

# Estrutura Integrada Sustentável para a Eliminação de Doenças Transmissíveis nas Américas



**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

Estrutura integrada sustentável para a eliminação de doenças transmissíveis nas Américas.

Nota conceitual  
OPAS/CDE/19-008

© Organização Pan-Americana da Saúde 2019

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estão disponíveis em seu website em ([www.paho.org](http://www.paho.org)). As solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir, integralmente ou em parte, alguma de suas publicações, deverão se dirigir ao Programa de Publicações através de seu website ([www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)).

Citação sugerida. Organização Pan-Americana da Saúde. Estrutura integrada sustentável para a eliminação de doenças transmissíveis nas Américas. Nota conceitual. Washington, D.C.: OPAS; 2019.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.

# Conteúdo

<b>I</b>	Siglas	5
<b>II</b>	Antecedentes	6
<b>1</b>	Introdução: Estrutura Integrada Sustentável para a Eliminação de Doenças Transmissíveis e Vínculos	7
<b>2</b>	Estrutura conceitual e objetivo	11
<b>3</b>	Mapeamento da estrutura de eliminação das doenças transmissíveis	15
<b>4</b>	Panorama da eliminação de doenças transmissíveis nas Américas	27
<b>5</b>	Visão, objetivos e metas para a eliminação integrada de doenças transmissíveis	39
<b>6</b>	Linhas de ação para a eliminação integrada de doenças transmissíveis	43
<b>7</b>	Proposta de estrutura organizacional e implementação para a eliminação integrada de doenças transmissíveis	55
<b>III</b>	Referências	59
<b>IV</b>	Anexos	61
	<b>Anexo 1.</b> Estratégias da OPAS, OMS e Nações Unidas e planos de ação mais relevantes para a eliminação das doenças transmissíveis nas Américas	
	<b>Anexo 2.</b> Principais atividades sugeridas para ações propostas no nível da sede.	
	<b>Anexo 3.</b> Opções de resposta integrada para a eliminação de doenças com base em uma série de intervenções	



# I. Siglas

<b>AMM</b>	Administração de Medicamentos em Massa
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AVAI</b>	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desenvolvimento
<b>CAICET</b>	Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales "Simón Bolívar" (Venezuela [República Bolivariana da])
<b>DIN</b>	Doenças Infecciosas Negligenciadas
<b>NMH</b>	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental (OPAS)
<b>DT</b>	Doenças Transmissíveis
<b>CDE</b>	Doenças Transmissíveis e Determinantes Ambientais da Saúde (OPAS)
<b>DTN</b>	Doenças Tropicais Negligenciadas
<b>EMI-dengue</b>	Estratégia de Manejo Integrado da Dengue (OPAS)
<b>EMTCT</b>	Eliminação da Transmissão de Mãe para Filho
<b>EMTCT+</b>	Eliminação da Transmissão de Mãe para Filho Mais
<b>EPSP</b>	Eliminação da Lista de Problemas de Saúde Pública
<b>ES</b>	Emergências em Saúde
<b>ET</b>	Eliminação da Transmissão
<b>FA</b>	Febre Amarela
<b>FLP</b>	Família, Promoção da Saúde e Ciclo de Vida (OPAS)
<b>FL</b>	Filariose Linfática (parasita <i>Wuchereria bancrofti</i> )
<b>GH</b>	Geo-Helminthíases
<b>GT</b>	Grupo de Trabalho
<b>HBV</b>	Vírus da Hepatite B
<b>HCV</b>	Vírus da Hepatite C
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HPV</b>	Papilomavírus Humano
<b>ITFDE</b>	Grupo de Estudos Internacional para a Erradicação de Doenças (Carter Center)
<b>MIV</b>	Manejo Integrado de Vetores
<b>MMPI</b>	Manejo da Morbidade e Prevenção da Incapacidade
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PANAFTOSA</b>	Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (OPAS)
<b>QP</b>	Quimioterapia Preventiva
<b>HSS</b>	Sistemas e Serviços de Saúde (OPAS)
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TMF</b>	Transmissão Materno-Fetal
<b>UAS</b>	Unidade de Análise de Saúde, Departamento de Evidências e Inteligência para Ações em Saúde (OPAS)
<b>USAID</b>	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
<b>WASH</b>	Água, Saneamento e Higiene

# II. Antecedentes

## BREVE HISTÓRICO DA ELIMINAÇÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NAS AMÉRICAS

Na década de 1870, uma epidemia de febre amarela atingiu os países Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, e, em oito anos, chegou aos Estados Unidos, onde matou mais de 20.000 pessoas. O transporte marítimo, que estava ampliando-se rapidamente com o comércio internacional, era o principal canal de propagação internacional de doenças ao final do século XIX. A necessidade de controlar a propagação de epidemias de um país a outro para proteger a saúde da população e a economia dos países levou à criação, em dezembro de 1902, do que hoje conhecemos como [Organização Pan-Americana da Saúde](#) (OPAS). Durante sua história de mais de 110 anos, a OPAS tem desempenhado uma função fulcral em importantes consecuições relacionadas à eliminação de doenças, nos níveis hemisférico e mundial, levando, inclusive, à erradicação da varíola e da poliomielite nas Américas e apoiando os países na eliminação da transmissão endêmica do sarampo e da rubéola, bem como da síndrome da rubéola congênita. Hoje, o mundo está à beira de um momento histórico em termos de saúde pública, com a eminente erradicação da dracunculíase (doença do verme da Guiné) e da poliomielite. Além disso, os países das Américas, junto com seus parceiros globais e com o apoio técnico da OPAS, estão se aproximando da eliminação regional da malária e de várias doenças infecciosas negligenciadas, inclusive lepra, filariose linfática e oncocercose (cegueira dos rios), tendo conseguido reduções substanciais no impacto adverso da doença de Chagas, das geo-helmintíases, da esquistossomose e da fasciolíase em crianças e outras populações de risco. Com respeito à transmissão de mãe para filho (TMF) de doenças virais e bacterianas, um dos melhores exemplos vem de Cuba, que, em 2015, tornou-se o primeiro país a receber a validação da OPAS/Organização Mundial da Saúde (OMS) por ter eliminado a TMF do HIV e da sífilis (Caffe et al. 2016). Hoje, a eliminação da TMF de HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas nas Américas é uma possibilidade real. Essas histórias de sucesso destacam a enorme vantagem comparativa desta Região na eliminação de doenças. Os sucessos regionais no controle e eliminação de doenças também virão apoiar diretamente os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, conforme discutiremos a seguir.

## OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DAS NAÇÕES UNIDAS E A SAÚDE

Na medida em que todos os países do mundo fazem a transição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM, 2000-2015) das Nações Unidas para os atuais [17 Objetivos de desenvolvimento sustentável](#) (ODS, 2016-2030), os Estados Membros das Nações Unidas estão adotando um novo linguajar para se adequar à mudança de paradigmas: visto que agora reconhece-se a necessidade de assegurar a sustentabilidade de suas iniciativas para alcançar os novos objetivos, muitos dos quais estão relacionados com a saúde. No entanto, mesmo durante essa transição, antigas ameaças persistem e novas estão afetando a Região, como a introdução, a disseminação e a endemização dos vírus Chikungunya e zika, o aumento da carga de importantes doenças e condições não transmissíveis (como diabetes, cânceres e obesidade) e a ampla degradação ambiental e mudança climática, que criam oportunidades para o surgimento ou o reaparecimento de zoonoses que podem se tornar ameaças de epidemias ou pandemias (Ostfeld 2017).

O ODS 3 (Assegurar uma Vida Saudável e Promover o Bem-Estar para Todos, em Todas as Idades) tem como meta específica promover melhorias na saúde materno infantil e no controle e eliminação de doenças transmissíveis. O ODS 3.1 visa reduzir, até 2030, o índice global de mortalidade materna para menos de 70 por 100.000 nativos. O ODS 3.2 se concentra na redução da mortalidade neonatal e na eliminação de mortes de recém-nascidos e crianças abaixo de 5 anos por meio de medidas preventivas adequadas de saúde pública. O ODS 3.3 se concentra, até o ano 2030, na eliminação de epidemias de AIDS, tuberculose, malária e DTN, bem como no combate à hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis que incluem as transmitidas por vetores.



Introdução: Estrutura  
Integrada Sustentável para  
a Eliminação de Doenças  
Transmissíveis e Vínculos

# 1. Introdução: Estrutura Integrada Sustentável para a Eliminação de Doenças Transmissíveis e Vínculos

## VALOR DOS VÍNCULOS COM OS ODS

Com a adoção dos ODS pelos Estados Membros das Nações Unidas, a OMS e seus Escritórios Regionais passaram a ter o mandato de desenvolver maneiras e meios de atingir os ODS 3, inclusive o ODS 3.3, até 2030. A OPAS, na condição de Escritório Regional da OMS para as Américas, dará prioridade não apenas a pôr fim a essas epidemias como também a eliminar essas doenças. Além disso, a Assembleia Mundial da Saúde se comprometeu com atingir a cobertura universal de saúde dentro de uma estrutura de prestação de serviços que inclua melhor acesso a medicamentos, desenvolvimento da força de trabalho de assistência em saúde, fortalecimento dos sistemas laboratoriais, prestação de serviços integrados e equitativos (inclusive com o fortalecimento da atenção primária à saúde) e custeio. A estrutura para a eliminação de doenças transmissíveis (DT) descrita nesta nota conceitual se alinha estreitamente ao ODS 3.3 (e a outros ODS relacionados com a saúde) e prevê conquistar avanços rumo aos ODS usando um enfoque de Curso de Vida, que permite a integração e a sustentabilidade da prestação de serviços de saúde por meio de uma ampla gama de ações.

As intervenções para eliminar não apenas a transmissão, mas também os efeitos negativos das DT para a saúde terão que ser mantidas até 2030 e mesmo após esse prazo, até o período de pós-eliminação de cada doença eliminada. Para assegurar sua sustentabilidade, a estrutura para a eliminação de doenças terá que estar alinhada à Estratégia para o [Acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde](#) (2014) da OPAS, à [Estrutura de ação da OMS para o Fortalecimento dos sistemas de saúde para melhorar os resultados de saúde](#) (2007), buscar oportunidades de dar continuidade à eliminação integrada das DT por meio da promoção do [Saúde em todas as políticas](#), e (4) utilizar esses meios para obter custeio e outras formas de mobilização de recursos. Além disso, os Estados Membros assumiram o compromisso com os ODS das Nações Unidas, e acordaram tentar atingir a cobertura universal de saúde até 2030. A estrutura para a eliminação regional de doenças até 2030 aqui apresentada descreve um objetivo e uma agenda ousada,

promovendo tanto o acesso universal à saúde como o fortalecimento dos sistemas de saúde. Como tal, a estrutura pode se beneficiar da abordagem de Saúde em Todas as Políticas.

Ao analisarmos a relação entre nossa estrutura integrada de eliminação das DT e os ODS de maneira mais ampla, analisaremos, primeiramente e em detalhes, o ODS 3. A OMS e parceiros acadêmicos descreveram recentemente de que forma as iniciativas transversais para acabar com a transmissão de DTN virão contribuir diretamente para a conquista do ODS 3.3 e, direta ou indiretamente, para todos os outros ODS (Bangert et al. 2017). Questões semelhantes foram levantadas com relação à contribuição para a eliminação da [malária](#), e do HIV, bem como para o combate da [hepatite viral](#) (visada para a eliminação regional nas Américas). O ODS 3.7 foi fixado para assegurar “até 2030, o acesso universal a serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, inclusive para fins de planejamento familiar, informação e educação, bem como a inclusão da saúde reprodutiva nas estratégias e nos programas nacionais,” para os quais a eliminação da TMF do HIV, do vírus da hepatite B (HBV), da sífilis e da doença de Chagas virão contribuir. O ODS 3.8 se propõe a “conquistar a cobertura universal de saúde, inclusive a proteção contra riscos financeiros, o acesso a serviços de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais seguros, efetivos, de qualidade e a preços acessíveis, bem como a vacinas para todos.” A articulação de serviços de atenção primária e de níveis mais altos de serviços de saúde que proporcionem medicamentos, vacinas e tratamentos necessários para a eliminação de diversas DT, como malária, lepra, TMF do HIV, HBV e doença de Chagas, contribuirá para a última arte do ODS 3.8.

O ODS 3 está vinculado ao ODS 5, que procura atingir a igualdade de gêneros e dar maior poder de decisão a todas as mulheres e meninas. O ODS 5 visa proporcionar às mulheres e meninas igualdade de acesso à educação, assistência em saúde, trabalho decente e a possibilidade de atuarem como representantes em processos políticos e econômicos de tomada de decisão. A igualdade de acesso à atenção primária necessária para eliminar as DT pode ser atingida,



1. Adaptado com base em comunicação pessoal da Dra. Mirta Roses

Periago, ex-Diretora da OPAS, 5 de setembro de 2017.

2. O acesso adequado a água limpa é necessário para fazer reparos em paredes, pisos, rachaduras e fissuras de casas onde alguns vetores da doença de Chagas se abrigam e se escondem.

eficazmente, por meio de melhorias nos serviços de atenção em saúde prestados a mulheres e meninas (como para o HIV, HBV, o vírus da hepatite C (HCV), HPV, sífilis, doença de Chagas e toxoplasmose) e virá contribuir para a consecução do ODS 5. As incapacidades, o estigma e a discriminação vinculados ao HIV/Aids, à lepra e a outras DTN afetam desproporcionalmente mulheres e meninas de maneira direta e indireta, que é o caso quando essas atuam como cuidadoras de outros acometidos por doença em suas famílias e comunidades. Enquanto isso, a anemia e a desnutrição decorrentes de algumas DTN prejudicam as capacidades de desenvolvimento e cognitiva que permitem atingir melhores resultados no nível educacional e que representam uma carga adicional sobre mulheres e meninas<sup>1</sup>.

Dispor das provisões adequadas para acessar água segura e potável e saneamento básico nas comunidades de risco é necessário para ajudar a reduzir ou impedir a transmissão da esquistossomose e de geohelmintíases (GH), tracoma, cólera e até mesmo da doença de Chagas<sup>2</sup>, e eliminar a defecação a céu aberto. O êxito na eliminação dessas cinco doenças nas Américas virá apoiar (assegurar a disponibilidade e o manejo sustentável da água e a disponibilidade de saneamento para todos) duas das oito metas para o ODS 6 relativas a água limpa e saneamento: “Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo a água potável segura e a custo acessível para todos e, até 2030, proporcionar acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos e pôr fim à defecação a céu aberto, dando atenção especial às necessidades de mulheres e meninas e aos que se encontrem em situação de vulnerabilidade.” As pessoas que lideram os esforços de eliminação das DT devem examinar de que forma esse esforço e outros projetos podem ser usados para informar a OMS e a Organização das Nações Unidas sobre o impacto rumo à concretização dos ODS.

## VALOR DE VÍNCULOS COM ESTRATÉGIAS GLOBAIS E REGIONAIS

No trabalho à frente para eliminar a carga de diversas DT, temos que nos manter muito cientes de como o vínculo será estabelecido e estruturado não apenas pelos ODS como também pelas estratégias global e regionais implementadas pela Organização das Nações Unidas, OMS e OPAS para o melhoramento da saúde e do bem-estar. Essas estratégias, assim como os ODS e seus indicadores, podem ser particularmente úteis no sentido de oferecer ideias para intervenções intersetoriais baseadas na comunidade e no contexto de redução da pobreza, do controle de doenças e do acesso universal à atenção em saúde.

No trabalho à frente para eliminar a carga de diversas DT, temos que nos manter muito cientes de como o vínculo será estabelecido e estruturado não apenas pelos ODS como também pelas estratégias global e regionais implementadas pela Organização das Nações Unidas, OMS e OPAS para o melhoramento da saúde e do bem-estar.

As estratégias e os planos de ação da OPAS e OMS são o resultado de trabalho significativo na área de saúde pública e servem não apenas como base para a eliminação integrada de doenças, mas também para delinear a visão, as metas e os objetivos para essa eliminação. Portanto, a estrutura integrada de eliminação de doenças descrita nesta nota conceitual abarca estratégias globais da Organização das Nações Unidas e da OMS e articula com todas as resoluções e estratégias da OPAS, bem como com os planos de ação e as metas que os acompanham. Dentre os mais importantes estão os listados no Anexo 1. Em 2017, o novo diretor-geral da OMS estabeleceu cinco Iniciativas-Pilotos da OMS para contribuir significativamente para a obtenção dos ODS até 2030, sendo uma delas o “Aceleração da Eliminação.” Em agosto de 2017, a primeira versão preliminar do relatório do Grupo de Trabalho da OMS sobre Iniciativas de Mudança apresentou um esboço para iniciativas de eliminação, e a expectativa é que inclua os itens notificação e validação, comunicações e parceria, informações estratégicas, arrecadação de fundos, administração e recursos humanos, bem como normas; todas as regiões da OMS foram convidadas a participar da iniciativa. A estrutura integrada para a eliminação de doenças descrita nesta nota conceitual, contendo propostas de prazos progressivos até 2030, está bem alinhada ao esboço do perfil da iniciativa de aceleração da eliminação.



Estrutura conceitual  
e objetivo

## 2. Estrutura conceitual e objetivo

### ESTRUTURA CONCEITUAL

A estrutura conceitual para a eliminação integrada de DT visa reduzir a carga e enfrentar a eliminação de um grupo de DT prevalentes nas Américas. Essa estrutura é tanto estratégica como padronizada, podendo ser adotada, adaptada e implementada pelos Estados Membros da OPAS, Membros Associados e pelos governos de países observadores que tenham territórios na Região. De fato, para que as DT sejam eliminadas de toda a Região, essa eliminação deverá ocorrer nos 52 Estados Membros e territórios das Américas. A estrutura tornará necessário um compromisso político e financeiro dedicado e de longo prazo, assim como historicamente observado (em escala mundial) por parte dos países no caso da erradicação da poliomielite e do sarampo nas Américas. Além disso, as abordagens de saúde pública promovidas pela OMS facilitarão com que a eliminação seja alcançada com base nos princípios de simplificação, padronização, descentralização, equidade, participação dos pacientes e

da comunidade e de otimização do uso dos recursos humanos.

**A estrutura conceitual para a eliminação integrada de DT visa reduzir a carga e enfrentar a eliminação de um grupo de DT prevalentes nas Américas.**

Em muitos casos, a prevenção da transmissão requer intervenções sequenciais direcionadas às fases específicas do curso da vida (p. ex., durante a gestação, mães e seus lactentes, crianças em idade pré-escolar, crianças em idade escolar, adolescentes, trabalhadores adultos do meio rural, do comércio, da indústria e a terceira idade). Intervenções complementares empreendidas pela ação direta ou por meio de colaboração podem ser direcionadas para outras populações-chave em situação de risco: comunidades indígenas e afrodescendentes, incapacitados, desempregados, pobres domiciliados, desabrigados e presidiários. A estrutura con-

**FIGURA 1.** ESTRUTURA CONCEITUAL: LINHAS DE AÇÃO PARA A ELIMINAÇÃO INTEGRADA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NAS AMÉRICAS DURANTE O CURSO DA VIDA



ceitual vem agregar a essas intervenções e enfatiza essas populações relevantes, sendo composta de cinco linhas de ações coerentes com os princípios de direitos humanos, igualdade de gênero, equidade e participação da sociedade civil e comunitária para a redução da pobreza (Figura 1).

## OBJETIVO

O objetivo desta nota conceitual e a estrutura que essa descreve tratam da eliminação de um grupo de DT e agravos relacionados, assim como os efeitos negativos para a saúde que essas DT causam (as doenças constam da Tabela 1 abaixo), e que, juntos, criam uma carga tangível sobre os indivíduos afetados, suas famílias, as comunidades e os sistemas de atenção de saúde por toda a Região.

**Pode-se deduzir que há um custo social intangível associado à miséria, desesperança e ao desespero entre indivíduos, famílias e comunidades como um todo, que não é medido nos estudos de carga da morbidade.**

**3. AVAI:** Anos de vida ajustados por incapacidade, uma medida que resume a situação de saúde de uma população com base em estimativas de mortalidade prematura e de perda de saúde sem implicar em morte. Os AVAI estimam o número de anos de vida perdidos em função de morte prematura, bem como o número de anos de vida saudável perdidos em função de doença/saúde precária e lesões.

Apesar de não haver um consenso sobre as melhores medidas a serem usadas para avaliar a saúde do público e a situação epidemiológica de uma nação, é comum que a carga de doenças seja medida com base nas taxas de doença (incidência, prevalência, etc.), taxas de mortalidade específicas para uma determinada doença, taxas comparativas de morbidade e mortalidade, distribuição geográfica e anos de vida ajustados por anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI)<sup>3</sup>. A atual situação epidemiológica, inclusive os dados sobre as taxas de doença ou sobre a distribuição geográfica de doenças encontradas na Tabela 1 é discutida abaixo na Seção. Hotez et al. (2008) foram os primeiros em examinar e comparar a condição da carga de AVAI na América Latina e no Caribe—para DTN, HIV/Aids, malária e TB—, conforme a situação há aproximadamente 10 anos. Apesar de a carga regional de TB, malária e doenças infecciosas negligenciadas (DIN) ser relativamente menor que a de 10 anos atrás, jornadas de trabalho (e de estudos) continuam a ser perdidas em função de doenças, bem como mortes prematuras ou deficiências, ficando claro que há a necessidade de intensificar os esforços pela eliminação de doenças em todas as comunidades em situação de vulnerabilidade.

Pode-se deduzir que há um custo social intangível associado à miséria, desesperança e ao desespero entre indivíduos, famílias e comunidades como um todo, que não é

medido nos estudos de carga da morbidade. Juntas, a carga de doença e esses custos sociais difíceis de medir evitam que a meta saúde como um direito humano seja atingida, e revela a *justificativa ética* para impulsionar os esforços de eliminação das doenças nas Américas, de maneira a beneficiar os indivíduos, as famílias e as comunidades mais negligenciadas e desvantajadas na sociedade atual.

