

Diana Filipa Matos da Cruz

O (Novo) Regulamento Sanitário Internacional
– Desafios para o profissional de saúde

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto 2013

Diana Filipa Matos da Cruz

O (Novo) Regulamento Sanitário Internacional
– Desafios para o profissional de saúde

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto 2013

Diana Filipa Matos da Cruz

O (Novo) Regulamento Sanitário Internacional – desafios para o profissional de saúde

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas”

Sumário

Esta revisão visa reconhecer a importância da implementação do novo Regulamento Sanitário Internacional de 2005 que alarga o espectro da coordenação internacional a todas as doenças potencialmente problemáticas no plano da saúde pública internacional e aborda a necessidade de uma ação proativa dos responsáveis em saúde que estejam ligados de uma forma direta ou indireta aos fluxos de pessoas e bens, ou ao ambiente. Primeiro apresentou-se a perspetiva histórica do Direito de saúde e abordou-se de seguida questões específicas deste regulamento. Procurou-se compreender o ponto de situação de Portugal na implementação e divulgação junto dos profissionais de saúde.

Abstract

This review aims to recognize the importance of implementing the new International Health Regulations of 2005 which extends the spectrum of international coordination to all diseases potentially problematic in terms of international public health and addresses the need for a proactive action of the responsible health that are linked a direct or indirect flows of people and goods, or the environment. First presented the historical perspective of the health law and is then addressed specific issues in this regulation. We sought to understand the current situation of Portugal in the implementation and dissemination near of health professionals.

“Há pessoas que passam na nossa vida e levam um pouco de nós e há pessoas que passam na nossa vida e deixam um pouco de si. Mas há pessoas que não passam, ficam.”

Para o Ricardo Cardoso por todo o apoio, paciência e amor que fez com que todas as dificuldades e contrariedades ficassem para trás!

ÍNDICE GERAL

Sumário.....	v
<i>Abstract</i>	v
Introdução.....	1
1. Perspetiva histórica.....	2
2. O Novo Regulamento Sanitário Internacional de 2005.....	5
3. Pontos Focais Nacionais.....	9
4. Capacidades Básicas.....	11
5. Pontos de Entrada.....	14
6. Formação de Profissionais.....	15
7. Monitorização de competências.....	16
8. Regulamento Sanitário Internacional: uma porta aberta.....	18
9. Aplicação prática: A pandemia do vírus Influenza A em 2009.....	19
10. Fragilidades.....	21
11. Desafios para os profissionais de saúde.....	22
12. O Caso Português.....	23
Conclusão.....	26
Bibliografia.....	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I	6
Figura II	7

Introdução

Em 2005, os Estados membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceram a necessidade de rever a cooperação internacional de saúde pública, e o Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Os 194 Estados Membros comprometeram-se a desenvolver capacidades básicas para detetar, avaliar, relatar e responder a qualquer evento de saúde pública que possa ter efeitos internacionais, independentemente do tipo ou origem do evento. Este novo Regulamento Sanitário Internacional, alarga o espectro da coordenação internacional a todas as doenças potencialmente problemáticas no plano da saúde pública internacional; aborda também a necessidade de uma ação proativa dos responsáveis em saúde que estejam ligados de uma forma direta ou indireta aos fluxos de pessoas e bens, ou ao ambiente.

Note-se que mesmo tendo sido a sua entrada em vigor a 15 de junho de 2007 o RSI não é bem conhecido em Portugal e nem tema de interesse em publicações (incluindo os profissionais de saúde) e o seu acesso também não é facilitado (existe uma versão bilingue publicada no Diário da República em formato PDF (Diário da República, 1.^a série — N.º 16 — 23 de janeiro de 2008). Podemos encontrar uma versão em língua portuguesa de forma mais acessível no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil), assim como alguma bibliografia de autores brasileiros.

Desta forma importa contextualizar as principais mudanças revistas no novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005, a sua aplicação prática e desafios para o profissional de saúde.

O trabalho apresentado a seguir baseia-se numa pesquisa bibliográfica efetuada, revista e sintetizada ao longo dos meses de fevereiro a julho de 2013 utilizando os locais na internet do *Pubmed*, *Science direct* e o *Google*, com o objetivo de compactar a informação relativa ao novo Regulamento Sanitário Internacional de 2005, situando as regras sanitárias internacionais ao longo do tempo, apresentar o RSI de 2005, as suas modificações mais relevantes em relação aos anteriores e os principais pontos de interesse, abordar alguns dos desafios para os profissionais de saúde e conhecer um pouco do caso português, o que se

relevou um desafio pois a informação em relação à implementação do RSI de 2005 em Portugal por parte das entidades competentes e bibliografia de autores portugueses é praticamente inexistente.

1. Perspetiva histórica

No contexto da Saúde Global definem-se prioridades como promoção da equidade social e económica e redução de desigualdades; intervenção em populações desfavorecidas e países em desenvolvimento; vigilância e proteção contra as ameaças globais e pontos globais com influência sobre a saúde, como o comércio, as alterações climáticas, o crescimento populacional e a segurança alimentar.

A propagação das doenças de um canto a outro do mundo e as tentativas de bloqueá-las quase sempre deram destaque ao transporte marítimo, ainda hoje o principal meio de transporte de bens por longas distâncias. Os navios, além das mercadorias, carregam, em uma relação quase orgânica, os tripulantes responsáveis pela sua operação, água e alimentos necessários à manutenção dessas pessoas, dejetos de seu metabolismo, roedores, insetos, todos capazes de portar ou transmitir doenças, visivelmente para a consciência empírica que gerou as primeiras ações, legitimada pelas demonstrações da microbiologia, desde que se afirma como teoria científica no século XIX (Mendoza, 2007).

A comunidade global há muito que reconheceu a necessidade de colaboração para conter a propagação de doenças infecciosas internacionais. Em 1800, os acordos internacionais e a discussão focada em selecionar um subconjunto de doenças (principalmente a cólera, e, posteriormente, a peste e a febre amarela) e regulamentos de quarentena necessários para evitar que o comércio marítimo fosse capaz de transportar estas doenças através das fronteiras internacionais. As discussões e negociações foram codificadas na Primeira Convenção Sanitária Internacional de 1892, que viria a ser o Regulamento Sanitário Internacional. Através de várias revisões, a estrutura destes acordos permaneceu relativamente estável até depois da Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Katz; Fischer, 2010).

Ao longo dos mais de 60 anos de existência da Organização Mundial da Saúde (OMS), os Estados Partes têm utilizado o dispositivo constitucional que permite à Assembleia Mundial da Saúde (AMS) adotar regulamentos relativos a exigências sanitárias e de quarentena e outros procedimentos destinados a prevenir a propagação internacional de doença. Em 1951, durante a 4ª Assembleia Mundial da Saúde, o Regulamento Sanitário Internacional foi adotado como o primeiro código internacional juridicamente vinculante, contendo requisitos sobre notificação de casos e apresentação de informes, medidas sanitárias a serem adotadas nos pontos de entrada e saída de pessoas e mercadorias nos países, medidas para prevenir a propagação de determinadas doenças, como cólera, peste, febre-amarela, varíola, febre recorrente e tifo (Hardiman, 2012).

