



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

## **56° CONSELHO DIRETOR**

### **70ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS**

*Washington, D.C., EUA, 23 a 27 de setembro de 2018*

---

*Tema 8.1 da agenda provisória*

CD56/INF/1  
10 de agosto de 2018  
Original: inglês

## **AVALIAÇÃO FINAL DA AGENDA DE SAÚDE DAS AMÉRICAS 2008-2017**

**Relatório final**

---

## SUMÁRIO

|      |  |    |
|------|--|----|
| I.   | RESUMO EXECUTIVO .....   | 3  |
| II.  | ANTECEDENTES CRONOLÓGICOS.....   | 5  |
| III. | PROCEDIMENTO E METODOLOGIA.....  | 8  |
| IV.  | RESULTADOS .....   | 10 |
|      | Componente A: Uso da Agenda nos países .....   | 10 |
|      | Componente B: Progresso nas oito áreas de ação.....  | 10 |
|      | Componente C: Implementação da agenda pela<br>Repartição Sanitária Pan-Americana.....  | 27 |
| V.   | CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS RESULTADOS<br>DA AVALIAÇÃO .....   | 32 |
| VI.  | CONCLUSÕES.....  | 33 |
| VII. | ANEXOS.....  | 35 |
|      | Anexo A: Avaliação detalhada dos indicadores por área de ação .....  | 35 |
|      | Anexo B: Relação entre as áreas de ação da Agenda e os documentos de<br>política, estratégias e planos de ação da Organização (2008-2017)..... | 44 |

## I. RESUMO EXECUTIVO

1. Este relatório apresenta a avaliação final da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 (ASA2008-2017), usando uma metodologia semelhante à da avaliação intermediária realizada em 2012. Este documento contém a avaliação final de como os países e a Repartição Sanitária Pan-Americana (“a Repartição”) implementaram as oito áreas de ação da Agenda por meio de: *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. Conforme a orientação dos Estados Membros, foi utilizada informação já existente para informar sobre a avaliação dos indicadores.

2. A ASA2008-2017 foi aprovada pelos ministros e secretários de saúde da Região em uma reunião na Cidade do Panamá em 3 de junho de 2007. A Agenda tinha como objetivo orientar o trabalho de todas as partes interessadas na Região das Américas, visando melhorar a saúde das pessoas nas Américas. Foi concebida como um instrumento político de alto nível, e destinava-se a orientar o desenvolvimento de planos regionais e nacionais de saúde futuros.

3. Os resultados desta avaliação final evidenciam importantes conquistas pelos países em todas as áreas de ação da Agenda, mensurados por indicadores relacionados a: *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, entre outros. No entanto, evidenciam também os seguintes elementos negativos: *a*) aumento da mortalidade por diabetes e acidentes de trânsito; *b*) aumento do sobrepeso e da obesidade em adultos; *c*) aumento do número de casos de dengue; *d*) pouquíssimo avanço na redução da prevalência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); *e*) aumento da incidência da transmissão materno-infantil da sífilis congênita; *f*) políticas sobre acesso, qualidade e utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde; e *g*) pouquíssimo avanço rumo à expansão da cobertura vacinal, medida pela terceira dose da vacina tríplice bacteriana (DPT3).

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 própria OPAS. No entanto, pôde-se constatar que a Agenda serviu como instrumento político no plano regional, contribuindo uma visão política para a saúde na Região e reafirmando os compromissos dos países com a saúde.

5. Durante o processo de formulação, implementação e avaliação da Agenda, foram extraídas lições 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 de políticas e estratégias. Essas lições foram aplicadas na elaboração da nova Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA2030), cuja implementação será parcialmente guiada pelos resultados da presente avaliação.

6. Esta avaliação ressalta a importância da Agenda como guia regional para o desenvolvimento da saúde. Cabe ressaltar que um relatório preliminar sobre a avaliação final desta Agenda foi incluído na ASSA2030, aprovada pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

7. Esta avaliação final engloba os 35 Estados Membros da OPAS, 17 territórios e a Repartição em si. 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 impactos e resultados em saúde. 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”.

## II. ANTECEDENTES CRONOLÓGICOS

9. **Junho e outubro de 2007.** A 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”.<sup>1</sup> 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. A Agenda, que propunha oito áreas de ação,<sup>2</sup> foi apresentada e aprovada 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. A apresentação da Agenda aos Estados Membros consta do Relatório final da 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (documento CSP27/FR), de outubro de 2007.

10. **Setembro e 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 da 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.<sup>3</sup>

11. **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, apresentou um relatório preliminar 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 A, a avaliação constatou que 20 dos 30 países com planos nacionais de saúde em vigor no período 2008-2011 haviam considerado a Agenda no desenvolvimento de tais planos, incorporando especialmente as áreas de ação A, B, C, E, F e G e, em menor grau, D e H. Além disso, duas das cinco sub-regiões desenvolveram agendas sub-regionais usando a Agenda como referência, e três elaboraram um plano que a havia considerado. Finalmente, três de 10 organizações internacionais que responderam a uma pesquisa relataram o uso da Agenda.

---

<sup>1</sup> 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>.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 Modificado, p. 17, parágrafo 59.

- b) Quanto ao componente B, a avaliação intermediária ressaltou 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 para a saúde e aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia), medidos por meio de indicadores substitutos.<sup>4</sup> 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 (TB) 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.
- c) 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

---

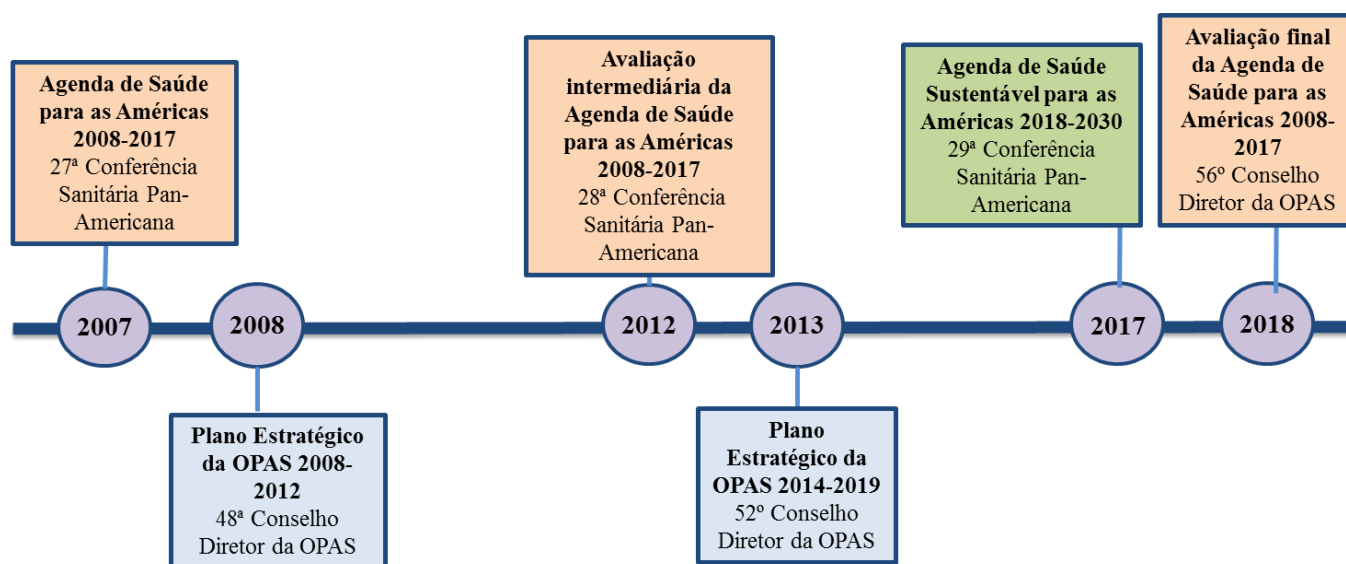
<sup>4</sup> Os indicadores substitutos (em inglês, *proxy indicators*) foram definidos pelo grupo de trabalho dos países para a avaliação intermediária da ASA2008-2017.

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 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.

12. **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, tornando-se o principal instrumento para implementação da Agenda.

13. **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.

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



### III. PROCEDIMENTO E METODOLOGIA

#### Procedimento

14. Nesta avaliação foram levadas em conta tanto as recomendações formuladas em 2012 pela 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana 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. Para 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.<sup>5</sup>

15. 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.

16. 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, as avaliações de fim de

---

<sup>5</sup> 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.



biênio 2012-2013 e 2014-2015<sup>6</sup> e a Agenda de Saúde 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.

## **Metodologia**

### ***Componente A: Uso da Agenda nos países***

17. 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***

18. 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 2016-2017, e os resultados foram avaliados em função da meta para 2017 e classificados como “excedido”, “alcançado”, “progresso” ou “sem progresso”.

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

19. 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.

---

<sup>6</sup> 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 de esforço para harmonizar seus indicadores com os da avaliação da Agenda.

