



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



47º CONSELHO DIRETOR

58ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C, EUA, 25-29 de setembro de 2006

Tema 3.2 da agenda provisória

CD47/6 (Port.)
22 agosto 2006
ORIGINAL: ESPANHOL

RELATÓRIO ANUAL DA DIRETORA DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA

FECHAR AS BRECHAS DE SAÚDE NA POPULAÇÃO MENOS PROTEGIDA

Aos Estados Membros:

Em conformidade com as disposições da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, tenho a honra de apresentar o relatório anual 2005-2006, relativo às atividades da Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde. O relatório dá ênfase a situações de cooperação técnica que ocorreram nesse período, especialmente os avanços obtidos na redução das brechas de saúde, em favor das populações menos favorecidas, tudo isso no contexto do Plano estratégico da Repartição Sanitária Pan-Americana para o período 2003-2007, aprovado pelos Corpos Diretores da Instituição.

Mirta Roses Periago
Diretora

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Capítulo 1: Para reduzir as Desigualdades em Saúde.....	3
Medição das desigualdades em saúde.....	3
Formulação de políticas de saúde.....	6
Fortalecimento da capacidade operativa.....	7
Capítulo 2: Para chegar os grupos desvantagem	12
Extensão da proteção social na população materno-infantil.....	12
Fortalecimento da atenção primária e ampliação do acesso em saúde e nutrição	14
Execução de programas de saúde nas escolas	15
Proteção da saúde de crianças e adolescentes.....	16
Prevenção da violência nos jovens	16
Fortalecimento da igualdade entre os sexos	17
Redução do estigma e da discriminação nas pessoas afetadas pelo HIV e AIDS	18
Atendimento à saúde dos povos indígenas	21
Os desafios da atenção à saúde dos adultos idosos.....	24
Proteção dos deficientes.....	25
Comunidades em áreas de alto risco.....	26
Capítulo 3: Avança o desenvolvimento institucional da OPAS	35
Compromisso com o plano estratégico 2003-2007.....	35
Um programa de trabalho e de uma Secretaria mais estratégicos	36
Mais recursos financeiros para a cooperação técnica	36
Instrumentos de planejamento e programação fortalecidos e modernizados	36
Aplicação da Estratégia de Cooperação Técnica com o País (ECP)	38
Reorganização da Repartição Sanitária Pan-Americana	38
Novas alianças e associações para a saúde	39
Cooperação técnica entre países (CTP)	42

Capítulo 1

PARA REDUZIR AS DESIGUALDADES EM SAÚDE

1. A busca da igualdade em saúde é um dos principais objetivos que guiam as ações da OPAS, numa Região que continua marcada pela desigualdade. Essa desigualdade pode ser medida em termos da distribuição dos recursos, da formulação e aplicação de políticas sanitárias e dos resultados obtidos pela aplicação de tais políticas. No âmbito da saúde, isso se manifesta em desigualdades no acesso aos serviços, na adequação da infraestrutura para atender a problemas prioritários, nas disparidades que se acentuam principalmente entre as áreas rurais e urbanas, nas áreas onde se concentra a pobreza e nos grupos em situações desfavorecidas, como as mulheres, as crianças, os indígenas, os jovens e os idosos, ou na população exposta a maiores riscos, com maiores cargas patológicas ou com mais altos níveis de exclusão social.

Medição das desigualdades em saúde

2. Identificar e medir as disparidades e conhecer a situação específica de saúde da população e suas tendências, identificando os grupos e as áreas mais críticas, torna-se essencial quando se trata de contar com informação adequada e pertinente para a tomada de decisões, para o desenvolvimento de políticas de saúde e para poder avaliar o resultado das intervenções. A medição das desigualdades entre países e dentro de um mesmo país é o primeiro passo para tornar visíveis as diferenças e estimular a tomada de decisões que ponham em andamento ações e estratégias destinadas a reduzir e, com o tempo, eliminar ditas desigualdades.

3. Na Argentina, formou-se em princípios de 2005, conjuntamente com o Ministério da Saúde, o Grupo de Trabalho sobre Desigualdades em Saúde, que deu ensejo à realização de uma oficina sobre os métodos de determinação de desigualdades em saúde. Além disso, desenvolveu-se um programa de computação denominado Brechas, o qual se espera que venha promover e facilitar a análise das desigualdades em saúde naquele e em outros países da Região.

4. Avançou-se também se na desagregação de dados de saúde no nível subnacional. Os folhetos da série *Situação de Saúde nas Américas: indicadores básicos* apresentam hoje informações por províncias ou estados e mesmo por municípios ou jurisdições. Verifica-se um avanço similar com relação ao *Boletim de Imunização* e ao folheto estatístico regional bienal *Gênero, saúde e desenvolvimento nas Américas*, uma publicação conjunta da OPAS com o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM, sua sigla do inglês) e o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), com financiamento da Fundação Ford e dos governos da Noruega e da Suécia, no qual os dados básicos estão desagregados por gênero. De igual maneira, à informação

publicada sobre o vírus da imunodeficiência humana (HIV) são agregados dados sobre a cobertura com antirretrovirais, as infecções de sexualmente transmissíveis e a co-infecção de HIV e tuberculose.

5. A Cúpula Ministerial sobre Pesquisa em Saúde, realizada no México em novembro de 2004, e sua declaração sobre as pesquisas em saúde e o conhecimento, veio a resultar na criação de um registro de pesquisas, apoiando o desdobramento regional da *Plataforma Internacional de Registro de Ensaio Clínicos*. Assim também, avançou-se na harmonização da agenda regional de pesquisas da OPAS com a da Organização Mundial da Saúde (OMS); foi dado apoio aos países com estratégias inovadoras de cooperação para lograr maior êxito no uso de provas científicas para informar as decisões de saúde; e se contribuiu para o desenvolvimento e fortalecimento de redes entre especialistas e instituições interessadas.

6. A OPAS contribuiu para a elaboração do relatório conjunto de todas as agências regionais das Nações Unidas intitulado *Metas de Desenvolvimento do Milênio: uma visão da América Latina e do Caribe*, publicado pela Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL); a OPAS foi responsável pelo capítulo sobre a saúde e as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), com achegas do FNUAP.

7. A Pesquisa Centro-americana de Diabetes, Hipertensão e Fatores de Risco de Doenças Crônicas, que faz parte da Iniciativa Centro-americana de Diabetes, é um exemplo único de monitoramento de doenças crônicas e de seus fatores de risco em toda uma sub-região, usando uma metodologia comum. A pesquisa estudou a prevalência de diabetes, hipertensão, obesidade e sobrepeso, entre outros fatores de risco, e foi aplicada nos sete países centro-americanos a 8.383 pessoas, tendo-se realizado em quase três quartas partes delas provas sangüíneas para detectar diabetes e colesterol alto. A participação do Instituto de Nutrição da América Central e do Panamá (INCAP) no treinamento e padronização dos entrevistadores e optometristas desempenhou importante papel nesse processo, o que permitiu aumentar a capacidade técnica dos países para a vigilância de doenças crônicas e seus fatores de risco.

8. A Pesquisa de Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, aplicada na Argentina em 2005, teve por objetivo a análise das desigualdades por grupos de população; seus resultados permitirão quantificar as diferenças em saúde de grupos vulneráveis, focalizar ações diretas desde o setor da saúde e facilitar a promoção entre outros setores.

9. A Comissão do Caribe sobre Saúde e Desenvolvimento, que responde a uma iniciativa regional e global, apresentou um relatório sobre a situação de saúde no Caribe e as possíveis soluções para seu estudo. Entre suas conclusões, a comissão destaca que os temas que têm maior impacto nos resultados em saúde são a obesidade e as doenças

crônicas não transmissíveis, o HIV/AIDS e a violência. O relatório também recomenda a mobilização de recursos para fortalecer a capacidade nacional e regional em medição e estatísticas de saúde.

10. A 10 anos do prazo estabelecido para o cumprimento das MDM, realizou-se também a análise de diferentes esquemas de proteção social em saúde em uso na Região. Os elementos analisados incluíram a capacidade de melhorar a igualdade no acesso e utilização dos serviços de saúde, a capacidade de contrariar determinantes sociais que causam danos à saúde e a de ampliar a cobertura e o acesso a intervenções de saúde tecnicamente apropriadas.

11. A Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Jovens—que recolhe informações sobre prevalência, atitudes e crenças em relação ao consumo de tabaco—teve continuidade em 2005. Realizaram-se reuniões com representantes dos governos para analisar os dados produzidos pela pesquisa, com vistas à formulação de políticas públicas para controle do tabagismo. Até agora, a pesquisa foi aplicada em quase todos os países da Região.

12. Quanto à vigilância epidemiológica, a OPAS continua monitorando semanalmente o progresso dos países da Região na erradicação da poliomielite e na eliminação do sarampo e da rubéola. Em 2005, incluiu-se a vigilância semanal da síndrome de rubéola congênita. Os países, por sua vez, vêm monitorando esses progressos no nível municipal. Os indicadores de vigilância regionais mantêm-se na sua maioria acima da meta de 80%.

13. Projetou-se e se executou a pesquisa SABE (Saúde e Bem-estar das Pessoas Mais Velhas) numa amostra de 10.000 adultos idosos, representativa da população maior de 60 anos em sete capitais latino-americanos: Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; Brasília, Brasil; Havana, Cuba; Santiago, Chile; Distrito Federal, México; e Montevideu, Uruguai. Os resultados mostraram a situação de saúde desse grupo de população e as repercussões nos sistemas de saúde da Região. A partir da informação obtida foram formulados diretrizes estratégicas visando melhorar o acesso a serviços de melhor qualidade; preparar recursos humanos em saúde para enfrentar as necessidades desse grupo etário; conseguir um melhor controle e vigilância da saúde dos adultos idosos; desenvolver marcos reguladores para proteger os idosos em situações de atenção a longo prazo; e desenvolver pesquisas em saúde pública que permitam identificar as principais ameaças. Propôs-se também um marco que considera a definição de funções do sistema de saúde pública para fomentar a saúde e o bem-estar na velhice, os padrões para avaliar essas funções e seus indicadores de desempenho e de resultados.

Formulação de políticas de saúde

14. O conhecimento das situações de disparidade existentes em saúde permite analisar os principais fatores determinantes das desigualdades, o que facilita a formulação de políticas que garantam a igualdade em saúde.

15. No Chile, a articulação entre o Ministério da Saúde, outros ministérios, o Fundo de Solidariedade e Inversão Social (FOSIS), a Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) e a OPAS permitiu focar a agenda social nos determinantes da saúde. Isso evidencia que as alianças entre o governo e a sociedade, assim como entre diferentes setores, favorecem a visibilidade das desigualdades em saúde e ajudam a colocar essa problemática na agenda social, bem como a reorientar os recursos para as áreas críticas que mais necessitam deles.

16. Tiveram continuidade os esforços para dar à saúde pública um lugar proeminente na agenda política regional, principalmente pelo apoio dado às reuniões sub-regionais de ministros da saúde, como a Reunião do Setor Saúde da América Central e República Dominicana (RESSCAD), o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), a Comunidade do Caribe (CARICOM), a Organização dos Estados do Caribe Oriental (OECS), a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), o Organismo Andino de Saúde-Convênio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) e a Comunidade Andina de Nações e o Conselho de Ministros da Saúde da América Central (COMISCA).

17. Na IV Cúpula das Américas, celebrada em Mar del Plata, Argentina, em novembro de 2005, destacaram-se temas de alta prioridade, como os preparativos para a gripe aviária e a pandemia de influenza, bem como a luta contra o HIV e as ações para conseguir uma cobertura universal no tratamento anti-retroviral.

18. Continuou o trabalho referente ao Convênio Marco para Controle do Tabaco, da OMS, já ratificado até hoje por 18 países da Região das Américas. Dentre os mandatos do Convênio, foi dada especial ênfase à promoção de ambientes livres de fumaça de tabaco, no que se destaca a bem-sucedida experiência do Uruguai, que veio a ser o primeiro país na Região a regulamentar a legislação e banir a fumaça de tabaco em 100% dos espaços públicos.

19. A adoção do Regulamento Sanitário Internacional em 2005 foi um marco importante, pelo fato de se tratar de um poderoso instrumento mundial que permite harmonizar as atividades entre os Estados Membros, bem como de um contexto para reconhecimento e notificação das emergências de saúde pública de importância internacional e responder diante delas. O Regulamento suscita desafios e oportunidades para a organização e seus Estados Membros nos próximos anos e está abordando a

situação de alerta diante da gripe aviária e a pandemia de influenza, para fortalecer a capacidade dos países e adequar seus sistemas segundo as exigências do Regulamento.

20. Foram incorporadas ao trabalho relativo ao Regulamento redes de laboratórios, vigilância epidemiológica e resposta a surtos—como a Rede Centro-Americana para Prevenção e Controle das Doenças Emergentes e Reemergentes (RECACER), a RED AMAZONICA, a Rede do CONOSUR e a Carisurvnet (Caribbean Surveillance Network). Outro exemplo de avanço é o projeto de defesa sanitária dos portos, mediante a cooperação horizontal entre os países do Caribe, que representa uma resposta adequada a um problema específico em relação à saúde e ao turismo.

21. O Ministério da Saúde do Chile avançou na regulamentação de práticas de medicina complementar e alternativa, mediante a emissão de um decreto que cria um contexto jurídico para legitimá-las. Formou-se um grupo de trabalho para o reconhecimento de práticas médicas alternativas como profissões auxiliares de saúde, o qual produziu a regulamentação do decreto. Esse avanço é importante porque as práticas complementares (acupuntura, homeopatia, naturopatia, quiroprática e terapia floral) constituem uma parte importante dos serviços de saúde aos quais recorrem as populações marginalizadas com problemas de acesso às prestações ortodoxas.

