiões específicas endêmicas para a febre aftosa, e o Brasil não apresentou registro da enfermidade em todo seu território durante o ano de 2002.

### ***Saneamento básico***

**Meta:** *Em todos os países, pelo menos 80% da população total terá serviços adequados de disposição de águas residuais e eliminação de excretas.*

59. Os dados mais recentes recolhidos na Região são de 1998. Todavia, em vista das tendências regionais dos últimos 40 anos, se calcula que, em 2000, aproximadamente 79% da população das Américas tinha suficiente acesso a serviços de saneamento, e se estima que a cobertura superou 80% no final de 2002.

60. Ainda que a situação represente um resultado importante para a Região, as disparidades entre as zonas urbanas e rurais continuam sendo grandes. A população rural que não dispõe de suficiente acesso a serviços de saneamento (50,4%) é cerca do quádruplo da população urbana que carece deste serviço (10,2%) na América Latina e no Caribe.

### ***Água potável para consumo***

**Meta:** *Pelo menos 75% da população total terá acesso a água potável.*

**Meta:** *Nos países que em 1998 tinham um acesso superior a 75%, a cobertura aumentará 10%.*

61. Os dados mais recentes recolhidos na Região são de 1998. Todavia, em vista das tendências regionais dos últimos 40 anos, se calcula que já em 2000 aproximadamente 85% da população das Américas tinha suficiente acesso a serviços de água potável, superando a meta esperada para 2002.

62. Ainda que se trate de um resultado importante para a Região, cabe assinalar que a população rural que não dispõe de suficiente acesso a água potável para consumo (38,8%) é mais do quádruplo da população urbana que carece deste serviço (7%) na América Latina e no Caribe. Calcula-se que os países que em 1998 tinham um acesso de 75% não aumentaram a cobertura em 10%. Todavia, conseguiram um aumento mais de acordo com a realidade, situado entre 2% e 3%, durante o período.



63. O avanço, tanto no acesso a água potável para consumo como aos serviços de saneamento básico, é produto do compromisso político institucional nos países e do investimento sustentado na última década nas zonas urbanas, nos assentamentos dos estratos médios e altos. São necessários esforços contínuos nos estratos baixos urbanos e nas áreas não urbanas.

### ***Saúde para todos e acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade***

**Meta:** *Todos os países deverão adotar políticas para promover a saúde para todos e o acesso equitativo a serviços de saúde de boa qualidade.*

64. Em 2001, 22 países haviam adotado políticas ou leis orientadas especificamente a promover a saúde para todos ou o acesso de todos à saúde, e 24 haviam adotado políticas ou leis que promovem o acesso equitativo a serviços de boa qualidade. Dois países que não contavam com políticas ou leis explícitas de promoção da saúde para todos expressaram compromisso, formularam objetivos ou implantaram programas para estender os serviços de saúde a toda a população. Seis países que não contavam com políticas em matéria de acesso equitativo expressaram compromisso, formularam objetivos ou implantaram programas para aumentar a equidade no acesso aos serviços de saúde.

### ***Transfusão de sangue***

**Meta:** *Todo o sangue para transfusão será examinado a fim de detectar a infecção pelo vírus da hepatite B e C, sífilis, Trypanosoma cruzi e HIV.*

65. Em 2002, 20 países da América Latina notificaram triagem de 100% para HIV, hepatite B e C, e sífilis em comparação com 10 em 1998. Ao mesmo tempo, 15 países informaram triagem entre 90% e 99% do sangue para essas mesmas enfermidades. Isto indica que 35 países tiveram entre 90% e 100% de triagem em 2002 para as quatro patologias mencionadas, em contraste com 15 países em 1998.

66. No começo do período, em 1998, 29 países não informaram suas coberturas de triagem, enquanto em 2002 somente 8 não o fizeram.

67. Em relação com o Trypanosoma Cruzi, em 1998 quatro países informaram 100% de triagem do sangue e seis países entre 5,6% e 99%. No ano 2002, seis países informaram uma triagem de 100% e 11 países informaram entre 27% e 99%. Há uma mudança apreciável no progresso de triagem do sangue na Região para a doença de Chagas, com um incremento de 70%, de 10 para 17 países.