## IV. RESULTADOS

### Componente A: Uso da Agenda nos países

20. A Tabela 1 mostra a resposta dos países a duas das seis perguntas do levantamento sobre a avaliação final da Agenda.<sup>7</sup> 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 |

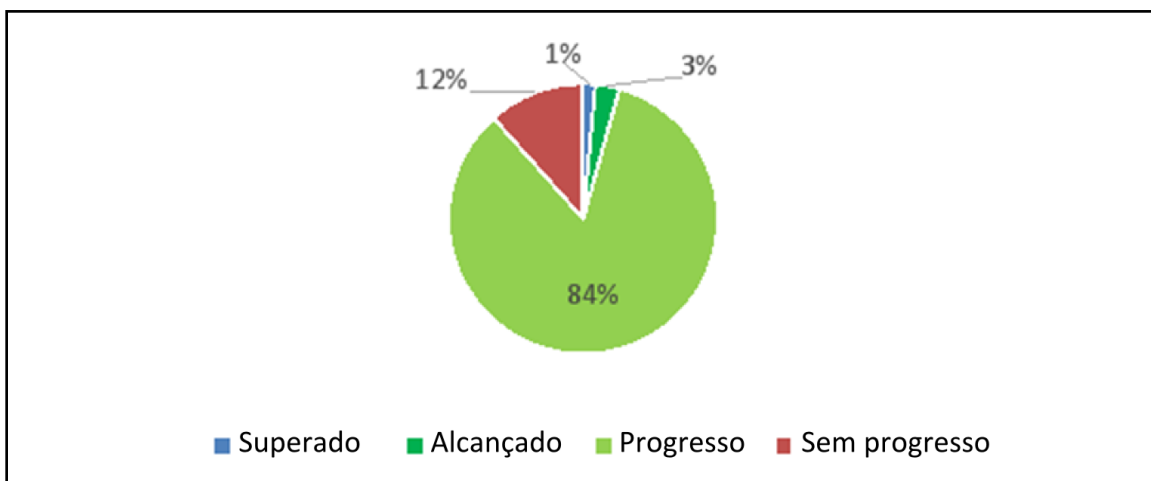
### Componente B: Progresso nas oito áreas de ação

21. Como mostra a Figura 2, dos 70 indicadores avaliados, 61 (88%) apresentaram progresso ou superaram suas metas durante o período da Agenda, enquanto oito (12%) não apresentaram progresso. Um indicador foi desconsiderado para este relatório devido à falta de dados comparáveis. As áreas nas quais não houve progresso incluíram: *a)* expansão da cobertura vacinal pela DPT3; *b)* políticas sobre acesso, qualidade e utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde; *c)* redução da prevalência do HIV; *d)* redução da incidência de transmissão materno-infantil da sífilis congênita; *e)* redução da mortalidade por diabetes; *f)* redução da mortalidade por acidentes de trânsito; *g)* casos de dengue; e *h)* redução da prevalência de sobrepeso e obesidade em adultos.

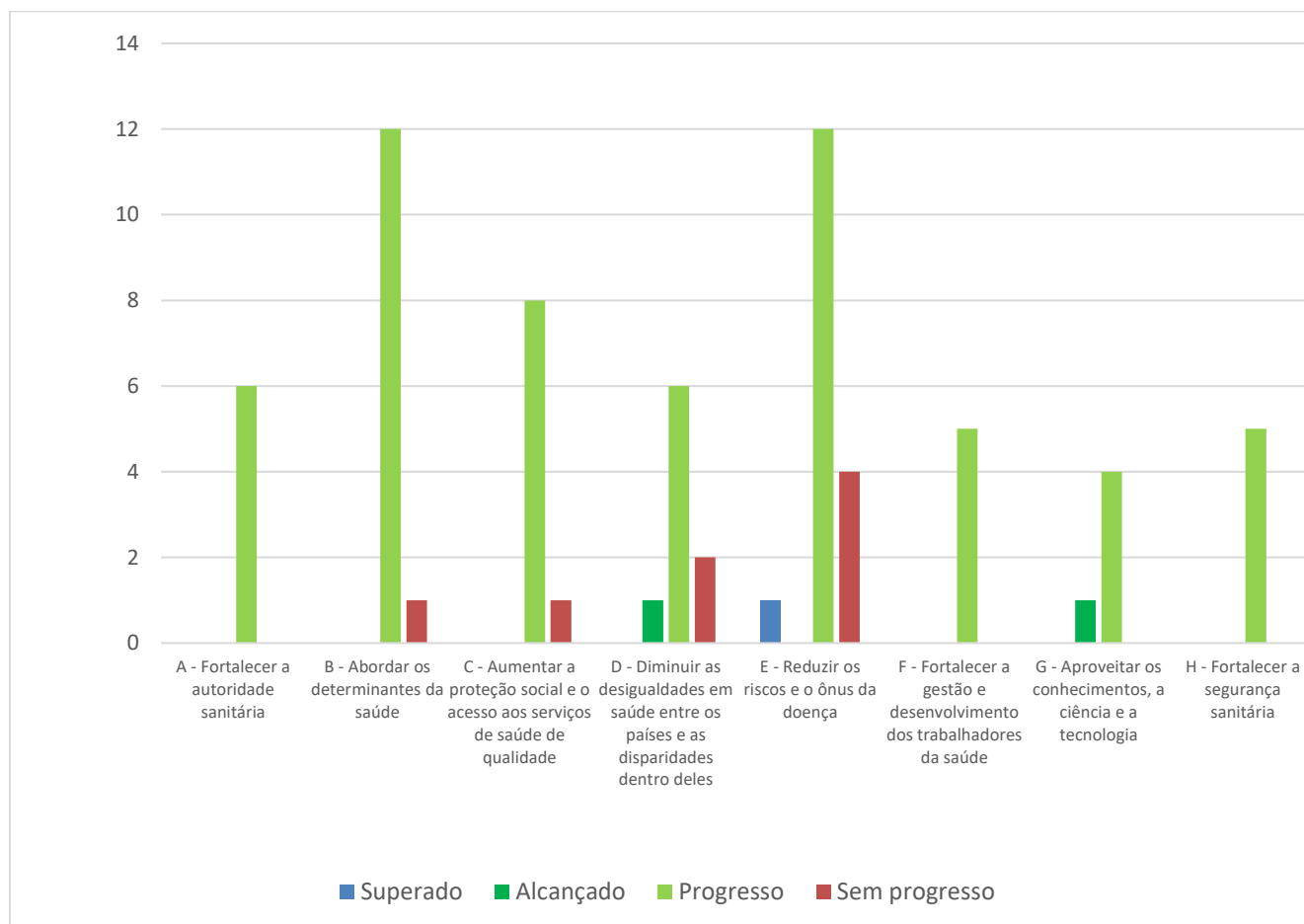
22. A Figura 3 mostra que houve progresso em todas as áreas de ação; porém, a área de ação E (Reduzir os riscos e o ônus da doença) teve o maior número de indicadores demonstrando ausência de progresso. A análise a seguir avalia a situação dos 70 indicadores; mais detalhes estão disponíveis no Anexo A.

<sup>7</sup> No total, 20 dos 35 Estados Membros responderam à pesquisa.

**Figura 2. Situação geral dos indicadores, 2017  
(ou ano mais recente)**



**Figura 3. Situação dos indicadores por área de ação, 2017  
(ou ano mais recente para o qual há dados disponíveis)**



**Área de ação A: Fortalecer a autoridade sanitária**

23. Na ASA2008-2017, os Estados-Membros reconheceram a capacidade institucional do setor da saúde como um dos alicerces fundamentais para responder aos desafios de saúde enfrentados nos países. A Região fez progressos significativos—demonstrados nos seis indicadores substitutos—rumo ao fortalecimento das autoridades sanitárias nacionais e à implementação de mecanismos de governança, liderança e prestação de contas para atingir níveis mais altos de saúde e bem-estar. As áreas para trabalho futuro pelos Estados Membros em relação a esta prioridade encontram-se estabelecidas na Meta 2 da ASSA2030.

24. Em 2017, 27 países haviam progredido rumo à elaboração de políticas, estratégias e/ou planos nacionais de saúde abrangentes, e 22 países haviam progredido rumo ao estabelecimento de marcos legislativos ou regulatórios para apoiar a saúde universal.<sup>8</sup> 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 legislação sobre o tabaco no México (2008), Colômbia (2009), El Salvador (2011) e Jamaica (2013); leis 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; a atualização do 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. Além disso, 13 países contavam com mecanismos para analisar e/ou relatar o progresso rumo à saúde universal através de um marco de monitoramento e avaliação.<sup>9</sup>

25. Dos 20 países que responderam a um questionário para essa avaliação, 19 relataram ter implementado mecanismos de coordenação intersetorial liderados pela autoridade sanitária. Exemplos desses mecanismos incluem conselhos intersetoriais, comissões e outros processos consultivos (inclusive para coordenação com jurisdições subnacionais). Alguns países já contam com entidades coordenadoras para questões específicas, como nutrição, esportes, vacinação, câncer, segurança alimentar, radiação, água e saneamento, entre outras. Também é importante notar as políticas intersetoriais relacionadas a grupos marginalizados, como povos indígenas, afrodescendentes, mulheres e idosos, entre outros. Além disso, 19 países informaram ter mecanismos para promover a participação social; exemplos incluem fóruns nacionais de saúde, conselhos de saúde e diálogos sobre questões ou propostas específicas.

26. Os Estados Membros e a Secretaria também têm defendido a inclusão da saúde como tema prioritário nos fóruns regionais. 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

---

<sup>8</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

<sup>9</sup> Ibid.

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 doenças não transmissíveis (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***

27. A Região das Américas tem sido líder em reconhecer o impacto dos determinantes sociais e ambientais da saúde sobre os desfechos de saúde, principalmente nas populações em situação de vulnerabilidade. Nos últimos anos, 12 dos 13 indicadores desta área apresentaram progresso. Em 2017, a maioria dos países havia avançado rumo à implementação das recomendações extremamente amplas da Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde. Os avanços obtidos entre 2011 e 2017 incluem a preparação de perfis de equidade, medidas de saúde em todas as políticas e medição das desigualdades em saúde.

