



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

# 29<sup>a</sup> CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA

## 69<sup>a</sup> SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

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

---

*Tema 4.1 da agenda provisória*

OD345  
26 de setembro de 2017  
Original: inglês

### PLANO ESTRATÉGICO DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE 2014-2019

*Modificado em setembro de 2017*

---

**PLANO ESTRATÉGICO DA ORGANIZAÇÃO  
PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
2014-2019**

*Modificado  
Setembro de 2017*

*“Em prol da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade”*

Repartição Sanitária Pan-Americana  
Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde  
para as Américas

---

## SUMÁRIO

*Página*

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I. Prefácio da Diretora .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>II. Resumo executivo .....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>III. Introdução .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>IV. O contexto.....</b>   | <b>19</b> |
| Contexto político, econômico, social e ambiental .....                                     | 19        |
| Determinantes sociais da saúde .....   | 20        |
| Tendências demográficas .....  | 22        |
| Saúde e meio ambiente .....  | 23        |
| Saúde na Região.....   | 25        |
| Resposta dos sistemas de saúde .....   | 27        |
| Situação do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 .....                                      | 29        |
| <b>V. Agenda estratégica .....</b>   | <b>32</b> |
| Panorama estratégico .....   | 32        |
| Metas de impacto e enfoque estratégico .....   | 36        |
| Organização do Plano .....   | 40        |
| Definição de prioridades .....   | 42        |
| <b>VI. Categorias, áreas programáticas e resultados intermediários.....</b>                | <b>45</b> |
| <b>Categoria 1 – Doenças transmissíveis .....</b>  | <b>45</b> |
| Alcance .....  | 45        |
| Contexto.....  | 45        |
| Análise dos principais interessados diretos.....   | 53        |
| Estratégias de cooperação técnica.....   | 54        |
| Temas transversais e enfoques estratégicos em torno da saúde.....                          | 55        |
| Pressupostos e riscos.....   | 57        |
| Categoria 1. Doenças transmissíveis: Áreas programáticas e resultados intermediários ..... | 59        |
| 1.1 Infecção pelo HIV/AIDS, ISTs e hepatites virais .....                                  | 59        |
| 1.2 Tuberculose.....   | 60        |

**Categoria 1 – Doenças transmissíveis (cont.)**

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1.3 | Malária e outras doenças transmitidas por vetores ..... | 60 |
| 1.4 | Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas .....    | 61 |
| 1.5 | Doenças imunopreveníveis .....                          | 62 |
| 1.6 | Resistência aos antimicrobianos .....                   | 62 |
| 1.7 | Inocuidade dos alimentos.....                           | 62 |

**Categoria 2 – Doenças não transmissíveis e fatores de risco ..... 63**

|   |    |
|---|----|
| Alcance .....   | 63 |
| Contexto.....   | 63 |
| Análise dos principais interessados diretos.....  | 67 |
| Estratégias de cooperação técnica.....  | 68 |
| Temas transversais e enfoques estratégicos em torno da saúde.....   | 69 |
| Pressupostos e riscos.....  | 70 |
| Categoria 2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco: Áreas programáticas e resultados intermediários ..... | 71 |
| 2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco .....   | 71 |
| 2.2 Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas.....                                  | 74 |
| 2.3 Violência e traumatismos.....   | 74 |
| 2.4 Deficiências e reabilitação .....   | 74 |
| 2.5 Nutrição.....   | 75 |

**Categoria 3 – Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida ..... 76**

|   |    |
|---|----|
| Alcance .....   | 76 |
| Contexto.....   | 76 |
| Análise dos principais interessados diretos.....  | 83 |
| Estratégias de cooperação técnica.....  | 84 |
| Temas transversais e enfoques estratégicos em torno da saúde.....   | 86 |
| Pressupostos e riscos.....  | 86 |
| Categoria 3. Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida: Áreas programáticas e resultados intermediários ..... | 88 |
| 3.1 Saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva .....                                  | 88 |
| 3.2 Envelhecimento e saúde.....   | 89 |
| 3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e etnia .....  | 89 |
| 3.4 Determinantes sociais da saúde .....  | 90 |
| 3.5 Saúde e meio ambiente .....   | 90 |