22. No âmbito da prevenção e atenção à violência baseada em gênero, o modelo da OPAS foi tomado como base para o desenvolvimento de leis e políticas sobre o tema: no Brasil, elaborou-se uma nova lei; em Honduras, foi reformulada a existente; na República Dominicana, formulou-se uma proposta de políticas municipais; e na Costa Rica, projetou-se um sistema de monitoramento da implementação de políticas públicas sobre o tema. Além disso, em cumprimento das recomendações do Subcomitê da Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, e com a participação de 10 países, foi lançado o Observatório Regional sobre Saúde e Violência Baseada em Gênero.

Fortalecimento da capacidade operativa

23. Dados adequados e confiáveis sobre problemas de saúde, bem como políticas e planos baseados na evidência, são elementos indispensáveis para o desenvolvimento de uma capacidade sustentável de resolver problemas de saúde pública de maneira eficaz

24. Nos países anglófonos do Caribe, trabalhou-se, mediante um enfoque estratégico, no fortalecimento da avaliação, implementação e melhoramento dos sistemas nacionais de informação sanitária. No Brasil, foi apoiado o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional mediante a geração de indicadores e o treinamento de técnicos no uso do sistema nos níveis estadual e municipal.

25. No Brasil, a OPAS, o Ministério da Saúde e o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde adaptaram a metodologia e os instrumentos das funções essenciais de saúde pública (FESP) ao Sistema Único de Saúde do país e estão sendo realizadas auto-avaliações de desempenho em cinco estados; os que já as completaram estão incorporando os resultados obtidos aos planos e intervenções de saúde. Na Argentina também foram realizadas avaliações das FESP em três províncias, caracterizadas por seu nível de pobreza e por modelos de atenção à saúde que, nas últimas décadas, tinham levado à concentração excessiva de recursos em estabelecimentos hospitalares localizados em centros urbanos. A aplicação dessas avaliações nos níveis subnacionais permite, além disso, identificar as áreas críticas, reorientar recursos, projetar e executar intervenções e planos, e diminuir de alguma forma as brechas regionais dentro dos países.

26. Juntamente com o Instituto do Banco Mundial, realizou-se, de outubro de 2005 a janeiro de 2006, o curso à distância via Internet sobre Fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública, para o qual foram recebidos 840 pedidos de trabalhadores em saúde pública de diferentes partes do mundo. A primeira geração do curso contou com 84 participantes, a metade dos quais proveniente da Região das Américas. Cinquenta e um profissionais, 61% dos inscritos, concluíram com êxito sua participação.

27. No Equador, o orçamento do Ministério de Saúde Pública vem melhorando pouco a pouco em relação ao orçamento do Governo Central: a porcentagem, que fora 2,4% em 2000, subiu a 6,2% em 2006. Esse aumento reflete tanto a vontade política de aumentar a inversão social como o trabalho conjunto entre a OPAS, o Ministério de Saúde Pública, o de Economia e Finanças e o Congresso Nacional da República do Equador.

28. A campanha de comunicação para a prevenção da obesidade na América Latina "*¡A comer sano y a moverse América!*" foi iniciada, junto com a cadeia de televisão Univisión, como parte da Estratégia Mundial sobre Regime Alimentar, Atividade Física e Saúde na América Latina e no Caribe.

29. Continuaram na Região a formação e fortalecimento de comitês de bioética assistencial e de comitês de pesquisa. Esses comitês, criados recentemente em alguns países, em outros foram incrementados em todos os níveis dos sistemas de saúde, o que se traduziu em melhor proteção das pessoas e maior confiança na qualidade dos serviços que recebem.

30. A Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) também faz parte do esforço de promoção e difusão de conhecimentos da OPAS; como proposta metodológica, a BVS foi adotada por todos os países e sua avaliação demonstrou o alto impacto que teve nacional e internacionalmente. Na República Dominicana, que reiterou em 2005 o compromisso com a BVS, teve lugar um processo de consolidação. Nesse caso, a BVS veio permitir que a informação gerada no país sobre temas de saúde esteja disponível para todos os

interessados, sem limites geográficos nem temporais; além disso, facilitou a adesão a outros projetos como a HINARI (Health InterNetwork Access to Research Initiative), que é uma iniciativa da OMS, com acordos entre as principais empresas editoras do mundo, para oferecer acesso eletrônico grátis a um grande número de revistas de biomedicina. O Instituto Dominicano de Telecomunicações está negociando com a HINARI uma assinatura comum para 15 hospitais provinciais e municipais e um hospital geral.

31. Em Porto Rico, os projetos específicos que foram desenvolvidos focalizaram suas ações no apoio dado à Reforma da Saúde, mediante três atividades oportunas: análise do setor da saúde de Porto Rico; análise e Plano de Fortalecimento da Função Gestora da Autoridad Sanitaria Nacional de Porto Rico; e Perfil do Sistema de Saúde de Porto Rico. O projeto de desenvolvimento de sistemas de informações geográficas proporcionou apoio à capacidade de análise e vigilância epidemiológica da Secretaria da Saúde de Porto Rico. Está em processo de negociação a cooperação com o Departamento de Saúde no tema de e-Saúde/Telemedicina, com apoio da Universidade de Porto Rico e do Industry University Research Consortium.

32. Para cobrir zonas urbanas e rurais desprovidas de serviços médicos, estão sendo formuladas na Região diferentes estratégias destinadas a capacitar e estimular médicos e outros profissionais em atenção primária e saúde pública. Em Cuba, consolidou-se o Programa do Médico de Família, que alcança uma cobertura total no país, e se aumentou a capacidade de solução de problemas de saúde através da extensão e fortalecimento de policlínicas; no Brasil, está em pleno desenvolvimento o Programa de Saúde da Família, que privilegia a capacitação multiprofissional sob a estratégia de atenção primária; no Peru, a educação profissional em saúde privilegia tanto o enfoque intercultural como a prática comunitária com participação social; na Argentina, a partir de 2004, é instrumentado o Programa Médico Comunitário—baseado em um convênio estabelecido entre o Ministério da Saúde e 16 universidades que pertencem às diferentes regiões do país—, que consiste de uma capacitação modular acompanhada por pessoal especializado em pedagogia, planejamento e administração local de serviços, saúde ambiental e epidemiologia; na Venezuela, o exemplo mais recente dessa natureza, está sendo envidado um esforço maciço de formação médica, com a criação de um novo perfil do profissional da saúde orientado para servir às comunidades marginalizadas e de difícil acesso, assim como uma multiplicação de policlínicas com equipamento completo de diagnóstico e tratamento (*Barrio Adentro II*).

33. Outras experiências inovadoras surgiram na Região para responder ao problema da desigualdade de acesso a profissionais de saúde qualificados. Algumas instituições preparam profissionais de saúde procedentes das comunidades marginalizadas ou desfavorecidas, como o programa de Medicina Rural da Universidade de Illinois, nos Estados Unidos, e a intensa cooperação prestada pela Escola Latino-Americana de Medicina, de Cuba, com mais de 8.000 estudantes procedentes de 20 países da Região.

34. A OPAS, a Health Canada e o Ministério da Saúde de Ontário uniram-se para celebrar a Sétima Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos de Saúde, realizada em Toronto, Canadá, em outubro de 2005. As conclusões dos grupos de trabalho convergiram no Chamado à Ação por uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas (2006-2015), a fim de promover a formação e atualização dos profissionais de saúde como um caminho para alcançar as MDM e proporcionar a toda a população das Américas acesso a serviços médicos de qualidade até o ano 2015, segundo as prioridades nacionais de saúde. Os participantes da reunião recomendaram que o “Chamado à Ação de Toronto” seja um documento que promova os esforços coletivos a longo prazo, intencionais e coordenados em todos os níveis (internacional, nacional, regional e sub-regional) do setor da saúde, de outros setores relevantes e da sociedade civil, para promover, desenvolver e consolidar a força de trabalho em saúde em todos os países da Região.

35. Persistem graves desequilíbrios na distribuição dos profissionais de saúde na Região, tanto dentro dos países como entre eles. O número de médicos e enfermeiras por 10.000 habitantes (densidade) é superior a 50 em 11 países que representam 39,7% da população do hemisfério mas contam com 73,2% do total de médicos e enfermeiras; os 15 países com uma densidade inferior a 25 representam 19,5% da população regional e contam com 6% dos recursos humanos. Com poucas exceções, as diferenças de concentração de médicos e de enfermeiras continuam sendo pronunciadas entre as áreas urbanas e rurais.

36. Este ano, a celebração anual do Dia Mundial da Saúde honrou aos trabalhadores do setor, quem representam os recursos mais valiosos da saúde pública. Nessa oportunidade, a Diretora da OPAS fez um apelo no sentido de que fossem celebrados conjuntamente a dedicação, o compromisso, a vocação e as grandes contribuições de todos os trabalhadores da saúde nas Américas; destacou a necessidade de se continuar construindo mecanismos para fortalecer um setor que, por muitos anos, não contou com os critérios e os recursos para o desempenho ótimo exigido por suas funções-chave na sociedade. Também destacou que esse dia era dedicado a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuem para elevar o bem-estar de toda a população mediante a prevenção e o tratamento das doenças: pessoal médico, de enfermagem e de outras áreas da saúde, formuladores de políticas públicas, cientistas e professores, bem como todas as mulheres e homens que dedicam seu tempo e seus esforços a fazer da promoção da saúde parte essencial de seu trabalho cotidiano, quer seja com caráter remunerado, quer não.

37. Advogar pelo acesso aos medicamentos essenciais de qualidade e por seu uso racional é uma atividade essencial na luta sobre as desigualdades. No Brasil, vêm sendo articulados esforços entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o Departamento de Assistência Farmacêutica e a OPAS para melhorar o uso de medicamentos. Em 2005,

foram publicados os resultados de uma avaliação da disponibilidade de assistência farmacêutica como linha de base para serviços farmacêuticos no país e se realizou o I Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos.

38. Em agosto de 2005, representantes dos Ministérios da Saúde de 11 países (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela) reuniram-se em Buenos Aires, Argentina, para a Segunda Rodada de Negociação de Preços de Antirretrovirais e Reagentes para Diagnóstico e Monitoramento de HIV. O principal objetivo foi estender a cobertura com os antirretrovirais, mediante preços mais acessíveis, para as pessoas com HIV na Região, e estabelecer preços de referência. Responderam 26 laboratórios farmacêuticos; o processo unificou os governos, a sociedade civil e os organismos internacionais e teve um forte componente de apoio da OPAS. Obtiveram-se reduções de entre 15% e 55% nos preços dos tratamentos mais utilizados, especialmente para os medicamentos de primeira e segunda linha. Em resultado dessas negociações, os países poderão incorporar um número maior de pessoas a seus respectivos esquemas de tratamento. A pedido de todos os participantes, solicitou-se à OPAS o estabelecimento de um sistema de monitoramento e avaliação da implementação dos resultados da negociação, superando os obstáculos detectados, a fim de que os preços sejam efetivamente aplicados e utilizados nas compras da Região. Cabe ressaltar que os preços negociados estão sendo utilizados por diversos mecanismos de compra como preços de referência, não só nos países que participaram da negociação, como também nos da América Central e do Caribe, bem como nas compras que a OPAS realiza por intermédio do Fundo Estratégico.

39. Como de hábito, foram feitas avaliações internacionais de programas nacionais de imunização. O objetivo de tais avaliações é melhorar o desempenho dos programas nacionais de imunização e desenvolver planos estratégicos de imunização quinquenais baseados nos resultados obtidos. Os componentes avaliados incluíram: programação, organização e coordenação, recursos humanos e financeiros, capacitação e supervisão, sistema de informação, vigilância epidemiológica, avaliação e pesquisa operacional, vacinação segura, cadeia de frio, suprimentos, comunicação social e participação comunitária, e observação dos profissionais de saúde. Em 2005, foram avaliadas Santa Lúcia, as cinco ilhas que compõem as Antilhas Holandesas e Aruba. Em 2006 (até 31 de julho) foram avaliadas as Bahamas, a República Dominicana e a província francesa de Martinica.

Capítulo 2

PARA CHEGAR AOS GRUPOS EM DESVANTAGEM

40. As experiências que se apresentam são apenas alguns exemplos que procuram refletir a diversidade das áreas e dos grupos atendidos, as boas práticas e intervenções

replicáveis sobre esses temas, bem como a diversidade e amplitude geográfica da Região. Esta análise permite derivar lições que possibilitarão a realização de ajustes que beneficiem efetivamente a população excluída e vulnerável; terá alto impacto também no âmbito da proteção social em saúde da população, tanto nas estratégias e na abordagem da cooperação técnica e financeira da OPAS e de outros parceiros, como no processo de desenho e formulação de políticas públicas em saúde por parte dos tomadores de decisão dos países.

Extensão da proteção social na população materno-infantil

41. No Panamá, elaborou-se o Plano Estratégico para a Redução da Morbidade e Mortalidade Materna e Perinatal 2006-2009, seguido, em março de 2006, por um decreto que ordena a gratuidade na atenção preventiva e na assistência médica e social de toda mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério, em todos os estabelecimentos do Ministério da Saúde. Além disso, o programa de proteção social da Presidência, que dá apoio a 25.000 famílias que vivem na pobreza extrema, incluiu em seu Pacote de Atenção Integral de Serviços de Saúde a extensão da cobertura materna e perinatal domiciliar gratuita e regular às comunidades distantes e excluídas.