68. Os países avançaram na triagem de sangue usando como referência a Resolução CD41.R15 do Conselho Diretor, para definir políticas nacionais e adotar medidas para investimento em reagentes de laboratório. Não se conseguiu uma triagem de 100% em todos os países pelos altos custos desses reagentes, falta de doadores voluntários e excesso de Bancos de Sangue competindo.

**Meta:** *Todos os bancos de sangue estarão participando em programas de controle da qualidade.*

69. Em 1998 somente 16 de 43 países e territórios da Região (37%) participavam em programas de controle de qualidade em relação com as enfermidades transmitidas mediante transfusões e em 2002 se aumentou para 37 (86%) o número de países participantes.

70. Em relação com os programas de controle de qualidade em imunematologia, em 1998 havia 18 países participantes (42%) e em 2002 foram 41 países (95%), o que indica que somente um país não participa nestes programas de controle de qualidade. Há um só país sobre o qual não há informação e atualmente 37 países participam em ambos os programas, enquanto em 1998 eram somente 15 países.

71. O progresso nesta meta se explica com a seleção de Bancos de Sangue de referência nos países, esforços na redução de bancos desnecessários, desenvolvimento de amplos processos de capacitação a distância e formação de redes de especialistas em torno de centros acadêmicos por sub-regiões.

### ***Consumo de tabaco***

**Meta:** *Todos os países haverão adotado políticas para prevenir o consumo de tabaco por crianças e adolescentes.*

72. Muitos países da Região adotaram políticas de grande alcance em matéria de controle do tabagismo. Em 2001, três países da Região (Brasil, Canadá e Estados Unidos) haviam adotado políticas para prevenir o consumo de tabaco por crianças e adolescentes.<sup>1</sup>

73. A análise das medidas e políticas adotadas por 35 países da Região, e que estão vigentes atualmente, indica que 25 países exigem a exibição de mensagens e advertências sobre os efeitos nocivos do tabaco para a saúde nos locais de venda e tem proibições ou

---

<sup>1</sup> Os critérios utilizados para as políticas eficazes de controle do tabagismo nos jovens foram o aumento real do preço do tabaco e seus derivados mediante aumento dos impostos sobre o tabaco, a eliminação da promoção do tabaco e a instituição de ambientes sem fumaça de tabaco. Estas políticas se baseiam na resolução CD43.R12 do 43º Conselho Diretor da OPAS, “Convênio básico para a luta antitabagista”.

restrições ao fumo em lugares de trabalho, educação, saúde, transporte, restaurantes ou lugares públicos.

74. Em 18 países, se transmitem mensagens públicas pelos meios de comunicação e massa informando sobre os riscos para a saúde do hábito de fumar e em 26 países há programas de educação e promoção contra este hábito.

75. Em 19 países se proíbe de maneira específica a venda de cigarros aos menores de idade e em 23 países se proíbe o anúncio de cigarros em determinados meios de comunicação social. Além disso, 10 países adotaram medidas para proibir a venda de cigarros por unidade.

76. Todas estas medidas requerem um maior esforço restritivo e de promoção da saúde, já que pesquisas realizadas em diversos países da Região mostram que o consumo de cigarros entre adolescentes ainda constitui um sério problema e varia entre 13,5% e 39,5%.

### ***Sistemas de informação sanitária***

**Meta:** *Todos os países contarão com um sistema de informação sanitária que proporcione dados básicos de saúde que respondam a critérios de validade e confiabilidade.*

77. A informação em saúde é crítica para que os países possam tomar decisões e implementar medidas tendentes a obter progressos no melhoramento da saúde da população e na qualidade do meio ambiente. Os países são a fonte dos dados e, portanto, o progresso deve ser buscado nesse nível com o fim de obter a informação mais atualizada e confiável possível. Como não é possível registrar todos os eventos que se referem à saúde de forma sistemática, desde o começo da década de 1990 a Repartição realizou um esforço extraordinário para definir, manter e publicar um conjunto de indicadores básicos de saúde, e neste esforço envolveu os países da Região.