Durante a 22ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1969, surge uma versão ampliada e atualizada do RSI anterior, que visa a estimulação da aplicação dos princípios da vigilância epidemiológica no plano internacional; compreender as fontes de propagação das infeções; corrigir as condições de saneamento nos portos, aeroportos e fronteiras com a finalidade de estancar a difusão de vetores e fomentar as atividades epidemiológicas nacionais, como forma de reduzir o risco de entrada de infeções procedentes do exterior. O Regulamento de 1969 sofreu mudanças em 1973 e em 1981, durante a 26ª e a 34ª Assembleias Mundiais de Saúde, respetivamente. Em 1973, foram modificadas as disposições relativas à cólera e, tendo em vista a erradicação mundial da varíola em 1980, esta doença foi excluída do Regulamento no ano seguinte, 1981. Além da cobertura limitada para poucas doenças, o instrumento de 1969 apresentava outras limitações: as notificações à OMS deviam ser realizadas oficialmente pela autoridade sanitária do país afetado; não havia incentivos para a adesão dos Estados Membros às disposições do RSI e nem ações específicas que pudessem ser adaptadas para prevenir a propagação internacional de uma determinada doença. Também não havia mecanismos eficientes de cooperação entre a OMS e um Estado Membro em situação de risco ou entre os países afetados. Ressalta-se que muitos países não notificavam surtos epidémicos porque temiam reações exageradas de outros países que pudessem ser lesivas a áreas como comércio, economia e turismo (Ferreira, 2009).

Considerando as mudanças epidemiológicas no panorama internacional, em 1995 a resolução da Assembleia Mundial de Saúde decidiu proceder a esta revisão e recomendou, dentre outras orientações, que esta contemplasse novas estratégias de vigilância e controle de enfermidades transmissíveis, que não estivessem restritas a uma reduzida lista de notificação obrigatória e que incluísse outros eventos inusitados de saúde (produzidos por agentes não biológicos) com potencial de colocar em risco a saúde das populações, de modo que, logo nos primeiros anos, foi proposta a notificação mais precoce de entidades clínicas suspeitas visando obter maior agilidade na recolha de amostras biológicas para o diagnóstico laboratorial (de novos agentes). Inicialmente supôs-se que a substituição de notificação internacional para doenças específicas por síndromes (febres hemorrágicas, respiratórias agudas, gastrointestinais incluindo as síndromes diarreicas agudas e as síndromes ictericas agudas, neurológicas agudas e outras mal definidas) poderia atender ao propósito de agilização da notificação de possíveis novos agentes e mesmo dos reemergentes. Felizmente, para fundamentar e testar a viabilidade desta proposta estudos pilotos foram conduzidos em alguns países, sob os auspícios da OMS. As análises de seus resultados apontaram a inviabilidade técnico-científica e operacional dessa proposição, em virtude da elevada sensibilidade e baixa especificidade, o que acarretaria uma sobrecarga para os sistemas nacionais de vigilância e também para as regionais da OMS, desde quando uma vastidão de entidades clínicas passaria a ser exaustivamente notificada antes de se proceder e concluir as investigações epidemiológicas e clínico-laboratoriais que viessem indicar, com algum grau de certeza, a existência de riscos populacionais à saúde, proposta essa que foi abandonada.

O momento fulcral que acelerou o processo de revisão do RSI deu-se quando o Ministério da Saúde da China informou o Diretor-Geral da OMS, em 11 de fevereiro de 2003, sobre um surto da síndrome respiratória aguda (SARS). Quando notificada à OMS a doença estava a ponto de propagar-se a vinte e quatro países, causando milhares de casos de SARS internacionalmente. Assim este processo acelerado de revisão do RSI teve uma proposta de publicação de textos em janeiro de 2004 e três negociações intergovernamentais, em novembro de 2004, fevereiro de 2005 e maio de 2005 (Mendoza, 2007). O RSI (2005) foi

adotado pela Assembleia Mundial de Saúde no dia 23 de maio de 2005 e juridicamente vinculante a partir de 15 de junho de 2007.

2. O Novo Regulamento Sanitário Internacional de 2005

O novo RSI abrange todas as ameaças ou riscos de saúde pública que possam interferir com o tráfego e o comércio internacionais. Este alcance integral incorpora uma vigilância de saúde pública e um sistema de resposta novos, baseados nas principais capacidades em níveis local, nacional e internacional. O alcance mais amplo do RSI (2005) torna-o um dos projetos de saúde globais mais ambiciosos. O alcance do RSI é enfatizado mediante a definição ampla de “doença”. De acordo com o RSI, “doença” é uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de sua origem ou fonte, que representa ou poderia representar risco significativo aos seres humanos (Artigo 1.1 RSI 2005). A amplitude da definição depende do fato de que o RSI se aplica a qualquer estado clínico que possa representar um risco de interferência com o tráfego e o comércio internacionais. A ampliação do alcance do RSI sobrepõe-se a outros regimes jurídicos internacionais, tendo criado desafios sem precedentes para a OMS, os quais requerem cooperação entre as diferentes organizações internacionais para a bem-sucedida governança global da saúde (Mendoza, 2007).

O novo RSI contém 66 artigos organizados em dez pontos e inclui nove anexos. O RSI de 2005 é um instrumento legal que envolve 194 países, incluindo todos os Estados Membros da OMS, cujo principal objetivo é auxiliar a comunidade internacional a prevenir e a responder aos riscos agudos de saúde pública que possuem o potencial de atravessar fronteiras e ameaçar a população mundial. Este Regulamento também objetiva limitar a interferência no tráfego e comércio internacionais, enquanto garante a saúde pública por meio da prevenção da disseminação de doenças (Fischer, 2012).

Para contornar o problema da cobertura limitada à cólera, à peste e à febre-amarela, no capítulo que se refere à vigilância de doenças e riscos, a esfera de aplicação do Regulamento foi estendida aos eventos denominados Emergência de Saúde Pública de

Importância Internacional (ESPII) (Ferreira, 2009). Definidos, conforme o artigo 1º do RSI, como eventos extraordinários determinados por constituírem um risco de saúde pública para outro estado por meio da propagação internacional de doenças e, por requerer, potencialmente, uma resposta internacional coordenada. Os países devem avaliar os eventos que ocorrem dentro de seu território e, antes de notificá-los à OMS, devem utilizar o instrumento de decisão constante no Anexo II do RSI de 2005 (figura I) (Carmo, 2005).