28. Olhando para o futuro, ao incluir os determinantes da saúde em uma das onze metas da ASSA2030, os Estados Membros enviaram uma mensagem clara de que abordar os determinantes da saúde por meio de abordagens intersetoriais, multissetoriais, regionais e sub-regionais é fundamental para reduzir as iniquidades e desigualdades em saúde e alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde. Em 2017, 22 países já estavam começando a implementar estratégias de promoção da saúde para reduzir as iniquidades em saúde e aumentar a participação da comunidade através de redes de promoção da saúde, e 32 países haviam melhorado a resposta institucional às iniquidades em saúde, como demonstrado em seus esforços relativos a gênero, equidade, direitos humanos e etnia. Mais recentemente, 15 países participaram da Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas.<sup>10</sup>

29. Em 2015, a Região registrou um importante avanço na redução da mortalidade materna (estimada em 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).<sup>11</sup> 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. Em 2017, 10 países já estavam implementando planos integrados para o combate à mortalidade materna e perinatal harmonizados com os planos de ação regionais de saúde materna e neonatal, e oito haviam obtido progresso neste indicador.<sup>12</sup> Os países aumentaram seus

---

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2017*.

<sup>12</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/ Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

esforços 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.

30. Em relação aos dados informados em nível regional, cabe notar que há variações importantes entre as diferentes sub-regiões.

- a) No caso da mortalidade materna, a América do Norte<sup>13</sup> registrou 13 mortes por 100.000 nascidos vivos; a região dos Andes<sup>14</sup>, 87; o Brasil, 44; Caribe latino<sup>15</sup>, 187; o Caribe não latino<sup>16</sup>, 107; o Cone Sul<sup>17</sup>, 54; o Istmo centro-americano<sup>18</sup>, 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 latino, 48,7; o Caribe não latino, 20,8; o Cone Sul, 11,1; o Istmo centro-americano, 23; e o México, 15,1.

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.<sup>19</sup> 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.<sup>20</sup>

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%).<sup>21</sup> 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

<sup>13</sup> Bermuda, Canadá e Estados Unidos da América.

<sup>14</sup> Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela.

<sup>15</sup> Cuba, Guadalupe, Guiana Francesa, Haiti, Martinica, Porto Rico e República Dominicana.

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai.

<sup>18</sup> Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá.

<sup>19</sup> UNICEF, OMS, BIRD/Banco Mundial. Levels and trends in child malnutrition: Joint Child Malnutrition Estimates. Genebra: OMS; 2012 e 2018. Resumo dos achados das edições de 2012 e 2018. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/>.

<sup>20</sup> OMS, *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Disponível em inglês em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_why](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why).

<sup>21</sup> UNICEF, OMS, BIRD/Banco Mundial, *ibid*.

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 de um contexto amplo de fatores socioeconômicos e políticos, inclusive pobreza, desigualdade e baixa escolaridade materna.<sup>22</sup>

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.<sup>23</sup> 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 2017, 35 países e territórios haviam atingido a meta de incorporar uma ou mais vacinas novas aos seus programas nacionais de imunização, e seis haviam obtido progresso.<sup>24</sup> 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.

35. Em 2017, três países haviam atingido a meta de adotar uma perspectiva de saúde pública como parte de um enfoque integrado para a prevenção da violência.<sup>25</sup> 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”.

### ***Área de ação C: Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade***

36. Essa área teve como objetivo ampliar o financiamento e a proteção social por meio da cobertura de seguro, bem como aumentar o acesso a medicamentos e tecnologias em saúde, através de um enfoque de atenção primária à saúde. Todos os indicadores substitutos demonstraram progresso nesta avaliação final. Portanto, pode-se dizer que a Região deu passos importantes no aumento da proteção e acesso, em linha com as resoluções Estratégia

<sup>22</sup> UNICEF. La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Madrid: UNICEF España; 2011.

<sup>23</sup> OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2017 e Indicadores básicos de saúde 2010*.

<sup>24</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

<sup>25</sup> Ibid.

para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde (CD53.R14) e Acesso e Uso Racional de Medicamentos Estratégicos e de Alto Custo e Outras Tecnologias de Saúde (CD55.R12). Na vigência da ASSA2030, espera-se que os países continuem a progredir nesta área, conforme as metas específicas relacionadas à expansão do acesso aos serviços de saúde (Meta 1), obtenção de financiamento adequado e sustentável para a saúde (Meta 4) e garantia de acesso a medicamentos essenciais, vacinas e outras tecnologias de saúde prioritárias (Meta 5).

37. 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). Os países relataram políticas destinadas a abordar questões como o envelhecimento da população, o cuidado às pessoas com deficiência, atenção à saúde e à nutrição para o desenvolvimento infantil, redução de barreiras ao acesso e programas de atenção móvel para alcançar grupos marginalizados. Muitas políticas são implementadas pelas autoridades sanitárias nacionais em parceria com outros ministérios, como os ministérios do desenvolvimento social. 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.

38. Esta área de ação reconhece que o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde são determinados pela disponibilidade de financiamento. Em 2017, 16 países e territórios haviam atingido a meta de contar com estratégias financeiras para a saúde universal, e três o haviam feito parcialmente.<sup>26</sup> Estudos de financiamento da saúde conduzidos com o apoio da RSPA e esforços colaborativos entre ministérios da saúde, da fazenda e outras instituições financeiras produziram evidências que embasam a conclusão de que é necessário aumentar o financiamento para a saúde.

39. 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.<sup>27</sup> 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%. Apesar do progresso, atingir a meta de gasto público em saúde correspondente a mais de 6% do PIB<sup>28</sup> será um desafio para muitos países da Região; apenas seis dos 20 países-alvo haviam atingido a meta em 2017, e 10 outros estavam gastando de 4 a 5% do PIB em saúde.<sup>29</sup> A

---

<sup>26</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

<sup>27</sup> OMS

<sup>28</sup> Esta meta está harmonizada com a Meta 4.1 da ASSA2030 e o indicador 4.1.2 do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Um gasto público em saúde equivalente a 6% do PIB é um referencial útil na maioria dos casos e é uma condição necessária, embora não suficiente, para reduzir as desigualdades e aumentar a proteção financeira.

<sup>29</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).



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 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.<sup>30</sup>

40. 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.<sup>31</sup>

41. Em 2017, 10 países e territórios haviam atingido a meta de implementar uma política para melhorar o acesso a medicamentos; outros dois o fizeram parcialmente.<sup>32</sup> 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.

42. 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. Por exemplo, entre outras medidas, a Guatemala criou uma unidade de saúde para os povos indígenas que adota uma abordagem intercultural, e outros países criaram programas ou secretarias especiais. Vinte e três países ou territórios atingiram o indicador de implementar planos, políticas ou leis de saúde que abordem a questão da etnia.<sup>33</sup> Foram realizadas consultas técnicas regionais com os Ministérios da Saúde, com ampla participação dos países da Região. Alguns países fizeram avanços importantes no tocante ao reconhecimento da medicina tradicional. Os países andinos avançaram rumo à implementação do Plano Andino de Saúde para Afrodescendentes 2017-2021. Estas iniciativas têm sido essenciais para dar à etnia um

<sup>30</sup> 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>.

<sup>31</sup> 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.

<sup>32</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

<sup>33</sup> *Ibid.*

lugar de destaque nos programas de saúde, tanto nacionais como regionais. Porém, continuam existindo desafios, devido à complexidade dos temas.

43. Em 2017, nove países haviam atingido a meta de implementar programas e/ou planos para melhorar a qualidade da atenção e a segurança do paciente, e 10 o fizeram parcialmente.<sup>34</sup> Além disso, 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.

44. 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 milhões<sup>35</sup> em 2012 e \$90,4 milhões em 2017.

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

45. A equidade em saúde foi um dos princípios norteadores da ASA2008-2017, e continua sendo um dos princípios da ASSA2030. Esta área de ação visava melhorar a saúde dos grupos mais marginalizados, inclusive por meio do reconhecimento da importância da promoção da saúde ao longo da vida e da saúde sexual e reprodutiva como prioridades para a Região. Ainda há brechas de equidade em toda a Região, tanto entre como dentro dos países. Com o tema “Em Prol da Saúde: Desenvolvimento Sustentável e Equidade”, o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 procurou abordar essas brechas. No entanto, os resultados preliminares e as projeções relatadas no Relatório da Avaliação de Fim do Biênio 2016-2017, que também estão sendo informados ao 56º Conselho Diretor, mostram que o progresso pode ser lento. De acordo com essa avaliação, várias metas de redução da brecha de capital estão em risco de não serem atingidas até 2019.<sup>36</sup>

46. Esta avaliação constatou resultados semelhantes; houve progresso em sete dos nove indicadores substitutos, mas dois não evidenciaram progresso algum (prevalência de HIV e incidência de transmissão materno-infantil da sífilis congênita). Os desafios contínuos enfrentados pelos países na redução das iniquidades e desigualdades em saúde sugerem que a Organização precisará acelerar os esforços entre hoje e 2030.

47. 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:<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> A menos que indicado de outra forma, todos os valores monetários neste documento são expressos em dólares dos Estados Unidos.

<sup>36</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

<sup>37</sup> OPAS. *Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas: Actualización 2016*.

- 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. Consequentemente, 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.

