



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

162ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 18 a 22 de junho de 2018

Tema 7.1 da agenda provisória

CE162/INF/1
24 de maio de 2018
Original: espanhol

VERSÃO PRELIMINAR DA AVALIAÇÃO FINAL DA AGENDA DE SAÚDE DAS AMÉRICAS 2008-2017

Relatório final

ÍNDICE

I.	RESUMO EXECUTIVO	3
II.	INTRODUÇÃO.....	5
III.	ANTECEDENTES	6
IV.	PROCEDIMENTO E METODOLOGIA.....	10
V.	RESULTADOS	13
	Componente A: Uso da Agenda nos países	13
	Componente B: Progresso nas oito áreas de ação.....	13
	Componente C: Implementação da agenda pela Repartição Sanitária Pan-Americana.....	33
VI.	CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO	38
VII.	CONCLUSÕES.....	39
VIII.	ANEXO	41
	Relação entre as áreas de ação da Agenda e os documentos de política, estratégias e planos de ação da Organização (2008-2017)	41

I. RESUMO EXECUTIVO

1. O objetivo do presente relatório é documentar e prestar contas sobre o processo, os resultados e as conclusões da avaliação final da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 (doravante, ASA2008-2017 ou “a Agenda”). A avaliação final da ASA2008-2017 seguiu o modelo estabelecido para a avaliação intermediária realizada em 2012, e examinou o progresso dos países e da Repartição Sanitária Pan-Americana (“a Repartição”) na implementação das oito áreas de ação da Agenda por meio de três componentes: *a*) uso da Agenda pelos países; *b*) progresso nas oito áreas de ação da Agenda, medido através de indicadores substitutos; e *c*) avaliação das responsabilidades da Repartição na implementação da Agenda. Seguindo a orientação dos Estados Membros, foi utilizada informação já existente para informar sobre a avaliação dos indicadores.

2. A ASA2008-2017, promovida pelos ministros e secretários de saúde, inspirou e criou um espaço de ação independente que complementou a função dos Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Repartição, fortalecendo-os em matéria de formulação das políticas e planos estratégicos da Organização. Igualmente, impulsionou e estimulou a participação dos Estados Membros nos processos de formulação de políticas, estratégias e planos da OPAS em todos os níveis (regional, sub-regional e de país), de acordo com o propósito da Agenda e as recomendações da avaliação intermediária.

3. Os resultados também evidenciam importantes avanços e metas alcançadas pelos países em todas as áreas de ação da Agenda, mensurados por indicadores relacionados com os seguintes aspectos: *a*) redução da mortalidade materna, neonatal e infantil e das crianças menores de 5 anos; *b*) redução da mortalidade por cardiopatia isquêmica e doenças cerebrovasculares; *c*) disponibilidade de programas de promoção da saúde e de atenção aos adolescentes e idosos, bem como de prevenção da violência; e *d*) elaboração de políticas e legislação sobre previdência social e cobertura de saúde. No entanto, evidenciam também os seguintes elementos negativos: *a*) aumento da mortalidade por diabetes e acidentes de trânsito; *b*) aumento do sobrepeso em adultos; *c*) aumento do número de casos de dengue; *d*) aumento das taxas de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); e *e*) estagnação do financiamento público da saúde.

4. Quanto ao uso da Agenda, os resultados da avaliação final mostram uma perda de sua visibilidade como referencial para o planejamento dos países nos últimos anos. Uma possível explicação é o tempo transcorrido desde sua aprovação em 2007 e a importância cada vez maior de outros marcos de referência, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, os programas gerais de trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os planos estratégicos da OPAS. No entanto, pôde-se constatar que a Agenda serviu como instrumento político no plano regional, contribuiu com uma visão política para a saúde na Região e reafirmou o compromisso dos países com a saúde das pessoas.

5. Foram extraídas importantes lições durante o processo de formulação, implementação e avaliação da Agenda, que guardam relação com o estabelecimento de

uma visão compartilhada para a Região, com a busca da igualdade nas políticas e com a participação e liderança dos países nos processos de formulação e avaliação das políticas e estratégias da Organização. É importante assinalar que estas lições obtidas do processo de formulação, implementação e avaliação da ASA2008-2017 serviram para a elaboração da nova Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA2030). Os resultados desta avaliação também servirão para guiar a implementação da ASSA2030.

II. INTRODUÇÃO

6. O objetivo do presente relatório é documentar e prestar contas sobre o processo, os resultados e as conclusões da avaliação final da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 (doravante, ASA2008-2017 ou “a Agenda”). Além disso, apresenta uma avaliação da Agenda como um todo, ressaltando a importância que teve como guia regional para o desenvolvimento em suas oito áreas de ação nos países e para a Repartição Sanitária Pan-Americana (“a Repartição”), e destacando a importante função dos atores, práticas adotadas e lições extraídas. Cabe ressaltar que um relatório preliminar sobre a avaliação final desta Agenda foi incluído na Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA2030), aprovada pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, na qual foi indicado que o relatório final seria apresentado aos Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no ano de 2018.

7. Em termos de alcance, a avaliação final foi expandida ao âmbito dos 35 Estados Membros, dos 16 territórios e da Repartição. Devido ao tempo transcorrido (10 anos) desde a publicação da Agenda, às mudanças regionais e mundiais que ocorreram nesse período, bem como à rotatividade das equipes diretoras dos organismos sub-regionais e internacionais no setor da saúde, julgou-se inoportuno avaliar a influência da Agenda nos âmbitos das sub-regiões e das agências internacionais, que haviam sido considerados na avaliação intermediária.

8. A ASA2008-2017 não estabeleceu objetivos, metas nem indicadores para avaliar diretamente o impacto e dos resultados. O enunciado de intenção da Agenda assinala explicitamente que “A Agenda orientará a elaboração dos futuros planos nacionais de saúde, segundo seja relevante, e os planos estratégicos de todas as organizações interessadas na cooperação em saúde com os países das Américas, inclusive os da Repartição Sanitária Pan–Americana. A avaliação do progresso das áreas de ação definidas nesta Agenda será feita por meio da aferição do cumprimento das metas estabelecidas em tais planos”.

9. A avaliação final da ASA2008-2017 segue o modelo estabelecido para a avaliação intermediária, com uma avaliação geral do progresso obtido pelos países e pela Repartição nas áreas de ação definidas. Também responde às recomendações apresentadas no relatório da avaliação intermediária da Agenda.

III. ANTECEDENTES

10. **Outubro de 2007.** O desenvolvimento da Agenda “resultou de uma recomendação da Unidade de Inspeção Conjunta das Nações Unidas, que assinalara que o planejamento das organizações internacionais deve ser baseado numa visão comum de seus Estados Membros, formulada independentemente das respectivas secretarias e dos órgãos diretivos”.¹ A Agenda abordou os mandatos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e do 11º Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde, aprovado em 2006, e propôs oito áreas de ação.² A Agenda foi apresentada na Cidade do Panamá em junho de 2007 e foi reconhecida como o instrumento de planejamento de mais alto nível para a saúde na Região das Américas e como guia para a elaboração de planos nacionais de saúde e planos estratégicos pelas organizações de cooperação internacional no âmbito da saúde na Região. A apresentação da Agenda aos Estados Membros consta do Relatório final da 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (documento CSP27/FR), de outubro de 2007.

11. **Setembro–outubro de 2008.** O Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 (Documento Oficial 328), aprovado no 48º Conselho Diretor da OPAS (2008), foi elaborado levando em conta as áreas de ação enunciadas na ASA2008-2017. Ele “define a contribuição da Repartição para o chamado à ação expresso pelos países na Agenda de Saúde”, como assinala o próprio documento. O Plano Estratégico definiu 16 objetivos estratégicos de âmbito regional, harmonizados explicitamente com as oito áreas de ação da Agenda.³

12. **Setembro de 2012.** A *Avaliação intermediária da Agenda de Saúde para as Américas* (documento CSP28/6), apresentada à 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2012, serviu como relatório preliminar que prestou contas sobre os resultados do uso da Agenda pelos países, pelas sub-regiões e pelas agências internacionais (componente A), sobre o progresso nas oito áreas de ação da Agenda nos países (componente B) e sobre a contribuição da Repartição à sua implementação (componente C). Propôs recomendações específicas para melhorar o uso da Agenda conforme seu enunciado de intenção.

- a) Quanto ao componente B, foram ressaltados os importantes avanços em todas as áreas de ação da Agenda (especialmente os esforços para fortalecer a autoridade sanitária, aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde, reduzir o ônus das doenças, fortalecer a gestão e o desenvolvimento dos recursos humanos

¹ Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório final [Internet]. 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 1 a 5 de outubro de 2007; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2007 (documento CSP27/FR) [consultado em 18 de maio de 2017]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/csp/csp27-fr-p.pdf>.

² A Agenda de Saúde para as Américas estabeleceu oito áreas de ação: a) fortalecer a autoridade sanitária nacional; b) abordar os determinantes da saúde; c) aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade; d) diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles; e) reduzir os riscos e o ônus da doença; f) fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; g) aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia; e h) fortalecer a segurança sanitária.

³ Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 Modificado, p. 17, parágrafo 59.

para a saúde e aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia), medidos por meio de indicadores substitutos.⁴ No entanto, foram externadas preocupações sobre a situação de alguns indicadores, tais como: *a*) a razão de mortalidade materna, que não diminuiu como esperado nos últimos anos; *b*) o aumento no número de casos de dengue; *c*) o aumento da incidência da tuberculose e da infecção por HIV/AIDS; *d*) o aumento da obesidade; *e*) a estagnação do investimento público nacional em saúde como porcentagem do produto interno bruto; e *f*) a pequena redução dos pagamentos do próprio bolso na Região. Cabe assinalar que, para sete indicadores, não foram obtidos dados que permitissem analisar as mudanças no período de avaliação; além disso, em três indicadores, apenas estimativas ou projeções foram utilizadas para analisar a situação da saúde.

- b) Quanto ao componente C, os resultados da avaliação mostraram que, em resposta à Agenda, a Repartição havia avançado nas seguintes linhas de trabalho: *a*) promover o avanço em todas as áreas de ação e respaldar seus princípios e valores na Região; *b*) apoiar o multilateralismo em suas ações; *c*) proporcionar uma visão estratégica comum a fim de guiar suas operações; *d*) promover mudanças institucionais internas para que suas operações estivessem em consonância com os objetivos da Agenda; e *e*) aplicar a Agenda na preparação dos documentos estratégicos, inclusive planos nacionais e regionais de saúde e agendas sub-regionais, assim como na capacitação de profissionais. Além disso, o Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação (IES) e a então Área de Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos (PBR) realizaram um estudo no qual foi traçado um mapa detalhado dos vínculos entre os Resultados Esperados Regionais (RER, a pedra angular do Plano Estratégico) e as áreas de ação da Agenda, bem como com os planos de trabalho bienais e a estratégia de cooperação nos países. Esta análise confirmou que: *a*) o Plano Estratégico e a Agenda estavam estreitamente vinculados e que os objetivos estratégicos do primeiro abordavam todas as áreas de ação da segunda, apesar de enfatizarem de maneira diferenciada as diversas áreas; *b*) os objetivos estratégicos da OPAS também contribuíram para a harmonização da Agenda com os objetivos estratégicos da OMS e do trabalho de outros organismos internacionais na Região; e *c*) o estudo dos vínculos entre os RER e as áreas de ação poderia servir de plataforma para continuar a análise gerencial destes vínculos. Foram propostas as seguintes recomendações: *a*) a promover a Agenda entre todos os associados no âmbito do financiamento externo e sua inclusão nos acordos de colaboração; *b*) em vista dos avanços com respeito ao Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (em elaboração na época), garantir uma ferramenta sistemática de seguimento e consonância clara com as áreas de ação da Agenda; *c*) cuidar para que os RER ou qualquer outro instrumento de medição utilizado para monitorar o avanço do Plano Estratégico não duplicasse o conteúdo e estivesse em consonância direta com as áreas de ação da Agenda; *d*) estabelecer critérios e criar um glossário com práticas comuns para elaborar a estratégia de cooperação com os países, vinculando-a com a Agenda e com o Plano Estratégico

⁴ Os indicadores substitutos (em inglês, *proxy indicators*) foram definidos pelo grupo de trabalho dos países para a avaliação intermediária da ASA2008-2017.

da OPAS a fim de facilitar a elaboração e, portanto, o monitoramento e a avaliação; e e) complementar a nova estratégia para captação de recursos com um plano de ação para abordar o déficit de financiamento no biênio 2012-2013, em curso na época.

13. **Setembro de 2012.** *A Avaliação de Fim do Biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011/Segundo Relatório de Progresso do Plano Estratégico da OPAS 2008-2012* (documento CSP28/8), apresentada na 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana (2012), prestou conta dos resultados da avaliação dos 16 objetivos estratégicos e dos 90 RER, além do avanço na consecução das metas e cumprimento de seus indicadores. Constatou-se que a Região havia obtido avanços importantes para a consecução das metas para 2013.