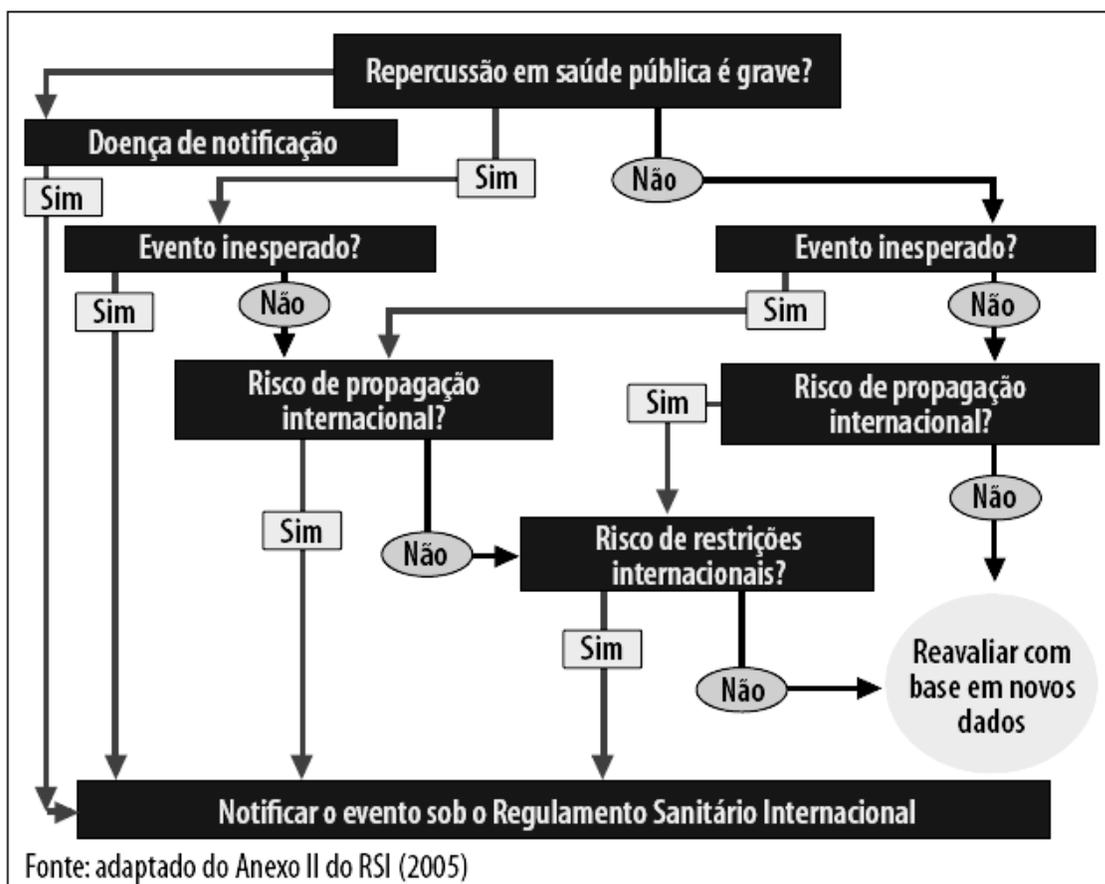


Figura I: Instrumento de decisão para avaliação e notificação de eventos que podem constituir uma ESPII. Fonte: Carmo, 2005.

Para as doenças como varíola, poliomielite por vírus selvagem, influenza humana causada por novo subtipo de vírus e SARS, a notificação à Organização Mundial da Saúde (OMS) será obrigatória (figura II), independentemente da sua forma de ocorrência na população;

para outras doenças que, sob determinadas condições, têm apresentado um maior risco de disseminação internacional, deve-se aplicar sempre o algoritmo de decisão aquando da ocorrência de casos ou surtos, para avaliar se cumprem os critérios estabelecidos para notificação. Um evento ou uma doença específica deverá ser sempre notificado quando forem cumpridos alguns critérios avaliados de forma contextualizada para uma população, tempo e espaço específicos, além de considerar aspetos relacionados à probabilidade de restrições internacionais ao trânsito de pessoas, bens e mercadorias e ao comércio internacional (Carmo, 2008).



Figura II: Doenças de notificação obrigatória e eventos que devem ser avaliados com uso do instrumento de decisão. Fonte: Carmo, 2005.

Revela o seu potencial para evitar a ocorrência de dano à população pois permite a adoção de medidas preventivas ao analisar o risco de disseminação de doenças. Assim este conceito torna-se mais amplo que o de epidemia e mais preciso que o de doenças emergentes, pois não se restringe à ocorrência do malefício, até porque algumas epidemias e doenças emergentes, podem tornar-se numa emergência de saúde pública de importância internacional, sempre que representarem risco de disseminação global. Todas as informações sobre o evento notificado são analisadas pela OMS e pela autoridade sanitária do país afetado para definir se tal evento constitui ou não uma ESPII. A OMS poderá contar com a participação de um Comité de Emergências para auxiliar neste processo de definição. Além desta função, o artigo 48 do RSI prevê que o Comité de Emergências também fornecerá pareceres sobre o término de uma ESPII e sobre propostas de emissão, modificação, prorrogação ou extinção de recomendações temporárias (Ferreira, 2009).

Outra inovação do Regulamento de 2005, contida no seu artigo 9º, consiste na admissão pela OMS de informações de fontes não-oficiais para o conhecimento dos eventos que poderiam constituir uma ESPII, não se exigindo mais a comunicação oficial pela autoridade sanitária do país afetado. Neste caso, a OMS solicitará ao Estado Membro, em cujo território supostamente decorre o evento, a verificação destes relatos de outras fontes. Dentro do possível, este país terá 24 horas para fornecer à OMS as informações de saúde pública disponíveis sobre a situação do evento mencionado na solicitação desta organização. Caso a ocorrência possa constituir uma ESPII, a OMS oferecerá a sua colaboração para avaliar o potencial de propagação internacional, a possível interferência com o tráfego internacional e a adequação das medidas de controlo. Somente em casos justificados, a OMS poderá manter a confidencialidade das fontes de informação (Ferreira, 2009).

Note-se que de acordo com Fátima Ferreira (2009) as informações fornecidas pelos Estados Membros à OMS podem ser mantidas em sigilo até o momento em que ficar determinado que o evento constitui uma ESPII; houver confirmação de evidências de propagação internacional; houver evidências de que as medidas de controlo contra essa propagação não terão sucesso, em vista da natureza da contaminação, agente patológico, vetor ou

reservatório; houver evidências de que o Estado Membro não possui capacidade operacional suficiente para a realização das medidas que previnem uma maior disseminação da doença; ou ainda, quando a natureza e abrangência do tráfego internacional de viajantes, bagagens, carga, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais exigirem a aplicação imediata de medidas internacionais de controle.

Uma vez confirmada a ocorrência de uma ESPII, o Diretor-Geral da OMS publicará recomendações temporárias que poderão incluir medidas de saúde em relação a pessoas, bagagens, cargas, meios de transporte, mercadorias e/ou encomendas postais. Estas recomendações serão dirigidas tanto ao país afetado como a outros Estados Membros e poderão ser modificadas ou prorrogadas, segundo as circunstâncias. Caso seja determinado o término da ESPII, outras recomendações temporárias poderão ser emitidas com o objetivo de evitar ou detetar prontamente a sua recorrência. Tais recomendações terão validade de três meses após a sua publicação, podendo ser rescindidas a qualquer momento. Elas expirarão automaticamente após esse período e poderão ser modificadas ou prorrogadas por períodos adicionais de até três meses. Ainda com o intuito de evitar ou reduzir a propagação internacional de doenças e evitar interferências desnecessárias com o tráfego internacional, a OMS poderá fazer recomendações permanentes, para aplicação periódica ou de rotina pelos Estados Membros, aos mesmos objetos das recomendações temporárias, em relação a riscos sanitários específicos existentes. As recomendações permanentes podem ser modificadas ou suspensas pela OMS, conforme apropriado (Ferreira, 2009).

3. Pontos Focais Nacionais

Cabe ao nível nacional avaliar todas as informações de eventos urgentes em até 48 horas e, quando o evento for de notificação obrigatória, notificar imediatamente à OMS, por meio dos Pontos Focais Nacionais para o RSI (Ferreira, 2009).

