



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

29^a CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA

69^a SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de setembro de 2017

Tema 4.4 da agenda provisória

CSP29/6, Rev. 3*
25 de setembro de 2017
Original: espanhol

**AGENDA DE SAÚDE SUSTENTÁVEL PARA AS AMÉRICAS 2018-2030:
UM CHAMADO À AÇÃO PARA A SAÚDE E O BEM-ESTAR NA REGIÃO**

* Esta versão contém mudanças no objetivo 5.8.

SUMÁRIO

I. DECLARAÇÃO DOS MINISTROS E SECRETÁRIOS DE SAÚDE	3
II. PREFÁCIO DA DIRETORA DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA	4
III. A VISÃO REGIONAL	5
Características da nova Agenda	5
Princípios e valores	5
<i>Direito de gozar do grau máximo de saúde que é possível atingir</i>	5
<i>Solidariedade pan-americana</i>	6
<i>Equidade na saúde</i>	6
<i>Universalidade</i>	7
<i>Inclusão social</i>	7
Visão	7
IV. CONTEXTO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO	9
Contexto e antecedentes.....	9
<i>A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030</i>	9
<i>A Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017</i>	9
<i>A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável</i>	12
Análise da situação	13
<i>Tendências socioeconômicas na Região</i>	14
<i>Tendências demográficas</i>	15
<i>Tendências da situação de saúde e resposta dos sistemas de saúde na Região</i>	16
<i>Meio ambiente e saúde</i>	20
<i>Doenças transmissíveis</i>	21
<i>Doenças crônicas, saúde mental e fatores de risco para as doenças não transmissíveis</i>	24
<i>Sistemas e serviços de saúde</i>	26
V. OBJETIVOS E METAS	30
VI. EXECUÇÃO, ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIOS	45
Implementação.....	45
Acompanhamento, avaliação e apresentação de relatórios	48
Anexo A: Metas e indicadores do ODS3	50
Anexo B: Causas principais de morte na Região (2010-2013), segundo o sexo	56
Anexo C: Agradecimentos	57

I. DECLARAÇÃO DOS MINISTROS E SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Nós, os Ministros e Secretários de Saúde dos países da Região das Américas, aprovamos por unanimidade esta Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA 2030) como o instrumento estratégico de política que proporcionará direção e visão política para o desenvolvimento da saúde na Região pelos próximos 13 anos e declaramos nosso compromisso com:

- a) Uma visão regional de um continente americano mais saudável e equitativo, em harmonia com a visão e os princípios mundiais estabelecidos na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, com base nos avanços obtidos na consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e na Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017;
- b) A reafirmação do direito à saúde onde seja nacionalmente reconhecido e do direito a gozar do grau máximo de saúde que seja possível atingir, a solidariedade pan-americana, equidade em saúde, a universalidade e a inclusão social como princípios e valores fundamentais que têm inspirado os países que representamos a melhorar os resultados em saúde para que nossas populações possam alcançar seu máximo potencial;
- c) O trabalho contínuo em favor do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde e o desenvolvimento de sistemas de saúde resilientes e com capacidade para analisar e atuar sobre os determinantes da saúde de maneira intersectorial;
- d) a promoção da Agenda nos níveis mais altos de tomada de decisões e o fomento de ações conjuntas com agentes tanto governamentais como não governamentais no nível subnacional, nacional, sub-regional e regional, conforme apropriado, para concretizar a visão regional desta Agenda de uma maneira integral e colaborativa;
- e) A implementação, acompanhamento e avaliação desta Agenda e a prestação de contas com respeito ao seu cumprimento, através dos mecanismos estabelecidos em colaboração com a Repartição Sanitária Pan-Americana.

II. PREFÁCIO DA DIRETORA DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA

1. Os países da Região das Américas se uniram de maneira sem precedentes para elaborar e lançar esta inspiradora *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030*, e os aplaudo por isso. A Região continua desempenhando seu papel de pioneira e líder global em saúde pública: neste caso, ao expor com clareza como enfrentará os desafios apresentados nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030 aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2015.

2. A Repartição Sanitária Pan-Americana vem apoiando com entusiasmo os países que trabalharam na elaboração desta Agenda, e comprometo firmemente nosso total apoio para levá-la a cabo. Esta Agenda será fundamental para a formulação dos planos estratégicos da OPAS e apoiaremos ativamente sua implementação em toda a Região, em colaboração com todos os países e parceiros.

3. A evolução do setor da saúde na Região tem sido notável: somente nas últimas décadas, presenciamos importantes avanços em indicadores chave de saúde, como expectativa de vida, mortalidade infantil e cobertura vacinal. Recentemente, eliminamos a rubéola e o sarampo; e muitos países eliminaram a transmissão materno-infantil do vírus de imunodeficiência humana (HIV) e algumas doenças tropicais negligenciadas, como a oncocercose (cegueira dos rios) e a doença de Chagas. Além disso, a Região está bem encaminhada para a eliminação da malária. Embora haja avanços na luta contra as doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, continuam representando uma grande ameaça à saúde, bem-estar e desenvolvimento de nossos povos.

4. Acredito que esta Agenda nos ajudará a concentrar melhor nossos esforços ao longo da década de 2020 para que obtenhamos um retorno ainda maior de nosso investimento em saúde. Nos próximos anos, nosso foco deve ser assegurar a equidade na saúde, para que todas as pessoas possam se beneficiar dos principais esforços rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde.

5. Estou confiante de que esta agenda política de alto nível pode nos ajudar a não perder de vista a meta enquanto trabalhamos conjuntamente para atingir os objetivos de saúde aqui descritos. Entre agora e 2030, os partidos políticos podem mudar, as circunstâncias econômicas podem ser mais ou menos favoráveis ao investimento na saúde; ainda assim, poderemos permanecer concentrados nestas metas de longo prazo.

6. Por esta razão, convido-os a celebrar o esforço, a visão e o compromisso dos países que resultaram nesta Agenda Sustentável de Saúde. Ao mesmo tempo, devemos reconhecer que a parte difícil começa agora: o trabalho diário nas inúmeras iniciativas e ações que, em última instância, nos permitirão alcançar esta visão de saúde e bem-estar equitativos para todos os povos da Região.

(Assinatura)

III. A VISÃO REGIONAL

Características da nova Agenda

7. A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (“Agenda” ou “ASSA2030”) constitui o marco de políticas e planejamento estratégico de mais alto nível na Região das Américas. É um chamado à ação coletiva para alcançarmos níveis mais elevados de saúde e bem-estar na Região como um todo e nos Estados Membros, levando em consideração o novo contexto regional e global. A Conferência Sanitária Pan-Americana, a autoridade suprema da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que conta com representação de todos os países do continente americano, aprova esta Agenda.

8. A ASSA2030 representa a resposta do setor da saúde aos compromissos assumidos pelos Estados Membros da OPAS na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, e os temas inconclusos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, assim como os desafios regionais futuros e emergentes em matéria de saúde pública que possam surgir. A Agenda será implementada por meio dos planos estratégicos e estratégias da OPAS, bem como dos planos de saúde sub-nacionais e regionais.

Princípios e valores

9. A ASSA2030 promove a saúde e o bem-estar de todos os indivíduos, famílias e comunidades nas Américas. Reconhecendo que os países da Região têm diferentes necessidades e enfoques para melhorar a saúde, esta Agenda respeita os princípios e valores inter-relacionados que são indicados a seguir, e se adere a eles.

Direito de gozar do grau máximo de saúde que é possível atingir

10. A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que o gozo do grau máximo de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social.¹ Para tornar este direito uma realidade, os países devem trabalhar para melhorar o acesso a uma atenção à saúde que seja oportuna, acessível e de qualidade apropriada, bem como em torno dos determinantes da saúde como as condições de vida adequadas e os alimentos saudáveis. Todos esses fatores também promovem o gozo de outros direitos humanos, inclusive o direito à educação e à não discriminação, e os princípios de acesso à informação e participação social, entre outros.

11. A Agenda está alinhada com o compromisso dos Estados Membros e da Repartição Sanitária Pan-Americana (Repartição ou RSPA) de integrar os direitos humanos nos programas e políticas de saúde em âmbito nacional e regional, considerando

¹ Constituição da Organização Mundial da Saúde. Disponível em espanhol em: <http://www.who.int/about/mission/es/>.

que os determinantes subjacentes da saúde devem fazer parte de um enfoque integral da saúde e dos direitos humanos.

Solidariedade pan-americana

12. Com base na história e experiência de nosso continente, a solidariedade pan-americana (entendida como a promoção de interesses e responsabilidades comuns, bem como a facilitação de esforços coletivos para alcançar metas comuns) é essencial para assegurar o progresso equitativo dos Estados Membros na implantação da Agenda na Região.

13. As sólidas parcerias bilaterais e a cooperação Sul-Sul entre os Estados Membros, bem como a cooperação multilateral e regional, juntamente com processos dinâmicos de integração, são mecanismos básicos para o intercâmbio de enfoques e experiências eficazes, assim como de bens e serviços, para atingir metas comuns e superar as iniquidades na saúde.

14. A solidariedade também é essencial para assegurar a segurança em saúde durante crises, emergências e desastres na Região.

Equidade na saúde

15. A Agenda reflete a busca pela equidade na saúde como parte de um esforço coletivo para eliminar todas as desigualdades em saúde que são evitáveis, injustas e remediáveis entre populações ou grupos dentro dos países da Região e entre eles. Para superar as desigualdades em saúde, é importante levar em consideração que elas têm suas raízes em determinantes sociais e ambientais que também precisam ser abordados.

16. Como afirma a OMS, um enfoque de saúde baseado em direitos humanos fornece estratégias e soluções para abordar e corrigir desigualdades, práticas discriminatórias e relações injustas de poder que frequentemente estão por trás da iniquidade nos resultados de saúde. A meta de um enfoque baseado em direitos humanos é que todas as políticas, estratégias e programas de saúde sejam formulados com o objetivo de melhorar progressivamente o gozo do direito à saúde por todas as pessoas. As intervenções para alcançar este objetivo aderem a princípios e normas rigorosos, inclusive não discriminação [...], disponibilidade [...], acessibilidade [...], aceitabilidade [...], qualidade [...], prestação de contas [...] e universalidade [...].²

² OMS. Salud y derechos humanos (Hoja descriptiva n.º 323). Dezembro de 2015. Disponível em espanhol em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

Universalidade

17. Os direitos humanos, entre eles o direito ao gozo de grau máximo de saúde, são universais e inalienáveis. Todas as pessoas, em qualquer lugar do mundo, devem poder exercê-los e aproveitá-los.

18. Em conformidade com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, a ASSA2030 adere ao princípio de não deixar ninguém e nenhum país para trás.

Inclusão social

19. A Agenda promove a participação social na definição, implementação e avaliação de resultados das políticas de saúde. Desse modo, incentiva os formuladores de políticas e provedores de serviços a tomarem as medidas necessárias para tornar os sistemas de saúde mais receptivos às pessoas que atendem.

20. No exercício dos direitos humanos, inclusive o direito ao gozo do grau máximo de saúde, todas as pessoas devem ser incluídas, sem discriminação por raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outro tipo, nacionalidade ou origem social, lugar de nascimento ou qualquer outra condição.³

21. No exercício do direito ao gozo do grau máximo de saúde, deve-se incluir as pessoas que pertencem a grupos étnicos, comunidades e grupos populacionais que se diferenciam culturalmente. A Agenda leva em consideração o enfoque intercultural como expressão de um processo social interativo de reconhecimento e respeito às diferenças existentes entre uma ou mais culturas, o que é imprescindível para a construção de uma sociedade justa.⁴

Visão

22. Até 2030, a Região como um todo e os países que a integram se propõem obter o grau mais alto de saúde com equidade e bem-estar para todas as pessoas em todo o curso da vida, com acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde, sistemas de saúde resilientes e serviços de saúde de qualidade.

³ Conselho Econômico e Social das Nações Unidas: Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Observación General No. 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales; 2009 (documento E/C.12/GC/20). Disponível em espanhol em: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ae049a62>.

⁴ OPAS: Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, p. 11. Disponível em espanhol em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>.

23. Esta visão está em plena harmonia com a visão global declarada na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável,⁵ que define um marco geral para o desenvolvimento social, econômico e ambiental, em que a saúde e seus fatores determinantes desempenham um papel essencial: “Aspiramos a um mundo livre da pobreza, fome, doença e penúria, onde todas as formas de vida possam prosperar. Aspiramos a um mundo livre do medo e da violência. Um mundo com alfabetização universal. Um mundo com acesso equitativo e generalizado à educação de qualidade em todos os níveis, aos cuidados de saúde e proteção social, onde o bem-estar físico, mental e social estejam assegurados. Um mundo em que reafirmemos os nossos compromissos relativos ao direito humano à água potável e ao saneamento e onde haja uma melhor higiene; e onde o alimento seja suficiente, seguro, acessível e nutritivo. Um mundo onde os habitats humanos sejam seguros, resilientes e sustentáveis e onde haja acesso universal à energia acessível, confiável e sustentável.”

⁵ Nações Unidas. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, resolución A/RES/70/1. Disponível em espanhol em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf?OpenElement>.

IV. CONTEXTO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Contexto e antecedentes

A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030

24. A Agenda representa a resposta do setor da saúde aos compromissos assumidos pelos países na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, temas inconclusos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, assim como os compromissos assumidos pela Repartição como o escritório regional da OMS, outros compromissos mundiais em matéria de saúde da Região e desafios regionais futuros e emergentes em matéria de saúde pública.

25. Os Estados Membros da OPAS decidiram elaborar a ASSA2030 em um evento especial durante o 55º Conselho Diretor, em 28 de setembro de 2016. Os participantes, inclusive vários ministros da saúde, determinaram que a nova Agenda deveria expressar a visão compartilhada dos Estados Membros para o desenvolvimento da saúde na Região no contexto da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Determinou-se também que a nova Agenda deveria se basear nas lições extraídas da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e nas iniciativas individuais dos Estados Membros para avançar rumo à implantação nacional dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

26. Para elaborar a Agenda, um Grupo de Trabalho de Países⁶ trabalhou em estreita colaboração com a RSPA em reuniões virtuais e presenciais, de outubro de 2016 a setembro de 2017. Além disso, foram realizadas consultas com os Estados Membros durante as sessões dos Órgãos Diretores da OPAS em 2017 e durante a Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2017. Essas consultas foram uma oportunidade de manter os Estados Membros informados sobre o progresso e obter contribuições conforme o processo evoluía.

A Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017

27. A Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017⁷ foi desenvolvida depois de uma “recomendação da Unidade de Inspeção Conjunta das Nações Unidas, que assinalava que o planejamento das organizações internacionais deve ser baseado numa visão comum de seus Estados Membros, formulada independentemente das respectivas secretarias e dos

⁶ O Grupo de Trabalho foi composto de representantes de alto nível de 16 Estados Membros de todas as sub-regiões das Américas: Estados Unidos e México (América do Norte); Antígua e Barbuda, Barbados (Caribe); Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicarágua e Panamá (América Central); e Argentina, Brasil, Chile, Equador, Paraguai, Peru e Uruguai (América do Sul). O Equador ocupou a presidência e o Panamá e Barbados as vice-presidências do grupo. Entre os representantes havia Ministros e Vice-Ministros da Saúde, diretores de saúde, especialistas em planejamento, epidemiologistas e especialistas em relações internacionais em saúde.

⁷ OPAS, Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16305&Itemid.

órgãos diretivos das organizações.”⁸ Além disso, a Agenda de Saúde abordou os mandatos dos ODM e o Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde, aprovado em 2006. A Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 foi lançada na Cidade do Panamá em junho de 2007.

28. A Agenda foi reconhecida como o instrumento político de mais alto nível para a saúde na Região das Américas. Orientou a resposta às necessidades de saúde da população da Região e constituiu um compromisso formal de trabalhar em conjunto e com solidariedade para o desenvolvimento da saúde na Região. Além disso, serviu de guia na elaboração de planos nacionais de saúde e dos planos estratégicos de todas as organizações interessadas na cooperação de saúde com os países das Américas, inclusive a RSPA (planos estratégicos 2008-2013 e 2014-2019).

29. A Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 estabeleceu oito grandes áreas de ação: *a)* fortalecer a Autoridade Sanitária Nacional; *b)* abordar os determinantes da saúde; *c)* aumentar a proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade; *d)* diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as iniquidades dentro deles; *e)* reduzir os riscos e a carga de doença; *f)* fortalecer a gestão e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; *g)* aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia; e *h)* fortalecer a segurança sanitária.

30. A avaliação intermediária da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 foi apresentada à 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2012. A avaliação reconheceu o progresso significativo obtido em todas as oito áreas de ação da Agenda e chamou a atenção para questões de saúde específicas onde o avanço havia sido menor e era necessário redobrar os esforços: *a)* mortalidade materna, *b)* dengue, *c)* tuberculose, *d)* HIV/AIDS, *e)* obesidade, *f)* gasto público em saúde, e *g)* despesas por conta própria. Durante o período de análise, os países da Região haviam feito bom uso da Agenda, que havia guiado a formulação de planos, políticas e estratégias nacionais de saúde. Igualmente, em âmbito sub-regional, a Agenda havia sido largamente utilizada para orientar a formulação de programas, estratégias, e planos de ação. Porém, os organismos de saúde e parceiros na Região haviam usado a Agenda de maneira limitada. A falta de metas e indicadores havia criado dificuldades na avaliação intermediária e na supervisão e apresentação de relatórios eficazes sobre sua implementação. Recomendou-se o estabelecimento de metas para 2017, com base em “indicadores substitutos” definidos para a avaliação intermediária da Agenda.