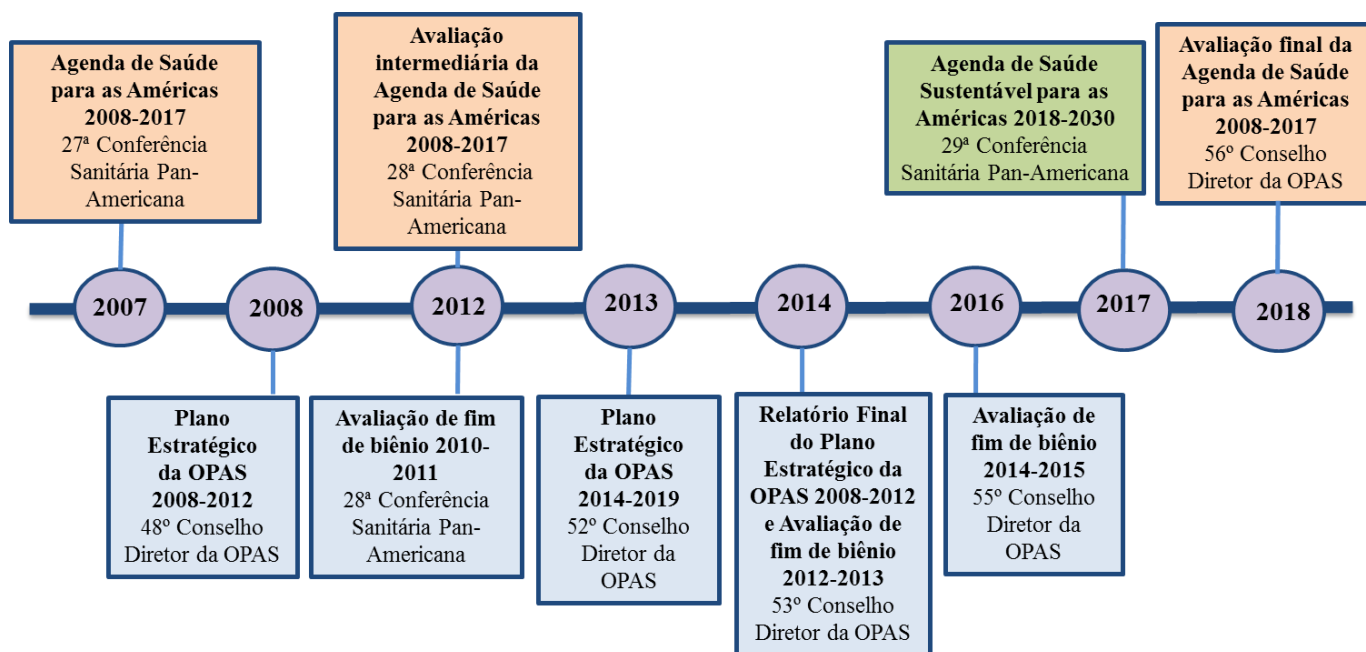
14. **Setembro–outubro de 2013.** O Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (Documento Oficial 345), aprovado pelo 52º Conselho Diretor da OPAS (2013), declarava que a formulação do Plano respondia aos mandatos tanto regionais como mundiais, observando que a agenda estratégica do Plano representava um equilíbrio entre a resposta da OPAS às prioridades regionais definidas na ASA2008-2017, outros mandatos regionais estabelecidos pelos Estados Membros da OPAS e as prioridades nacionais coletivas determinadas pelas estratégias de cooperação com os países da OPAS, além da convergência programática com o Programa Geral de Trabalho da OMS. Neste novo Plano Estratégico da OPAS, foram definidas 9 metas de impacto e 6 categorias programáticas (com 30 áreas programáticas), às quais eram incorporadas as oito áreas de ação da Agenda, como já havia sido feito no Plano Estratégico 2008-2012.

15. **Setembro–outubro de 2014.** *O Relatório Final sobre o Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 e Avaliação de Fim de Biênio do Programa e Orçamento 2012-2013* (Documento Oficial 348), apresentado ao 53º Conselho Diretor da OPAS (2014), mostrou os resultados desta avaliação, segundo os quais a Organização havia mantido um ritmo uniforme de implementação ao longo dos três biênios abrangidos pelo Plano Estratégico 2008-2013. O relatório assinalava que, apesar do progresso e dos resultados significativos alcançados, persistiam vários desafios: a) a redução lenta do índice de mortalidade materna; b) a necessidade de ampliar e coordenar a ação multissetorial na luta para prevenir as doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, bem como de abordar os determinantes sociais da saúde; c) o aumento das capacidades nacionais básicas, definidas no Regulamento Sanitário Internacional, para garantir a detecção, resposta e manejo adequados nas emergências de saúde pública de importância internacional; d) a necessidade de que os sistemas e serviços de saúde sejam melhor organizados e administrados para alcançar gradualmente a cobertura universal de saúde e abordar as desigualdades em termos de saúde, particularmente as que afetam os grupos vulneráveis da população; e e) a superação das dificuldades com relação aos sistemas de informação e a confiabilidade dos dados, que limitam a habilidade dos países e da Região para avaliar plenamente a situação de saúde e adotar decisões fundamentadas a fim de abordar os principais problemas de saúde e seus determinantes.

16. **Setembro de 2016.** O *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015/Primeiro relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (documento CD55/5), apresentado ao 55º Conselho Diretor da OPAS (2016), prestou contas do progresso constante rumo à consecução das metas previstas para 2019, dos avanços obtidos em 90% dos indicadores dos resultados intermediários vigentes, bem como dos resultados obtidos nos 114 indicadores dos resultados imediatos. Também foram constatados avanços significativos na melhoria da saúde e do bem-estar em toda a Região, inclusive quanto às metas de impacto, resultados intermediários e resultados imediatos. Apesar disso, persistiam desafios e brechas chave em certas áreas, como as doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, a saúde materna, o financiamento do setor da saúde, a manutenção e fortalecimento das capacidades básicas para responder às crises e às emergências e o aumento da resiliência dos sistemas de saúde.

17. **Setembro de 2017.** A *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na Região* (documento CSP29/6, Rev. 3.), aprovada pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana (2017), continha um relatório preliminar sobre a avaliação final da ASA2008-2017, no qual se adiantavam alguns resultados no que se refere às recomendações formuladas pela Conferência Sanitária Pan-Americana durante a apresentação do relatório de avaliação intermediária em áreas específicas como mortalidade materna, dengue, tuberculose, HIV/AIDS, obesidade, gasto nacional público em saúde e despesas por conta própria.

Figura 1. Cronologia da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017



IV. PROCEDIMENTO E METODOLOGIA

Procedimento

18. Nesta avaliação foram levadas em conta tanto as recomendações formuladas pela 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana em 2012, com relação ao relatório da avaliação intermediária, como as recomendações feitas pelos representantes dos Estados Membros que participaram do grupo de trabalho de países encarregado de elaborar a ASSA2030 em 2017. A fim de concentrar a avaliação nos aspectos prioritários e mais importantes da Agenda, foi realizada uma depuração seguida de um ranking de 70 dos 75 indicadores substitutos utilizados durante a avaliação intermediária da ASA2008-2017, que foram organizados da seguinte maneira: *a)* 18 indicadores sobre estado de saúde; *b)* 5 indicadores sobre fatores de risco; *c)* 4 indicadores sobre cobertura de serviços; e *d)* 43 indicadores sobre sistemas de saúde.⁵

19. Para obter informação sobre os componentes A e B, foi utilizado um questionário enviado em maio de 2017 a funcionários dos ministérios e Secretarias da Saúde nos países, bem como várias outras fontes, como indica o parágrafo seguinte. Esta informação serviu para construir tabelas com os indicadores substitutos, semelhantes aos utilizados na avaliação intermediária. Para a avaliação do componente C, em março de 2018, foi realizada uma revisão dos documentos aprovados pelos Órgãos Diretores da OPAS a partir de 2008, juntamente com uma revisão das estratégias de cooperação com os países da OPAS. A compilação, organização, revisão e adição de comentários à informação disponível, além da elaboração do relatório, foram realizadas sob responsabilidade da Repartição para apresentação ao Comitê Executivo em sua 162ª sessão, em junho de 2018.

20. No que se refere às fontes, a avaliação final teve como importantes referenciais os seguintes documentos aprovados pelos Órgãos Diretores da Organização: a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, o Plano Estratégico da OPAS 2008-2012, a avaliação intermediária da ASA2008-2017, a avaliação de fim do biênio 2010-2011, as edições de 2012 e 2017 do documento *Saúde nas Américas*, o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, o relatório final sobre o Plano Estratégico da OPAS 2008-2013, a avaliação de fim do biênio 2012-2013, a avaliação de fim do biênio 2014-2015⁶ e a Agenda de Saúde

⁵ Seguindo as recomendações do grupo de trabalho dos países, os seguintes indicadores da avaliação intermediária não foram considerados nesta avaliação:

- a) Número de países que incorporaram um mecanismo liderado pela autoridade sanitária nacional para planejar, gerir e coordenar o uso dos recursos da cooperação externa em saúde.
- b) Número de países que têm um plano nacional de desenvolvimento.
- c) Porcentagem de organismos internacionais do sistema interamericano e das Nações Unidas que alinharam a ajuda prestada com as áreas de ação da Agenda de Saúde das Américas 2008-2017.
- d) Número de países que criaram ambientes propícios para promoção da atividade física.
- e) Número de organismos internacionais que colaboraram com as autoridades nacionais para responder a situações que ameaçam a segurança de saúde.

⁶ Cabe assinalar que no caso dos indicadores do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, especificamente os correspondentes aos resultados intermediários (RIT) e imediatos (RIM), a medição foi realizada em 2015. Esses dados serão atualizados na versão final deste relatório com os resultados da avaliação do final do biênio 2016-2017, atualmente em curso com os Estados Membros. Ao usar esta fonte, foi feito o máximo

Sustentável para as Américas 2018-2030. Além disso, foram utilizados os dados dos *Indicadores básicos de saúde 2017*, sobretudo quanto aos indicadores sobre estado de saúde, fatores de risco e cobertura de saúde; onde foi necessário recorrer a informação complementar, utilizou-se a Plataforma de Informação em Saúde nas Américas (PLISA), entre outras fontes. Os parágrafos a seguir apresentam um resumo das fontes utilizadas, separadas por tipo de indicador:

- a) Para os 18 indicadores de *estado de saúde* foram utilizados os *Indicadores básicos de saúde* da OPAS para 2017 (oito indicadores), a Saúde nas Américas 2017 (cinco indicadores), o *Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022* (documento CD55/15) (dois indicadores), as estimativas Spectrum do UNAIDS de 2017 (dois indicadores) e os relatórios por país do UNAIDS e da OMS (um indicador).
- b) Para os cinco indicadores de *fatores de risco*, foram utilizados os *Indicadores básicos de saúde* da OPAS para 2017 (dois indicadores), a publicação *Joint Child Malnutrition Estimates: Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2018 edition* (dois indicadores), e dados do Observatório de Saúde Global da OMS (um indicador).
- c) Para os quatro indicadores de *cobertura de serviços*, foram utilizados como fonte os *Indicadores básicos de saúde* da OPAS para 2017 (três indicadores) e o relatório de avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015 da OPAS (um indicador).
- d) Para os 43 indicadores de *sistemas de saúde*, foram utilizados como fontes o relatório de avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015 da OPAS (26 indicadores), o levantamento da avaliação final da ASA2008-2017 (cinco indicadores), informação proveniente da OMS (dois indicadores), a versão preliminar do Relatório da Avaliação de Fim de Biênio 2016-2017 (dois indicadores), o Relatório final das *Metas regionais para os recursos humanos em saúde (2007-2015)* (um indicador) e *Saúde nas Américas 2017* (um indicador). Para três indicadores, foram utilizadas informações das quais a OPAS já dispunha; a avaliação de três outros ainda está por ser determinada.

Metodologia

Componente A: Uso da Agenda nos países

21. As respostas ao levantamento enviado aos 35 Estados Membros foram analisadas e registradas em uma tabela. Em seguida, foi realizada uma avaliação e foram tecidos comentários a respeito dos resultados.

Componente B: Progresso nas áreas de ação

22. Em cada uma das áreas de ação, os indicadores foram ordenados de acordo com a classificação estabelecida. Os dados de 2017 foram comparados com os registrados pela mesma fonte em 2011 (durante a avaliação intermediária da Agenda) e classificados como “progresso” ou “sem progresso”, em função das mudanças registradas entre os dois momentos de corte. No caso dos indicadores dos sistemas de saúde, os indicadores substitutos foram alinhados aos indicadores da avaliação de fim do biênio 2014-2015, e os resultados foram avaliados em função da meta para 2015 e classificados como “excedido”, “alcançado”, “progresso” ou “sem progresso”.

Componente C: Responsabilidade da Repartição Sanitária Pan-Americana pela implementação da Agenda

23. A informação documental relacionada com as responsabilidades da Repartição e dos Órgãos Diretores da OPAS foi revisada, em resposta às recomendações da avaliação intermediária da ASA2008-2017.

V. RESULTADOS

24. Esta seção apresenta os principais resultados de cada um dos componentes, organizados em tabelas, com descrições e comentários.