Os Pontos Focais Nacionais (PFNs), outra novidade do Regulamento de 2005, são representados por centros nacionais dos Estados Membros, permanentemente acessíveis, que realizam o contato entre os Pontos de Contato da OMS para o RSI. São responsáveis

por notificar a OMS de eventos de saúde relevantes, respondendo aos pedidos do secretário da OMS sobre a informação relacionada com o evento, e garantir que as recomendações da OMS chegam aos profissionais relevantes no país. Desde 2007 que os PFNs têm sido cada vez mais diligentes na atualização dos seus contactos com a OMS, numa base anual, conforme exigido pelos regulamentos. PFNs são oficialmente requisitados para trabalhar em conjunto com a OMS na implementação do RSI e fornecer feedback sobre as necessidades e preocupações para esta tarefa em cada país. Os funcionários que colaboram nos PFNs são o grande alvo das formações da OMS. O compromisso na avaliação científica dos procedimentos de notificação do RSI indicou que uma alta proporção dos PFNs teve uma boa compreensão dos procedimentos de notificação e tinham pesquisado sobre os diversos materiais para esclarecimento e formação sobre estes procedimentos e indicou que o acordo foi elevado em termos de eventos que deve ser notificado quando a aplicação dos procedimentos (Kat, 2012).

Os Pontos Focais Nacionais têm acesso aos detalhes de contato de todos os outros PFNs através de um site protegido por senha que permite a comunicação direta entre os países ao nível dos PFNs. Para eventos que não exigem a coordenação da OMS, as comunicações diretas têm sido úteis. Nem todos os PFNs têm funcionado como esperado. Por exemplo, alguns detalhes dos contatos podem não funcionar para comunicações urgentes, alguns PFNs indicam que alguns procedimentos ainda não estão estabelecidos, e atrasos na resposta a pedidos de informações sobre eventos, muitas vezes ocorrem. Estudos têm indicado que os PFNs sabem avaliar os eventos no âmbito do RSI. A sua participação em comunicações relacionadas aos eventos está a aumentar, no entanto, o seu papel tem sido principalmente o de fornecer informações oficiais e precisas sobre os eventos que chamam a atenção da OMS através notícias dadas pelas Agências noticiosas. Entre as razões identificadas para tal desempenho abaixo do ideal é que alguns PFNs têm baixa autoridade, resultando em atrasos na obtenção de autorização para comunicações. Essa falta de autoridade também é identificada como uma barreira para a colaboração intersectorial eficaz, que é visualizada como fundamental para o papel do NFP dentro da sua situação nacional.

Embora os Pontos Focais Nacionais geralmente reconheçam o valor no envolvimento com setores do governo fora do ministério da saúde, não têm o poder de convocação necessários para estabelecer vínculos sólidos e confiáveis.

Uma das obrigações mais importantes introduzidas pelo RSI é o compromisso dos Estados Membros para desenvolver, fortalecer e manter as capacidades nacionais para identificar, analisar, avaliar e responder aos eventos de saúde pública nos seus territórios e para desenvolver, fortalecer e manter capacidades de saúde pública de rotina e de emergência em certos pontos de entrada designados. Para atingir este objetivo, o nível da comunidade local e/ou nível primário de resposta em saúde pública deve desenvolver capacidades para detetar eventos, repassar imediatamente as informações essenciais ao nível apropriado de resposta de atenção à saúde e implementar imediatamente as medidas preliminares de controlo. O nível intermediário deve ser capaz de confirmar a situação dos eventos notificados e apoiar ou implementar medidas adicionais de controlo, ao tempo em que deve avaliar imediatamente o evento e repassar as informações essenciais ao nível nacional, caso o evento seja considerado urgente. Sistemas nacionais eficazes são a base essencial para qualquer segurança da saúde global e que tais sistemas são os mecanismos necessários para prevenir muitos eventos de saúde pública de alcançar o nível de significância internacional.

4. Capacidades Básicas

As capacidades do RSI são descritos em termos funcionais no Anexo 1 (incluem: descrições clínicas, resultados laboratoriais, fontes e tipo de risco, número de casos humanos e óbitos, condições que afetem a propagação da doença e as medidas de saúde empregadas), e um marco importante para a implementação foi chegar a um consenso sobre os componentes de âmbito técnico e que podem ser esperados para contribuir para a funcionalidade necessária. O compromisso de desenvolver capacidades essenciais para detetar, avaliar, relatar e responder a qualquer evento de saúde pública que possa atravessar fronteiras, quer de origem natural, acidental ou deliberada e estão agrupadas nas oito seguintes categorias principais: legislação nacional, política e financiamento; coordenação e

comunicação de Pontos Focais Nacionais (NFP); vigilância; resposta; preparação; comunicação de risco; recursos humanos; rede de laboratórios.

Capacidade 1: Legislação Nacional, Política e Financiamento

Necessidade de ter um quadro jurídico adequado para apoiar e permitir a implementação de todas as obrigações e direitos. Legislação nova ou modificada também pode ser necessária por parte dos Estados para suportar as novas capacidades técnicas desenvolvidas de acordo com o Anexo 1. Aplicação da legislação servirá para institucionalizar e fortalecer o papel do RSI (2005) e as operações dentro de cada Nação e também facilitar a coordenação entre as diferentes entidades envolvidas na execução.

Capacidade 2: Coordenação e comunicação de NFPs

A aplicação efetiva do RSI requer abordagens multidisciplinares/multissetoriais através de parcerias nacionais para alerta eficaz e sistemas de resposta. Coordenação dos recursos a nível nacional, incluindo a designação de um Ponto Focal Nacional do RSI (NFP), que é um centro nacional para comunicações RSI, um requisito fundamental para a implementação do RSI. Deve ser acessível em todos os momentos para na comunicação com a OMS e todos os setores e as partes interessadas no país.

Capacidade 3: Vigilância

O RSI requer a rápida deteção de riscos à saúde pública, bem como a avaliação de risco e aviso, notificação e resposta a esses riscos. É necessário um sistema de vigilância sensível e flexível e uma função de alerta precoce. A estrutura do sistema precisa ser definida através de uma política de saúde pública e legislação. Correntes de responsabilidade devem ser claramente identificadas para garantir uma comunicação eficaz dentro do país, com a OMS e com outros países, conforme necessário.

Capacidade 4: Resposta

Operações de comando, comunicações e mecanismos de controlo são necessárias para facilitar a coordenação e gestão das operações de surtos e outros eventos de saúde pública. A equipa de resposta rápida multidisciplinar /multissetorial (RRT) deve ser estabelecida e

estar disponível 24 horas 7 dias por semana, e deve ser capaz de responder rapidamente a eventos que possam constituir uma emergência de saúde pública de interesse nacional ou internacional.

Capacidade 5: Preparação

A preparação inclui o desenvolvimento a nível nacional, intermediário e nível comunitário/primários de resposta de saúde pública de resposta de emergência para eventos ou perigos relevantes. Outros componentes de preparação incluem o mapeamento de riscos potenciais e os locais de risco, a identificação dos recursos disponíveis, o desenvolvimento de arsenais nacionais apropriados de recursos e a capacidade para apoiar as operações nos níveis de resposta intermediária e primária durante uma emergência.

Capacidade 6: Comunicação de Risco

Comunicação de risco deve ser um processo multi facetado que visa ajudar as partes interessadas, definir riscos, identificar os perigos, avaliar as vulnerabilidades e promover a resiliência da comunidade, promovendo, assim, a capacidade de lidar com um desdobramento de emergência de saúde pública. Uma parte essencial da comunicação de risco é a divulgação de informações ao público sobre os riscos e eventos, tais como surtos de doenças de saúde. Parceiros de comunicação e pessoas de interesse no país precisam ser identificadas, e os mecanismos de coordenação e de comunicação funcional estabelecidos.

Capacidade 7: Recursos Humanos

Reforçar as habilidades e competências dos profissionais de saúde pública é fundamental para a sustentação de vigilância da saúde pública e da resposta em todos os níveis do sistema de saúde e na implementação efetiva do RSI.