31. A avaliação final da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, realizada simultaneamente ao desenvolvimento da ASSA2030, incluiu a realização de um levantamento junto a todos os Estados Membros, um exame de seus planos de saúde e uma análise dos indicadores substitutos definidos na avaliação intermediária. Os resultados preliminares desta avaliação final permitem informar sobre as áreas identificadas na avaliação intermediária.

⁸ Relatório Final da 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (Documento CSP27/FR) (1º a 5 de outubro de 2007). Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/csp/csp27-fr-p.pdf>

32. No que se refere às áreas específicas destacadas, a avaliação final indica o seguinte:

- a) Mortalidade materna: a razão de mortalidade materna (RMM) estimada⁹ na Região mostra variações muito importantes entre os países, com uma redução de 67 por 100.000 nascidos vivos registrados em 2005 para 52 em 2015. Neste último ano, a mediana foi de 63 por 100.000 nascidos vivos no conjunto da Região,¹⁰ 27 entre os países que estavam abaixo dessa mediana regional¹¹ e 94 entre os que estavam acima.¹²
- b) Dengue: os casos de dengue aumentaram significativamente, de 1.699.072 casos acumulados em 2011 para 8.207.797 em 2015;¹³ portanto, essa doença continua sendo uma grande preocupação na Região.
- c) Tuberculose: houve uma redução da incidência de 24 casos por 100.000 habitantes em 2007 e 23,5 por 100.000 habitantes em 2009 para 22,1 por 100.000 habitantes em 2014.¹⁴
- d) Infecção pelo HIV/SIDA: houve uma redução do número de casos de transmissão vertical do HIV de 3.300 em 2011 para 2.100 em 2015.¹⁵
- e) Obesidade: a tendência mostra um aumento da obesidade em menores de 5 anos de 6,9% em 2005 para 7,2% em 2012.¹⁶
- f) Gasto nacional público destinado à saúde como porcentagem do produto interno bruto (PIB): houve um aumento gradual na América Latina e no Caribe: 3,1% em 2006, 3,7% em 2011 e 4% em 2014 (usando uma média simples).¹⁷
- g) Gasto por conta própria: como porcentagem do gasto total destinado à saúde, na América Latina e no Caribe diminuiu de 52% em 2006 para 33% em 2014.¹⁸

33. Em conformidade com seu propósito, a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 serviu à OPAS como o principal instrumento político e estratégico para a formulação e implementação de dois planos estratégicos (2008-2013 e 2014-2019), assim como estratégias e planos de ação regionais e estratégias de cooperação nos países.

⁹ OMS; UNICEF; UNFPA; Grupo Banco Mundial; Divisão de População das Nações Unidas. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>.

¹⁰ Intervalo de confiança de 95% (14-229).

¹¹ Intervalo de confiança de 95% (7-54).

¹² Intervalo de confiança de 95% (64-350).

¹³ OPAS. *Saúde nas Américas*, edições 2012 e 2017.

¹⁴ OPAS. *Indicadores Básicos de Saúde*, 2016.

¹⁵ OPAS. *Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas*. Update 2016.

¹⁶ OPAS. *Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas (2012) e Indicadores Básicos de Salud (2016)*.

¹⁷ OPAS. *Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas (2012) e Indicadores Básicos de Salud (2017)*.

¹⁸ Idem.

A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

34. Em setembro de 2015, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a resolução “Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”.¹⁹ A Agenda 2030 contém 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas de desenvolvimento específicas.

35. Dos 17 ODS, o Objetivo 3, “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, e suas 13 metas são diretamente relevantes para a ASSA2030. Porém, é importante destacar a existência de metas adicionais relacionadas com a saúde em outros ODS, clara expressão da intenção da Agenda 2030 de fomentar um enfoque intersetorial do desenvolvimento e trabalhar para obter melhorias sociais, econômicas e ambientais holísticas.

Tabela 1. Metas do ODS3²⁰

Nº	Meta
3.1	Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.
3.2	Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, conseguindo que todos os países tentem reduzir a mortalidade neonatal para menos de 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para menos de 25 por 1.000 nascidos vivos.
3.3	Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.
3.4	Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.
3.5	Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.
3.6	Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos por acidentes em estradas em todo o mundo.
3.7	Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.
3.8	Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.
3.9	Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos e por contaminação e poluição do ar, da água e do solo.
3.a	Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado.

¹⁹ Nações Unidas no Brasil. 17 Objetivos para transformar o nosso mundo. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>.

²⁰ Elaborado com informação extraída da resolução A/RES/70/1 da Assembleia Geral das Nações Unidas, *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*.

Nº	Meta
3.b	Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.
3.c	Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, e formação e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos relativo e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.
3.d	Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, a redução de riscos e o gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.

36. O parágrafo 26 da Agenda 2030 enfatiza a importância fundamental da saúde: “Para promover a saúde física e mental e o bem-estar, e para aumentar a expectativa de vida para todos, temos de alcançar a cobertura universal de saúde e acesso a cuidados de saúde de qualidade. Ninguém deve ser deixado para trás. Comprometemo-nos a acelerar os progressos alcançados até o momento na redução da mortalidade neonatal, infantil e materna, dando um fim a todas essas mortes evitáveis antes de 2030. Estamos empenhados em garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para o planejamento familiar, para a informação e para a educação. Iremos igualmente acelerar o ritmo dos progressos realizados na luta contra a malária, HIV/AIDS, tuberculose, hepatite, ebola e outras doenças e epidemias transmissíveis, incluindo a abordagem em relação à crescente resistência antimicrobiana e o problema das doenças negligenciadas que afetam os países em desenvolvimento. Estamos comprometidos com a prevenção e o tratamento de doenças não transmissíveis, incluindo distúrbios de comportamento, de desenvolvimento e neurológicas, que constituem um grande desafio para o desenvolvimento sustentável.”

Análise da situação

37. A análise apresentada abaixo estabelece o contexto para a ASSA2030. Inclui uma sinopse das características e tendências socioeconômicas e demográficas, do perfil epidemiológico, das tendências da situação de saúde e da resposta dos sistemas de saúde. As fontes de informação são o relatório das Nações Unidas sobre a situação e perspectivas da economia mundial 2017²¹, a seção “Perspectiva Regional” da edição 2017 do documento *Saúde nas Américas*²² (com contribuições dos Estados Membros) e o

²¹ Nações Unidas. *Situación y perspectivas de la economía mundial 2017* (resumo executivo; publicação completa disponível somente em inglês). Disponível em: https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/2017wesp_es_sp.pdf; Nações Unidas. *World Economic Situation and Prospects 2017. Update as of mid-2017*. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/130/50/PDF/N1713050.pdf?OpenElement>.

²² OPAS. Contexto económico y social de las Américas 2010-2015. Em: OPAS. *Salud en las Américas 2017* (pendente de publicação).

*Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015/Primeiro relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019.*²³

Tendências socioeconômicas na Região

38. A economia mundial nos últimos dez anos se caracterizou por uma desaceleração com leves recuperações. Esta desaceleração começou em setembro de 2008, com seu epicentro nas economias de alguns países que estavam experimentando maior crescimento. A Região das Américas não ficou alheia a esta tendência e apresentou uma desaceleração mais pronunciada que a média mundial.

Perspectivas econômicas por sub-região

39. As economias da Região mostram um desempenho variável. As perspectivas econômicas da América do Norte (Estados Unidos e Canadá, primeira e décima economias do mundo) são positivas, basicamente pelo aumento no consumo privado, particularmente de bens duráveis e a aquisição de imóveis; o baixo nível de desemprego; e o aumento ligeiro dos salários nos Estados Unidos. No Canadá, prevê-se uma expansão econômica como resultado dos planos de expansão fiscal em infraestrutura básica, os aumentos modestos dos preços dos produtos básicos e uma ligeira melhora na competitividade devido à depreciação da moeda.

40. Na América do Sul, depois de dois anos de queda no PIB (1,9% em 2015 e 2,6% em 2016) se prognostica uma recuperação lenta de 0,6% em 2017 e 2,6% em 2018. Alguns países mostraram um melhor desempenho devido a maiores investimentos; em outros segue pesando o aumento do desemprego, o baixo crescimento na produtividade, a escassa diversificação econômica e a fraca capacidade institucional.

41. No México e na América Central, espera-se que o crescimento médio se mantenha em níveis modestos e se prognostica um crescimento do PIB ligeiramente superior a 2% para 2017 e 2018 em meio a um alto nível de incerteza. Em alguns países da América Central se prevê um crescimento do PIB de mais de 4% em 2017 e 2018 devido a um vigoroso investimento público, forte consumo privado e dinamismo das indústrias turísticas.

42. No Caribe, a situação e as perspectivas econômicas variam muito entre os países, dependendo das limitações estruturais de suas economias e da sua vulnerabilidade às mudanças na economia mundial. Apesar disso, alguns países experimentaram um crescimento do PIB de 3% ou mais.

²³ OPAS. Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015/Primeiro relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. 55º Conselho Diretor, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 26 a 30 de setembro de 2016 (Documento CD55/5). Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36172&Itemid=270&lang=pt.

43. O relatório da ONU²⁴ conclama a uma reorientação de políticas macroeconômicas e de outros tipos para promover de maneira mais eficaz o investimento em capital físico e humano e o fortalecimento de capacidades inovadoras em toda a Região. Há riscos significativos no aspecto econômico. As perspectivas de crescimento a médio prazo para muitas economias da América Latina e Caribe encontram-se obnubiladas por fraquezas estruturais persistentes, inclusive a alta dependência de produtos primários e o baixo crescimento da produtividade. Um período prolongado de crescimento fraco poderia ameaçar os ganhos sociais da década passada e complicaria o avanço da Região rumo à consecução dos ODS. Por isso, o relatório recomenda aumentar o investimento público para romper o círculo vicioso de baixo investimento/baixo crescimento econômico e melhorar a arrecadação de impostos.

Tendências demográficas

44. A Região das Américas tem sido testemunha de importantes transições demográficas e epidemiológicas. Em 2015 a população da Região chegou a 992 milhões, com um crescimento de 12% desde 2005. Em termos gerais, entre 2010 e 2015 houve uma redução de 1,48% na população menor de 15 anos e um aumento de 14,06% na população maior de 79 anos.²⁵

45. A esperança de vida ao nascer em âmbito mundial aumentou em 3 anos entre o período 2000-2005 e o período 2010-2015 (de 67,1 a 70,5). A Região das Américas também teve um aumento na esperança de vida ao nascer de 3,2 anos, de 73,7 em 2000 a 76,9 em 2015. A média regional de esperança de vida oculta as desigualdades entre e dentro das sub-regiões e dos países. Por exemplo, a esperança de vida em 2015 na América Latina e no Caribe era de 74,5 anos, enquanto na América do Norte era de 79,2 anos e entre os países varia desde 63,5 anos no Haiti até 82,2 no Canadá.²⁶

46. Em metade dos países na Região, as taxas de fecundidade encontram-se inferiores a 2,1 filhos por mulher. Isso significa que estes países adentraram a fase demográfica de “população sem reposição”, assim como um processo de envelhecimento progressivo. Embora as taxas de fecundidade tenham diminuído, a fecundidade nas adolescentes (de 15 a 19 anos de idade) aumentou, com uma taxa atual de fecundidade regional estimada em 49,5 por 1.000 (com uma faixa de 8,2 a 96,1). Embora atualmente esta tendência

²⁴ Nações Unidas. *Situación y perspectivas de la economía mundial 2017* (resumo executivo; publicação completa disponível somente em inglês).. Disponível em inglês em: <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/world-economic-situation-and-prospects-as-of-mid-2017/>

²⁵ OMS. Global Health Observatory. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/

²⁶ CEPAL. Los impactos de las tendencias demográficas. Em: CEPAL. *Panorama social de América Latina 2015*. Santiago de Chile: CEPAL; 2015. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/S1600175_es.pdf.

tenha se mantido estável, as mães adolescentes registram 20% dos 15 milhões de nascimentos por ano na Região.²⁷

47. Vale a pena assinalar que, sem exceção, os países latino-americanos têm uma situação demográfica vantajosa para o desenvolvimento económico: o chamado “dividendo demográfico”. Em geral, os países da América Latina estão na chamada “segunda fase do dividendo demográfico”. Nesta segunda fase, a mais favorável, a razão de dependência em um país alcança seu nível mais baixo, de menos de duas pessoas dependentes por três pessoas ativas, e permanece constante nesse nível. Esta fase começou no início do século XXI e se espera que dure até o fim da década de 2011-2020, momento em que se espera que comece a terceira fase, que se estenderá até os primeiros anos da década de 2041-2050.

48. Em 2015, na América Latina e o Caribe viviam 26% das crianças (0-14 anos de idade) do mundo, assim como 17% da população adolescente (15-24 anos) e 14,6% da população maior de 60 anos. A população maior de 80 anos representava na América do Norte 3,8% desse grupo populacional em todo o mundo e 1,6% na América Latina. Porém, a taxa de gestação na adolescência da América Latina e o Caribe é a segunda mais elevada do mundo no período 2010-2015 (66,5 nascidos vivos por 1.000 mulheres de 15-19 anos).

49. Em 2014 os países com maiores proporções de pessoas vivendo em áreas urbanas no mundo se encontraram na América do Norte (82% da população), América Latina e Caribe (80%), e Europa (73%), em contraste com África e Ásia, que se mantiveram principalmente rurais. Cabe ressaltar que na Região das Américas se encontram três das seis megalópoles globais (Cidade do México, Nova York e São Paulo).

Tendências da situação de saúde e resposta dos sistemas de saúde na Região

Iniquidades em saúde

50. Na década passada, o crescimento experimentado pelos países da Região das Américas não beneficiou de maneira uniforme os diferentes grupos sociais, resultando em baixos padrões de vida e baixa disponibilidade de serviços sociais, inclusive saúde e educação, para milhões de pessoas. Isto, por sua vez, reflete-se em grandes variações nos indicadores de saúde, tanto entre os países da Região e dentro de cada país.

51. As variações indicam desigualdades enormes entre os países e dentro deles; os resultados de saúde refletem fatores como riqueza, educação, localização geográfica, sexo, etnia e idade. Por exemplo, em 2013, os países das Américas com os menores níveis de renda apresentaram uma taxa de mortalidade infantil de menores de 1 ano que é 4,5 vezes superior à dos países com os níveis mais elevados de renda, e, em mulheres, um risco de mortalidade materna 5,5 maior nos países com menor escolaridade média do que

²⁷ Organização Pan-Americana da Saúde, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2017. Washington, D.C., 2017.

nos países com a maior escolaridade média. Igualmente, mesmo dentro dos países, as divisões subnacionais no menor quintil de riqueza doméstica apresentaram as taxas mais elevadas de mortalidade em menores de 5 anos, e aquelas com os menores níveis de escolaridade apresentaram um risco de morte prematura até três vezes maior do que naquelas com níveis mais elevados de escolaridade, independentemente de idade ou sexo. Quando se considera a origem étnica e a raça, a esperança de vida entre os habitantes indígenas tende a ser de 7 a 8 anos menor que entre as populações não indígenas.²⁸ As mulheres indígenas tendem a ter menores probabilidades de atenção pré-natal que cumpra os padrões de atenção²⁹ e apresentam maiores níveis de mortalidade materna e a probabilidade de que estas mulheres sejam atendidas durante o parto em instituições de saúde é menor em comparação com as mulheres não indígenas.³⁰ Quando se desagregam esses grupos por idade e se comparam com as pessoas não indígenas e não negras, a mortalidade proporcional em menores de 5 anos é maior, e se registram mais mortes por acidentes e violência entre jovens negros e jovens indígenas.³¹ Outros exemplos de desigualdades dentro dos países e entre eles são os seguintes:³²

- a) Os países com as maiores populações rurais ainda enfrentam cobertura de assistência pré-natal inadequada em comparação com os quintis mais urbanizados, com uma brecha absoluta de 11,9 pontos percentuais em 2013 (o que significa que os países no quintil com maior população rural tinham 78,4% de cobertura adequada em comparação com 90,3% nos países mais urbanizados).
- b) Os países com os menores níveis de escolaridade em 2013 tiveram uma brecha absoluta de desigualdade de 16,7 mortes prematuras por 100.000 habitantes devidas às doenças não transmissíveis (DNTs) comparados aos países com os maiores níveis de escolaridade (o que significa que os países no quintil com nível de escolaridade mais baixo em 2013 tinham uma taxa de mortalidade prematura de 280 mortes por 100.000 habitantes em comparação com 263,3 com o quintil de países com níveis mais altos de escolaridade).

²⁸ Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC); Fondo de Población das Nações Unidas (UNFPA). *Panamá: Diagnóstico de la población indígena de Panamá con base en los Censos de Población y Vivienda 2010*. Disponível em:

https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=59&ID_PUBLICACION=657&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=13.