|   |            |
|---|------------|
| <b>Categoria 4 – Sistemas de saúde.....</b>   | <b>91</b>  |
| Alcance .....   | 91         |
| Contexto.....   | 92         |
| Análise dos principais interessados diretos.....  | 96         |
| Estratégias de cooperação técnica.....  | 96         |
| Temas transversais e enfoques estratégicos em torno da saúde.....   | 98         |
| Pressupostos e riscos.....  | 99         |
| Categoria 4. Sistemas de Saúde: Áreas programáticas e resultados intermediários .....                               | 101        |
| 4.1 Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde.....                    | 101        |
| 4.2 Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade.....                                     | 101        |
| 4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora .....                                       | 102        |
| 4.4 Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde .....   | 102        |
| 4.5 Recursos humanos em saúde .....   | 103        |
| <b>Categoria 5 – Emergências de saúde.....</b>  | <b>104</b> |
| Alcance .....   | 104        |
| Contexto.....   | 104        |
| Análise dos principais interessados diretos.....  | 108        |
| Estratégias de cooperação técnica.....  | 109        |
| Temas transversais e enfoques estratégicos em torno da saúde.....   | 110        |
| Pressupostos e riscos.....  | 112        |
| Categoria 5. Emergências de saúde: Áreas programáticas e resultados intermediários .....                            | 114        |
| 5.1 Gestão de riscos infecciosos .....  | 114        |
| 5.2 Preparação dos países para situações de emergência de saúde e o Regulamento Sanitário Internacional (2005)..... | 114        |
| 5.3 Informações sobre emergências de saúde e avaliação de riscos .....  | 115        |
| 5.4 Operações de emergência .....   | 115        |
| 5.5 Serviços básicos de emergência.....   | 115        |
| 5.6 Redução dos riscos de desastres e projetos especiais .....  | 116        |
| 5.7 Resposta a surtos e crises .....  | 116        |
| <b>Categoria 6 – Liderança, governança e funções facilitadoras.....</b>   | <b>117</b> |
| Alcance .....   | 117        |
| Contexto.....   | 117        |
| Análise dos principais interessados diretos.....  | 123        |

**Categoria 6 – Liderança, governança e funções facilitadoras (cont.)**

|   |            |
|---|------------|
| Estratégias para a liderança, governança e funções facilitadoras .....  | 124        |
| Temas transversais .....  | 125        |
| Pressupostos e riscos .....   | 126        |
| Categoria 6. Liderança, governança e funções facilitadoras: Áreas programáticas e resultados intermediários ..... | 127        |
| 6.1 Liderança e governança .....  | 127        |
| 6.2 Transparência, prestação de contas e gestão de riscos.....  | 128        |
| 6.3 Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios .....                          | 128        |
| 6.4 Gestão e administração .....  | 128        |
| 6.5 Comunicação estratégica .....   | 129        |
| <b>VII. Para garantir a implementação eficiente e eficaz do plano .....</b>                                       | <b>130</b> |
| <b>VIII. Monitoramento, avaliação e apresentação de relatórios .....</b>  | <b>132</b> |
| <b>Siglas e abreviaturas .....</b>  | <b>134</b> |
| <b>Anexos</b>   | <b>137</b> |
| Anexo I. Principais lições extraídas dos planos anteriores .....  | 137        |
| Anexo II. Estrutura de estratificação das prioridades programáticas .....   | 141        |
| Anexo III. Lista de países e territórios com as respectivas siglas .....  | 145        |
| Anexo IV. Mandatos, resoluções, estratégias e planos de ação da OPAS .....  | 146        |

## PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS 2014-2019

### I. Prefácio da Diretora

1. Ao renovar o seu compromisso com a melhoria da saúde dos povos da Região das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tira partido das principais conquistas até o momento, dos pontos fortes dos seus Estados Membros e da competência da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA). Com numerosos e complexos desafios à frente e muito trabalho a ser feito, tenho grande prazer em apresentar o Plano Estratégico da Organização para o período 2014-2019, intitulado “*Em prol da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade*”. Este ambicioso plano é fruto de um intenso processo de consultas e colaboração com os Estados Membros e com o pessoal de toda a Organização. Ao mesmo tempo em que assegura o foco nos países, ele apresenta uma direção clara para os próximos anos, permitindo à Organização manter-se na vanguarda dos esforços para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos povos da Região.

2. Ao elaborar este Plano, a Organização mantém-se atenta aos Estados Membros e às prioridades de saúde pública da Região, ao mesmo tempo em que assegura o alinhamento programático com os objetivos mundiais de saúde da Organização Mundial da Saúde. Além disso, o Plano define as ações aceleradas necessárias para obter o impulso final rumo à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015 e as novas intervenções estratégicas necessárias para melhorar a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015.