## SIGNIFICADO DE ELIMINAÇÃO DE DOENÇAS PARA INDIVÍDUOS, FAMÍLIAS E COMUNIDADES NAS AMÉRICAS

Apesar de os nomes das doenças constarem da Tabela 1, cada doença é, na verdade, uma história de indivíduos e famílias, bem como de populações negligenciadas. É a família de migrantes do agreste do Brasil agora vivendo em uma favela à beira da Lagoa do Olho d'Água in Jaboatão dos Guararapes (próximo a Recife), onde pescam para jantar e fazem bicos ou trabalham como ambulantes, ou os clãs Yanomami que caçam, cultivam a terra ou praticam extrativismo em família na floresta tropical na fronteira do Brasil com a Venezuela. É a história do jovem casal rural faminto vivendo de restos em um povoado na floresta tropical seca nas proximidades de Villa Nueva, Chinandega, no Norte da Nicarágua, ou a família migrantes, do Sul do México, vivendo em uma colônia do Condado de Hidalgo, no Sul do Texas, sem água encanada ou esgoto, ou a família haitiana desnutrida, sobrevivendo com suas cabras em sua cabana nas ladeiras desnudas nas proximidades de Léogâne. Esses indivíduos e suas famílias nos contam a história real e cruel da negligência e da iniquidade na qual vivem, da carga remanescente de DT em nossa Região e são a personificação do motivo pelo qual devemos eliminá-las.

A estrutura de eliminação de DT é adequada para beneficiar as populações que vivem em condições de vulnerabilidade (onde a maioria dessas doenças ocorre) e apoiar a abolição da iniquidade (expressa em termos de direito à saúde). Dessa forma, a estrutura funciona em sintonia com as estratégias de redução da pobreza do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)—no sentido de que alguns dos programas atuais, que apoiam transferências condicionais de fundos para saúde, educação,

habitação e desenvolvimento urbano, ou o programa *Piso Firme*, voltado para melhorias nas áreas de habitação, desenvolvimento urbano e saúde—, podendo apoiar ou ser vinculada a atividades específicas na pauta de eliminação de DT (GHT e doença de Chagas, por exemplo,).

Ao considerarmos esses dados e essas informações juntos, a eliminação desse conjunto de DT deve ter condições de reduzir as taxas de doenças para zero ou quase zero. e, também, ajudar a reduzir, indiretamente, custos sociais difíceis de serem medidos—caso ocorra junto com fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde de cada país—, permitir acesso a fundos suficientes e a capital político e administrativo suficientes para a eliminação das DT até 2030. A estrutura desafia a maneira como a assistência de saúde é atualmente prestada e esboça algumas formas de mudar o que é atualmente feito, de maneira a nos levar a atingir o objetivo regional de eliminação das DT; compila e organiza intervenções que estão atualmente desconectas ou agrupadas apenas em termos gerais. Portanto, a estrutura facilitará e promoverá vínculos, sinergias e colaborações interdepartamentais voltadas a buscar um objetivo organizacional bem identificado. A lista dos riscos existentes para a saúde e de problemas de saúde nas Américas vai além das doenças listadas na Tabela 1, e como tal, esta Nota Conceitual não tratará, por exemplo, das doenças passíveis de prevenção com vacina na infância (como tétano neonatal e caxumba), nem de outros problemas específicos de DT, como resistência aos antimicrobianos e doenças infecciosas negligenciadas específicas que causem uma menor carga de morbidade). Vamos ilustrar e demonstrar mais o que (o que é possível) do que o *como* (exatamente como poder ser feito). Ao sugerir quais são as possibilidades, estamos nos valendo de lições aprendidas, boas práticas e de resultados exitosos de intervenções com base em evidências, não

apenas de DT como também de outras áreas da saúde pública. Ao fazermos isso, criamos uma oportunidade real de integrar (e operacionalizar) o acesso universal à saúde à eliminação de doenças infecciosas, o que permite que sejam estabelecidas medidas quantitativas e qualitativas.

A agenda atual da OPAS para a eliminação de DT precisará ser acelerada, principalmente diante da contínua transição epidemiológica que leva à ascensão concomitante da carga de doenças não transmissíveis (algumas das quais já se sobrepõem ou interagem com as DT) e às crescentes limitações de recursos tanto nos países como na OPAS; caso contrário, há um risco real de desacelerarmos ou perdermos ganhos conquistados na Região rumo à quase-eliminação de DT como filariose linfática (FL), tracoma, doença de Chagas, malária e TB. Chegou a hora de passarmos para a próxima etapa do processo de eliminação de doenças na Região.



Mapeamento da estrutura  
de eliminação das doenças  
transmissíveis

## 3. Mapeamento da estrutura de eliminação das doenças transmissíveis

Um mapa da estrutura para a eliminação das DT inclui um conjunto de definições e a terminologia a ser usada por todos, bem como uma descrição das doenças, das dimensões e dos prazos propostos aqui, juntamente com uma discussão da justificativa de investimentos para a eliminação das DT.

### DEFINIÇÕES

Inicialmente com o trabalho do [Força Tarefa Internacional para a Erradicação de Doenças](#) (ITFDE), situado no Carter Center na década de 1980, até o trabalho mais recente apresentado pelo [Comitê Consultor Técnico-Estratégico da OMS para Doenças Tropicais Negligenciadas, da OMS](#), temos observado que, nas três últimas décadas, definições científicas específicas evoluíram para termos como controle, eliminação e erradicação (ver Quadro 1 no Anexo). Essas definições evoluíram (e melhoraram) na medida em que descobrimos situações epidemiológicas cada vez mais complexas para algumas doenças e adquirimos uma nova compreensão das nuances relacionadas com os ciclos de transmissão de doenças, novos vetores (ou reservatórios) e novas intervenções para a prevenção, o tratamento e a cura. Por exemplo, a definição do termo “eliminação” evoluiu, passando da cessação da transmissão de uma determinada doença em um país, continente ou outra zona geográfica limitada (definição anterior segundo o ITFDE) para a adoção de termos e definições com mais nuances, como os atualmente usados pela OMS: *eliminação da lista de problemas de saúde pública* (EPSP) é definido como a consecução de metas de objetivos-gerais mensuráveis estabelecidas pela OMS com relação a uma determinada doença (por exemplo, para TMF da sífilis; FL), e uma vez alcançada, ações contínuas são necessárias para manter a situação das metas ou avançar rumo à eliminação da transmissão. O processo de documentação da ESPP é chamado de *validação*. *Eliminação da transmissão* (ET) é definida como a redução para zero da incidência de infecção causada por um agente patogênico específico em uma zona geográfica definida com risco mínimo de reintrodução em decorrência de esforços deliberados. O processo da documentação da ET é chamado a *verificação*. EPSP e ET são diferentes de erradicação, que é a redução permanente para zero de um agente patogênico específico em decorrência de esforços deliberados sem que haja risco de reintrodução. O processo de documentação da erradicação (por exemplo, para boubá) é chamado a *certificação*. Veja o Quadro 1 para mais detalhes.

A estrutura apresentada nesta nota conceitual contará com um conjunto de definições de eliminação e erradicação de doenças, provenientes do trabalho recente do Grupo Consultor Técnico-Estratégico da OMS para Doenças Tropicais Negligenciadas (2014-2015) e do de outros recentes comitês de especialistas, comitês consultivos ou programas técnicos sobre malária, TB, HIV e infecções sexualmente transmissíveis, da OMS.

Em suma, agora temos nova clareza científica e chegamos a um acordo, na comunidade de saúde pública, de que “eliminação” e “erradicação” não são sinônimos (e que o termo eliminação tem diferentes nuances). Além disso, há uma distinção biológica real entre a eliminação, a erradicação e a extinção. No entanto, os desafios persistem, uma vez que esses três termos são tais que os membros da mídia e leigos muitas vezes os confundem ao usar o discurso comum, em conversas e em textos.

É de se compreender que, historicamente, em se tratando do controle e da prevenção de DT, grande parte do enfoque tenha sido colocado sobre impedir a transmissão da doença por meio do desenvolvimento e da aplicação de vacinas, inseticidas, quarentena e outras medidas técnicas ou clínicas. Porém, a eliminação dos efeitos negativos das DT para a saúde vai além de impedir a transmissão, devendo incluir também outras dimensões que refletem mais completamente a definição de saúde segundo a OMS: “Saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social completo, não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” Essas características são captadas nas quatro dimensões discutidas na próxima seção.

### DOENÇAS, DIMENSÕES E PRAZOS

Para ampliar nossos esforços regionais pela eliminação das doenças sob esta estrutura, propomos aqui algumas novas dimensões para a eliminação. A estrutura, conforme apresentada na Tabela 1 (abaixo), apresenta uma lista de doenças, uma descrição das dimensões das ações existentes e de propostas (novas) de eliminação e prazos (não apenas meras metas) para cada doença,



Campanha de saúde integrada para prevenção de hanseníase, tracoma e verminoses em escolares, Pernambuco, Brasil

compatíveis com as datas atuais da OPAS e OMS projetadas para a eliminação, ao mesmo tempo em que sugere novos prazos de eliminação para doenças ou dimensões que anteriormente não haviam sido incluídas resoluções e planos de ação da OPAS e OMS.

Juntamente com a eliminação da lista de problemas de saúde pública (EPSP), essa estrutura inclui outras quatro dimensões de eliminação de DT. Essas quatro dimensões são enfatizadas para que tenhamos uma maneira diferente de olhar para o que estamos tentando atingir ao ampliarmos nosso trabalho de saúde pública no sentido de eliminar a carga de cada doença (dependendo da doença), o modo de transmissão dessas e a situação epidemiológica até o ano 2030. Essas dimensões nos dão uma visão mais quantitativa da eliminação, ou seja, dos fatores que podem ser facilmente contados, dos que incluem um maior número de faixas etárias e das principais populações afetadas e enfatiza a melhoria da qualidade de vida, de acordo com os padrões éticos atuais das agências de saúde pública, os ODS e o conceito Saúde para Todos, da OMS.

Quando a transmissão de uma doença cessa, significa que novas gerações de indiví-

duos não terão que enfrentar mortes prematuras, doenças e deficiências associadas a essas doenças. Durante o processo de cessação da transmissão, e dada a carga histórica ou contínua sobre a saúde causada por diversas DT como lepra, FL e doença de Chagas crônica, devemos não apenas continuar a buscar a EPSP como também a enfrentar, de maneira mais ampla, as dimensões da mortalidade (mortes), morbidade (doença) e deficiência. Para cada doença, a Tabela 1 mostra os prazos fixados pela OPAS/OMS ou os novos sendo sugeridos para consideração pela OPAS; esses prazos variam do período de 2015 (prazos fixados vencidos) a diferentes intervalos até 2030. Os prazos para a eliminação de algumas doenças em alguns países são “fáceis de atingir,” como a eliminação da esquistossomose em Santa Lúcia ou do tracoma na Guatemala.

**FIGURA 2.** QUATRO DIMENSÕES DA ELIMINAÇÃO DA CARGA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS



**TABELA 1.** DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E AGRAVOS RELACIONADOS MARCADAS PARA ELIMINAÇÃO REGIONAL NAS AMÉRICAS: PRAZOS ATUAIS, DIMENSÕES DO QUE PODE SER FEITO ATÉ O ANO 2030, E PROPOSTAS DE PRAZOS COM AS DESCRIÇÕES PERTINENTES

DOENÇA/ INFECÇÃO/ AGRAVO	PRAZOS ATUALMENTE VISADOS PELA OMS/OPAS PARA ELIMINA- ÇÃO (OU ERRA- DICAÇÃO)	ELIMINA- ÇÃO DA LISTA DE PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA (EPSP)	DIMENSÕES DO QUE É POSSÍVEL ATÉ 2030				PRAZOS REGIONAIS PROPOSTOS PELA OPAS (eliminação) e descrição das dimensões do que é possível até, no máximo, 2030  (para doenças ou dimensões anteriormente não visadas pela OPAS para a eliminação)
			AUSÊNCIA DE TRANSMISSÃO A HUMANOS (Incl. ET e elimina- ção da transmissão materno-fetal (EMTCT))	AUSÊNCIA DE MORTALI- DADE (mortes)	AUSÊNCIA DE MORBIDADE (doença)	AUSÊNCIA DE INCAPACITA- ÇÃO	
<b>RAIVA HUMANA,</b> transmitida por cães	<b>2030:</b> Meta da OMS para cessar mortes causadas por raiva transmitida por cães. <b>2022:</b> Meta da OPAS para que 35 países tenham eliminado a raiva humana transmitida por cães e implementado medidas para prevenir o reaparecimento da doença ou sua reintrodução.			✓ ausência de mortes causadas por raiva humana transmitida por cães até 2022			<b>2022</b> – Proposta de aceleração nas Américas, não adicionadas as mortalidades decorrentes de infecção causada pelo vírus da raiva transmitido por cães. [Possivelmente atingível até 2020]. Caso não haja casos de raiva transmitida por cães (devido à alta taxa de cobertura vacinal e ao fato de todas as vítimas de mordeduras serem rapidamente submetidas a profilaxia pós-exposição, não deverá haver mortalidade). Implementar o OPAS POA CD55/15 (2016) e alcançar as metas.
<b>TMF-HIV</b>	<b>2030:</b> Meta da OMS para EMTCT (validação). <b>2020:</b> Meta da OPAS para redefinição da taxa de TMF de HIV para 2% ou menos			✓ ausência de mortes de crianças causadas por TMF até 2020			<b>2020</b> – Ausência de novos casos de mortalidade em crianças por TMF, dado que essa via deverá ser eliminada e todo caso pediátrico de TMF deverá ter acesso a tratamento com terapia antirretroviral para HIV. Implementar a Estratégia de EMTCT Plus da OPAS (2017).
<b>TMF-HBV</b>	<b>2030:</b> Meta da OMS para EMTCT (validação) <b>2020:</b> Meta da OPAS para reduzir a prevalência dos antígenos de superfície da hepatite B em crianças de 4 a 6 anos para 0,1% ou menos			✓ ausência de mortes em crianças até 2020		✓ ausência de incapacidade grave, em crianças, que requeira transplante	<b>2020</b> – Ausência de novas mortes pediátricas e de incapacidade grave na Região que requeira transplante em crianças, uma vez que novos casos pediátricos não devem progredir para morte ou para um estágio clínico que requeira transplante em função do recebimento de vacina pediátrica, triagem e manejo clínico adequado. Implementar a Estratégia de EMTCT Plus da OPAS (2017).
<b>EPIDEMIAS DE FEBRE AMARELA</b>	A OMS não definiu meta (2017)		✓ ausência de epidemias de FA urbana transmitida por <i>Aedes aegypti</i>	✓ ausência de mortes nos novos casos, 2018-2030			<b>2018-2030</b> – Manutenção do objetivo de ET para 2018-2030, mantendo que não deverão ocorrer novas epidemias de FA urbana transmitida por <i>Aedes aegypti</i> ; possibilitado pela total implementação dos componentes do vetor, da estratégia EMI-dengue, da OPAS. Ausência de mortalidade resultante de novos casos urbanos de FA resulta da rápida detecção e do rápido manejo dos casos.

DOENÇA/ INFECÇÃO/ AGRAVO	PRAZOS ATUALMENTE VISADOS PELA OMS/OPAS PARA ELIMINA- ÇÃO (OU ERRA- DICAÇÃO)	ELIMINA- ÇÃO DA LISTA DE PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA (EPSP)	DIMENSÕES DO QUE É POSSÍVEL ATÉ 2030				PRAZOS REGIONAIS PROPOSTOS PELA OPAS (eliminação) e descrição das dimensões do que é possível até, no máximo, 2030  (para doenças ou dimensões anteriormente não visadas pela OPAS para a eliminação)
			AUSÊNCIA DE TRANSMISSÃO A HUMANOS (Incl. ET e elimina- ção da transmissão materno-fetal (EMTCT))	AUSÊNCIA DE MORTALI- DADE (mortes)	AUSÊNCIA DE MORBIDADE (doença)	AUSÊNCIA DE INCAPACITA- ÇÃO	
<b>CÂNCER DO COLO UTERINO</b> (provocado por HPV)	<b>2030:</b> Objetivo da OPAS – eliminação do HPV enquanto problema de saúde pública para reduzir a incidência de câncer do colo uterino a <4 casos/100.000 e a mortalidade prematura (em mulheres) por um terço até 2030.						<b>Obs.:</b> Não há intervenções ou prazos adicionais.  Buscar o objetivo da OPAS para 2030
<b>DOENÇA DE CHAGAS</b> <i>Trypanosoma cruzi</i>	<b>2015:</b> Meta da OPAS para ET por transfusão de sangue; meta atingida. <b>2020:</b> Meta, da OPAS, de EMTCT com ≥ 90% de crianças curadas de infecção com a doença de Chagas por meio do teste negativo de sorologia após o tratamento. <b>2020:</b> Meta da OPAS/OMS de ET dos principais vetores interdomiliares. <b>2022:</b> Meta da OPAS para a eliminação da doença de Chagas em 16 países e implementação de medidas para prevenir o reaparecimento ou a reintrodução da doença.			✓ ausência de mortalidade neonatal até 2025			<b>2025</b> – Ausência de morbidade neonatal por meio do rápido tratamento de casos congênitos de infecções em recém-nascidos (neonatais). Adicionar nova rotina de triagem pré-natal e tratamento de mulheres em condição de risco antes da gestação. Implementar o OPAS POA CD55/15 (2016) e alcançar as metas. Implementar a Estratégia de EMTCT Plus da OPAS (2017).
<b>MALÁRIA</b> <i>Plasmodium falciparum</i> y <i>Plasmodium vivax</i>	<b>2030:</b> Meta da OMS para ET do <i>P. falciparum</i> e <i>Plasmodium vivax</i> <b>2016:</b> O Plano de ação da OPAS CD55.13 visa reduzir ainda mais a morbidade e a mortalidade da malária em até 40% ou mais (com base nos números oficiais de 2015); e a “implementar esforços para eliminar a malária em 18 dos 21 países endêmicos para que no mínimo quatro países atinjam a condição de livre de malária”.			✓ ausência de mortes por <i>P. falciparum</i> e <i>P. vivax</i> em crianças em risco até 2030			<b>2030</b> – Ausência de mortalidade por <i>P. falciparum</i> e <i>P. vivax</i> em crianças sob risco [caso mensurável], uma vez que a rapidez na triagem e no tratamento devem evitar a mortalidade e contribuir para a ET.  <i>Implementação do Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020 CD55/13</i> , da OPAS, e atingir as metas dos indicadores para a redução da morbidade, mortalidade e eliminação da transmissão, bem como implementação de abordagens inovadoras para enfrentar desafios em países onde o progresso tenha sido limitado; prevenção ou do restabelecimento da malária em países previamente declarados sem malária

DOENÇA/ INFECÇÃO/ AGRAVO	PRAZOS ATUALMENTE VISADOS PELA OMS/OPAS PARA ELIMINA- ÇÃO (OU ERRA- DICAÇÃO)	ELIMINA- ÇÃO DA LISTA DE PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA (EPSP)	DIMENSÕES DO QUE É POSSÍVEL ATÉ 2030				PRAZOS REGIONAIS PROPOSTOS PELA OPAS (eliminação) e descrição das dimensões do que é possível até, no máximo, 2030  (para doenças ou dimensões anteriormente não visadas pela OPAS para a eliminação)
			AUSÊNCIA DE TRANSMISSÃO A HUMANOS (Incl. ET e elimina- ção da transmissão materno-fetal (EMTCT))	AUSÊNCIA DE MORTALI- DADE (mortes)	AUSÊNCIA DE MORBIDADE (doença)	AUSÊNCIA DE INCAPACITA- ÇÃO	
<b>LEISHMANIOSE CUTÂNEA/MUCO- CUTÂNEA</b> complexos <i>Leishmania brazi- liensis; L. mexicana</i>	<b>2022:</b> Meta da OPAS de redução em 50% da pro- porção de crianças com leishmaniose visceral em 8 países.				✓ ausência de morbidade, até 2030, em crian- ças com menos de 10 anos em situação de risco		<b>2030</b> – Ausência de morbi- dade de crianças com menos de 10 anos em condição de risco, um indicador de êxito da vigilância, triagem e trata- mento de crianças em áreas de risco. Implementar o OPAS CD55/15 e alcançar as metas dos indicadores. Implemen- tar o <i>Plano de ação para o controle da leishmaniose</i> , da OPAS(2017).
<b>LEISHMANIO- SE VISCERAL</b> <i>Leishmania chaga- si/infantum</i>	<b>2022:</b> Meta da OPAS para reduzir a taxa de letalidade por Leishmaniose visceral em 8 países em 50%.			✓ reduzir a taxa de letalidade para zero em áreas urbanas até 2030			<b>2030</b> – Reduzir a taxa de letalidade para zero em áreas urbanas por meio da melhoria do manejo dos casos clínicos, controle de cães reservatórios para reduzir a transmissão, complementado pela melhoria no manejo de resíduos sólidos para o controle de vetores. Implementar o OPAS CD55/15 e alcançar os indicadores visados. Implementar o plano de ação para o controle (2017), da OPAS.
<b>ESQUISTOSSO- MOSE</b> <i>Schistosoma mansoni</i>	<b>2015:</b> Meta da OMS para ET no Caribe [ET em andamento, atrasada]. <b>2020:</b> Meta da OMS para ET em todos os países da América Latina e Caribe.			✓ ausência de mortes em popu- lações de risco até 2030		✓ resultante de neuroesquis- tossomose até 2030	<b>2030</b> – Ausência de nova mortalidade e de novos casos de neuroesquistossomose. Possível por meio de triagem, teste e tratamento das populações de risco/ou quimioterapia pre- ventiva (QP) ou administração de medicamentos em massa (AMM) para as populações de risco. Caso ET ocorra até 2020, ausência de novos casos; e ausência de novos casos de neu- roesquistossomose após 2030. Implementar o OPAS CD55/15 e alcançar os indicadores visados.
<b>GEO-HELMINTÍ- AS (GH)</b> (4 espécies de nematódeos humanos)	<b>Diretrizes atuais da OMS:</b> Reduzir para <1% o número de infecções de intensidade moderada a alta em crianças com idade pré-escolar e escolar em áreas de risco.			✓ ausência de mortes infantis por obstrução intestinal por ascaridídeos até 2030			<b>2030</b> – Ausência de mortali- dade por <i>Ascaris</i> (obstrução intestinal) notificada em crianças segundo registros hospitalares. Se a cobertura de quimioterapia e controle da transmissão (QPCT) ou AMM de crianças em idade pré-escolar e escolar for 75% ou maior em áreas endêmicas, com áreas de intensidade moderada e alta, as mortes de crianças por obstrução intestinal causada por <i>Ascaris lumbricoides</i> devem ser evitáveis. Implementar o OPAS CD55/15 e alcançar os indicadores visados.