²⁹ Dansereau E, McNellan CR, Gagnier MC, Desai SS, Haakenstad A, Johanns CK, Palmisano EB, Ríos-Zertuche D, Schaefer A, Zúñiga-Brenes P, Hernandez B, Iriarte E, Mokdad AH. Coverage and timing of antenatal care among poor women in 6 Mesoamerican countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016 Aug 19; 16: 234. DOI: 10.1186/s12884-016-1018-5.

³⁰ Colombara DV, Hernández B, Schaefer A, Zyznieuski N, Bryant MF, Desai SS, Gagnier MC, Johanns CK, McNellan CR, Palmisano EB, Ríos-Zertuche D, Zúñiga-Brenes P, Iriarte E, Mokdad AH. Institutional Delivery and Satisfaction among Indigenous and Poor Women in Guatemala, Mexico, and Panama. *PLoS ONE*. 2016 Apr 27; 11(4): e0154388. doi: 10.1371/journal.pone.0154388.

³¹ Ministério da Saúde, Racismo e desigualdades na saúde, *Epidemiologia e Análise em Saúde*, 2014. Comunicação pessoal, Dra. Fatima Marinho.

³² Resultados das análises realizadas pela Unidade de Informação e Análise de Saúde com dados de PLISA (plataforma de informação de saúde da OPAS).

- c) A incidência de dengue é muito maior em países nos menores quintis de PIB per capita.
- d) Os países no menor quintil de escolaridade média têm taxas de homicídio significativamente maiores que o resto dos países da Região, e taxas de homicídio em adolescentes maiores que em todos os outros quintis combinados.

52. Em 2014-2015, a capacidade institucional de quantificar e analisar as desigualdades sociais em saúde foi fortalecida em 19 países, através da elaboração de perfis de equidade em saúde que abordam as dimensões sociais, econômicas e ambientais do desenvolvimento sustentável.

53. Segundo o compromisso dos países com os ODS, é preciso estabelecer prioridades nacionais e metas de desenvolvimento para os próximos anos, em vista das atuais desigualdades em saúde tanto entre os países das Américas e dentro deles. É essencial que essas prioridades e metas reflitam as necessidades das populações mais vulneráveis e sejam baseadas na evidência atual. Para gerar evidências que reflitam as atuais desigualdades na saúde tanto entre países como dentro de cada país, é importante que os países incluam os dados compilados ao nível subnacional em sua análise das desigualdades na saúde.

Principais causas de morte

54. A taxa de mortalidade geral ajustada por idade decaiu levemente, de 5,6 por 1.000 habitantes em 2005 a 5,3 em 2013. O perfil de mortalidade das Américas é dominado pelas doenças não transmissíveis. Em 2013, de cerca de 6 milhões de mortes, 78% foram causadas por DNTs, 9% por doenças transmissíveis, 10% por causas externas e 3% por causas mal definidas.

- a) No período 2010-2013, as dez principais causas de morte na Região das Américas foram as seguintes:

Tabela 2. Principais causas de morte na Região, 2010-2013³³

Causas (CIE10)	Mortes	Taxa ajustada pela idade por 100.000 habitantes	Porcentagem sobre o total de mortes
Doença isquêmica do coração (I20-I25)	2.792.698	76,4	14,1
Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	1.423.762	38,9	7,2
Diabetes mellitus (E10-E14)	1.098.085	30,0	5,5

³³ Ajustadas por idade e com base nas categorias da lista padronizada para comparações internacionais de causas principais de morte da OMS; Becker R, Silvi J, Fat D, L'Hous A, Laurenti R. A method for deriving leading causes of death. *Bull of the WHO*. 2006; 84: 297-304.

Causas (CIE10)	Mortes	Taxa ajustada pela idade por 100.000 habitantes	Porcentagem sobre o total de mortes
Demência e doença de Alzheimer (F01, F03, G30)	1.017.617	27,8	5,1
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40-J47)	1.013.061	27,7	5,1
Neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões (C33, C34)	958.356	26,2	4,8
Gripe e pneumonia (J10-J18)	814.175	22,3	4,1
Doenças hipertensivas (I10-I15)	700.591	19,2	3,5
Cirrose e outras doenças do fígado (K70-K76)	544.217	14,9	2,7
Agressões (homicídios) (X85-Y09)	543.815	14,9	2,7

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade para a Região das Américas da OPAS/OMS.

- b) Em ambos os sexos, o perfil de mortalidade é dominado pelas doenças crônicas não transmissíveis: oito das dez primeiras causas entre as mulheres e sete das dez primeiras causas nos homens. Entre os homens, as causas de morte não relacionadas com as doenças não transmissíveis se deveram a causas externas, como agressões, homicídios e acidentes do transporte terrestre (ver Anexo B).
- c) Por faixa etária, as principais causas de morte na Região foram (as cifras entre parênteses indicam as taxas por 100.000 habitantes): 10-24 anos, homicídio (20,4), acidentes de trânsito (13,4) e suicídio (5,3); 25-64 anos, cardiopatia isquêmica (35,9), diabetes mellitus (19,1) e homicídios (18,3); maiores de 65 anos, cardiopatia isquêmica (620,6), doença cerebrovascular (327,5) e demência e doença de Alzheimer (292,8).
- d) Conforme mencionado previamente, entre os períodos 2002-2005 e 2010-2013 a razão de mortalidade materna (RMM) diminuiu na Região (de 68,4 para 58,2 por 100.000 nascidos vivos), com variações importantes dentro da Região. Do total das mortes maternas 66,4% se relacionaram à causas obstétricas diretas, como as hemorragias intensas (geralmente puerperais), as infecções, os transtornos hipertensivos da gravidez (geralmente a eclampsia), o parto obstruído e as complicações do aborto.
- e) A taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) na Região caiu de 17,9 por 1.000 nascidos vivos a 13,6 por 1.000 nascidos vivos entre os períodos 2002-2005 e 2010-2013. De todas as mortes, mais de 70% foram mortes neonatais. A principal causa específica de morte neonatal na Região das Américas foi a insuficiência respiratória no recém-nascido.

Meio ambiente e saúde

55. Na concepção moderna da relação entre o meio ambiente e a saúde humana,³⁴ os riscos ambientais preveníveis contribuem aproximadamente para um quarto de todas as mortes mundiais. Na Região das Américas, estima-se que as mortes atribuíveis aos riscos ambientais localizam-se entre 8% e 23% do total de mortes, e no Haiti concentra-se a maior carga, seguida de perto por Honduras, Nicarágua e Paraguai (20%).³⁵ Chama a atenção que a maior parte destas mortes se deve a doenças crônicas não transmissíveis, que poderiam ser prevenidas mediante um ambiente saudável, com cifras que variam de 46% no Haiti a 26% na Guatemala e 18% na Bolívia.³⁶

56. Em escala mundial, os riscos ambientais evitáveis contribuem aproximadamente para um terço dos anos de vida ajustados por deficiência (AVAD) associados com as principais doenças não transmissíveis, como as infecções respiratórias das vias inferiores (35%), as doenças cardiovasculares (31%), a doença pulmonar obstrutiva crônica (EPOC) (35%), a asma (44%) e o câncer (20%). A contaminação do ar (tanto ambiental como interior) é o maior risco ambiental e representa em torno de 6,5 milhões de mortes por ano (11,6% do total mundial), das quais 94% se devem a doenças não transmissíveis, um panorama similar ao que apresenta a Região das Américas. Os riscos químicos perigosos prioritários, como a exposição a pesticidas altamente tóxicos, chumbo ou mercúrio, tendem a afetar desproporcionalmente crianças, contribuindo para as doenças não transmissíveis ao longo do curso da vida e a outras doenças crônicas como transtornos do desenvolvimento neurológico, defeitos congênitos e doenças associadas com os distúrbios endócrinos.³⁷

³⁴ Esta concepção de ambiente e saúde considera a análise de todos os fatores físicos, químicos e biológicos externos à pessoa e seus comportamentos relacionados, excluindo os ambientes naturais que razoavelmente não podem ser modificados. Inclui a poluição do ar, água e solo com agentes químicos ou biológicos, a radiação ionizante e ultravioleta, os campos eletromagnéticos, o ruído, os riscos ocupacionais (incluindo os riscos físicos, químicos, biológicos, psicossociais e de âmbito trabalhista), os ambientes construídos (casa, local de trabalho, uso da terra, estradas), os métodos agrícolas, os comportamentos relacionados com os fatores ambientais, como a disponibilidade de água segura para consumo humano, e o apoio à atividade física mediante desenhos urbanos melhorados.

³⁵ Organização Mundial da Saúde. Preventing diseases through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/ (ver os dados do Global Health Observatory).

³⁶ Prüss-Ustün A, Wolf J, Corvalán C, Bos R, Neira M. Preventing diseases through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Organização Mundial da Saúde, 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf

³⁷ Organização Mundial da Saúde. Preventing diseases through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/ (ver os dados de Global Health Observatory).

Doenças transmissíveis

57. A Região tem avançado constantemente rumo à eliminação das doenças transmissíveis, com conquistas destacadas tais como: *a)* declaração da Região das Américas como a primeira região da OMS livre da transmissão do sarampo endêmico; *b)* certificação da eliminação da rubéola e da síndrome de rubéola congênita (a primeira e única região do mundo a atingir esta meta); *c)* eliminação da transmissão vertical (materno-infantil) de HIV e sífilis congênita em Cuba, Anguilla, Montserrat, Bermuda e Ilhas Cayman; e *d)* eliminação da oncocercose em Colômbia, Equador, Guatemala e México, além de eliminação do tracoma no México. Além disso, seis países da Organização dos Estados do Caribe Oriental (OECS) — Antígua e Barbuda, Dominica, Granada, Santa Lúcia, São Cristóvão e Nevis, e São Vicente e Granadinas — estão em processo de validação da eliminação da transmissão vertical da sífilis e sífilis congênita pelo Comitê Regional de Validação. Por outro lado, Argentina e Paraguai estão em processo de certificação da eliminação da malária; novas áreas da Colômbia e do Paraguai alcançaram a interrupção da transmissão de *Trypanosoma cruzi*; e a interrupção da transmissão vetorial foi certificada novamente no Chile.

58. Nos últimos cinco anos, houve em média 116.590 casos anuais de gripe. Desde 2009, os principais vírus de influenza sazonais que circulam nas Américas são a influenza A (H1N1) pdm09, influenza A (H3N2) e influenza B (linhagem Victoria e Yamagata).

59. Entre 2011 e 2016, somente cinco países (Brasil, Bolívia, Colômbia, Equador e Peru) notificaram casos de febre amarela. Em dezembro de 2016, foi notificado um surto no Brasil, com 448 casos graves confirmados (com uma taxa de letalidade de 32%).

60. Em 2010, o Haiti notificou 179.379 casos de cólera e 3.390 mortes. A partir desse surto, entre 2010 e 2013, foram notificados casos em Cuba (469 casos e três óbitos), República Dominicana (32.778 casos e 488 óbitos) e México (203 casos e um óbito).

HIV e infecções sexualmente transmissíveis

61. Estima-se que em 2015, cerca de 2 milhões de pessoas estavam infectadas pelo HIV na América Latina e o Caribe, das quais 58% tinham idade igual ou maior a 15 anos. A prevalência estimada da infecção pelo HIV na faixa etária dos 15 aos 49 anos na América Latina e o Caribe em 2015 foi de aproximadamente 0,5% (0,4-0,6%), afetando em particular os habitantes do Caribe, onde a prevalência é de 1%. Na América Latina, a epidemia afetou principalmente os homens, que representam 68% dos portadores de HIV, enquanto no Caribe, 52% das pessoas com o HIV são mulheres.

62. Segundo as estimativas, anualmente, registram-se 64 milhões de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis (ITS) curáveis (clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase) afetam pessoas na faixa etária dos 15-49 anos. A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é a virose mais comum do trato genital, com 70 milhões de casos na Região. A prevalência estimada do HPV na América Latina e Caribe é 16,1%. É

importante considerar que não se conhece com exatidão a magnitude do problema devido ao sub-registro das ITS.

63. A vacina do VPH foi introduzida há menos de uma década na Região. Em 2016, 19 países e territórios haviam introduzido a vacina em um programa de controle integral para a redução do câncer do colo do útero nas mulheres.³⁸ O modelo de eficácia em função do custo indica que, se os países de renda baixa e média alcançam a cobertura completa com a vacina e realizam teste de detecção do câncer do colo do útero nas mulheres maiores de 35 anos durante um período de 10 anos, é possível evitar aproximadamente 5,2 milhões de casos de câncer do colo de útero e 3,7 milhões de mortes. De acordo com um estudo de 2017, o custo líquido desta intervenção para 50 países de renda baixa e média seria de 3,2 bilhões de dólares durante os 10 anos.³⁹

Tuberculose

64. As taxas de mortalidade por tuberculose caíram de 4,3 por 100.000 a 2,5 por 100.000 habitantes no período 2000-2015. Porém, a coinfeção pelo HIV permanece um dos grandes fatores de risco para a persistência desta doença e sua mortalidade nas Américas. Em 2015, foram diagnosticados e notificados 218.700 casos de tuberculose (22,1 por 100.000 habitantes). Também em 2015, 4.508 casos de tuberculose multirresistente foram notificados na Região.

Doenças transmitidas por vetores

65. A malária e a dengue continuam ocorrendo na Região. Esta situação piorou mediante a introdução dos vírus chikungunya e zika. Em dezembro de 2013, os primeiros casos locais de chikungunya foram diagnosticados em São Martinho (território francês de ultramar). Durante 2016, 361.312 casos suspeitos foram notificados e 157.288 casos foram confirmados na Região.

66. Em fevereiro de 2014, a transmissão do vírus zika foi documentada pela primeira vez na Região das Américas. De abril de 2015 até janeiro de 2017, 714,636 casos suspeitos de zika foram notificados, dos quais 178.297 (29%) foram confirmados. Durante o mesmo período, 2.530 casos da síndrome congênita associada à infecção pelo zika foram confirmados.

67. Entre 2000 e 2015, o número de casos de malária na Região diminuiu 62% (de 1.181.095 a 451.242 casos). Em 2015, porém, os casos aumentaram na Colômbia, Equador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Peru, República Dominicana e Venezuela. Neste último país, particularmente, registrou-se um aumento inesperado, de 50% (de 90.708 para 136.402 casos). No mesmo período, as mortes relacionadas com a malária

³⁸ OPAS. Unidade de Imunizações.

³⁹ Campos, N. G., Sharma, M., Clark, A., Lee, K., Geng, F., Regan, C., Kim, J. and Resch, S. (2017), The health and economic impact of scaling cervical cancer prevention in 50 low- and lower-middle-income countries. *Int J Gynecol Obstet*, 138: 47–56. doi:10.1002/ijgo.12184

diminuíram 76% (de 410 a 98 mortes), das quais 77% foram notificadas no Brasil, Peru e Venezuela.

68. Entre 2011 e 2015, foi notificado um total acumulado de 8.207.797 casos de dengue na Região; deles, 118.837 (1,4%) foram casos de dengue grave e houve 5.028 mortes (0,06%).

Doenças negligenciadas tropicais e zoonoses

69. A Região continuou conseguindo avanços na eliminação das doenças infecciosas negligenciadas, e verificou-se a eliminação da oncocercose na Colômbia, Equador, Guatemala e México. Somente resta um foco compartilhado por dois países da América do Sul para que essa doença seja eliminada da Região.

70. Dos 21 países onde a doença de Chagas é endêmica, 17 continuaram mantendo a interrupção da transmissão domiciliária pelos vetores, insetos da subfamília Triatominae (chinchês) portadores do parasita *Trypanosoma cruzi*, com um índice de infestação familiar igual ou inferior a 1% nestes países ou em suas zonas endêmicas.

71. De 2010 a 2014, o número de novos casos de hanseníase notificados na América Latina e o Caribe diminuiu de 37.571 para 33.789. O Brasil representou 92% de todos os casos notificados.

72. Com relação à raiva humana transmitida pelo cão, a tendência no número de casos confirmados entre 2013 e 2016 se mantém numa faixa de 10 a 12 casos anuais. O desafio continua, já que estão ocorrendo casos de raiva humana transmitidos por outras espécies, com um aumento de 12 casos em 2013 para 23 casos em 2016.

Doenças imunopreveníveis

73. Em 2015, a Região interrompeu a transmissão endêmica da rubéola e foi além disso declarada livre de sarampo. De acordo com os dados notificados pelos países nesse mesmo ano, a cobertura na Região das Américas da terceira dose da vacina contra a difteria, coqueluche e tétano (DPT) e da vacina contra a pólio em crianças menores de 1 ano foi de 91% e 92%, respectivamente. Para a vacinação contra sarampo e rubéola em crianças com 1 ano de idade, o índice foi de 93%.

74. Em 2015, dos quase 15.000 municípios na América Latina e o Caribe, 8.456 (56%) notificaram cobertura da vacina DPT3 inferior a 95%.