Componente A: Uso da Agenda nos países

25. A Tabela 1 mostra a resposta dos países a duas das seis perguntas do levantamento sobre a avaliação final da Agenda.⁷ Sendo o planejamento uma função dos sistemas de saúde, é de se esperar que todos os Estados Membros contem com planos setoriais, com as particularidades que correspondam às estruturas político-administrativas de cada país. A resposta à primeira pergunta somente constata este fato genérico.

Tabela 1. Uso da Agenda nos países

Perguntas	Número de países (2017)
a. Países que elaboraram um plano nacional no setor da saúde	19 dos 20 que responderam
b. Utilização da ASA2008-2017 na elaboração dos planos nacionais de saúde pelos países	13 dos 20 que responderam

Componente B: Progresso nas oito áreas de ação

Área de ação a: Fortalecer a autoridade sanitária

26. Como mostra a tabela 2, foram avaliados todos os seis indicadores substitutos (indicadores de sistemas de saúde).

Tabela 2. Indicadores para a área de ação a (sistemas de saúde)

Indicador	Classificação
1. Número de países e territórios que têm um plano ou estratégia nacional para o setor de saúde com objetivos/metodologias definidos e revistos nos cinco últimos anos (RIM 4.1.1)	Superado Alcançado em 22, progresso em 6 (2015) ^a
2. Número de países que implementaram mecanismos de coordenação para o trabalho intersetorial liderados pela autoridade sanitária nacional	Progresso 19 dos 20 que responderam (2017) ^b
3. Número de países que implementaram mecanismos para incentivar a participação social	Progresso 19 dos 20 que responderam (2017) ^b
4. Número de países e territórios que contam com arcabouços legislativos ou normativos para apoiar a cobertura universal de saúde (RIM 4.1.3)	Superado Alcançado em 21, progresso em 2 (2015) ^a

⁷ No total, 20 dos 35 Estados Membros responderam à pesquisa.

Indicador	Classificação
5. Número de países e territórios que analisaram ou informaram progresso rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde usando o marco de monitoramento e avaliação ⁸	Progresso 13 (2017) ^c
6. Proporção de mandatos em declarações das Cúpulas das Américas que refletem temas de saúde	Progresso 8/48 (2015) ^a

Fontes:

a) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015*

b) Pesquisa dos países para a avaliação final, 2017

c) *Saúde nas Américas*, 2017

27. Em 2015, foi registrado progresso importante quanto ao número de países e territórios com marcos legislativos que apoiam a cobertura universal de saúde. No total, 21 países e territórios alcançaram o indicador e excederam a meta, e outros dois o alcançaram parcialmente. Entre estes avanços, destaca-se a aprovação de leis sobre o tabaco no México (2008), Colômbia (2009), El Salvador (2011) e Jamaica (2013); a lei de saúde mental na Guatemala; a lei para a Promoção e Proteção do Direito à Igualdade das Pessoas com HIV ou AIDS e seus Familiares na Venezuela; o código penal da República Dominicana no contexto da saúde materna e dos direitos reprodutivos; e a reforma do código civil da Argentina no que diz respeito à capacidade jurídica das pessoas com deficiência.

28. Na Sétima Cúpula das Américas, realizada no Panamá em 2015, após negociações bem-sucedidas da OPAS, os líderes da Região concordaram em abordar as prioridades de saúde pública. Estas incluíram compromissos para trabalhar rumo ao acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde, em consonância com a estratégia aprovada em 2014; prevenir, detectar e responder a surtos de doenças infecciosas emergentes e outras emergências de saúde pública; e avançar nas áreas de DNTs, água e saneamento, alimentos e nutrição e redução da mortalidade materna e infantil. Em cumprimento aos compromissos estabelecidos na Quinta Cúpula das Américas em 2009, os líderes também solicitaram a criação de um Grupo de Trabalho Interamericano sobre Doenças Não Transmissíveis.

Área de ação b: Abordar os determinantes da saúde

29. Como mostram as Tabelas 3 a 6, foram avaliados todos os 13 indicadores substitutos (quatro sobre estado de saúde, dois sobre fatores de risco, dois sobre cobertura e cinco sobre sistemas de saúde).

⁸ Não há informações atuais a respeito do indicador “Número de países que incorporaram um sistema de prestação de contas no sistema de gestão do setor da saúde”, utilizado na avaliação intermediária. Este indicador foi utilizado para mensuração indireta do mesmo.

Tabela 3. Indicadores para a área de ação b (estado de saúde)

Indicador	2011	2017	Classificação
1. Razão de mortalidade materna (RMM) por 100.000 nascidos vivos	65,7 (2010) ^a	52 (2015, estimada) ^c	Progresso
2. Taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos	14,8 (2010) ^b	13 (2017) ^c	Progresso
3. Taxa de mortalidade neonatal por 1.000 nascidos vivos	9 (2010) ^b	8 (2017) ^c	Progresso
4. Taxa de mortalidade infantil (menores de 5 anos) por 1.000 nascidos vivos	18 (2010) ^b	15,8 (2017) ^c	Progresso

Fontes:

- a) OPAS, *Saúde nas Américas*, 2012
 b) OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2010*
 c) OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2017*

30. Em 2015, a Região registrou um importante avanço na redução da mortalidade materna (52 por 100.000 nascidos vivos), infantil em menores de 1 ano (13 por 1.000 nascidos vivos), neonatal (8 por 1.000 nascidos vivos) e em menores de 5 anos (15,8 por 1.000 nascidos vivos). Embora a redução da mortalidade materna tenha sido significativa, a Região não conseguiu alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) correspondente (5, “Melhorar a saúde materna”). No entanto, a Região conseguiu alcançar o ODM 4, correspondente à redução da mortalidade em menores de 5 anos. No tocante a este progresso, é importante ressaltar os esforços dos países para melhorar e ampliar os serviços orientados para a mãe e para a criança, com aumento da cobertura de atenção pré-natal e atenção qualificada ao parto.⁹ Em relação aos dados informados em nível regional, cabe notar que as médias regionais não devem esconder as importantes diferenças entre os índices das diferentes sub-regiões.

- a) No caso da mortalidade materna, a América do Norte¹⁰ registrou 13 mortes por 100.000 nascidos vivos; a região dos Andes¹¹, 87; o Brasil, 44; Caribe latino¹², 187; o Caribe não latino¹³, 107; o Cone Sul¹⁴, 54; o Istmo centro-americano¹⁵, 95; e o México, 38.
- b) No caso da mortalidade de menores de 5 anos, a América do Norte registrou 6,7 mortes por 1.000 nascidos vivos; a região dos Andes, 22,1; o Brasil, 17,0; o Caribe

⁹ OPAS, *Saúde nas Américas+*, edição 2017. *Resumo: Panorama regional e perfil dos países*.

¹⁰ Bermuda, Canadá e Estados Unidos da América.

¹¹ Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela.

¹² Cuba, Guadalupe, Guiana Francesa, Haiti, Martinica, Porto Rico e República Dominicana.

¹³ Anguilla, Antígua e Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Curaçao, Dominica, Granada, Guiana, Ilhas Cayman, Ilhas Turcas e Caicos, Ilhas Virgens Americanas, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, Montserrat, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Santa Lúcia, Sint Maarten (Países Baixos), Suriname e Trinidad e Tobago.

¹⁴ Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai.

¹⁵ Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá.

latino, 48,7; o Caribe não latino, 20,8; o Cone Sul, 11,1; o Istmo centro-americano, 23; e o México, 15,1.

Tabela 4. Indicadores para a área de ação b (fatores de risco)

Indicador	2011	2017	Classificação
1. Prevalência de sobrepeso e obesidade em menores de 5 anos ¹⁶	7,6% (2011) ^a	7,2% (2017) ^b	Progresso
2. Prevalência de baixa estatura para a idade em menores de 5 anos	8,2% (2011) ^a	6,3% (2017) ^b	Progresso

Fontes:

a) UNICEF/OMS/Banco Mundial, *Joint Child Malnutrition Estimates. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2012 edition*

b) UNICEF/OMS/Banco Mundial, *Joint Child Malnutrition Estimates. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2018 edition*

31. Em 2017, a Região registrou uma leve redução na prevalência de sobrepeso em menores de 5 anos, para 7,2%, contra 7,6% em 2011. Os registros por sub-regiões permitem observar um panorama desigual: a América do Norte registrou 6%; a região dos Andes, 6,6%; o Caribe latino, 7,9%; o Caribe não latino, 7%; o Istmo centro-americano, 5,3%; e o México, 9,0% (não havia dados sobre o Brasil e o Cone Sul). De maneira geral, o aumento neste indicador é atribuível à alimentação inadequada e à falta de atividade física, além de fatores conjunturais econômicos e sociais, especialmente políticas agropecuárias e nos setores de transporte, planejamento urbano, meio ambiente, educação, e processamento e comercialização dos alimentos.¹⁷

32. Em 2017, a Região registrou uma redução da prevalência de baixa estatura para a idade em menores de 5 anos, informada como desnutrição crônica nos menores de 5 anos (6,3%), em comparação a 2011 (8,2%). Os registros por sub-regiões permitem observar um panorama desigual: América do Norte, 2,1%; região dos Andes, 15,5%; Caribe latino, 12,9%; Caribe não latino, 7,4%; Istmo centro-americano, 30,1%; e México, 13,6% (não há dados sobre o Brasil e o Cone Sul). A prevalência da desnutrição infantil é considerada uma das expressões da desigualdade nos países em desenvolvimento, com graves consequências para a população menor de idade nestes países. É importante lembrar que a Região informou ter alcançado o ODM 1, “Acabar com a fome e a miséria”, que tinha como meta 1.C “Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome”, e como indicador 1.8 a proporção de crianças menores de 5 anos abaixo do peso normal. As causas imediatas da desnutrição crônica são a alimentação insuficiente, a atenção inadequada e as doenças; as causas subjacentes são a falta de acesso a alimentos, a falta de atenção à saúde e a falta de água e saneamento básico, dentro do grande espectro da baixa escolaridade materna, pobreza e desigualdade.¹⁸

¹⁶ Nos *Indicadores básicos de saúde 2017*, este indicador é apresentado como “Sobrepeso em crianças menores de 5 anos”.

¹⁷ OMS, *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Disponível em inglês em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why.

¹⁸ UNICEF. *La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Madrid: UNICEF España; 2011.

Tabela 5. Indicadores para a área de ação b (cobertura de serviços)

Indicador	2011	2017	Classificação
1. Cobertura de vacinação em nível nacional (usando a terceira dose da vacina contra difteria, tétano e coqueluche [DPT3] como marcador)	93% (2010) ^a	91% (2016) ^c	Sem progresso
2. Número de países que incorporaram novas vacinas ao esquema nacional de vacinação	22 (2011) ^b	Alcançado em 26, progresso em 8 (2015) ^d	Progresso

Fontes:

a) OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2010*

b) Pesquisa dos países, avaliação intermediária da ASA2008-2017, 2011

c) OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2017*

d) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015*

33. Em 2016, a Região registrou uma redução na cobertura de vacinação em nível nacional (usando a DPT3 como marcador), para 91% (média ponderada de todos os países) contra 93% em 2010. Os registros por sub-regiões novamente permitem observar um panorama diverso; por exemplo, a América do Norte registrou uma cobertura de 95%, contra 89% na América Latina e Caribe.

34. Em 2015, a Região registrou uma situação de progresso “em andamento” quanto ao número de países que haviam incorporado uma ou mais vacinas novas: 26 de 35 países alcançaram a meta. Com apoio da OPAS, as seguintes vacinas foram incorporadas: a vacina contra o papilomavírus humano (HPV), a vacina antipneumocócica conjugada, a vacina contra o rotavírus e a vacina contra poliomielite de vírus inativado (IPV). O Fundo Rotativo negociou com fabricantes para reduzir significativamente o preço das vacinas contra o HPV. Os países trabalharam em cooperação com a OPAS para incorporar vacinas novas aos seus esquemas nacionais de vacinação.

Tabela 6. Indicadores para a área de ação b (sistemas de saúde)

Indicador	Classificação
1. Número de países e territórios que estão implementando estratégias de promoção da saúde para reduzir as iniquidades em saúde e aumentar a participação comunitária (RIM 3.4.3)	Progresso Alcançado em 13, progresso em 7 (2015) ^a
2. Número de países e territórios que têm uma resposta institucional que vise às desigualdades na saúde, gênero, equidade, direitos humanos e etnia (RIT 3.3.1)	Progresso Alcançado em 21, progresso em 16 (2015) ^a
3. Número de países que adotam uma perspectiva de saúde pública em um enfoque integrado para a prevenção da violência (RIT 2.3.2)	Progresso Alcançado em 5, progresso em 6 (2015) ^a
4. Número de países e territórios que implementaram um plano nacional para melhorar a saúde materna, do recém-nascido e da criança (RIM 3.1.1)	Progresso Alcançado em 12, progresso em 4 (2015) ^a

Indicador	Classificação
5. Número de países que implementaram intervenções para abordar as recomendações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde ¹⁹	Progresso 35 países (2017) ^b

Fontes:

a) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015*

b) Informações disponíveis internamente na Repartição

35. Em 2015, a situação também estava “em andamento” quanto ao número de países e territórios que adotam uma perspectiva de saúde pública em um enfoque integrado para a prevenção da violência. Cinco países e territórios alcançaram a meta, e outros seis o fizeram parcialmente. Os países adotaram ou estão adotando medidas quanto a este indicador. Por exemplo, El Salvador elaborou o plano “El Salvador Seguro”, que reflete uma perspectiva de saúde pública. O Equador está implementando um plano de prevenção da violência usando uma estratégia de saúde pública integrada como componente de seu Plano Nacional para o Bem Viver. Trinidad e Tobago está trabalhando para alcançar essa meta, e os Estados Unidos e Canadá já adotam esta perspectiva há anos.