78. Entre 1998 e 2002 quase triplicou o número de países que publicam dados básicos sobre saúde proporcionados pelos sistemas nacionais de informação sanitária. Em 1998 eram 8 países e em 2002 se elevou a 22 os que publicaram ao menos dois folhetos ao ano com dados básicos sobre saúde.

79. Este avanço está relacionado com a adoção da iniciativa de “Dados Básicos” na Repartição e nos países, apoio político sustentado a esta iniciativa e cooperação com os países para sua adoção e implementação.

### ***Registro de falecimentos***

**Meta:** *Em coordenação com as entidades pertinentes, os falecimentos sem registro deverão estar abaixo de 20%.*

80. Os países requerem dados vitais oportunos e confiáveis para poder planejar ações em saúde. Um deles é a mortalidade, a qual em todos os países é de obrigatória notificação. Todavia, o sub-registro da mortalidade é um dos fatos de maior transcendência para manter as tendências demográficas atualizadas.

81. Segundo estimativas baseadas na informação disponível no banco de dados de mortalidade da OPAS, em 1998 havia sete países com sub-registro de mortalidade superior a 20% e em 2000 nesses sete países a situação se manteve, mas se agregaram três países mais, para um total de 10 com um sub-registro de falecimentos de mais de 20%.

82. O escasso progresso nesta meta se deve ao fato de que os países não atribuem prioridade às estatísticas vitais, em particular as de saúde.

83. Este é um dos campos onde se requerem grandes esforços nacionais e cooperação técnica para avançar desde a base da coleta dos dados e seu processamento oportuno. Além disso, é preciso considerar que as estimativas podem apresentar flutuações de alguns pontos percentuais de um ano a outro, dependendo da revisão de população das Nações Unidas que se utilize, sem que isso signifique necessariamente uma deterioração do registro de mortalidade. Adicionalmente, as estimativas são feitas empregando a codificação da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CIE-10) e alguns países não haviam feito a mudança da 9ª à 10ª revisão e podem aparecer na base sem dados atualizados.

**Meta:** *Menos de 10% dos falecimentos registrados se atribuem a causas mal definidas.*

84. Em 1998, de 35 países da Região sobre os quais se dispunha de informação a respeito da atribuição dos falecimentos a causas específicas, oito continuavam notificando que mais de 10% dos falecimentos se deviam a causas mal definidas. No ano 2000, de acordo com a informação disponível enviada pelos países, somente dois países ainda tinham mais de 10%. Todavia, ao comparar as duas séries não é necessário levar em conta que em 2000 só notificaram 18 países.

### **Lições aprendidas**

85. O desenho e aprovação das políticas que orientam a cooperação técnica da Repartição com os países é um processo complexo mas fundamental para o futuro da

saúde da Região. A complexidade do processo, a diversidade das situações e os desafios que se apresentam no hemisfério ocidental implicam a necessidade de organizar este processo de forma que a participação seja muito ampla e enriquecedora. Derivadas da experiência das iterações prévias e do exercício realizado para elaborar este relatório, a seguir se apresentam algumas lições a respeito do processo de definição, conteúdo das orientações de política e aplicação das mesmas.

86. Em relação ao processo de elaboração, este deve contemplar a maior participação possível para que o produto final reflita a diversidade dos países e a pluralidade de opiniões, propostas e pontos de vista na abordagem dos problemas de saúde da Região, além de constituir a oportunidade de chegar a consensos necessários e propósitos comuns. A maior ênfase deve estar centrada em que estas políticas reflitam as necessidades coletivas e sentidas dos países e concordem com seus princípios de ação.