DOENÇA/ INFECÇÃO/ AGRAVO	PRAZOS ATUALMENTE VISADOS PELA OMS/OPAS PARA ELIMINAÇÃO (OU ERRADICAÇÃO)	ELIMINAÇÃO DA LISTA DE PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA (EPSP)	DIMENSÕES DO QUE É POSSÍVEL ATÉ 2030				PRAZOS REGIONAIS PROPOSTOS PELA OPAS (eliminação) e descrição das dimensões do que é possível até, no máximo, 2030 (para doenças ou dimensões anteriormente não visadas pela OPAS para a eliminação)
			AUSÊNCIA DE TRANSMISSÃO A HUMANOS (Incl. ET e eliminação da transmissão materno-fetal (EMTCT))	AUSÊNCIA DE MORTALIDADE (mortes)	AUSÊNCIA DE MORBIDADE (doença)	AUSÊNCIA DE INCAPACITAÇÃO	
<b>ONCOCERCOSE</b> (cegueira dos rios) <i>Onchocerca volvulus</i>	<p><b>2015:</b> Meta de ET (verificação) da OPAS/OMS;</p> <p>[ET em andamento, porém atrasada; restam apenas dois focos]</p> <p><b>2022:</b> Meta da OPAS de eliminação da oncocercose e implementação de medidas para prevenir o reaparecimento ou a reintrodução da doença em seis países.</p>				<p>✓ ausência de morbidade ocular até 2022</p>	<p>✓ ausência de cegueira, agora até 2030</p>	<p><b>Agora até 2030</b> – Adicionar um objetivo de manutenção, de agora até 2030 (e pós-2030), uma vez que a eliminação (prevenção) de novos casos de cegueira foi atingida antes de 2009.</p> <p>Adicionar a eliminação da morbidade ocular até 2022, que já é quase uma realidade nos dois focos ativos remanescentes uma vez que a AMM é administrada até quatro vezes ao ano. [Possivelmente atingível até 2020]</p> <p>Usar as Diretrizes da OMS (2016) para verificação da eliminação da oncocercose humana. Implementar o OPAS CD55/15 e alcançar os indicadores alvo.</p>
<b>FILARIOSE LINFÁTICA (FL)</b> <i>Wuchereria bancrofti</i>	<p><b>2020:</b> Meta da OMS para a eliminação da lista de problemas de saúde pública (EPSP), no nível global (validação).</p> <p><b>2022:</b> Meta da OPAS em seis países é ter eliminado FL e implementado medidas para prevenir o ressurgimento ou a reintrodução da doença.</p>	Meta da OMS para EPSP, no nível global			<p>✓ ausência de ataques agudos, também conhecidos como dermatolinfagioadenite até 2025;</p> <p>✓ ausência de morbidade decorrente de linfedema não tratado até 2025 (manejo da morbidade)</p>	<p>✓ ausência de hidrocele debilitante até 2025 (Prevenção da incapacidade)</p>	<p><b>2025</b> – Ausência de ataques agudos e de linfedemas não tratados por meio da prestação de serviços de atenção primária à saúde (APS). Ausência de incapacitação decorrente de hidrocele, resultante de cirurgias de hidrocele agora sem fila de espera. Usar as diretrizes da OMS (2017) para validar a EPSP da FL, que inclui a transmissão do vetor, infecção e um pacote de atenção mínima de manejo da morbidade e prevenção da incapacidade (MMPI).</p>
<b>CISTICERCOSE</b> ( <i>Taenia solium</i> )	<p><b>2020:</b> Meta da OMS para garantir a cobertura com QPCT de, no mínimo, 75% da população global que necessite.</p>			<p>✓ ausência de mortes em crianças até 2030</p>	<p>✓ ausência de morbidade em comunidades de risco até 2030</p>	<p>✓ nenhum caso novo de neurocisticercose em crianças até 2030</p>	<p><b>2030</b> – Ausência de mortalidade em crianças por meio da melhoria na detecção dos casos, manejo e tratamento, conforme mensurações de registros hospitalares/clínicos e certidões de óbito. Não adição de morbidade em comunidades de risco via QPCT ou AMM contra vermes adultos de <i>T. solium</i>, conforme os registros dos programas de QPCT. Ausência de novos casos de neurocisticercose em crianças por meio de melhorias na detecção e no manejo de casos e comprovados por registros hospitalares.</p> <p>Implementar o OPAS CD55/15 e alcançar os indicadores alvo.</p>

DOENÇA/ INFECÇÃO/ AGRAVO	PRAZOS ATUALMENTE VISADOS PELA OMS/OPAS PARA ELIMINAÇÃO (OU ERRADICAÇÃO)	ELIMINAÇÃO DA LISTA DE PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA (EPSP)	DIMENSÕES DO QUE É POSSÍVEL ATÉ 2030				PRAZOS REGIONAIS PROPOSTOS PELA OPAS (eliminação) e descrição das dimensões do que é possível até, no máximo, 2030 (para doenças ou dimensões anteriormente não visadas pela OPAS para a eliminação)
			AUSÊNCIA DE TRANSMISSÃO A HUMANOS (Incl. ET e eliminação da transmissão materno-fetal (EMTCT))	AUSÊNCIA DE MORTALIDADE (mortes)	AUSÊNCIA DE MORBIDADE (doença)	AUSÊNCIA DE INCAPACITAÇÃO	
<b>FASCÍOLIASE</b> <i>Fasciola hepatica</i>	<b>2020:</b> Meta da OMS para garantir a cobertura com QPCT de, no mínimo, 75% da população global que necessite.			✓ ausência de mortes em crianças sob risco em idade escolar até 2030	✓ ausência de morbidade em crianças com idade escolar e adultos em situação de risco até 2030		<b>2030</b> – Ausência de mortes de crianças em idade escolar em situação de risco por meio de triagem e tratamento precoce ou de QPCT/AMM conforme mensurações hospitalares/ registros clínicos e certidões de óbito. Ausência de morbidade severa (dano hepático e anemia severa) de crianças em idade escolar em condição de risco e adultos por meio da triagem e tratamento precoce ou QPCT/AMM conforme as mensurações do programa e os registros de QPCT, complementado por inocuidade alimentar (vegetais), educação para a saúde e manejo pecuário. Implementar o OPAS CD55/15 e alcançar os indicadores alvo.
<b>TRACOMA</b> <i>Chlamydia trachomatis</i>	<b>2015:</b> Meta da OPAS para EPSP, usando a estratégia SAFE* [EPSP em andamento, porém atrasada]. <b>2020:</b> Meta global da OMS para a EPSP, usando a estratégia SAFE (validação)	Meta global da OMS para a EPSP usando a estratégia SAFE					<b>Nota:</b> Nenhuma intervenção ou data é adicionada. Buscar atingir a meta da OMS para 2020. EPSP por meio da redução na prevalência dos casos de tracoma triquiase “desconhecidos do sistema de saúde” para < 1 caso/1.000 e redução da prevalência de inflamação tracomatosa folicular (sinal de atividade do tracoma) em crianças com 1 a 9 anos de idade para <5% por meio do uso da estratégia SAFE. Vincular o SAFE à água, ao saneamento e à higiene (WASH). Implementar o OPAS CD55/15 e alcançar os indicadores alvo.
<b>HANSENÍASE</b> <i>Mycobacterium leprae</i>	<b>2020:</b> Meta da OMS para EPSP no nível global. <b>2020:</b> Meta da OMS de zero incapacitações entre os novos pacientes pediátricos; e taxa de incapacidade de grau 2 na relação de 1:1.000.000 de pessoas	Meta da OMS para EPSP no nível global por meio de terapia de manejo da morbidade e prevenção da incapacidade (MMPI), mais legislação anti-discriminação					<b>Nota:</b> Nenhuma intervenção ou data é adicionada. Buscar atingir a meta da OMS para 2020. EPHP, mediante triagem e tratamento de todas as pessoas em situação de risco e MMPI. EPHP também inclui a ausência de países com legislação que discriminem contra os portadores de hanseníase até 2020-2030. Uso da estratégia global contra a hanseníase 2016-2020 (2016), da OMS. Implementar o OPAS CD55/15 e alcançar os indicadores alvo.

DOENÇA/ INFECÇÃO/ AGRAVO	PRAZOS ATUALMENTE VISADOS PELA OMS/OPAS PARA ELIMINA- ÇÃO (OU ERRA- DICAÇÃO)	ELIMINA- ÇÃO DA LISTA DE PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA (EPSP)	DIMENSÕES DO QUE É POSSÍVEL ATÉ 2030				PRAZOS REGIONAIS PROPOSTOS PELA OPAS (eliminação) e descrição das dimensões do que é possível até, no máximo, 2030  (para doenças ou dimensões anteriormente não visadas pela OPAS para a eliminação)
			AUSÊNCIA DE TRANSMISSÃO A HUMANOS (Incl. ET e elimi- nação da transmissão materno-fetal (EMTCT))	AUSÊNCIA DE MORTALI- DADE (mortes)	AUSÊNCIA DE MORBIDADE (doença)	AUSÊNCIA DE INCAPACITA- ÇÃO	
<b>TMF-SÍFILIS</b> <i>Treponema palli- dum ssp. pallidum</i>	<b>2015:</b> Meta da OPAS para a EMTCT [em andamento, porém atrasada] <b>2030:</b> Meta global da OMS para a EMTCT (validação)			✓ ausência de mortes ou de neonatais infectados até 2020			<b>2020</b> – Ausência de natimortos e mortes neonatais por TMF de sífilis (conforme registros hospitalares e ambulatoriais), devida a prevenção pela triagem sorológica das mulheres em condição de risco e tratamento com penicilina de gestantes nas visitas ambulatoriais de pré-natal.
<b>BOUBA</b> <i>Treponema palli- dum ssp. perentum</i>	<b>2030:</b> Meta da OMS						Nenhuma evidência da transmissão nas Américas. A boubá foi selecionada para erradicação global. A confirmação da erradicação global requererá certificação por meio da OMS, inclusive as evidências de todas as regiões da OMS.
<b>TUBERCULOSE</b> <i>Mycobacterium tuberculosis</i>				✓ nenhuma morte causada por TB até 2030 (exceto por TB resistente a múltiplos medicamentos)			<b>2030</b> – Ausência de mortalidade como resultado de triagem adequada, teste e tratamento de casos suspeitos e de populações de alto risco. <b>Nota:</b> Os indicadores terão que excluir ou abordar a mortalidade por TB resistente a múltiplos medicamentos.
<b>CÓLERA</b> <i>Vibrio cholerae</i>	<b>2030:</b> Meta da OMS para a EPSP por redução das mortes por cólera em 90% até 2030	Meta da OMS para EPSP		✓ ausência de mortes por epidemia de Cólera até 2030			<b>2030</b> – Adicionar a eliminação de mortes por cólera epidêmico nas Américas. (Meta da OMS para reduzir as mortes por cólera em 90% até 2030, foi fixada em outubro de 2017.)
<b>FEBRE AFTOSA</b>	<b>2020:</b> nas Américas	Erradicação nos bovinos domésticos	✓				<b>2020</b> - Sem transmissão a humanos (É um evento raro)
<b>DEFECAÇÃO A CÉU ABERTO</b> (determinante ambiental da saúde)	<b>2030</b>	Eliminación enquanto problema de saúde					<b>2030</b> - Coincide com ODS 6.2.
<b>USO DE COMBUSTÍVEIS POLUENTES PARA COZINHAR</b> (determinante ambiental da saúde)	<b>2030</b>	Eliminación enquanto problema de saúde pública até 2030					<b>2030</b> - Coincide com ODS 3.9 e 7.1.

✓ Significa adicionar a doença ou característica, a uma lista do que é possível atingir até o ano 2030 em relação aos objetivos, as metas ou as práticas atuais, com base em evidências ou com base científica.

\* SAFE relativo ao tracoma: "S" significa cirurgia, em todos os casos de triquíase tracomatosa. "A" está relacionado ao tratamento com antibióticos para reduzir o reservatório da infecção ocular, e "F" e "E" estão relacionados à lavagem do rosto e à melhoria do ambiente para reduzir a transmissão.

As intervenções e recomendações contidas nesta nota conceitual para a eliminação de DT reduzirá importantes cargas de transmissão, mortalidade, morbidade e /ou incapacidade, e, portanto, o ciclo de pobreza, beneficiando as vidas de muitas populações negligenciadas ou vulneráveis. As doenças selecionadas são aquelas para as quais, segundo critérios destacados por Hopkins

(2013), há evidências de que a eliminação é cientificamente viável, e a OPAS vê como passíveis (com alguma variação) de encontrarem vontade política e apoio da população.

Em suma, esta Nota Conceitual prevê a eliminação de um grande número de DT, ampliando a lista de oito doenças infeccio-

sas negligenciadas a serem eliminadas (e o controle de outras cinco) encontradas no [Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022](#) e adicionando várias infecções virais transmitidas de mãe para filho, bem como malária, cólera e prevenção de epidemias de FA. Além disso, incorpora as recomendações e as conclusões da Consulta Regional da OPAS sobre a Eliminação da Doença nas Américas (OPAS 2015, cuja minuta se encontra disponível na OPAS/CDE). Esta iniciativa não está partindo da estaca zero. Neste século, os países da Região vêm fazendo avanços significativos na eliminação e no controle das doenças, como é possível notar na Caixa 2 e no relatório [Saúde nas Américas 2017](#), da OPAS.

## JUSTIFICATIVA PARA O INVESTIMENTO

A justificativa para o investimento na eliminação dessas doenças nas Américas terá que ser elaborada mais a fundo, porém alguns pesquisadores já o fizeram para várias doenças no nível global. Por exemplo, em uma revisão sistemática global do controle da malária em comparação com a eliminação, Shretta et al. (2016) calcularam que o custo anual per capita do controle da malária para um sistema de saúde variou de \$0,11 a \$39,06 dólares (mediana de \$2,21 dólares) enquanto que o de eliminação variou de \$0,18 a \$27 dólares (mediana: \$3,00 dólares). Enquanto isso, a relação custo-benefício de investir no controle e na eliminação da malária variou de 2.4 para mais de 145. Um folheto informativo da [Estratégia chega de tuberculose](#), da OMS em 2014, observa que a TB foi identificada como uma das “melhores ofertas” dos ODM, com um retorno de \$43 para cada dólar investido em diagnóstico e tratamento, enquanto a [Estratégia chega de tuberculose](#), calcula que o custo quinquenal da *Estratégia Alto a la Tuberculosis 2016-2020* produziria um retorno sobre o investimento da ordem de \$1,2 trilhão de dólares, isso é, um retorno de \$85 de dólares por cada dólar investido. Kunii et al. (2016) oferece mais detalhes para justificar o investimento na TB.

A justificativa global para que se invista na eliminação das DTN foi descrita para 17 doenças no *Terceiro Relatório da OMS sobre Doenças Tropicais Negligenciadas, Investimentos para Superar o Impacto Global das Doenças Tropicais Negligenciadas (OMS, 2015a)*, que se baseia tanto na custo-efetividade como na equidade. O relatório observa que as DTN terão que ser parte intrínseca da cobertura universal de saúde, e que sem essa o esforço poderá fracassar. Hollingsworth et al. (2015) desenvolveram a justificativa para apoiar investimentos para atingir os objetivos da OMS de eliminação de nove

DTN usando análises quantitativas e modelando as medidas de transmissão e controle. De Vlas et al. (2016) descrevem o ganho em termos de saúde (mortes evitadas e anos de vida ajustados por incapacidade, AVAI, mais baixos), obtidos por meio de esforços coordenados para controlar ou eliminar as DTN. Para o período 2015-2030, segundo a OMS (2015a), estimativas para investimento interno na eliminação e no controle das DTN a serem assegurados por meio da cobertura universal representam \$33 bilhões de dólares, mais \$4,3 bilhões de dólares adicionais doados pela comunidade internacional, inclusive com contínuas doações farmacêuticas. Em termos globais, para cinco das principais DTN tratadas por administração de medicamentos em massa (AMM), Redekop et al (2017) calcularam o benefício econômico para indivíduos de que as metas de cinco DTN sejam atingidas até 2020 (FL, oncocercose, esquistossomose, GHT e tracoma): a expectativa é que o benefício líquido em termos de ganho de produtividade fique entre \$27,40 e \$42,80 dólares por dólar investido durante os períodos 2011-2020 e 2021-2030, respectivamente. O impacto varia de acordo com a DTN e a região, uma vez que é determinado com base na prevalência da doença e no grau de perda de produtividade relacionado com a doença (Redekop et al. 2017). Foi elaborada a justificativa para investimento na eliminação de algumas DTN específicas nas Américas. Por exemplo, a carga de morbidade da cisticercose na América Latina foi descrita por Torres (2015), enquanto que a OMS (2016) descreveu três principais razões para investir na eliminação da neurocisticercose decorrente de infecção por *Taenia solium*, uma das principais causas da epilepsia passível de prevenção. A justificativa geral de investimento na eliminação da lepra é apresentada por Tiwari e Richardus (2016).

Sempre que possível, o retorno sobre o investimento, o custo projetado da falta de ação (*status quo* ou controle, sem eliminação) e os benefícios positivos esperados em consequência da redução da pobreza devem ser elaborados, estimados, compreendidos e comparados com os custos projetados da eliminação em nossa Região. Essas são tarefas adequadas aos economistas da área de saúde e aos centros colaboradores da OMS. Pode ser necessárias atividades de pesquisa e desenvolvimento, como a modelagem da eliminação das DT, para preencher lacunas de conhecimento, a determinação do custo e da relação de custo-eficácia de pacotes de intervenção e dos impactos da mudança climática sobre o ritmo e a sustentabilidade de eliminação das DT em nossa Região.

A justificativa de investimento na eliminação integrada das DT também precisa ser feita por economistas e especialistas em recur-

soz naturais em função da *mudança climática global e regional*, uma vez que a expectativa é de que se veja uma maior variação e mudanças sistêmicas nos ecossistemas, aumentando a possibilidade de transmissão ou dispersão das DIN e de outras DT (ver Moreno 2006), verificando-se um maior número de comunidades deslocadas em função da mudança climática, maior intrusão humana nos habitats naturais anteriormente intocados e nas doenças, nos vetores e nos reservatórios que esses ambientes abrigam. Apesar de os custos econômicos sobre a saúde, causados por eventos climáticos extremos na América Latina e no Caribe, ainda não estarem bem definidos (Schmitt et al. 2016), dada a direção da maioria das análises de tendências climáticas, a tendência é de que o custo de oportunidade para a eliminação das doenças visadas nesta iniciativa sempre aumentará

na medida em que a mudança climática se intensifica. Em se tratando das iniciativas de eliminação rápida e mais ampla de DT, é importante levar em consideração o custo de retardar a implementação.



Panorama da eliminação  
de doenças transmissíveis  
nas Américas

## 4. Panorama da eliminação de doenças transmissíveis nas Américas

Nas Américas, o número de casos de DT e o escopo desses é grande e amplo, de maneira que a estrutura aqui apresentada se concentrará apenas em um grupo principal que apresenta uma carga significativa de doença sobre as populações mais vulneráveis na Região, e não enfocar todas as doenças evitáveis na infância por meio de vacinação nem no controle de outras DIN, como equinococose quística e estrogiloidíase.

Vários destaques do progresso regional na eliminação das DT no período de 2009-2017 constam da Caixa 2. A situação epidemiológica atual de cada uma é brevemente descrita aqui, enquanto que algumas das principais respostas necessárias, descritas aqui e mais adiante, são formuladas de maneira a apresentar intervenções que podem ser levadas tanto para dentro como para fora do setor da saúde, revelando de que forma uma estrutura integrada para a eliminação da carga de DT pode ser alcançada (ver Tabela 2 no Anexo). Observe que nem todas as DT na agenda de eliminação são encontradas em todos os países. Cada país fará a análise de sua própria situação epidemiológica e determinará quais doenças serão combatidas ou terão suas ações e intervenções aceleradas. Por exemplo, o México tem agora eliminadas a onco-cercose e o tracoma; todavia continua a ser desafiado pela malária, lepra, raiva humana transmitida por cães, doença de Chagas, TB e cisticercose. É importante notar que nem todas essas doenças estão presentes em todos os países e/ou territórios, de maneira que não será necessário trabalhar todas as doenças em todos os países. Schneider et al. (2011) mapeou a presença de várias DIN na Região, e estudos específicos posteriores sobre a distribuição atual da leishmaniose, geo-helmin-tíase, esquistossomose, raiva, malária e febre amarela foram publicados por funcionários da OPAS.

**RAIVA HUMANA (transmitida por cães).** Esforços notáveis nas quatro últimas décadas foram feitos pelos países endêmicos, pela OPAS e por outros parceiros na tentativa de reduzir a carga de raiva humana na América Latina, que passou de 285 casos em 1970 para apenas 10 casos em 2016 (relatórios apenas da Guatemala e do Haiti). Quase todos os casos de raiva humana resultam de mordeduras de cães, de maneira que a eliminação da raiva canina deve fazer parte do esforço regional de eliminar mortes de seres humanos provocadas pela raiva transmitida por cães. Se os, por assim dizer, “focos” de raiva transmitida por cães ainda estão presentes e as populações de cães que circulam livremente permanecem grandes, as pessoas que vivem nas áreas de foco continuarão a permanecer em

situação de risco (Velasco-Villa et al. 2017). As intervenções educacionais orientadas a evitar mordeduras por cães, e a o que fazer no caso de mordida (ou seja, buscar rapidamente profilaxia pós-exposição junto aos profissionais da saúde), são essenciais e devem fazer parte de toda as campanhas de vacinação de cães.

**INFECÇÃO PELO HIV/AIDS.** Cerca de dois milhões de pessoas na América Latina e no Caribe vivem com o HIV. Essa região conta com a mais elevada cobertura de tratamento antirretroviral (55% em 2015) do mundo nos locais de renda baixa e média, sendo responsável por uma redução de 25% no número de mortes relacionadas com a aids desde 2010, mas insuficiente para frear a constante ocorrência de novas infecções. Aproximadamente 100 mil novas infecções pelo HIV têm ocorrido na Região a cada ano desde 2008, sendo que 64% se concentram nas principais populações e em seus contatos sexuais. Países “paladinos” na Região, como o Brasil, foram rápidos ao implementar a recomendação da OMS de “tratar todos”, que diminuirá a lacuna de tratamento e contribuirá para reduzir o número de novas infecções. Além disso, os países estão avançando rumo à adoção de uma abordagem de “prevenção por combinação” e implementando intervenções de prevenção escalonáveis com ênfase sobre as principais populações. Dessa forma, fortalecer o trabalho intersetorial para abordar as barreiras estruturais ao acesso das populações-chave aos serviços e a retenção na atenção, inclusive o estigma e a discriminação contra as principais populações, continuam a ser um desafio para a conquista da eliminação até 2030.