Resistência aos antimicrobianos

75. Desde 1996, vem sendo documentada uma tendência de aumento na resistência dos principais patógenos humanos aos fármacos antimicrobianos tanto ao nível de hospitais como da comunidade. A disseminação de mecanismos emergentes de

resistência na Região, inclusive aos carbapenemas⁴⁰ contra a *Klebsiella pneumoniae* (tipo KPC), foi notificada em quase todos os países da América Latina, com taxas de mortalidade de até 50% nos surtos em unidades de tratamento intensivo.

Doenças crônicas, saúde mental e fatores de risco para as doenças não transmissíveis

Mortalidade por doenças não transmissíveis

76. As doenças não transmissíveis são responsáveis por quase 4 de cada 5 mortes na Região das Américas, e se prevê que estes números aumentem nas próximas décadas. Em 2015, uma pessoa de 30 anos em nossa Região apresentava 14,7% de probabilidade de morrer por alguma das quatro principais doenças não transmissíveis antes de chegar aos 70 anos. Esta é a probabilidade de morrer mais baixa em comparação com outras regiões, se considerarmos que a média mundial foi de 18,8%.

77. Em 2013, as doenças cardiovasculares (DCV) foram a principal causa de morte na Região, com 1.644.738 óbitos (144,9 por 100.000 habitantes), representando 28,8% das mortes por DNT. No mesmo ano, ocorreram 1.087.047 mortes por câncer na Região (102,4 por 100.000 habitantes), e 278.034 mortes diretamente causadas pelo diabetes, o que representa 19% e 6,3%, respectivamente, das mortes devidas a DNT.

Doença renal crônica

78. Em todos os países da Região das Américas a doença renal crônica é um problema de saúde pública crescente e a América Latina tem as maiores taxas de mortalidade do mundo.⁴¹ Nas duas últimas décadas, a América Central vem notificando um número cada vez maior de casos de doença renal crônica de etiologia não tradicional entre os trabalhadores agrícolas do sexo masculino, associada principalmente ao uso inadequado de agroquímicos e às condições de trabalho, incluindo temperaturas altas e ingestão insuficiente de água e outros fatores determinantes da saúde. Em El Salvador, a mortalidade aumentou de 18,7 mortes por 100.000 habitantes em 1997 para 47,4 por 100.000 habitantes em 2012, e na Nicarágua, de 23,9 mortes por 100.000 habitantes em 1997 para 36,7 por 100.000 habitantes em 2013.

Saúde mental

79. Transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias são os principais fatores que contribuem para morbidade, incapacidade, lesões, mortalidade precoce e aumento do risco de outros problemas de saúde. A prevalência estimada de tais

⁴⁰ Carbapenemas são antibióticos β -lactâmicos dotados de maior espectro, atividade e resistência às β -lactamases. São altamente potentes contra bactérias Gram negativas e Gram positivas.

⁴¹ Wang H, Naghavi M, Allen C, et al. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, Regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388: 1459-1544.

transtornos em 12 meses varia de 18,7% a 24,2% na Região das Américas. Entre eles, a prevalência de transtornos de ansiedade varia de 9,3% a 16,1%; a de transtornos afetivos, de 7,0% a 8,7%; e a de transtornos de uso de substâncias, de 3,6% a 5,3%.

Principais fatores de risco

80. Os quatro principais fatores de risco por comportamentos modificáveis para as doenças não transmissíveis⁴² são: *a)* consumo de tabaco, *b)* consumo prejudicial de álcool, *c)* alimentação pouco saudável; *d)* a inatividade física; mas não podemos deixar de lado as mudanças fisiológicas e metabólicas, como a pressão arterial elevada, o sobrepeso e a obesidade, aumento da glicose no sangue e os níveis altos de colesterol.

81. Os fatores de risco ambientais modificáveis, especialmente a exposição à poluição atmosférica (ambiental e interior) e às substâncias químicas perigosas prioritárias é outra categoria que representa um fator de risco para as doenças não transmissíveis. A proporção de fatores de risco ambientais em relação aos fatores de risco pelo comportamento é menor na Região das Américas do que na Ásia, África do Norte e Oriente Médio.⁴³

82. Na Região, o consumo médio anual de álcool per capita em maiores de 15 anos foi de 8,4 litros.

83. Em 2013, a prevalência estimada padronizada por idade do tabagismo atual na população a partir dos 15 anos de idade nas Américas foi de 17,5%. Entre os estudantes de 13-15 anos de idade, a prevalência do tabagismo atual foi de 13,5% (14,7% em homens e 12,3% em mulheres).

84. Em 2010, aproximadamente 81% dos adolescentes em idade escolar (11 a 17 anos) não realizavam suficiente atividade física, e as meninas eram menos ativas que os meninos.

85. Em 2014, a prevalência padronizada de hipertensão na Região foi de 18,7%. Além disso, 15% da população adulta (maior de 18 anos) tinha diabetes.

86. A taxa de obesidade (IMC >30 kg/m²) nas Américas foi mais que o dobro da média global (26,8% frente a 12,9%), com uma prevalência maior entre as mulheres (29,6%) do que nos homens (24%). A prevalência de sobrepeso nas crianças menores de 5 anos de idade foi de 7,2% em 2012.

⁴² OMS. Nota descritiva sobre doenças não transmissíveis (atualizada em junho de 2017). Disponível em espanhol em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.

⁴³ GBD Risk Factors Collaborators. Global, regional, national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risk, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*; 2016; 388:1659-724 (outubro de 2016).

Lesões causadas pelo trânsito, violência e homicídios

87. Em 2013, morreram 121.383 pessoas nas Américas devido a lesões causadas pelo trânsito (13,1 mortes por 100.000 habitantes).

88. Com respeito à violência, a América Latina e o Caribe tem 18 dos 20 países com as taxas de homicídio mais elevadas do mundo, relacionadas às atividades delituosas de gangues e ao crime organizado. A taxa de homicídio na Região em 2013 foi de 14,6 por 100.000 habitantes. Os homens sofrem níveis maiores de violência letal (26 por 100.000 habitantes) do que as mulheres (3,1 por 100.000 habitantes), sendo que a faixa etária dos 10-29 anos é a mais afetada. Contudo, na Região 38% das mortes de mulheres por violência mortal tem sua origem no companheiro ou ex-companheiro.⁴⁴ Uma proporção significativa das crianças de 0-7 anos sofre abuso físico, sexual ou emocional todos os anos (58% na América Latina e o Caribe e 61% na América do Norte).⁴⁵

*Sistemas e serviços de saúde**Acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde*

89. Avanços significativos continuam sendo obtidos rumo à implementação da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde aprovada pelos Estados Membros da OPAS em 2014.⁴⁶ No final de 2015, 10 países estavam implementando planos de ação ou roteiros para a saúde universal, 11 países haviam desenvolvido estruturas normativas para a saúde universal e 15 haviam formulado e implementado estruturas financeiras para a saúde universal.⁴⁷

90. Entre 2014 e 2015, os níveis de cobertura pelos serviços de saúde foram elevados em todos os países: 98% no Chile, 95% na Colômbia, 90% nos Estados Unidos, 80% no México e 73% no Peru. Porém, os níveis de cobertura foram menores nos lares mais pobres, especialmente nos Estados Unidos, com cobertura 14 pontos percentuais menor nos lares pobres, e no Peru, com uma diferença de 12 pontos percentuais.⁴⁸

⁴⁴ OMS. *Global and regional estimates of violence against women*. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>

⁴⁵ Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 2016; 137 (3): e2015407.

⁴⁶ OPAS. Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. 53º Conselho Diretor, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CD53/5, Rev. 2). Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27418&Itemid=270&lang=pt

⁴⁷ OPAS. Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015/Primeiro relatório interino do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. 55º Conselho Diretor, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 26 a 30 de setembro de 2016 (documento CD55/5). Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36172&Itemid=270&lang=pt

⁴⁸ Análise realizada sobre a base de informação obtida dos websites dos organismos nacionais de estatística

Acesso aos serviços de saúde e qualidade da atenção

91. Entre 2013 e 2014, mais de 1,2 milhões de mortes poderiam ter sido evitadas na Região se os sistemas de atenção à saúde oferecessem assistência de saúde acessível e oportuna e de qualidade. Ao fim de 2015, 12 países haviam implementado estratégias e/ou planos nacionais para melhorar a qualidade da atenção e a segurança dos pacientes, e 23 países haviam implementado a estratégia das redes integradas de serviços de saúde. A taxa de mortalidade regional por causas evitáveis mediante a atenção à saúde vem caindo, com uma diminuição estimada de 118,6 por 100.000 habitantes em 2014 para 108,1 em 2019 (uma diminuição de 8,9%).⁴⁹

Investimento e gasto em saúde

92. Em 2014, o gasto total em saúde representava uma média de 14,2% do PIB na Região das Américas, e cinco países (Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos da América e Uruguai) alocavam 6% ou mais do PIB ao gasto público em saúde. Na maioria dos países na Região, o desenvolvimento dos serviços de saúde e os investimentos se concentraram em grande parte nos hospitais e em tecnologias altamente especializadas e dispendiosas.

93. O gasto público em saúde aumentou em 22 países na Região entre 2010 e 2014. Apesar das melhoras, os aumentos percentuais foram menores comparado com o período de 2005-2010, exceto na Bolívia, Peru e Uruguai.

94. O gasto por conta própria como porcentagem do gasto total destinado à saúde na América Latina e o Caribe diminuiu de 52% em 2006 para 33% em 2014.⁵⁰

Serviços de saúde preventivos

95. Os dados disponíveis para 2011-2015 mostram altos níveis de desigualdade e diversos graus de utilização dos serviços de saúde preventivos em toda a Região. No Peru, 21% da população compareceu a pelo menos uma consulta anual preventiva em 2015 ou no ano mais recente, contra 24% nos Estados Unidos e Chile, 68% na Colômbia e 76% no México. A porcentagem de domicílios que relataram barreiras ao acesso foi maior nos domicílios mais pobres, principalmente no Peru (66%), Estados Unidos (37%), Colômbia (29%), México (20%) e Chile (7%). As disparidades têm diminuído na maioria dos países, indicando melhoras na equidade.⁵¹

e disponível em *Saúde nas Américas*, edição de 2017.

⁴⁹ OPAS/OMS: Indicadores Básicos 2017; Intervalo de confiança de 95% (8,9%-12,1%).

⁵⁰ OPAS. *Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas* (2012) e Indicadores Básicos de Saúde (2017).

⁵¹ Análise realizada sobre a base de informação obtida dos websites dos organismos nacionais de estatística.

Saúde reprodutiva

96. Em 2015, a maioria dos países na Região havia alcançado cobertura universal (100%) ou quase universal (maior ou igual a 93%) para as principais intervenções de saúde materna e reprodutiva, apesar de brechas importantes entre os países mais ricos e os mais pobres da Região. A cobertura do atendimento qualificado no parto variou de 100% (ou cerca de 100%) na maioria dos países a um mínimo de 50% no Haiti, seguido da Guatemala (67%) e Bolívia (74%).

Políticas farmacêuticas, capacidade regulatória e uso de medicamentos

97. Em 2014, apenas 13 de 28 países que responderam à pesquisa sobre políticas farmacêuticas, capacidade regulatória e uso de medicamentos possuíam uma política farmacêutica nacional (46%), enquanto 18 dos 35 países da Região possuíam uma política nacional para sangue (51%). No final de 2015, 10 países haviam elaborado planos de desenvolvimento institucional para os medicamentos.

Recursos humanos para a saúde

98. Em 2015, a Região das Américas assegurou a disponibilidade mínima recomendada de profissionais de saúde, com uma média de 70 médicos e enfermeiras por 10.000 habitantes, e os 35 países alcançaram a meta de 25 médicos e enfermeiras por 10.000 habitantes. O desafio principal é a distribuição da força de trabalho de saúde:

- a) A porcentagem de médicos é até 80 pontos percentuais maior em áreas urbanas do que em áreas rurais (não metropolitanas) da Região.
- b) Em média havia 48,7 profissionais de enfermagem por 10.000 habitantes nas Américas em 2015. A maior densidade desses profissionais era encontrada na América do Norte—mais de sete vezes maior que na América Latina e o Caribe (110,9 contra 13,6 por 10.000 habitantes).

99. Ao final de 2015, pelo menos 17 países tinham planos de ação para recursos humanos em saúde alinhados com as políticas e necessidades de seus sistemas de prestação de serviços de saúde.

Sistemas de informação em saúde e pesquisa em saúde

100. Os países da Região das Américas conseguiram avanços notáveis na implementação dos sistemas de informação em saúde. Contudo, devido à rápida evolução da Internet e das tecnologias de informação e comunicação, os países continuam enfrentando desafios, particularmente com relação à gestão de dados, adoção de novas tecnologias e desenvolvimento de novas habilidades, as necessidades de interoperabilidade entre bases de dados e sistemas e a sustentabilidade dos investimentos. As preconcepções dos sistemas de informação se concentram principalmente no desenvolvimento de software, os registros de saúde eletrônicos e as estatísticas vitais. Contudo, os sistemas de informação devem ser concebidos como um mecanismo

integrado de sistemas e processos interconectados e interoperáveis que assegurem a convergência de dados, informações, conhecimento, padrões, pessoas e instituições. Estas concepções não consideram o contexto atual estabelecido pela sociedade da informação e a revolução dos dados e, portanto, não podem proporcionar um marco geral e realista para o desenvolvimento de políticas e a tomada de decisões.

101. O marco renovado dos sistemas de informação para a saúde elaborado pela OPAS busca definir e executar estratégias, políticas, padrões para sistemas interoperáveis e interconectados e as melhores práticas na gestão de dados de saúde para melhorar a tomada de decisões e o bem-estar. O marco inclui quatro linhas estratégicas: *a)* acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde; *b)* saúde em todas as políticas; *c)* governo eletrônico; e *d)* iniciativas de dados abertos e de grandes volumes de dados. Esta proposta leva em conta os projetos, sistemas e estruturas existentes e, portanto, se baseia no pressuposto de um fortalecimento incremental.

Capacidade de resposta a emergências e desastres

102. Na Região das Américas, entre 2010 e 2016, ocorreram 682 desastres (21% de todos os desastres no mundo), com 277.037 feridos e 12.954 mortos. O custo econômico desses desastres foi calculado em US\$ 360 milhões, o que representa 32,8% do custo total de danos decorrentes de desastres no mundo. Os terremotos registrados em 2010 no Haiti e no Chile e em 2016 no Equador causaram danos consideráveis ao setor da saúde.⁵²

103. A capacidade dos países de responder de maneira mais eficaz e eficiente às emergências e desastres decorrentes de todos os tipos de riscos aumentou nos últimos anos, como demonstram os esforços para responder aos surtos de zika e Ebola e aos vários terremotos, furacões, inundações e secas graves que afetaram a Região.

⁵² EM-DAT. Base de dados internacional do Centro para Pesquisa sobre Epidemiologia dos Desastres (CRED). Disponível em: <http://www.emdat.be/database>.

V. OBJETIVOS E METAS

104. A fim de concretizar a visão da ASSA2030 de alcançar o grau mais alto possível de saúde com equidade e bem-estar para toda a população da Região nos próximos 13 anos, levando em consideração o contexto e prioridades nacionais, estabelece-se os seguintes objetivos e metas inter-relacionados. Esses objetivos são compatíveis com os princípios, a visão e a finalidade da Agenda.

- Objetivo 1: Ampliar o acesso equitativo a serviços de saúde integrais, integrados, de qualidade, centrados nas pessoas, na família e na comunidade, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças.
- Objetivo 2: Fortalecer a zeladoria e governança da autoridade sanitária nacional, enquanto se promove a participação social.
- Objetivo 3: Fortalecer a gestão e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde⁵³ com habilidades que apoiem um enfoque integral à saúde.
- Objetivo 4: Conseguir financiamento para a saúde adequado e sustentável, com equidade e eficiência, e avançar na proteção contra riscos financeiros para todas as pessoas e suas famílias.⁵⁴
- Objetivo 5: Garantir o acesso aos medicamentos essenciais e vacinas e a outras tecnologias sanitárias prioritárias, segundo as evidências científicas disponíveis e de acordo com o contexto nacional.
- Objetivo 6: Fortalecer os sistemas de informação em saúde para apoiar a formulação de políticas e a tomada de decisões baseadas em evidências.
- Objetivo 7: Desenvolver capacidade de geração, transferência e uso da evidência e do conhecimento em matéria de saúde, promovendo a pesquisa, a inovação e o uso da tecnologia.
- Objetivo 8: Fortalecer as capacidades nacionais e regionais de preparação, prevenção, detecção, vigilância e resposta a surtos de doenças e às emergências e desastres que afetam a saúde da população.
- Objetivo 9: Reduzir a morbidade, a incapacidade e a mortalidade decorrentes de doenças não transmissíveis, lesões, violência e transtornos de saúde mental.
- Objetivo 10: Reduzir a carga das doenças transmissíveis e eliminar as doenças negligenciadas.

⁵³ Inclusive a gestão do talento humano.