42. Na Argentina, registrou-se avanço no trabalho em unidades subnacionais prioritárias, como nas áreas periurbanas e rurais da Província de Jujuy, para fortalecer o sistema de saúde provincial; buscou-se melhorar tanto as competências dos recursos humanos do primeiro nível de atenção como o acesso e a qualidade dos serviços de saúde destinados às mulheres em idade fértil, às meninas, aos meninos e às famílias em alto risco de exclusão social. Foram capacitados 798 trabalhadores de serviços de saúde materno-infantil do primeiro nível de atenção e se criaram espaços para revisão crítica das práticas de atenção, a fim de melhorá-las e as tornar mais integrais.

43. Em Honduras, o Programa ACESO continuou aplicando estratégias específicas na população materno-infantil em três municípios do norte de Choluteca, com o objetivo de melhorar as condições de acesso a serviços de saúde das gestantes, puérperas e mães de crianças menores de cinco anos, de uma perspectiva de direito; a iniciativa inclui a capacitação de líderes da comunidade para funcionar como monitores de saúde. Além disso, criou-se um fundo solidário que será administrado pela comunidade para dar atendimento do parto às mulheres sem recursos para transferir-se para a clínica materno-infantil.

44. Em Belize, mediante a iniciativa de cooperação técnica horizontal com a Jamaica, está sendo executado o Programa de Maternidade sem Risco, destinado a capacitar os profissionais de saúde na vigilância da mortalidade materna, na autópsia verbal e na formulação de normas de vigilância da morbidade e da mortalidade maternas. Foram estabelecidos Comitês de Maternidade sem Risco nacionais, regionais e distritais e se

introduziu a Auditoria Clínica Baseada em Critérios. Contou-se com a participação do pessoal de saúde não tradicional—enfermeiras auxiliares da comunidade, parteiras tradicionais, inspetores de saúde pública e pessoal de controle de vetores—na vigilância da morbidade e da mortalidade materna. Foram estabelecidos nos hospitais regionais consultórios para o manejo de pacientes de alto risco, a maioria com um enfoque multidisciplinar. A experiência permitiu o melhoramento do sistema de vigilância da morbidade e da mortalidade maternas a um custo muito baixo ou sem custo adicional.

45. Na Guatemala, nos municípios da Microrregião IV, trabalhou-se para transformar o Centro de Atenção Materno-Infantil Integral (CAIMI) num centro de referência de nível intermediário. As ações compreenderam a capacitação dos profissionais de saúde, o melhoramento da infra-estrutura do CAIMI, o impulso de partida do sistema ativo de vigilância de saúde a nível comunitário, o fortalecimento do sistema de referência, a implantação do sistema de informação perinatal e o estabelecimento da Casa Materna para o alojamento de gestantes.

46. No Haiti, propugnou-se pela oferta de serviços gratuitos de atenção à gravidez e ao parto, o que resultou num decreto presidencial em agosto de 2005. Estão sendo mobilizados recursos financeiros que permitirão implementar, durante 2006, a gratuidade de serviços de atenção materna em um dos 10 departamentos do país.

47. Na Bolívia, vem sendo executada a iniciativa Serviços de Saúde Estrela, para mulheres de áreas urbano-periféricas citadinas e urbano-rurais. Na primeira etapa, foram identificadas as barreiras de acesso aos serviços do Seguro Universal Materno-Infantil, que oferece um conjunto de prestações gratuitas à mulher durante a gravidez e o parto, bem como às crianças menores de cinco anos. Essa iniciativa foi projetada com dois componentes: um destinado ao fortalecimento da gestão de serviços de saúde com um enfoque de gênero e o outro destinado à outorga de poderes à mulher na comunidade. No final de 2005, a estratégia foi aplicada a título demonstrativo num município de La Paz, no qual foram realizados um estudo de linha de base e um processo de capacitação de seus atores nas diretrizes mencionadas.

48. Na República Dominicana, com o Projeto Ação pela Saúde Familiar com a Missão Médica Católica, apoiado pela Bristol Myers Squibb, busca-se fortalecer a rede de saúde da Igreja Católica nas comunidades junto aos líderes locais, aos profissionais de saúde e às famílias, captando gestantes adolescentes e adultas por intermédio de conselheiras comunitárias das paróquias e acompanhando-as durante a gravidez, o parto e o puerpério, até que a criança complete cinco anos de idade. É mantido também um plano de monitoramento dos indicadores básicos de, entre outras, morbidade, mortalidade, vigilância nutricional e ingestão de micronutrientes.

Fortalecimento da atenção primária e ampliação do acesso em saúde e nutrição

49. A OPAS concentrou esforços na otimização do enfoque/estratégia de Atenção Primária de Saúde (APS) em todas as suas atividades de cooperação técnica. Várias Áreas/Unidades adotaram ou estão incorporando este enfoque/estratégia em seu processo de planejamento e nas operações diárias. Por exemplo, a APS é a base da estratégia regional para prevenção e controle das doenças crônicas e foi reconhecida como essencial para lograr acesso universal à prevenção, atenção e tratamento da infecção pelo HIV. Além disso, a otimização promovida pela APS reforçou ainda mais o trabalho interprogramático dentro da Organização, fato que se expressa no enfoque integrado da cooperação com os países.

50. Na República Dominicana, o Projeto de Fortalecimento e Implementação do Programa Nacional de Fortificação de Alimentos (Iniciativa GAIN) está focalizado em crianças menores de cinco anos e nas mulheres em idade fértil, mediante a fortificação do açúcar e da farinha de trigo. Espera-se reduzir a anemia ferropriva de 27% para 20% e a deficiência de vitamina A de 23% para 10% em crianças menores cinco anos, bem como uma redução de 20% na incidência de defeitos do tubo neural.

51. Em Honduras, o Programa de Segurança Alimentar e Nutricional da Secretaria da Saúde identificou as seguintes causas de baixa efetividade dos programas de nutrição: a falta de distribuição de alimentos específicos para reduzir a desnutrição crônica e a anemia em crianças de 6 a 24 meses de idade; a debilidade do componente educacional dos programas; e a falta de coordenação entre programas e ações, bem como a sua duplicidade. Também foram capacitadas várias ONG no programa EPI-INFO para o manejo da informação; a promoção do uso das novos padrões de crescimento; e a revisão de suas intervenções, a fim de focalizá-las no grupo dos menores de dois anos nas áreas geográficas que apresentam maior população afetada por retardamento do crescimento.

52. Na Nicarágua, no município de Cusmapa, o Conselho Municipal, o SILAIS e a comunidade elaboraram um plano de ação para aumentar e melhorar a oferta de saúde; fortalecer o governo municipal em sua abordagem dos determinantes da saúde e da demanda de serviços de saúde; fomentar a participação da comunidade nas ações de saúde; e melhorar as condições ambientais da comunidade. Em resultado, a atividade do município foi integrada em torno das ações de saúde, gerou-se uma relação mais chegada entre o governo e a comunidade e foi aumentada a cobertura de serviços de saúde (por exemplo, alcançou-se 50% na cobertura de serviços de saúde materno-infantil). Esse plano é um modelo para outros municípios do país.

53. A vacinação passou a ser uma intervenção de saúde familiar e comunitária. A Semana de Vacinação nas Américas (SVA) foi expandida e procura chegar não só às crianças, como também a outros grupos como os homens, as mulheres, os jovens e os adultos idosos; além disso, está enfocado em municípios de alto risco, nas fronteiras e nas

comunidades indígenas, entre outras áreas. Nos últimos dois anos, foram mobilizados para a SVA mais de US\$ \$1,2 milhões. Em 2005, participaram na SVA 36 países, 12 dos quais canalizaram seus esforços para campanhas de comunicação social. Mais de 38 milhões de pessoas foram vacinados (17,6 milhões de crianças, 13 milhões de adultos maiores de 60 anos, 3 milhões de adultos, 2,2 milhões de mulheres em idade fértil e mais de 25.000 indígenas; 2 milhões de pessoas receberam a vacina contra a febre amarela). Em 2006, a SVA contou com a participação de 39 países e territórios da Região, com a meta de imunizar quase 40 milhões de pessoas. Além das atividades de vacinação, a SVA é uma oportunidade para oferecer outros serviços integrais de saúde, tais como doses de vitamina A, antiparasitários e ácido fólico.

Execução de programas de saúde nas escolas

54. Na Guiana, no âmbito das Escolas Promotoras da Saúde, foi aplicado o Plano da Visão Nacional 20:20 para a Região do Caribe em 13 escolas de comunidades socialmente desprotegidas, com famílias de baixa renda. Professores, profissionais da saúde e pais voluntários participaram no controle da visão de 2.710 estudantes; os casos detectados foram encaminhados, para testes e análises adicionais, ao Consultório de Diminuição da Acuidade Visual do Hospital Público de Georgetown. O Ministério da Educação e Serviços Sociais faz a compra de óculos para as famílias que não podem cobrir os gastos.

55. No Peru, desenvolveu-se o projeto Intervenção Básica em Saúde Bucal nas escolas das comunidades excluídas e dispersas; essa experiência consiste de atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando a Técnica de Restauração Atraumática (PRAT). Foi proporcionado treinamento a 24 odontólogos facilitadores nacionais de todo o país, que atendem em forma móvel e itinerante às zonas mais vulneráveis e isoladas do Peru; difundiu-se a técnica da PRAT e promoveu-se a sua inclusão no Seguro de Saúde Integral; e se apoiou a compra de insumos específicos. Foi também prestado assessoramento técnico para integrar essa ação numa estratégia mais ampla de odontologia preventiva, incorporando a floração do sal para consumo humano, a higiene bucal e a ampliação de cobertura dos serviços de saúde bucal.

56. Em Trinidad e Tobago, trabalhou-se no nível escolar primário para fortalecer o programa de saúde escolar com um enfoque integral. Elaboraram-se programas de treinamento sobre promoção da saúde e prevenção de doenças, orientados para trabalhadores de atenção primária de saúde e o pessoal dos estabelecimentos de saúde e das escolas em três áreas piloto da ilha.

Proteção da saúde de crianças e adolescentes

57. Em Honduras, formou-se um Comitê Interinstitucional para a Proteção e Cuidado da Infância Órfã e Vulnerável por HIV/AIDS, para fortalecer tecnicamente as organizações que atendem a essa população e realizar a promoção e gestão de recursos. Conseguiu-se que o Fundo Global de luta contra a SIDA, a tuberculose e a malária (rubrica que não fora considerada na proposta para o país) proporcionasse recursos financeiros e já teve início a formulação de projetos de intervenção.

58. Em El Salvador, o Programa Ternura tem por objetivo articular esforços para melhorar as condições de vida da família salvadorenha, especialmente crianças e adolescentes, no contexto da proteção de seus direitos. O Programa está orientado para promover estilos de vida e ambientes saudáveis, bem como para atenuar situações de violência, dependência de drogas, mortalidade materna e infantil, HIV e AIDS e problemas associados com a saúde sexual e reprodutiva.

59. A Guatemala introduziu na SVA de 2005 a vacina pentavalente (DPT-Hepatite B + Haemophilus influenza tipo b) no esquema regular de vacinação das crianças menores de um ano, com uma modalidade gradual de vacinação dos nascidos a partir de janeiro de 2005. Foi formado um Comitê de Coordenação Interinstitucional (CCI) com o gabinete da Primeira Dama, embaixadas, órgãos do sistema das Nações Unidas, organismos bilaterais de cooperação, organismos não-governamentais e governamentais da seguridade social, de finanças e investimento social, com apoio da Finlândia e Suécia.

Prevenção da violência entre os jovens

60. A OPAS celebrou em fevereiro de 2005 a Conferência Internacional “Vozes do campo: iniciativas locais e pesquisa sobre a violência juvenil de gangues na América Central”, para estabelecer um diálogo internacional e multissetorial sobre essa situação, que é vivida em países centro-americanos. Essa atividade foi levada a cabo juntamente com as instituições membros da Coalizão Interamericana para a Prevenção da Violência, o Escritório de Washington para a América Latina e a Fundação para o Devido Processo Legal. Mais de 250 participantes de El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua, bem como dos Estados Unidos (Centros para o Controle e Prevenção de Doenças, de Atlanta, a UCLA, da Califórnia, e organizações da área de Washington, D.C.), discutiram a situação das gangues juvenis conhecidas como “*maras*”; ouviram-se pronunciamentos sobre a urgente necessidade de definir políticas públicas capazes de enfrentar as causas do fenômeno e não só suas conseqüências, e destacou-se a necessidade de dar maior ênfase à prevenção do problema do que à repressão dos jovens. Uma conseqüência da Conferência foi a criação da Coalizão Centro-americana para Prevenção da Violência Juvenil, composta de diversas organizações governamentais e não-governamentais daqueles países; a Coalizão logrou, em poucos meses, captar a atenção de amplos setores da sociedade e da mídia, a fim de influenciar mudanças nas políticas públicas para a definição de propostas preventivas.

61. Na Argentina, Colômbia, El Salvador, Honduras, Nicarágua e Peru, foi implementado o projeto de Fomento do Desenvolvimento Juvenil e Prevenção da Violência, com financiamento do Organismo Alemão para a Cooperação Técnica e do Ministério Federal para a Cooperação e do Desenvolvimento Econômicos, da Alemanha (GTZ/BMZ). Foi conseguida a formação de equipes associadas de trabalho em todos os países nos quais participam instituições governamentais e não-governamentais e grupos de jovens. Essas equipes fazem promoção, coordenam atividades e buscam melhorar a incidência das intervenções. Nesse processo foram preparados e publicados documentos sobre a situação atual da violência relacionada com adolescentes e jovens.