48. 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.<sup>38</sup> Neste sentido, é importante levar em consideração o que informou o UNAIDS em 2017:<sup>39</sup>

- a) América Latina: Em 2016, havia 1,8 milhões (1,4-2,1 milhões)<sup>40</sup> 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.
- 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

<sup>38</sup> OPAS, *Saúde nas Américas+*, edição 2017. *Resumo: Panorama regional e perfil dos países*, p. 21.

<sup>39</sup> UNAIDS. *Fact sheet: Global HIV & AIDS statistics*. Disponível em inglês em: <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.

<sup>40</sup> Os intervalos entre parênteses indicam os intervalos de confiança das estimativas do UNAIDS.

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.

49. 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.<sup>41</sup> 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”.<sup>42</sup>

50. Em 2016, a Região registrou um aumento da porcentagem de partos hospitalares: 94,8% contra 94,1% em 2015.<sup>43</sup> 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.

51. Em 2017, a Região registrou aumento da prevalência do uso de contraceptivos modernos: 69% contra 63% em 2011.<sup>44</sup> 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%).

52. No tocante à redução das desigualdades ao longo da vida, em 2017, avanços importantes haviam sido obtidos por 21 países quanto à formulação ou atualização de políticas nacionais ou planos relacionados com a saúde dos adolescentes. Além disso, 15 países da Região haviam progredido rumo à adoção de planos que explicitamente incluem ações para atender as necessidades de saúde dos idosos, consoante a Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde da OMS.<sup>45</sup> 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

<sup>41</sup> OPAS, *Indicadores básicos de saúde* de 2011 e 2017.

<sup>42</sup> OMS, *World Health Statistics 2005*. Genebra: OMS; 2005.

<sup>43</sup> OPAS, *Indicadores básicos de saúde* de 2011, 2016 e 2017.

<sup>44</sup> *Ibid.*

<sup>45</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

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*.

53. Para melhorar a tomada de decisões, a formulação de políticas e o direcionamento das intervenções para abordar as brechas de equidade, é importante fortalecer os sistemas de informação. 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. Em 2017, seis países haviam atingido o indicador de realizar uma avaliação abrangente da situação e das tendências durante o biênio 2016-2017, com outros 29 em progresso. Isso permitiu a conclusão da edição de 2017 da principal publicação e projeto da Organização: *Saúde nas Américas*.<sup>46</sup> 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.

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

54. Esta área visava tanto abordar o crescente desafio de prevenir e controlar doenças não transmissíveis quanto combater as doenças transmissíveis que continuam sendo um desafio para a Região. Durante o período de vigência da Agenda, muitas conquistas importantes foram registradas nessa área, inclusive a declaração da eliminação da transmissão endêmica da rubéola/síndrome da rubéola congênita e do sarampo na Região das Américas; a certificação de sete países e territórios pela OMS como tendo alcançado as metas para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita; a verificação da eliminação da oncocercose na Colômbia, no Equador, na Guatemala e no México; a verificação da eliminação do tracoma como problema de saúde pública no México; avanços rumo à eliminação da malária, da hanseníase e da raiva transmitida por cães; e redução da mortalidade prematura e do uso de tabaco.

55. Em termos dos indicadores substitutos, observou-se progresso tanto em relação a doenças transmissíveis como a doenças não transmissíveis, com avanços mensuráveis em 13 destes indicadores; no entanto, quatro não apresentaram progresso. Um indicador não pôde ser avaliado. A Organização continuará seus esforços durante o período da ASSA2030, que, para assegurar um enfoque mais concentrado, estabelece metas separadas para doenças transmissíveis e não transmissíveis.

56. 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.<sup>47</sup> 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

---

<sup>46</sup> Ibid.

<sup>47</sup> OPAS, *Indicadores básicos de saúde*.

habitantes, respectivamente.<sup>48</sup> A prevalência de obesidade (índice de massa corpórea [IMC] igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>) 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%).

57. 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.<sup>49</sup> 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.<sup>50</sup> 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.<sup>51</sup> 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).

58. 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.<sup>52</sup> Este índice varia significativamente de um país a outro, de 6 mortes por 100.000 habitantes no Canadá até 29,3 na República Dominicana.<sup>53</sup> Os traumatismos causados pelo trânsito causaram 154.089 mortes em 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%).<sup>54</sup> Ajustado por idade e sexo, o índice em 2015 foi de 25,4 mortes nos homens e 6,6 nas mulheres.<sup>55</sup>

59. Em 2016, a Região registrou um aumento na prevalência do sobrepeso e da obesidade (IMC >25kg/m<sup>2</sup>) em adultos (18 ou mais anos de idade): 62,5% (60,5-64,5, cálculo estimado), contra 59,8% (58,3-61,3) em 2011.<sup>56</sup> A Região das Américas é a região da OMS com a prevalência mais alta de sobrepeso e obesidade.<sup>57</sup>

60. 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).<sup>58</sup> 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).<sup>59</sup>

<sup>48</sup> OPAS, *Saúde nas Américas+*, edição 2017. *Resumo: Panorama regional e perfil dos países*.

<sup>49</sup> OPAS, *Indicadores básicos de saúde*.

<sup>50</sup> OPAS, *Saúde nas Américas+*, edição 2017. *Resumo: Panorama regional e perfil dos países*.

<sup>51</sup> OPAS, *Indicadores básicos de saúde*.

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> OPAS, *Saúde nas Américas+*, edição 2017. *Resumo: Panorama regional e perfil dos países*.

<sup>54</sup> OPAS, *Saúde nas Américas+*, edição 2017. *Resumo: Panorama regional e perfil dos países*.

<sup>55</sup> OPAS, *Indicadores básicos de saúde*.

<sup>56</sup> OMS, Observatório de Saúde Global. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/gho/en/>.

<sup>57</sup> OPAS, *Saúde nas Américas+*, edição 2017. Sobrepeso e obesidade. Estado de saúde da população.

<sup>58</sup> OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2017*.

<sup>59</sup> OPAS, *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030*.

61. Em 2017, 21 países relatavam já ter desenvolvido planos de ação nacionais multissetoriais para a prevenção e do controle das doenças não transmissíveis (DNT) e seus fatores de risco, visando a redução da mortalidade prematura por DNT, e outros cinco haviam obtido progresso.<sup>60</sup> Porém, 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. Além disso, 18 países e territórios elaboraram planos de ação nacionais compatíveis com o Plano Abrangente de Implementação sobre Nutrição Materna, Infantil e da Criança Pequena da OMS. A área com a taxa mais lenta de progresso é a alocação dos recursos humanos e econômicos necessários para implementar intervenções nutricionais.

62. Em 2015, a Região registrava avanços quanto à implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT). Quatro dos sete países-alvo alcançaram o indicador, e outros três o fizeram parcialmente. A Estratégia e Plano de Ação para Fortalecer o Controle do Tabaco na Região das Américas 2018-2022 foi aprovada pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana com o objetivo de acelerar a implementação da CQCT. Além disso, cinco países alcançaram o indicador de ter uma política nacional de álcool, e outros seis o fizeram parcialmente. Porém, a Região enfrenta desafios em aplicar políticas de álcool baseadas na saúde pública, tais como 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. O engajamento multissetorial é essencial para trabalhar além do setor da saúde de modo a enfrentar as DNT e seus fatores de risco, e exige compromisso político sustentado.<sup>61</sup>

63. Em relação à saúde mental, 32 países e territórios aprovaram políticas ou planos com ênfase no desenvolvimento de atenção à saúde mental baseada na comunidade. A integração da saúde mental na atenção primária à saúde está sendo realizada através da implementação do programa mundial de ação para reduzir as lacunas em saúde mental (mhGAP).<sup>62</sup>

64. Em 2016, a Região registrou uma incidência de infecção pelo HIV de 13,7 por 100.000 habitantes.<sup>63</sup> 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

---

<sup>60</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

<sup>61</sup> Ibid.

<sup>62</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

<sup>63</sup> OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2017*.

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%).<sup>64</sup>

65. A taxa de incidência de tuberculose notificada vem apresentando uma lenta tendência descendente nos últimos anos. Isso sugere que, apesar dos esforços de prevenção e controle da tuberculose pelos países, a transmissão da doença continua, com novos casos sendo detectados e diagnosticados. O declínio lento também pode refletir o efeito da introdução e aumento do uso de novos testes moleculares de diagnóstico rápido, que detectam com mais precisão casos que não eram detectados anteriormente por meio de baciloscopia. O atual desafio para alcançar os marcos e metas estabelecidos pela estratégia “End TB” e os ODS relacionados à TB é aumentar essa taxa de redução.

66. 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 nas Américas diminuiu 62% (de 1.181.095 para 454.311).<sup>65</sup> 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.<sup>66</sup>

67. Em 2016, a Região registrou um aumento no número de casos de dengue notificados: 2.276.803 contra 1.699.072 em 2011.<sup>67</sup> Entre 2011 e 2015, foi notificado um total acumulado de 8.207.797 casos de dengue, o que representa um aumento de 58% em 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.<sup>68</sup>

68. 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 é a meta de impacto 8.3 do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Além disso, 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”.

---

<sup>64</sup> UNAIDS, *Fact Sheet. World Aids Day 2017*.

<sup>65</sup> OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2017*.

<sup>66</sup> OPAS, *Saúde nas Américas+, edição 2017. Resumo: Panorama regional e perfil dos países*.

<sup>67</sup> OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2017*.

<sup>68</sup> OPAS, *Saúde nas Américas+, edição 2017. Resumo: Panorama regional e perfil dos países*.