36. Até 2017, a maioria dos países havia abordado as recomendações da Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde, considerando-se que as recomendações desta Comissão eram extremamente amplas. Os avanços obtidos entre 2011 e 2017 incluem a preparação de perfis de equidade, medidas de saúde em todas as políticas (no tocante à governança) e medição das desigualdades em saúde.

Área de ação c: Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade

37. Como mostra a Tabela 7, foram avaliados todos os nove indicadores substitutos (todos sobre os sistemas de saúde).

Tabela 7. Indicadores para a área de ação c (sistemas de saúde)

Indicador	Classificação
1. Número de países que implementaram políticas públicas para melhorar a proteção social	Progresso 19 de 20 que responderam (2017) ^a
2. Número de países e territórios que têm estratégias financeiras para a cobertura universal de saúde (RIM 4.1.2)	Progresso Alcançado em 16, progresso em 5 (2015) ^b
3. Gasto público atual em saúde como porcentagem do produto interno bruto	Progresso América Latina e Caribe: 3,5% (2015) ^c

¹⁹ Este indicador refere-se à Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS. Portanto, é importante ter em mente que, em maio de 2016, foi estabelecida a Comissão de Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas. Esta comissão emitirá suas recomendações em 2018.

Indicador	Classificação
4. Despesa por conta própria em saúde expressa como porcentagem do gasto total em saúde	Progresso América Latina e Caribe: 31,5% (2015) ^c
5. Número de países e territórios com políticas nacionais sobre acesso, qualidade e uso de medicamentos e outras tecnologias em saúde atualizadas nos últimos cinco anos (RIM 4.3.1)	Superado Alcançado em 13, progresso em 13 (2015) ^b
6. Número de países que incorporaram medidas específicas para a atenção aos povos indígenas	Progresso 17 de 20 que responderam (2017) ^a
7. Número de países e territórios que estão implementando estratégias e/ou planos nacionais para qualidade da atenção e segurança dos pacientes (RIM 4.2.2)	Progresso Alcançado em 10, progresso em 11 (2015) ^b
8. Número de países que utilizaram o Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública	Progresso 33 países (2017) ^d
9. Número de países que incorporaram a estratégia renovada de atenção primária à saúde ao seu modelo de atenção	Progresso 25 (2017) ^d

Fontes:

a) Pesquisa dos países para a avaliação final, 2017

b) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015*

c) OMS

d) Informações disponíveis internamente na Repartição

38. Em 2017, foi registrado progresso quanto ao número de países e territórios que haviam implementado políticas públicas para melhorar a proteção social (19 países dos 20 que responderam à pesquisa relataram avanços). Além disso, é importante assinalar que, no âmbito destas políticas, os países da Região conseguiram avanços na superação das barreiras econômicas e sociais, ampliando o acesso ao seguro-saúde com financiamento público, à provisão de serviços de saúde de qualidade e estendendo os serviços aos povos indígenas marginalizados.

39. Em 2015, foi registrado progresso quanto ao número de países e territórios que têm estratégias financeiras para conseguir cobertura pública para o sistema de saúde. Dezesesseis países e territórios alcançaram a meta e outros cinco estavam em vias de fazê-lo. No final de 2015, dez países estavam aplicando planos de ação ou roteiros para a saúde universal, 11 países haviam elaborado marcos normativos para a saúde universal e 15 haviam estabelecido e estavam aplicando marcos financeiros para a saúde universal.²⁰

40. Em 2015, o gasto público atual em saúde como porcentagem do produto interno bruto na América Latina e no Caribe aumentou 3,5% em comparação a 3,2% em 2011. Em 2014, os dados por sub-regiões e as diferenças entre países eram os seguintes: América do Norte, 8,2%; região dos Andes, 3,9%; Brasil, 3,8%; Caribe latino, 5,1%; Caribe não latino, 3,1%; Cone Sul, 3,3%; Istmo centro-americano, 4,1%; e México, 3,3%. A Região foi afetada pela retração econômica registrada na América Latina e Caribe em dois anos consecutivos (2015 e 2016) e estimativa de contração de 1% no produto interno bruto para

²⁰ OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015*.

2016. Porém, há projeções de possível recuperação em 2017 e 2018, com expansão do produto interno bruto de 1,1% em 2017 e 2,5% em 2018. Espera-se que esta recuperação modesta se sustente graças a maior demanda externa, aumento dos preços das matérias primas e certo relaxamento monetário na América do Sul em um contexto de menor inflação.²¹

41. Em 2015, foi registrado progresso quanto à despesa por conta própria em saúde expressa como porcentagem do gasto total em saúde na América Latina e Caribe, de 31,5% em 2014 contra 33,3% em 2010. Em 2015, os dados por sub-regiões e as diferenças por país eram os seguintes: América do Norte, 11,3%; região dos Andes, 34,0%; Brasil, 25,5%; Caribe latino, 19,9%; Caribe não latino, 31,3%; Cone Sul, 31,9%; Istmo centro-americano, 40,0%; e México, 44,0%. Apesar destes avanços, esta porcentagem ainda é considerada muito alta. A despesa por conta própria em saúde é o gasto em saúde que mais tem impacto no orçamento do lar, e pode ser catastrófica para as famílias. Por outro lado, desempenha um papel importante na decisão de buscar atenção à saúde e é a fonte de financiamento mais desigual e menos eficiente.²²

42. Em 2015, foi registrado progresso quanto ao número de países e territórios que implementaram uma política para melhorar o acesso a medicamentos; 13 alcançaram a meta e outros 13 o fizeram parcialmente. A maioria dos países implementaram políticas nacionais para assegurar o acesso a medicamentos essenciais e outras tecnologias prioritárias em saúde, e os mecanismos sub-regionais obtiveram avanços importantes no acesso a medicamentos de alto custo. O Mercosul, por exemplo, realizou negociações conjuntas para aquisição de antirretrovirais e medicamentos para a hepatite C.

43. Em 2017, foi registrado progresso quanto ao número de países que incorporaram medidas específicas para a atenção aos povos indígenas: 17, contra a meta de 20 (85%), segundo a pesquisa respondidas pelos países. Igualmente, em 2015 foi registrado progresso no número de países ou territórios que implementaram planos, políticas ou leis de saúde para grupos étnicos ou raciais.²³ Dez países e territórios alcançaram o indicador, e nove o fizeram parcialmente. Foram realizadas duas consultas técnicas regionais com os Ministérios da Saúde, com ampla participação dos países da Região. Estas iniciativas têm sido essenciais para dar à etnia um lugar de destaque nos programas de saúde, tanto nacionais como regionais. Honduras iniciou um processo para a elaboração de um perfil de saúde das populações indígenas e afrodescendentes. O Peru e o México obtiveram avanços rumo ao indicador do resultado imediato, como refletem suas avaliações de país. Porém, continuam existindo desafios, devido à complexidade dos temas.

²¹ Nações Unidas. *Situación y perspectivas de la economía mundial a mediados de 2017*. Disponível em espanhol em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/130/55/pdf/N1713055.pdf>.

²² Cid C, Prieto L. “Gasto de bolsillo en salud de los hogares: el caso de Chile, 1997 y 2007”. *Rev Panam Salud Publica*, 2012;31(4): 310-316.

²³ OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015* (RIM 3.3.5).

44. Em 2015, foi registrado progresso no número de países que implementaram programas para melhorar a qualidade da atenção. Dez países e territórios alcançaram a meta, e 11 o fizeram parcialmente.

45. Atualmente, 33 países firmaram acordos para utilizar os serviços do Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública. O volume de compras foi de \$40,4 milhões²⁴ em 2012 e \$90,4 milhões em 2017.

46. Em 2017, segundo análise da implementação dos mandatos da *Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde*, 25 países contavam com um modelo de atenção baseado na atenção primária à saúde e haviam desenvolvido redes integradas de serviços de saúde.

Área de ação d: Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles

47. Como mostram as Tabelas de 8 a 11, foram avaliados nove indicadores substitutos (três sobre estado de saúde, um sobre fatores de risco, dois sobre cobertura e três sobre sistemas de saúde).

Tabela 8. Indicadores para a área de ação d (estado de saúde)

Indicador	2011	2017	Classificação
1. Número de novos casos de transmissão materno-infantil do HIV	Américas: 4.300 ALC: 4.100 (2011) ^a	Américas: 2.700 ALC: 2.600 (2016) ^a	Progresso
2. Incidência da transmissão materno-infantil de sífilis congênita	9.828 casos informados por 26 países e territórios (2011) ^b	23.609 casos informados por 37 países e territórios (2016) ^c	Sem progresso
3. Prevalência da infecção pelo HIV (por sexo e faixa etária)	15-49 anos: Américas: 0,5% Caribe: 1,2% América Latina: 0,4% (2011) ^a	15-49 anos: Américas: 0,5% Caribe: 1,2% América Latina: 0,5% (2016) ^a	Sem progresso

Fontes:

a) UNAIDS. Estimativas Spectrum, 2017

b) Relatórios do UNAIDS, 2011, 2012, 2016

c) UNAIDS/OMS. *2017 Global AIDS Monitoring Country Reports*

²⁴ A menos que indicado de outra forma, todos os valores monetários neste documento são expressos em dólares dos Estados Unidos.

48. Em relação à transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita é importante levar em conta os informes da OPAS, da OMS e do UNICEF:²⁵

- a) Em 2015, 22 países da Região das Américas notificaram dados compatíveis com a consecução das metas de eliminação da transmissão materno-infantil do HIV. A taxa de transmissão na América Latina e Caribe caiu 55% entre 2010 e 2015, de 15% para 8%.
- b) Nas crianças de 0 a 14 anos, o número de infecções novas pelo HIV na América Latina caiu 29% entre 2010 e 2015, de 2.440 para 1.730, e 83% no Caribe, de 2.280 para 400. Conseqüentemente, entre 2010 e 2015, cerca de 28.000 infecções pelo HIV foram evitadas na América Latina e Caribe graças a intervenções de prevenção da transmissão materno-infantil.
- c) Em 2015, houve um aumento na taxa de incidência de transmissão materno-infantil da sífilis congênita para 1,7 casos por 1.000 nascidos vivos, contra 1,0 caso por 1.000 nascidos vivos em 2011. Nesse ano, 20 países haviam informado dados compatíveis com a eliminação da sífilis congênita (dois países a mais que no ano anterior).
- d) Em 2015, 18 países da Região das Américas informaram dados compatíveis com a eliminação de ambas as doenças.

49. Em 2016, a Região registrou um discreto aumento na prevalência da infecção pelo HIV (por sexo e faixa etária) na população de 15 a 49 anos na América Latina (de 0,4 em 2011 para 0,5% em 2016). A prevalência na Região manteve-se em 0,5% entre 2011 e 2016. Igualmente, no Caribe, a prevalência manteve-se em 1,2% durante esse quinquênio. Estima-se que, em 2015, havia 2 milhões de portadores do HIV na América Latina e Caribe, dos quais 98% tinham 15 anos de idade ou mais. Na América Latina, a epidemia tem afetado principalmente os homens, que representam 68% dos portadores do HIV, enquanto que 52% dos portadores no Caribe são mulheres.²⁶ Neste sentido, é importante levar em consideração o que informou o UNAIDS em 2017:²⁷

- a) América Latina: Em 2016, havia 1,8 milhões (1,4-2,1 milhões)²⁸ de pessoas infectadas pelo HIV. Em 2016, ocorreram aproximadamente 97.000 (79.000-120.000) novas infecções (o número de novas infecções pelo HIV não variou de 2010 a 2016). Em 2016, morreram 36.000 (28.000-45.000) pessoas por doenças relacionadas à AIDS (entre 2010 e 2016, o número de mortes relacionadas com a AIDS caiu 12%). A cobertura de tratamento em 2016 chegou a 58% (42-72%) de todas as pessoas com HIV. Em 2016, ocorreram 1.800 (1.300-2.400) novas infecções pelo HIV em crianças.

²⁵ OPAS. *Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en las Américas: Actualización 2016*. Disponível em espanhol em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34074>.

²⁶ OPAS, *Saúde nas Américas+, edição 2017. Resumo: Panorama regional e perfil dos países*, p. 21.

²⁷ UNAIDS. *Hoja informativa: Día mundial del sida de 2017*. Disponível em espanhol em: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.

²⁸ Os intervalos entre parênteses indicam os intervalos de confiança das estimativas do UNAIDS.