⁵⁴ Em consonância com a meta 3.8 dos ODS, particularmente a linha estratégica 3 da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (documento CD53/5, Rev. 2 [2014]) em a qual se estabelece: *Aumento e melhoria do financiamento, com equidade e eficiência, e o avanço para a eliminação do pagamento direto, que se transforma em barreira ao acesso no momento da prestação de serviços.*

- Objetivo 11: Reduzir a desigualdade e a iniquidade na saúde mediante enfoques intersectoriais, multisectoriais, regionais e sub-regionais dos determinantes sociais e ambientais da saúde.

105. Esses objetivos levam em consideração a situação de saúde da Região, questões pendentes relacionadas aos ODM, as áreas de ação da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, as metas de impacto e os resultados intermediários dos planos estratégicos da OPAS, e as metas de saúde ajustadas regionalmente do ODS3, além de outras metas relacionadas com a saúde na Agenda 2030.

106. Cada objetivo contém um alcance, que destaca os componentes e intervenções chave para sua consecução, e um conjunto de metas selecionadas que permitirão o monitoramento e avaliação do progresso na implementação da Agenda. As metas descrevem o resultado esperado (em termos de impacto ou resultado intermediário, na maioria dos casos) que os Estados Membros se propõem a atingir até 2030. As metas foram definidas principalmente com base em compromissos existentes no âmbito global ou regional e expressam as aspirações dos Estados Membros, individualmente e conjuntamente, de maneira compatível com as metas e visão da Agenda.⁵⁵

107. O quadro a seguir inclui os 11 objetivos desta Agenda, com seus respectivos alcances e metas.

Tabela 3. ASSA2030: Objetivos, Alcances e Metas

<p>Objetivo 1: Ampliar o acesso equitativo a serviços de saúde integrais, integrados, de qualidade, centrados nas pessoas, na família e na comunidade, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças</p>
<p>Alcance: Consoante com o compromisso dos Estados Membros de avançar para a obtenção do acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde, alcançar este objetivo requer fortalecimento ou transformação da organização e gestão dos serviços de saúde mediante desenvolvimento de modelos de atenção centrados na pessoa, na família e na comunidade, considerando o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementação de estratégias para acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde; • Prestação de serviços de saúde integrais segundo o perfil demográfico, epidemiológico e cultural da população, com a devida atenção às necessidades diferenciadas e não atendidas de todas as pessoas e às necessidades específicas de grupos em situação de vulnerabilidade; • Implementação de modelos de atenção, inclusive organização e gestão de serviços de saúde, por nível de complexidade e com base na necessidade da população, mediante aumento da capacidade resolutiva da atenção primária e redes integradas de serviços de saúde;

⁵⁵Podem-se consultar mais detalhes sobre a metodologia para a definição das metas em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13680&Itemid=42425&lang=es

- Garantia da qualidade de atenção e melhor desempenho dos serviços de saúde (por exemplo, redução de tempos de espera);
- Autonomização das pessoas e comunidades para que possam tomar decisões fundamentadas.

Metas para 2030:

- 1.1 Reduzir em pelo menos 50% a taxa regional de mortalidade por causas evitáveis mediante atenção à saúde⁵⁶ (atualização da meta de impacto 4.1 do Plano Estratégico da OPAS).
- 1.2 Reduzir a razão de mortalidade materna regional a menos de 30 por 100.000 nascidos vivos⁵⁷ em todos os grupos populacionais, inclusive aqueles com maior risco de morte materna (tais como as adolescentes, as mulheres maiores de 35 anos, as mulheres indígenas, afrodescendentes, roma e mulheres em zonas rurais, entre outras, segundo se aplique em cada país) (adaptação da meta 3.1 dos ODS).
- 1.3 Reduzir a taxa de mortalidade neonatal a menos de 9 por 1.000 nascidos vivos⁵⁸ em todos os grupos populacionais, inclusive os que apresentam maior risco (tais como as populações indígenas, afrodescendentes, roma e população rural, entre outras, segundo se aplique em cada país); e a mortalidade em crianças menores de 5 anos a menos de 14 por 1.000 nascidos vivos⁵⁹ (adaptação da meta 3.2 dos ODS).
- 1.4 Garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluídos os de planejamento familiar,⁶⁰ informação e educação, e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais (meta 3.7 dos ODS)
- 1.5 Aumentar a capacidade resolutiva da atenção primária, representado por uma redução de 15% no número de hospitalizações que poderiam ser prevenidas com atenção ambulatoria de qualidade (resultado intermediário 4.2 atualizado do Plano Estratégico da OPAS).
- 1.6 Organizar os serviços de saúde em redes integradas de serviços de saúde, com alta resolutividade na atenção primária (resultado intermediário 4.2 atualizado do Plano Estratégico da OPAS).

⁵⁶ Essa taxa é usada como indicador de qualidade e como resultado intermediário do sistema de saúde.

⁵⁷ Esta meta foi estabelecida com base na análise sobre a redução da RMM nos países da Região entre 2010 e 2015 e considerando as a metodologia do grupo interinstitucional de estimativa da mortalidade materna (OMS, 2015; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153540/1/WHO_RHR_15.03_eng.pdf). Pode-se encontrar informação adicional sobre esta meta na nota técnica disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13680&Itemid=42425&lang=es

⁵⁸ Esta meta foi estabelecida com base no resumo de orientação *Todos los recién nacidos*, da OMS e UNICEF, 2014: (http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-EXECUTIVE_SUMMARY-SPANISH_updated_July2014.pdf) e no documento da OPAS *Estratégia e plano de ação regional sobre saúde neonatal no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança: Relatório final* (documento CD55/INF/11)

⁵⁹ Com base nos Indicadores Básicos de Saúde da OPAS de 2016 e dados registrados pelos países da Região das Américas, a taxa de mortalidade regional em menores de 5 anos de idade foi de 15,9 por 1.000 nascimentos. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31289/CoreIndicators2016-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

⁶⁰ Em nenhum caso deveria ser promovido o aborto como método de planejamento familiar. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994. Disponível em espanhol em: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>.

Objetivo 2: Fortalecer a zeladoria e governança da autoridade sanitária nacional, enquanto se promove a participação social

Alcance: A consecução desta meta requer fortalecimento das funções essenciais da saúde pública, estabelecimento ou fortalecimento de mecanismos para a participação social e diálogo para a formulação e implementação de políticas inclusivas, responsabilidade e transparência. Os fatores a seguir são essenciais para a consecução desta meta:

- Liderança da autoridade sanitária nacional na formulação, monitoramento e avaliação de políticas, planos e programas, com mecanismos que facilitem a participação social e a prestação de contas;
- Marcos jurídicos e regulatórios nacionais compatíveis com o compromisso dos países com o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde;
- Competências e capacidades para a regulamentação das funções de prestação de serviços;
- Mecanismos para coordenação com outros setores (público, seguro social, privado, não governamental) e unidades geográficas (subnacionais, estado, província, município);
- Gestão integral da cooperação internacional⁶¹ para assegurar a consonância com as prioridades nacionais de saúde.

Meta para 2030:

- 2.1 Alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde de acordo com o contexto nacional (adaptação da meta 3.8 dos ODS) e *Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde* da OPAS, documento CD53/5, Rev. 2 [2014]).
- 2.2 Exercer as funções essenciais da saúde pública segundo normas estabelecidas (Competências Básicas para a Saúde Pública: Marco Regional para as Américas, OPAS, 2013).⁶²
- 2.3 Fortalecer a reitoria, governança e a transparência, incluindo políticas, planos, normas e processos para a organização do setor de saúde e mecanismos para monitoramento e avaliação (*Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde* da OPAS, documento CD53/5, Rev. 2 [2014]).⁶³
- 2.4 Desenvolver e fortalecer, conforme o caso, mecanismos para a regulamentação da prestação dos serviços de saúde para ampliar o acesso e melhorar a qualidade (*Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde* da OPAS, documento CD53/5, Rev. 2 [2014]).
- 2.5 Aumentar a participação de todos os interessados diretos, inclusive a sociedade civil e comunidades, na formulação de políticas e no processo de avaliação relacionado com a saúde em todas as políticas a fim de reduzir as desigualdades em matéria de saúde (Plano de Ação para Saúde em todas as Políticas da OPAS, documento CD53/10, Rev. 1 [2014]).

⁶¹ Função Essencial de Saúde Pública número 5, parâmetro de medição 5.4. *La Salud Pública en las Américas*, 2002. Pode-se encontrar em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf

⁶² OPAS. Competencias esenciales en salud pública: Un marco regional para las Américas. 2013. Disponível em espanhol em: <https://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/noticias/competencias-es.pdf>. Nota: O modelo das funções essenciais de saúde pública da OPAS está sendo atualizado e as novas medidas e normas serão divulgadas assim que o modelo atualizado estiver disponível.

⁶³ A *Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde* propõe a necessidade de fortalecer a reitoria, mediante o exercício das funções essenciais de saúde pública.

Objetivo 3: Fortalecer a gestão e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde com habilidades que facilitem um enfoque integral da saúde

Alcance: A consecução deste objetivo requer: *a)* fortalecimento e consolidação da governança e liderança nos recursos humanos em saúde; *b)* desenvolvimento das condições e capacidade para ampliar o acesso à saúde e a cobertura de saúde com equidade e qualidade; e *c)* parcerias com o setor de educação para responder às necessidades dos sistemas de saúde em sua transformação rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde. Maior eficiência financeira e maiores gastos públicos são necessários para fomentar a educação e o emprego de qualidade, para aumentar a disponibilidade dos recursos humanos em saúde, motivar as equipes de saúde e promover a retenção. Os seguintes são componentes principais desta meta:

- Políticas integrais de recursos humanos para a saúde que incluam o planejamento, a contratação, a retenção e a distribuição de profissionais da saúde;
- Melhoria das condições de emprego, inclusive remuneração adequada;
- Sistemas robustos de informação em recursos humanos para a saúde que forneçam informação para o planejamento e a tomada de decisão, levando em consideração a abordagem de sistemas de saúde e possíveis cenários de mudança, elaboração de modelos e projeções, e o monitoramento de desempenho;
- Parceria com o setor de educação nos níveis mais elevados para fortalecer a governança no planejamento e regulamentação da educação em saúde;
- Políticas para mobilidade e migração de profissionais da saúde.

Metas para 2030:

- 3.1 Assegurar a disponibilidade adequada de força de trabalho em saúde⁶⁴ (44,5 profissionais de saúde por 10.000 habitantes) capacitada, culturalmente e linguisticamente apropriada e bem distribuída (adaptação da meta 3.c dos ODS e meta do resultado intermediário 4.5 do Plano Estratégico da OPAS).⁶⁵
- 3.2 Formular políticas de recursos humanos e mecanismos de coordenação e colaboração entre os setores da saúde e educação, bem como com outros atores sociais para abordar os requisitos do sistema de saúde e as necessidades de saúde da população (Estratégia de Recursos Humanos para Acesso Universal à Saúde e cobertura universal de saúde da OPAS, documento CE160/18 [2017]).
- 3.3 Fortalecer a qualidade da formação dos profissionais em saúde em cooperação com o setor de educação através de sistemas de avaliação e acreditação de instituições de ensino e programas de graduação⁶⁶ (adaptação da Estratégia de Recursos Humanos para Acesso Universal à Saúde da OPAS e cobertura universal de saúde da OPAS, documento CE160/18 [2017]).

⁶⁴ A OMS define os profissionais de saúde como todos aqueles empenhados em ações cuja intenção primária é a saúde e colhe dados com base na Classificação Internacional Uniforme de Ocupações, que exclui alguns quadros menos capacitados (por exemplo, trabalhadores de atenção pessoal).

⁶⁵ A análise que fundamenta o umbral de 44,5 está disponível em inglês em: <http://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/>.

⁶⁶ As normas para tal devem priorizar o conhecimento técnico e científico, além de critérios de competência social dos graduandos e o desenvolvimento de programas de aprendizagem contextualizada.

3.4 Promover as condições laborais que fomentem a atração e retenção do pessoal de saúde, bem como sua participação e compromisso com gestão em saúde, incluindo a colaboração com as organizações representativas dos trabalhadores da saúde (grêmios e sindicatos) e outros atores sociais (adaptação da meta 3.c dos ODS e da meta do resultado intermediário 4.5 do Plano Estratégico da OPAS).

Objetivo 4: Conseguir financiamento para a saúde adequado e sustentável, com equidade e eficiência, e avançar na proteção contra riscos financeiros para todas as pessoas e suas famílias⁶⁷

Alcance: Para alcançar este objetivo necessário aumentar e melhorar o financiamento da saúde com equidade e eficiência, como condição necessária para avançar rumo à saúde universal, abordando os seguintes componentes em coordenação e colaboração com as autoridades financeiras:

- Financiamento para acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde;
- Aumento do gasto público em saúde, conforme seja necessário, e melhoria da qualidade do gasto;
- Eliminação dos pagamentos diretos, que constituem uma barreira ao acesso no momento da prestação de serviços;
- Proteção contra riscos financeiros devidos a eventos de saúde que causam gastos catastróficos;
- Regulamentação e supervisão dos organismos que administram recursos de saúde;
- Organização eficiente dos sistemas de saúde;
- Investimento em saúde (infraestrutura, equipamento, capacitação de pessoal), priorizando a atenção primária;
- Utilização de agrupamento (*polin.*) solidário de recursos;
- Desenvolvimento de sistemas de compra e pagamento aos fornecedores que promovam eficiência e equidade na alocação de recursos estratégicos.

Metas para 2030:

- 4.1 Lograr um gasto público em saúde correspondente a pelo menos 6% do PIB⁶⁸ (atualização do resultado intermediário 4.1 do Plano Estratégico da OPAS).
- 4.2 Reduzir o gasto por conta própria destinado à saúde,⁶⁹ em colaboração com as autoridades financeiras (*Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* da OPAS, documento CD53/5, Rev. 2 [2014]).
- 4.3 Formular e fortalecer políticas e/ou estratégias para reduzir a segmentação do sistema de financiamento sanitário (*Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura*

⁶⁷ Este objetivo está em conformidade com a meta 3.8 dos ODS, particularmente a linha estratégica 3 da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (CD53/5, Rev. 2 [2014]): *Aumento e melhoria do financiamento com equidade e eficiência e avanço rumo à eliminação do pagamento direto, que se transforma em barreira ao acesso no momento da prestação de serviços.*

⁶⁸ Um gasto público em saúde equivalente a 6% do PIB é um indicador útil e representa uma condição necessária, porém não suficiente, para reduzir as iniquidades e aumentar a proteção financeira.

⁶⁹ Na resolução CD53.R14, *Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde*, os Estados Membros da OPAS se comprometeram a avançar para a eliminação do pagamento direto que se converte em barreira para o acesso no momento da prestação dos serviços. Os indicadores para a Região nesta matéria serão definidos nos Planos Estratégicos da OPAS, com base em avaliações técnicas que permitam estimar reduções regionais sustentadas.

Universal de Saúde da OPAS, documento CD53/5, rev.2 [2014]).

4.4 Implantar políticas ou estratégias para desenvolver sistemas da compra e pagamento aos fornecedores que promovam eficiência e equidade na alocação dos recursos estratégicos (*Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde* da OPAS documento CD53/5, rev.2 [2014]).

4.5 Elaborar e fortalecer estratégias que reduzam a segmentação e melhorem os mecanismos de financiamento da saúde em colaboração com os responsáveis pela tomada de decisões e atores relevantes, que promovam a eficiência e a equidade na alocação de recursos (*Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde* da OPAS, documento CD53/5, Rev. 2 [2014]).

Objetivo 5: Garantir o acesso a medicamentos essenciais e vacinas e a outras tecnologias sanitárias prioritárias, segundo as evidências científicas disponíveis e de acordo com o contexto nacional

Alcance: A consecução deste objetivo tem como requisito o acesso equitativo aos medicamentos, vacinas e outras tecnologias sanitárias prioritárias de qualidade, segundo as evidências científicas disponíveis, o que é importante para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. A disponibilidade dessas tecnologias sanitárias e seu uso racional considera os seguintes componentes:

- Acesso oportuno e acessível a medicamentos e outras tecnologias sanitárias que sejam seguros, de qualidade, efetivos e eficientes;
- Lista nacional de medicamentos essenciais e lista prioritária de tecnologias em saúde prioritárias;
- Forte programa nacional de imunização;
- Mecanismo sustentável de compras públicas e fortalecimento da cadeia de fornecimento de medicamentos e vacinas;
- Promoção de um ambiente competitivo e práticas transparentes e eficientes na gestão de medicamentos, vacinas e outras tecnologias sanitárias, inclusive a otimização de mecanismos e fundos regionais e sub-regionais;
- Inovação, avaliação e gestão de tecnologias sanitárias de acordo com as necessidades da população;
- Desenvolvimento de medicamentos inovadores conforme necessidades da população;
- Gestão da propriedade intelectual para promover a inovação.