69. Em 2016, o número de países nos quais a oncocercose era endêmica mas sua eliminação havia sido certificada aumentou para quatro, contra apenas um em 2011: Colômbia, Equador, Guatemala e México. A erradicação da oncocercose é a 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.

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

70. A Região das Américas tem liderado os esforços globais para garantir uma força de trabalho de saúde adequada, incluindo-a como prioridade no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Essa avaliação mostra que o compromisso dos países em lidar com essa área está dando frutos; todos os cinco indicadores demonstram progresso. Olhando para o futuro, os Estados Membros mostraram apoio e entusiasmo contínuos pela área, incluindo-a na meta 3 da ASSA2030; a Estratégia Regional de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (Resolução CSP29.R15) e o Plano de Ação proposto correspondente (Documento CD56/10) visam acelerar os esforços nesse sentido.

71. O documento *Metas Regionais em Recursos Humanos para a Saúde 2007-2015: Relatório Final* (Documento CD54/INF/1) foi apresentado ao 54º Conselho Diretor da OPAS 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 (Documento CSP28/INF/3), para a qual foram coletadas informações entre 2009 e 2010, com a participação de 24 países. Em 2017, oito países e territórios haviam alcançado o indicador de contar com um plano de ação de recursos humanos em saúde alinhado com as políticas de saúde universal, e outros cinco o haviam alcançado parcialmente.<sup>69</sup>

72. Em 2015, 26 países haviam atingido a meta de contar com uma densidade da força de trabalho de saúde (médicos, enfermeiras, parteiras) de 25 profissionais por 10.000 habitantes, e dois haviam avançado rumo à meta. A RSPA está trabalhando com os países identificados como em risco de não atingir este indicador até 2019.<sup>70</sup> 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).<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

<sup>70</sup> Ibid.

<sup>71</sup> OPAS, *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030*.

73. Em 2017, aumentou o número de países que contam com programas de educação continuada para profissionais de saúde, seja através de um nodo do Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS ou através de uma rede equivalente de aprendizagem virtual. Treze países e territórios alcançaram a meta, e outros cinco o fizeram parcialmente. A cada ano, cerca de 100.000 profissionais fazem cursos no Campus Virtual como autodidatas.<sup>72</sup>

74. 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. Por exemplo, a Argentina possui procedimentos para validação de diplomas de vários países da América Latina. Também estão sendo realizados esforços através do MERCOSUL para harmonizar os regulamentos para o reconhecimento das qualificações de profissionais de saúde em várias áreas. O Equador participa de um programa de treinamento com Cuba, e conta com o programa “Yo Retorno” para oferecer aos profissionais de saúde equatorianos residentes no exterior a opção de voltar ao país.

#### *Área de ação G: Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia*

75. Essa área concentrou-se no uso de conhecimento e evidências para tomada de decisões, fortalecimento da capacidade de pesquisa e vigilância em todos os níveis, assegurando a aplicação de boas práticas em bioética e o papel regulador da autoridade sanitária nacional. Foram obtidos avanços significativos; as metas para 2015 de três dos indicadores associados foram ultrapassadas, e as outras duas foram alcançadas. O trabalho nessa área de ação continuará com a implementação das Metas 5, 6 e 7 da ASSA2030.

76. Em 2017, sete países e territórios contavam com um sistema ou mecanismo para facilitar a tomada de decisões baseadas em evidências, enquanto outros quatro atingiram parcialmente esta meta. Em 12 países, a RSPA teve um papel ativo na geração de evidências para fortalecer as orientações e ações essenciais de saúde pública para prevenir e limitar o impacto da doença causada pelo zika vírus e suas complicações. Também foram obtidos avanços no número de países que implementaram uma política ou plano nacional de pesquisa em saúde: nove países e territórios atingiram a meta, e outros nove o fizeram parcialmente. Além disso, 11 países e territórios tinham mecanismos de prestação de contas para avaliação de pesquisas ou para incorporar a ética na saúde pública.<sup>73</sup>

77. Em relação aos medicamentos, 12 países e territórios implementaram mecanismos de avaliação de tecnologias em saúde e incorporação, seleção, gestão e uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde com base em evidências, excedendo a meta. Outros cinco alcançaram o indicador parcialmente. Além disso, os países avançaram na avaliação das funções regulatórias; 16 alcançaram o indicador, e outros quatro o fizeram parcialmente. Em 2016, o 55º Conselho Diretor aprovou um documento de política sobre o acesso e uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde estratégicas e de

---

<sup>72</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

<sup>73</sup> Ibid.

alto custo, que instava os Estados Membros a fortalecerem seus sistemas regulatórios para assegurar a qualidade dos medicamentos.<sup>74</sup>

### ***Área de ação H: Fortalecer a segurança sanitária***

78. Durante a vigência da Agenda, a Região respondeu a vários surtos (inclusive a pandemia de H1N1 e as doenças provocadas pelos vírus zika e chikungunya), bem como a uma série de emergências e desastres que tiveram impacto na saúde. Com a colaboração da RSPA, os países também intensificaram seus esforços para aumentar a capacidade de prontidão e gerenciamento de desastres; os cinco indicadores indiretos correspondentes mostraram progresso importante. Em 2016, a Região das Américas estabeleceu o novo Programa de Emergências de Saúde da OPAS, consoante a Decisão WHA69 (9) e o Documento A69/30 da Assembleia Mundial da Saúde.

79. 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. Também foi registrado progresso quanto ao número de Estados Membros 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 cumpriram os critérios. Durante o 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.<sup>75</sup>

80. Ao longo da última década, os países da região têm feito progresso sustentado em relação à vigilância e prontidão para zoonoses emergentes e reemergentes. Redes de laboratórios e sistemas integrados de informação em saúde têm sido apoiados e fortalecidos, contribuindo significativamente para prevenir a introdução ou disseminação de zoonoses emergentes de importância para a saúde pública, como a gripe aviária, e garantindo uma resposta oportuna a ameaças emergentes, como as arbozoonoses e a raiva transmitida por morcegos hematófagos. Apesar desses avanços, o Haiti, por exemplo, requer um apoio maior e mais próximo para se preparar para os desafios das zoonoses emergentes e reemergentes. O compartilhamento de boas práticas e experiências entre os países da Região é um meio importante de manter e melhorar a prontidão para o combate a estas doenças.

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

81. As recomendações formuladas durante a avaliação intermediária quanto à responsabilidade da Repartição na implementação da Agenda podem ser resumidas como

---

<sup>74</sup> Documento CD55/10, Rev.1, e Resolução CD55.R12 (2016).

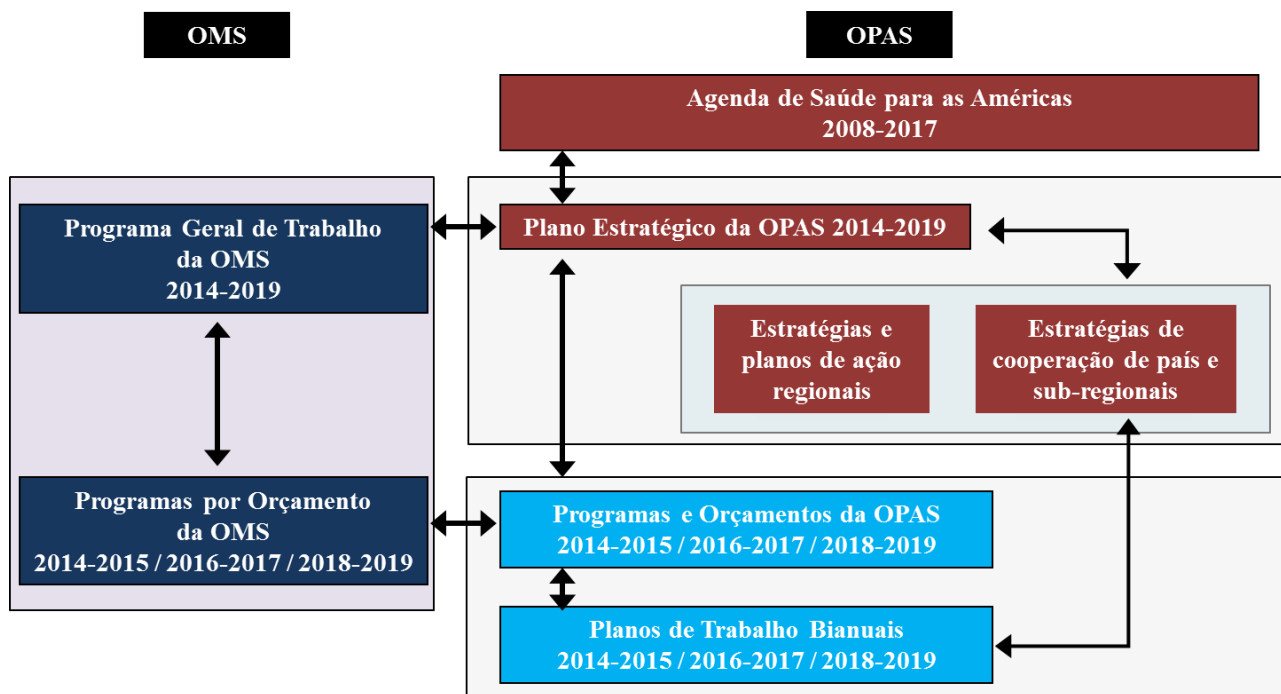
<sup>75</sup> OPAS, *Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

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.*

82. 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 2 e 3).