- b) Caribe: Em 2016, havia 310.000 (280.000-350.000) pessoas infectadas pelo HIV. Em 2016, ocorrerem aproximadamente 18.000 (15.000-22.000) novas infecções. Nesse mesmo ano, 9.400 (7.300-12.000) pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS (entre 2010 e 2016, o número de mortes relacionadas à AIDS caiu 28%). Em 2016, a cobertura de tratamento atingiu 52% (41-60%) de todas as pessoas com HIV. Em 2016, ocorreram menos de 1.000 novas infecções pelo HIV em crianças.

Tabela 9. Indicadores para a área de ação d (fatores de risco)

Indicador	2011	2017	Classificação
1. Proporção de peso baixo ao nascer (<2.500 g)	8,2% (2011) ^a	8% (2016) ^b	Progresso

Fontes:

a) OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2011*

b) OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2017*

50. Em 2016, a Região avançou quanto à proporção de recém-nascidos com peso baixo ao nascer (< 2.500 g): 8%, contra 8,2% em 2011. O índice nas sub-regiões foi de 7,9% na América do Norte; 8,5% na região dos Andes; 8,4% no Brasil; 10,1% no Caribe latino; 10,1% também no Caribe não latino; 6,9% no Cone Sul; 10,5% no Istmo centro-americano; e 5,8% no México. Neste sentido, cabe ressaltar a afirmação da OMS: “A taxa de recém-nascidos com baixo peso ao nascer em uma população constitui um bom indicador de um problema de saúde pública que inclui a desnutrição materna a longo prazo, a saúde precária e a atenção à saúde deficiente. Individualmente, o baixo peso ao nascer representa um importante preditor da saúde do recém-nascido e de sua sobrevivência”.²⁹

Tabela 10. Indicadores para a área de ação d (cobertura de serviços)

Indicador	2011	2017	Classificação
1. Porcentagem de partos hospitalares ³⁰	94,1% (2015) ^a	94,8% (2016) ^b	Progresso
2. Prevalência do uso de contraceptivos	63% (2011) ^a	69% (2017) ^b	Progresso

Fontes:

a) OPAS, *Indicadores básicos de saúde de 2011, 2016 e 2017*

51. Em 2016, a Região registrou um aumento da porcentagem de partos hospitalares: 94,8% contra 94,1% em 2015. Os dados por sub-região para 2016 foram os seguintes: América do Norte, 98,1%; região dos Andes, 93,2%; Brasil, 98,4%; Caribe latino, 79,2%; Caribe não latino, 96,4%; Cone Sul, 99,4%; Istmo centro-americano, 79,7%; e México, 94,2%. A institucionalização da atenção à gravidez e ao parto e o aumento das intervenções obstétricas têm influência significativa na redução da mortalidade materna.

²⁹ OMS. *World Health Statistics 2005*. Genebra: OMS; 2005.

³⁰ Desde 2015, a OPAS usa os partos hospitalares como indicador substituto da atenção qualificada ao parto, assumindo que tais partos são atendidos por pessoal capacitado. A OPAS publicou pela primeira vez em 2016 os dados reportados pelos países sobre partos hospitalares como parte dos Indicadores Básicos de Saúde. Em 2016, foi relatado um percentual de 94,1% de partos hospitalares na Região.

52. Em 2017, a Região registrou aumento da prevalência do uso de contraceptivos modernos: 69% contra 63% em 2011. Os dados por sub-regiões para 2017 são os seguintes: América do Norte, 69%; região dos Andes, 63%; Brasil, 75%; Caribe latino, 59%; Caribe não latino, 58%; Cone Sul, 68%; Istmo centro-americano, 61%; e México, 70%. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) informa uma prevalência de 70% para a América Latina e Caribe como um todo em 2017, além de outros indicadores, como a prevalência de necessidades insatisfeitas de planejamento familiar nas mulheres de 15 a 49 anos (10%) e de demanda satisfeita por métodos modernos de planejamento familiar nas mulheres de 15 a 49 anos (83%).

Tabela 11. Indicadores para a área de ação d (sistemas de saúde)

Indicador	Classificação
1. Número de países e territórios que estão monitorando a situação, tendências e fatores regionais e nacionais da saúde a cada dois anos (RIM 4.4.1)	Superado Alcançado em 18, progresso em 7 (2015) ^a
2. Número de países e territórios que estão implementando as políticas ou planos nacionais relacionados com a saúde integral do adolescente (RIM 3.1.5)	Progresso Alcançado em 15, progresso em 13 (2015) ^a
3. Número de países e territórios que incorporaram estratégias para promover o envelhecimento saudável e ativo ou o acesso a um processo contínuo integrado de atenção nos seus planos nacionais (RIM 3.2.1)	Alcançado Alcançado em 11, progresso em 9 (2015) ^a

Fontes:

a) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015*

53. A Região intensificou as ações para formar capacidade nos sistemas de informação de saúde para gestão de dados e monitoramento das tendências da situação de saúde. Contudo, ainda persistem desafios à implementação de sistemas de informação mais robustos que possam produzir dados oportunos e de qualidade para medir o progresso em saúde.

54. Em 2015, a Região informou avanços importantes em vários países prioritários, como a Bolívia, Guatemala, Suriname e Haiti, quanto à formulação ou atualização de políticas nacionais ou planos relacionados com a saúde dos adolescentes.

55. Em 2015, os países da Região informaram ter incorporado estratégias para um envelhecimento ativo e saudável na população. Por exemplo, o México desenvolveu um plano nacional para promover o envelhecimento saudável, o Plano Nacional de Desenvolvimento 2007-2012. A Argentina desempenhou uma função importante de liderança no processo que foi realizado em torno da nova Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos e na consulta mundial sobre a *Estratégia global e plano de ação sobre envelhecimento e saúde*.

Área de ação e: Reduzir os riscos e o ônus da doença

56. Como mostram as Tabelas 12 a 14, foram avaliados 17 dos 18 indicadores substitutos: 11 sobre estado de saúde, dois sobre fatores de risco e cinco sobre sistemas de saúde.

Tabela 12. Indicadores para a área de ação e (estado de saúde)

Indicador	2011	2017	Classificação
1. Índice de mortalidade por diabetes por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)	32,8 (2011) ^a	Total: 33,6 Mulheres: 31,4 Homens: 36,3 (2015) ^b	Sem progresso
2. Índice de mortalidade por cardiopatia isquêmica por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)	76,4 (2011) ^a	62,8 (2015) ^b	Progresso
3. Índice de mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)	43,1 (2011) ^a	34,8 (2015) ^b	Progresso
4. Índice de mortalidade por acidentes de trânsito por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)	14,1 (2011) ^a	15,9 (2013) ^a	Sem progresso
5. Taxa de incidência de tuberculose por 100.000 habitantes (todas as formas e com baciloscopia positiva)	Todas as formas: 23,5 Baciloscopia positiva: 12,1 (2009) ^a	A ser determinada	Progresso
6. Taxa de incidência da AIDS por 100.000 habitantes	10,7 (2009) ^a	Taxa de diagnóstico da infecção pelo HIV: 13,7 (2016) ^a [1]	Sem progresso
7. Número de casos de malária notificados anualmente na Região	680.174 (124,1 por 100.000 habitantes) (2010) ^a	454.311 (2015) ^a [2]	Progresso
8. Número de casos de dengue notificados	1.699.072 (2011) ^b	2.276.803 (2016) ^b	Sem progresso
9. Número de países com certificação da interrupção da transmissão vetorial da doença de Chagas (dos 21 países endêmicos da Região)	14/21 (2012) ^c	17/21 (2016) ^d	Progresso

Indicador	2011	2017	Classificação
10. Número de países com certificação da eliminação da oncocercose (dos países endêmicos da Região)	1 em processo de obter certificação (2012) ^c	4 (2016) ^d	Progresso
11. Índice de mortalidade por neoplasias malignas por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)	109,6 (2011) ^a	105,3 (2015) ^a	Progresso

Fontes:

a) OPAS, *Indicadores básicos de saúde*, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2017

b) OPAS, *Saúde nas Américas*, 2012 e 2017

c) OPAS, *Segundo relatório de progresso do Plano Estratégico da OPAS 2008-2012*

d) OPAS, *Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022* (documento CD55/15)

Nota [1]: A metodologia para calcular a incidência da AIDS por 100.000 habitantes mudou depois de 2012. Consequentemente, a atualização aqui apresentada diz respeito a uma medição diferente, consoante aos Indicadores Básicos da OPAS.

Nota [2]: Inclui casos tanto autóctones como importados notificados por 21 países endêmicos e casos importados notificados por 15 países e territórios não endêmicos em 2015. Além disso, foram utilizados dados de diferentes anos para 12 países e territórios não endêmicos: dados de 2014 para os Estados Unidos e Canadá; dados de 2013 para Antígua e Barbuda, Anguilla, Ilhas Virgens (EUA), Jamaica, Montserrat e São Cristóvão e Névis; dados de 2012 para as Bermudas, Ilhas Cayman, Dominica, Saint Martin e São Vicente e Granadinas; e dados de 2016 para Chile e Cuba.

57. Em 2015, foi registrado um aumento no índice de mortalidade por diabetes por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo): 33,6, contra 32,8 em 2011. Na Região, mais de 15% da população maior de 18 anos sofre diabetes, um índice três vezes maior do que o registrado há dez anos; a prevalência de glicemia elevada cresceu de 5% em 1980 a 8,5% em 2014. Em 2014, a mortalidade por diabetes tipo 2 na Região (ajustada por idade) demonstrou discreta diferença entre homens e mulheres: 35,6 contra 31,6 por 100.000 habitantes, respectivamente.³¹ A prevalência de obesidade (índice de massa corpórea [IMC] igual ou superior a 30 kg/m²) na Região, 26,8%, é mais que o dobro da média mundial (12,9%), e maior nas mulheres (29,6%) do que nos homens (24%).

58. Em 2016, a Região registrou progresso na redução do índice de mortalidade por cardiopatia isquêmica por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo): 62,8, contra 76,4 em 2011. Embora a mortalidade por esta causa venha diminuindo paulatinamente na maior parte dos países da Região, com uma redução geral de 19% entre 2000 e 2010, continua sendo a principal causa de morte.³²

59. Em 2016, a Região registrou progresso na redução da mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo): 34,8, contra 43,1 em 2011.

³¹ OPAS, *Saúde nas Américas+*, edição 2017. *Resumo: Panorama regional e perfil dos países*.

³² *Ibid.*

60. Em 2013, a Região registrou um índice de mortalidade por acidentes de trânsito de 15,9 por 100.000 habitantes, contra 14,1 em 2011. Este índice varia significativamente de um país a outro, de 6 mortes por 100.000 habitantes no Canadá até 29,3 na República Dominicana. Os traumatismos causados pelo trânsito ceifaram as vidas de 154.089 pessoas no 2013, representando 12% de todas as mortes por esta causa no mundo e um aumento de 3% em comparação com as 149.357 mortes registradas em 2010. Os óbitos por esta causa são mais frequentes nos países de média renda (73% do total de mortes por trauma) do que nos países de alta renda (26%). Além disso, uma porcentagem desproporcionalmente alta destas mortes é atribuível à taxa de motorização: 37% dos óbitos ocorrem nos países de média renda, contra 63% nos de alta renda.³³ Ajustado por idade e sexo, o índice em 2015 foi de 25,4 mortes nos homens e 6,6 nas mulheres.³⁴

61. Em 2016, a Região registrou uma incidência de infecção pelo HIV de 13,7 por 100.000 habitantes. Em 2009, a taxa de incidência da AIDS (o indicador usado na avaliação intermediária da ASA2008-2017) foi de 10,7 por 100.000 habitantes (não há dados atualizados sobre este indicador). Em 2016, havia 1,8 milhões (1,4-2,1 milhões) de pessoas com HIV na América Latina; estima-se que 97.000 (79.000-120.000) novas infecções pelo vírus tenham ocorrido, 1.800 (1.300-2.400) delas em crianças (o número de novas infecções não variou entre 2010 e 2016). Cerca de 36.000 (28.000-45.000) pessoas morreram em decorrência de doenças relacionadas à AIDS em 2016, 12% menos que em 2010. A cobertura de tratamento em 2016 foi de 58% (42-72%). No que diz respeito ao Caribe, em 2016 havia 310.000 (280.000-350.000) pessoas com HIV, e estima-se que 18.000 (15.000-22.000) novas infecções tenham ocorrido nesse ano (menos de 1.000 em crianças). Cerca de 9.400 (7.300-12.000) pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS, 28% menos do que em 2010. A cobertura de tratamento em 2016 foi de 52% (41-60%).³⁵

62. Em 2015, a Região registrou progresso na redução no número de casos de malária notificados anualmente. Entre 2000 e 2015, o número de casos de malária na Região diminuiu 62% (de 1.181.095 para 454.311). Durante o mesmo período, as mortes relacionadas à malária diminuíram 76%, de 410 a 98. Do total de casos, 77% foram notificados pelo Brasil, Peru e Venezuela. Ao final de 2015, a malária continuava endêmica em 21 países da Região. Todos os países endêmicos, com exceção do Haiti e de Venezuela, reduziram sua morbidade desde o ano 2000. No entanto, nos últimos anos (2016-2017) tanto a mortalidade como a morbidade por malária aumentaram.³⁶

63. Em 2016, a Região registrou um aumento no número de casos de dengue notificados: 2.276.803 contra 1.699.072 em 2011. Entre 2011 e 2015, foi notificado um total acumulado de 8.207.797 casos de dengue, o que representa um aumento de 58% em

³³ OPAS, *Saúde nas Américas+*, edição 2017. *Resumo: Panorama regional e perfil dos países.*

³⁴ OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2017.*

³⁵ UNAIDS, *Fact Sheet. World Aids Day 2017.*

³⁶ OPAS, *Saúde nas Américas+*, edição 2017. *Resumo: Panorama regional e perfil dos países.*

relação ao período 2006-2010; destes casos, 118.837 (1,4%) foram de dengue grave e ocorreram 5.028 mortes (0,06%), um aumento de 93% em relação ao período anterior.³⁷

64. Em 2016, a Região avançou quanto ao número de países com certificação da interrupção da transmissão vetorial da doença de Chagas: 17 dos 21 países endêmicos, três mais do que os 14 verificados em 2012. Cabe lembrar que a erradicação da transmissão da doença de Chagas corresponde à meta de impacto 8.3 do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Nesta linha, o *Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022* (documento CD55/15) tem como objetivo 1.2 “Acelerar ações para interromper a transmissão domiciliar da doença de Chagas pelos principais vetores”.