Capacidade 8: Rede de Laboratórios

Os Estados Membros devem estabelecer mecanismos que assegurem a identificação de laboratórios fiáveis e em tempo útil de agentes infecciosos e outros perigos que possam causar emergências de saúde pública de interesse nacional e internacional, incluindo o envio de amostras aos laboratórios adequados, se necessário.

Uma das capacidades básicas (Laboratório) descritas no RSI obriga a OMS e os Estados-Membros a estabelecer mecanismos para a identificação em laboratório em tempo oportuno e com resultados fiáveis na caracterização de agentes infecciosos e outros perigos que possam causar emergências de saúde pública de interesse nacional e internacional, incluindo o envio de amostras aos laboratórios apropriados. Os serviços de laboratório, portanto, irão desempenhar um papel importante em todos os processos-chave do RSI, incluindo deteção, avaliação, resposta, notificação e monitoramento de eventos. Os países desenvolvidos, com serviços laboratoriais de rotina bem organizados podem facilmente atender a essa capacidade de base através dos sistemas existentes. No entanto, os países com recursos limitados, especialmente os da África Subsaariana revelam uma necessidade de capacitação considerável. Onde os recursos são escassos e desigualmente distribuídos, as redes podem reduzir as lacunas entre diferentes populações. A OMS defende a criação de redes nacionais de saúde pública para garantir o intercâmbio atempado de informações e com o apoio adequado dos serviços de laboratório em todos os níveis. Em ambos os níveis nacional e sub-nacional, apenas alguns países possuem redes de laboratórios de saúde pública funcionais (Masanza, 2010).

5. Pontos de Entrada

Todas as capacidades básicas e perigos potenciais aplicáveis devem permitir a aplicação eficaz da saúde e medidas para evitar a propagação internacional de doenças. Os Estados Membros deverão designar os aeroportos internacionais, portos e travessias, que irão desenvolver capacidades específicas na aplicação das medidas de saúde pública necessárias para gerenciar uma variedade de riscos à saúde pública.

Riscos potenciais para a saúde deverão fazer parte dos requisitos e da capacidade do RSI, como é o caso dos identificados como infecciosos, zoonóticos, segurança alimentar, química e radiológica/nuclear.

6. Formação de profissionais

A capacidade de planejar e implementar uma rede de laboratórios de saúde pública eficaz, que atenda aos requisitos de capacidade do núcleo do RSI depende da disponibilidade de pessoal altamente treinado e motivado, que não são apenas tecnicamente competentes, mas também possuem uma forte liderança e habilidades gerenciais. Por anos, tem havido uma falta de programas de treinamento de nível avançado para os cientistas de laboratório, e isso tem contribuído para o mau estado do setor de laboratório principalmente nas regiões subdesenvolvidas.

Desta forma em conjunto com instituições de ensino reconhecidas o secretário da OMS implementou um teste piloto relativo ao curso de implementação do RSI que tem o objetivo de fortalecer os recursos humanos disponíveis pelos países para configurar e gerenciar sistemas que possam garantir a saúde pública global promoção de um entendimento harmonizado global e aplicação do quadro do RSI. Este curso é para profissionais de saúde pública, principalmente aqueles pertencentes os PFNs, mas também aqueles de outros setores organizações nacionais ou internacionais, nos setores público e privado. O curso é ministrado ao longo de 5 meses, com preparação *in loco*. As 210 horas totais de aprendizagem em 12 semanas de ensino à distância com tutoria e uma pausa de 6 semanas usada para finalizar atribuições e preparação para a sessão de 2 semanas decorrida presencialmente.

Os três primeiros cursos-piloto foram operados pelo Departamento de Capacidades globais, alerta e resposta em colaboração com a Universidade de Pretória, África do Sul, Universidade de Direito de Georgetown, EUA, Universidade de Genebra, Suíça e Instituto de Desenvolvimento *Bioforce*, França. A implementação dos cursos envolvidos com as contribuições dos diversos departamentos da OMS: Segurança Alimentar, Zoonoses e Doenças Transmitidas por Alimentos; Proteção do Ambiente Humano, Ação de Saúde em Crises e sistemas e serviços de saúde foram mobilizados para identificar e patrocinar participantes. Os cursos foram entregues em Inglês para 89 participantes de 57 países em todas as seis regiões da OMS. A avaliação pós-formação dos primeiros dois cursos realizados em 2011 indicaram que o conteúdo do curso foi relevante para o trabalho dos participantes, melhorou a sua compreensão do RSI, e aumentou a sua confiança ao lidar

com o tema. As Competências desenvolvidas têm sido postas em prática, e o material do curso foi reutilizado ao nível nacional. A oportunidade de interagir com colegas de outros países durante e após o curso foi considerada uma experiência valiosa. À luz da avaliação positiva e contínua necessidade, está prevista a organização de cursos adicionais a nível nacional. Revelou-se a necessidade de oferta deste curso noutros idiomas além do Inglês e a requisição de novos parceiros institucionais e recursos adicionais. Alguns dos conteúdos do curso serão desenvolvidos em módulos independentes para integração potencial noutras oportunidades de formação estabelecidas, tais como formação em epidemiologia de campo e Mestres de programas de saúde pública. Monitoramento do Progresso do RSI Nacional (Hardiman, 2012).

7. Monitorização de competências

Para ajudar os Estados Membros a avaliar a sua capacidade, uma estrutura de monitoramento foi desenvolvida. O quadro representa um consenso de opiniões de especialistas técnicos definidos globalmente a partir de estados membros da OMS, instituições técnicas, parceiros e de dentro da OMS. O quadro incorpora conhecimentos e conceitos que têm sido usados com sucesso para monitorar as atividades da capacidade de desenvolvimento atual. Baseia-se no conhecimento das capacidades atuais dos Estados Membros, as estratégias regionais e nacionais existentes para o desenvolvimento de capacidades e outros recursos e ferramentas disponíveis, particularmente outras ferramentas utilizadas para avaliação da capacidade dos peritos do núcleo do RSI pelos Estados Membros. Usando uma lista de 20 indicadores, o processo de acompanhamento do RSI avalia o estado de implementação nas oito áreas de capacidade, o desenvolvimento nos pontos de entrada e desenvolvimento para os perigos relevantes.

Monitorar o Desenvolvimento e Fortalecimento de Capacidades do RSI nos Estados Membros é relevante pois estes são obrigados a informar a Assembleia Mundial de Saúde (artigo 54 do RSI (2005)) anualmente (resolução de 61,2), sobre os progressos alcançados na prestação de apoio aos Estados Membros sobre o cumprimento e implementação dos Regulamentos. Em relação aos Estados Membros:

- Permite a realização autoavaliações sobre o desenvolvimento e fortalecimento de sua capacidade;
- Determinar o seu progresso no desenvolvimento da capacidade de identificação de áreas onde são necessárias melhorias;
- Para fornecer informações relevantes para uso em planeamento estratégico, programas com base em provas e melhorias, se necessário, bem como o feedback e recomendações para facilitar a tomada de decisões adequadas;
- Permitir que os Estados Membros forneçam à OMS, anualmente, com informações sobre o estado de implementação do RSI.

O questionário anual é usado para reunir dados sobre as capacidades básicas; as respostas dos países são armazenadas num banco de dados seguro da OMS, acessível apenas aos PFNs para o RSI e ao secretário através do uso de ferramentas que garantam a confidencialidade do país. O questionário está disponível em vários formatos, inclusive através da Internet. Para garantir que o espectro de riscos relevantes é coberto, os PFNs são aconselhados a liderar o processo de preenchimento do questionário, em estreita colaboração com as autoridades responsáveis pelas diversas áreas de capacidade e incluindo outros setores relevantes.