Metas para 2030:

- 5.1 Assegurar o acesso oportuno a medicamentos da lista nacional de medicamentos essenciais e as tecnologias em saúde prioritárias sem nenhum pagamento no momento da atenção, serviço ou dispensação de acordo com o contexto nacional (atualização da meta do resultado intermediário 4.3 do Plano Estratégico da OPAS).
- 5.2 Alcançar 95% de cobertura vacinal⁷⁰ em menores de 5 anos mediante programas nacionais de imunização (atualização da meta do resultado intermediário 1.5 do Plano Estratégico da OPAS).
- 5.3 Contar com autoridades reguladoras nacionais de medicamentos cuja capacidade haja sido qualificada como nível 3 de acordo com a ferramenta mundial de avaliação da OMS⁷¹ (adaptação do resultado intermediário 4.3 do Plano Estratégico da OPAS).
- 5.4 Aplicar metodologias de avaliação das tecnologias sanitárias no processo para a decisão de sua incorporação nos sistemas de saúde⁷² (*Avaliação e incorporação de tecnologias sanitárias nos sistemas de saúde*, documento CSP28/11 da OPAS [2012]).
- 5.5 Aplicar os requisitos das normas básicas internacionais de segurança nos serviços de diagnóstico e terapêuticos que usam tecnologias sanitárias com radiação (*Proteção radiológica e segurança das fontes de radiação: Normas Básicas Internacionais de Segurança*, documento CSP28/17, Rev. 1 da OPAS [2012]).
- 5.6 Promover única e exclusivamente a doação voluntária de sangue não remunerada e repetitiva, e desalentar a doação remunerada e familiar ou de reposição, exceto quando protegida pelo sistema regulador (*Plano de ação para o acesso universal a sangue seguro*, resolução CD53.R6 da OPAS [2014]).
- 5.7 Fortalecer os mecanismos de negociação e compras nacionais, sub-regionais e regionais para melhorar a capacidade dos países para obter preços de medicamentos, vacinas e outras tecnologias sanitárias mais acessíveis e equitativos (*Acesso e uso racional dos medicamentos e outras tecnologias sanitárias estratégicos e de alto custo*, documento CD55/10, Rev. 1 [2016]).
- 5.8 Levando em conta as perspectivas da saúde pública, fortalecer a capacidade para implementar políticas de propriedade intelectual e de saúde, que promovam a pesquisa e o desenvolvimento de medicamentos, vacinas e outras tecnologias sanitárias para as doenças transmissíveis e não transmissíveis que afetam principalmente os países em desenvolvimento e que promovam o acesso a medicamentos, vacinas e outras tecnologias sanitárias acessíveis (adaptado do ODS 3.b e do documento de política *Acesso e uso racional dos medicamentos e outras tecnologias sanitárias estratégicos e de alto custo*, documento CD55/10 rev. 1[2016]) da OPAS).

⁷⁰ Usa-se como marcador a cobertura da terceira dose da DPT (difteria, coqueluche e tétano).

⁷¹ Uma autoridade reguladora nacional competente e eficiente deve melhorar o desempenho de determinadas funções de regulamentação sanitária recomendadas pela OPAS/OMS para garantir a eficácia, segurança e qualidade dos medicamentos. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/medicines/regulation/rss/en/>.

⁷² Os processos de priorização e incorporação de tecnologias sanitárias baseados na avaliação das tecnologias sanitárias contribuem para o acesso universal por meio da melhoria da qualidade da atenção à saúde, avaliação das verdadeiras inovações terapêuticas, aumento da eficiência dos gastos, ampliação do acesso a tecnologias que sejam eficazes, seguras e eficazes em função do custo e façam parte do direito à saúde, e uso racional das tecnologias (documento CSP28/11 da OPAS).

Objetivo 6: Fortalecer os sistemas de informação em saúde para apoiar a formulação de políticas e a tomada de decisões baseadas em evidências

Alcance: Este objetivo visa melhorar os sistemas de informação em saúde (conhecidos como IS4H, sigla em inglês),⁷³ que são essenciais para melhorar a formulação de políticas e tomada de decisão em saúde, assim como para a medição e monitoramento das desigualdades em saúde na população e para o avanço rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde. Sistemas de informação em saúde robustos e integrais também são essenciais para fortalecer a função de liderança e vetoria dos Ministérios da Saúde. Os elementos essenciais para esses sistemas são os seguintes:

- Análise do nível de maturidade do sistema de informação em saúde de cada país, como primeiro passo para identificar lacunas e necessidades;
- Governança e gestão de dados;
- Tecnologias de informação e comunicação;
- Gestão do conhecimento para saúde;
- Desenvolvimento de capacidades nacionais de recursos e infraestrutura para gestão e análise de dados;
- Sistemas de informação em saúde, inclusive os registros médicos eletrônicos e os registros civis, que de forma sistematizada e rotineira, e através de processos de integração de dados, facilitem a interconectividade e interoperabilidade.

Metas para 2030:

- 6.1 Elaborar uma política nacional para sistemas de informação em saúde interoperáveis⁷⁴ que geram, identificam, coletam, processam, analisam, armazenam e disponibilizam publicamente dados gratuitos e de qualidade e informação estratégica para melhorar a formulação de políticas e a tomada de decisões em saúde pública e planejamento em saúde (combinação da meta 17.18 dos ODS e projeto da estratégia da OPAS sobre sistemas de informação em saúde).⁷⁵
- 6.2 Fortalecer os sistemas de informação para a saúde a fim de apoiar a avaliação do desempenho do sistema nacional de saúde, bem como o acompanhamento e a apresentação de relatórios sobre o avanço na consecução dos objetivos de saúde nacionais, regionais e mundiais, incluídos os ODS relacionados com a saúde e as metas da ASSA2030, entre outros.

⁷³ Os sistemas de informação em saúde são um esforço integrado para a convergência de sistemas interconectados e interoperáveis de dados (incluindo as estatísticas vitais e de saúde), informação, conhecimento, processos, padrões, pessoas e instituições, apoiadas por tecnologias de informação e comunicação que interagem ou ajudam a gerar, identificar, coletar, processar, armazenar e disponibilizar publicamente dados de alta qualidade e informações estratégicas para melhorar os processos de formulação de políticas e tomada de decisões em sistemas públicos de saúde.

⁷⁴ O termo “interoperabilidade” se refere à comunicação entre diferentes tecnologias e aplicações de software para o intercâmbio e uso eficiente, preciso e correto dos dados. Isto requer o uso de normas, quer dizer, normas, regulamentos, diretrizes ou definições com especificações técnicas para tornar viável a gestão integrada dos sistemas de saúde em todos os níveis. Fonte: documento CD51/13 [2011], *Estratégia e plano de ação sobre eHealth* <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7663/CD51-13-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁷⁵ Organização Pan-Americana da Saúde. The Caribbean Information System for Health Project: Advancing Public Health in the Caribbean Region. Washington, D. C. 22 de novembro de 2016.

6.3 Fortalecer a capacidade de análise e o uso da informação para a tomada de decisões a nível nacional (adaptação do resultado intermediário 4.4 do Plano Estratégico da OPAS e a meta 17.18 dos ODS)

Objetivo 7: Desenvolver capacidade de geração, transferência e uso da evidência e do conhecimento em matéria de saúde, promovendo a pesquisa, a inovação e o uso da tecnologia

Alcance: Esta meta procura fortalecer a capacidade dos países para realizar pesquisa relevante e apropriada sobre assuntos de saúde pública e gerar, transferir e usar evidência e conhecimentos para subsidiar as políticas de saúde pública e a alocação de recursos para desenvolvimento da saúde, enquanto promove a pesquisa, a inovação e o uso de tecnologias. Esta meta também procura promover a inovação e a utilização de aplicações acessíveis para saúde digital (eHealth), telemedicina, saúde móvel (mHealth), e eLearning, que ofereçam oportunidades de abordar desafios em saúde e melhorar resultados de saúde. Os seguintes são componentes essenciais desta meta:

- Governança em pesquisa, inclusive políticas, agendas, e sistemas nacionais de pesquisa em saúde orientadas para atender os principais problemas de saúde que enfrentam as populações;
- Pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde para facilitar o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, ampliando a cobertura de ferramentas existentes e contribuindo para o crescimento econômico;
- Capacidades institucionais de pesquisa em saúde pública;
- Promoção da difusão e tradução de conhecimento;
- Capacitação de recursos humanos para pesquisa e inovação em saúde;
- Intercâmbio de conhecimento, comunidades de prática e redes;
- Governança em inovação e saúde digital.

Metas para 2030:

7.1 Elaborar políticas de pesquisa em saúde com um financiamento de pelo menos 2% do orçamento de saúde⁷⁶ para a pesquisa em saúde pública (adaptado da *Política de pesquisa em saúde* da OPAS, documento CD49/10 [2009]).

7.2 Desenvolver capacidade institucional, infraestrutura, tecnologia e recursos humanos capacitados para pesquisa em saúde pública e sua difusão, de acordo com a política nacional de saúde e os mecanismos de transferência de conhecimento (adaptado da *Política de pesquisa em saúde* da OPAS, documento CD49/10 [2009]).

7.3 Elaborar e fortalecer estratégias e planos de saúde digital (*eHealth*) (*Estratégia e plano de ação para eSaúde* da OPAS, documento CD51/13 [2011]).

⁷⁶ Recomendação dos peritos baseada na observação de quanto investem os países que conseguiram desenvolver capacidades sustentáveis para produzir e usar pesquisa para a saúde. Esta recomendação tem sido apoiada em nível técnico e político desde 1990 e se reflete na *Política de Pesquisa para a Saúde* da OPAS (documento CD49/10) e na Resolução WHA60.15 da OMS. Assim, a Política afirma que “[a Repartição] fomentará a apreciação, no âmbito político, do valor da pesquisa para acelerar a melhoria da saúde e o desenvolvimento e buscará o compromisso político com a pesquisa nacional em saúde com o propósito de conseguir a destinação de pelo menos 2% dos orçamentos dos ministérios da saúde para a pesquisa e o fortalecimento da capacidade de pesquisa, a fim de alcançar os níveis de financiamento propostos pelas resoluções da Assembleia Mundial da Saúde, comitês de especialistas, e fóruns ministeriais e planos estratégicos” (*Política de pesquisa para a saúde* da OPAS, documento CD49/10).

Objetivo 8: Fortalecer as capacidades nacionais e regionais preparação, prevenção, detecção, vigilância e resposta a surtos de doenças, e às emergências de saúde e desastres que afetam a saúde da população

Alcance: Este objetivo consiste em reduzir a mortalidade, a morbidade e a interrupção social decorrentes das emergências e desastres, mediante prevenção, detecção, gestão e mitigação de agentes patogênicos que representam uma grande ameaça, junto com redução dos riscos de outras ameaças, preparação, resposta, e recuperação precoce. O setor da saúde deve ser conduzido pelo país e ter capacidade adequada e sustentável para assegurar resiliência suficiente para proteger o bem-estar físico, mental e social de suas comunidades e para recuperar-se rapidamente de todos os tipos de surtos, emergências e desastres. Os fatores seguintes são essenciais para atingir este objetivo:

- Desenvolvimento e fortalecimento da resiliência dos sistemas e serviços de saúde e aplicação de um enfoque multissetorial para contribuir à segurança sanitária e enfrentar as emergência e a mudança climática;
- Acompanhamento, avaliação e fortalecimento de capacidades básicas para cumprir o Regulamento Sanitário Internacional (RSI);
- Estratégias de prevenção, alerta e controle de riscos infecciosos que representam uma grande ameaça;
- Capacidade nacional, sub-regional e regional de resposta a desastres e emergências causados por qualquer tipo de ameaça;
- Preparativos para situações de emergência e gestão de risco de desastres, inclusive a educação e capacitação da população sobre a redução de riscos;
- Fortalecimento do setor da saúde nos países em situação de grande vulnerabilidade a emergências e desastres, inclusive os recursos humanos e as instituições seguras, bem como a preparação de planos nacionais;
- Resposta oportuna e apropriada a emergências de saúde.

Metas para 2030:

- 8.1 Reduzir o número de casos de morte, incapacidade e doença, com ênfase na proteção das populações pobres e vulneráveis afetadas por emergências e desastres (combinação da meta 11.5 dos ODS e da meta de impacto 9 do Plano Estratégico da OPAS).
- 8.2 Reforçar as funções essenciais de saúde pública para fortalecer a resiliência e adaptabilidade ao clima e outras ameaças ao setor da saúde (meta 13.1 dos ODS).
- 8.3 Cumprir e manter as capacidades críticas para as emergências em saúde, inclusive as capacidades básicas estabelecidas no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (atualização da meta do resultado intermediário 5.2 do Plano Estratégico da OPAS).⁷⁷
- 8.4 Contar com capacidade crítica implantada para responder a qualquer tipo de emergência ou desastre (sistemas de alerta precoce, centros de operações de emergência, comunicação de riscos e hospitais seguros) (atualização do resultado intermediário 5.2 do Plano Estratégico da OPAS).

⁷⁷ Incorpora os resultados derivados da reforma da resposta a emergências da OMS e sua aplicação na OPAS. A Organização elaborará seus planos operacionais institucionais a fim de cumprir os compromissos estabelecidos nesta Agenda em consonância com as disposições do RSI para sua aplicação, execução e cumprimento.

Objetivo 9: Reduzir a morbidade, a incapacidade e a mortalidade decorrentes de doenças não transmissíveis, lesões, violência e transtornos de saúde mental

Alcance: Este objetivo procura reduzir o ônus das doenças não transmissíveis, inclusive as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas, o diabetes e os transtornos de saúde mental, assim como a incapacidade, a violência e as lesões. Isto pode ser conseguido através da promoção da saúde e redução de riscos e da prevenção, tratamento e monitoramento das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, com ênfase no seguinte:

- Doença cardiovascular, câncer, diabetes, doença pulmonar obstrutiva e doença renal crônica;
- Tabagismo, alcoolismo, dieta insalubre, consumo de sal, sedentarismo e obesidade;
- Incapacidade e reabilitação;
- Lesões causadas pelo trânsito;
- Violência, com ênfase na violência contra meninas, mulheres e idosos;
- Transtornos de saúde mental e pelo uso de substâncias psicoativas;
- Suicídio;
- Má nutrição;
- Promoção da saúde e bem-estar ao longo do curso da vida para prevenir as doenças e reduzir a mortalidade, a incapacidade e a morbidade;
- Doença e mortes causadas por exposição a fatores ambientais, em particular a poluição do ar.

Metas para 2030:

- 9.1 Reduzir a mortalidade precoce por doenças não transmissíveis⁷⁸ em um terço através de prevenção e tratamento e promover a saúde mental e bem-estar (meta 3.4 dos ODS).
- 9.2 Aplicar a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco de acordo com o contexto nacional (adaptação da meta 3.a dos ODS).
- 9.3 Assegurar o acesso aos serviços de habilitação e reabilitação integrais, incluído o acesso às tecnologias de assistência e os serviços de apoio para todos aqueles que necessitem, e promover a aplicação da estratégia de reabilitação de base comunitária,⁷⁹ entre outras (adaptação do *Plano de ação sobre deficiência e reabilitação* da OPAS, documento CD53/7, Rev. 1 [2014]).
- 9.4 Contribuir para reduzir de maneira significativa a violência e seu impacto na saúde em colaboração com outros atores governamentais e não governamentais (meta 16.1, 3.6 e 5.2 dos ODS).
- 9.5 Reduzir pela metade o número de mortes e lesões causadas pelo trânsito (adaptação da meta 3.6 dos ODS).

⁷⁸ Principalmente pelas doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

⁷⁹ A estratégia de reabilitação de base comunitária (RBC) oferece um modelo conceitual e operacional que permite coordenar os recursos especializados dos diferentes níveis de atenção e a comunidade organizada. Além disso, facilita o estabelecimento de vínculos com os principais serviços, reforça sua capacidade e facilita o acesso a intervenções específicas (documento CD53/7, Rev. 1).

9.6 Aumentar o acesso universal aos serviços de saúde mental, inclusive a promoção do bem-estar emocional e suas condições favoráveis, a prevenção de problemas psicossociais e transtornos mentais e a recuperação mental, em todas as etapas da vida, com um enfoque de gênero, intercultural e comunitário, a assistência em saúde mental estará integrada na atenção primária (adaptado do *Plano de ação para saúde mental* da OPAS, documento CD53/8, Rev. 1 [2014]).

9.7 Contribuir para eliminar todas as formas de má nutrição, inclusive atingindo até 2025 as metas acordadas internacionalmente para o atraso do crescimento e debilitação grave dos menores de 5 anos, e abordar as necessidades de nutrição das adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e idosos (adaptação da meta 2.2 dos ODS).

Objetivo 10: Reduzir a carga das doenças transmissíveis e eliminar as doenças negligenciadas

Alcance: Este objetivo busca reduzir a mortalidade, morbidade e o estigma associados a algumas das doenças transmissíveis e negligenciadas mais devastadoras do mundo, que exacerbam a má saúde, a pobreza e as iniquidades nas Américas. No contexto do acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde, as intervenções eficazes para prevenir, controlar, tratar e eliminar essas doenças se estendem além do setor da saúde, incluindo setores como educação, água/saneamento e trabalho, e devem buscar alcançar populações vulneráveis para abordar os determinantes sociais da saúde subjacentes. A ênfase será nos seguintes:

- a infecção por HIV/AIDS e as infecções de transmissão sexual;
- as hepatites virais;
- a tuberculose;
- as doenças transmitidas por vetores (malária, dengue, zika, chikungunya, febre amarela e doença de Chagas);
- as doenças negligenciadas, tropicais e zoológicas;
- as doenças preveníveis por vacinas;
- a vigilância da resistência aos antimicrobianos;
- à inocuidade dos alimentos (riscos biológicos e químicos).