Fortalecimento da igualdade entre os sexos

62. A Política de Igualdade de Gênero foi adotada em setembro de 2005 por uma resolução do Conselho Diretor da OPAS. Essa resolução veio a ser um marco na luta da Organização por assegurar a igualdade de oportunidades entre mulheres e homens em termos do acesso aos recursos e benefícios do desenvolvimento da saúde, bem como ao exercício do direito do cidadão de participar na determinação dos rumos e das prioridades desse desenvolvimento. Essa política estabelece que os objetivos de igualdade entre os sexos e outorga de poderes à mulher serão partes integrantes de todo o trabalho da OPAS, incluindo os âmbitos da cooperação técnica, do desenvolvimento de políticas nacionais e a gestão dos recursos humanos dentro da instituição e no setor da saúde.

63. O processo de fortalecimento de capacidades nacionais na produção e análise de informações pelo prisma da igualdade de gênero se cristalizou na formação de mecanismos intersetoriais para esse fim, os quais deram lugar à publicação de folhetos estatísticos e perfis analíticos da situação de saúde das mulheres e dos homens na Costa Rica, na Guatemala, em Honduras, no Panamá e no Peru.

64. Em El Salvador, chegou ao fim o *Programa Interagencial de Empoderamiento de Mujeres Adolescentes*, desenvolvido pelo Grupo Interinstitucional de Gênero das Nações Unidas, com a liderança da OPAS. Entre seus resultados figuram o aumento da cobertura da atenção de adolescentes; a capacitação de profissionais de saúde em atenção a adolescentes do ponto de vista dos direitos humanos e da outorga de poderes; a integração dos adolescentes em organizações comunitárias; a redução de barreiras institucionais de acesso aos serviços; e a dotação de equipamento complementar para a atenção integral à saúde desse grupo etário.

65. No Chile, foi publicado o relatório anual do Observatório de Igualdade Entre os Sexos em Saúde, que articula organizações da área acadêmica e da sociedade civil. A publicação inclui os temas de violência de gênero, participação da cidadania em saúde, atenção de saúde não remunerada, trabalho e saúde, e saúde sexual e reprodutiva. O

relatório é o resultado do monitoramento de indicadores de gênero realizado durante 2005 e do impacto das políticas de saúde na erradicação ou da instigação das desigualdades de gênero em saúde. Uma estação regional desse Observatório, com um enfoque integrado de gênero e etnia, foi instalada na IX Região da Araucânia, território que concentra a maioria das comunidades mapuches do país. Foram incluídas organizações das comunidades mapuches, organizações de mulheres com trabalho em gênero e saúde e portadores de HIV/AIDS, bem como entidades acadêmicas da Universidad de la Frontera de Temuco. Atualmente está sendo gerada a base de dados e já foram selecionados indicadores de monitoramento das desigualdades de gênero e de etnia em saúde na Região da Araucânia, a fim de formular propostas para políticas públicas que contribuam para melhorar a saúde das mulheres e especialmente das mulheres mapuches.

66. Em Porto Rico, a cooperação técnica foi enfocada em dar apoio às comunidades vulneráveis da sociedade porto-riquenha em áreas relativas à prevenção da violência, especificamente a violência contra a mulher e a violência dentro da família.

67. Partindo da pesquisa realizada pela OPAS sobre conhecimentos, atitudes e práticas masculinas com respeito à saúde sexual e reprodutiva em seis países da América Central, foram revisados os modelos de intervenção em saúde sexual e reprodutiva dentro dos serviços de saúde e formulados novos modelos de atenção e informação dirigidos aos homens nos âmbitos de trabalho e de recreação nos respectivos países.

Redução do estigma e da discriminação contra as pessoas afetadas por HIV e AIDS

68. Foi preparada e executada uma pesquisa sobre HIV e gênero, com a liderança da OPAS e a participação dos Ministérios da Saúde e organismos da sociedade civil, incluindo grupos de pessoas portadoras do HIV. Os resultados servirão de base para a revisão de normas e protocolos de atenção para HIV em Belize, Honduras e Nicarágua.

69. A meta de “3x5” para a Região das Américas era de 600.000 pessoas em tratamento até fins de 2005, tendo-se chegado ao fim daquele ano a um total de 680.000 pessoas com antirretrovirais, das quais mais de 300.000 estão na América Latina e no Caribe. No mesmo período, cresceu o número de tratamentos e o acesso a orientação, testes e prevenção da transmissão materno-infantil; diminuiu o custo dos medicamentos; foi fortalecida a cooperação com 37 países da Região, dentro das cinco orientações estratégicas para fortalecer a infra-estrutura do sistema de saúde; foram formuladas propostas de financiamento adicional de doadores, em particular o Fundo Global de Luta contra a SIDA, a tuberculose e a malária; e foi lançado o Plano Regional de HIV da OPAS para o Setor da Saúde 2006-2015, que apresenta aos países da Região as metas e os marcos para adoção de um método integral de ampliação da resposta ao HIV.

70. Nas Bahamas e no Suriname, desenvolveu-se uma inovadora campanha de comunicação sobre acesso a serviços para realizar testes e promover tratamento. A campanha, com anúncios na televisão e no rádio, foi realizada sob o lema “*Hazte la prueba*”—Seja você a prova. O número de casos notificados e de pessoas em tratamento cresceu graças à campanha. Especialistas de dez países participaram de uma oficina no Suriname sobre o enfoque desse tipo de campanha no Caribe.

71. No México, realizou-se uma campanha contra a homofobia, através dos meios de comunicação nacionais. O Centro Nacional para Prevenção e Controle da AIDS da Secretaria da Saúde, juntamente com o Conselho Nacional para Prevenir a Discriminação, lançaram a campanha com o lema: “Homossexualidade não é problema, homofobia é”, difundido mediante anúncios no rádio em sete cidades principais do país.

72. Foram outorgados prêmios a seis jornalistas por sua cobertura da epidemia. Na América Latina, esses prêmios foram criadas por RED SALUD, pela Iniciativa de Comunicação e pela Fundação para o Novo Jornalismo Ibero-americano, tendo contado no Caribe com o patrocínio da CARICOM.

73. Na Costa Rica e no Peru, foram fornecidos kits para tratamento pós-exposição aos trabalhadores em saúde e às vítimas de agressão sexual. Em Belize, na Colômbia e na Nicarágua, foram criados novos pontos de acesso para a atenção de HIV, para serviços de saúde reprodutiva no primeiro e para as vítimas de violência doméstica nos segundos. Na fronteira dos Estados Unidos e do México foi executado um projeto para melhorar a vigilância e as estimativas de prevalência da infecção pelo HIV entre grupos vulneráveis.

74. Em Barbados e nos Estados do Caribe Oriental, trabalhou-se na atenção, adoção e adaptação de normas de tratamento da infecção pelo HIV. Foi também proporcionado treinamento aos prestadores de assistência em saúde e às organizações comunitárias no manejo dos serviços de OPV, assim como aos trabalhadores em atenção de saúde, sobre prevenção da transmissão materno-infantil. Para fortalecer a prevenção foi prestada assistência na referência de casais, na localização de contatos, na educação sanitária e na redução de danos.

75. Na Bolívia, vem-se trabalhando num diagnóstico do acesso a serviços integrais de prevenção em trabalhadoras sexuais não registradas, com o objetivo de orientar esta população e adequar a disposição de serviços integrais de prevenção (aconselhamento a pares, preservativos, diagnóstico e tratamento de DST e testes voluntários com aconselhamento sobre HIV)

76. Em Cuba, foi criado um Grupo Multissetorial Nacional de apoio ao Programa de Controle e Prevenção e está sendo elaborado o Plano Estratégico Nacional para HIV/AIDS 2006-2010, “Pacientes Vivendo com HIV”. O objetivo é deter e reverter a

propagação do HIV e das DST; manter a provisão de acesso universal aos serviços de prevenção, atenção e tratamento, e fortalecer a capacidade dos serviços de APS e o funcionamento dos laboratórios da rede de diagnóstico de HIV no país, bem como a promoção das ações de comunicação para o pessoal de saúde.

77. Em Belize, elaborou-se um Plano de Ação para a prevenção e controle das Doenças Transmissíveis da Penitenciária Central do país, mediante o qual foram aplicados programas de treinamento sobre prevenção do HIV para os presidiários e o pessoal da prisão; além disso, foram proporcionados serviços de atenção ambulatorial para os prisioneiros e antirretrovirais para aqueles que necessitam de tratamento. Foi estabelecido também um grupo de apoio aos presos portadores de infecção pelo HIV. Um estudo de seroprevalência para determinar o grau da infecção pelo HIV entre os presos da Penitenciária Central de Belize acusou os mesmos níveis encontrados na população geral. Esse programa pode ser compartilhado como um “modelo de melhores práticas” para ser transmitido aos programas penitenciários no restante da Região.

78. Na Guiana também se trabalhou nas prisões utilizando a metodologia EIC (Excitar, Incluir e Comprometer), para treinar e capacitar os presidiários e os oficiais na temática da infecção pelo HIV, na conscientização das DST, na prevenção, na mudança de comportamento e no melhoramento da comunicação. Foram capacitados 29 presidiários, juntamente com três oficiais lotados nas prisões como guardas, tendo sido contatadas durante as sessões de conscientização 141 pessoas em diferentes prisões.

79. Nos países de língua inglesa do Caribe, foi preparado para os trabalhadores de saúde um manual sobre o manejo nutricional da infecção pelo HIV e proporcionado treinamento a trabalhadores em saúde dos 18 países membros do Centro de Alimentação e Nutrição do Caribe (CFNI) sobre seu uso e avaliação. O manual foi traduzido e adaptou ao holandês para uso no Suriname. O Manual de capacitação no manejo integral das pessoas adultas portadoras de HIV para equipes de atenção primária e comunitária na América Latina e no Caribe foi lançado com apoio da Agência Espanhola de cooperação internacional.

80. Durante o encontro na segunda sessão especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNGASS), em junho de 2006, os Estados Membros adotaram uma nova declaração política sobre HIV. Nessa oportunidade observou-se, da perspectiva da Organização, que a vontade política existente e o trabalho conjunto de todos os países demonstraram uma resposta evidente e notável na Região. No entanto, devem ser redobrados os esforços e os compromissos contra a epidemia, com um claro enfoque de equidade, gênero e igualdade para que também se consiga reduzir os focos inquietadores de estigma e discriminação que ainda existem e que determinam grandes desigualdades de acesso.

Atendimento à saúde dos povos indígenas

81. O Primeiro Fórum Nacional de Saúde dos Povos Indígenas foi realizado na Costa Rica. Participaram aproximadamente 250 delegados provenientes das comunidades indígenas, do setor da saúde, da sociedade civil e de outras entidades públicas pertinentes e houve apresentações de experiências internacionais (Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guatemala, México, Nicarágua e Panamá). Foram estabelecidas alianças e propostas conjuntas com outros setores relacionados para o melhoramento das condições de vida dos grupos indígenas, o acesso oportuno a uma atenção de qualidade e a redução das diferenças em relação à população não indígena.

82. Em Honduras, a cooperação foi enfocada na situação dos mergulhadores misquitos da costa atlântica, que apresenta diversos graus de incapacidade causada pela síndrome de descompressão aguda devido às condições precárias em que trabalham. Com o propósito de procurar soluções, a OPAS e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA convocaram os setores de saúde, educação, trabalho e justiça, e os grupos organizados da sociedade civil para discutir o problema. Como parte dos compromissos estabelecidos, a OPAS fez uma avaliação da capacidade instalada dos serviços de saúde e da recuperação de duas câmaras hiperbáricas.

83. Na Costa Rica, está sendo executado com a população Cabécar um projeto que inclui aspectos de educação ambiental e infra-estrutura sanitária, com o apoio da Direção Regional Centro-Sul e do Departamento de Saneamento Básico da Caixa Costarricense de Seguro Social, bem como a participação da Associação de Desenvolvimento, das juntas de educação e dos patronatos escolares da comunidade, dos professores das escolas e dos técnicos de atenção primária em saúde que facilitam o projeto no âmbito local.

84. Na Colômbia, foram projetados modelos de atenção em saúde para as comunidades indígenas, de ascendência africana, autóctones e ciganas, que serão incorporados nas políticas nacionais de proteção social. Uma das experiências, em aliança com a Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional, relaciona-se com a ampliação da cobertura de tratamento breve sob observação direta (DOTS, sua sigla do inglês *directly observed treatment*) na população indígena de departamentos com alta prevalência de tuberculose. Verificou-se uma aceitação por parte de 80% dos indígenas dos departamentos interessados na iniciativa, o que evidencia sua participação na planificação, implementação e difusão dos produtos; foi possível também conseguir uma aproximação entre as autoridades e os grupos étnicos. Os grupos indígenas participaram nas conversações de âmbito nacional, com elementos técnicos para orientar as políticas nacionais segundo aspectos interculturais específicos.

85. No Paraguai, no Departamento de Boquerón, teve prosseguimento a iniciativa de construção de dispensários e postos de saúde do Projeto de Desenvolvimento Sustentável do Chaco Paraguai, o que permitiu reverter a situação de exclusão do sistema de atenção de saúde em que vivem essas populações indígenas. Ademais, com apoio financeiro da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional, desenvolveu-se o projeto “Atenção primária de saúde e interculturalidade em povos indígenas do Chaco central”, para melhorar as condições de saúde e reduzir a exclusão social em saúde nas comunidades indígenas. Foram preparados recursos humanos em saúde provenientes das mesmas comunidades indígenas e elaboradas metodologias e guias para a atenção e o seguimento dos problemas prioritários de saúde, com enfoque integral e critérios de interculturalidade.