3. A Região das Américas obteve avanços sustentados em termos dos determinantes da saúde e da melhoria da saúde da sua população. Os indicadores de desenvolvimento humano estão melhorando, a renda do emprego está aumentando, houve progressos notáveis na redução da pobreza e da desigualdade, e foram obtidos avanços significativos rumo à universalização do ensino fundamental. Todos esses fatores têm um impacto positivo sobre a saúde. Junto com essas conquistas sociais, a Região viu uma evolução positiva dos indicadores de saúde, inclusive reduções da mortalidade materna e de lactentes, uma diminuição da morbidade e mortalidade do HIV, uma queda das taxas de tuberculose e a redução da carga da malária em países onde a doença é endêmica. A eliminação de várias doenças negligenciadas infecciosas está ao alcance da Região, um avanço que beneficiará as futuras gerações.

4. Embora celebremos esses marcos importantes, todos reconhecemos que ainda resta muito a ser feito. Este plano detalha como a Organização, junto com os seus Estados Membros, tirará partido dos nossos êxitos coletivos e abordará as brechas restantes de uma maneira equitativa e sustentável. Por exemplo, a Região deverá enfrentar, nos próximos seis anos, o importante desafio de deter e reverter à epidemia das doenças crônicas não transmissíveis. Nossos Estados Membros demonstraram considerável liderança nesse problema, que tem grande impacto socioeconômico sobre pessoas, famílias, comunidades e serviços de saúde, e exige uma resposta integrada e multissetorial. O enfoque baseado em direitos é fundamental para assegurar a justiça e a

equidade desses esforços. Alcançar a cobertura universal de saúde é, portanto, um compromisso fundamental incorporado ao Plano Estratégico.

5. A liderança, a participação e a sensação de propriedade dos Estados Membros serão cruciais para o sucesso deste Plano Estratégico. Desse modo, o Plano estabelece a responsabilidade conjunta e o compromisso dos Estados Membros e da RSPA de apoiar a gama de intervenções necessárias para manter o progresso alcançado e enfrentar novos desafios. O Plano também detalha as metas e indicadores segundo os quais será avaliado o desempenho da Organização (tanto da RSPA como dos Estados Membros). Dessa forma, o Plano reflete o compromisso permanente da OPAS com um enfoque baseado em resultados, levando a um aumento da eficiência, eficácia, prestação de contas e transparência.

6. Por meio da colaboração e do diálogo permanentes com toda a gama de interessados diretos, aperfeiçoaremos este Plano e o poremos em prática juntos. O nosso compromisso com o **desenvolvimento sustentável e a equidade em saúde** depende da liderança da Organização e da sua capacidade de construir uma ampla coalizão com os parceiros envolvidos nos diversos setores. O Plano Estratégico 2014-2019 renova o compromisso da OPAS de melhorar a saúde dos povos da Região das Américas nos próximos anos.

## II. Resumo executivo

7. Com o tema “Em prol da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade”, o Plano Estratégico (“o Plano”) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) define a direção estratégica da Organização com base nas prioridades coletivas dos seus Estados Membros e na atenção voltada para os países, além de estipular os resultados a serem atingidos durante o período 2014-2019. O Plano também estabelece os compromissos por parte dos Estados Membros da OPAS e da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), servindo assim como a base para a elaboração do Programa e Orçamento Bienal para pôr em prática o Plano.

8. O Plano é fruto de um intenso processo de colaboração e consultas entre os Estados Membros e a RSPA. Um Grupo Consultivo dos Países, nomeado pelo Comitê Executivo da OPAS, ofereceu insumos estratégicos e técnicos para a elaboração do Plano e do seu primeiro Programa e Orçamento (2014-2015). Também foram realizadas consultas nacionais, permitindo a todos os países e territórios oferecer as suas opiniões sobre os documentos a serem apresentados ao Conselho Diretor. Participaram mais de 1.100 profissionais de saúde de 48 países e territórios em toda a Região. Os Estados Membros e a RSPA trabalharão em conjunto nos próximos seis anos para alcançar os resultados estabelecidos no Plano.

9. O Plano responde a mandatos regionais e mundiais. Em consequência, a sua agenda estratégica representa um equilíbrio entre a resposta da OPAS às prioridades regionais estabelecidas na Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, outros mandatos regionais estabelecidos pelos Estados Membros da OPAS, as prioridades nacionais coletivas determinadas nas Estratégias de Cooperação nos Países da OPAS (ECP) e o alinhamento programático com o Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS). O Plano também é compatível com os parâmetros dos principais acordos intergovernamentais para as operações de desenvolvimento do sistema das Nações Unidas. A elaboração e a implementação do Plano são orientadas pela visão, missão, valores e funções centrais da OPAS.