**TMF-HIV.** Uma das histórias de saúde pública de maior sucesso mundial, e, em particular nas Américas, tem sido o desenvolvimento e a implementação de intervenções para prevenir a transmissão de mãe para filho (TMF) do HIV. A cobertura de tratamento antirretroviral de gestantes vivendo com o HIV subiu de 55% em 2010 para 88% em 2015, e a taxa calculada de TMF diminuiu de 15% em 2010 para 8% em 2015. O número de novas infecções por HIV em crianças (0-14 anos de idade) caiu 55% entre 2010 e 2015, passando de 4.700 casos em 2010 para 2.100 em 2015; além disso, foi esti-

mado que cerca de 28.000 novas infecções pelo HIV tenham sido evitadas no mesmo período. Entretanto, para atingir e manter os 2% projetados de taxa de transmissão materno-fetal, é necessário fortalecer a saúde materno-infantil (SMI) e os serviços de saúde sexual e reprodutiva, bem como o acesso de adultos e adolescentes vulneráveis a esses serviços.

**HBV.** Nas Américas, mais de 125.000 mortes por ano estão associadas à hepatite viral, das quais 99% decorrem do HBV e HCV. Além disso, cerca de 2.8 milhões de pessoas vivem com a hepatite B, das quais 2.1 milhões na América Latina e no Caribe. Cerca de 88.000 novas infecções de hepatite B foram esperadas na Região até 2016, juntamente com 10.000 novos casos de hepatite B crônica (56% desses transmitidos de mãe para filho durante o parto). A vacinação durante as primeiras 24 horas do nascimento evita a transmissão da hepatite B de mãe para filho. Nas Américas, 21 países e territórios recomendam a vacinação universal contra hepatite B em recém-nascidos, e 15 países e territórios recomendam a vacinação de crianças nascidas de mães com a doença. No caso da hepatite viral, a mortalidade e a morbidade decorrem de infecções crônicas com hepatite B ou C (ou na verdade hepatite D), levando à cirrose e ao câncer hepático. A infecção por hepatite viral é responsável por aproximadamente 80% da carga global do câncer hepático. Apesar de o impedimento da transmissão prevenir novas infecções, o tratamento com medicamentos antivirais reduz a progressão da doença hepática e salva vidas ao prevenir a cirrose e o câncer hepático. Em 2013, havia cerca de 125.700 mortes por hepatite viral na Região, mais de 80% causadas pelo HCV. Isso representa um aumento de 134% desde 1990. Em 2015, os Estados Membros da OPAS aprovaram o *Plano de ação para a prevenção e controle das hepatites virais*, para orientar as intervenções regional e de países no sentido de controlar e eliminar a doença. Esse plano foi alinhado à *Estratégia global do setor de saúde para a hepatite viral* (aprovado na Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2016) que tem por meta eliminar a hepatite viral como uma ameaça à saúde pública até 2030.

**EPIDEMIAS DE FEBRE AMARELA.** Quatorze países da Região são endêmicos para a FA, no entanto somente cinco países notificaram casos de FA no período de 2011 a 2016. Entre 2010 e 2016, o número de casos confirmados notificados foi de 269. Apesar da presença generalizada, e por vezes densa de populações de *Aedes aegypti* em muitas cidades de grande e pequeno porte na América Latina, no Caribe e em partes dos Estados Unidos da América, há décadas a FA urbana é considerada como eliminada nas Américas. A Região continuou sem surtos de FA urbana até 2008, quando o Paraguai (com o apoio de OPAS) deteve um surto local de FA urbana em uma população

não-vacinada de San Lorenzo, um subúrbio de Assunção. Aquele surto chegou ao fim, e atualmente a Região é considerada, mais uma vez, livre de FA urbana clássica. No entanto, a epizootia de FA urbana em curso em algumas cidades na região litorânea central do Brasil teve início em dezembro de 2016 e foi associada a 448 casos humanos e 144 mortes até 17 de março de 2017; nesse caso, o vetor envolvido talvez não o *A. aegypti* e sim uma espécie de mosquito cujo habitat é a copa das árvores, o que destaca a clara necessidade de evitar a contaminação epizootica das populações domésticas do *A. aegypti* pelo vírus e eliminar a ameaça de FA transmitida por *A. aegypti* em áreas urbanas das Américas. A vigilância ativa da FA, a vacinação das populações de alto risco e o controle total e contínuo do *A. aegypti* são necessários para deter o risco de transmissão em áreas urbanas. Muito recentemente, a OPAS e colaboradores publicaram uma nova avaliação dos padrões geográficos e fatores ambientais associados à presença de FA humana nas Américas (ver Hamrick et al. 2017).

**CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.** Nas Américas, todos os anos, cerca de 72.000 mulheres são diagnosticadas com câncer do colo do útero, e quase todas as mortes são resultado de infecções por certos tipos de papilomavírus humano (HPV), uma infecção sexualmente transmissível. Em média, mais de 34.000 mulheres morrem de câncer do colo do útero, o que faz dele uma das principais causas de mortalidade por câncer entre mulheres em 23 países da Região. No entanto, o câncer do colo do útero pode ser prevenido pela vacinação contra o HPV, detecção e tratamento de lesões pré-cancerosas. A vacina contra o HPV, recomendada para meninas de 9 a 14 anos, está disponível em 35 países da Região desde 2018. No entanto, na maioria dos países, a taxa de cobertura da vacina contra o HPV com as duas doses recomendadas não atingiu 80% da população-alvo. A triagem do câncer do colo do útero é recomendada principalmente para mulheres de 30 a 49 anos. Estima-se que 32 milhões de mulheres na Região sejam elegíveis para a triagem, que, juntamente com o tratamento, pode salvar vidas.

Para eliminar o câncer do colo do útero enquanto problema de saúde pública na Região, o objetivo regional é reduzir o número de casos novos (incidência) e o número de óbitos em pelo menos um terço até 2030. Isso pode ser alcançado através da prevenção primária, que inclui divulgação de informações, educação e vacinação contra o HPV, que deve ser realizada em conjunto com a melhoria da detecção e tratamento do câncer do colo do útero e do tratamento de lesões pré-cancerosas, além do fortalecimento do acesso ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos para câncer.

**DOENÇAS INFECCIOSAS NEGLIGENCIADAS.**

Em 2016, os Órgãos Diretores da OPAS aprovaram o *Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações de pós-eliminação 2016-2022*, que aborda a vigilância, o manejo, o controle e a eliminação de um grupo de 13 doenças: doença de Chagas, equinococose/hidatidose quística, fasciolíase, peste humana, leishmaniose, lepra (doença de Hansen), filariose linfática, oncocercose, raiva transmitida por cães, esquistossomose, geo-helmintíases, teníase/cisticercose e tracoma. O plano de seis anos fornece seis linhas de ação para reduzir a morbidade, a incapacidade e a mortalidade, aborda o estigma e acelera os esforços para eliminar essas DIN da lista de problemas de saúde pública, eliminando-as sempre que possível. O plano inclui enfoques baseados em doenças múltiplas, inclusive outras doenças e ações intersetoriais para alcançar as metas. Várias dessas DIN, juntamente com outras DT, são discutidas em mais detalhes a seguir.

**DOENÇA DE CHAGAS.** A doença de Chagas é a mais comum de todas as doenças infecciosas negligenciadas nas Américas. As infecções geralmente afetam as zonas rurais e periféricas mais pobres da América Latina e do Caribe, onde 80% dos casos são causados por insetos transmissores da doença. Porém, na medida em que o tempo passa, a migração populacional para áreas urbanas e a transmissão congênita estão alterando a epidemiologia. A transmissão ocorre principalmente pela picada de determinados insetos-vetores domiciliares contaminados do gênero triatoma, bem como por transfusão de sangue (e transplante de órgãos), TMF e oralmente, por meio do consumo das bebidas e alimentos contaminados. A doença é endêmica em 21 países da Região. Nas Américas, atualmente cerca de 70 milhões de indivíduos vivem em áreas endêmicas e correm o risco de contrair a doença. A doença afeta aproximadamente 6 milhões de pessoas, e a cada ano cerca de 30.000 novos casos decorrentes da transmissão pelo vetor são notificados. Cerca de 1,1 milhão de mulheres em idade reprodutiva são infectadas e cerca de 8.000-15.000 recém-nascidos são infectados a cada ano durante a gestação (congenitamente). A vigilância do vetor, o controle doméstico desses, mediante a aplicação intradomiciliar de inseticida de efeito residual e a inocuidade sanguínea são as principais intervenções para eliminar a transmissão, juntamente com melhorias feitas nos domicílios (o que requer acesso a capital e a outros recursos). A educação familiar na área de inocuidade alimentar e inspeções sanitárias dos estabelecimentos de alimentação ajudarão a prevenir a transmissão oral. As gestantes devem ser triadas para a doença e tratadas segundo as diretrizes da OPAS. As diretrizes da OPAS para o manejo e clínico e o tratamento da doença de Chagas nas Amé-

ricas estão sendo elaboradas pelo programa da OPAS contra doença de Chagas que, nesse ínterim, recomenda que todas as pessoas com infecção ativa e crônica inativa recebam medicamentos selecionados contra a doença de Chagas durante quase todos os estágios de vida (exceto durante a gestação). Os bebês de mães infectadas devem ser avaliados e, caso infectados, ser tratados com formulações pediátricas de medicamentos anti-Chagas. A nova estratégia de Eliminação da transmissão materno-fetal “EMTCT Plus”, da OPAS, inclui também a EMTCT da doença de Chagas. Além disso, um estudo piloto recente em uma região rural da Guatemala demonstrou o sucesso de uma estratégia comunitária de triagem neonatal para recém-nascidos em seu primeiro mês de vida (Pennington et al. 2017).

**MALÁRIA.** A malária é causada pelos parasitas *P. falciparum* e *P. vivax*. Entre 2000 e 2015, o número de casos da malária nas Américas diminuiu 62%, passando de cerca de 1.18 milhão de casos para 451.242 casos. No mesmo período, o número de mortes causadas pela malária caiu de 410 para 98, demonstrando que a eliminação regional da malária está dentro do alcance. Segundo a OMS, a eliminação da malária consiste na “interrupção da transmissão local de uma espécie específica de parasita em uma dada região geográfica. Medidas contínuas são necessárias para prevenir o restabelecimento da transmissão.” Os países que tiverem alcançado no mínimo três anos consecutivos sem nenhum caso local de malária se qualificam a requisitar, junto à OMS, a certificação de eliminação da malária. Atualmente, 18 dos 21 países endêmicos nas Américas estão manifestando compromisso oficial com a eliminação da malária por meio de iniciativas recentes como a Aliança Contra a Malária, que visa eliminar a malária na ilha Hispaniola, onde se situam o Haiti e a República Dominicana. Argentina e Paraguai obtiveram a certificação de eliminação da malária (2019), e a expectativa é de que ao menos 13 outros países sigam os mesmos passos nos próximos anos. Apesar disso, em outros países desafios graves perduram. Em setembro de 2016, o Conselho Diretor da OPAS aprovou a Resolução CD55.R7, *Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020*, que inclui as cinco Linhas Estratégicas de Ação para orientar os esforços regionais: (i) Acesso universal a intervenções de boa qualidade para a prevenção da malária, manejo integrado de vetores e diagnóstico e tratamento da malária; (ii) reforço da vigilância contra a malária orientada no sentido da tomada de decisões e respostas com base científica; (iii) fortalecimento dos sistemas de saúde, do planejamento estratégico, do monitoramento, da avaliação, das pesquisas operacionais e da capacitação no nível nacional dos sistemas de saúde; (iv) formulação de estratégia nas áreas



Gestantes recebem atenção especial para prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis congênita, Cuba.

de promoção de causa, comunicação, parceiras e colaborações, e (v) esforços centrados e adaptados para facilitar a eliminação da malária e prevenir o restabelecimento nas áreas sem malária. Além disso, em abril de 2017, a OMS publicou sua *Estrutura para eliminação da malária*, que está sendo adaptada às Américas e ao seu *Plano de ação*.

#### LEISHMANIOSE CUTÂNEA E MUCOCUTÂNEA.

A leishmaniose cutânea e mucocutânea é endêmica em 18 países da Região, dos quais 17 notificaram casos à OPAS/OMS no período de 2001 a 2015, totalizando 845.775 casos notificados, o que representa uma média de 54.742 caso ao ano (OPAS 2017a). A transmissão, a prevenção e o tratamento da leishmaniose são complexos nas Américas. O novo documento da OPAS, *Plano de ação para a vigilância e o controle das leishmanioses*, inclusive a cutânea/mucocutânea, fornece metas, objetivos e indicadores para a vigilância, o diagnóstico, o tratamento e o controle de vetores de leishmaniose (OPAS 2017a), juntamente com o *Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações de pós-eliminação 2016-2022*, da OPAS.

**LEISHMANIOSE VISCERAL.** Durante o período de 2001 a 2015, 52.176 casos de leishmaniose visceral foram registrados junto à OPAS/OMS, ocorridos em 12 países da Região. Apesar de 96% desses casos (50.176) terem sido notificados pelo Brasil, desde 2001 tem-se observado um aumento no número de casos notificados na Argentina e no Paraguai. Em 2015, 3.456 casos foram notificados à OPAS/OMS, dos quais 257 (7,4%) foram coinfeções de leishmaniose visceral e HIV. A proporção de coinfeções tem se mantido constante, numa média anual de 7% entre 2012 e 2015. Além disso, em 2015, 268 mortes foram notificadas à OPAS/OMS, com uma taxa de letalidade de 7,7%, semelhante à média anual dos quatro últimos anos (6,9%) (OPAS 2017a). Quanto à forma cutânea/mucocutânea, o novo *Plano de ação para a vigilância e controle das leishmanioses* (OPAS 2017a) também fornece metas, objetivos e indicadores para a vigilância, o diagnóstico, o tratamento e o controle de vetores e de reservatórios da forma visceral, além de abordar a questão da coinfeção leishmaniose visceral/HIV.

**ESQUISTOSSOMOSE – *S. mansoni*.** Estima-se que cerca de 1.6 milhão de crianças da Região tenham necessitado de tratamento para esquistossomose em 2015, principalmente no Brasil e na Venezuela, e há programas ativos de tratamento em ambos os países, onde os principais desafios persistem. Dois países na Região (Antígua e República Dominicana), bem como os Departamentos Franceses no Exterior, Montserrat, Guadalupe/Martinica e o Commonwealth dos Estados Unidos e Porto Rico podem ter eliminado a transmissão da esquis-

tossomose. Uma pesquisa epidemiológica realizada recentemente pela OPAS em Santa Lúcia, concluída em 2017, não encontrou evidências da transmissão de esquistossomose. Avaliações adicionais são necessárias em Suriname, ainda que o país esteja perto de eliminar a transmissão. A atividade de detecção e o mapeamento dos casos, a quimioterapia preventiva direcionada, usando medicamentos doados por meio do sistema de atenção primária, a educação em saúde, a prestação de serviços de saneamento básico, água potável e a melhor higiene são os pilares do controle e da eliminação da esquistossomose na Região, acompanhados do manejo ambiental para o controle do caracol hospedeiro.

**GEO-HELMINTÍASES (GHT).** Nas Américas em 2016, ainda corriam risco de adoecer (atraso do crescimento, anemia) em função das GHT 43.9 milhões de crianças de 1 a 14 anos de idade em 24 países. No mesmo período, aproximadamente 7.95 milhões de crianças da Região em idade pré-escolar foram tratadas por meio da AMM, sendo que dessas 36% necessitavam tratamento, e das 31.4 milhões de crianças em idade escolar que necessitavam de tratamento 26.3 milhões foram tratadas. Assim como no caso da esquistossomose, a vigilância ativa, o mapeamento, a quimioterapia preventiva direcionada utilizando medicamentos doados (para crianças), a educação em saúde, o fornecimento de saneamento básico, as melhorias na habitação, a água potável e a melhor higiene são as principais intervenções para controlar essas infecções intestinais por helmintos e evitar mortes por ascaridíases graves, vinculando, portanto, o controle e a eliminação das GHT aos programas de água, saneamento e higiene (WASH).

**ONCOCERCOSE.** Dos seis países originalmente endêmicos para oncocercose humana (cegueira dos rios), 11 dos 13 focos tiveram as transmissões eliminadas (sendo que ao final de 2016 a OMS comprovou a ausência de transmissão e de morbidade ocular em quatro países). Apenas 2 focos permanecem com a transmissão em curso, sendo essa de baixo nível. Em 2016, das aproximadamente 29.000 pessoas que necessitavam de tratamento, cerca de 21.000 foram tratadas, todas habitantes da área indígena Yanomami, nos dois focos vizinhos na fronteira entre Brasil e Venezuela. O fortalecimento da cooperação entre o Brasil e a Venezuela nas zonas de fronteira é fundamental para intensificar os esforços rumo à eliminação regional. A vigilância entomológica ativa (grau de infecção do vetor), a quimioterapia preventiva pela AMM 2 a 4 vezes ao ano usando medicamentos doados e a educação em saúde são o fator comprovado para a eliminação da oncocercose nas Américas. O Programa de Eliminação da Oncocercose nas Américas, elaborado por parceiros da OPAS, estabeleceu um processo formal

para a vigilância pós-eliminação e ações na Região, sendo que à OPAS cabe a função de monitoramento.

**FILARIOSE LINFÁTICA (FL).** Desde 2016, foi necessário tratar com quimioterapia preventiva contra a FL cerca de 7.8 milhões de pessoas vivendo em quatro países das Américas, principalmente em partes do Haiti e também na Guiana, bem como em um foco endêmico na República Dominicana. Cerca de 4.1 milhão de pessoas aptas da Região foram tratadas em 2016. Até 2017, a transmissão foi eliminada em vários estados do Brasil e na maior parte da região metropolitana do Recife. A Guiana reiniciou a quimioterapia preventiva por meio da AMM. Similarmente ao caso da oncocercose, a AMM uma vez ao ano usando medicamentos doados juntamente com educação em saúde são comprovadamente essenciais para a eliminação da transmissão da FL nessa Região. A AMM deve ser (mas nem sempre é) acompanhada da vigilância ativa dos casos de linfedema-elefantíase, hidrocele e dermatolinfangioadenite aguda, bem como de acesso ao tratamento contínuo por todos que sofrem dessas três condições (ou seja, manejo da morbidade e prevenção de incapacidades). Pesquisas, padronizadas e periódicas, de avaliação da transmissão são usadas para representar marcos na comprovação da interrupção da transmissão. Ao mesmo tempo, melhorias no saneamento básico, na drenagem e no manejo de resíduos sólidos são ações complementares relacionadas com ações da WASH para o vetor da FL, que também reduz a exposição a outras DT. As lições aprendidas com a preparação da justificativa para investimentos na erradicação da FL (não apenas na eliminação) são descritas por Kastner et al. (2016); a conclusão a que se chegou foi de que intensificar a cobertura da AMM, passando a incluir todas as comunidades endêmicas proporcionou, de imediato, os resultados mais favoráveis para o avanço na eliminação e preparou o terreno para uma possível erradicação (uma vez que animais não são reservatórios da doença humana).

**CISTICERCOSE.** A cisticercose afeta principalmente a saúde e o sustento de populações rurais na América Latina e no Caribe e é causada pela *Taenia solium*. Verificam-se, também, casos importados, juntamente com alguns casos adquiridos localmente e notificados pelos EUA. Além de levar à epilepsia e morte em humanos, a cisticercose também reduz o valor de mercado da carne suína, além de torná-la imprópria para o consumo. Com base nas taxas de prevalência médias em áreas de endemicidade de 6% a 10%, Bern et al. (1999) calcularam que, apenas no Peru, houve entre 23.500 a 39.000 casos sintomáticos de neurocisticercose. Na América Latina, cerca de 75 milhões de pessoas vivem em áreas onde a cisticercose é endêmica, e a estimativa é de

que aproximadamente 400.000 portadores da doença apresentem sintomas. A cisticercose contribui substancialmente para doenças neurológicas, no Peru e em toda a América Latina. Em 1993, o ITFDE determinou que a cisticercose seria teoricamente suscetível ao controle e que a doença seria erradicável caso novas ferramentas fossem disponibilizadas. Novas ferramentas para o diagnóstico e tratamento e novas intervenções estão atualmente disponíveis para tornar factível a eliminação da transmissão de *T. solium* (e, portanto, da cisticercose) e a prevenção de mortes por cisticercose e neurocisticercose nas Américas. As principais intervenções para deter a transmissão e reduzir os casos de neurocisticercose (que se manifestam como epilepsia) direta ou indiretamente são: acesso ao tratamento; vigilância, mapeamento, identificação e tratamento dos casos de teníase; educação em saúde; ampliação do saneamento e o fornecimento do abastecimento de água potável; aprimoramento do manejo de suínos; tratamento de porcos com anti-helmínticos (e até mesmo vacinação); e melhoramento da inspeção da carne e do processamento dos produtos à base de carnes. Ver Okello e Thomas (2017) para acessar uma análise recente.

**FASCIOLÍASE.** Na América Latina, principalmente em dois países da sub-região do altiplano andino, cerca de 250.000 pessoas que vivem em comunidades indígenas correm o risco de contrair fasciolíase da *Fasciola hepatica*, uma infecção parasitária zoonótica muitas vezes fatal caso não tratada. A OPAS/OMS e a Bolívia demonstraram provas do princípio de segurança e eficácia da quimioterapia preventiva por meio da administração em massa de medicamentos doados para crianças em idade escolar, onde as taxas de redução de ovos de parasitas e a proporção de infecções de alta intensidade diminuíram (Villegas et al. 2012). Uma campanha posterior, no departamento de La Paz, levou a uma queda na prevalência da ordem de 17% em 1997 a 2% em 2013 (OPAS 2016), sugerindo que é possível reduzir prevalência para zero. A quimioterapia preventiva regular com o medicamento prescrito doado e a educação em saúde podem evitar mortes em crianças e adultos. A educação pode se centrar sobre a preparação de alimentos inócuos (plantas e verduras de água doce), bem como sobre fontes de água potável, que podem auxiliar na prevenção de infecções. Em uma abordagem do tipo "Uma Saúde", é obrigatório controlar a fasciolíase em animais domésticos, uma vez que essa medida pode ajudar a reduzir a transmissão para humanos e deve ser acompanhada pelo monitoramento da infecção nos animais hospedeiros.