86. Com o Organismo alemão para a Cooperação Técnica, está sendo concluído o projeto regional “Melhoramento das condições ambientais (água e saneamento) nas comunidades indígenas”, cujo propósito é melhorar a precária situação ambiental em que vivem essas comunidades, dando ênfase à qualidade da água para consumo humano, à eliminação adequada de dejetos e ao melhoramento das práticas de higiene. A Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru e Venezuela conseguiram construir a rede organizacional, chegando de maneira direta a aproximadamente 45.000 pessoas e conseguindo dar às comunidades indígenas acesso ao abastecimento da água, a unidades sanitárias familiares, ao melhoramento de suas moradias, a baterias de latrinas e a micro-lixeiras sanitárias manuais com tecnologia apropriada, bem como disponibilidade de recursos financeiros adicionais. Um aspecto fundamental foi a atenção especial à criação e fortalecimento de capacidades, no nível tanto organizacional como individual, e na produção e difusão de informações.

87. Em El Salvador, com a participação do Conselho Coordenador Indígena Salvadorenho, um grupo de trabalho nacional sistematizou a aprendizagem e as lições extraídas do projeto “Fortalecimento das juntas administradoras da água e saneamento de cinco comunidades indígenas, 2004-2005”; contribuíram também com suas experiências as juntas administradoras da água e saneamento e os membros das redes de apoio nas comunidades.

88. No Panamá, foi executado um projeto com os povos indígenas Kuna, Emberá-wounan, Ngobe-buglé e Teribes, que mostram os piores indicadores de desenvolvimento socioeconômico e sanitário do país. O propósito do projeto foi a redução da carga de doença e morte devida a doenças ligadas à contaminação da água e a más condições de saneamento, adaptando as tecnologias aos padrões socioculturais daqueles povos e aproveitando as formas tradicionais de organização. Procedeu-se à vigilância da qualidade da água de consumo humano e sua desinfecção com tecnologias culturalmente apropriadas; houve também educação sanitária e participação informada da comunidade,

por meio de comitês ambientais ou juntas administradoras da água. Foram capacitados mais de 50 funcionários do Ministério da Saúde que trabalham nos aspectos de interculturalidade nas áreas indígenas.

89. Até o ano 2006, o projeto comunitário regional Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) executou projetos em 32 comunidades de poucos recursos de 10 países, muitas das quais são de origem indígena, como é o caso de Pailaviri, na Bolívia, e Huancané, no Peru. No Equador, realizou-se uma oficina de validação do Guia para o Trabalho Intercultural com as Comunidades Indígenas, para reforçar o enfoque intercultural da saúde no componente comunitário da estratégia AIDPI.

90. Na Bolívia, seguiu-se um modelo de atendimento do parto com enfoque intercultural nas províncias de Potosi e La Paz; o modelo será implantado em todo o país, de acordo com resolução ministerial assinada recentemente. Com a Cooperação italiana e da *Save the Children*, foi produzido o Guia para a atenção intercultural da saúde materna e publicado o documento “Protocolos de atenção materna e neonatal culturalmente adequados”. Produziram-se também dois manuais para parteiras tradicionais: o Manual da Parteira Tradicional de Terras Altas e Manual da Parteira Tradicional de Terras Baixas.

91. No México, realizou-se o Programa para a Prevenção e Erradicação do Tracoma nos Altos de Chiapas; essa doença afeta às populações indígenas (predominantemente Tzeltales), especialmente mulheres e crianças em idade escolar. O Programa propõe uma abordagem integral e participativa do problema na comunidade, utilizando estratégias básicas para o controle: vigilância epidemiológica, atenção médica, lavagem de rosto e saneamento básico (SAFE, sua sigla do inglês). Entre 2002 e 2005, o Programa aumentou de 21% para 97% a cobertura de exploração ocular para identificação de tracoma entre as comunidades em risco, e observou todos os critérios de erradicação do tracoma como causa da cegueira, incluindo tratamento antibiótico de todos os casos detectados até abril de 2006. Essa experiência mexicana pode servir de modelo ao restante dos países.

92. Na Guatemala, o tracoma é detectado mediante a triagem da população da área endêmica, em especial os grupos mais afetados e seus contatos. Durante 2005, foram examinadas 7.800 pessoas em 92 as comunidades (com uma população total de 75.000 a 100.000 pessoas, ns maioria indígenas) das províncias de Sololá e Suchitepequez. Foram detectados 633 casos com doença ativa que foram tratados com unguento de tetraciclina, a baixo custo ou gratuitamente, por meio de um programa a cargo do Comitê de Defesa dos Cegos e Surdos da Guatemala. Formulou-se um programa de educação e promoção que veio a ser coordenado com ações de saneamento e acesso à água limpa.

Os desafios da atenção à saúde dos adultos idosos

93. Um dos maiores desafios enfrentados pela saúde pública na América Latina e no Caribe é o incremento da longevidade e, portanto, o envelhecimento de sua população. Nos últimos 25 anos, a expectativa de vida ao nascer dos latino-americanos e caribenhos foi incrementada em 17 anos; 78,9% das pessoas que nascem na Região viverão para além dos 60 anos de idade e quase 40% para além dos 80 anos.

94. Em Belize, o Gabinete adotou uma Política para as Pessoas Idosas e se estabeleceu um Conselho Nacional do Envelhecimento, como mecanismo para fiscalizar sua execução. Foram elaborados um Plano de Ação Nacional para as Pessoas Idosas e um plano estratégico para guiar os programas do Conselho. Atualmente, está sendo explorado um sistema integrado de atenção à saúde com provisão de medicamentos para os idosos, bem como o aumento da capacidade para promover seus direitos e liberdades fundamentais.

95. Em Cuba, foi criada uma comissão para analisar os fatores e as circunstâncias que influem na expectativa de vida com qualidade da população de 60 anos ou mais e gerar propostas para os níveis superiores do Sistema Nacional de Saúde e do Governo. Entre suas funções estão a identificação de indicadores apropriados para o âmbito local e a gestão do programa nacional; o desenvolvimento de pesquisas e estudos e o desenho de ações de caráter integral e participativo. A Comissão está integrada por grupos de especialistas de saúde e de outros setores, e nela participam os municípios, o Programa Nacional de Atenção ao Adulto Mais Velho, o Observatório sobre Carga de Mortalidade e Expectativa de Vida e o Centro de Pesquisas sobre Longevidade, Envelhecimento e Saúde, do Ministério de Saúde Pública.

96. No Chile, preparou-se uma monografia que sistematiza as experiências de instituições de saúde da América Latina no tema dos adultos idosos. Inclui contribuições orientadas para incorporar o conceito de autocuidado nas políticas nacionais de saúde; aquelas que produziram mudanças estruturais ou organizacionais para facilitar a atenção à saúde, com ênfase no autocuidado; e as que são utilizadas na prática profissional no nível institucional. A monografia foi elaborada com a Pontifícia Universidade Católica, profissionais da área da saúde, instituições de formação de recursos humanos em saúde (setor acadêmico), redes de serviço de saúde, os adultos idosos como beneficiários e suas organizações, assessores do Brasil, Chile e México; e alguns parceiros da América do Norte, como a Universidade de Cleveland, EUA, e a Universidade de Ottawa, Canadá. Com apoio da Comissão Nacional de Pesquisa Científica e Tecnológica, foi posto em execução um projeto de assistência telefônica para os adultos idosos denominado “Modelo de atenção telefônica como componente de programa cardiovascular”.

Proteção dos deficientes

97. Em Antígua e Barbuda, na Argentina, no Barbados, no Brasil, no Chile, na Costa Rica, em El Salvador, no Equador, em Granada, na Guatemala, em Honduras, na Nicarágua, no Panamá, no Paraguai, no Peru e na República Dominicana, estão sendo realizadas oficinas de treinamento sobre direitos humanos e incapacidade. Seu objetivo é colaborar tecnicamente com os Estados na formulação ou reforma de suas políticas, planos, leis e serviços vinculados à reabilitação, bem como na coordenação de redes nacionais para a promoção e proteção dos direitos das pessoas com incapacidades físicas, mentais, sensoriais e de outros tipos. Em alguns países, foram estabelecidos comitês técnicos que estão trabalhando nas políticas e na legislação sobre incapacidade (especialmente mental), de acordo com as normas gerais e com os padrões internacionais de direitos humanos e de incapacidade. Em alguns destes, os defensores dos direitos humanos começaram a implementar mecanismos de reclamação e supervisão dos direitos humanos de pessoas com incapacidades por meio de visitas *in situ*.

98. No Panamá, foi criado o Plano Nacional sobre Incapacidade 2005-2009, que inclui ações para melhorar o acesso a serviços de reabilitação e ajudas técnicas apropriadas. O Gabinete Social e o Conselho Consultivo Nacional para a Integração Social das Pessoas com Incapacidade está encarregado de seu desenvolvimento e monitoramento, e a Secretaria Nacional para a Integração Social das Pessoas com Incapacidade de sua implementação e da coordenação e alinhamento entre os ministérios. Atividades tais como exames pré-natais para a detecção precoce de incapacidade causada e fortificação com ácido fólico e vitamina A para a prevenção de incapacidade por causas nutricionais foram incluídas no Pacote de Atenção Integral de Serviços de Saúde, que é proporcionado gratuitamente às populações mais vulneráveis e remotas do país. Criou-se também o programa “Inclusão”, que estabelece ações intersectoriais tais como a elaboração de normas arquitetônicas ou o estímulo às escolas e colégios “inclusivos”.

99. Em El Salvador, Honduras e Nicarágua, formulou-se um plano de atenção integral às pessoas com incapacidade, o qual incorpora a estratégia de Reabilitação de Base Comunitária. Essa estratégia concentra sua atenção na participação ativa da comunidade, emprega tecnologia simples e utiliza os sistemas públicos de serviços. Foram envolvidos no processo os setores de saúde, educação e trabalho, bem como prefeituras e organizações não-governamentais, e formaram-se também Comissões Locais de Reabilitação. Os resultados obtidos são uma incorporação maior das pessoas com incapacidade na esfera produtiva; a integração de crianças com incapacidades à escola regular; e a renovação da infra-estrutura e do equipamento dos serviços de reabilitação.

100. No Paraguai, atendendo à petição de medidas para proteger as pessoas internadas no Hospital Neuropsiquiátrico do Paraguai, garantiu-se o fortalecimento da gestão e operação da rede de serviços de saúde mental, melhorou-se a infra-estrutura no hospital e se criaram brigadas móveis de saúde mental. Trabalhou-se com a sociedade civil e outras instituições colaboradoras, como a cátedra de psiquiatria da Universidade Nacional de

Assunção, para fortalecer o desenvolvimento de processos nacionais. Apoiou-se o treinamento de funcionários nacionais no plano internacional e foram oferecidos nacionalmente as oficinas de trabalho “Políticas de saúde mental e serviços de saúde” e “Direitos humanos e saúde mental”; realizou-se, ademais, uma jornada de trabalho com os funcionários do programa de saúde mental e do hospital psiquiátrico, para fortalecer a humanização e a qualidade da atenção.

Comunidades em áreas de alto risco

Os afetados por catástrofes naturais

101. Na Guatemala, o furacão Stan causou danos em 251 dos 331 municípios do país e 130.179 pessoas sofreram lesões, além dos numerosos mortos e desaparecidos. Em resposta, o Governo e o Sistema das Nações Unidas implementaram em forma coordenada planos de ajuda humanitária com relação à água, ao saneamento e higiene, à segurança alimentar e nutricional e à atenção de saúde. Os planos foram financiados com US\$3.135.844 proporcionados pelos países que responderam rapidamente ao apelo interinstitucional urgente (*Flash Appeal*): Canadá, Holanda, Mônaco, Noruega, Suécia e o Escritório Regional de Assistência para Desastres no Exterior, do Governo dos Estados Unidos. É importante destacar a flexibilização dos sistemas administrativos para facilitar a aquisição dos produtos necessários no nível nacional e a presteza com que se contou com serviços médicos e insumos para evitar as doenças transmissíveis próprias das catástrofes. Em El Salvador, também foi dada resposta à população mediante a montagem de abrigos, a mobilização de profissionais de saúde, o melhoramento dos serviços sanitários básicos, a instalação de latrinas e a provisão de acessórios para purificar a água.

102. Na Guiana, depois das inundações de 2005, a OPAS deu apoio à formulação de um projeto da água, ambiente e saneamento para atenuar a repercussão de suas seqüelas em 33 escolas das áreas mais afetadas de Georgetown e da costa leste. Por meio de saneamento (inodoro), foi aumentada a capacidade de armazenamento de água com a instalação de reservatórios adicionais; foram também instaladas bombas da água onde não existiam e substituídas que foram danificadas pela inundação. Ademais, melhorou-se a coleta de resíduos sólidos mediante a provisão de cubas para armazenamento de lixo.

103. Em Granada, elaborou-se um projeto para a reconstrução completa do Lar de Adultos Idosos Richmond Hill, cuja estrutura fora seriamente danificada pelo impacto dos furacões Ivan e Emily.

104. No Haiti, foram doados equipamento médico e medicamentos para os hospitais em Jacmel e Les Cayes e treinados médicos no manejo de emergências relacionadas com catástrofes naturais e causados pelo homem, bem como riscos industriais.

105. Colaborou-se também com o Centro de Reabilitação Internacional no desenvolvimento de planos de contingência para remover pacientes incapacitados em situações de emergência e desastres.