**Figura 4. Marcos de planejamento da OPAS/OMS**



**Tabela 2. 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>b) Abordar os determinantes da saúde</b>   | Meta 1: Melhorar a saúde e o bem-estar com equidade  |
| <b>d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles</b> | Meta 2: Assegurar que os recém-nascidos e os lactentes tenham um início de vida saudável<br>Meta 3: Assegurar uma maternidade segura<br>Meta 4: Reduzir a mortalidade causada pela má qualidade da atenção à saúde   |
| <b>e) Reduzir os riscos e o ônus da doença</b>  | Meta 5: Melhorar a saúde da população adulta com ênfase em doenças não transmissíveis e nos fatores de risco<br>Meta 6: Reduzir a mortalidade causada por doenças transmissíveis<br>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)<br>Meta 8: Eliminar as doenças transmissíveis prioritárias na Região |
| <b>h) Fortalecer a segurança sanitária</b>  | Meta 9: Evitar a morte, as doenças e as deficiências decorrentes de situações de emergência  |

**Tabela 3. 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  |
|---|--|
| <b>a) Fortalecer a autoridade sanitária nacional</b>  | <b>Categoria 4. Sistemas de saúde</b><br>4.1 Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde   |
| <b>b) Abordar os determinantes da saúde</b>   | <b>Categoria 3. Determinantes da saúde e da promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida</b><br>3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e etnia<br>3.4 Determinantes sociais da saúde<br>3.5 Saúde e meio ambiente                      |
| <b>c) Aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade</b>          | <b>Categoria 4. Sistemas de saúde</b><br>4.2 Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade<br>4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora   |
| <b>d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles</b> | <b>Categoria 3. Determinantes da saúde e da promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida</b><br>3.1 Saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva<br>3.2 Envelhecimento e saúde |
| <b>e) Reduzir os riscos e o ônus da doença</b>  | <b>Categoria 1. Doenças transmissíveis</b><br>1.1 Infecções por HIV/AIDS e pelas ISTs  |

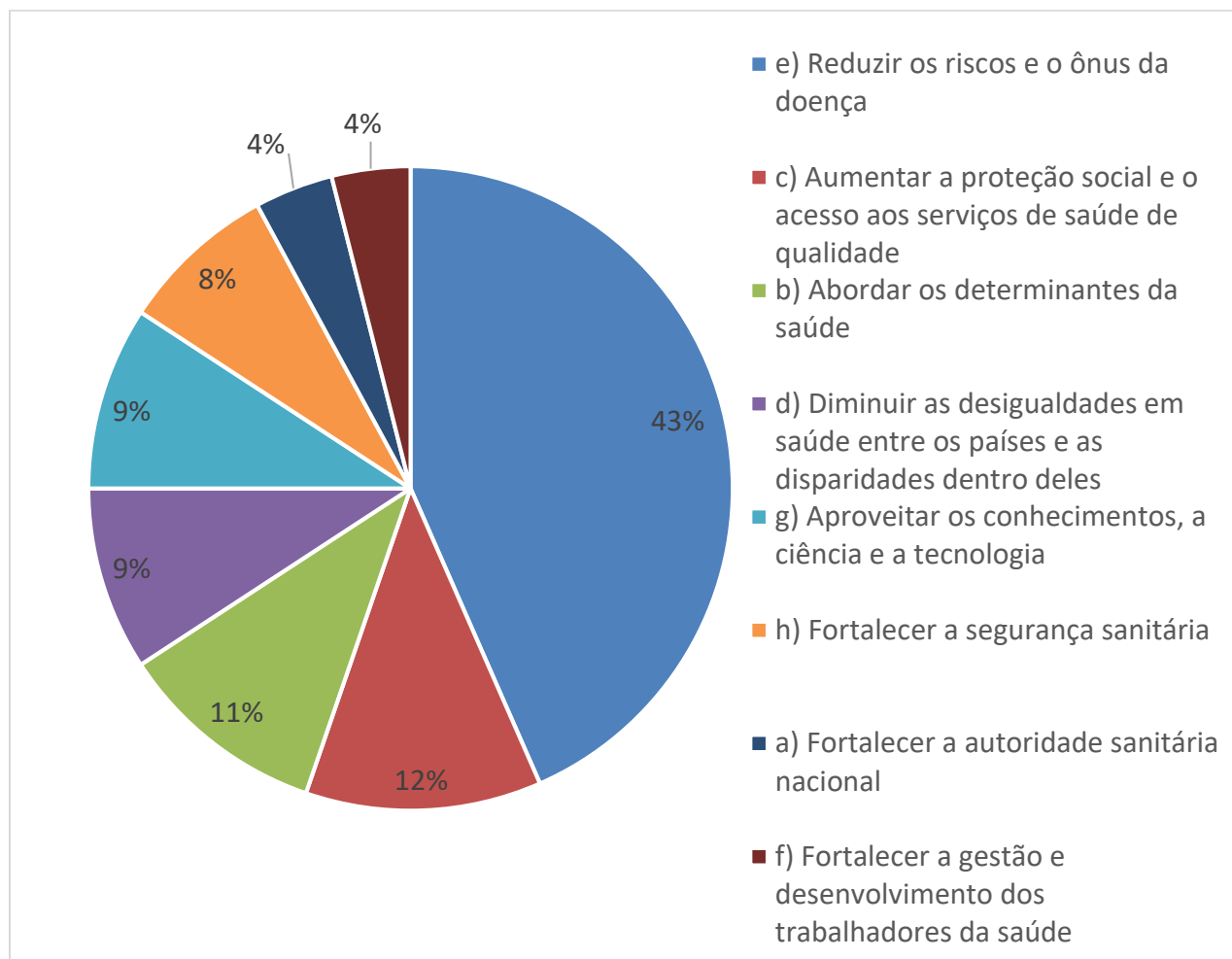
| <b>Áreas de ação da Agenda</b>   | <b>Categorias e áreas programáticas do Plano Estratégico</b>   |
|--|--|
|  | 1.2 Tuberculose<br>1.3 Malária e outras doenças transmitidas por vetores (inclusive a dengue e a doença de Chagas)<br>1.4 Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas<br>1.5 Doenças imunopreveníveis (inclusive a manutenção da erradicação da poliomielite).                        |
|  | <b>Categoria 2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco</b><br>2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco<br>2.2 Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas<br>2.3 Violência e traumatismos<br>2.4 Deficiências e reabilitação<br>2.5 Nutrição |
| <b>f) Fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde</b> | <b>Categoria 4. Sistemas de saúde</b><br>4.5 Recursos humanos em saúde   |
| <b>g) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia</b>            | <b>Categoria 4. Sistemas de saúde</b><br>4.4 Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde   |
| <b>h) Fortalecer a segurança sanitária</b>                                 | <b>Categoria 5. Preparação, vigilância e resposta</b><br>5.1 Capacidade de alerta e resposta (para o RSI)<br>5.2 Doenças epidêmicas e pandêmicas<br>5.3 Gerenciamento de emergências, riscos e crises<br>5.4 Inocuidade dos alimentos<br>5.5 Resposta a surtos e crises                  |

83. 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.***

84. 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%), B (8-11%) e D e G (7-9% cada uma). Também é fundamental ressaltar que os temas dos documentos da Organização cobrem diferentes áreas de ação.

**Figura 5. 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***

85. 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.<sup>76</sup>

<sup>76</sup> 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](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).

## **V. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO**

### **Componente A**

86. 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**

87. 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**

88. A avaliação deste componente se concentrou em três recomendações formuladas durante a avaliação intermediária da Agenda. Todos os planos estratégicos da Organização; documentos de política, estratégias e planos de ação; e estratégias de cooperação com os países examinados estavam em conformidade com as áreas de ação da Agenda.



## VI. CONCLUSÕES

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

90. 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. A Agenda também 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. No entanto, a falta de uma estrutura de gestão baseada em resultados, inclusive metas e indicadores, dificultou a implementação efetiva da Agenda e o monitoramento e avaliação de seu impacto.

91. A ASA2008-2017 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.

92. 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 evidências disponíveis.
- 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 as reuniões dos Órgãos Diretores da OPAS.

- 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 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.

93. 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. Devem-se empreender esforços para aplicá-las em sua implementação e avaliação.

Anexos

## VII. ANEXOS

## Anexo A: Avaliação detalhada dos indicadores por área de ação

Área de ação A: Fortalecer a autoridade sanitária

Tabela 1. 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/metapas definidos e revistos nos cinco últimos anos (RIM 4.1.1)                        | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 22,<br>progresso em 5 (2017) <sup>a</sup> |
| 2. Número de países que implementaram mecanismos de coordenação para o trabalho intersetorial liderados pela autoridade sanitária nacional   | <b>Progresso</b><br>19 dos 20 que<br>responderam (2017) <sup>b</sup>       |
| 3. Número de países que implementaram mecanismos para incentivar a participação social   | <b>Progresso</b><br>19 dos 20 que<br>responderam (2017) <sup>b</sup>       |
| 4. Número de países e territórios que contam com arcabouços legislativos ou normativos para apoiar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde (RIM 4.1.3)                           | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 17,<br>progresso em 5 (2017) <sup>a</sup> |
| 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 <sup>77</sup> | <b>Progresso</b><br>13<br>(2017) <sup>c</sup>                              |
| 6. Proporção de mandatos em declarações das Cúpulas das Américas que refletem temas de saúde   | <b>Progresso</b><br>8/48<br>(2015) <sup>a</sup>                            |

Fontes:

- a) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015 e Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).
- b) Pesquisa dos países para a avaliação final, 2017.
- c) *Saúde nas Américas*, 2017.