10. Este Plano permitirá à OPAS tirar partido dos ganhos em saúde pública na Região e das lições extraídas dos períodos de planejamento anteriores para orientar intervenções e fazer face aos desafios atuais e aos que venham a surgir. O Plano apoiará os esforços constantes para aumentar a prestação de contas, a transparência e a eficácia do trabalho da OPAS de acordo com sua estrutura de gestão baseada em resultados (GBR) e a nova Política do Orçamento da OPAS.

11. O Plano adapta a cadeia de resultados da OMS, identificando claramente a relação entre os instrumentos de planejamento nos diversos níveis, bem como a responsabilidade pela prestação de contas e as respectivas funções dos Estados Membros da OPAS e da RSPA. Como o Plano é um compromisso conjunto dos Estados Membros e da RSPA, os resultados vão derivar da implementação dos planos e estratégias de cada país (em

âmbito nacional ou subnacional), dos planos operacionais da RSPA e dos esforços coletivos da Organização em colaboração com outros parceiros.

12. A definição da agenda estratégica e das intervenções correspondentes delineadas no Plano se baseou em uma análise dos principais ganhos, brechas e tendências em matéria de saúde na Região. Nessa análise, foram examinadas informações recentes constantes do documento Saúde nas Américas 2012, da Avaliação Intermediária da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, de uma análise das Estratégias de Cooperação nos Países e de uma análise de relatórios sobre as estratégias e planos de ação da OPAS, entre outras fontes.

13. Com uma visão centrada na vida saudável e no bem-estar, o Plano procura catalisar mudanças na resposta dos sistemas de saúde da Região que transcendem o enfoque tradicional voltado para as doenças. Para tanto, o Plano aborda os problemas de saúde emergentes vinculados à evolução atual na Região, impulsiona um novo modelo de desenvolvimento com base na equidade e na sustentabilidade ambiental, e reafirma a saúde como um elemento fundamental para o desenvolvimento sustentável.

14. O Plano se concentra na redução das iniquidades em saúde, tanto dentro dos países e territórios, como entre eles. Entre as ações específicas para enfrentar essas desigualdades, destacam-se as recomendadas pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Um enfoque multissetorial está no centro dos esforços para abordar os determinantes sociais da saúde e é aplicado como um enfoque transversal estratégico no Plano. A “Saúde em Todas as Políticas” é outra estratégia essencial que enfatiza o planejamento e as intervenções coordenadas em todos os setores e entre os níveis de governo, com o objetivo de influir sobre os determinantes sociais que estão além da responsabilidade direta do setor da saúde. O Plano também delineia as estratégias essenciais de saúde pública, como a promoção da saúde, a atenção primária à saúde e a proteção social em saúde.

15. Em consonância com o compromisso da OPAS de promover a saúde universal de saúde e em vista dos avanços obtidos pelos Estados Membros rumo à consecução dessa meta, o Plano abarca a concretização progressiva do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde como um enfoque central. Isso permitirá à Região consolidar os avanços em saúde materno-infantil e no controle de doenças transmissíveis, reduzir a carga de doenças crônicas com modelos inovadores de atenção que incluam a prevenção e a promoção da saúde, e diminuir as brechas no acesso aos serviços de saúde e no seu uso.

16. O Plano destaca quatro temas transversais: gênero, equidade, direitos humanos e etnia. Esses enfoques programáticos serão aplicados a todas as categorias e áreas programáticas para melhorar os resultados e reduzir as desigualdades em matéria de saúde. O Plano também aplica, em sua totalidade, a nova Política do Orçamento da OPAS e o conceito de “países-chave”. De acordo com os princípios da equidade e solidariedade pan-americana, o Plano identifica oito países-chave — Bolívia, Guatemala,

Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Suriname — nos quais a Organização dará mais ênfase à sua cooperação técnica para fechar brechas. Levando em consideração que as situações e as necessidades em termos de saúde são diferentes nos países e territórios da Região, o Plano identifica os países e territórios previstos nos indicadores dos resultados intermediários de modo a concentrar a cooperação técnica da Organização em problemas específicos de saúde pública.