Os habitantes em situação de pobreza

106. Na Venezuela, existem 17 missões sociais, ou seja, programas rápidos de inclusão maciça e de readequação do Estado às necessidades da população. A Misión Barrio Adentro, eixo central da transformação do sistema de saúde venezuelano, começou em 2003 em um distrito de Caracas, graças ao apoio do governo cubano, que no fim daquele ano enviou cerca de 12.000 médicos cubanos para uma cobertura nacional. Atualmente, há cerca de 8.500 novos pontos de consulta nas zonas mais pobres do país, milhares dos quais funcionam em casas localizadas em assentamentos precários, que foram cedidas para a instalação dos consultórios e para moradia dos médicos cubanos enquanto são construídos 5.500 novos consultórios; além disso, existem 4.000 odontólogos e centenas de oftalmologistas. Em março de 2006, teve início uma oficina para sistematização da experiência da Misión Barrio Adentro, com a participação de membros da Missão Médica cubana, consultores internacionais, da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura e da OPAS. O processo continuará com a Barrio Adentro II (construção de 600 centros de diagnóstico integral e 600 salas de reabilitação integral) e a Barrio Adentro III (reforço e equipamento da rede hospitalar convencional).

107. No Peru, foi criado em 2002 o Seguro Integral de Saúde (SIS) com a missão prioritária de administrar os fundos destinados ao financiamento das prestações de saúde individual a gestantes e à população infantil, adolescente e amazônica em situação de pobreza e de extrema pobreza, que não contam com seguro saúde. O SIS tem um componente que envolve contribuições parciais para grupos populacionais com capacidade aquisitiva limitada. Seu principal impacto foi a duplicação da cobertura do seguro público da população pobre, que subiu de 30,1% em julho de 2001 a 70,5% em dezembro de 2005. A experiência e os resultados do SIS em saúde estimularam e favoreceram um consenso nacional sobre a necessidade de ampliar sua cobertura, convertendo-o num esquema de seguro saúde nacional para toda a população e todas as necessidades básicas vitais, com o qual se comprometeram todas as forças políticas e o governo recentemente eleito.

108. Em dez países do Caribe, o Programa de Pequenas Subvenções—com fundos do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos e com o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura como sócio operativo—proporciona a grupos comunitários (atualmente 23) oportunidades para planificar e executar pequenos projetos inovadores a fim de melhorar a segurança alimentar e nutricional e reduzir a pobreza. Uma avaliação de processos mostrou que todos os grupos estabeleceram uma base sólida

para as atividades sustentadas de produção e obtiveram renda, emprego e alimentos de para consumo próprio através dos projetos. É esperado um efeito multiplicador, com mais fundos para aumentar a escala e as atividades existentes e executar novos projetos.

109. Na Nicarágua, tiveram prosseguimento os processos de desenvolvimento local em municípios pobres com alta vulnerabilidade à insegurança alimentar e nutricional; os processos se concentraram na coordenação e no acompanhamento em iniciativas relacionadas com a promoção do enfoque integral de municípios saudáveis e produtivos; a transferência tecnológica e treinamento; a cooperação técnica horizontal; a mobilização de recursos e a coordenação. Além disso, para canalizar a cooperação para os 11 departamentos identificados como prioritários, a Representação no País adotou uma organização de caráter matricial, com base na cooperação técnica intensificada e funcionalmente descentralizada; esse foi um processo de trabalho com as autoridades locais (governos autônomos, governos municipais e entidades descentralizadas do Governo Nacional), mediante o apoio para o desenvolvimento de suas capacidades e da coordenação de esforços com outros parceiros. A iniciativa está sendo sistematizada para identificar lições aprendidas que possam ser de utilidade no futuro para outras Representações nos países.

110. A estratégia de Municípios e Comunidades Saudáveis (MCS) representa a implementação local de uma das iniciativas mais efetivas da promoção da saúde, que enfoca suas ações nos determinantes da saúde mais do que nas conseqüências da doença. A Argentina, a Costa Rica, Cuba, o México, o Paraguai e o Peru contam com redes nacionais de MCS, enquanto o Brasil, Canadá e os Estados Unidos contam com várias redes ativas no nível sub-regional.

111. A Costa Rica elaborou o Plano Estratégico Nacional de Cantões Ecológicos e Saudáveis 2005-2015, atendido pela Rede-C, na qual participam 55 cantões do país. A estratégia de cantões ecológicos e saudáveis constitui uma grande ferramenta para melhorar os indicadores sociais e de saúde, no nível local e regional, fechando brechas e desigualdades.

112. No Paraguai, foi feita a avaliação participativa de um projeto que vem sendo executado desde 2002 no município de Emboscada, com mais de 20% da população em situação de extrema pobreza. O objetivo do projeto é fortalecer a gestão local mediante a formulação, execução e monitoramento de projetos multissetoriais e de ampla participação social, orientados para melhorar o nível de vida e bem-estar da população nas áreas de saúde, ambiente e educação. Em três anos, desenvolveram-se projetos como lombricultura familiar e comercial, pedreiras saudáveis, disposição de resíduos sólidos patológicos do centro de saúde, fortalecimento das hortas escolares e familiares, elaboração de alimentos de soja, estabelecimento de refeitórios para crianças (nos quais se ensina também as mães a cozinhar com produtos locais) e melhoramento da atenção à

saúde infantil, entre outros. Foi implantado o programa AIDPI e obtido um incremento nas consultas de seguimento da saúde infantil e na capacitação das mães para a atenção de seus filhos.

113. No Uruguai, com um enfoque da “comunidade saudável”, começaram a se desenvolver projetos em áreas carentes, orientados principalmente para o fomento da participação comunitária na busca de soluções para a população rural e suburbana em situação de risco. Já foram definidas áreas e regiões para a ação, com um papel ativo das prefeituras municipais; também estão envolvidos o Ministério da Pecuária, Agricultura e Pesca, a OPAS, outros ministérios, programas nacionais de desenvolvimento (como o Uruguai Rural/FIDA), as ONG e as comunidades interessadas. No Primeiro Encontro Nacional das Comunidades Produtivas e Saudáveis, realizado em Montevidéu em 2006, foram explorados os avanços e traçadas estratégias e planos futuros.

114. Na Colômbia, com o apoio de agências doadoras do Canadá, Estados Unidos e União Européia, está sendo executado desde 1998 um programa de cooperação destinado a melhorar o acesso a bens e serviços de saúde por parte da população deslocada. Com a participação dos beneficiários e das autoridades, foi projetado e difundido material informativo; foram também apoiados o desenho e desenvolvimento de um software para organizar a base de dados das populações deslocadas e promovido e apoiado o sistema de informação de saúde e vigilância epidemiológica dessas populações. Nesse processo, foram estabelecidos, em coordenação com as autoridades sanitárias, oito escritórios no terreno, nas cidades e departamentos com maior número de deslocados; esses escritórios, além de trabalhar com os programas de deslocados, apoiaram as autoridades na atenuação dos efeitos das catástrofes naturais que afetaram o país no ano em curso, particularmente inundações e deslizamentos pela onda de inverno, e outras emergências provocadas por erupções vulcânicas.

115. No Haiti, a OPAS prestou assistência na preparação, financiamento, seguimento e avaliação do projeto de saneamento e melhoria da aparência de algumas áreas de Cité Soleil, o bairro mais extenso de Porto Príncipe. Os objetivos gerais do projeto são criar uma ponte da saúde para a paz, gerar empregos temporários para jovens e contribuir para melhorar a situação de insalubridade do ambiente mediante uma campanha de limpeza pública, acompanhada de atividades de educação sanitária e mobilização social.

116. No México, o Seguro Saúde Popular teve seu lançamento oficial em janeiro de 2004. O novo sistema procura dar progressivamente à população não segurada uma opção de seguro público voluntário. O esquema cobre as famílias filiadas com um pacote explícito de intervenções essenciais e alguns tratamentos médicos selecionados que são considerados “catastróficos” devido ao seu alto custo. Para cada família filiada, o governo federal e os governos estaduais proporcionam recursos, os quais são complementados por pequenas cotas de contribuição familiar pagas pelos segurados e

definidas segundo o nível de renda de cada família. Até outubro de 2005, o número de famílias protegidas pelo seguro popular era de aproximadamente 3 milhões; espera-se que, até fins de 2006, seja alcançada a meta de cobertura prevista de 5 milhões de famílias, equivalentes a 20 milhões de mexicanos.

Comunidades que vivem nas áreas de fronteira

117. Os governos do Equador e da Colômbia se comprometeram a estruturar um Plano Binacional de Desenvolvimento da Zona de Integração Fronteiriça, o qual inclui os projetos de vigilância e prevenção de eventos de interesse em saúde pública e de fortalecimento da vigilância da qualidade da água nos sistemas do cordão fronteiriço. Na Reunião da Comissão Técnica Binacional de Saúde (março de 2006), foi avaliada a cooperação binacional em saúde e se identificaram ações e projetos em benefício da população fronteiriça.

118. Na fronteira México-Estados Unidos, vem-se trabalhando para avançar no programa Fronteira Saudável 2010, destinado a melhorar a cobertura de imunizações de crianças menores de quatro anos. Esse programa é realizado em aliança com a Comissão de Saúde Fronteiriça México-Estados Unidos, os Centros para a Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos e a Secretaria da Saúde do México, bem como com múltiplos colaboradores dos Estados fronteiriços. Como parte da estratégia permanente de seguimento dos esquemas de vacinação, desde 2004 são realizadas anualmente três semanas de vacinação binacional naquela fronteira. Em El Paso, Texas, são vacinados migrantes mexicanos através da Janela de Saúde do Consulado mexicano.

119. No âmbito da estratégia de Municípios Transfronteiriços, foram desenvolvidas e formuladas durante 2005 numerosas iniciativas de trabalho municipal e transfronteiriço, muitas delas sob a modalidade de cooperação horizontal entre países; alguns exemplos são a região do Trifínio, o Corredor do Golfo de Fonseca, a fronteira da Nicarágua e Costa Rica, bem como a da Costa Rica e Panamá. As iniciativas de Segurança Alimentar e Nutricional promoveram microempresas rurais produtoras de alimentos, geridas por mulheres, e a transferência de novas tecnologias às empresas existentes para produzir alimentos inócuos.

120. Na fronteira do Uruguai (nos departamentos de Artigas e Rivera, caracterizados por um índice da pobreza muito alto) e do Brasil, está sendo implementada uma iniciativa multissetorial e de liderança comunitária, enquadrada na estratégia de comunidades produtivas e saudáveis. A iniciativa promove intervenções específicas de promoção da saúde e prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e HIV, em forma colaborativa e coordenada com as intervenções no Brasil, do outro lado da fronteira. A população alvo prioritária é a mais vulnerável, como crianças de rua, adolescentes, trabalhadoras sexuais, população carcerária e usuários de drogas.

Comunidades com sobrecarga de riscos e doenças infecciosas

121. O Programa Regional de Malária elaborou um plano estratégico de controle da malária para o período 2006-2010. Nele se levanta o desafio atual da malária na Região, discutem-se as áreas prioritárias da OPAS para a cooperação técnica e a iniciativa Fazer Retroceder a Malária é enquadrada na meta da Declaração do Milênio de deter e começar a reduzir a incidência da malária (e de outras doenças importantes) antes de 2015.

122. O México e os países da América Central estão executando um projeto para promover a participação das comunidades no controle da malária. Com financiamento da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), os países que compartilham a selva amazônica na América do Sul formaram uma rede que, entre outras atividades, facilitou as pesquisas cujos resultados foram utilizados para definir políticas do tratamento. Seguindo as orientações da OPAS, seis países (Bolívia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela) estão utilizando atualmente combinações de drogas derivadas de artemisinina para o tratamento da malária. A redução de casos na Argentina, El Salvador, México e Paraguai nos últimos cinco anos foi suficientemente constante e substancial para se considerar que a transmissão foi potencialmente eliminada naqueles países. Tampouco se verificou caso algum de reintrodução de malária nos países declarados livres de transmissão em anos anteriores.

123. Na América Central, a OPAS participa da coordenação técnica e da transferência da estratégia denominada “Tratamento focalizado”, com apoio financeiro do Fundo Mundial para o Meio Ambiente e colaboração técnica da Secretaria da Saúde do México. A estratégia, implementada com êxito no México, inclui a estratificação epidemiológica integral, o tratamento de casos com dose única mensal, a eliminação de parasitas persistentes na população e o controle ecológico anti-larvário, mediante a participação comunitária e o melhoramento da moradia e da higiene familiar.

124. No Suriname, seguindo a iniciativa do Ministério da Saúde, a OPAS adotou um enfoque integrado e coordenado para apoiar o controle e a prevenção de malária entre os grupos afetados. A OPAS é responsável pela coordenação operacional das atividades de pesquisa na Rede de Vigilância da Resistência às Drogas Antimaláricas na Amazônia, em cooperação com a Iniciativa Amazônica contra a Malária e com a USAID, e utiliza os resultados da mesma na execução do Fundo Global de luta contra a SIDA, a tuberculose e a malária.

125. Foi elaborado em 2005 o “Plano Estratégico Regional de Controle da Tuberculose 2006-2015”, em estreita colaboração com os países. Inclui o compromisso de implementar ou fortalecer as atividades de colaboração TB/HIV e as estratégias específicas para as populações vulneráveis, com o propósito de conseguir uma Região

livre de tuberculose. Por outro lado, a OPAS está incentivando os Programas Nacionais de Controle da TB a responder com intervenções inovadoras, com vistas a um melhor acesso aos serviços de saúde, uma adequada identificação de casos e resultados positivos do tratamento. Tais intervenções requerem a combinação dos compromissos intersetoriais, a mobilização social e o uso de estratégias internacionalmente reconhecidas.