**TRACOMA.** Cerca de 5.2 milhões de pessoas em três países das Américas necessitavam de quimioterapia preventiva para tratar o tracoma em 2016 (dados do fascículo 40 do

**Nem todas as DT na agenda de eliminação são encontradas em todos os países. Cada país fará a análise de sua própria situação epidemiológica e determinará quais doenças serão combatidas ou terão suas ações e intervenções aceleradas.**

*Weekly Epidemiological Record* da OMS 40, publicado em 6, outubro de 2017). Até 2016, o México havia sido validado pela OMS como sem tracoma, e a Guatemala está entrando nesse processo, enquanto que Colômbia e Brasil continuam a mapear e a expandir o tratamento com medicamentos e cirurgia de vista. No entanto, recentemente o Peru encontrou casos de tracoma em sua fronteira com a Colômbia. Dada a existência de condições favoráveis para a ocorrência, outros países da Região ainda precisam verificar a presença do tracoma, de maneira que estão sendo levantadas informações para confirmar ou eliminar essa hipótese. As principais estratégias para a eliminação do tracoma e prevenção da cegueira associada ao tracoma constam da estratégia WASH (cirurgia, antibióticos, lavagem do rosto e melhoramento ambiental) e incluem quimioterapia preventiva mediante a AMM ao menos uma vez, de medicamentos doados, cirurgia de vista relacionada à triquiase tracomatosa, conforme indicação clínica, e, como medida para prevenção primária—fornecimento de água potável e saneamento, educação para a saúde nas comunidades para melhorar a higiene (especialmente a lavagem do rosto e das mãos), bem como o melhoramento das condições ambientais.

**HANSENÍASE.** Em 2016, as Américas registraram cerca de 19.384 novos casos de hanseníase em seis países, principalmente no Brasil. O objetivo regional de eliminação, baixando para menos de um caso para cada 10.000 habitantes, é almejado por todas as principais divisões administrativas de todos os países. Todos os países, exceto o Brasil, alcançaram esse objetivo no nível nacional, embora o Brasil também já esteja perto de alcançá-lo. Os países estão, além disso, visando um segundo objetivo, o de alcançar menos de um caso por milhão de novos casos com incapacidade de grau 2 até o ano 2020; em 2016, o Brasil notificou somente 1.736 casos dessa natureza em uma população de cerca de 209 milhões de habitantes. As principais estratégias para a eliminação da hanseníase e prevenção da incapacidade na Região incluem detecção precoce e ativa dos casos (especialmente em crianças) e a localização e o tratamento do contatos; a detecção, o diagnóstico e a terapia multimedicamentosa individual dos casos; e o manejo da morbidade (reabilitação) e prevenção da incapacidade, tudo por meio de serviços para a hanseníase integrados ao sistema de atenção primária à saúde, que está longe de ser funcional ou perfeito. Além disso, a chave é a educação em saúde para conscientizar sobre a doença e a possibilidade de tratamento, juntamente com o objetivo adicional de combater e pôr fim ao estigma social contra os pacientes e suas famílias. A eliminação da hanseníase é atualmente orientada pela *Estratégia Global contra a Hanseníase da OMS 2016-2020*, publicada em 2016.

**SÍFILIS.** Como histórico da situação da TMF da sífilis congênita nas Américas (discutida a seguir), a OMS calculou que aproximadamente 2 milhões de adolescentes e adultos apresentaram infecção de sífilis em 2012 nas Américas, e que quase 1 milhão de novas reinfecções ocorrem anualmente na Região. Apesar dos países das Américas apresentarem variações importantes na carga de sífilis, grupos populacionais específicos são afetados desproporcionalmente pela doença. Por exemplo, apesar de a soroprevalência geral na população da Região ser de 0,4%, a mediana da soroprevalência entre as profissionais do sexo é 2,3% e entre homens que fazem sexo com homens é de 10,3%. Apesar da dificuldade de se localizarem dados mais atuais, Kitayama et al. (2017) publicaram recentemente seu protocolo para uma revisão sistemática, no período de 1980 a 2016, da prevalência da sífilis e da incidência em quatro grupos de alto risco, que fornece uma ideia mais atualizada da sífilis nas Américas. Reduzir a incidência da infecção por sífilis continua a ser um grande desafio para que a maioria dos países da América Latina e Caribe alcancem e mantenham as metas global e regional até 2030. Para enfrentar esse desafio, em 2016, os Estados Membros da OPAS aprovaram o *Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021*. A OPAS, por meio da cooperação técnica com países e reuniões sub-regionais com os administradores dos programas para infecções sexualmente transmissíveis está prestando apoio ao desenrolar do plano no nível nacional.

**SÍFILIS CONGÊNITA, TMF-SÍFILIS.** Segundo a OPAS, em 2015 o número de casos de sífilis congênita chegou a 22.800 na Região das Américas, ou seja, uma relação de 1,7 casos por 1.000 nativos, o que representa uma tendência de aumento tanto no número de casos como na taxa de incidência. A triagem para a sífilis entre mulheres grávidas com pelo menos uma consulta de assistência pré-natal aumentou em 6% desde 2011, alcançando 83% em 2015; enquanto isso, a cobertura de tratamento da sífilis tem se mantido estacionária desde 2011, estimada em 83% em 2015. A adoção e implementação das principais políticas demonstram o compromisso político forte de eliminar as TMF de HIV e sífilis desde a aprovação da EMTCT pelos Estados Membros da OPAS em 2010. Porém, traduzir o compromisso político nacional em prática tem se mostrado mais desafiador e complexo para a eliminação da sífilis congênita do que para a TMF do HIV. Apesar de a Região ter ampla cobertura geral de atendimento pré-natal, a falta de acesso, o acesso tardio e o atendimento pré-natal de má qualidade ainda afetam cerca de 14% das gestantes na América Latina e no Caribe. Levando-se em consideração os avanços feitos e as lacunas na Região para atingir o objetivo de eliminação, uma resposta inten-

sificada, dirigida, intersetorial e mais eficaz que incorpore inovações com base científica ainda se faz necessária. Uma segunda fase da estratégia regional de eliminação foi iniciada para assegurar o cumprimento da eliminação de TMF de HIV, sífilis e de outras infecções, bem como de doenças como a doença de Chagas e a hepatite B perinatal, conhecida como Marco EMTCT-PLUS.

**BOUBA.** Boubá (infecção pela espiroqueta bacteriana *Treponema pallidum ssp pertenue*) é considerada pela OPAS como eliminada nas Américas, sendo que os últimos casos notificados (e tratados) ocorreram no litoral do Equador nos anos noventa (Salomon et al. 2015). Porém, como parte do processo da OMS para certificação da erradicação global até 2020, pode ser necessário efetuar a vigilância ou levantamentos nesta década para que seja preparado um dossiê regional que demonstre as evidências da erradicação continental. Dado que é sabido que o tracoma e a boubá ocorrem com frequência nas mesmas populações altamente-marginalizadas e isoladas, a vigilância ou as pesquisas poderiam ser combinadas (ver Salomon et al. 2015) e conduzidas por meio do sistema de atenção primária à saúde (APS).

**TUBERCULOSE (TB) (*M. tuberculosis*).** As Américas foram as primeiras a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para a TB até 2015 (p. ex., atingir a interrupção da transmissão da TB, iniciar a reversão da incidência e reduzir para a metade a prevalência e a mortalidade em relação aos níveis de 1990). Os países da América Latina e do Caribe estão, pela primeira vez, procurando alcançar uma baixa incidência de TB (definida como <10 casos por 100.000 habitantes), rumo à eliminação. A OPAS (2017b) observa que 218.700 casos de TB foram diagnosticados e notificados em 2015, representando uma incidência de 22.1 casos por 100.000 habitantes, enquanto que a incidência geral para o período 2000-2015 caiu para uma média de 1,8% ao ano. Por outro lado, a Região teve 4.508 casos de TB-resistente a múltiplos medicamentos em 2015. Em uma outra medição, a OMS calculou que 268.500 casos de TB ainda ocorriam na Região em 2015 (taxa de incidência de 27.1 casos por 100.000 habitantes), dos quais 218.700 foram notificados. Mais da metade dos casos incidentes se concentraram em quatro países: Brasil, Haiti, México e Peru. A taxa de mortalidade foi de 1.9 por 100.000 habitantes com 19.000 mortes calculadas (excluindo mortes por TB/HIV). Cerca de 12% dos casos de TB eram coinfectados com HIV. (A coinfeção com o HIV é um dos maiores fatores de risco para o surgimento da TB e morte pela doença.) Esses desafios importantes existem, e foram reconhecidos quando os Estados Membros da OPAS aprovaram o [Plano de ação para a prevenção e controle de tubercu-](#)

[lose](#), em 2015. Este plano se baseia na Estratégia da OMS, 2015, para acabar com a TB, que conta com metas para a prevenção, atenção e controle até 2030. Essa estratégia apoia a estrutura de ação, da OMS, rumo à eliminação da TB nos países de baixa incidência, inclusive com as suas oito ações prioritárias. Com base nessa estrutura, a OPAS apoiou o desenvolvimento do [Roteiro para a eliminação da tuberculose na América Latina e no Caribe 2016-2025](#) elaborado pela [Associação Latino-Americana do Tórax](#) (ALAT), que inclui oito componentes bem como ações e indicadores específicos para dar seguimento à eliminação da TB na Região (Rendon et al. 2016). Cinco países da Região são considerados pela OPAS como aptos a alcançar a eliminação em breve: Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba e os Estados Unidos da América. Outros, como alguns países do Caribe, muito provavelmente acompanharão essa conquista. O controle eficaz da tuberculose deve incluir a colaboração interprogramática com o controle do HIV e da diabetes, bem como outros programas de saúde pública, dependendo dos fatores de risco predominantes nos países. Além disso, o planejamento e a implementação minuciosos são necessários para que o controle da TB nas cidades grandes seja exitoso, e várias dessas cidades estão atualmente usando a estrutura especial de 8 componentes da iniciativa da OPAS para o [Controle da Tuberculose em Grandes Cidades da América Latina e Caribe](#), para essas condições.

**CÓLERA.** Durante o período de 2010 a 2016, apenas quatro países notificaram casos de cólera na Região (Cuba, República Dominicana, Haiti e México). O Haiti notificou cerca de 179.000 casos e 3.390 mortes em 2010 e 340.311 casos em 2011, o maior número na Região. A cólera continua presente no Haiti, onde é atualmente considerada endêmica, com 36.045 casos notificados em 2015. Desde o início do surto em 2010 no Haiti até o final de 2013, também foram notificados casos em Cuba (469 casos com 3 mortes), República Dominicana (32.778 casos com 488 mortes) e México (203 casos com 1 morte). Antes de 2010, o Haiti estivera sem cólera por muitas décadas, e o número decrescente de casos e mortes mostra que o país tem a possibilidade (ao mesmo tempo em que mantém sua vizinha, a República Dominicana, também sem cólera) de eliminar o cólera uma vez mais; Ivers (2017) fornece detalhes sobre como o Haiti pode concretizar esse feito. A intensificação da vigilância de casos e a prestação da terapia de reidratação oral a todos os casos suspeitos e comprovados de cólera, acompanhados de outros medicamentos e outras intervenções de saúde, educação para a saúde e higiene e fornecimento de água potável adequada e saneamento básico são as essenciais para combater a propagação da cólera e evitar mortes.



Mulher sendo testada para Doença de Chagas, Chile

**FEBRE AFTOSA.** Historicamente, a febre aftosa tem sido uma doença devastadora que obstaculiza a produção de muitos animais ungulados nas Américas e afeta particularmente a indústria pecuária. América do Norte, América Central e Caribe são territórios livres de febre aftosa sem o uso de vacinas. Os países da América do Sul, exceto a Venezuela, agora são reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde Animal como países livres da febre aftosa com e sem o uso de vacinas, a partir de 2018. Isso representa mais de 334 milhões de cabeças de gado protegidas contra a doença na América do Sul. Agora, o objetivo é a plena eliminação (neste caso, a erradicação regional) do vírus da febre aftosa em bovinos domésticos e bubalinos nas Américas. A principal ferramenta disponível para o controle e eliminação da infecção na Região é a vacinação de todo o gado doméstico nas demais áreas de risco da doença. O principal desafio é avançar rumo à eliminação do vírus da febre aftosa no gado doméstico na Venezuela e manter o programa de eliminação nesse país com base na vacinação regular por um período de tempo suficiente para interromper a transmissão viral e depois passar para a condição de estar livre da febre aftosa sem vacinação. Com a eliminação do vírus, o risco de transmissão e ocorrência desta doença em humanos será basicamente zero.

**DEFECAÇÃO A CÉU ABERTO.** Em 2015, quase 19 milhões de pessoas nas Américas ainda praticavam a defecação a céu aberto (14 milhões na população rural e 5 milhões na população urbana), com os maiores percentuais no Haiti e na Bolívia. No entanto, alguns países na Região já fizeram progresso na redução dessa condição. Por exemplo, em 2000, nas áreas rurais do México, 29% da população praticava defecação a céu aberto, mas em 2015, esse número havia sido reduzido a 6%. Da mesma forma, entre 2000 e 2015, a frequência foi de 5% para 1% nas áreas rurais de Cuba e de 5% para 0,6% no Uruguai, segundo dados do Programa de Monitoramento Conjunto OMS/UNICEF. O objetivo da eliminação regional, no contexto de obter acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, é acabar com a defecação a céu aberto até 2030, prestando atenção especial às necessidades das mulheres e meninas e mulheres e das pessoas em situações vulneráveis. Existem ferramentas disponíveis para alcançar este objetivo, inclusive uma expansão maciça do acesso à água potável e saneamento básico para todas as famílias, liderada pela comunidade; quando isso for alcançado, milhões de pessoas estarão mais protegidas dos efeitos adversos à saúde da defecação a céu aberto, que variam desde infecções involuntárias por bactérias entéricas, vírus e parasitas até anemia infantil, desnutrição e retardo de crescimento, afetando a cognição a longo prazo. Além disso, o estigma e as ameaças

físicas que meninas e mulheres enfrentam quando são forçadas a praticar defecação a céu aberto acabarão.

#### **USO DE COMBUSTÍVEIS POLUENTES PARA COZINHAS.**

O uso de combustíveis sólidos (como madeira, carvão e querosene) para cozinhar causa poluição do ar interno das residências, um dos principais fatores de risco ambiental nas Américas, que afeta cerca de 90 milhões de pessoas e causou aproximadamente 83.000 óbitos e mais de 2,3 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade em 2016, segundo estimativas da OPAS. Em 14 dos 35 países da Região, 10% ou mais da população ainda usa combustíveis poluentes para cozinhar. Esse tipo de contaminação está diretamente associado a vários efeitos adversos à saúde e representa um perigo particularmente grave para as mulheres grávidas e seus fetos. O uso de lenha, carvão ou querosene para cozinhar aumenta o risco de infecções respiratórias agudas (como pneumonia) em crianças e o risco de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer de pulmão, catarata, cardiopatia isquêmica e acidente vascular cerebral em adultos, bem como afecções crônicas incapacitantes – como asma em jovens – e idosos. Eles também contribuem para enfraquecer o sistema imunológico das pessoas, o que leva a uma maior vulnerabilidade às infecções por tuberculose e HIV. Tecnologias alternativas e fontes de energia mais limpas (como eletricidade) e combustíveis alternativos para cozinhar (por exemplo, gás liquefeito de petróleo) estão disponíveis e devem ser promovidos, juntamente com estratégias para tornar essas tecnologias e combustíveis mais acessíveis, visando acabar com esse problema de saúde pública até 2030.



Visão, objetivos e metas  
para a eliminação integrada  
de doenças transmissíveis

## 5. Visão, objetivos e metas para a eliminação integrada de doenças transmissíveis

Em vez de manter o *status quo*, a visão é a de que as gerações futuras fiquem livres da carga representada por um conjunto de doenças transmissíveis nas Américas, começando o mais tardar em 2030. O objetivo, em seu sentido amplo, é eliminar, atacando de maneira constante, a carga de DT até 2030.

O objetivo de eliminação das DT pode ser atingido por meio de esforços contínuos de eliminação da lista de problemas de saúde pública e conseguir uma “fórmula para quatro dimensões” mais ampla de eliminação de DT, em 2013 ou antes, por meio das seguintes ações:

- Ter como alvo a *não transmissão* da raiva humana transmitida por cães, TMF-HIV, TMF-HBV, FA urbana (ou o seu reaparecimento), doença de Chagas, malária (*Plasmodium falciparum* e *Plasmodium vivax*), leishmaniose visceral em áreas urbanas, esquistossomose, oncocercose, FL, TMF-Sífilis e boubá.
- Ter como alvo a *mortalidade zero* causada pela raiva humana transmitida por cães, TMF-HIV em crianças, TMF-HBV, recorrência da FA urbana, malária causada por *P. falciparum*, leishmaniose visceral, esquistossomose, GHT (ascariase), cisticercose causada pela *T. solium*, fasciolíase (*F. hepática*) em crianças em idade escolar, TMF-Sífilis, TB e cólera epidêmica.
- Ter como alvo a *ausência de morbidade* causada por três doenças: GHT (obstrução intestinal), tracoma e FL (ataques agudos, linfedema.)
- Ter como alvo *zerar a incapacitação* devido à TMF-HBV (casos clínicos que requeiram transplante), leishmaniose cutânea/mucocutânea, esquistossomose (neuroesquistossomose), oncocercose (cegueira), FL (hidrocele), cisticercose causada pela *T. solium* (neurocisticercose), tracoma (cegueira) e lepra.

Além disso, existem oportunidades para eliminar a febre aftosa no gado e eliminar as condições ambientais e de saúde adversas provocadas pela defecação a céu aberto e pela poluição do ar interno como resultado do uso ineficiente de biocombustíveis na cozinha.

Para cada doença, a OPAS usará definições e indicadores clínicos específicos de não transmissão aprovados pela OPAS ou OMS, indicando não ter havido transmissão,

mortalidade, morbidade e/ou incapacidade. Além disso, o trabalho com os principais parceiros da OPAS levará à criação de um novo conjunto de indicadores programáticos de eliminação para o monitoramento e a notificação dos avanços.

A visão, o objetivo e as metas refletem o conceito da estrutura integrada de eliminação das DT. Como parte do enfrentamento das quatro dimensões de eliminação das DT, alguns dos Estados Membros e territórios da Região precisarão redobrar seus esforços ao fortalecer, expandir e integrar várias classes de intervenção durante diferentes fases do curso da vida. A Tabela 3 indica onde cada doença pode ser mais prontamente submetida a tipos específicos de intervenções ao longo de quatro das principais fases do curso da vida: gestação e período neonatal, infância e adolescência, durante a fase de trabalho adulto e enquanto idoso. Políticas e planos de ação programáticos relacionados à eliminação de doenças em cada fase de ciclo da vida ou faixa etária e/ou as principais populações (vulneráveis) populações dentro de cada grupo, podem ser desenvolvidos no nível de país/local.

DOENÇA	FASE DO CURSO DA VIDA				COMENTÁRIOS
	GESTÃO E PERÍODO PÓS-NATAL	NIÑEZ Y ADINFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	ADULTO NA FASE DE TRABALHO	IDOSOS	
RAIVA HUMANA		✓	✓	✓	Não aplicar profilaxia pós-exposição durante a gestação
TMF-HIV	✓				
TMF-HBV	✓	✓	✓		
Acabar com as epidemias de FA		✓	✓	✓	Não vacinar durante a gestação
CHAGAS, incluída la TMF	✓	✓	✓	✓	
MALÁRIA, causada por <i>Plasmodium falciparum</i>	✓	✓	✓	✓	
MALARIA, causada por <i>Plasmodium vivax</i>	✓	✓	✓	✓	
LEISHMANIOSE CUTÂNEA/MUCOCUTÂNEA		✓	✓	✓	Não aplicar tratamento no período neonatal
LEISHMANIOSE, VISCERAL		✓	✓	✓	Não aplicar tratamento no período neonatal
ESQUISTOSSOMOSE	✓ Apenas diagnóstico	✓	✓	✓	
GHT	✓ 2º e 3º trimestre	✓	✓	✓	
ONCOCERCOSE		✓	✓	✓	
FL	✓	✓	✓	✓	
CISTICERCOSE causada pela <i>T. solium</i>	✓ Apenas diagnóstico	✓	✓	✓	
FASCIOLÍASE ( <i>F. hepatica</i> )	✓ Início da gestação	✓	✓	✓	
TRACOMA	✓	✓	✓	✓	
LEPRA	✓ Apenas diagnóstico	✓	✓	✓	
TMF-SÍFILIS	✓				
BOUBA	✓	✓	✓		
TB	✓	✓	✓	✓	
CÓLERA, epidêmico	✓	✓	✓	✓	



The image features a solid orange background. On the left side, there are two large, white, semi-circular shapes. The upper one is a semi-circle with its flat edge facing right. Below it is a larger semi-circle, also with its flat edge facing right, partially overlapping the one above. The text is positioned to the right of these shapes.

Linhas de ação para a  
eliminação integrada de  
doenças transmissíveis

## 6. Linhas de ação para a eliminação integrada de doenças transmissíveis

A eliminação integrada de DT pode ser abordada, em uma escala mais ampla, ao se planejar a prestação de serviços de saúde para os grupos geodemográficos maiores (como os que vivem em áreas urbanas, de periferia ou rurais). A abordagem também pode se dar pela lente do Curso da Vida, como mostra a Tabela 3, podendo ser ainda mais específica ao se enquadrar as fases com locais em comum nos quais os serviços integrados de saúde que sustentam a eliminação de DT podem ser prestados a essas pessoas nessas fases da vida, isso é, em casa, nas escolas, no local de trabalho e em locais públicos (p. ex., mercados comunitários, praças, parques, centros de bairros e locais de caráter religioso).

**As ações de saúde pública ocorrem no nível de país e as intervenções são implementadas no nível local, seja esse urbano, de periferia ou rural.**

Portanto, as ações de saúde pública ocorrem no nível de país e as intervenções são implementadas no nível local, seja esse urbano, de periferia ou rural. É aqui que a promoção da saúde e da segurança humana bem como da saúde em todas as políticas se torna mais importante para as vidas dos desfavorecidos, e onde movimentos importantes como o Cidades Saudáveis e Espaços Saudáveis são realizados. As linhas de ação da estrutura integrada para a eliminação das DT no nível nacional (descritas em linhas gerais a seguir) são mutuamente complementares e definem juntas a prestação de um conjunto integral de intervenções necessárias para prevenir novas infecções, deter (ou reduzir) a mortalidade, deter (ou reduzir) a morbidade e prevenir ou corrigir/minimizar a incapacidade. Em última instância, a eficácia máxima dessa e a capacidade de atingir as metas de eliminação dependem do comprometimento e dos investimentos de recursos do escritório da OPAS no país, do ministério da saúde (MS) de outras autoridades de governo, dos parceiros locais e dos externos à estrutura integrada de eliminação das DT. Para cada uma das quatro linhas de ação, o escritório de país da OPAS deverá prestar cooperação técnica ao país, sendo que os níveis centrais de governo e todos os parceiros deverão sustentar ações nas esferas local/municipal. As sugestões a seguir são oferecidas para ações no nível nacional e com os parceiros locais.