17. Em consonância com as metas com respeito ao impacto em escala mundial (estabelecidas no 12º Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019) e abordando as metas específicas para a Região, o Plano delinea nove metas com respeito ao impacto para o período 2014-2019:

- I. Melhorar a saúde e o bem-estar com equidade;
- II. Assegurar que recém-nascidos e lactentes tenham um início de vida saudável;
- III. Assegurar uma maternidade segura;
- IV. Reduzir a mortalidade causada pela má qualidade da atenção à saúde;
- V. Melhorar a saúde da população adulta com ênfase em doenças não transmissíveis e nos fatores de risco;
- VI. Reduzir a mortalidade causada por doenças transmissíveis;
- VII. Conter a mortalidade precoce decorrente da violência, suicídios e acidentes entre adolescentes e jovens (15 a 24 anos de idade);
- VIII. Eliminar as doenças transmissíveis prioritárias na Região;
- IX. Evitar a morte, as doenças e as deficiências decorrentes de situações de emergência.

18. A estrutura programática do Plano está organizada em seis categorias e 34 áreas programáticas. As 34 áreas programáticas representam as *prioridades* para a Organização durante o período de seis anos abrangido pelo Plano. A maioria das áreas programáticas foi identificada pelos Estados Membros durante a elaboração do 12º Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019, com consultas adicionais para refletir as especificidades regionais. A segunda versão modificada do Plano apresenta revisões feitas em linha com as mudanças programáticas adotadas pela reforma da gestão de emergências da OMS apresentada na 69ª Assembleia Mundial da Saúde (maio de 2016), além das atualizações necessárias para refletir prioridades novas e emergentes. As seis categorias são as seguintes:

- I. *Doenças transmissíveis*: Reduzir a carga das doenças transmissíveis, como a infecção pelo HIV/AIDS, as infecções sexualmente transmissíveis e a hepatite viral; a tuberculose; a malária e outras doenças transmitidas por vetores; as doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas; as doenças imunopreveníveis e as doenças transmitidas por alimentos, bem como o impacto da resistência aos antimicrobianos.

- II. *Doenças não transmissíveis e fatores de risco:* Reduzir a carga das doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças pulmonares crônicas, o diabetes e os transtornos mentais, assim como a incapacidade, a violência e os traumatismos, mediante a promoção da saúde e a redução dos riscos, a prevenção, o tratamento e a vigilância de doenças não transmissíveis e dos seus fatores de risco.
- III. *Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida:* Promover a boa saúde em fases-chave da vida, levando em conta a necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde (as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem), e adotar enfoques com base na igualdade de gênero, etnia, equidade e direitos humanos.
- IV. *Sistemas de saúde:* Fortalecer os sistemas de saúde com base na atenção primária; orientar a governança e o financiamento da saúde para a concretização progressiva do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde; organizar a prestação de serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas; promover o acesso a tecnologias em saúde e o seu uso racional; fortalecer os sistemas de informação e pesquisa em saúde e a integração de evidências nas políticas de saúde e na atenção à saúde; facilitar a transferência do conhecimento e de tecnologias; e desenvolver os recursos humanos para a saúde.
- V. *Emergências de saúde:* Reduzir a mortalidade, a morbidade e a perturbação social resultantes das emergências e desastres por meio da detecção, controle e mitigação de agentes patogênicos que constituem grande ameaça, bem como mediante a redução dos riscos provocados por todo tipo de ameaça, a preparação, a resposta e atividades para recuperação rápida que aumentem a resiliência e apliquem um enfoque multissetorial para contribuir para a segurança da saúde.
- VI. *Liderança, governança e funções facilitadoras:* Promover a liderança e governança organizacionais e implementar as funções facilitadoras necessárias para preservar a integridade e o funcionamento eficiente da Organização, para que possa cumprir seus mandatos com eficácia.

19. Para cada categoria, o documento estabelece o alcance, o contexto por área programática, a análise dos principais interessados diretos, as estratégias de cooperação técnica, os temas transversais, os enfoques estratégicos na saúde e os pressupostos e riscos. Em seguida, apresentam-se quadros que mostram os resultados intermediários e os seus indicadores para cada área programática dentro da respectiva categoria.

20. Reconhecendo que o Plano será posto em prática em um contexto de recursos limitados e em resposta às recomendações dos Estados Membros para concentrar o trabalho da Organização nas prioridades em que a OPAS claramente agrega valor,

o Plano estabelece uma estrutura de estratificação das prioridades para complementar a Política do Orçamento da OPAS.