65. Em 2016, o número de países nos quais a oncocercose é endêmica e que tiveram sua eliminação certificada aumentou para quatro, contra apenas um em 2011: Colômbia, Equador, Guatemala e México. A erradicação da oncocercose corresponde à meta de impacto 8.2 do Plano Estratégico 2014-2019. O *Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022* (documento CD55/15) tem como objetivo 2.2 “Eliminar as doenças infecciosas negligenciadas alvo de quimioterapia preventiva, inclusive com coleta de evidências para apoiar a eliminação”, e eleva a meta para seis países até 2022.

66. Desde o ano 2000, houve uma redução na mortalidade na Região para todos os tipos de câncer em ambos os sexos, com uma redução estimada de 7,9% entre 2008 (114,3 por 100.000 habitantes) e 2015 (105,3 por 100.000 habitantes).

Tabela 13. Indicadores para a área de ação e (fatores de risco)

Indicador	2011	2017	Classificação
1. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pessoas com 18 ou mais anos de idade (definido como IMC \geq 25 kg/m ²) (estimativa) ³⁸	59,8 (58,3-61,3) (2011) ^a	62,5 (60,5-64,5) (2016) ^a	Sem progresso
2. Prevalência do tabagismo	22% em adultos (2012) ^b	Adultos: 16,3% Adolescentes : 13% (2014) ^c	Progresso

Fontes:

a) OMS, Observatório de Saúde Global. Disponível em espanhol em <http://www.who.int/gho/es/>

b) OPAS, *Segundo relatório de progresso do Plano Estratégico da OPAS 2008-2012*

c) OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2017*

67. Em 2016, a Região registrou um aumento na prevalência do sobrepeso e da obesidade (IMC $>$ 25kg/m²) em adultos (18 ou mais anos de idade): 62,5% (60,5-64,5,

³⁷ Ibid.

³⁸ Na avaliação intermediária, utilizou-se erroneamente o indicador “Prevalência de obesidade (IMC acima de 25) em adultos (15 anos ou mais) por sexo (estimativa)”. Obesidade implica um IMC superior a 30. Nesta avaliação, o excesso de peso e a obesidade são definidos como no Plano Estratégico 2014-2019.

cálculo estimado), contra 59,8% (58,3-61,3) em 2011. A Região das Américas é a região da OMS com a prevalência mais alta de sobrepeso e obesidade.³⁹

68. A Região avançou na redução da prevalência do tabagismo (16,3% nos adultos e 13% nos adolescentes) em comparação ao ano de 2011 (22% nos adultos). Em 2013, a prevalência padronizada pela idade do consumo atual de tabaco estimado nas pessoas com 15 anos ou mais na Região foi de 17,5%, sendo 13,5% nos estudantes de 13 a 15 anos de idade (14,7% nos meninos e 12,3% nas meninas).⁴⁰

Tabela 14. Indicadores para a área de ação e (sistemas de saúde)

Indicadores	Classificação
1. Número de países e territórios que estão implementando planos de ação nacionais multissetoriais para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis e fatores de risco (RIM 2.1.1)	Progresso Alcançado em 16, progresso em 12 (2015) ^a
2. Número de países e territórios que possuem uma política nacional ou plano para saúde mental de acordo com a Estratégia Regional sobre Saúde Mental e o Plano de Ação Mundial de Saúde Mental 2013-2020 (RIM 2.2.1)	Progresso Alcançado em 21, progresso em 13 (2015) ^a
3. Número dos países que estão implementando políticas, estratégias ou leis de acordo com a CQCT (RIM 2.1.6)	Progresso Alcançado em 4, progresso em 7 (2015) ^a
4. Número de países e territórios com uma política ou plano nacional para o álcool para a prevenção e tratamento de transtornos decorrentes do consumo de álcool de acordo com o Plano Regional de Ação/Estratégia Mundial para Reduzir o Uso Prejudicial de Álcool (RIM 2.2.3)	Progresso Alcançado em 7, progresso em 12 (2015) ^a
5. Número de países que implementaram um programa nacional de segurança alimentar e nutricional	A ser determinada

Fontes:

a) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015*

69. Os países enfrentaram desafios à implementação dos planos de ação nacionais multissetoriais para a prevenção e do controle das doenças não transmissíveis (DNT) e seus fatores de risco. A ação multissetorial para abordar as causas fundamentais das DNT com um enfoque de saúde em todas as políticas continua sendo um desafio em todos os países.

70. Em 2015, a Região registrava um avanço quanto à aplicação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT). Brasil, Chile, Panamá e Uruguai têm leis vigentes de acordo com a CQCT. Por outro lado, a Região informa dificuldades em aplicar políticas de álcool baseadas na saúde pública. Tais dificuldades incluem a aceitação social do consumo de álcool, a falta de consciência de seu impacto negativo e a falta de compromisso político com a redução do consumo nocivo de álcool.

³⁹ OPAS, *Saúde nas Américas+*, edição 2017. Sobrepeso e obesidade. Estado de saúde da população.

⁴⁰ OPAS, *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030*.

Área de ação f: Fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde

71. Como mostra a Tabela 15, foram avaliados todos os cinco indicadores substitutos, todos relativos aos sistemas de saúde.

Tabela 15. Indicadores para a área de ação f (sistemas de saúde)

Indicador	Classificação
1. Número de países e territórios com um plano de ação de recursos humanos em saúde alinhado com as políticas e necessidades do seu sistema de saúde (RIM 4.5.1)	Progresso Alcançado em 7, progresso em 10 (2015) ^a
2. Número de países e territórios com pelo menos 25 profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e parteiras) por 10 mil habitantes (RIT 4.5.1)	Progresso Alcançado em 27 (2015) ^a
3. Número de países e territórios que estabeleceram um nodo do Campus Virtual para Saúde Pública ou de uma rede equivalente de aprendizagem online (RIM 4.5.4)	Progresso Alcançado em 11, progresso em 8 (2015) ^a
4. Número de países que participaram de acordos bilaterais ou multilaterais que abordam a migração de profissionais de saúde	Progresso 13 dos 20 que responderam (2017) ^b
5. Número de países que informam seguir as 20 metas regionais em recursos humanos para a saúde	Progresso 20 países (2013-2015) ^c

Fonte:

a) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015*

b) Pesquisa dos países para a avaliação final, 2017

c) OPAS, *Metas regionais em recursos humanos para a saúde 2007-2015: Relatório final*

72. Em 2015, foi registrado progresso no número de países que implementaram políticas nacionais para o fortalecimento da força de trabalho de saúde. Sete países e territórios alcançaram a meta, e outros dez o fizeram parcialmente.

73. Em 2015, foi registrado progresso quanto ao número de países e territórios com uma densidade da força de trabalho de saúde (médicos, enfermeiras, parteiras) de 25 profissionais por 10.000 habitantes: 27 haviam alcançado a meta. O desafio principal é a distribuição dessa força de trabalho. A proporção de médicos é até 80 pontos percentuais mais alta nas zonas urbanas do que nas rurais (ou não metropolitanas). Em média, em 2015, havia 48,7 profissionais de enfermagem por 10.000 habitantes. A América do Norte tinha, de longe, a maior densidade de profissionais de enfermagem: mais de sete vezes superior à da América Latina e Caribe (110,9 contra 13,6 por 10.000 habitantes).⁴¹

⁴¹ OPAS, *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030*.

74. Em 2015, aumentou o número de países que estabeleceram redes de aprendizagem para melhorar as competências em saúde pública dos profissionais da saúde. Onze países e territórios alcançaram a meta, e outros oito o fizeram parcialmente.

75. Em 2017, foi registrado um aumento no número de países que participaram de acordos bilaterais ou multilaterais que abordam a migração de profissionais de saúde: 13 de 20 países que responderam à pesquisa, contra 11 informados em 2011.

76. O documento *Metas Regionais em Recursos Humanos para a Saúde 2007-2015: Relatório Final* foi apresentado ao 54º Conselho Diretor em 2015. As informações foram coletadas entre 2013 e 2015, com a participação de 20 países. Um relatório de progresso foi apresentado à 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, para a qual foram coletadas informações entre 2009 e 2010, com a participação de 24 países.

Área de ação g: Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia

77. Como mostra a Tabela 16, foram avaliados cinco indicadores substitutos, todos correspondentes a sistemas de saúde.

Tabela 16. Indicadores para a área de ação g (sistemas de saúde)

Indicador	Classificação
1. Número de países e territórios que estão integrando evidência científica às práticas, programas ou políticas usando metodologias padronizadas (RIM 4.4.5).	Progresso Alcançado em 9, progresso em 6 (2015) ^a
2. Número de países e territórios que estão implementando a Política Regional para a Pesquisa em Saúde (RIM 4.4.4).	Progresso Alcançado em 14, progresso em 15 (2015) ^a
3. Número de países e territórios com mecanismos de responsabilidade para examinar a pesquisa ou incorporar a ética à saúde pública (RIM 4.4.6).	Superado Alcançado em 12, progresso em 3 (2015) ^a
4. Número de países e territórios com políticas nacionais sobre acesso, qualidade e uso de medicamentos e outras tecnologias em saúde atualizadas nos últimos cinco anos (RIM 4.3.1).	Superado Alcançado em 13, progresso em 13 (2015) ^a
5. Número de países e territórios com mecanismos para avaliação de tecnologias em saúde e incorporação, seleção, gestão e uso racional, com base científica, de medicamentos e outras tecnologias em saúde (RIM 4.3.4).	Superado Alcançado em 13, progresso em 14 (2015) ^a

Fonte:

a) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015*

78. Em 2015, foi registrado progresso quanto ao número de países com um sistema ou mecanismo para facilitar a tomada de decisão baseada em evidências. Nove países e territórios alcançaram a meta, e outros seis o fizeram parcialmente.

79. Em 2015, foi registrado progresso quanto ao número de países que implementaram uma política nacional ou um plano de pesquisa em saúde. Quatorze países e territórios alcançaram a meta, e outros quinze o fizeram parcialmente.

80. Em 2015, foi registrado progresso quanto ao número de países que formaram uma comissão nacional para vigiar o cumprimento das normas éticas em pesquisa científica. Doze países e territórios alcançaram a meta, e outros três o fizeram parcialmente.

81. Em 2015, foi registrado progresso quanto ao número de países que implementaram quadros normativos conforme as normas internacionais de qualidade, segurança e eficácia dos insumos para a área da saúde. Treze países alcançaram o indicador, excedendo a meta, e outros treze o fizeram parcialmente.

82. Em 2015, foi registrado progresso no número de países que implementaram uma política que incluísse o uso racional dos medicamentos. Treze países e territórios alcançaram o indicador, excedendo a meta, e outros quatorze o fizeram parcialmente.

Área de ação h: Fortalecer a segurança sanitária

83. Como mostra a Tabela 17, foram avaliados quatro de cinco indicadores substitutos, todos eles referentes aos sistemas de saúde.

Tabela 17. Indicadores para a área de ação h (sistemas de saúde)

Indicador	Classificação
1. Número de países e territórios que estão implementando um plano nacional de preparação para epidemias e pandemias graves (RIM 5.2.1).	Progresso Alcançado em 27, progresso em 1 (2017) ^a
2. Número de países que adquiriram as capacidades básicas para a vigilância e resposta em conformidade com os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (2005).	Progresso 22 (2017) ^b
3. Proporção das possíveis emergências de saúde pública de interesse internacional para as quais são disponibilizadas informações para os Pontos Focais Nacionais do RSI na Região nas primeiras 48 horas da conclusão da avaliação de riscos (RIM 5.1.2).	Progresso 60% (2017) ^a
4. Número de países que formaram equipes de alerta e resposta para surtos e epidemias.	Progresso 35 (2017) ^a
5. Número de países que têm mantido vigilância e prontidão para fazer frente às doenças zoonóticas emergentes e reemergentes.	A ser determinada

Fonte:

a) Informação disponível internamente na Repartição

b) Versão preliminar do *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2016-2017* (sujeita a revisão após resultados da avaliação conjunta)

84. Em 2017, foi registrado progresso quanto ao número de países que implementaram planos ou programas nacionais de preparação do setor da saúde para casos de emergência ou desastres. Vinte e sete países e territórios alcançaram a meta, e um o fez parcialmente.