87. Além da concordância com as prioridades nacionais, isto se relaciona também com o compromisso dos países com o cumprimento das metas. Vários exemplos no período 1999-2002 são eloqüentes ao mostrar como, quando há compromisso nacional e a cooperação se orienta nesse sentido, se conseguem êxitos notáveis. A mortalidade infantil se reduziu ao redor da meta estabelecida; não há mais casos de poliomielite nem de sarampo na Região; e a lepra, em geral, já não constitui um problema de saúde pública na maioria dos países. Além disso, a raiva humana transmitida por cães foi eliminada em 19 das 21 capitais da Região; a febre aftosa se mantém sob controle e ações de emergência para controlá-la são adotadas de imediato quando se detecta uma situação anômala. Além disso, a cobertura de água e eliminação de resíduos é superior a 90% nas zonas urbanas, e se mantém este progresso apesar do contínuo crescimento demográfico urbano.

88. Destaca-se o esforço que fizeram os países na área de controle da transmissão de doenças por via sanguínea, pois duplicou o número de países que realizam 100% de triagem do sangue para HIV, hepatite B e C e sífilis; e o número de países participando em programas de controle de qualidade para a transmissão de doenças pela transfusão de sangue passou de 37% no começo do período para 86% em 2002. Estas são talvez as mais frutíferas lições da definição, adoção e execução de metas regionais, porque implicam o melhoramento da saúde da população e o melhoramento do ambiente.

89. Com relação à potenciação da cooperação técnica com os países, é preciso levar em conta que há outras entidades cujas atividades se relacionam com as da RSPA, pelo que seria benéfico que pudessem participar nas primeiras etapas da elaboração das políticas, com o fim de encontrar sinergias ou possíveis contradições desde o começo, e ter a oportunidade de atuar em conseqüência para corrigir as discordâncias e maximizar as coincidências.

90. A respeito do conteúdo, é recomendável estabelecer um número restringido e manejável de objetivos e metas para a cooperação técnica, de maneira que esta concentre seus esforços na geração de resultados sobre os quais tenha havido um consenso com os países, seja por sua importância epidemiológica, por sua transcendência ética ou por todos os critérios empregados para sua seleção. De toda maneira, estes objetivos, embora alcançáveis, deveriam constituir verdadeiros desafios para a Repartição.

91. É muito importante que a seleção de metas e objetivos contemplem a viabilidade de fazer seu acompanhamento e avaliá-los ao final do período porque se dispõe dos dados necessários ou porque os sistemas de informação dos países incluem estas variáveis de forma permanente. O acompanhamento e a avaliação não deveriam constituir uma tarefa difícil e complexa, nem uma carga excessiva para os trabalhos cotidianos, mas fazer parte de um processo natural de análise e avaliação do desempenho institucional.

92. Um aspecto relevante do exercício de avaliação das atuais OEP foi, em alguns casos, a dificuldade para encontrar a informação requerida, e com a qualidade necessária para avaliar o cumprimento das mesmas. Portanto, percebe-se a necessidade de considerar como uma prioridade, tanto para os países como para a Repartição, os sistemas de informação em saúde, não só nos aspectos de produção oportuna e contínua de dados, mas no processamento, análise e disponibilidade de informação atualizada.

93. Com vistas a manter o estímulo necessário para participar na execução das políticas, não só na Repartição mas entre as entidades interessadas no campo da saúde da Região e fora dela, é preciso haver uma adequada informação e retroalimentação periódica, por meio dos mecanismos institucionais existentes ou criados para este fim, não só acerca da implantação, execução, progresso e êxito, mas também a respeito das limitações encontradas.

94. Finalmente, uma característica que determina o entusiasmo e o compromisso no cumprimento das orientações de política, e um condicionante para estabelecer alianças e redes de cooperação para a implementação das políticas, é o grau de conhecimento que delas se tenha, dentro e fora da Repartição. Por isso, parece altamente desejável e necessário que se difundam e promovam, não só entre o pessoal da Repartição mas entre todas as entidades que tenham relação com a saúde pública.

### **Intervenção do Conselho Diretor**

95. Este relatório é apresentado ao Conselho Diretor em conformidade com a Resolução CSP26.R18, adotada pela 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, com a finalidade de atualizar a informação relativa ao cumprimento das metas regionais das Orientações Estratégicas e Programáticas para o período 1999-2002.