126. No Brasil, o progresso na execução do Plano de Ação para o Controle da Tuberculose 2004-2007 e a implantação da estratégia DOTS, com ênfase especial nos 315 municípios priorizados, produziu um avanço significativo na cobertura de DOTS, que subiu de 34% em 2003 para 52% em 2004. Atualmente, e com apoio da OPAS, o país está elaborando o Plano Estratégico 2006-2015, com o propósito de atingir as metas do milênio e reduzir em 50% a prevalência e a mortalidade por tuberculose.

127. Na República Dominicana, a OPAS continuou a cooperação técnica para o Programa Nacional de Controle de Tuberculose, melhorando a capacidade gerencial e operacional nos níveis provinciais e nos estabelecimentos de saúde. Como parte da estratégia DOTS e da Mobilização Tolerância Zero, a OPAS apóia o melhoramento da capacidade do diagnóstico de laboratório, o sistema de informação, a interpretação e uso dos dados e a participação e mobilização social. As intervenções realizadas para a prevenção e controle da tuberculose contribuíram para atingir uma cura de pacientes tratados por essa doença superior a 85% e uma detecção superior a 70%.

128. A OPAS teve um papel fundamental na prevenção, controle e vigilância da doença de Chagas, seja mediante a secretaria técnica das Iniciativas Sub-regionais (Cone Sul, América Central, Andina, Amazônica, México), seja pelo apoio às atividades específicas que os países têm desenvolvido. Devido a ações efetivas de controle, os serviços de saúde da maioria dos países endêmicos notificam uma incidência menor de casos agudos e uma prevalência menor de patologia cardiovascular ou digestiva, como consequência da redução da infecção primária crônica e da reinfecção reiterada na população exposta. No quadro da Iniciativa do Cone Sul, em 2006 conseguiu-se a interrupção da transmissão vetorial do *Tripanossoma cruzi* por *Triatoma infestans* em todo o Brasil (13 estados endêmicos); em breve, o Paraguai poderá validar a interrupção de transmissão para toda a sua região oriental. Na América Central, a Iniciativa Sub-regional logrou avanços significativos na eliminação do principal vetor domiciliar em todos os países, bem como a efetiva eliminação domiciliar em áreas da Guatemala e Honduras. Os países da Iniciativa Andina também estão empenhados no desenvolvimento de seus programas nacionais. A Iniciativa Amazônica de Chagas começou a instrumentar sua vigilância, em interação com a vigilância da malária. No México, avançou-se na definição de prioridades de prevenção e controle mediante a formulação de novas normas de saúde nesse tema e com intervenções piloto em um Estado.

129. Na República Dominicana, estão sendo formuladas estratégias inovadoras para prevenção e controle de dengue, que incluem a participação da comunidade e a ênfase na comunicação para a mudança de comportamento. Foi atualizado e publicado o Prontuário para o diagnóstico e manejo da dengue/dengue hemorrágica e se contribuiu para a elaboração e publicação dos guias para o manejo das doenças infecciosas na República Dominicana, ambos dirigidos para a melhoria da qualidade da atenção.

130. Durante 2005, teve início o processo de socialização e implementação da Estratégia Global para Continuar a Redução da Lepra e a Sustentabilidade das Ações de Controle da Doença (2006-2010), tanto nos países de língua inglesa do Caribe como nos agrupados no MERCOSUL. A Estratégia pretende conseguir a sustentabilidade por meio da integração das ações de diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades nos serviços de atenção primária, bem como de um adequado sistema de vigilância de casos, recidivas e incapacidades, a fim de continuar avançando para o objetivo de longo prazo da interrupção da transmissão. Realizou-se uma Reunião de Gerentes de programas de controle de lepra na Guiana em maio de 2005 e outra de gerentes dos países do MERCOSUL. O Paraguai elaborou um projeto para fortalecimento da capacidade resolutive no controle da lepra, o qual foi apresentado à cooperação espanhola, bem como à alemã para a lepra e a tuberculose. Também foram apoiados os coordenadores dos programas de controle da lepra da República Dominicana e do Paraguai na elaboração da Sala de Situação.

131. As estratégias de vacinação para a erradicação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita nas Américas mostraram um avanço acelerado. Até junho de 2006, 84% dos países e territórios das Américas haviam posto em marcha seus planos de vacinação e logrado grandes coortes de adultos protegidos. Os países anglófonos do Caribe, a Bolívia, a Colômbia, a Costa Rica, El Salvador, o Equador, Honduras, a Nicarágua e o Paraguai completaram campanhas de vacinação em massa de adultos de ambos os sexos, enquanto que o Chile e Brasil vacinaram só as mulheres em idade fértil, alcançando durante as campanhas mais de 95% de cobertura. Os países restantes realizarão as campanhas durante o segundo semestre de 2006 e o primeiro de 2007.

132. Foi publicada uma série de guias práticos sobre rubéola, sarampo, poliomielite, tétano neonatal e febre amarela, e outra sobre o controle de difteria, coqueluche, tétano acidental, doenças invasivas causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b e hepatite B. Foi também publicado o primeiro número do folheto Imunização nas Américas, uma referência bolso para monitorar o progresso anual dos países da Região em temas de imunização.

133. Implementou-se a vigilância hospitalar do rotavírus em dez países e se criou uma aliança dentro da OPAS para acelerar e facilitar a introdução de vacinas contra o papilomavírus humano, responsável pelo câncer cervicouterino.

134. Em 2005, a OPAS indicou a necessidade de preparar os países do Cone Sul para a possível chegada do Vírus do Nilo Ocidental (VNO), devido aos surtos nos Estados Unidos e aos casos isolados detectados na América Central e Venezuela, bem como pelas rotas das aves migratórias transmissoras do vírus. Em consequência, em 2005 e 2006 se realizaram dois seminários internacionais no Instituto Nacional de Doenças Viróticas Humanas, na Argentina. Em tais seminários, foram treinados epidemiologistas e virólogos nos aspectos teóricos e práticos do diagnóstico e vigilância do VNO. Em 19 de abril de 2006, notificou-se na Argentina a detecção de VNO em amostras de cérebro de três eqüinos autóctones, razão pela qual o Ministério da Saúde alertou as direções de epidemiologia das províncias e se divulgaram e reforçaram as medidas de prevenção e as recomendações para diminuir o risco de contrair a doença. Até agora, não foram notificados mais casos em eqüinos nem em seres humanos.

Capítulo 3

AVANÇA O DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DA OPAS

Compromisso com o Plano Estratégico 2003-2007

135. Desde o ano 2003, houve uma convergência de múltiplos esforços que promoveu e facilitou significativos avanços no desenvolvimento institucional da Organização. Dessa maneira, foi possível progredir efetivamente com os cinco objetivos do Plano Estratégico 2003-2007 da Repartição Sanitária Pan-Americana: responder melhor às necessidades dos países; fomentar novas modalidades de cooperação técnica; transformar-se num fórum regional; transformar-se numa organização de aprendizagem baseada no conhecimento; e melhorar as práticas de gestão.

136. Esse processo de fortalecimento institucional veio a se refletir nas recomendações de várias equipes que analisaram a Organização de diferentes pontos de vista: o Grupo de Trabalho sobre a OPAS no Século XXI, para posicionar a Organização diante dos desafios estratégicos da saúde pública nas Américas; a Unidade de Inspeção Conjunta das Nações Unidas, que examinou a aplicação da gestão orientada para resultados, e os auditores tanto internos como externos. O objetivo comum veio a se concentrar no fortalecimento do trabalho da Organização como instrumento para o desenvolvimento nacional de saúde, melhorando o apoio aos países, reforçando as práticas de saúde e oferecendo efetivas contribuições ao funcionamento dos sistemas de saúde. Progressivamente, foram-se concretizando vários resultados e muitas ações serviram para estimular e potencializar iniciativas que já estavam curso, o que constituiu uma experiência de aprendizagem e crescimento que envolveu toda a Organização.

137. Em 2005, o Comitê Executivo formou um Grupo de Trabalho sobre a Racionalização dos Mecanismos de Governança, com o objetivo de revisar alguns Corpos Diretores da Organização e produzir recomendações sobre o funcionamento e as finalidades do Subcomitê de Planejamento e Programação, do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento e do Comitê Permanente de Organizações Não-Governamentais. Incluíram-se também entre suas competências a revisão do processo de eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e o aprimoramento dos Regimentos Interno dos Corpos Diretores.

Um programa de trabalho e uma Secretaria mais estratégicos

138. Quanto à harmonização com o Programa Geral de Trabalho da OMS, foram redefinidos entre todas as regiões da OMS os pontos focais por áreas de trabalho, os quais vinham operando numa rede ativa e participativa, o que facilita a definição e distribuição de responsabilidades entre as partes e os níveis da OMS para atingir os

objetivos acordados. Isso melhorou o fluxo de recursos para obter os resultados esperados, que haviam sido pactuados com os Estados Membros. Desde 2005, houve uma consignação de recursos globais da OMS (de contribuições ordinárias e voluntárias) às Américas no montante de \$30 milhões. Por outro lado, Canadá foi o primeiro país a proporcionar voluntariamente recursos específicos para o fortalecimento institucional da OPAS e é um país que vigia atentamente a justa consignação de recursos globais para os trabalhos da Região e para os países prioritários das Américas.

Mais recursos financeiros para a cooperação técnica

139. No nível financeiro, os Corpos Diretores aprovaram em 2004 a Estratégia para Aumentar a Taxa de Arrecadação das Cotas, a qual inclui: tornar acessível, através da Intranet e da Internet da OPAS, a situação atual das cotas devidas; aceitar assinaturas pagas em moeda local; promover o pagamento das cotas ao longo do exercício financeiro; e designá-lo como uma responsabilidade fundamental dos Representantes da OPAS e do pessoal diretivo de nível superior. Em 2005, verificou-se uma ocorrência institucional histórica, dado que todos os Estados Membros, os Membros Participantes e o Estado Membro Associado efetuaram algum pagamento de suas contribuições sinalizadas, fato que não ocorria desde 1990.

140. Em 2005, as rendas provenientes de fundos extra-orçamentários ou voluntários somaram US\$64,3 milhões, o que representa um incremento de aproximadamente 25% em relação ao mesmo período no biênio anterior. O montante recebido para ajuda à mitigação de catástrofes naturais aumentou extraordinariamente, de US\$0,8 milhão em 2004 a US\$9,5 milhões em 2005. Nesse processo tão bem sucedido, cabe destacar que vários dos principais governos que fazem contribuições voluntárias à OPAS foram estabelecendo uma modalidade de apoio programático integrado e plurianual, o que demonstra uma maior confiança na capacidade da Secretaria. Cresceram também as contribuições voluntárias para projetos regionais específicos, tornando-se mais significativas em volume e extensão de tempo, o que permite estabelecer resultados mais ambiciosos e reduz os custos transacionais.

Instrumentos de planejamento e programação fortalecidos e modernizados

141. Foram mantidos um diálogo e participação permanente para harmonizar a definição dos programas de país com os objetivos nacionais, o Programa Geral de Trabalho da OMS e as metas mundiais. Isso vem sendo claramente refletido nos processos de análise dos Orçamentos-Programa Bienais (BPB) 2004-2005 e 2006-2007; foram também elaborados BPB sub-regionais e instalada uma nova versão do sistema AMPES/OMIS para a gestão de projetos, incorporando a política regional de orçamentos-programa aprovada recentemente, com seu novo nível sub-regional. O processo de harmonização vem sendo fortalecido pelas visitas de acompanhamento dos analistas da

Unidade de Apoio aos Países, a fim de fortalecer os processos de articulação entre os programas e os objetivos nacionais e mundiais. Os resultados e lições extraídos da avaliação foram sendo incorporados no planejamento, na programação e do orçamento de cada Unidade.

142. Como parte da definição de novas modalidades de cooperação técnica, preparou-se um quadro conceptual sobre os Planos Regionais de Saúde Pública, buscando uma maior coerência deles com os mandatos e as prioridades regionais, bem como uma padronização da terminologia de planejamento e programação da Organização. Tais Planos constituem um instrumento estratégico e de convergência, que busca a articulação de todos os níveis e parceiros para o desenvolvimento (organismos, organizações não-governamentais, instituições de financiamento e a sociedade civil), a fim de conseguir o eficiente cumprimento das metas e objetivos comuns. Esse processo continuará com a revisão e ajuste dos atuais Planos Regionais e Sub-regionais, servirá de base para a formulação de novos planos e participará do aperfeiçoamento dos instrumentos do Sistema Americano de Programação, Orçamento e Avaliação (AMPES). Cabe recordar que o AMPES é altamente reconhecido há mais de 20 anos pelos auditores e parceiros da OPAS e é um dos elementos fundamentais para o avanço da Gestão Orientada para Resultados (RBM, sua sigla do inglês).

143. Os centros pan-americanos estão trabalhando de maneira mais integrada com as Representações nos países e seus recursos e atividades vêm sendo progressivamente incorporadas ao orçamento-programa (BPB) acordado entre cada uma das Representações e os respectivos ministérios da saúde. Seguindo a estratégia aprovada pelos Corpos Diretores, e em estreita colaboração com o Governo da República Argentina, procedeu-se ao fechamento do Instituto Pan-Americano de Proteção de Alimentos e Zoonoses (INPPAZ) e à reorganização da cooperação técnica na área de proteção dos alimentos. A cooperação técnica regional em água e saneamento básico foi entregue ao Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS), que agora funciona como uma Unidade dentro da Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, e a correspondente à saúde da mulher e à saúde materna passou à esfera do Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP), que funciona agora como uma Unidade dentro da Área de Saúde Familiar e Comunitária. Foi também revisada a atribuição de responsabilidades e recursos de cooperação técnica para nutrição, a fim de adequá-los à Estratégia e Plano de Ação Regional que está em discussão nos Corpos Diretores. Foram descentralizadas para diversos países tanto algumas posições que estavam localizadas na Sede regional, mantendo suas responsabilidades regionais, como as novas posições regionais, sub-regionais e internacionais criadas, cujas sedes ficaram localizada nas Representações nos países ou nos Centros pan-americanos.