85. Em 2017, foi registrado progresso quanto ao número de países que incorporaram as capacidades básicas para a vigilância e resposta em conformidade com os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (2005): 22 de 35 Estados Membros.

86. No biênio 2016-2017, informações foram disponibilizadas aos Pontos Focais Nacionais do RSI nas primeiras 48 horas após a conclusão da avaliação de risco para 109 de 181 (60%) possíveis emergências de saúde pública de interesse internacional.

Componente C: Implementação da agenda pela Repartição Sanitária Pan-Americana

87. As recomendações formuladas durante a avaliação intermediária quanto à responsabilidade da Repartição na implementação da Agenda podem ser resumidas como segue: *a)* avaliar até que ponto o Plano Estratégico 2014-2019 e seus instrumentos de seguimento e avaliação se encontram em consonância com as áreas de ação da Agenda; *b)* avaliar até que ponto a Agenda e o Plano Estratégico 2014-2019 promoveram a elaboração de documentos oficiais em consonância com a visão e as áreas de ação da Agenda; e *c)* avaliar até que ponto as estratégias de cooperação com os países estiveram em consonância com a Agenda e o Plano Estratégico 2014-2019.

Recomendação a: Avaliar até que ponto o Plano Estratégico 2014-2019 e seus instrumentos de seguimento e avaliação se encontram em consonância com as áreas de ação da Agenda.

88. O Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (Documento Oficial 345), aprovado originalmente pelo 52º Conselho Diretor da OPAS, realizado de 30 de setembro a 4 de outubro de 2013, foi formulado levando-se em conta as prioridades regionais definidas na Agenda, considerada como referencial máximo do marco do planejamento da OPAS (Figura 2). As nove metas de impacto e seis categorias (com 30 áreas programáticas) incorporam as oito áreas de ação da Agenda, como já fizera o Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 (Tabelas 18 e 19).

Figura 2. Marcos de planejamento da OPAS/OMS

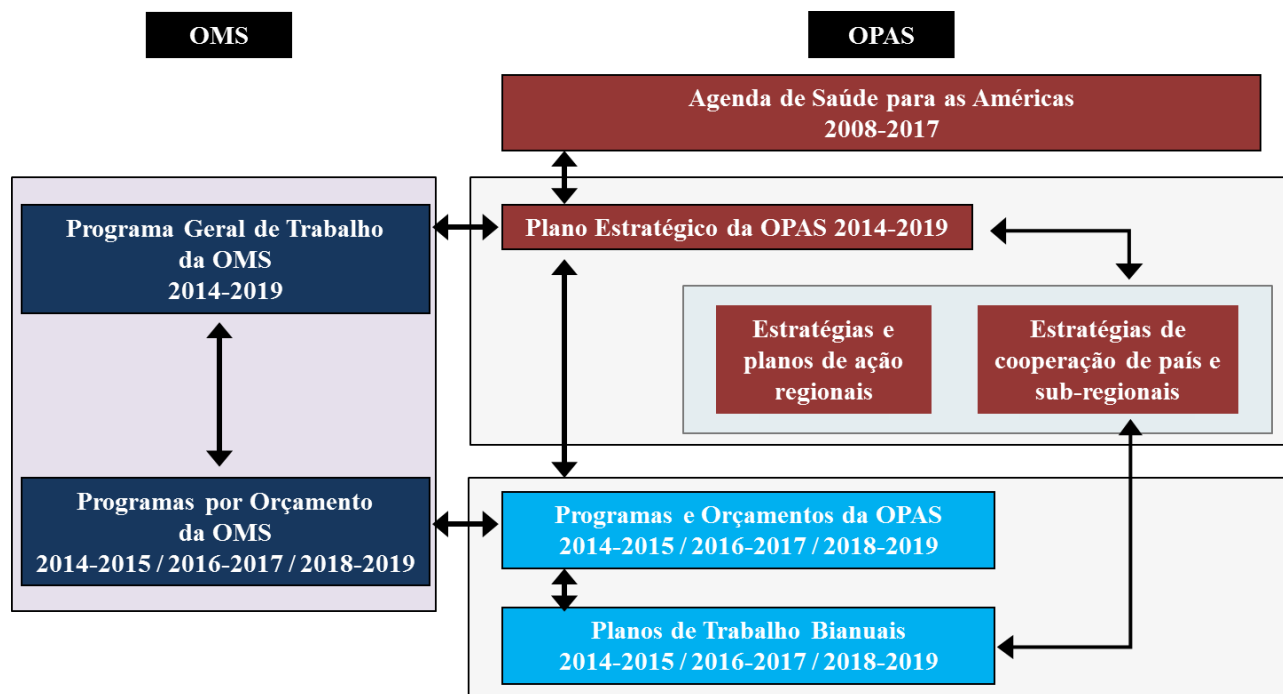


Tabela 18. Relação entre as áreas de ação da Agenda e as metas de impacto do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019

Áreas de ação da Agenda	Metas de impacto do Plano Estratégico
b) Abordar os determinantes da saúde	Meta 1: Melhorar a saúde e o bem-estar com equidade
d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles	Meta 2: Assegurar que os recém-nascidos e os lactentes tenham um início de vida saudável Meta 3: Assegurar uma maternidade segura Meta 4: Reduzir a mortalidade causada pela má qualidade da atenção à saúde
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Meta 5: Melhorar a saúde da população adulta com ênfase em doenças não transmissíveis e nos fatores de risco Meta 6: Reduzir a mortalidade causada por doenças transmissíveis Meta 7: Conter a mortalidade precoce decorrente da violência e de traumatismos, enfrentando os principais riscos a que estão sujeitos adolescentes e jovens (15 a 24 anos de idade) Meta 8: Eliminar as doenças transmissíveis prioritárias na Região
h) Fortalecer a segurança sanitária	Meta 9: Evitar a morte, as doenças e as deficiências decorrentes de situações de emergência

Tabela 19. Relação entre as áreas de ação da Agenda e as categorias e áreas programáticas do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019

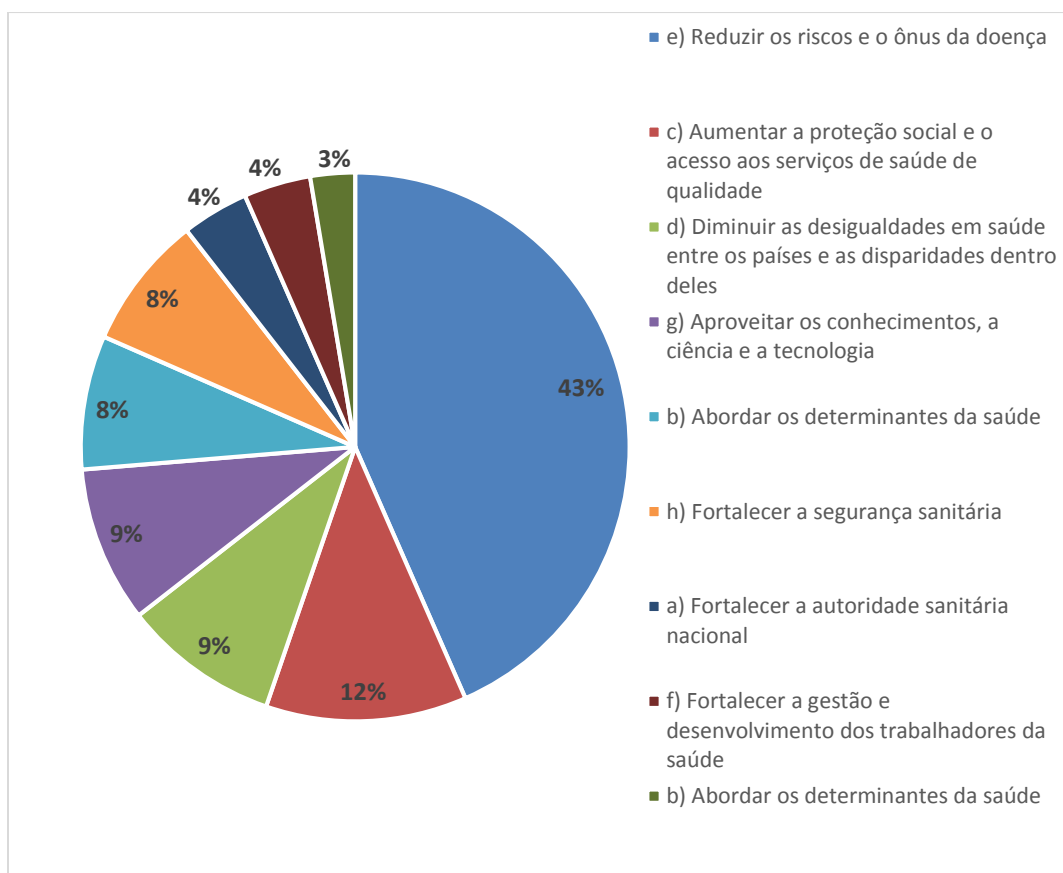
Áreas de ação da Agenda	Categorias e áreas programáticas do Plano Estratégico
a) Fortalecer a autoridade sanitária nacional	Categoria 4. Sistemas de saúde 4.1 Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde
b) Abordar os determinantes da saúde	Categoria 3. Determinantes da saúde e da promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida 3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e etnia 3.4 Determinantes sociais da saúde 3.5 Saúde e meio ambiente
c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade	Categoria 4. Sistemas de saúde 4.2 Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade 4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora
d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles	Categoria 3. Determinantes da saúde e da promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida 3.1 Saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva 3.2 Envelhecimento e saúde
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Categoria 1. Doenças transmissíveis 1.1 Infecções por HIV/AIDS e pelas ISTs 1.2 Tuberculose 1.3 Malária e outras doenças transmitidas por vetores (inclusive a dengue e a doença de Chagas) 1.4 Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas 1.5 Doenças imunopreveníveis (inclusive a manutenção da erradicação da poliomielite).
	Categoria 2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco 2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco 2.2 Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas 2.3 Violência e traumatismos 2.4 Deficiências e reabilitação 2.5 Nutrição
f) Fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde	Categoria 4. Sistemas de saúde 4.5 Recursos humanos em saúde
g) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia	Categoria 4. Sistemas de saúde 4.4 Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde
h) Fortalecer a segurança sanitária	Categoria 5. Preparação, vigilância e resposta 5.1 Capacidade de alerta e resposta (para o RSI) 5.2 Doenças epidêmicas e pandêmicas 5.3 Gerenciamento de emergências, riscos e crises 5.4 Inocuidade dos alimentos 5.5 Resposta a surtos e crises

89. O Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015, apresentado em setembro de 2016, informou os resultados da implementação do Plano Estratégico e prestou contas do progresso constante rumo às metas previstas para 2019, bem como dos avanços em 90% dos indicadores dos resultados intermediários vigentes e resultados completos ou parciais para os 114 indicadores dos resultados imediatos, todos vinculados às áreas de ação da Agenda.

Recomendação b: Avaliar até que ponto a Agenda e o Plano Estratégico 2014-2019 promoveram a elaboração de documentos oficiais em consonância com a visão e as áreas de ação da Agenda.

90. De 2014 a 2017, os Órgãos Diretores da OPAS aprovaram um número considerável de documentos relacionados com as áreas de ação previstas na ASA2008-2017 (Anexo B). A inter-relação entre as áreas de ação e os temas dos documentos da OPAS é resumida na figura 3. Cabe destacar que a maioria dos 76 documentos analisados (33-43%) estão relacionados com a área de ação *e*, seguido pelas áreas *c* (9-12%), *d* e *g* (7-9% cada uma). Também é fundamental ressaltar que os temas dos documentos da Organização cobrem diferentes áreas de ação.

Figura 3. Resumo da relação entre áreas de ação e documentos de política, estratégias e planos de ação (período 2008-2017, em ordem de frequência)



Recomendação c: Avaliar até que ponto as estratégias de cooperação com os países estão vinculadas à Agenda e ao Plano Estratégico da OPAS

91. As estratégias de cooperação com os países, antes e depois da avaliação intermediária da Agenda, mantiveram consonância com ela, como demonstram as estratégias de cooperação com Argentina ([2012-2016](#)), Aruba (proposta 2014-2017), Bolívia ([2011-2015](#)), Brasil ([2008-2012](#)), Chile ([2011-2014](#)), Colômbia ([2011-2014](#)), Costa Rica ([2010-2014](#)), Cuba ([2012-2015](#)), Equador ([2010-2014](#)), El Salvador ([2012-2015](#)), Guatemala (2013-2017), Guiana (2010-2015), Jamaica (2010-2015), México ([2015-2018](#)), Panamá ([2014-2017](#)), Paraguai (2010-2014), Peru (2014-2019), Porto Rico (2013-2016), República Dominicana ([2013-2017](#)), Suriname (2012-2016) e Uruguai ([2012-2015](#)), entre outros.⁴²

⁴² OPAS. La Estrategia de Cooperación con el País (ECP). Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2126%3A2009-country-cooperation-strategy-ccs&catid=1762%3Aabout&Itemid=1849&lang=es.