### **LINHA DE AÇÃO 1: FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE E DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

#### **AÇÕES PROPOSTAS NO NÍVEL DE PAÍS**

- Nos níveis de país e local, intensificar a produção de informações estratégicas sobre a eliminação das DT por meio da SMI, dos serviços para famílias e voltados ao ciclo de vida, serviços de saúde comunitários, atendimento ambulatorial especializado e serviços de saúde ambiental especializados.
- Empreender ajustes estruturais, ajustes funcionais e administrativos das tarefas, cronogramas, etc. para concluir a agenda de eliminação das DT no nível nacional.
- Elaborar uma agenda conjunta no nível de país para prestar apoio ao objetivo institucional de eliminar as DT, colaborando com os cinco departamentos técnicos da sede da OPAS (Doenças Transmissíveis e Determinantes Ambientais da Saúde (CDE); Evidências e Inteligência para Ações na Saúde (EIH), Promoção da Saúde Familiar e Curso de Vida (FLP), Doenças não-Transmissíveis e Saúde Mental (NMH), Sistemas e Serviços de Saúde (HSS).
- Assegurar que os medicamentos, meios diagnósticos e as provisões estejam disponíveis e acessíveis no nível local.
- Fortalecer os serviços laboratoriais e de diagnóstico no nível da atenção primária e nos níveis mais altos de serviços.
- Ministrando treinamento e capacitação dos trabalhadores da APS e aos agentes comunitários de saúde/voluntários sobre como funciona a integração no nível de APS e local.
- Apoiar o MS na elaboração de meios de atrair, reter e oferecer planos de carreiras para seus trabalhadores e voluntários que apoiam os programas de eliminação de doenças, especialmente pelo fato de suas funções poderem ser extintas uma vez que a doença seja eliminada.
- No nível local, melhorar as redes de laboratórios nacionais, a qualidade dos laboratórios e a gestão da cadeia de abastecimento (serviços laboratoriais clínicos e



Lavagem das mãos para prevenção da transmissão de doenças infecciosas, Haiti



Práticas que geram poluição do ar domiciliar, Colômbia

ambientais, transporte e serviços de entrega) para medicamentos, kits diagnósticos, outros kits, inseticidas, laboratório ambiental e provisões para o monitoramento ambiental.

- Promover e prestar cooperação técnica ao MS para a prestação de serviços de atenção integrada, principalmente no nível de APS, para alcançar a eliminação das DT.

#### OPAS/OMS COM OS PARCEIROS

- Prestar cooperação técnica, capacitação e consultoria aos países e sub-regiões na área de fortalecimento dos sistemas locais de saúde.
- Buscar apoio contínuo e adicional junto aos parceiros internacionais para fortalecer as redes de laboratórios nacionais, a qualidade dos laboratórios e a gestão da cadeia de abastecimento.
- Prestar cooperação técnica, treinamento e consultoria na área de melhoramento das redes de laboratórios nacionais, qualidade laboratorial, normas de controle e práticas da cadeia de abastecimento, inclusive com a avaliação de garantia de qualidade/controle de qualidade onde e quando solicitado.
- Sustentar a prestação de serviços integrados de apoio à saúde, especialmente no nível de APS para alcançar eliminação das DT.

### **LINHA DE AÇÃO 2: FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS ESTRATÉGICOS DE VIGILÂNCIA E INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

#### AÇÕES PROPOSTAS NO NÍVEL DE PAÍS

- Abordar a eliminação das DT usando os sistemas e serviços de saúde e os programas existentes.
- Fortalecer a vigilância e o mapeamento das DT e controlar, eliminar, prevenir e monitorar as ações de pós-eliminação no nível nacional.
- Realizar o mapeamento combinado de todas as doenças e agravos projetados para eliminação, das populações humanas em risco e das principais características geográficas e demográficas.
- Efetuar o mapeamento e modelagem dos vetores e reservatórios, da resistência dos vetores aos inseticidas e das tendências.

- Estabelecer grupos de trabalho no nível nacional com o MS para produzir documentos de orientação sobre o controle integrado, a eliminação, o monitoramento e a prevenção pós-eliminação com base em diretrizes da OPAS e da OMS, relatórios técnicos e orientação pelos Grupos Técnicos Consultores para criar as normas e regulamentações necessárias (por exemplo, notificação obrigatória de certas doenças, condições e diagnóstico e tratamento).

#### OPAS/OMS COM OS PARCEIROS

- Prestar apoio ao desenvolvimento e melhoramento estratégico de bancos de dados.
- Trocar dados e informações sobre monitoramento e avaliação.
- Prestar cooperação técnica, capacitação e consultoria sobre informações em saúde e análise e monitoramento ambiental para saúde pública.
- Mobilizar recursos para concluir a eliminação das DT até 2030.

### **LINHA DE AÇÃO 3: ENFRENTAMENTO DOS DETERMINANTES AMBIENTAIS E SOCIAIS DA SAÚDE**

#### AÇÕES PROPOSTAS NO NÍVEL DE PAÍS

- O escritório de país, da OPAS, juntamente com o MS, deve abordar, por meio da colaboração intersetorial, os determinantes ambientais e sociais comuns da pobreza que afetam negativamente o acesso aos serviços de saúde, à participação social, ao desenvolvimento sustentável e à equidade em saúde necessários para alcançar a eliminação das DT. Essa abordagem deve levar em consideração as ações que simultaneamente atinjam os ODS e aproveitem iniciativas existentes para as Cidades Saudáveis, Municípios Saudáveis e Espaços Saudáveis.
- Promover e ajudar a implementar a colaboração intersetorial no nível local para promover melhorias no acesso a água e saneamento básico, drenagem, manejo de resíduos sólidos, na habitação e no manejo animal necessários para o êxito na eliminação das DT, na eliminação da defecação a céu aberto e na substituição de biocombustíveis poluentes por formas mais seguras de energia para cozinhar.
- Apoiar os MS e outros ministérios essenciais para promover o monitoramento

**A eliminação integrada de DT pode ser abordada, em uma escala mais ampla, ao se planejar a prestação de serviços de saúde para os grupos geodemográficos maiores.**

ambiental no nível nacional. Monitorar os principais determinantes ambientais das DT visadas, inclusive o desmatamento, o crescimento das periferias, calor e seca (culturas e rebanhos), novos assentamentos e ruas, novas barragens e projetos de água.

- Promover e usar a participação social e o planejamento e mapeamento participativo no nível local para determinar as principais rotas para a eliminação das DT.
- Mapear os recursos no nível local, como escolas, prefeituras e Cidades/Municípios Saudáveis para avançar na colaboração e no aprendizado junto às comunidades locais rumo à rápida eliminação das DT.

#### OPAS/OMS COM OS PARCEIROS

- Os parceiros internacionais devem prestar apoio financeiro contínuo e adicional para a colaboração intersetorial visando promover melhorias no acesso a água e saneamento básico, drenagem, manejo de resíduos sólidos, melhorias na habitação e no manejo animal, bem como na agenda de desenvolvimento sustentável em seu sentido mais amplo.
- Prestar cooperação técnica coordenada, capacitação e consultoria sobre a colaboração intersetorial para promover melhorias no acesso básico a água e saneamento, drenagem, manejo de resíduos sólidos, melhorias na área de habitação e de manejo animal e melhores fontes de energia para cozinhar.
- Mobilizar recursos separadamente e coletivamente para complementar e concluir a eliminação das DT até 2030.
- Apoiar investimentos financeiros para abordar os determinantes sociais de saúde e reduzir lacunas socioeconômicas relacionadas com a pobreza e a condição de endemidade das DT, o que por sua vez ajudará os países a alcançar a equidade em saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

### **LINHA DE AÇÃO 4: FORTALECIMENTO DA GOVERNANÇA, GESTÃO E O FINANÇAS**

#### AÇÕES PROPOSTAS NO NÍVEL DE PAÍSES

- Desenvolver ainda mais confiança e parcerias com os governos municipais e a sociedade civil municipal para atingir a meta coletiva da eliminação das DT.
- Promover e utilizar a abordagem de saúde em todas as políticas nas áreas admi-

nistrativa, de gestão e finanças, por parte do escritório de país, da OPAS, e o MS para facilitar a eliminação das DT.

#### OPAS/OMS E PARCEIROS

- Prestar apoio contínuo e adicional, por parte dos parceiros internacionais, para fortalecer os governos municipais, a participação da sociedade civil e o engajamento comunitário, visando facilitar a eliminação das DT.
- Prestar cooperação técnica, capacitação e consultoria sobre o fortalecimento do governo municipal, a participação da sociedade civil, o engajamento comunitário para conquistar o desenvolvimento sustentável e a equidade em saúde que conduzam à eliminação das DT e a melhores condições ambientais.
- Mobilizar recursos locais, sub-regionais e regionais para complementar e concluir a eliminação das DT até 2030.
- Prestar apoio para estabelecer e aumentar a abordagem de STP nas áreas administrativa, de gestão e custeio, visando facilitar a eliminação das DT.

### **ATIVIDADES E PACOTES DE SERVIÇOS DE SAÚDE INTEGRADOS QUE SUSTENTAM AS QUATRO LINHAS DE AÇÃO.**

Há um conjunto de atividades e pacotes, em comum, de prestação de serviços integrados de saúde e para apoiar a estrutura apresentada na Seção 2, Figura 1 (acima) e suas quatro linhas de ação. Essas atividades incluem (ou podem incluir) DT marcadas para eliminação e que podem ser aplicadas no nível regional em distintas fases do curso da vida e em diferentes escalas: no lar, na escola, no trabalho, nos serviços de saúde e na comunidade (quadra, bairro/vila/município).

No processo de controle e eliminação das DT, a pessoa ou a família afetada tem primeiramente contato ou acesso aos serviços de saúde, venham esses serviços ao seu lar, escola ou local de trabalho, ou vá a pessoa a um ambulatório de atenção primária ou a outro provedor local de serviços de saúde. Pode-se efetuar o exame ou a triagem inicial, seguido de diagnóstico (laboratorial ou clínico), e, em seguida, o tratamento de curto ou longo prazo e “o manejo do caso”, inclusive com serviços de encaminhamento e aconselhamento, conforme o necessário.

Os exemplos a seguir de atividades e pacotes de serviços de saúde integrados que apoiam a eliminação das DT estão atualmente em uso em alguns países, enquanto que

outros são apresentados aqui como sugestões (não prescrições) e conceitos para discussão interna pela Organização:

## ATIVIDADES

- Vigilância e monitoramento integrado.** Exemplos: Assegurar que os formulários de internação hospitalar e os registros de morte cubram toda a gama de DT visadas para eliminação. Adicionar as DT visadas para eliminação às atividades de vigilância existentes (por exemplo, adicionar a neuroesquistossomose à vigilância da síndrome de paralisia flácida aguda em áreas onde sejam coendêmicas).
- Triagem, diagnóstico precoce e tratamento rápido por meio de serviços de saúde integrados para crianças em idade pré-escolar e mães.** Exemplos: Durante as consultas perinatais e visitas de acompanhamento para o bem-estar do bebê, triagem (seguida de um plano de tratamento ou de encaminhamento) de certas DT visadas para a eliminação, como lepra, doença de Chagas e leishmaniose cutânea em gestantes, em recém-nascidos ou em crianças pequenas. No caso do HIV e sífilis, a eliminação dessas doenças pode ser alcançada ao se aproveitar as plataformas de saúde materno-infantil ou de imunização para maximizar o acesso e a disponibilidade de serviços contra DT, envolvendo outros programas de saúde pública como a saúde materno-infantil, o Programa Ampliado de Imunização, o Programa de saúde reprodutiva, materna, neo-natal e infantil (RMNCH) e o de saúde do adolescente.
- Estrutura BEST para as DTN.** A **Estrutura BEST**, elaborada em 2017 pela Rede das ONG para DTN (NNN) oferece uma abordagem integral e intersetorial no sentido da eliminação e do controle das DTN, criando conexões entre mudanças de comportamento (respeitando a saúde como um direito humano), a inclusão social (respeitando os ODS), tratamento (refletindo o alinhamento com a cobertura universal de saúde e dirigido a pessoas em diferentes cursos da vida/faixas etárias e ambientes (inclusive a perspectiva de Uma Saúde). Outra opção é incluir os serviços de Manejo da Morbidade e de Prevenção da Incapacidade (MMPI) aos serviços de APS no nível das comunidades locais. Marchal et al. (2011) elaboraram a justificativa para a inclusão dos programas de controle de DTN nos serviços gerais de saúde.
- Quimioterapia preventiva integrada para as crianças e adultos.** Exemplos: Por meio da AMM de anti-helmínticos em crianças em idade pré-escolar ou escolar e adultos, a AMM permitiu o tratamento simultâneo de GHT e FL, GHT e oncocercose, ou GHT e fasciolíase tanto em crianças como em adultos. A triagem de leishmaniose cutânea poderia ser adicionada nas zonas de risco. A triagem de oncocercose (nódulos), tracoma, leishmaniose cutânea e outras afecções da pele (escabiose etc.) é feita na área Yanomami da Venezuela e Sul da Colômbia (exceto oncocercose). Equipes de APS do **CAI-CET**, na Venezuela já estão triando e tratando malária, oncocercose, escabiose e tungíase nas comunidades Yanomami em visitas trimestrais. Tais programas integrados podem ser feitos com grupos de doenças endêmicas semelhantes em outras comunidades indígenas ou comunidades rurais isoladas na Região.
- Triagem e tratamento integrado de crianças em idade escolar.** Exemplos: No Brasil, recentes campanhas anuais contra as DTN para oferecer triagem e encaminhamento dos casos de lepra e tracoma em crianças em situação de risco e em idade escolar, e AMM para tratar GHT, esquistossomose e tracoma. A triagem integrada de crianças em idade escolar para malária e GHT em El Salvador foi bem-sucedida.
- Combinação de campanhas de vacinação ou serviços de extensão comunitária planejados com outras intervenções de eliminação de DT.** Exemplos: Campanhas de atualização de vacinação infantil podem ser combinadas com a vacinação de cães contra raiva em áreas de duplo-risco com a participação conjunta do pessoal da APS e das zoonoses (dentro da abordagem Uma Saúde). Outros pacotes integrados incluem a coordenação da desverminação contra GHT, fasciolíase ou esquistossomose, vacinação de crianças e distribuição de vitamina A feitas juntamente em um programa de SMI.
- Integração da saúde ambiental com a eliminação das DT.** Os fatores ambientais determinantes da saúde, os fatores ambientais de risco e as intervenções ambientais são frequentemente muito importantes nas iniciativas de saúde pública para prevenir, controlar e eliminar as DT, talvez, em particular, nos meios urbanos (mais de 70% da população da América Latina e do Caribe vivem em regiões urbanas). As condições sanitárias nas ruas e mercados estão relacionadas com a proliferação de vetores (roedores), a situação da infraestrutura urbana como o sistema de esgoto e de água encanada e de coleta e disposição de resíduos sólidos, bem como do monitoramento e controle da qualidade da água e da aces-

...ga esta ventana abierta  
...tenga la transmisión  
de la tuberculosis



**DESECHOS PUNZOCORTANTES**

DESECHOS PUNZOCORTANTES

Waste disposal instructions for sharps, including icons for needles, scalpels, and syringes, and a person disposing of them into a bin.



Testagem para HIV e sífilis, Guatemala

sibilidade dessa: todos esses elementos influenciam na situação de saúde de todas as famílias, inclusive das afetadas por DT. Além disso, a mudança climática global e regional é um macrofator que afeta a condição de saúde e doença e a resiliência comunitária durante as epidemias, podendo afetar os esforços de médio e longo prazo no sentido de eliminar a transmissão de doenças, especialmente aqueles voltados para doenças transmitidas por vetores. Há várias DT relacionadas com o meio ambiente marcadas para eliminação; exemplos incluem tracoma, GHT, FL e esquistossomose; e, se incluirmos as áreas edificadas, podemos adicionar a doença de Chagas e a TB. A coordenação de esforços dos programas de saúde ambiental e de eliminação das DT é necessária para otimizar a prevenção e a eliminação das DT.

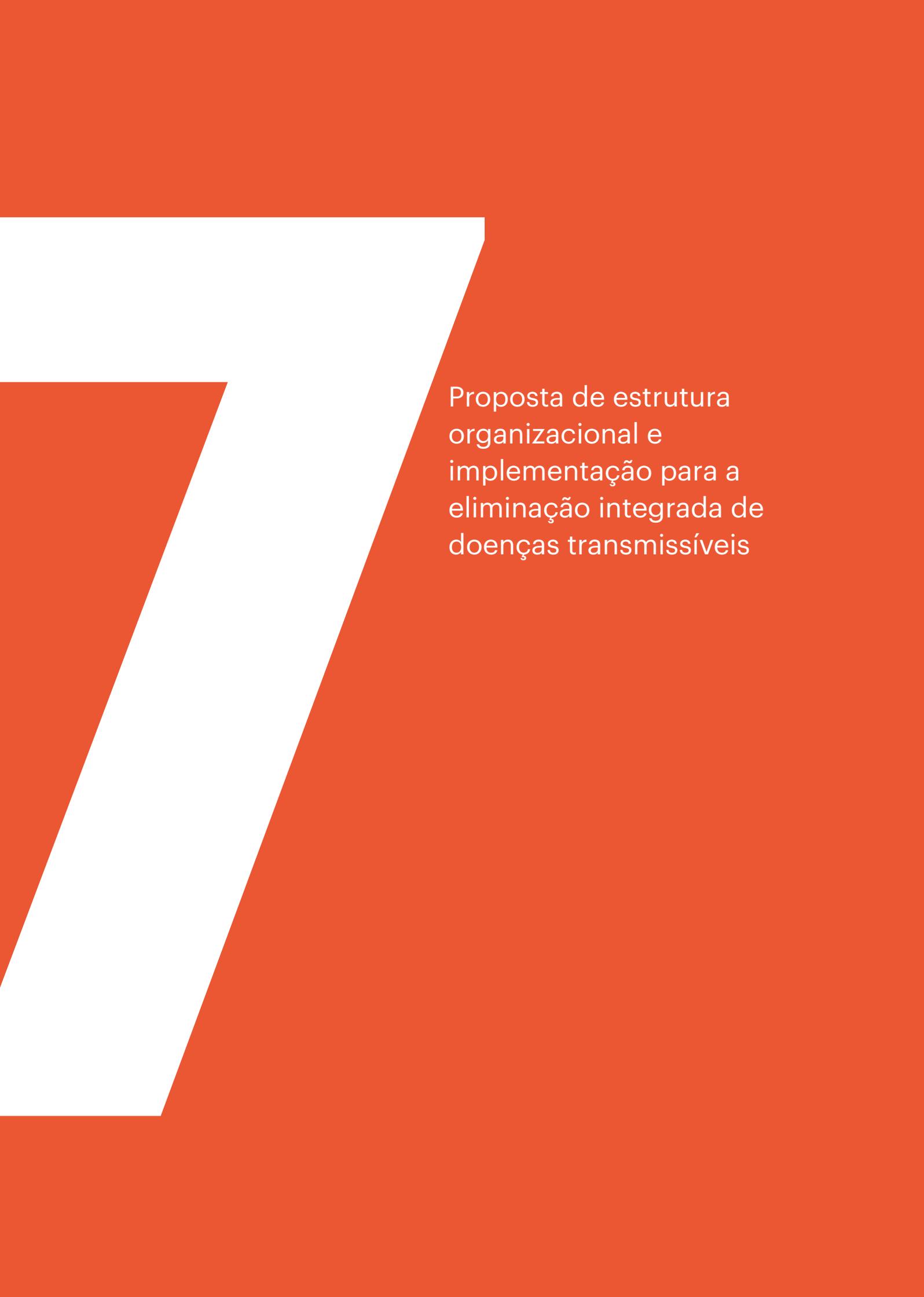
#### PACOTE

- Plataforma consolidada da estratégia EMTCT+ da OPAS.** Em reconhecimento da força das plataformas compartilhadas de serviços de saúde para a prestação de serviços para DT, em 2016 a OPAS e a OMS criaram o *Grupo para a EMTCT+* (OPAS 2017c). O grupo almeja ampliar esse modelo de trabalho de eliminação coordenada de múltiplas doenças, por meio do sistema de APS já implementado nesta Região e que continuará a ser expandido. A plataforma cria uma oportunidade exclusiva de abordar a eliminação da transmissão materno-fetal de outras infecções, como a hepatite B e doença de Chagas, em zonas endêmicas das Américas de maneira a ir além da proposta atual de eliminação vertical da transmissão do HIV e da sífilis congênita. Na EMTCT+, a triagem conjunta é feita para sífilis, HIV, hepatite B e doença de Chagas, e os tratamentos ou encaminhamentos são providenciados para gestantes ou recém-nascidos.
- Manejo integrado de vetores (MIV) - vetores múltiplos.** Nos casos de sobreposição geográfica (caso de malária urbana, dengue urbana, doença de Chagas urbana) ou de várias doenças associadas ao mesmo vetor (*Ae. aegypti*, que transmite os vírus causadores da dengue, Chikungunya e zika), o planejamento e os princípios do MIV podem e têm sido usados com êxito para promover o controle e avanços rumo à eliminação da transmissão. O manejo integrado dos vetores da dengue na América Latina e no Caribe está sendo feito dentro da *Estratégia de manejo integrado para a prevenção e o controle da dengue nas Américas*, da OPAS, (modelo EMI-dengue), que inclui
- diagnóstico clínico e tratamento, laboratório e o manejo de pacientes.
- Modelo SAFE para tracoma com WASH.** A revisão sistemática e uma metanálise recentes (Stocks et al. 2014) das atividades ou intervenções da WASH mostrou haver um forte efeito positivo das melhorias na área de abastecimento de água, saneamento básico e promoção da higiene sobre a prevenção e o controle do tracoma, deixando claro que as atividades de WASH dão sustentação a partes do modelo SAFE usado na eliminação do tracoma. Conforme observam esses autores, "... fortes evidências de apoio aos componentes "F" e "E" da estratégia SAFE. Apesar das limitações incluem níveis moderados a altos de heterogeneidade, estudos de baixa qualidade e falta de definição de padrões, essas constatações sustentam a importância da WASH nas estratégias de eliminação do tracoma e a necessidade de desenvolvimento de abordagens padronizadas para mensurar a WASH nos programas de controle do tracoma.
- WASH para várias doenças.** Tradicionalmente, os programas WASH foram postos em prática para controlar enfermidades diarreicas, inclusive a cólera e algumas enfermidades transmitidas por alimentos. Programas relacionados a essas doenças transmitidas por alimentos e água podem incluir também o enfrentamento do tracoma (higiene das mãos e do rosto) e o controle das GHT, sendo combinados com melhorias na habitação (setor da habitação). Similarmente às evidências do WASH e do SAFE, em uma revisão sistemática e metanálise recentes das atividades do WASH ou das intervenções relacionadas às GHT, Strunz et al. 2014 demonstraram que melhorias no abastecimento de água, saneamento e higiene têm um efeito positivo forte sobre a prevenção e o controle das GHT. Como observam esses pesquisadores, "ainda que seja justificável a realização de pesquisas adicionais para determinar a magnitude do benefício das intervenções WASH para o controle das GHT, esses resultados indicam que há a necessidade de pacotes de intervenções multissetoriais integradas específicas para contextos sócio-ecológicos." Freeman et al. (2013) e Waite et al. (2016) elaboraram o raciocínio que sustenta a colaboração intersetorial e o argumento mais amplo com base em evidências para integrar o controle das DTN por meio de WASH, que também contribuirá para acabar com a defecação a céu aberto.
- MMPI e manejo integrado de DT crônicas.** Para manejar a morbidade (doenças

crônicas), prevenir ou tratar incapacidades, é possível agrupar pessoas que sofram de elefantíase e hidrocele (por filariose linfática), lepra e/ou tuberculose, que podem ter aspectos da triagem, do diagnóstico, do tratamento e de programas de manejo de caso (e talvez prevenção primária e intervenções contra a estigmatização) coordenados e manejados por uma das divisões do MS responsável pelos serviços de saúde, como o programa nacional TB-lepra ou DIN, ou por meio da APS, que conta com capacitação e com a habilidade de manejar casos.