21. A RSPA estipulou nove prioridades mais amplas em termos de liderança, a fim de orientar as suas funções de convocação e intermediação com respeito ao Plano Estratégico 2014-2019:

- (a) Fortalecer a capacidade do setor da saúde para abordar os determinantes sociais da saúde, fazendo uso da estratégia Saúde em Todas as Políticas e promovendo o aumento da participação e da autonomia das comunidades.
- (b) Catalisar a concretização progressiva do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde, inclusive por meio da promoção e das intervenções preventivas, sobretudo nos oito países-chave.
- (c) Ampliar a ação intersetorial e multissetorial para a prevenção e tratamento das doenças não transmissíveis.
- (d) Melhorar as capacidades básicas dos países para executar o Regulamento Sanitário Internacional de 2005.
- (e) Acelerar as ações visando à eliminação das doenças transmissíveis prioritárias na Região.
- (f) Concluir o trabalho em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde, influir sobre a incorporação da saúde à Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e apoiar os países na implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (OSD) relacionados à saúde.
- (g) Fortalecer a capacidade do setor da saúde para gerar informações e evidências para medir e demonstrar os avanços em termos de vida saudável e bem-estar.
- (h) Potencializar o conhecimento e a perícia nos países da Região visando à oferta de cooperação técnica e ao intercâmbio das experiências bem-sucedidas e das lições extraídas.
- (i) Aumentar a prestação de contas, a transparência, a eficiência e a eficácia das operações da Repartição.

22. O Plano delinea os diversos fatores que serão necessários para assegurar a eficácia e eficiência na sua implementação, inclusive as estratégias de cooperação técnica, as funções e responsabilidades da RSPA e dos Estados Membros, o financiamento do Plano (usando um enfoque programático para mobilizar recursos flexíveis) e a gestão de riscos.

23. O Plano também contém a estrutura de monitoramento, avaliação e apresentação de relatórios por parte da Organização para 2014-2019. O desempenho da OPAS será avaliado medindo o progresso rumo à consecução das metas de impacto e resultados intermediários estipulados no Plano Estratégico 2014-2019, usando 26 indicadores de impacto e 90 indicadores dos resultados intermediários, além das suas respectivas metas.

O desempenho também serão avaliados em cada Programa e Orçamento por meio da avaliação dos indicadores dos resultados imediatos.

### **III. Introdução**

24. O Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (“o Plano”) é o instrumento de planejamento de mais alto nível da Organização uma vez aprovado pelos seus Órgãos Diretores. Define a direção estratégica da Organização com base nas prioridades coletivas dos seus Estados Membros e especifica os resultados a serem alcançados durante o período de planejamento. Também enuncia os compromissos pelos Estados Membros da OPAS e pela Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), que servem de base para a elaboração dos programas e orçamentos bienais para a sua implementação. Centrado nos países, o Plano é fruto da colaboração e consulta com os Estados Membros e incorpora as contribuições do pessoal em todos os níveis da RSPA.

25. O Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 responde aos mandatos regionais e mundiais. Em consequência, a sua agenda estratégica representa um equilíbrio entre as respostas da OPAS às prioridades regionais estabelecidas na Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, outros mandatos regionais estabelecidos pelos Estados Membros da OPAS, as prioridades nacionais coletivas determinadas nas análises das Estratégias de Cooperação nos Países da OPAS (ECP) e o alinhamento programático com o Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS). O Plano também é compatível com os parâmetros dos principais acordos intergovernamentais para as operações de desenvolvimento do sistema das Nações Unidas. A sua elaboração e implementação são orientadas pela visão, missão, valores e funções centrais da OPAS. O Plano estabelece a estrutura para promover a saúde, o desenvolvimento sustentável e a equidade, bem como para avançar rumo à consecução da meta da cobertura universal de saúde. Ademais, incorpora os determinantes da saúde como um tema integral que abrange todos os seus componentes.