Saídas do quadro de acompanhamento incluem perfis de países de todos que forneceram informações e relatórios dos PFNs detalhados sobre pontos fortes, fracos e lacunas; os perfis para as seis regiões da OMS e os relatórios globais para a Assembleia Mundial da Saúde. Esta informação permitiu que os Estados Membros pudessem medir o progresso e identificar as melhorias necessárias, fornecendo assim evidências para planeamento do programa, as recomendações e decisões. Ao nível global, esta informação de monitorização é utilizada pela secretaria para cumprir a solicitação da Assembleia de Saúde para um relatório anual sobre a aplicação do RSI da OMS, incluindo a informação fornecida pelos Estados Membros. A análise também permite uma melhor identificação das áreas

prioritárias para a qual o secretário e outros parceiros de desenvolvimento podem concentrar o seu apoio aos países.

De um total de 194 Estados Membros, o questionário provocou 128 e 156 respostas para 2010 e 2011, respetivamente. Como nem todos os Estados Membros responderam ao questionário, os relatórios podem não refletir completamente os principais pontos fortes e fracos de desenvolvimento de capacidades nos níveis regionais e globais do RSI. Avaliar o estado de implementação nos países que não responderam é um desafio, especialmente porque alguns destes países enfrentam maiores dificuldades de implementação. Com o objetivo de melhorar a validade e a consistência dos dados auto relatados, várias instituições multinacionais e ações de formação foram realizadas e permitiram recolher dados padronizados e ferramentas de análise.

8. Regulamento Sanitário Internacional: uma porta aberta

Os regulamentos e a estrutura descrevem as capacidades básicas necessárias para a implementação funcional do RSI, mas deixam a flexibilidade para os países determinarem a melhor forma de estruturar e desenvolver essas capacidades (18). Várias abordagens nacionais para a implementação do RSI têm surgido, dependendo de fatores como a sofisticação dos sistemas e infraestruturas, os objetivos passados e presentes dos ministérios da saúde e dos seus parceiros externos, a disponibilidade de recursos, a arquitetura dos sistemas de saúde pré-existentes, e a força de compromissos regionais para a saúde cooperação e coordenação.

Exemplos destes últimos são a Vigilância Integrada da Doença e da estratégia de resposta previamente aprovado pelo Comité Regional da OMS para a África e padrões compartilhados desenvolvido através de uma aliança comercial sub-regional da América Latina. O Escritório Regional Sudeste da Ásia (SEARO) e o Escritório Regional do Pacífico Ocidental (WPRO), em colaboração desenvolveram a estratégia para a Ásia-Pacífico para Doenças Emergentes, proporcionando um quadro de abordagens coordenadas

para a detecção rápida da doença e as respostas de emergência de saúde pública em todos os setores, países e regiões (Hardiman, 2012).

De acordo com Maxwell Hardiman temos, também como exemplo, o acordo de cooperação para a prevenção da disseminação de doenças transmissíveis através do projeto Travel Air que é uma iniciativa Organização Internacional de Aviação Civil, através do qual os países podem receber apoio para a realização dos objetivos do RSI relativos ao transporte aéreo. Outras colaborações incluem a Rede Internacional de Turismo, as redes regionais, como a Orientação para a Avaliação de Risco para Doenças Infeciosas Transmissíveis do projeto de Aeronaves (iniciado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças), e o projeto de formação de saneamento em navio da Comissão Europeia. Para facilitar a partilha de informação e a coordenação entre as autoridades responsáveis para as medidas de saúde e de desenvolvimento de capacidades básicas do RSI nos pontos de entrada, a OMS apoia uma rede especializada em portos, aeroportos e fronteiras: a PAGnet.

9. Aplicação prática: A pandemia do vírus Influenza A em 2009

Durante o acidente nuclear no Japão em 2011, a epidemia de cólera no Haiti 2010/11 e a pandemia de influenza A (H1N1) em 2009, a PAGnet ofereceu uma plataforma de comunicação para funcionários de saúde pública nos pontos de entrada de todo o mundo, facilitando a partilha de informações relevantes sobre medidas que ajudaram a evitar uma reação exagerada e barreiras desnecessárias às viagens e comércio internacional (Hardiman, 2012).

De qualquer forma até ao momento, no entanto, todas as disposições relativas às emergências globais foram aplicadas apenas num evento: a pandemia de gripe de 2009-2010. O Comité de Emergência do RSI foi convocado em 25 de Abril de 2009, para assessorar o diretor-geral da OMS sobre a determinação da primeira emergência de saúde pública de preocupação internacional no âmbito do RSI. Esta primeira reunião do Comité de Emergência ocorreu por teleconferência e num período de 48 horas após a decisão de convocar foi possível demonstrar que os procedimentos estabelecidos pelo RSI poderiam

funcionar na prática. O trabalho contínuo deste comité, demonstra o compromisso dos seus membros para apoiar os governos do mundo. Como o RSI (2005) obrigava todas as nações a denunciar casos de gripe H1N1 à OMS, os Estados Membros ampliaram seus esforços de vigilância da gripe. As Nações afetadas iniciaram a atualização dos seus casos estimados com regularidade. A criação do PFNs possibilitou que a OMS se pudesse envolver num nível sem precedentes de comunicação com todos os Estados Membros. O que possibilitou a coordenação dos esforços de resposta e assegurar que as nações recebiam informações atualizadas em relação à propagação do vírus, patogenia e transmissibilidade, bem como estratégias de contenção. O RSI, assim, serviu como um quadro orientador para a resposta coordenada à pandemia, não só durante os primeiros dias, mas também como a pandemia chegou ao hemisfério sul por volta de maio de 2009, e durante a reemergência no hemisfério norte durante a estação outono/inverno (Katz; Fischer, 2010). O Secretariado da OMS foi capaz de fornecer atualizações, anúncios, e conselhos para os países através do site de informações de eventos para os PFNs, oportunidade excelente para a OMS tirar elações sobre a implementação do RSI a nível global.

A epidemia de gripe H1N1 também destacou pontos fracos no quadro do RSI que delineou claramente o processo pelo qual a OMS fará consultoria especializada na orientação técnica aos Estados Membros. O que inclui abordar respostas baseadas em evidências para que as autoridades nacionais possam utilizar para limitar a introdução da doença a partir dos portos e fronteiras. Apesar disso não foi impeditivo para que alguns países tomassem decisões unilaterais que não eram cientificamente consistentes com a orientação da OMS, e não respeitaram os princípios do RSI que obrigavam os países a respeitar os direitos humanos e causar o mínimo de perturbação para o fluxo internacional de pessoas e bens (Katz; Fischer, 2010).

10. Fragilidades

Após a promulgação do RSI revisto em junho de 2007, todos os países membros foram obrigados a desenvolver e implementar um mínimo de capacidades básicas de saúde pública até à data acordada de junho de 2012, no aniversário de cinco anos da aplicação do

RSI. Muitos países não cumpriram o prazo e solicitaram uma extensão de dois anos. Nações com elevado risco de surto epidémico ou de doenças infecciosas emergentes e outras crises de saúde pública e numa época de recursos limitados, as prioridades concorrentes, e os desafios políticos, a realização dos objetivos de implementação do RSI, mesmo com uma extensão, vai ser um desafio. Concentrar esforços para a implementação do RSI e permitir que todos os países possam medir o progresso no propósito da implementação do RSI é, portanto, essencial (Ijaz, 2012).