Aplicação da Estratégia de Cooperação Técnica com o País (ECP)

144. Obteve-se um grande avanço no esforço para colocar os países no centro da cooperação técnica da OPAS, orientando os programas para a obtenção de resultados e abrangendo todos os níveis e componentes da Organização.

145. A Estratégia de Cooperação com o País é o eixo de articulação da cooperação técnica em torno do qual se desenvolvem as transformações nos países. Nos últimos quatro anos, foi implantada a ECP na Bolívia, Costa Rica, Guiana, Honduras, México, Nicarágua e Venezuela; está em fase final de aprovação nas Bahamas, Colômbia, El Salvador, Guatemala, Jamaica, Suriname e Trinidad e Tobago; e está vigente atualmente em Belize, Cuba, Panamá, Peru, República Dominicana e Uruguai. A Argentina, o Brasil, o Chile, o Equador e o Haiti tomaram a decisão de iniciá-la em 2007.

146. A Região de às Américas foi a primeira a adotar uma Estratégia de Cooperação Multipaíses, que abrange Barbados e os Estados do Caribe oriental (Antígua e Barbuda, Domínica, Granada, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia e São Vicente e Granadinas), experiência que foi compartilhada com os Estados Insulares do Pacífico Ocidental. Foi dado início ao desenvolvimento de ECP sub-regionais, em diálogo com as instituições de integração. Efetuou-se também uma rápida avaliação das 10 ECP concluídas da Região, o que permitiu analisar tanto o conteúdo dos documentos produzidos como os processos seguidos na sua preparação.

Reorganização da Repartição Sanitária Pan-Americana

147. Diante da realidade e em diálogo permanente e cooperativo com a Associação de Pessoal, a OPAS decidiu lançar um processo de avaliação estratégica e alinhamento dos recursos (SARA, por sua sigla em inglês), com o objetivo de responder aos mandatos e às relações da Organização resultantes dos novos desafios de saúde pública internacional. Os cenários atuais e futuros da cooperação internacional incorporam os avanços tecnológicos e determinam a necessidade de ajustes periódicos nas responsabilidades e na missão de cada uma das partes da Secretaria, levando em consideração, além disso, que as capacidades individuais e coletivas de seus Estados Membros evoluem e se modificam. Esse processo busca alinhar os programas com os recursos necessários para executá-los e, de maneira adequada e estratégica, determinar a infra-estrutura e as competências necessárias e facilitar o desenvolvimento e capacitação do profissional existente, bem como orientar adequadamente o recrutamento do novo pessoal que seja necessário para cumprir os mandatos programáticos estabelecidos.

148. A análise das funções e das responsabilidades levou à reorganização das unidades e áreas, principalmente na sede, e foi criada a Unidade de Desenvolvimento Institucional, tirando partido da experiência anterior da Equipe de Gestão da Mudança Institucional. Uma das responsabilidades dessa nova unidade é fiscalizar os avanços da Organização na Gestão Orientada para a Obtenção de Resultados, a qual é concebida como um sistema

para proporcionar a todos os gerentes os meios para desempenhar seu trabalho da maneira mais eficaz e eficiente, garantindo ao mesmo tempo a prestação de contas. Outra responsabilidade é coordenar o avanço das 11 Iniciativas do Roteiro para a Transformação Institucional, a maioria das quais já cumpriu seus termos de referência e apresentou vários resultados intermediários e finais.

149. Foi adotado o Código de Princípios Éticos e Conduta, que se refere ao comportamento do pessoal, incluindo a declaração de conflito de interesses, se for esse o caso, bem como a confirmação de seu entendimento e o compromisso de observá-la. Foi selecionado o mediador e criado e preenchido o cargo de Oficial de Ética, figura-chave na instrumentação do sistema exigido pelo novo Código.

Novas alianças e associações para a saúde

150. Foram realizadas ações múltiplas para coordenar e forjar associações e alianças estratégicas e, sobretudo, para aprofundar a coordenação das atividades da OPAS com outros organismos do sistema das Nações Unidas e do Sistema Interamericano. Entre as numerosas atividades interinstitucionais destacam-se, pela importância e pela atualidade de sua temática, o Grupo de Revisão e Implementação da Cúpula das Américas e o conjunto de atividades de coordenação relacionadas com a gripe aviária.

151. Com o objetivo de potenciar a harmonização e o alinhamento da cooperação internacional para obter maior efetividade na ajuda para o desenvolvimento pode-se mencionar a participação e coordenação da OPAS, em Honduras, da Mesa de Colaboradores em Saúde e Reforma, formada por vários organismos de cooperação externa bilaterais e multilaterais, tais como o Organismo japonês de cooperação internacional (JICA), a Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (CIDA), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial (BIRD), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), o Programa Mundial de Alimentos (PMA) e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

152. Outro exemplo de ações intersetoriais foi o estabelecimento de uma aliança estratégica entre saúde (saúde e segurança dos trabalhadores do setor e profissionalização dos recursos humanos), educação (escolas promotoras da saúde e prevenção do HIV); trabalho (saúde e segurança dos trabalhadores e prevenção do HIV) e o meio ambiente (água, agentes químicos e ambientes saudáveis para crianças e trabalhadores). Nessa aliança se inter-relacionam a proteção social e os ambientes saudáveis, os mandatos da Cúpula das Américas e o fortalecimento com vistas às Metas do Milênio. Também foram realizados encontros interministeriais dos setores da saúde e agricultura, bem como da saúde e do meio ambiente, além de reuniões tripartidas sobre saúde, meio ambiente e trabalho.

153. A fim de fomentar e fortalecer novas modalidades de trabalho, foram criados grupos de trabalho interdisciplinares para fortalecer a qualidade da resposta técnica na Secretaria e nos países. Atualmente, existem grupos de alerta e resposta diante de epidemias; a estratégia e o plano de ação regional em matéria de nutrição e desenvolvimento; a estratégia regional sobre um método integrado para a prevenção e controle de doenças crônicas; e o Plano Regional sobre a HIV/AIDS 2006-2015.

154. Além disso, desenvolveram-se ferramentas técnicas que facilitam o estabelecimento de *sites* virtuais para a colaboração com sócios externos. Nesse sentido, são mantidos *sites* de *SharePoint* para a Análise de Saúde e Sistemas de Informação; as Metas de Desenvolvimento do Milênio; o Grupo de Estudo de Influenza Pandêmica; o Comitê Consultivo Técnico sobre HIV e as DST; as Redes Ibero-americanas sobre as Normas de Práticas Clínicas; os membros das Américas que fazem parte do Comitê Executivo da OMS, etc. Foram criados até agora mais de 40 espaços ou *sites* para a participação e colaboração, cada um dos quais tem entre 3 e 50 *sites* secundários. Em média, mais de 300 funcionários e parceiros interagem dentro destes *sites*, nos quais são realizadas mais de 2.000 consultas semanais.

155. O estabelecimento de alianças e associações com outros organismos da comunidade internacional facilita o esforço conjunto para abordar a agenda inconclusa, proteger os resultados e fazer frente aos novos desafios em matéria de saúde na Região. Por exemplo, a OPAS trabalha em estreita colaboração com a Organização dos Estados Americanos (OEA) para vincular as prioridades de saúde da Região com a agenda política do continente. Nesse sentido, a OPAS é membro do Grupo de Trabalho Conjunto das Cúpulas e do Grupo de Revisão e Implementação das Cúpulas (GRIC), e como tal apóia o trabalho de implementação da Declaração e do Plano de Ação das Cúpulas das Américas e toma parte nos trabalhos de organização das próximas Cúpulas.

156. Em coordenação com a Secretaria Geral da OEA, a OPAS participou das reuniões e conferências interamericanas de ministros de outros setores que não o da saúde, como, por exemplo, a Conferência de Ministros de Trabalho realizada no México sobre o tema de Saúde e Segurança Ocupacional; a Reunião Interamericana de Ministros da Educação em Trinidad e Tobago, onde a OPAS recebeu a incumbência de articular os esforços intersetoriais de luta contra a infecção por HIV/AIDS; a Reunião dos Ministros da Saúde e do Meio Ambiente realizada em Mar del Plata; e a reunião de ministros e outras altas autoridades de desenvolvimento social na Venezuela, onde se discutiu um versão inicial da Carta Social das Américas.

157. Os trabalhos de colaboração com agências do sistema interamericano incluem a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), a Comissão Interamericana de Mulheres (CIM), a Comissão Interamericana de Controle de Abuso de Drogas (CICAD), a Comissão Interamericana de Controle do Terrorismo e do Crime (CICTE), o Instituto

Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA) e o Banco interamericano de Desenvolvimento (BID).

158. Nesse mesmo sentido, e com o objetivo de alcançar a meta de saúde para todos, a OPAS vem trabalhando no fortalecimento de suas redes já existentes. Entre elas podemos mencionar: a Rede de Municípios e Comunidades Saudáveis, foro que permite juntar esforços para promover a saúde das populações; a Rede para a Vigilância Aviária, cujo papel é fundamental para a defesa civil em resposta a uma possível pandemia; a Rede para a Harmonização e para a Regulamentação Farmacêutica, que é uma das iniciativas de maior importância na Região, já que permitiu a disponibilidade de produtos farmacêuticos inócuos, eficazes e de boa qualidade, contribuindo assim para proteger a saúde pública; e a Rede de Escolas Promotoras, cujos objetivos contribuem para promover e cuidar da saúde tanto das gerações futuras como da de seus familiares e comunidades, bem como manter e criar ambientes de estudo e trabalho saudáveis. Outro exemplo desse trabalho cooperativo é o do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, claro exemplo de cooperação entre os países da Região, já que, através de sua rede de grupos nacionais, foi possível introduzir o tema dos recursos humanos nas políticas de saúde e nos processos de planejamento nacionais.

159. Nesse contexto, e definindo outras estratégias de cooperação, é importante destacar que, na XV Cúpula Ibero-americana, realizada em Salamanca, Espanha, em 2005, foram formadas quatro redes ibero-americanas de saúde, as quais devem apresentar um relatório de progresso na Cúpula seguinte, a ser realizada em novembro de 2006 no Uruguai. Essas redes ibero-americanas são: a de Doação e Transplantes, coordenada pela Espanha; a de Políticas de Medicamentos, coordenada pela Argentina; a de Ensino e Pesquisa em Saúde Pública, coordenada pela Costa Rica; e a de Luta contra o Tabagismo, coordenada pelo Brasil.

160. Como membro fundador do Grupo de Diretores Regionais das agências copatrocinadores do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre a HIV/AIDS (UNAIDS), a OPAS continuou organizando em forma rotativa e assistindo às reuniões permanentes para fortalecer a resposta das Nações Unidas à infecção por HIV/AIDS nos países da América Latina e Caribe. A OPAS também faz parte da Equipe de Diretores Regionais das Nações Unidas na América Latina e Caribe; essa equipe—normalmente reservada aos Diretores Regionais das agências integrantes do Comitê Executivo do Grupo das Nações Unidas (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, UNICEF, UNFPA e PMA)—se reúne trimestralmente para coordenar a ação conjunta daquelas agências na Região. Entre os principais temas abordados estão o processo de reforma das Nações Unidas, as missões conjuntas a países prioritários e o apoio coordenado ao desenvolvimento do país (em particular o Haiti), a coordenação interinstitucional, sob a liderança da OPAS, sobre o tema da gripe aviária e de uma possível pandemia de influenza, o impulso ao avanço das Metas de Desenvolvimento do Milênio, e temas

administrativos vinculados à reforma das Nações Unidas (como o Programa de Serviços Comuns através da Região, no qual a OPAS participa ativamente e cujas principais vantagens têm sido a poupança de recursos, graças à incorporação de economias de escala, a simplificação da gestão administrativa e a transparência do processo). Vários desses temas serão abordados durante a reunião da Equipe de Diretores Regionais das Nações Unidas na América Latina e no Caribe, que será realizada na sede da OPAS em 31 de agosto e 1 de setembro de 2006. Aproveitando seu caráter de anfitriã dessa reunião, a OPAS apresentará os últimos avanços obtidos no campo da imunização e lançará o *website* “Rostos e os Lugares”, sobre as MDM em nossa Região.

Cooperação técnica entre países (CTP)

161. Em 2005, foi apresentado um relatório de progresso da aplicação da CTP, incluindo relatórios finais dos projetos apoiados pela Organização, e tudo foi posto à disposição do público na página da Web da Unidade de Apoio aos Países. A CTP constitui um exemplo concreto das vantagens de forjar e consolidar alianças para a saúde entre os países e suas instituições, em benefício das populações mais vulneráveis das Américas. A CTP é uma das modalidades de cooperação técnica que figuram de maneira proeminente na nova Estratégia de Gestão para o Trabalho da Organização, ao lado da promoção e do fortalecimento das Instituições Nacionais de Excelência, do uso dos Centros Colaboradores e da Cooperação Técnica Descentralizada. Essa estratégia de cooperação vem sendo consolidada desde que foi iniciada, em 1998. Cada um dos países da Região participou com um projeto, em temas como desenvolvimento sustentável, informação sanitária e tecnologia, acesso universal e serviços de saúde, controle de doenças e manejo de riscos, saúde familiar e comunidade. Durante 2005, todos os países prioritários definidos pela Organização—Bolívia, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua—participaram ativamente em projetos de CTP, o que reflete a generosidade e solidariedade regional para compartilhar recursos e superar as disparidades em saúde.