- **Manejo das DTN com a eliminação das DT.** O tratamento de algumas doenças crônicas não transmissíveis, como do diabetes grave, que afeta os membros inferiores, pode se enquadrar bem em aspectos dos programas de eliminação das DT, bem como no manejo de pacientes acometidos também pela lepra ou por linfedema da perna e do pé decorrente de infecção com FL— um outro ângulo do MMPI.
  - **Modelo integrado de doenças tropicais da pele.** Em uma recente revisão de políticas e dados clínicos, Mitjà et al. (2017) discutiram em detalhes consideráveis as evidências e oportunidades de ministrar capacitação integrada, avaliação, tratamento e encaminhamento, bem como prevenção e manejo das doenças tropicais negligenciadas que acometem a pele, inclusive lepra e outras DIN, e de que forma essas também poderiam ser tratadas conjuntamente para abordar outras doenças muitas vezes vistas como coinfectantes (como a TB).
  - **Triagem por PCR multiplex.** As triagens sorológicas (ver Arnold et al. 2017) e por PCR multiplex de várias doenças podem ser importantes para os programas de eliminação e controle de DT, assim que a validação dessa nova tecnologia seja concluída e essa se torne mais disponível na Região. Indivíduos cujos testes multiplex para infecções sejam positivos poderão ser encaminhados para tratamento, manejo da doença e prevenção contra incapacidades. A abordagem de sorologia multiplex está sendo validada no Haiti pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças, dos Estados Unidos, e por parceiros, e vem até mesmo sendo adaptada para aceitar sangue seco eluído colocado sobre papel filtro por lancetador digital, em vez de amostras líquidas de sangue venoso direto ou por coleta de sangue capilar.
  - **Abordagem Uma Saúde.** A APS e o controle de zoonoses podem trabalhar juntos
- no nível nacional para vacinar, triar e/ou tratar pacientes para a APS e outros estabelecimento de saúde. Por exemplo, em áreas coendêmicas ou coenzoóticas, a coordenação interprogramática ou os serviços integrados de saúde podem abordar diversas zoonoses comuns e graves, como a raiva, a leishmaniose visceral e talvez o vírus da FA. Do ponto de vista do reservatório animal, as autoridades veterinárias ou zootécnicas podem ampliar o círculo de reservatórios domésticos e silvestres que mantêm regularmente sob vigilância.
- **Controle e eliminação integrados da malária.** A base é o modelo do Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020, da OPAS, objetivo 4.2: "... integração dos esforços da malária com a SMI em programas locais e comunitários de assistência de saúde, comunicações e mobilização da sociedade, intervenções educativas e de promoção da saúde, programas para doenças negligenciadas e saúde ocupacional..." (por exemplo, para os trabalhadores da mineração, da extração de madeira e dos canaviais).
  - **EMI-dengue.** A OPAS, os Estados Membros e territórios usam com êxito a recém criada [Estratégia de manejo integrado para a prevenção e o controle da dengue na região das Américas](#), que conta com sete componentes fundamentais de interação: epidemiologia, laboratório, ambiente, atenção ao paciente, MIV, comunicação social e, mais recentemente, vacinas. A EMI-dengue está atualmente sendo adaptada para auxiliar na vigilância de doenças e vetores, bem como no manejo de caso de indivíduos infectados ou coinfectados com uma combinação de vírus da dengue, Chikungunya e/ou zika ou sob risco de infecção pelo vírus da FA; também poderiam ser avaliados outros arbovírus transmitidos por mosquito (arbovírus encefalíticos). A EMI-dengue é um componente essencial da *Estratégia para a prevenção e controle das arboviroses* (OPAS CD 55.16 de 2016).
  - Outros pacotes podem ser elaborados e testados.





Proposta de estrutura  
organizacional e  
implementação para a  
eliminação integrada de  
doenças transmissíveis

## 7. Proposta de estrutura organizacional e implementação para a eliminação integrada de doenças transmissíveis

### ações propostas no nível da sede da OPAS

Propõe-se o objetivo institucional de eliminar as DT. Para ter êxito, será necessário que a OPAS adote uma abordagem do tipo “Um Objetivo”. Uma estrutura organizacional eficaz para um programa de eliminação integrado (e pós-eliminação) no nível da sede da OPAS significa estabelecer uma Secretaria funcional liderada pelas divisões CDE, HSS e FPL. Uma abordagem conservadora será reorganizar o trabalho de diferentes departamentos técnicos segundo a doença e as funções transversais específicas (o que talvez requeira a aprovação da Gerência Executiva). A expectativa é de que haja apoio significativo por parte dos Grupos Técnico Assessores estabelecidos e envolvidos com a OPAS para apoiar vários objetivos de prevenção e eliminação. Além disso, um ou mais grupos de trabalho interdepartamentais (GT) trabalharão por esforços de longo prazo na eliminação integrada de um conjunto de doenças e ações de pós-eliminação (CDE com HS, FPL e Fundo Estratégico; CDE com Emergências em Saúde [PHE], FPL e Fundo Estratégico; CDE com Emergências de Saúde [PHE]) sobre arbovírus), enquanto as forças tarefas de vida limitada (TF) empreenderão outras tarefas integradas (por exemplo, CDE com Relações Externas, Parcerias e Mobilização de Recursos [ERP] para a captação de recursos para uma agenda integrada de eliminação das DT). A Secretaria e os GT poderiam oferecer relatórios anuais à Gerência Executiva ou Grupo Consultor Estratégico uma vez ao ano. Os GT e as FT não têm sido normalmente usados na OPAS até o momento, salvo nos casos de emergências epidêmicas e nas iniciativas de alto nível requisitadas pela diretora. Deve-se estimular uma mudança de cultura, que deve ser gerida quando as unidades técnicas de diferentes departamentos começam a trabalhar em conjunto para apoiar a estrutura por meio de múltiplos braços de trabalho.

Será necessário decidir se trata-se de uma questão de simples coordenação dos investimentos e apoio de cada departamento rumo à eliminação das DT, talvez por meio de grupos de trabalho ou forças tarefa, ou se haverá a necessidade de *mudar a arquitetura ou estrutura* de certos departamentos para

intensificar a cooperação técnica integrada entre os países e alcançar o *objetivo institucional* de eliminação das DT. Essas questões devem ser decididas com o estabelecimento de uma Secretaria com GT e FT dedicadas a forjar uma verdadeira integração por toda a organização e definir os termos de referência que serão necessários para orientar tal mudança. Serão necessários investimentos coordenados dos recursos da OPAS (financeiros, humanos, materiais e de tecnologia da informação) para alcançar o objetivo institucional. Simultaneamente, as mudanças necessárias nos recursos humanos e a identificação de possível financiamento atual e futuro da estrutura deverão ser examinados. Atividades sugeridas para ações propostas na sede da OPAS constam do Anexo 2.

É possível que organizações que atualmente doam, como a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), o Canadá e Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento tenham grande interesse na estrutura integrada e sustentável para a eliminação das DT, uma vez que na última década esses organismos fizeram investimentos independentes pela eliminação e o controle das DTN, do HIV, da malária, da TB e do controle de vetores. Além disso, novos possíveis doadores tanto do setor público como do privado talvez estejam interessados em apoiar a causa, inclusive fundações regionais grandes e pequenas e organismos bilaterais dos países escandinavos, que têm um histórico de investigação de novos enfoques para resolver problemas globais e têm um interesse pessoal forte nos ODS e na equidade. De fato, como observou a diretora adjunta da OPAS, Dra. Isabella Danel, “... a melhor maneira de criar equidade é eliminando doenças.”

### ações propostas junto aos escritórios de país da OPAS e aos centros pan-americanos

Os funcionários dos escritórios de país e dos centros contam com muitos conhecimentos especializados, de maneira que o envolvimento de alguns colaboradores do país e dos centros nos GT e nas FT será apropriado, com o consentimento do diretor do centro/representante da OPAS/OMS. Por sua vez, o traba-

lho do GT e da FT deverá ser coordenado com o escritório de país-alvo e com os três centros da OPAS (Centro Pan-Americano de Febre Afetosa [PANAFETOSA], Centro Latino-Americano de Perinatologia, Mulher e Saúde Reprodutiva [CLAP/WR] e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde [BIREME]). Além disso, alguns escritórios de país (representantes da OPAS/OMS e diretores de Centros podem achar conveniente estabelecer seu próprio GT ou TF internamente para trabalhar de maneira integrada rumo à eliminação das DT ou empreitar esforços de pós-eliminação. De fato, o trabalho de base real para a colaboração técnica com os MS e outros ministérios terá que ocorrer em cada país. Para que seja um sucesso, os representantes da OPAS/OMS terão que comprar plenamente a ideia da estrutura e atingir as metas dentro do prazo.

## **AÇÕES PROPOSTAS ENTRE A OPAS/OMS E PARCEIROS**

Os GT e as FT da OPAS podem se beneficiar da participação de especialistas externos na área ou de outros representantes, conforme o necessário; tais indivíduos podem ser observadores convidados, membros ex officio ou membros regulares de um GT ou TF. Para os principais doadores de intervenções específicas (p. ex., o apoio da USAID para malária, HIV, TB e DIN), talvez seja importante convidar tal participação. Similarmente, para tais intervenções intersectoriais, bem como para a melhoria do abastecimento de água e saneamento ou da habitação, talvez seja aconselhável convidar o GT da OPAS, um especialista na área de outras agências das Nações Unidas (Fundo das Nações Unidas para a Infância [Unicef], Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura [FAO]), bancos multilaterais e agências (por exemplo, o programa *Piso Firme*, Banco Mundial), organismos e fundações centradas na saúde (Carter Center, ITFDE, Grupo de Trabalho para Saúde Global, Fundação Bill e Melinda Gates), organismos governamentais globais e bilaterais (Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Governo dos Estados Unidos, Centros de Controle e Prevenção de Doenças, Serviço de Saúde Pública, USAID, Fogarty/Institutos Nacionais de Saúde, Administração dos Estados Unidos para Alimentos e Medicamentos, Agência de Proteção Ambiental, Academia Nacional de Ciências, Agência Aeroespacial dos Estados Unidos, Departamento da Defesa e o Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido, a Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, o Canadá) e os centros colaboradores da OMS e centros regionais de excelência (universidades e instituições de pesquisa). O mesmo se aplica a organismos sub-regionais, como

a Agência de Saúde Pública do Caribe, e a bancos de desenvolvimento sub-regional.

Particularmente para os escritórios nos países, pode ser útil convidar observadores do MS, legisladores e reguladores dos níveis local e nacional (p. ex., líderes de governos municipais ou vereadores), ou especialistas na área de saúde municipal, departamentos de saúde, departamentos ambientais e de infraestrutura, caso apropriado no contexto político do país e para o perfil de cooperação técnica do escritório do país. Além disso, o escritório do país pode se beneficiar ao convidar especialistas na área ou observadores de ONG, de organizações não-governamentais para o desenvolvimento e dos principais grupos da sociedade civil e empresariais para participar de GT ou FT específicas. Na medida em que a sede da OPAS e os escritórios dos países se organizam para implementar a agenda integrada de eliminação das DT, os líderes, representantes e especialistas na área podem ajudar a facilitar a consecução das metas.

Como um próximo passo após a aprovação da nota conceitual e para avançar mais na preparação desta estrutura integrada de eliminação das DT, são propostas duas ferramentas adicionais para fins de preparação: (1) um anexo contendo uma *plataforma técnica geral* para conjuntos de intervenções com base no Curso de Vida e nas populações alvo, e (2) uma tabela que identificará alguns *fatores críticos e barreiras transversais* que configuram a viabilidade de eliminar essas DT específicas nas Américas até 2030.

O que resta, agora, é junto com nossos parceiros, embarcar no processo de conquistar apoio político nos níveis nacional e municipal, bem como junto aos diversos ramos da sociedade civil e preparar ou emendar os planos de ação necessários para cumprir nossa meta de eliminação das DT nas Américas.



# III. Referências

- Arnold BF, van der Laan MJ, Hubbard AE, Steel C, Kubofcik J, Hamlin KL, et al. Measuring changes in transmission of neglected tropical diseases, malaria, and enteric pathogens from quantitative antibody levels. *PLoS Negl Trop Dis* 2017;11(5):e0005616. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005616>
- Bangert M, Molyneux DH, Lindsay SW, Fitzpatrick C, Engels D. The cross-cutting contribution of the end of neglected tropical diseases to the sustainable development goals. *Infectious Diseases of Poverty* 2017;6:73. doi: 10.1186/s40249-017-0288-0
- Bern C, Garcia HH, Evans C, Gonzalez AE, Verastegui M, Tsang VC, et al. Magnitude of the disease burden from neurocysticercosis in a developing country. *Clin Infect Dis* Noviembre de ;29(5):1203-1209.
- Caffe S, Perez F, Kamb ML, Gomez Ponce de Leon R, Alonso M, Midy R, et al. Cuba validated as the first country to eliminate mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus and congenital syphilis: lessons learned from the implementation of the global validation methodology. *Sex Transm Dis* Diciembre de 2016;43(12):733-736. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000528.
- Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations of the international task force for disease eradication. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993;42(RR-16):1-38.
- de Vlas SJ, Stolk WA, le Rutte EA, Hontelez JA, Bakker R, Blok DJ, et al. Concerted efforts to control or eliminate neglected tropical diseases: how much health will be gained? *PLoS Negl Trop Dis* 2016;10(2):e0004386. doi: 10.1371/journal.pntd.0004386.
- Dowdle WR. The principles of disease elimination and eradication. *Bull WHO* 1999;76(2):22-25.
- Dowdle WR, Hopkins DR, eds. *The eradication of infectious diseases. Dahlem Workshop Report*. J. Lupp, series ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1998.
- Freeman MC, Ogden S, Jacobson J, Abbott D, Addiss DG, Amnie AG, et al. Integration of water, sanitation, and hygiene for the prevention and control of neglected tropical diseases: a rationale for inter-sectoral collaboration. *PLoS Negl Trop Dis* 2013;7(9):e2439. doi: 10.1371/journal.pntd.0002439.
- Hamrick PN, Aldighieri S, Machado G, Leonel DG, Vilca LM, Uriona S, et al. Geographic patterns and environmental factors associated with human yellow fever presence in the Americas. *PLoS Negl Trop Dis* 2017;11(9):e0005897. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005897>
- Hollingsworth TD, Adams ER, Anderson RM, Atkins K, Bartsch S, Basáñez MG, et al. Quantitative analyses and modelling to support achievement of the 2020 goals for nine neglected tropical diseases. *Parasit Vectors* 2015;8:630. doi: 10.1186/s13071-015-1235-1.
- Hopkins DR. Disease eradication. *N Engl J Med* 2013 Jan 3;368(1):54-63.
- Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK, Periago MR. The neglected tropical diseases of Latin America and the Caribbean: a review of disease burden and distribution and a roadmap for control and elimination. *PLoS Negl Trop Dis* 2008;2(9):e300. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000300>
- Ivers LC. Ending cholera transmission in Haiti. *N Eng J Med* 2017;376(2):101-103.
- Kastner RJ, Stone CM, Steinmann P, Tanner M, Tediosi F. Lessons learned from developing an eradication investment case for lymphatic filariasis. *Adv Parasitol* 2016;94:393-417. doi: 10.1016/bs.apar.2016.08.004.
- Kitayama K, Segura ER, Lake JE, Perez-Brumer AG, Oldenburg CE, Myers BA, et al. Syphilis in the Americas: a protocol for a systematic review of syphilis prevalence and incidence in four high-risk groups, 1980-2016. *Syst Rev* 2017;6:195. doi: 10.1186/s13643-017-0595-3 2017.
- Kunii O, Yassin MA, Wandwalo E. Investing to end epidemics: the role of the Global Fund to control TB by 2030. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2016;110(3):153-154. doi: 10.1093/trstmh/trw005
- Marchal B, Van Dormael M, Pirard M, Cavalli A, Kegels G, Polman K. Neglected tropical disease (NTD) control in health systems: the interface between programmes and general health services. *Acta Tropica* 2011;120:S177-S185. doi: 10.1016/J.ACTATROPICA.2011.02.017
- Mitjà O, Marks M, Bertran L, Kollie K, Argaw D, Fahal AH, et al. Integrated control and management of neglected tropical skin diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 2017;11(1):e0005136. doi: 10.1371/journal.pntd.0005136
- Moreno AR. Climate change and human health in Latin America: drivers, effects, and policies. *Reg Environ Change* 2006;6(3):157-164. <https://doi.org/10.1007/s10113-006-0015-z>
- Okello AL, Thomas LF. 2017. Human taeniasis: current insights into prevention and management strategies in endemic countries. *Risk Manag Healthc Policy* 2017;10:107-116.
- Ostfeld R. 2017. Comment: Biodiversity loss and the ecology of infectious disease. *Lancet Planet Health*. 2017;1(1):e2-e3. [http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196\(17\)30010-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196(17)30010-4)
- Organização Pan-Americana da Saúde. Regional consultation on disease elimination in the Americas (draft). CHA department, PAHO, unpublished. Washington, DC: OPAS. 2015; 87 pp.
- Organização Pan-Americana da Saúde. [Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(17)30010-4). Washington, DC: OPAS; 2016.

- Organização Pan-Americana da Saúde. 2017a. Plan of action to strengthen surveillance and control of leishmaniasis in the Americas 2017-2022. Washington, DC: PAHO; 2017a.
- Organização Pan-Americana da Saúde. 2017b. Health in the Americas, 2017. Summary Regional Outlook and Country Profiles. Washington, DC: OPAS; 2017b. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=es>
- Organização Pan-Americana da Saúde. 2017c. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, DC: PAHO; 2017c.
- Pennington PM, Juárez JG, Arrivillaga MR, et al. Towards Chagas disease elimination: neonatal screening for congenital transmission in rural communities. *PLoS Negl Trop Dis* 2017;11(9):e0005783. <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005783>
- Pennington PM, Juárez JG, Arrivillaga MR, De Urioste-Stone SM, Doktor K, Bryan JP, et al. Towards Chagas disease elimination: neonatal screening for congenital transmission in rural communities. *PLoS Negl Trop Dis* 2017;11(9):e0005783. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005783>
- Redekop WK, Lenk EJ, Luyendijk M, Fitzpatrick C, Niessen L, Stolk WA, et al. The socioeconomic benefit to individuals of achieving the 2020 targets for five preventive chemotherapy neglected tropical diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 2017;11(1):e0005289. doi: 10.1371/journal.pntd.0005289.
- Rendon A, Fuentes Z, Torres-Duque CA, Granada MD, Victoria J, Duarte R, et al. Roadmap for tuberculosis elimination in Latin American and Caribbean countries: a strategic alliance. *Eur Respir J* 2016;48:1282-1287. doi: 10.1183/13993003.01549-2016
- Sabot O, Cohen JM, Hsiang MS, et al. Cost and financial feasibility of malaria elimination. *Lancet*. 2010 Nov 6;376(9752):1604-15. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61355-4.
- Schmitt LH, Graham HM, White PC. Economic evaluations of the health impacts of weather-related extreme events: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(11):1105. <http://doi.org/10.3390/ijerph13111105>
- Schneider MC, Aguilera XP, da Silva Jr JB, Ault SK, Najera P, Martinez J, et al. Elimination of neglected diseases in Latin America and the Caribbean: a mapping of selected diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 2011;5(2):e964. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000964>
- Shretta R, Avanceña AL, Hatefi A. The economics of malaria control and elimination: a systematic review. *Malar J* 2016;15:593 doi: 10.1186/s12936-016-1635-5.
- Solomon AW, Marks M, Martin DL, Mikhailov A, Flueckiger RM, Mitjà O, et al. Trachoma and yaws: common ground? *PLoS Negl Trop Dis* 2015, 3 de diciembre;9(12):e0004071. doi: 10.1371/journal.pntd.0004071.
- Stocks ME, Ogden S, Haddad D, Addiss DG, McGuire C, Freeman MC. Effect of water, sanitation, and hygiene on the prevention of trachoma: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 2014;11(2):e1001605. doi: 10.1371/journal.pmed.1001605.
- Strunz EC, Addiss DG, Stocks ME, Ogden S, Utzinger J, Freeman MC. Water, sanitation, hygiene, and soil-transmitted helminth infection: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 2014;11(3):e1001620. doi: 10.1371/journal.pmed.1001620.
- Tiwari A, Richardus JH. Investment case concepts in leprosy elimination: a systematic review. *Lepr Rev* 2016, marzo;87(1):2-22.
- Torres JR. Cysticercosis disease burden in Latin America. In C. Franco-Paredes, J.I. Santos-Preciado, eds. *Neglected Tropical Diseases – Latin America and the Caribbean*. Vienna: Springer-Verlag; 2015.
- Velasco-Villa A, Escobar LE, Sanchez A, Shi M, Streiker DG, Gallardo-Romero NF, et al. Successful strategies implemented towards the elimination of canine rabies in the Western Hemisphere. *Antiviral Res* 2017 Jul;143:1-12. doi: 10.1016/j.antiviral.2017.03.023.
- Villegas F, Angles R, Barrientos R, Barrios G, Valero MA, Hamed K, et al. Administration of triclabendazole is safe and effective in controlling fascioliasis in an endemic community of the Bolivian Altiplano. *PLoS Negl Trop Dis* 2012;6(8):e1720. doi: 10.1371/journal.pntd.0001720
- Waite RC, Velleman Y, Woods G, Chitty A, Freeman MC. Integration of water, sanitation and hygiene for the control of neglected tropical diseases: a review of progress and the way forward. *Int Health* 2016;8 (suplemento 1):i22–i27. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihw003>
- Organização Mundial da Saúde. 2015a. [Third WHO Report on Neglected Tropical Diseases, Investing to Overcome the Global Impact of Neglected Tropical Diseases](#). Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde. 2015b. Water sanitation and hygiene for accelerating sustaining progress on neglected tropical diseases: a global strategy 2015-2020. Genebra; OMS; 2015b. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/182735/1/WHO\\_FWC\\_WSH\\_15.12\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/182735/1/WHO_FWC_WSH_15.12_eng.pdf?ua=1)
- Organização Mundial da Saúde. Preventable epilepsy: *Taenia solium* infection. Burdens economies, societies and individuals: a rationale for investment and action. Genebra: OMS; 2016.