Área de ação B: Abordar os determinantes da saúde

Tabela 2. 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<br>(2010) <sup>a</sup> | 52<br>(2015,<br>estimada) <sup>c</sup> | <b>Progresso</b> |
| 2. Taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos | 14,8<br>(2010) <sup>b</sup> | 13<br>(2017) <sup>c</sup>              | <b>Progresso</b> |

<sup>77</sup> 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.

| <b>Indicador</b>   | <b>2011</b>               | <b>2017</b>                 | <b>Classificação</b> |
|--|---------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 3. Taxa de mortalidade neonatal por 1.000 nascidos vivos                     | 9<br>(2010) <sup>b</sup>  | 8<br>(2017) <sup>c</sup>    | <b>Progresso</b>     |
| 4. Taxa de mortalidade infantil (menores de 5 anos) por 1.000 nascidos vivos | 18<br>(2010) <sup>b</sup> | 15,8<br>(2017) <sup>c</sup> | <b>Progresso</b>     |

Fontes:

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

**Tabela 3. Indicadores para a área de ação B (fatores de risco)**

| <b>Indicador</b>   | <b>2011</b>                 | <b>2017</b>                 | <b>Classificação</b> |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 1. Prevalência de sobrepeso e obesidade em menores de 5 anos <sup>78</sup> | 7,6%<br>(2011) <sup>a</sup> | 7,2%<br>(2017) <sup>b</sup> | <b>Progresso</b>     |
| 2. Prevalência de baixa estatura para a idade em menores de 5 anos         | 8,2%<br>(2011) <sup>a</sup> | 6,3% (2017) <sup>b</sup>    | <b>Progresso</b>     |

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*

**Tabela 4. Indicadores para a área de ação B (cobertura de serviços)**

| <b>Indicador</b>   | <b>2011</b>                | <b>2017</b>   | <b>Classificação</b> |
|--|----------------------------|---|----------------------|
| 1. Cobertura de vacinação em nível nacional (usando a terceira dose da vacina contra difteria, tétano e coqueluche [DPT3] como marcador) | 93%<br>(2010) <sup>a</sup> | 91% (2016) <sup>c</sup>                             | <b>Sem progresso</b> |
| 2. Número de países que incorporaram uma ou mais novas vacinas (RIT 1.5.3)   | 22<br>(2011) <sup>b</sup>  | Alcançado em 35, progresso em 6 (2017) <sup>d</sup> | <b>Progresso</b>     |

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 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

**Tabela 5. Indicadores para a área de ação B (sistemas de saúde)**

| <b>Indicador</b>  | <b>Classificação</b>  |
|---|---|
| 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 de redes que promovam a saúde (RIM 3.4.3) | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 15, progresso em 5 (2017) <sup>a</sup> |

<sup>78</sup> Nos *Indicadores básicos de saúde 2017*, este indicador é apresentado como “Sobrepeso em crianças menores de 5 anos”.

| <b>Indicador</b>  | <b>Classificação</b>   |
|---|--|
| 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)   | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 19, progresso em 13 (2017) <sup>a</sup> |
| 3. Número de países que adotam uma perspectiva de saúde pública em um enfoque integrado para a prevenção da violência (RIT 2.3.2)   | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 3 (2017) <sup>a</sup>                   |
| 4. Número de países e territórios que estão implementando um plano integrado para a mortalidade materna e perinatal em linha com os planos de ação regionais sobre a mortalidade materna e a saúde neonatal (RIM 3.1.1) | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 10, progresso em 8 (2017) <sup>a</sup>  |
| 5. Número de países que implementaram intervenções para abordar as recomendações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde <sup>79</sup>   | <b>Progresso</b><br>35 países (2017) <sup>b</sup>                        |

Fontes:

a) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

b) Informações disponíveis internamente na Repartição.

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

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

| <b>Indicador</b>   | <b>Classificação</b>  |
|--|---|
| 1. Número de países que implementaram políticas públicas para melhorar a proteção social   | <b>Progresso</b><br>19 de 20 que responderam (2017) <sup>a</sup>            |
| 2. Número de países e territórios que têm estratégias financeiras para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde (RIM 4.1.2)                                       | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 16, progresso em 3 (2017) <sup>b</sup>     |
| 3. Gasto público atual em saúde como porcentagem do produto interno bruto  | <b>Progresso</b><br>América Latina e Caribe: 3,5% (2015) <sup>c</sup>       |
| 4. Despesa por conta própria em saúde expressa como porcentagem do gasto total em saúde  | <b>Progresso</b><br>América Latina e Caribe: 31,5% (2015) <sup>c</sup>      |
| 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) | <b>Sem progresso</b><br>Alcançado em 10, progresso em 2 (2017) <sup>b</sup> |
| 6. Número de países que incorporaram medidas específicas para a atenção aos povos indígenas  | <b>Progresso</b><br>17 de 20 que responderam (2017) <sup>a</sup>            |

<sup>79</sup> 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.

| <b>Indicador</b>  | <b>Classificação</b>  |
|---|---|
| 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) | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 9, progresso em 10 (2017) <sup>b</sup> |
| 8. Número de países que utilizaram o Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública   | <b>Progresso</b><br>33 países (2017) <sup>d</sup>                       |
| 9. Número de países que incorporaram a estratégia renovada de atenção primária à saúde ao seu modelo de atenção   | <b>Progresso</b><br>25 (2017) <sup>d</sup>                              |

Fontes:

- a) Pesquisa dos países para a avaliação final, 2017.  
 b) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).  
 c) OMS, Observatório de Saúde Global.  
 d) Informações disponíveis internamente na Repartição.

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

**Tabela 7. Indicadores para a área de ação D (estado de saúde)**

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

Fontes:

- a) UNAIDS. Estimativas Spectrum, 2017.  
 b) Relatórios do UNAIDS, 2011, 2012, 2016.  
 c) UNAIDS/OMS. *2017 Global AIDS Monitoring Country Reports*.

**Tabela 8. Indicadores para a área de ação D (fatores de risco)**

| <b>Indicador</b>                                | <b>2011</b>                 | <b>2017</b>               | <b>Classificação</b> |
|---|-----------------------------|---------------------------|----------------------|
| 1. Proporção de peso baixo ao nascer (<2.500 g) | 8,2%<br>(2011) <sup>a</sup> | 8%<br>(2016) <sup>b</sup> | <b>Progresso</b>     |

Fontes:

- a) OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2011*.  
 b) OPAS, *Indicadores básicos de saúde 2017*.

**Tabela 9. Indicadores para a área de ação D (cobertura de serviços)**

| Indicador   | 2011                         | 2017                         | Classificação    |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------|
| 1. Porcentagem de partos hospitalares <sup>80</sup> | 94,1%<br>(2015) <sup>a</sup> | 94,8%<br>(2016) <sup>b</sup> | <b>Progresso</b> |
| 2. Prevalência do uso de contraceptivos             | 63%<br>(2011) <sup>a</sup>   | 69%<br>(2017) <sup>b</sup>   | <b>Progresso</b> |

Fontes:

a) OPAS, *Indicadores básicos de saúde* de 2016 e 2017.**Tabela 10. Indicadores para a área de ação D (sistemas de saúde)**

| Indicador  | Classificação   |
|--|---|
| 1. Número de países que estão produzindo uma avaliação integral da situação da saúde e das suas tendências durante 2016-2017 (RIM 4.4.1)                                   | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 6,<br>progresso em 29<br>(2017) <sup>a</sup> |
| 2. Número de países e territórios que estão implementando políticas ou planos nacionais relacionados com a saúde integral do adolescente (RIM 3.1.5)                       | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 15,<br>progresso em 6<br>(2017) <sup>a</sup> |
| 3. Número de países com planos, políticas ou estratégias nacionais de saúde que abrangem explicitamente ações para suprir as necessidades de saúde dos idosos (RIM 3.2.1a) | <b>Alcançado</b><br>Alcançado em 12,<br>progresso em 3<br>(2017) <sup>a</sup> |

Fontes:

a) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).**Área de ação E: Reduzir os riscos e o ônus da doença****Tabela 11. 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<br>(2011) <sup>a</sup> | Total: 33,6<br>Mulheres:<br>31,4<br>Homens:<br>36,3<br>(2015) <sup>b</sup> | <b>Sem<br/>progresso</b> |
| 2. Índice de mortalidade por cardiopatia isquêmica por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)     | 76,4<br>(2011) <sup>a</sup> | 62,8<br>(2015) <sup>b</sup>  | <b>Progresso</b>         |
| 3. Índice de mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo) | 43,1<br>(2011) <sup>a</sup> | 34,8<br>(2015) <sup>b</sup>  | <b>Progresso</b>         |

<sup>80</sup> Desde 2015, a OPAS usa os partos hospitalares como indicador substituto da atenção qualificada ao parto, assumindo que partos hospitalares 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.