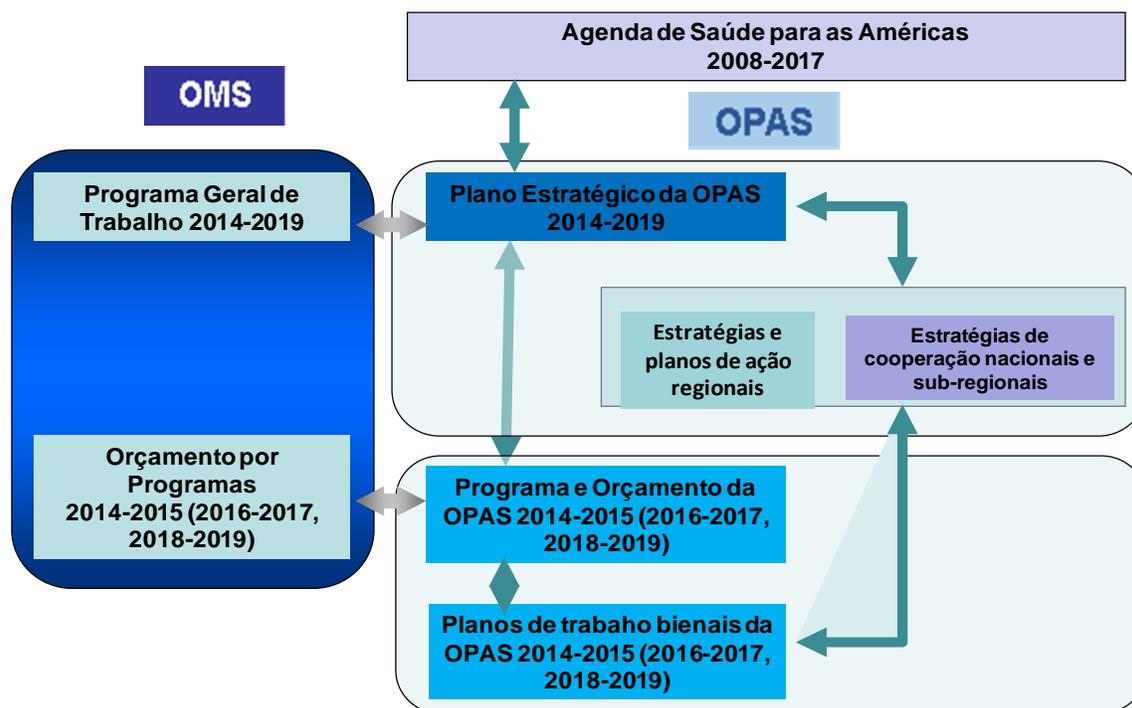
26. O Plano Estratégico 2014-2019 permitirá à OPAS continuar a tirar proveito dos avanços obtidos até agora em matéria de saúde pública na Região das Américas (“a Região”). Também lhe permitirá orientar as intervenções para fazer face aos desafios que afetam ou venham a afetar a Região. O Plano continuará ter como base as ricas experiências da OPAS e as lições extraídas durante períodos de planejamento anteriores. Além disso, apoiará os esforços constantes para aumentar a prestação de contas, a transparência e a eficácia do trabalho da OPAS de acordo com sua estrutura de gestão baseada em resultados (GBR) e com a nova Política do Orçamento da OPAS.

27. O Plano Estratégico 2014-2019 representa um marco importante para melhorar o alinhamento e a sincronização com os processos de planejamento, programação e orçamento, uma vez que, pela primeira vez, o Programa Geral de Trabalho da OMS foi elaborado antes do Plano Estratégico da OPAS. O Plano também foi enriquecido por insumos da Avaliação Intermediária da Agenda de Saúde para as Américas feita em 2012. Além disso, é balizado pela visão da nova Diretora da RSPA (“Em prol da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade”), pelo impulso rumo à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) e pela função da saúde na nova Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Entre outros insumos essenciais,

destaca-se a análise das estratégias e planos de ação regionais de saúde pública. O Plano também contribuirá para o fortalecimento do sistema de desenvolvimento das Nações Unidas, de acordo com a Análise Quadrienal Integral da Política relativa às atividades operacionais do sistema das Nações Unidas para o desenvolvimento (A/67/226).

28. A Figura 1 mostra os elementos principais das estruturas de planejamento da OPAS e o seu alinhamento com a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, bem como com as estruturas de planejamento da OMS. O Plano Estratégico 2014-2019 será executado ao longo de três programas e orçamentos consecutivos (2014-2015, 2016-2017 e 2018-2019). Um aspecto importante da formulação e implementação do Plano é aumentar o alinhamento e a harmonização entre o Plano Estratégico e a ECP. Os planos bienais de trabalho são planos operacionais formulados pelas entidades da RSPA para pôr em prática o Programa e o Orçamento e, por extensão, o Plano Estratégico da OPAS.