# IV. Anexos

## ANEXO 1. ESTRATÉGIAS DA OPAS, OMS E NAÇÕES UNIDAS E PLANOS DE AÇÃO MAIS RELEVANTES PARA A ELIMINAÇÃO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NAS AMÉRICAS.

- [Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas](#) (especialmente o Objetivo 3) (2015)
- OMS, [Estrutura de ação para o fortalecimento dos sistemas de saúde](#) (2007)
- [Estratégia mundial da OMS para a saúde das mulheres, crianças e adolescentes 2016-2030](#) (2016)
- UNAIDS, [Plano mundial para a eliminação de novas infecções por HIV em crianças até 2015 e manter suas mães vivas](#) (2011)
- OMS, [Estratégia para acabar com a tuberculose: objetivos e indicadores](#) (2014)
- Projeto de estratégia 2016-2021: [HIV/aids, hepatites virais e infecções sexualmente transmitidas](#) 2016-2021 (2016), da OMS
- OMS, [Estratégia técnica mundial contra a malária 2016-2030](#), de junho de 2015
- OMS, [Marco para a eliminação da malária](#) (2017)
- OMS, [Aceleração do trabalho para resolver o impacto das doenças tropicais negligenciadas: um roteiro para a implementação \(2012\) e Resolução WHA66.12](#) da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas (2013)
- OMS, [Estratégia Global \(2015\) para água, Água, saneamento e higiene](#) para acelerar e sustentar o progresso relativo às doenças tropicais negligenciadas: Uma estratégia mundial 2015-2020
- Estratégia para o [acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde](#) (2014)
- [Plano de ação para saúde em todas as políticas](#) (2014) e [Roteiro para o plano de ação para a inclusão da saúde em todas as políticas](#) (2015)
- Plano de ação para a [prevenção e controle das hepatites virais](#) (2015), da OPAS
- Plano de ação para a prevenção e o controle do [HIV e de infecções sexualmente transmissíveis](#) 2016-2021 (2016), da OPAS
- Plano de ação para a prevenção e controle da [tuberculose](#) (2015)
- Plano de ação para [imunização](#) [2016-2020] (2015), da OPAS
- Estratégia e plano de ação para a [prevenção, controle e atenção à Doença de Chagas](#) (2010)
- Estratégia para a [prevenção e controle das arboviroses](#) (2016)
- [Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação](#) 2016-2022 (2016)
- Plano de ação para a [eliminação da malária](#) 2016-2020 (2016)
- [Roteiro para a eliminação da tuberculose na América-Latina e no Caribe 2016-2025](#) (2016), da OPAS
- [Plano de ação para fortalecer a vigilância e o controle da leishmaniose nas Américas 2017-2022](#) (2017), da OPAS
- Estratégia e plano de ação para a [redução da desnutrição crônica](#) (2010), da OPAS
- [Estrutura EMTCT Plus para a eliminação da transmissão materno-fetal do HIV, da sífilis, hepatite B e Doença de Chagas](#) (2017)
- Plano de ação mundial para a prevenção e o controle de [DNT](#) 2013-2019 (2013), da OPAS

## ANEXO 2. PRINCIPAIS ATIVIDADES SUGERIDAS PARA AÇÕES PROPOSTAS NO NÍVEL DA SEDE.

### PARA A LINHA DE AÇÃO 1

- Assegurar apoio político, financeiro e administrativo e a priorização da eliminação integrada das DT na sede (e junto à sede da OMS) para que o enfoque seja de longo prazo/de eliminação das DT.
- Reorientar o trabalho e as atividades do CDE (e de outros departamentos e centros envolvidos) para que o enfoque seja de longo prazo/ objetivo institucional de eliminação das DT. O mesmo se aplica no nível de escritório de país.
- Estabelecer GT e TF para melhorar a coordenação interunidades, interdepartamental, interinstitucional e de parceiros (na sede e no nível nacional).
- Estabelecer um GT para determinar como melhor embasar a estrutura integrada de eliminação das DT em uma abordagem de Atenção Universal à Saúde, de tal maneira que a própria assistência de saúde mude e passe a abarcar áreas relativamente novas de trabalho (controle e eliminação das DT) que atualmente ou no passado foram programas independentes minimamente relacionados com os serviços de saúde no sentido mais amplo.
- Melhorar a coordenação na sede (e no nível nacional) para melhorar o acesso a vacinas, medicamentos antimaláricos, anti-helmínticos e outros para DIN e produtos primários essenciais, como os mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração para o controle de vetores (dos Fundos Especiais da OPAS) e equipamentos de desinfecção de água, placas para latrinas de outras fontes, conforme o necessário.
- Intensificar a divulgação de informações estratégicas sobre a eliminação das doenças transmissíveis por meio da SMI, de serviços familiares e associados ao Ciclo de Vida, serviços de saúde comunitários, ambulatoriais especializados e serviços de saúde ambiental.
- Integrar as intervenções de eliminações de doenças transmissíveis verticalmente dentro das unidades existentes de controle de doenças transmissíveis, inclusive de saúde pública veterinária (PANAFTOSA) e com o EIH/HA.
- Assegurar a estreita colaboração e coordenação entre CDE, HSS, os Fundos Especiais da OPAS, bem como FPL e NMH.
- Aumentar o acesso aos Fundos Especiais da OPAS e melhorar a administração da cadeia de abastecimento (medicamentos, kits para testes diagnósticos, inseticidas, outros kits e provisões).
- Intensificar a captação de recursos externos para assegurar a finalização da eliminação das DT até 2030.
- Melhorar as redes de laboratórios nacionais da Região, a qualidade laboratorial do país (garantia de qualidade/controle de qualidade), em coordenação com CDE e HSS/MT.
- Melhorar a gestão da cadeia de abastecimento (serviços laboratoriais clínicos e ambientais, transporte e prestação de serviços) de para medicamentos, kits diagnósticos, outros kits, inseticidas, laboratório ambiental e provisões para o monitoramento ambiental.
- Utilizar o conceito das Funções de Saúde Pública para determinar os melhores caminhos de prestação de serviços de saúde para apoiar a eliminação das DT.
- Coordenar, promover e prestar cooperação técnica no nível regional aos Estados Membros e territórios para que os serviços de saúde sejam prestados de maneira integrada, principalmente no nível de APS, para alcançar a eliminação das DT.

### PARA A LINHA DE AÇÃO 2

- Identificar os fatores determinantes das DT, a distribuição espacial e a carga no nível regional.
- Melhorar a capacidade de análise de saúde em todos os níveis, trabalhando no nível local com parceiros acadêmicos e com os Centros de Colaboração da OMS.
- Estabelecer um Banco de Dados Estratégico para a eliminação das DT. Determinar as necessidades e a disponibilidade de dados e informações e modificar o banco de dados do sistema atual de informação de saúde, que será necessário para o trabalho de eliminação das DT, da OPAS, inclusive para o monitoramento e a avaliação do progresso.
- Identificar as Lições Aprendidas com os sucessos da Região na eliminação da poliomielite, do sarampo etc., para informar a modificação do atual banco de dados do sistema de informações de saúde.

- Definir e elaborar uma agenda regional integrada de eliminação das DT e um plano de ação, usando dados estratégicos e análises.
- Fortalecer a conduta e a coordenação da vigilância, do mapeamento, do controle, da eliminação, da prevenção e do monitoramento pós-eliminação regional das DT no nível da sede.
- Tendo-se como perspectiva domicílios e bairros, mapear e analisar no nível Regional, as necessidades de infraestrutura básica, reorientando-as no sentido de auxiliar na consecução da agenda de eliminação das DT.
- Estabelecer um Observatório de Eliminação de Doenças Transmissíveis para Região, visando difundir as lições aprendidas e as diretrizes políticas para os decisores de alto escalão do nível nacional (ver modelos no Laboratório de Ação Contra a Pobreza Abdul Latif Jameel, do Instituto de Tecnologia de Massachusetts, e no Ministério da Saúde Pública da Inglaterra) e para destacar as diretrizes e notas técnicas da OPAS e OMS sobre a eliminação integrada de doenças.

### PARA A LINHA DE AÇÃO 3

- Fortalecer a infraestrutura básica relacionada com os resultados de saúde desejados, como o WASH, o manejo de resíduos sólidos, a habitação e o manejo animal, vinculando a outros ODS relacionados com a saúde, especialmente os ODS 5 e 6.
- Coordenar ou associar com o BID, Banco Mundial e outros investidores em infraestrutura básica para apoiar a eliminação das DT.
- Monitorar, no nível regional, os principais determinantes ambientais das DT visadas, inclusive as perspectivas regional e fronteiriças sobre o desmatamento, o crescimento das periferias, a mudança climática, agricultura e mudanças na produção pecuária, novos assentamentos, grandes represas e projetos de água.
- Abordar, por meio de colaboração intersectorial, os determinantes sociais comuns à pobreza que prejudicam o acesso aos serviços de saúde, à participação social e à equidade, de maneira que ninguém fique para trás no processo de eliminação das DT. O CDE e outros departamentos técnicos podem fortalecer a colaboração com a Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental (SDE) para acelerar e manter esforços de eliminação das DT.

### PARA A LINHA DE AÇÃO 4

- Fortalecer a participação nacional, da sociedade civil e a comunitária (ação direta, colaboração), inclusive por meio de iniciativas locais como Cidades Saudáveis e Espaços Saudáveis.
- Engajar a participação dos governos nacionais e da sociedade civil (organizações da sociedade civil, grupos de caráter religioso, universidades, instituições de pesquisa e o setor privado) para fornecer gestão e custeio para apoiar a agenda de eliminação no nível local.
- Promover e utilizar a abordagem de STP na administração nacional, na gestão, no custeio e na negociação com doadores.

## Quadro 1. Evolução da terminologia

### THE INTERNATIONAL TASK FORCE FOR DISEASE ERADICATION 1989-1992<sup>4</sup>

**Controle:** Redução da incidência ou prevalência de uma doença ou condição; medidas de controle são ainda necessárias.

**Eliminação:** Cessação da transmissão de uma doença em um único país, continente, ou em outra zona geográfica limitada, em vez de erradicação global (por exemplo, poliomielite nas Américas). Em tese, também é possível eliminar uma doença em seres humanos enquanto o microrganismo continua a existir (por exemplo, tétano neonatal). Embora uma doença propriamente dita possa continuar a existir, a manifestação clínica particularmente indesejável dessa pode ser inteiramente evitada (por exemplo, cegueira causada por tracoma) ou novas transmissões possam ser interrompidas (por exemplo, buba infecciosa). Significa o controle de uma doença ou da manifestação dessa em um nível tal (arbitrariamente definido) que não mais seja considerada um problema de saúde pública, seja esse qualitativo (por exemplo, oncocercose na África Ocidental) ou quantitativo (por exemplo, incidência de lepra abaixo de um caso por 10.000 habitantes).

**Erradicação:** Redução para zero da incidência mundial de uma doença em decorrência de esforços deliberados, evitando a necessidade de outras medidas de controle. A verdadeira erradicação implica, geralmente, eliminar o microrganismo propriamente dito ou o extrai-lo completamente da natureza.

4. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 1993. Recommendations of the International Task Force for Disease Eradication. MMWR 42(RR-16):1-38. Link: <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4216.pdf>

### THE 1997 DAHLEM WORKSHOP REPORT

**Controle:** Redução da incidência, prevalência, morbidade ou mortalidade de uma doença para um nível localmente aceitável em decorrência de esforços deliberados; são necessárias medidas de intervenção contínuas que mantenham a redução. Exemplo: doenças diarreicas.

**Eliminação de doença:** Redução para zero da incidência de uma doença específica em uma zona geográfica definida em decorrência de esforços deliberados; medidas contínuas de intervenção são necessárias. Exemplo: tétano neonatal.

**Eliminação de infecções:** Redução para zero da incidência de infecção causada por um agente específico em uma zona geográfica definida em decorrência de esforços deliberados; medidas contínuas para prevenir o restabelecimento da transmissão são necessárias. Exemplo: o sarampo e a poliomielite.

**Erradicação:** Redução permanentemente para zero da incidência mundial de uma infecção causada por um agente específico em decorrência de esforços deliberados; medidas de intervenção já não são necessárias. Exemplo: varíola.

**Extinção:** O agente infeccioso específico não mais existe na natureza ou em laboratório. Exemplo: nenhum.

**Fontes:** Dowdle and Hopkins, eds., 1998<sup>5</sup>; Dowdle 1999<sup>6</sup>

5. Dowdle WR and Hopkins DR, eds. 1998. The Eradication of Infectious Diseases. Dahlem Workshop Report. J. Lupp, series ed. Chichester: John Wiley & Sons. Link: <https://tinyurl.com/y3pnlkjm>

6. Dowdle WR. 1999. The principles of disease elimination and eradication. Bull. WHO 76(2):22-25. Link: <http://www.who.int/iris/handle/10665/260633>

## WHO STRATEGIC AND TECHNICAL ADVISORY GROUP ON NEGLECTED TROPICAL DISEASES 2014, CONFORME EMENDA EM MAIO DE 2015<sup>7</sup>

**Controle:** redução da incidência, prevalência, morbidade e/ou mortalidade causada por uma doença para um nível localmente aceitável em decorrência de esforços deliberados; são necessárias medidas de intervenção contínuas para manter a redução.

**Eliminação da lista de problemas de saúde pública (EPHP):** Um termo relacionado tanto com infecção como com doença. É definido mediante o cumprimento das metas globais quantificáveis estabelecidas pela OMS com relação a uma doença específica. Quando alcançadas, são necessárias ações contínuas que mantenham as metas e/ou que impulsionem [em direção a] a interrupção da transmissão. O processo de documentar a eliminação de uma doença da lista de problemas de saúde pública é chamado de validação.

**Eliminação da Transmissão (ET) (também denominada “interrupção de transmissão”):** Redução para zero da incidência da infecção causada por um agente patogênico específico em uma zona geográfica

definida, sendo que o risco de reintrodução é mínimo em decorrência de esforços deliberados; pode ser necessário adotar ações contínuas que previnam o restabelecimento da transmissão. O processo de documentar a eliminação da transmissão é chamado de “verificação”.

**Erradicação:** Redução permanente para zero de um agente patogênico específico, em decorrência de esforços deliberados, sem haver mais risco de reintrodução. O processo de documentar a erradicação é chamado de “certificação”.

**Extinção:** Erradicação do agente patogênico específico de maneira que não exista mais na natureza ou em laboratório, o que pode ocorrer com ou sem esforços deliberados.

**Nota de redator:** A certificação é outorgada por uma Comissão Internacional. Em um processo semelhante, a Região das Américas, da OMS, foi certificada como livre de poliomielite dentro da Iniciativa Global para a Erradicação da Poliomielite, em 1994.

7. Report of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Neglected Tropical Diseases 2015, 8th meeting. [https://www.who.int/neglected\\_diseases/NTD\\_STAG\\_report\\_2015.f?ua=1](https://www.who.int/neglected_diseases/NTD_STAG_report_2015.f?ua=1)

## Quadro 2. Destaques do progresso regional 2009-2017

- Colômbia, Equador e México foram os primeiros países do mundo a receber da OMS a verificação da eliminação da oncocercose humana; a Guatemala foi verificada em 2016. O número de pessoas necessitando de tratamento para a oncocercose na região diminuiu, passando de mais de 336.000 em 2009 para pouco mais de 25.000 em 2015.
- O México foi validado pela OMS como tendo eliminado o tracoma da lista de problemas de saúde pública a partir de 2017.
- Dezesete países centro-americanos e sul-americanos eliminaram a transmissão por vetores da doença de Chagas em todo ou parte do território nacional.
- Todos os países das Américas, exceto o Brasil, eliminaram a lepra da lista nacional de problemas de saúde pública.
- Quatorze países são considerados livres da transmissão local de malária.
- Em 2011, três países, Costa Rica, Suriname e Trinidad e Tobago, foram removidos da lista de países endêmicos para a filariose linfática, e não informaram ter havido nenhuma transmissão local, enquanto que Brasil, República Dominicana e Haiti estão próximos de atingir a eliminação da transmissão.
- Mais de 5 milhões de crianças em idade pré-escolar na Região foram tratadas contra geohelmintíases em 2015, o que equivale a 40% do total de crianças que necessitam de tratamento; e das 32 milhões de crianças em idade escolar, 20.4 milhões das que necessitavam receberam tratamento.
- No Caribe, seis países e territórios podem ter eliminado a transmissão da esquistossomose, porém há ainda algumas zonas com transmissão em focos limitados.
- Os casos de raiva humana transmitida por cães continuam limitados a um número pequeno de localidades geográficas.
- Até 2017, 20 países e territórios notificaram dados compatíveis com as metas de eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e 15 da sífilis congênita. Destes, Cuba recebeu a validação da OMS pelas duas eliminações em 2015, seguida por seis territórios e países do Caribe.
- O número de casos do tétano neonatal notificados diminuiu de 22 em 2011 para 10 em 2014; apenas no Haiti o tétano continua a ser um desafio de saúde pública.

**ANEXO 3. TABELA 2.** OPÇÕES DE RESPOSTA INTEGRADA PARA A ELIMINAÇÃO DE DOENÇAS COM BASE EM UMA SÉRIE DE INTERVENÇÕES

LEGEND DE CORES

■ Virus ■ Protozoários e metazoários ■ Bactérias e tipos de bactérias ■ Determinantes ambientais

"DOENÇA X POSSÍVEL INTERVENÇÃO"	MELHORIAS NO DOMICILIO	MELHORIAS NAS CONDIÇÕES DE WASH	INOUIDADE ALIMENTAR	MANEJO DE RESÍDUOS SÓLIDOS	MELHORIA NAS PRÁTICAS ZOOTÉCNICAS	OUTRAS INFRAESTRUTURAS COMUNITÁRIAS, INCLU. DRENAGEM	MANEJO DO HABITAT LOCAL	REDUÇÃO DA POBREZA NA COMUNIDADE	MIV-MANEJO INTEGRADO DE VETORES	VACINAÇÃO CANINA	CASTRACÃO CANINA	MANEJO DE RESERVATÓRIOS DE ANIMAIS VERTEBRADOS	EDUCAÇÃO COMPORTAMENTAL	ACESSO E SERVIÇOS NA APS	CLÍNICAS MATERNO-INFANTIS	CLÍNICAS ESPECIAIS, INCL. DIÁLISE, FEBRE, DERMATOLOGIA, EPILEPSIA	VACINAÇÃO E INMUNIZAÇÃO	RALO-X E TRATAMIENTO (CONVENCIONAL)	VIGILANCIA (PASIVA E ACTIVA, OPÇÃO DE OPERAÇÃO NA COMUNIDADE)	MAPEAMENTO	MEIOAMBIENTE MONITORAMENTO-MUDANÇA ECOLÓGICA LOCAL	QUIMIOTERAPIA PREVENTIVA COM ADMINISTRAÇÃO MACIÇA DE MEDICAMENTOS(AMM)	MMPI-MANEJO DA MORBIDADE E PREVENÇÃO DA INCAPACIDADE	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA - DETECÇÃO PRECOZE E INTERVENÇÃO IMEDIATA PARA CONTROLAR DOENÇAS E MINIMIZAR A INCAPACITAÇÃO
RAIVA					✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓				
TMF-HIV								✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
TMF-HBV								✓					✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓		
EPIDEMIAS DE FEBRE AMARELA	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	
HPV								✓					✓	✓	✓		✓			✓				
FEBRE AFTOSA (pecuária)					✓							✓					✓ pecuária			✓	✓			
DOENÇA DE CHAGAS	✓		✓		✓		✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓				✓
MALÁRIA (PF,PV)	✓	✓				✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓			
LEISH C/MC	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
LEISH VISCERAL	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ESQUISTOSSOMOSE		✓				✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓			✓
GEO-HELMINTÍASE	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓				✓	✓				✓	✓	✓		✓		
ONCOERCERCOSE							✓	✓	✓				✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓		✓
FILARIOSE LINFÁTICA	✓	✓		✓		✓		✓					✓	✓				✓	✓	✓		✓		✓
CISTICERCOSE			✓	✓	✓			✓				✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓				
FASCIOLÍASE		✓	✓		✓			✓	✓			✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓
TRACOMA		✓				✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓		✓
HANSENÍASE								✓				✓	✓	✓				✓	✓	✓				✓
TUBERCULOSE	✓							✓					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓			✓	✓
TMF-SÍFILIS								✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
BOUBA								✓					✓	✓					✓	✓				✓
CÓLERA		✓	✓	✓		✓		✓					✓	✓	✓			✓	✓	✓				✓
DEFECAÇÃO A CÉU ABERTO	✓	✓						✓					✓							✓	✓			
USO DE COMBUSTÍVEIS POLUENTES PARA COZINHAS	✓							✓												✓	✓			



Filariasis  
Elimination Campaign

**Take your pills**

*Prevention is the best cure*

Questions?  
Call the Ministry of Public Health  
**+592-225-8973**



Pesquisa de mapeamento da filariose linfática em crianças em idade escolar, Guiana

# OPAS



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
Américas