Metas para 2030:

- 10.1 Acabar com a epidemia da infecção pelo AIDS (meta 3.3 dos ODS)⁸⁰
- 10.2 Acabar com a epidemia de tuberculose (adaptação da meta 3.3 dos ODS)
- 10.3 Eliminar a transmissão vertical (materno-infantil) do HIV e da sífilis congênita (meta de impacto 8.1 do Plano Estratégico da OPAS)
- 10.4 Combater as doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis (adaptação da meta 3.3 dos ODS)

⁸⁰ Os indicadores desta meta serão definidos nos planos estratégicos da OPAS e incluirão a medição da redução de novas infecções pelo HIV de acordo com o indicador ODS 3.3.1.

- 10.5 Deter a transmissão da hepatite viral e acelerar a redução de infecções crônicas e mortes por hepatite, para acabar com a hepatite viral como grande ameaça de saúde pública na Região das Américas (adaptado da estratégia global do setor da saúde da OMS sobre as hepatites virais 2016-2021).
- 10.6 Eliminar a transmissão local da malária nos Estados Membros e evitar o possível restabelecimento da doença (adaptado do *Plano de ação para eliminação da malária 2016-2020* da OPAS) documento CD55/13 [2016].⁸¹
- 10.7 Eliminar as doenças infecciosas negligenciadas⁸² como problema de saúde pública (adaptado do *Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e medidas posteriores à eliminação 2016-2022* da OPAS documento CD55/15 [2016]).
- 10.8 Tratar e prevenir as doenças infecciosas, inclusive mediante uso responsável e racional de medicamentos seguros, eficazes, acessíveis e com qualidade garantida (adaptado do *Plano de ação para a resistência antimicrobiana* da OPAS documento CD54/12, Rev. 1 [2015]).
- 10.9 Mitigar os riscos à inocuidade dos alimentos (resultado intermediário 1.7 do Plano Estratégico da OPAS).
- 10.10 Controlar a transmissão da dengue, chikungunya, zika e febre amarela com um enfoque integrado e Inter setorial (*Estratégia para a prevenção e controle das arboviroses* da OPAS, documento CD55/16 [2016]; e o documento resposta mundial para o controle de vetores da OMS, documento A70/26/Rev1 [2017])

Objetivo 11: Reduzir a desigualdade e a iniquidade na saúde mediante enfoques intersetoriais, multissetoriais, regionais e sub-regionais dos determinantes sociais e ambientais da saúde

Alcance: Este objetivo é importante para abordar as iniquidades em saúde que persistem na Região. Consoante aos princípios desta Agenda e da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável de não deixar ninguém para trás, neste objetivo se consideram estratégias multissetoriais para redução das iniquidades em saúde, ao promover a saúde e bem-estar através de ações dirigidas aos determinantes sociais e ambientais da saúde, inclusive proteção social, abordando questões de gênero, etnia e direitos humanos. Os seguintes fatores são essenciais neste sentido:

- Fortalecimento da capacidade dos países para medir, monitorar e analisar sistematicamente as desigualdades em saúde;

⁸¹ A eliminação da malária é viável nos países endêmicos da Região das Américas e é possível a longo prazo como meta regional. Nos últimos 15 anos a transmissão da malária diminuiu de forma importante em vários países da Região. Em 2016, Argentina e Paraguai completaram 6 e 5 anos, respectivamente, sem notificação de casos autóctones, e Belize, Costa Rica e El Salvador notificaram, respectivamente, 4, 4 e 13 casos autóctones. Na América do Sul, Suriname teve um grande resultado no controle da transmissão, com 64 casos autóctones em 2016 depois de registrar 16.003 casos em 2001. A drástica redução no número de casos nesses países é a principal evidência a favor da viabilidade da eliminação da malária nas condições de transmissão da Região com o uso das intervenções atualmente disponíveis. Em termos de sustentabilidade, os países da Região e a Repartição também contam com o apoio e o compromisso de múltiplos parceiros estratégicos na implementação de intervenções para eliminar a transmissão da malária e evitar um possível restabelecimento.

⁸² Principalmente, a leishmaniose, a lepra, a filariose linfática, a oncocercose, o tracoma e a esquistossomose.

- Implementação da estratégia de saúde em todas as políticas para garantir ação intersetorial que aborde os determinantes sociais e ambientais da saúde;
- Promoção de ambientes saudáveis e de acesso aos serviços de saúde de maneira equitativa a fim de melhorar a saúde e o bem-estar, reduzir as mortes preveníveis e a carga das doenças ao longo do curso da vida e, ao mesmo tempo, evitar qualquer impacto desproporcional sobre a saúde pública nas populações ou comunidades com mais desvantagens inclusive os deslocados, refugiados e os migrantes.⁸³

Metas para 2030:

- 11.1 Demonstrar uma redução acentuada da brecha da iniquidade em saúde, mensurada por quaisquer das seguintes variáveis de estratificação de equidade: local de residência (rural/urbana), raça, etnia, ocupação, gênero, sexo, idade, escolaridade e condição socioeconômica, usando medidas simples de desigualdade, inclusive brecha absoluta e relativa (*Manual de Monitoramento de Desigualdades em Saúde* da OPAS).
- 11.2 Reduzir substancialmente o número de mortes e doenças causadas por produtos químicos perigosos e pela poluição do ar, da água e do solo, especialmente onde os riscos ambientais estejam afetando desproporcionalmente as populações ou comunidades em desvantagem (adaptação da meta 3.9 dos ODS)
- 11.3 Reduzir significativamente as desigualdades na qualidade da água e saneamento ao ter avançado com os setores responsáveis no acesso a serviços de água e saneamento para sua gestão segura (metas 6.1 e 6.2 dos ODS).
- 11.4 Gerar políticas que incorporem a migração e a mobilidade ordenada e segura das pessoas (meta 10.7 dos ODS e *Política sobre a saúde dos migrantes* da OPAS, resolução CD55.R13 [2016]).
- 11.5 Promover ambientes de trabalho saudáveis, seguros e sem riscos para os trabalhadores, incluindo os trabalhadores migrantes, e pessoas em empregos precários (adaptação do resultado intermediário 3.5 do Plano Estratégico da OPAS e *Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores*, documento CD54/10, Rev. 1 [2015]).

⁸³ OPAS, Saúde dos migrantes (documento de política CD55/11, Rev. 1 [2016])

VI. EXECUÇÃO, ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIOS

108. De acordo com os objetivos e metas expostos anteriormente, os Estados Membros devem por em prática esta Agenda em conformidade com os mecanismos nela estabelecidos e devem apresentar relatórios com apoio da Repartição Sanitária Pan-Americana. Essa tarefa deve ser realizada mediante a colaboração entre os países, a Repartição Sanitária Pan-Americana e outros atores e parceiros estratégicos no âmbito nacional, sub-regional e regional.

Implementação

109. A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 contará com os planos estratégicos e as estratégias de cooperação com os países da OPAS, assim como planos sub-regionais e nacionais elaborados pelos Estados Membros, como o meio principal para sua execução, acompanhamento e avaliação. Ao mesmo tempo, os vários atores da saúde devem se esforçar para alcançar os objetivos e metas aqui estabelecidos. A seguinte matriz ilustra os principais atores e parceiros nos diferentes níveis:

Quadro 4. Principais atores e associados estratégicos por nível

Nível	Atores e associados estratégicos
Nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério ou Secretaria de Saúde • Comissões nacionais para a coordenação dos ODS • Poder executivo, legislativo e judiciário • Setores governamentais (educação, finanças, chancelaria, meio ambiente, agricultura e pecuária, trabalho, entre outros) • Governos municipais ou locais • OPAS/OMS • Organismos das Nações Unidas • Organizações da sociedade civil nacionais e internacionais • Organismos de cooperação internacional • Setor acadêmico e científico • Setor privado
Sub-regional	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos sub-regionais de integração e, se for o caso, suas entidades dedicadas à saúde • Mecanismos sub-regionais de outros setores relacionados • Escritórios sub-regionais da OPAS/OMS
Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Redes de epidemiologia, de estatística, de planejamento e de escritórios de relações internacionais (ORIS), entre outras • OPAS/OMS • Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe (UNDG ALC) • Centros colaboradores da OPAS/OMS • Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)

Nível	Atores e associados estratégicos
	<ul style="list-style-type: none"> • Organização dos Estados Americanos (OEA) • Banco Mundial (setor da América Latina e Caribe) • Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e outros bancos de desenvolvimento • Outros organismos internacionais

110. A execução da ASSA2030 em âmbito sub-regional e nacional requer o compromisso político das autoridades sanitárias dos Estados Membros e dos organismos de integração sub-regionais, o que deve se refletir em seus planos sub-regionais e nacionais, além do apoio da Repartição através de ajustes das Estratégias de Cooperação nos Países e planos sub-regionais. Além disso, grandes parceiros nacionais e internacionais trabalhando para o desenvolvimento da saúde devem considerar as metas e objetivos delineados nesta Agenda quando estiverem elaborando seus próprios planos estratégicos e operacionais.

111. Os países das Américas concordam com a adoção de vários **enfoques estratégicos** essenciais para a implementação desta agenda, indicados adiante:

- a) **Responsabilidade nacional pelos resultados.** Se espera que os ministérios e secretarias da saúde promovam e liderem o processo para determinar metas e objetivos nacionais que contribuirão para o cumprimento coletivo regional da Agenda. Também se espera dos ministérios e as secretarias que realizem ações de promoção para elevar o perfil das prioridades de saúde estabelecidas nesta Agenda e seus planos nacionais de saúde, promovendo ações por meio dos órgãos executivos, legislativos e judiciários.
- b) **Promoção e coordenação de ações multissetoriais.** Os ministros e secretários de Saúde da Região das Américas reconhecem que, como no caso dos ODS, atingir as metas desta Agenda exigirá ação intersetorial muito além do setor da saúde. Portanto, se propõem a trabalhar com todos os setores relevantes para o desenvolvimento social, em âmbito nacional e internacional. Esta função de promoção de causa inclui não somente os determinantes da saúde, como também demonstrar a outros setores as vantagens que o desenvolvimento da saúde traz a eles especialmente graças à maior produtividade econômica e à redução do gasto nos tratamentos, com um enfoque da saúde em todas as políticas.
- c) **Coordenação e cooperação interinstitucional em âmbito nacional.** A situação varia bastante entre os países da Região, mas aqueles que recebem apoio internacional significativo têm mecanismos de coordenação que reúnem todos os organismos internacionais de desenvolvimento, inclusive a cooperação em saúde. É essencial que as autoridades nacionais conduzam esses mecanismos.
- d) **Cooperação Sul-Sul para o desenvolvimento da saúde.** Todos os países das Américas têm conhecimento e perícia que valem a pena ser compartilhados e para benefício de todos os países. Com apoio da Repartição Sanitária Pan-Americana,

as autoridades sanitárias das Américas aproveitarão esta oportunidade conforme buscam maneiras inovadoras de melhorar a saúde das suas populações.

- e) **Coordenação interinstitucional em escala regional.** A OPAS iniciará uma coordenação ativa com o Fórum dos Países da América Latina e Caribe para o Desenvolvimento Sustentável,⁸⁴ um mecanismo regional para monitorar a implantação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, inclusive os ODS, seus meios de implementação e a Agenda de Ação de Addis Abeba sobre financiamento do desenvolvimento, a fim de fornecer informação regional sobre saúde relevante para o monitoramento e avaliação da Agenda 2030.
- f) **Comunicação estratégica.** Para facilitar a adoção e a execução desta Agenda, e de acordo com os resultados da avaliação final da Agenda para a Saúde nas Américas 2008-2017, a RSPA, de maneira coordenada com as autoridades sanitárias da Região, de acordo com o contexto, divulgará a ASSA2030, seus compromissos e a forma em que o cumprimento de seus objetivos pela Região das Américas contribuirá para a Agenda 2030. A RSPA, juntamente com os ministérios e as secretarias de saúde e outros parceiros estratégicos, elaborará uma estratégia e um plano de comunicação que permitam dar a conhecer os objetivos e metas da Agenda nos níveis políticos, estratégicos e técnicos. Esta estratégia e plano devem levar em conta as experiências e lições de promoção da saúde e estar estreitamente articulados com outros esforços nos países para a aplicação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. É essencial documentar o progresso a cada passo comunicando a função essencial e os benefícios específicos da Agenda 2030 para conseguirmos o melhor estado de saúde e bem-estar para todas as pessoas da Região. A OPAS deverá promover ativamente a Agenda 2030 para indicar às entidades que trabalham na Região os compromissos e a necessidade de monitoramento de seus objetivos e metas. A estratégia de comunicação para a ASSA2030 deve indicar as tarefas dos países e da RSPA, que se resumem adiante:
- i) Países: O processo de comunicação e conscientização dos Estados Membros tem grande importância, já que a implementação da ASSA2030 depende da liderança dos Ministérios e Secretarias de Saúde, bem como do compromisso e da participação ativa de diversos atores chave. Neste sentido, os Ministérios da Saúde e as Secretarias de Saúde, como autoridade sanitária nacional, devem determinar dentro de cada país os espaços existentes (conselhos, comissões, fóruns de caráter intersetorial) para divulgar e conscientizar sobre esta agenda. Além disso, é preciso criar outros espaços, como seminários e workshops, em que se convoquem os atores sociais envolvidos com o alcance da ASSA2030. Além disso, é importante que os Ministérios da Saúde e as

⁸⁴ Criado em 2016 durante o trigésimo sexto período de sessões da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL): Pode-se consultar em: <https://periododesesiones.cepal.org/36/pt/noticias/criado-forum-dos-paises-da-america-latina-e-do-caribe-o-desenvolvimento-sustentavel>.

Secretarias de Saúde aproveitem os foros sub-regionais (dos próprios ministros da saúde e do setor da saúde, entre outros) para conscientizar sobre a importância da ASSA2030 e o papel que têm em sua divulgação e execução. Este componente deve ser desenvolvido no primeiro semestre de 2018 para que os países contem com a orientação e as ferramentas necessárias.

- ii) A Repartição: A RSPA tem um papel muito importante no posicionamento da ASSA2030 e conscientização sobre ela. Primeiro, dentro da própria RSPA, de maneira que todo o pessoal esteja informado e comprometido com o processo de sua implementação. Deve-se implantar um processo de conscientização e comunicação permanentes com as representações nos países, a fim de que essas representações assumam a ASSA2030 e definam juntamente com os países os mecanismos para sua implementação, inclusive a cooperação técnica de que cada país necessita para aplicar esta agenda. A OPAS, como membro do sistema das Nações Unidas, também deve fazer com que todos os organismos relevantes das Nações Unidas conheçam e estejam comprometidos a fornecer seu apoio para a consecução dos objetivos e metas da ASSA2030. Além disso, a OPAS deve detectar outros espaços e foros que reúnam atores importantes que possam fornecer apoio na execução desta agenda. Além disso, a RSPA colocará à disposição por diversos meios os mecanismos de execução (plano estratégico, sistema de acompanhamento e avaliação) para acompanhar a execução da agenda com os Estados Membros e outros atores importantes. Estas ações devem ser realizadas paralelamente à comunicação e conscientização feita pelos Estados Membros.

Acompanhamento, avaliação e apresentação de relatórios

112. O compromisso dos Estados Membros, da Repartição e dos associados é fundamental para a responsabilização pela implantação desta Agenda. Isto exige a utilização dos mecanismos de apresentação de relatórios e o fortalecimento dos mecanismos conjuntos de monitoramento e avaliação relacionados com o Plano Estratégico da OPAS e outras estratégias e planos de ação da Organização.

113. Os objetivos e metas definidos na ASSA2030 devem ser parte integrante do planejamento de saúde em âmbito regional, sub-regional e nacional e guiar o estabelecimento de indicadores específicos que servirão como referência para o monitoramento e avaliação do progresso rumo aos objetivos da Agenda.

114. Para a OPAS, as metas devem guiar o desenvolvimento de indicadores nos planos estratégicos da Organização para 2020-2025 e 2026-2031, bem como ser consideradas nas estratégias e nos planos de ação regionais e estratégias de cooperação nos países desenvolvidas de 2018 a 2030.

115. No âmbito regional, deve-se coordenar o acompanhamento, avaliação e apresentação de relatórios coordenados das metas da ASSA2030 via mecanismos estabelecidos pela ASSA2030 e nos Planos Estratégicos e Programas e Orçamentos da OPAS. Além disso, acompanhamento, avaliação e apresentação de relatórios devem estar vinculados à revisão e análise periódicas realizadas como parte da publicação *Saúde nas Américas* e aos requisitos globais de monitoramento dos ODS.

116. A colaboração com os organismos das Nações Unidas, principalmente com os Grupos Interinstitucional e de Peritos sobre indicadores de ODS e com a CEPAL, deve ser fortalecida para otimizar o uso das plataformas existentes para o monitoramento do ODS 3 e outras metas relacionadas com a saúde (ver anexo A).