Nos termos do artigo 44 do RSI, as nações concordaram em colaborar no desenvolvimento e manutenção das capacidades de saúde pública para a implementação do RSI, prestando assistência técnica, logística e financeira aos países em desenvolvimento. A flexibilidade do quadro do RSI, permite que os líderes nacionais possam interpretar os requisitos do RSI, através de mecanismos que são sensíveis aos contextos locais e regionais, torna-se um desafio para aproveitar essa ajuda de forma eficaz. Consequentemente, muitas nações que poderiam usar a ajuda com a implementação do RSI ainda estão em processo de identificação de oportunidades para a construção de capacidade cooperativa com parceiros externos, muitas vezes sem informações sobre o quanto isso vai custar para implementar os seus planos de ação nacionais para o RSI (Ijaz, 2012).

Historicamente as Nações adotam estratégias "verticais" focadas em doenças ou condições específicas. Estratégias que tentam fortalecer o RSI com mandatos de capacidades básicas, sem considerar as estratégias nacionais mais amplas do setor de saúde podem correr o risco de criar falhas no RSI e potenciar crises nos países com recursos escassos e forças de trabalho na saúde inadequadas. O RSI apresenta-se à comunidade internacional com um princípio de organização para o fortalecimento do laboratório e as capacidades públicas de saúde fundamentais para os sistemas de saúde. Muitos países têm-se centrado, inicialmente, sobre os relatórios e as implicações para a soberania, sem olhar para a frente para o próximo passo: a construção de capacidades de resposta. Mesmo em países desenvolvidos, como os EUA, as normas para a preparação da saúde pública num nível sub-nacional têm sido desenvolvidas através de processos complicados.

Embora todos os Estados Membros sejam legalmente obrigados a seguir o RSI, não há nenhuma penalidade formal para a falta de notificação à OMS de um ESPII potencial, ou para o fracasso para alcançar capacidades básicas de vigilância, notificação e resposta. A OMS não tem poder para forçar as nações a cumprir as obrigações do RSI. Até à data, a cooperação com os regulamentos depende da confiança internacional, e o entendimento de que as populações e as ameaças às populações estão interligadas. A adesão também foi fundamentada na ideia de que as nações não podem controlar o fluxo de informações e emergências de saúde pública que se tornem evidentes independentemente do que os funcionários nacionais possam relatar. Líderes que não consigam comunicar uma emergência de saúde pública com prontidão, poderão enfrentar situações embaraçosas e restrições comerciais no caso da OMS revelar informações sobre o evento inicialmente, assim como desconfiança por parte de outras comunidades face ao fraco desempenho na saúde nacional (Katz; Fischer, 2010).

11. Desafios para os profissionais de saúde

Estudos precedentes indicaram que o RSI continua fracamente conhecido pelos profissionais da saúde em setores geográficos onde o número de pessoas vulneráveis é precisamente mais importante. Cardoso cita Ofili et al. (2002), num estudo empreendido entre os médicos na Universidade (de Estado) do Hospital de Benin City (Nigéria), verificou que o conhecimento das doenças de notificação obrigatória era limitado. A sofisticação inerente ao funcionamento do novo RSI implicaria um esforço real de informação e sensibilização, e até de formação especializada, destinado aos vários agentes envolvidos na saúde pública.

Os profissionais de saúde têm como potenciais barreiras à participação na saúde global, a falta de valorização na carreira e nas instituições da participação e envolvimento em projetos e formações internacionais de referência, nas dificuldades linguísticas e culturais que dificultam a participação no exterior e o acolhimento e comunicação com profissionais estrangeiros.

12. O caso Português

De acordo com o consultado no Portal de saúde e tendo em vista a indivisibilidade da saúde na comunidade internacional, o Estado Português reconhece as consequentes interdependências sanitárias a nível mundial e assume as respetivas responsabilidades.

O Estado Português apoia as organizações internacionais de saúde de reconhecido prestígio, designadamente a Organização Mundial de Saúde, coordena a sua política com as grandes orientações dessa organização e garante o cumprimento dos compromissos internacionais livremente assumidos.

Como Estado membro das Comunidades Europeias, Portugal intervém na tomada de decisões em matéria de saúde a nível comunitário, participa nas ações que se desenvolvem a esse nível e assegura as medidas a nível interno decorrentes de tais decisões.

Em particular, Portugal defende o progressivo incremento da ação comunitária visando a melhoria da saúde pública, especialmente nas regiões menos favorecidas e no quadro do reforço da coesão económica e social fixado pelo Ato Único Europeu.

É estimulada a cooperação com outros países, no âmbito da saúde, em particular com os países africanos de língua oficial portuguesa.

Em relação à defesa sanitária das fronteiras: O Estado Português promove a defesa sanitária das suas fronteiras, com respeito pelas regras gerais emitidas pelos organismos competentes. Em especial, cabe aos organismos competentes estudar, propor, executar e fiscalizar as medidas necessárias para prevenir a importação ou exportação das doenças submetidas ao Regulamento Sanitário Internacional, enfrentar a ameaça de expansão de doenças transmissíveis e promover todas as operações sanitárias exigidas pela defesa da saúde da comunidade internacional (Portal da Saúde, 2011).

A Direção-Geral da Saúde, organismo que tutela a implementação do RSI em Portugal, consciente das responsabilidades inerentes a este processo, para além de ter acompanhado os trabalhos de revisão do RSI, desenvolveu uma série de ações, a saber:

1. Identificação das capacidades:

Identificação dos diferentes procedimentos realizados pelas entidades que executam funções associadas ao cumprimento dos requisitos nos portos e aeroportos internacionais do Continente e das Regiões Autónomas, através de questionário elaborado pelo Ponto Focal Nacional, abrangendo áreas de caracterização sumária e caracterização ambiental e de saúde ocupacional.

Diagnóstico das condições estruturais e dos recursos humanos existentes nos portos e aeroportos internacionais.

Realização de ações de formação sobre Sanidade Internacional aos profissionais de saúde que trabalham nos portos e aeroportos internacionais, tendo em vista o processo de mudança em curso.

Construção de indicadores ambientais que permitam monitorizar os procedimentos implementados nos portos e aeroportos internacionais relativamente aos fatores de risco, nomeadamente:

- Qualidade da água de abastecimento distribuída a navios e aeronaves;
- Higiene alimentar nas áreas e restauração de portos e aeroportos e no catering fornecido às aeronaves;
- Gestão adequada dos resíduos sólidos e líquidos (incluindo resíduos com risco biológico e resíduos considerados perigosos pela Lista Europeia de Resíduos) produzidos a bordo de navios e aeronaves;
- Qualidade do ar interior nas estruturas físicas de portos e aeroportos;
- Controlo de vetores transmissores de doenças ao ser humano no perímetro de portos e aeroportos.

2. Publicação do Regulamento

O Regulamento Sanitário Internacional que entrou em vigor a 15 de junho de 2007, foi publicado pelo Aviso nº 12/2008, no Diário da República, 1ª série, nº 16, de 23 de janeiro de 2008.

3. Aeroportos e Portos Internacionais Autorizados

Para cumprimento no previsto no art. 21º do RSI, foram designados os Aeroportos e Portos Internacionais que dispõem de requisitos mínimos ao referido Regulamento, sendo os Aeroportos em Portugal Continental o do Porto, Lisboa, Faro e os Portos em Portugal Continental o de Viana do Castelo, Leixões, Aveiro, Figueira da Foz, Lisboa, Setúbal, Sines, Portimão; na Madeira o de Funchal e nos Açores o de Ponta Delgada (Direção Geral da Saúde, 2012).