VI. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

Componente A

92. A avaliação deste componente mostra que a ASA2008-2017 não esteve presente como referencial para o planejamento na maioria das equipes técnicas dos Ministérios e Secretarias da Saúde pesquisados. Uma possível explicação desta situação, que também foi observada na avaliação intermediária, é o tempo transcorrido desde que a Agenda foi publicada, sua implementação através de outros instrumentos (planos estratégicos, documentos de política, estratégias e planos de ação sobre temas específicos contidos na Agenda) e a rotatividade das equipes técnicas e gestoras dos Ministérios e Secretarias de Saúde.

Componente B

93. Os dados sobre os 70 indicadores avaliados neste componente permitem observar, com poucas exceções, um progresso importante dos países e territórios da Região nas oito áreas de ação da Agenda no período 2011-2017, continuando o progresso semelhante constatado no período 2007-2011. A avaliação deste componente foi apresentada de maneira preliminar no documento da ASSA2030, o qual proporcionou informação atualizada sobre os avanços e desafios em áreas críticas que haviam sido incluídas na avaliação intermediária de 2012: *a)* mortalidade materna; *b)* dengue; *c)* tuberculose; *d)* infecção por HIV/AIDS; *e)* obesidade; *f)* gasto nacional público destinado à saúde como porcentagem do produto interno bruto; e *g)* despesa por conta própria como porcentagem do gasto total destinado à saúde.

Componente C

94. A avaliação deste componente se concentrou em três recomendações formuladas durante a avaliação intermediária da Agenda. Deu-se ênfase à consonância dos planos estratégicos da Organização; documentos de política, estratégias e planos de ação; e estratégias de cooperação com os países com as áreas de ação da Agenda.

VII. CONCLUSÕES

95. A avaliação final da ASA2008-2017 permitiu verificar o papel que a Agenda teve como instrumento político de nível regional, que aportou uma visão política em matéria de saúde para a Região, reafirmando o compromisso dos países e territórios com a saúde da população e servindo de referencial para orientação programática dos processos de planejamento estratégico dos Estados Membros e da OPAS. Como chamado à ação, a ASA2008-2017 descortinou aspectos críticos para a saúde na Região, como a abordagem dos determinantes sociais, as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles, a proteção social e o acesso a serviços de saúde e o fortalecimento da autoridade sanitária nacional.

96. A ASA2008-2017 orientou a formulação do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 e do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, os quais incorporaram as áreas de ação da Agenda, viabilizando assim sua implementação e avaliação dentro dos Marcos institucionais da Organização, como proposto no enunciado de intenção da Agenda. Do mesmo modo, orientou as estratégias de cooperação com os países, dando-lhes mais direção. Por fim, a Agenda serviu de referencial para a elaboração de políticas, estratégias e planos nacionais de saúde, embora sua importância tenha diminuído com o passar da década, conforme foram introduzidos outros marcos de política e agendas tanto regionais como mundiais.

97. A ASA2008-2017, promovida pelos ministros e secretários de saúde, inspirou e deu origem a um espaço de ação independente e complementar ao papel dos Órgãos Diretores e da Repartição, fortalecendo-os no campo da formulação de políticas e planos estratégicos da Organização. Do mesmo modo, impulsionou e estimulou a participação dos Estados Membros nos processos de formulação de programas e políticas da Organização realizados tanto na sede como nos países, através da presença ativa de grupos de trabalho e grupos assessores formados por representantes dos países e acompanhados pela Repartição em sua função de secretaria.

98. As lições extraídas do processo de formulação, implementação e avaliação da ASA2008-2017 podem ser resumidas nas seguintes recomendações:

- a) Redobrar os esforços para concertar uma visão compartilhada para a Região, articulada em torno dos mandatos regionais e mundiais, que promova intervenções na saúde nos países, levando em conta a evidência disponível.
- b) Proporcionar o maior grau possível de direcionamento às políticas de saúde da Região, incorporando o enfoque da equidade, e refletindo-as em objetivos e metas mensuráveis.
- c) Promover a participação ativa das autoridades mais altas e das equipes técnicas dos Ministérios e Secretarias da Saúde dos países nos processos de formulação e avaliação das políticas e estratégias da Organização, fomentando o comprometimento e a autonomia, por intermédio de grupos de trabalho formados com representantes dos países, acompanhados da Repartição em sua função de

- secretaria, e através da realização de eventos paralelos durante o Conselho Diretor e a Conferência Sanitária Pan-Americana.
- d) Estabelecer níveis adequados de articulação entre os mecanismos de formulação de políticas e os de implementação e avaliação em âmbito regional, utilizando o potencial institucional da Organização (governança, capacidade técnica, recursos e logística) para alcançar os objetivos e metas acordados.
 - e) Proporcionar um mecanismo de governança e um plano de comunicação para estes marcos, visando a coordenação e seguimento de ações nesses marcos com todos os atores chave.
 - f) Reconhecer o valor de estabelecer objetivos e metas claros para poder medir o impacto da Agenda.

99. As lições extraídas do processo de formulação, implementação e avaliação da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 foram incorporadas na Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 durante o seu processo de formulação. Devem-se empreender esforços para incorporá-las em sua implementação e avaliação.

Anexo

VIII. ANEXO

Relação entre as áreas de ação da Agenda e os documentos de política, estratégias e planos de ação da Organização (2008-2017)

Área de ação da ASA2008-2017	29ª Conferência Sanitária Pan-Americana (25 a 29 de setembro de 2017)
b) Abordar os determinantes da saúde	Política sobre etnia e saúde (documento CSP29/7, Rev. 1)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023 (documento CSP29/8)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022 (documento CSP29/11)
f) Fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde	Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde (documento CSP29/10)
g) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia	Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022 (documento CSP29/9)
Transversal	Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (documento CSP29/6, Rev.3)
Área de ação da ASA2008-2017	55º Conselho Diretor (26 a 30 de setembro de 2016)
b) Abordar os determinantes da saúde	Saúde dos migrantes (documento CD55/11, Rev. 1)
c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade	Acesso e uso racional dos medicamentos e outras tecnologias em saúde estratégicos e de alto custo (documento CD55/10, Rev. 1)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020 (documento CD55/13)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021 (documento CD55/14)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022 (documento CD55/15)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Estratégia para a prevenção e o controle das arboviroses (documento CD55/16)
h) Fortalecer a segurança sanitária	Sistemas de saúde resilientes (documento CD55/9)
h) Fortalecer a segurança sanitária	Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021 (documento CD55/17, Rev. 1)
Área de ação da ASA2008-2017	54º Conselho Diretor (28 de setembro a 2 de outubro de 2015)
a) Fortalecer a autoridade sanitária nacional	Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde (documento CD54/14, Rev. 1)
b) Abordar os determinantes da saúde	Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher (documento CD54/9, Rev. 2)
b) Abordar os determinantes da saúde	Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores (documento CD54/10, Rev. 1)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para imunização (documento CD54/7, Rev. 2)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Estratégia e plano de ação para a demência e incapacidade em idosos (documento CD54/8, Rev. 1)

e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para a prevenção e controle da tuberculose (documento CD54/11, Rev. 1)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para resistência antimicrobiana (documento CD54/12, Rev. 1)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais (documento CD54/13, Rev. 1)
Área de ação da ASA2008-2017	53º Conselho Diretor (29 de setembro a 3 de outubro de 2014)
a) Fortalecer a autoridade sanitária nacional	Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde (documento CD53/5, Rev. 2)
a) Fortalecer a autoridade sanitária nacional	Plano de ação sobre saúde em todas as políticas (documento CD53/10, Rev. 1)
c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade	Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro (documento CD53/6)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação sobre deficiência e reabilitação (documento CD53/7, Rev. 1)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação sobre saúde mental (documento CD53/8, Rev. 1)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes (documento CD53/9, Rev. 2)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para a prevenção da cegueira e das deficiências visuais (documento CD53/11)
h) Fortalecer a segurança sanitária	Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária (documento CD53/12)
Área de ação da ASA2008-2017	52º Conselho Diretor (30 de setembro a 4 de outubro de 2013)
c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade	Proteção social em saúde (documento CD52/5)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis (documento CD52/7, Rev.1)
f) Fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde	Recursos humanos em saúde (documento CD52/6)
Área de ação ASA2008-2017	28ª Conferência Sanitária Pan-Americana (de 23 a 27 de setembro de 2012)
c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade	Proteção radiológica e segurança das fontes de radiação: Normas Básicas Internacionais de Segurança (documento CSP28/17, Rev. 1)
d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles	Estratégia e plano de ação para a saúde integral na infância (documento CSP28/10)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Estratégia para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis (documento CSP28/9, Rev. 1)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para manter a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita na região das Américas (documento CSP28/16)
g) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia	Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde nos sistemas de saúde (documento CSP28/11)
g) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia	Estratégia e plano de ação sobre gestão de conhecimento e comunicações (documento CSP28/12, Rev. 1)
g) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia	Bioética: rumo à integração da ética na saúde (documento CSP28/14, Rev. 1)

h) Fortalecer a segurança sanitária	Coordenação da assistência humanitária internacional em saúde em caso de desastres (documento CSP28/13)
Área de ação da ASA2008-2017	51º Conselho Diretor (26 a 30 de setembro de 2011)
d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles	Estratégia e plano de ação sobre a saúde urbana (documento CD51/5)
d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles	Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e da morbidade materna grave (documento CD51/12)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação sobre segurança viária (documento CD51/7, Rev. 1)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para reduzir o uso prejudicial de álcool (documento CD51/8, Rev. 1)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação sobre uso de substâncias psicoativas e saúde pública (documento CD51/9)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Estratégia e plano de ação sobre epilepsia (documento CD51/10, Rev. 1)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Estratégia e plano de ação sobre a malária (documento CD51/11)
g) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia	Estratégia e plano de ação para eSaúde (documento CD51/13)
h) Fortalecer a segurança sanitária	Estratégia e plano de ação sobre mudança climática (documento CD51/6, Rev. 1)
Área de ação da ASA2008-2017	50º Conselho Diretor (27 de setembro a 1 de outubro de 2010)
b) Abordar os determinantes da saúde	Saúde e direitos humanos (documento CD50/12)
b) Abordar os determinantes da saúde	Estratégia e plano de ação para redução da desnutrição crônica (documento CD50/13)
b) Abordar os determinantes da saúde	Saúde, segurança humana e bem-estar (documento CD50/17)
d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles	Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil de HIV e da sífilis congênita (documento CD50/15)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Estratégia e plano de ação para prevenção, controle e atenção à doença de Chagas (documento CD50/16)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Estratégia sobre o uso de substâncias e saúde pública (documento CD50/18, Rev. 1)
f) Fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde	Estratégia para o desenvolvimento de competências dos profissionais da saúde nos sistemas de saúde baseados na atenção primária (documento CD50/11)
h) Fortalecer a segurança sanitária	Plano de ação para hospitais seguros (documento CD50/10)
Área de ação da ASA2008-2017	49º Conselho Diretor (28 de setembro a 2 de outubro de 2009)
b) Abordar os determinantes da saúde	Plano de ação para a aplicação da política de igualdade de gênero (documento CD49/13)
c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade	Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos (documento CD49/14)
c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade	Saúde e turismo (documento CD49/15)

c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade	Redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária de saúde (documento CD49/16)
c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade	Saúde familiar e comunitária (documento CD49/20)
d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles	Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem (documento CD49/12)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza (documento CD49/9)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Estratégia e plano de ação para saúde mental (documento CD49/11)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Plano de ação para prevenção da cegueira evitável e deficiência visual (documento CD49/19)
g) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia	Política de pesquisa para a saúde (documento CD49/10)
Área de ação da ASA2008-2017	48º Conselho Diretor (29 de setembro a 3 de outubro de 2008)
c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade	Melhoria da disponibilidade de sangue e segurança da transfusão nas Américas (documento CD48/11)
d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles	Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança (documento CD48/7)
d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles	Estratégia regional para melhorar a saúde do adolescente e da juventude (documento CD48/8)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Enfoques populacionais e individuais da prevenção e tratamento de diabetes e obesidade (documento CD48/5)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle de câncer do colo uterino (documento CD48/6)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Rumo à eliminação da oncocercose (cegueira dos rios) nas Américas (documento CD48/10)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Convênio Básico da OMS para Controle do Tabaco: oportunidades e desafios para sua implementação na Região das Américas (documento CD48/12)
e) Reduzir os riscos e o ônus da doença	Controle integrado de vetores: resposta integral às doenças transmitidas por vetores (documento CD48/13)
g) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia	Plano de ação regional para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde (documento CD48/9)

- - -