117. O acompanhamento e a avaliação da ASSA2030 deveriam ser harmonizados com os mecanismos de monitoramento e apresentação de relatórios existentes. Serão empreendidos esforços para fortalecer e integrar os sistemas de informação para facilitar a medição e o monitoramento das metas da ASSA2030, junto com outros indicadores de saúde.

118. De maneira similar, em nível sub-regional e nacional, espera-se que as entidades sub-regionais e os Estados Membros adotem e adaptem os objetivos e as metas de a ASSA2030 para sua execução, acompanhamento, avaliação e apresentação de relatórios. Se realizaram esforços para que os sistemas nacionais de informação permitam a medição e a apresentação de relatórios com relação aos objetivos estabelecidos na Agenda. Neste sentido, a Repartição prestará apoio aos Estados Membros que assim o requeiram.

119. Uma avaliação intermediária deve ser realizada em 2025 para avaliar o progresso rumo à adoção e implantação da ASSA2030 em todos os níveis, para documentar as lições aprendidas e sugerir ações corretivas onde for necessário. Finalmente, em 2031, deve ser realizada uma avaliação final da ASSA2030 conjuntamente com as iniciativas globais para examinar o avanço registrado rumo aos compromissos na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

120. Até onde for possível, e apoiando-se em mecanismos existentes de apresentação de relatórios, a Repartição deve realizar o acompanhamento e a avaliação da implementação da ASSA2030 incorporando uma análise com enfoque de gênero a partir das lições aprendidas e melhores práticas.

Anexos

Anexo A: Metas e indicadores do ODS3

Fonte: Relatório do Grupo Interinstitucional e de Peritos sobre indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas¹

Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades

META	INDICADOR
3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos	3.1.1 Razão de mortalidade materna 3.1.2 Percentual de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado
3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos	3.2.1 Taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos 3.2.2 Taxa de mortalidade neonatal
3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis	3.3.1 Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, desagregado por sexo, idade e populações chave) 3.3.2 Incidência de tuberculose por 1.000 habitantes 3.3.3 Incidência de malária por 1.000 habitantes 3.3.4 Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes 3.3.5 Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas
3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar	3.4.1 Taxa de mortalidade atribuída a doença cardiovascular, câncer, diabetes ou doença respiratória crônica 3.4.2 Taxa de mortalidade por suicídio
3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool	3.5.1 Cobertura de intervenções de tratamento (farmacológico, psicossocial e serviços de reabilitação e pós-tratamento) para transtornos relacionados ao uso de substâncias 3.5.2 Uso prejudicial do álcool, definido de acordo com o contexto nacional; por exemplo, consumo per capita de álcool (em pessoas com 15 anos ou mais) em um ano, em litros de álcool puro

¹ Relatório do Grupo Interinstitucional e de Peritos sobre os Indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. (documento E/CN.3/2017/2). Disponível em: <https://unstats.un.org/unsd/statcom/48th-session/documents/2017-2-IAEG-SDGs-S.pdf>

META	INDICADOR
3.6 Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas	3.6.1 Taxa de mortalidade por lesões no trânsito
3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais	3.7.1 Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) cuja necessidade de planejamento familiar é atendida por métodos modernos 3.7.2 Taxa de fecundidade entre adolescentes (10-14 anos; 15-19 anos) por 1.000 mulheres nesta faixa etária
3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos	3.8.1 Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como o percentual médio de cobertura de serviços essenciais com base em intervenções traçadoras, inclusive em saúde reprodutiva, materno-infantil, e neonatal; doenças infecciosas; doenças não transmissíveis; e capacidade dos serviços e acesso a eles, na população geral e entre os mais desfavorecidos) 3.8.2 Proporção da população com despesas em saúde elevadas proporcionalmente às despesas familiares totais ou à renda familiar total
3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo	3.9.1 Taxa de mortalidade atribuída à poluição do ar domiciliar e ambiental 3.9.2 Taxa de mortalidade atribuída a água insalubre, saneamento inadequado e falta de higiene (exposição a serviços de água, saneamento e higiene inadequados para todos (WASH))
3.a Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado	3.a.1 Prevalência padronizada por idade de tabagismo atual na população com 15 anos ou mais
3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis que afetam principalmente os países em desenvolvimento e facilitar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis doenças transmissíveis e não transmissíveis que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPs e Saúde Pública, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem	3.b.1 Proporção da população-alvo coberta por todas as vacinas incluídas no programa nacional 3.b.2 Total líquido de ajuda ao desenvolvimento oficial destinada à pesquisa médica e aos setores básicos da saúde 3.b.3 Proporção dos estabelecimentos de saúde que têm um conjunto básico de medicamentos essenciais disponível e acessível de maneira sustentável

META	INDICADOR
plenamente as disposições do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPs, na sigla em inglês) sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos	
3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento	3.c.1 Densidade e distribuição dos profissionais de saúde
3.d Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde	3.d.1 Capacidade de cumprir o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde

Objetivo 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável²

META	INDICADOR
2.2 Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, incluindo atingir, até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre nanismo e caquexia em crianças menores de cinco anos de idade, e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas	2.2.1 Prevalência do atraso no crescimento (estatura para a idade, desvio típico < -2 da média dos padrões de crescimento infantil da Organização Mundial da Saúde - OMS) entre as crianças menores de 5 anos 2.2.2 Prevalência da desnutrição (peso para a estatura, desvio típico > +2 ou < -2 da média dos padrões de crescimento infantil da OMS) entre as crianças menores de 5 anos, desagregada por tipo (emaciação e peso excessivo)

² Ibid, p. 17

Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas³

META	INDICADOR
5.2 Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos	<p>5.2.1 Proporção de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que nos 12 meses anteriores sofreram violência física, sexual ou psicológica infligida por um companheiro íntimo atual ou anterior, desagregada por forma de violência e idade</p> <p>5.2.2 Proporção de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que nos 12 meses anteriores sofreram violência sexual infligida por outra pessoa que não seja um companheiro íntimo, por idade e lugar do ato</p>

Objetivo 6. Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos⁴

META	INDICADOR
6.1 Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo a água potável e segura para todos	6.1.1 Proporção da população que dispõe de serviços de abastecimento de água potável administrados de maneira segura
6.2 Até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade	6.2.1 Proporção da população que utiliza serviços de saneamento administrados de maneira segura, incluindo uma instalação para lavar as mãos com água e sabão

Objetivo 10. Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles⁵

META	INDICADOR
10.7 Facilitar a migração e a mobilidade ordenada, segura, regular e responsável das pessoas, inclusive por meio da implementação de políticas de migração planejadas e bem geridas	<p>10.7.1 Custo da contratação por conta do empregado como proporção da renda anual recebida no país de destino</p> <p>10.7.2 Número de países que aplicaram políticas migratórias bem administradas</p>

³ Ibid, p. 23⁴ Ibid, p. 24⁵ Ibid, p. 29

Objetivo 11. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis⁶

META	INDICADOR
11.5 Até 2030, reduzir significativamente o número de mortes e o número de pessoas afetadas por catástrofes e substancialmente diminuir as perdas econômicas diretas causadas por elas em relação ao produto interno bruto global, incluindo os desastres relacionados à água, com o foco em proteger os pobres e as pessoas em situação de vulnerabilidade	11.5.1 Número de mortes, pessoas desaparecidas e afetados diretamente em consequência de desastres por 100.000 pessoas

Objetivo 13. Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus efeitos⁷

META	INDICADOR
13.1 Reforçar a resiliência e a capacidade de adaptação a riscos relacionados ao clima e às catástrofes naturais em todos os países	13.1.1 Número de mortes, pessoas desaparecidas e afetados diretamente em consequência de desastres por 100.000 pessoas

Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis⁸

META	INDICADOR
16.1 Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares	<p>16.1.1 Número de vítimas de homicídios dolosos por 100.000 habitantes, desagregado por sexo e idade</p> <p>16.1.2 Mortes causadas por conflitos por 100.000 habitantes, desagregadas por sexo, idade e causa</p> <p>16.1.3 Proporção da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos 12 meses anteriores</p> <p>16.1.4 Proporção da população que não tem medo de caminhar sozinha perto de onde vive</p>

⁶ Ibid, p. 30⁷ Ibid, p. 33⁸ Ibid, p. 37

Objetivo 17. Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a Parceria Global para o Desenvolvimento Sustentável⁹

META	INDICADOR
<p>17.18 Até 2020, reforçar o apoio à capacitação para os países em desenvolvimento, inclusive para os países menos desenvolvidos e pequenos Estados insulares em desenvolvimento, para aumentar significativamente a disponibilidade de dados de alta qualidade, atuais e confiáveis, desagregados por renda, gênero, idade, raça, etnia, status migratório, deficiência, localização geográfica e outras características relevantes em contextos nacionais</p>	<p>17.18.1 Proporção de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos no âmbito nacional, com plena desagregação quando pertinente à meta, em conformidade com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais</p> <p>17.18.2 Número de países que contam com legislação nacional sobre as estatísticas de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais</p>

⁹ Ibid, p. 42

Anexo B: Causas principais de morte na Região (2010-2013), segundo o sexo¹

Mulheres			
Causas (CIE10)	Mortes	Taxa ajustada pela idade por 100.000 habitantes	Porcentagem sobre o total de mortes
Doenças isquêmicas do coração (I20-I25)	1.223.202	66,2	13,2
Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	766.684	41,5	8,3
Demência e doença de Alzheimer (F01, F03, G30)	692.653	37,5	7,5
Diabetes mellitus (E10-E14)	570.892	30,9	6,2
Doenças crônicas das vias respiratórias inferiores (J40-J47)	498.929	27,0	5,4
Gripe e pneumonia (J10-J18)	410.659	22,2	4,4
Tumor maligno da traqueia, dos brônquios e do pulmão (C33, C34)	396.957	21,5	4,3
Doenças hipertensivas (I10-I15)	377.043	20,4	4,1
Tumor maligno da mama (C50)	317.456	17,2	3,4
Doenças do sistema urinário (N00-N39)	270.689	14,6	2,9

Homens			
Causas (CIE10)	Mortes	Taxa ajustada pela idade por 100.000 habitantes	Porcentagem sobre o total de mortes
Doenças isquêmicas do coração (I20-I25)	1.569.496	86,8	14,8
Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	657.078	36,3	6,2
Tumor maligno da traqueia dos brônquios e do pulmão (C33, C34)	561.399	31,0	5,3
Diabetes mellitus (E10-E14)	527.193	29,1	5
Doenças crônicas das vias respiratórias inferiores (J40-J47)	514.132	28,4	4,9
Agressões (homicídios) (X85-Y09)	485.817	26,9	4,6
Acidentes de transporte terrestre (V01-V89)	404.929	22,4	3,8
Gripe e pneumonia (J10-J18)	403.516	22,3	3,8
Cirrozes e outras doenças do fígado (K70-K76)	377.185	20,9	3,6
Demência e doença de Alzheimer (F01, F03, G30)	324.964	18,0	3,1

¹ Cifras ajustadas pela idade com base nas categorias da lista normalizada da OMS para comparações internacionais das principais causa de morte. OMS: Becker R, Silvi J, Fat D, L'Hous A, Laurenti R: A method for deriving leading causes of death; *Bull of the WHO*; 2006; 84: 297-304.

Anexo C: Agradecimentos

Reconhecemos e agradecemos as contribuições dos seguintes membros do Grupo de Trabalho de Países e da RSPA para a elaboração da Agenda.

País	Participante/Colaborador
Antígua e Barbuda	Rhonda Sealy-Thomas Médica-Chefe, Ministério da Saúde
Argentina	Ruben Nieto Secretário, Relações Nacionais e Internacionais, Ministério da Saúde da Nação Miguela Pico Subsecretária de Relações Internacionais do Ministério da Saúde Direção Nacional, Ministério da Saúde
Barbados	John Boyce Ministro da Saúde Joy St. John Médica-Chefe Reeshemah Cheltenham-Niles Chefe de Planejamento em Saúde Danny Gill Diretor da Unidad de Projetos, Ministério da Saúde
Brasil	Fatima Marinho Diretora de Epidemiologia, Ministério da Saúde Diogo Alves Assessor, Relações Internacionais, Ministério da Saúde
Chile	Matilde Maddaleno Diretora, Relações Internacionais em Saúde Odette Urrutia Profissional, Departamento de Estratégia Nacional de Saúde, Divisão de Planejamento em Saúde
Costa Rica	Rosibel Vargas Gamboa Diretora, Planejamento e Desenvolvimento Institucional, Ministério da Saúde

Equador	<p>Verónica Espinosa Ministra da Saúde Pública</p> <p>Jakeline Calle Subsecretária, Ministério da Saúde Pública</p> <p>Peter Skerrett Diretor, Cooperação Nacional e Internacional em Saúde</p> <p>Cristina Luna Assessora ministerial</p> <p>Angela Cáceres Analista, Cooperação Nacional e Internacional em Saúde</p> <p>Fernando Cornejo Vice-Ministro de Governança, Ministério da Saúde Pública</p>
El Salvador	<p>Marina Estela Avalos López Diretora de Planejamento, Ministério da Saúde</p>
Estados Unidos	<p>Cristina Rabadan-Diehl Diretora, Escritório das Américas, Assuntos Globais, Departamento de Saúde e Serviços Humanos (DHHS)</p> <p>Maya Levine Analista de Saúde Internacional</p> <p>Allison O’Donnell Encarregada de Saúde Global</p>
Honduras	<p>Janethe Aguilar Diretora de Planejamento e Avaliação da Gestão, Secretaria de Saúde</p> <p>Fanny Mejía Vice-Ministra de Projetos e Investimentos, Secretaría de Saúde</p>
México	<p>Luis Adrián Ortiz Blas Diretor Adjunto de Política e Cooperação Internacional, Secretaria de Saúde</p> <p>Martha Caballero Diretora de Cooperação Bilateral e Regional, Departamento de Relações Internacionais em Saúde</p>
Nicarágua	<p>Alejandro Solís Martínez Diretor de Planejamento, Ministério da Saúde</p> <p>Carlos José Sáenz Torres Secretário Geral, Ministério da Saúde</p>
Panamá	<p>Miguel Antonio Mayo Di Bello Ministro da Saúde</p>

	<p>Reina Roa Diretora de Planejamento, Ministério da Saúde</p> <p>Natasha Dormoi Diretora de Relações Internacionais, Ministério da Saúde</p> <p>Iritzel Santamaría Diretora Adjunta de Planejamento, Ministério da Saúde</p>
Paraguai	<p>María Antonieta Gamarra Mir Diretora de Relações Internacionais em Saúde</p> <p>Patricia A. Giménez León Diretora Geral de Planejamento e Avaliação, Ministério da Saúde</p>
Peru	<p>Sofía del Pilar Velásquez Portocarrero Assessora, Escritório do Vice-Ministro de Saúde Pública</p>
Uruguai	<p>Gilberto Ríos Diretor de Relações Internacionais em Saúde</p>
RSPA	<p>Carissa F. Etienne, Diretora</p> <p>Dean Chambliss, Rony Maza, Victor Cuba e Travis High, Departamento de Planejamento e Orçamento</p> <p>Gina Tambini e Patricia Alvarado, Representação da OPAS/OMS no Equador</p> <p>Godfrey Xuereb, Representação da OPAS/OMS em Barbados</p> <p>Hilda Leal, Representação da OPAS/OMS no Panamá</p> <p>Gerardo De Cosio, Jose Escamilla e Antonio Sanhueza, Unidade de Informação e Análise de Saúde</p> <p>Kira Fortune, Agnes Soares, Julieta Rodriguez e Daniel Buss, Programa Especial de Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde</p> <p>James Fitzgerald, Amalia Del Riego, Fernando Menezes, Analía Porras, Camilo Cid e Candelaria Araoz, Departamento de Sistemas de Saúde</p> <p>Luis Andrés De Francisco, Suzanne Serruya, Pablo Guirotane, Betzabe Butrón, Cuauhtemoc Ruiz e Anna Coates, Departamento de Família, Gênero e Saúde da Comunidade</p> <p>Anselm Hennis e Raphael Dambo, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental</p> <p>Marcos Espinal, Luis Gerardo Castellanos e Massimo Ghidinelli, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde</p>

	<p>Ciro Ugarte, Sylvain Aldighieri, Roberta Andraghetti e Nicole Wynter, Departamento de Emergências de Saúde</p> <p>Francisco Becerra, Luis Gabriel Cuervo e David Novillo, Escritório de Gestão do Conhecimento, Bioética e Pesquisa</p> <p>Teofilo Monteiro, Equipe Técnica Regional em Água e Saneamento (ETRAS)</p> <p>Kevin Cook, Donna Eberwine, Leiticia Linn, Bola Oyeleye e Harold Ruiz Perez, Departamento de Comunicações</p> <p>Gabriel Listovsky, Coordenador, Campus Virtual para a Saúde Pública</p> <p>Todas as equipes da OPAS das representações nos países e escritórios sub-regionais e regionais que contribuíram para a elaboração da Agenda desde sua concepção em 2016.</p>
<p>E às equipes dos Ministérios da Saúde, que proporcionaram inestimável apoio para a elaboração desta Agenda.</p>	

- - -