A Organização Mundial da Saúde e a Direção Geral da Saúde organizaram um workshop sobre sanidade internacional na Administração do Porto de Sines e na Casa do Médico, em Sines que contou também, com a colaboração das autoridades portuguesas que têm responsabilidades na inspeção sanitária e controlo portuário e aeroportuário. Com o objetivo geral de desenvolver nos participantes as competências necessárias para implementar o Regulamento Sanitário Internacional nos países de língua portuguesa.

E cujos objetivos específicos foram os de dotar os participantes da informação necessária sobre os critérios definidos pelo RSI, de acordo com os standards da OMS; partilhar conhecimentos e procedimentos relacionados com o controlo internacional de propagação de doenças em portos e navios; estimular a colaboração e comunicação entre autoridades portuárias, de modo a definir critérios de auditoria, emissão de certificados de inspeção de navios e uniformização de procedimentos; apresentar os procedimentos recomendados para a inspeção e emissão de certificados de sanidade de navios ao abrigo do definido pela OMS.

O público-alvo foram técnicos responsáveis pela implementação do Regulamento Sanitário Internacional em portos dos países de língua portuguesa (Portal da Saúde, 2008).

Conclusão

A Implementação do RSI, exigido para todos os Estados Membros pela OMS, foi prevista para a data de junho de 2012, fato que se revelou não concretizável pela grande maioria dos países que pediram uma revogação, permitida, do prazo em adição de mais dois anos adiando para 2014. Colher os benefícios do novo RSI para a saúde global requer a compreensão não só as dificuldades dessa, mas também o potencial que o Regulamento representa. O objetivo é que todos os países possam desenvolver ou melhorar a capacidade de detetar e responder às emergências de saúde pública. Além disso, as possíveis emergências de saúde pública de preocupação internacional também precisam ser comunicadas para evitar a propagação das doenças em todo o mundo.

Os países precisam de definir concretamente metas e indicadores para poderem fazer a monitorização do seu progresso para a implementação das capacidades básicas do Regulamento Sanitário Internacional de 2005. Sem objetivos e metas explícitas, a promessa de consenso internacional em torno do RSI pode ser desperdiçada, mas com eles também não há esperança de que o que é medido acabará por ser feito. O maior desafio envolvido na implementação do RSI é garantir que as capacidades básicas do RSI estão presentes em todos os países do mundo. Para os profissionais de saúde por todo o mundo devem ser revistas as capacidades de formação a fim de incentivar o conhecimento e aprendizagem do novo RSI. Desta forma começa agora o trabalho árduo para conseguir que esta revisão global em saúde se revele eficaz para os indivíduos, para os diferentes Estados e para a comunidade internacional.

Para Portugal existe ainda um longo caminho a percorrer no sentido de divulgar e formar em relação aos diferentes procedimentos do novo RSI de 2005 junto dos profissionais de saúde de uma forma generalizada pois será fundamental a sua intervenção rápida em casos de suspeita de eventos possíveis de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

Bibliografia

Baker, M.; Fidler, D. (2006). Global Public Health Surveillance under New International Health Regulations, *Emerging Infectious Diseases*, 12(7). [Em linha]. Disponível em <www.cdc.gov/eid>. [Consultado em 10.05.2013]

Casqueira Cardoso, J. (2012). International Health Regulations and Global Reporting Laws. In: Uma E. Segal & Doreen Elliot, *Refugees Worldwide*, Nova Iorque: Praeger-ABC Clío., pp. 71 - 101.

Carmo, E. (2005). O Novo Regulamento Sanitário Internacional. *SVS - Boletim Eletrônico Epidemiológico*. 2(5). [Em linha]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Bol_Eletr_ANO05_02_2005.pdf>. [Consultado em 17.05.2013]

Carmo, E. *et al.* (2008). Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta, *Estudos Avançados*, 22(64). [Em linha]. Disponível em <www.cdc.gov/eid>. [Consultado em 28.05.2013]

Direção Geral da Saúde (2012). Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde Nacional - Regulamento Sanitário Internacional [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/>>. [Consultado em 10.07.2013]

Ferreira, F.; Castro, L. (2009). O Novo Regulamento Sanitário Internacional e o Controle da Pandemia Influenza H1N1 no Brasil. [Em linha]. Disponível em <<http://www.unaerp.br/revistas/index.php/paradigma/article/viewFile/97/106>> [Consultado em 07.02.2013]

Fischer, J. *et al.* (2012). The International Health Regulations (2005): Surveillance and Response in an Era of Globalization [Em linha]. Disponível em <http://www.stimson.org/images/uploads/The_International_Health_Regulations_White_Paper_Final.pdf>. [Consultado em 23.04.2013]

Hardiman, M. (2012). World Health Organization Perspective on Implementation of International Health Regulations, *Emerging Infectious Diseases*, 18(7). [Em linha]. Disponível em <www.cdc.gov/eid>. [Consultado em 28.05.2013]

Henriques, C. (2001). Regulação Sanitária Sem Fronteiras. *Revista de Direito Sanitário*, 2(1). [Em linha]. Disponível em <<http://revistas.usp.br/rdisan/article/view/13092/14894>>. [Consultado em 09.06.2013]

Ijaz, K. *et al.* (2012). International Health Regulations - What Gets Measured Gets Done, *Emerging Infectious Diseases*, 18(7), [Em linha]. Disponível em <www.cdc.gov/eid>. [Consultado em 28.05.2013]

Kat, R. (2012). Costing Framework for International Health Regulations, (2005), *Emerging Infectious Diseases*, 18(7). [Em linha]. Disponível em <www.cdc.gov/eid>. [Consultado em 28.05.2013]

Katz, R., Allen, H. (2009). Domestic Understanding of the Revised International Health Regulations. *Public Health Reports*, 124(November). [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2773943/>>. [Consultado em 23.04.2013]

Katz, R., Fischer, J.(2010). The Revised International Health Regulations: A Framework for Global Pandemic Response. *Global Health Governance*, 3(2). [Em linha]. Disponível em <www.ghgi.org>. [Consultado em 08.06.2013]

Masanza, M. *et al.* (2010). Laboratory capacity building for the International Health Regulations (IHR[2005]) in resource-poor countries: the experience of the African Field Epidemiology Network (AFENET). *BMC Public Health*. 10(1). [Em linha]. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/S1/S8>>. [Consultado em 17.05.2013]

Mendoza, G. (2007). Novo Regulamento Sanitário Internacional : Plataforma para Governança Global da Saúde. *Ethos governamental*, n. 4; 2006-2007 [Em linha]. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/1555-8746/2007/vn4/a79-99-2.pdf> [Consultado em 23.04.2013]

Organização Mundial de Saúde (2008). Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR core capacities in States Parties. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/ihr/IHR_Monitoring_Framework_Checklist_and_Indicators.pdf>. [Consultado em 23.04.2013]

Portal da Saúde (2008). Workshop sobre sanidade internacional em Sines [Em linha]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/10/sanidade+workshop.htm>>. [Consultado em 12.07.2013]

Portal da Saúde (2011). Lei de Bases da Saúde [Em linha]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>>. [Consultado em 12.07.2013]

World Health Assembly (1995). Revision and updating of the International Health Regulations, WHA48.7 [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/csr/ihr/WHA58-en.pdf>>. [Consultado em 22.06.2013]