| <b>Indicador</b>  | <b>2011</b>  | <b>2017</b>  | <b>Classificação</b> |
|---|--|--|----------------------|
| 4. Índice de mortalidade por acidentes de trânsito por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)                               | 14,1<br>(2011) <sup>a</sup>                                      | 15,9<br>(2013) <sup>a</sup>  | <b>Sem progresso</b> |
| 5. Taxa de incidência de tuberculose por 100.000 habitantes   | 23,5<br>(2009) <sup>a</sup>                                      | 22,4<br>(2016)   | <b>Progresso</b>     |
| 6. Taxa de incidência da AIDS por 100.000 habitantes  | 10,7<br>(2009) <sup>a</sup>                                      | Taxa de diagnóstico da infecção pelo HIV:<br>13,7<br>(2016) <sup>a</sup> [1] | <b>N/A</b>           |
| 7. Número de casos de malária notificados anualmente na Região  | 680.174<br>(124,1 por 100.000 habitantes)<br>(2010) <sup>a</sup> | 454.311<br>(2015) <sup>a</sup> [2]   | <b>Progresso</b>     |
| 8. Número de casos de dengue notificados  | 1.699.072<br>(2011) <sup>b</sup>                                 | 2.276.803<br>(2016) <sup>b</sup>   | <b>Sem progresso</b> |
| 9. Número de países com certificação da interrupção da transmissão vetorial da doença de Chagas (dos 21 países endêmicos da Região) | 14/21<br>(2012) <sup>c</sup>                                     | 17/21<br>(2016) <sup>d</sup>   | <b>Progresso</b>     |
| 10. Número de países com certificação da eliminação da oncocercose (dos países endêmicos da Região)                                 | 1 em processo de obter certificação<br>(2012) <sup>c</sup>       | 4<br>(2016) <sup>d</sup>   | <b>Progresso</b>     |
| 11. Índice de mortalidade por neoplasias malignas por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)                                | 109,6<br>(2011) <sup>a</sup>                                     | 105,3<br>(2015) <sup>a</sup>   | <b>Progresso</b>     |

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.



**Tabela 12. 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 <sup>2</sup> ) (estimativa) <sup>81</sup> | 59,8<br>(58,3-61,3)<br>(2011) <sup>a</sup> | 62,5<br>(60,5-64,5)<br>(2016) <sup>a</sup>                        | <b>Sem progresso</b> |
| 2. Prevalência do tabagismo   | 22% em adultos<br>(2012) <sup>b</sup>      | Adultos:<br>16,3%<br>Adolescentes<br>: 13%<br>(2014) <sup>c</sup> | <b>Progresso</b>     |

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*.**Tabela 13. 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 dos fatores de risco (RIM 2.1.1a)  | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 21,<br>progresso em 5<br>(2017) <sup>a</sup> |
| 2. Número de países e territórios que contam com uma política ou plano nacional para a saúde mental em linha com a estratégia regional sobre saúde mental (RIM 2.2.1)   | <b>Superado</b><br>Alcançado em 32<br>(2017) <sup>a</sup>                     |
| 3. Número de países que estão implementando políticas, estratégias ou leis em linha com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (RIM 2.1.2e)   | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 4,<br>progresso em 3<br>(2017) <sup>a</sup>  |
| 4. Número de países com uma política nacional para o álcool que contenha pelo menos uma medida de política baseada na população em linha com o plano regional de ação/ estratégia mundial para reduzir o uso prejudicial do álcool (RIM 2.1.2a) | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 5,<br>progresso em 6<br>(2017) <sup>a</sup>  |
| 5. Número de países e territórios que estão implementando planos de ação nacionais compatíveis com o plano de implementação integral da nutrição materna, do recém-nascido e da criança (RIM 2.5.1)   | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 18<br>(2017) <sup>a</sup>                    |

Fontes:

a) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

<sup>81</sup> 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.

**Área de ação F: Fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde****Tabela 14. Indicadores para a área de ação F (sistemas de saúde)**

| <b>Indicador</b>   | <b>Classificação</b>  |
|--|---|
| 1. Número de países e territórios com um plano de ação ou estratégia de recursos humanos em saúde (RHS) alinhado com políticas para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde (RIM 4.5.1)                | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 8, progresso em 5 (2017) <sup>a</sup>  |
| 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)  | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 26, progresso em 2 (2017) <sup>a</sup> |
| 3. Número de países e territórios que contam com programas de educação continuada para funcionários por meio de um nodo do Campus Virtual para Saúde Pública ou de uma rede equivalente de aprendizagem online (RIM 4.5.4) | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 13, progresso em 5 (2017) <sup>a</sup> |
| 4. Número de países que participaram de acordos bilaterais ou multilaterais que abordam a migração de profissionais de saúde   | <b>Progresso</b><br>13 dos 20 que responderam (2017) <sup>b</sup>       |
| 5. Número de países que informam seguir as 20 metas regionais em recursos humanos para a saúde   | <b>Progresso</b><br>20 países (2013-2015) <sup>c</sup>                  |

Fonte:

a) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

b) Pesquisa dos países para a avaliação final, 2017.

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

**Área de ação G: Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia****Tabela 15. Indicadores para a área de ação G (sistemas de saúde)**

| <b>Indicador</b>  | <b>Classificação</b>  |
|---|---|
| 1. Número de países e territórios que estão integrando evidências científica às práticas, programas ou políticas usando metodologias padronizadas (RIM 4.4.6).  | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 7, progresso em 4 (2017) <sup>a</sup>  |
| 2. Número de países e territórios que estão implementando a política regional sobre pesquisa em saúde (RIM 4.4.5).  | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 9, progresso em 9 (2017) <sup>a</sup>  |
| 3. Número de países e territórios com mecanismos de responsabilidade para examinar a pesquisa ou incorporar a ética à saúde pública (RIM 4.4.4).  | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 11 (2017) <sup>a</sup>                 |
| 4. Número de países e territórios que fizeram uma avaliação das suas funções reguladoras para pelo menos três dos seguintes itens: medicamentos, produtos médicos, segurança radiológica, segurança do sangue e transplantes de órgãos (RIM 4.3.3). <sup>82</sup> | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 16, progresso em 4 (2017) <sup>a</sup> |

<sup>82</sup> Este indicador está sendo usado como substituto para o seguinte indicador da avaliação intermediária: Número de países que implementaram padrões de acordo com as normas internacionais de qualidade, segurança e eficácia dos insumos relacionados à saúde.

| <b>Indicador</b>  | <b>Classificação</b>   |
|---|--|
| 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). | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 12,<br>progresso em 5 (2017) <sup>a</sup> |

Fonte:

- a) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).

**Área de ação H: Fortalecer a segurança sanitária**

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

| <b>Indicador</b>  | <b>Classificação</b>  |
|---|---|
| 1. Número de países e territórios que estão implementando um plano nacional de preparação para epidemias e pandemias graves   | <b>Progresso</b><br>Alcançado em 27,<br>progresso em 1<br>(2017) <sup>a</sup> |
| 2. Número de países que adquiriram as capacidades básicas para a vigilância e resposta em conformidade com os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (2005)  | <b>Progresso</b><br>22 (2017) <sup>b</sup>                                    |
| 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) | <b>Progresso</b><br>60% (2017) <sup>a</sup>                                   |
| 4. Número de países que formaram equipes de alerta e resposta para surtos e epidemias   | <b>Progresso</b><br>35 (2017) <sup>a</sup>                                    |
| 5. Número de países que têm mantido vigilância e prontidão para fazer frente às doenças zoonóticas emergentes e reemergentes  | <b>Progresso</b><br>34 (2017) <sup>c</sup>                                    |

Fonte:

- a) Informação disponível internamente na Repartição.  
b) OPAS, *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2016-2017/Segundo relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento CD56/5).  
c) Cooperação técnica da OPAS com os países e Maxwell MJ, Freire de Carvalho MH, Hoet AE, Vigilato MAN, Pompei JC, Cosivi O, et al. (2017). *Building the road to a regional zoonoses strategy: A survey of zoonoses programmes in the Americas*. PLoS ONE 12(3): e0174175. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174175>.

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

|   |  |
|---|--|
| <b>Área de ação da ASA2008-2017</b>   | <b>29ª Conferência Sanitária Pan-Americana (25 a 29 de setembro de 2017)</b>   |
| 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)  |
| <b>Área de ação da ASA2008-2017</b>   | <b>55º Conselho Diretor (26 a 30 de setembro de 2016)</b>  |
| 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)   |
| <b>Área de ação da ASA2008-2017</b>   | <b>54º Conselho Diretor (28 de setembro a 2 de outubro de 2015)</b>  |
| 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)   |
| <b>Área de ação da ASA2008-2017</b>  | <b>53º Conselho Diretor<br/>(29 de setembro a 3 de outubro de 2014)</b>  |
| 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)  |
| <b>Área de ação da ASA2008-2017</b>  | <b>52º Conselho Diretor<br/>(30 de setembro a 4 de outubro de 2013)</b>  |
| 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)   |
| <b>Área de ação<br/>ASA2008-2017</b>   | <b>28ª Conferência Sanitária Pan-Americana<br/>(de 23 a 27 de setembro de 2012)</b>  |
| 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)                                |

|  |   |
|--|---|
| <b>Área de ação da ASA2008-2017</b>  | <b>51º Conselho Diretor<br/>(26 a 30 de setembro de 2011)</b>   |
| 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)   |
| <b>Área de ação da ASA2008-2017</b>  | <b>50º Conselho Diretor<br/>(27 de setembro a 1 de outubro de 2010)</b>   |
| 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)  |
| <b>Área de ação da ASA2008-2017</b>  | <b>49º Conselho Diretor<br/>(28 de setembro a 2 de outubro de 2009)</b>   |
| 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)  |
| <b>Área de ação da ASA2008-2017</b>  | <b>48º Conselho Diretor<br/>(29 de setembro a 3 de outubro de 2008)</b>  |
| 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)   |

---