**Figura 1. Estruturas de planejamento da OPAS e da OMS**



29. **Cadeia de resultados:** O Plano Estratégico 2014-2019 adapta a cadeia de resultados da OMS, identificando claramente a relação entre os instrumentos de planejamento nos diversos níveis, bem como a responsabilidade pela prestação de contas e as respectivas funções dos Estados Membros da OPAS e da RSPA. Como o Plano é um compromisso conjunto dos Estados Membros e da RSPA, os resultados vão derivar da implementação dos planos e estratégias de cada país (em âmbito nacional ou subnacional), dos planos operacionais da RSPA e dos esforços coletivos da Organização, conforme indicado na Figura 2. A Seção VIII apresenta detalhes sobre o monitoramento,

a apresentação de relatórios, a prestação de contas e a transparência no que diz respeito ao Plano.

30. O Plano Estratégico e o Programa e Orçamento abarcam, em conjunto, a cadeia completa de resultados. O Plano Estratégico contém os resultados no nível do impacto e os resultados intermediários, com seus respectivos indicadores, enquanto o Programa e Orçamento delinea os resultados imediatos que os Estados Membros e a RSPA concordam alcançar em conjunto em um determinado biênio, bem como as metas bienais dos indicadores dos resultados intermediários.

**Figura 2. Cadeia de resultados da OPAS/OMS**



31. Os resultados com respeito ao **impacto** são as mudanças sustentáveis na saúde das populações, para os quais contribuem os Estados Membros da OPAS, a RSPA e outros parceiros. Essas mudanças serão avaliadas por meio dos indicadores de impacto que refletem uma redução da morbidade ou da mortalidade ou ainda melhorias no bem-estar da população (por exemplo, o aumento da expectativa de vida saudável do povo). Em consequência, a implementação do Plano Estratégico da OPAS também contribuirá para a saúde e para o desenvolvimento em escala regional e mundial.

32. Os **resultados intermediários** são mudanças coletivas ou individuais nos fatores que afetam a saúde das populações, para os quais contribuirá o trabalho dos Estados Membros e da RSPA. Essas mudanças abrangem, entre outras, o aumento da capacidade, a ampliação da cobertura do serviço ou do acesso aos serviços, e/ou a redução dos riscos relacionados à saúde. Cabe aos Estados Membros, em colaboração com a RSPA e outros parceiros da OPAS, alcançar os resultados intermediários. Tais resultados contribuem para as metas com respeito ao impacto estabelecidas no Plano. O progresso rumo à consecução desses resultados será avaliado com indicadores correspondentes que medem as mudanças no âmbito nacional ou regional.

33. Os **resultados imediatos** são as mudanças nos sistemas, serviços e ferramentas nacionais decorrentes da colaboração entre a RSPA e os Estados Membros da OPAS, pelos quais são responsáveis em conjunto. Tais resultados abrangem, entre outros, as mudanças nas políticas, planos, estratégias, leis, programas, serviços, regras, normas e/ou diretrizes nacionais. Os resultados imediatos serão definidos no respectivo programa e orçamento, e serão avaliados com um conjunto definido de indicadores de resultado que medirão a capacidade da RSPA de influir sobre essas mudanças.

34. Para a Categoria 6 (Liderança, governança e funções facilitadoras), os resultados imediatos e intermediários refletirão as reformas institucionais que apoiam a oferta eficiente e eficaz de cooperação técnica pela Organização nas outras cinco categorias programáticas.

35. Os **planos operacionais** da RSPA compreendem os seguintes componentes:

- (a) Produtos e serviços, que a RSPA fornece durante um biênio de acordo com o orçamento acordado e pelos quais ela é diretamente responsável durante esse biênio. Os produtos e serviços são tangíveis e observáveis.
- (b) Atividades: ações que transformam insumos em produtos ou serviços.
- (c) Insumos: recursos (humanos, financeiros, materiais e de outros tipos) que a RSPA alocará às atividades e que geram os produtos ou serviços.

36. Os componentes do planejamento operacional são necessários para alcançar os resultados imediatos e contribuir para os resultados intermediários e para os resultados do impacto. Os componentes do planejamento operacional da RSPA não estão incluídos no Programa e Orçamento da Organização; eles constam dos planos operacionais das diversas entidades da RSPA (escritórios, departamentos ou unidades). Os Estados Membros participam diretamente do processo de planejamento operacional da RSPA por intermédio das Representações da OPAS/OMS.

37. **Riscos e pressupostos:** A cadeia de resultados completa se baseia em uma série de riscos e pressupostos. Um exemplo é a premissa de que se conta com os recursos e a colaboração de países para assegurar que as intervenções contribuam para a obtenção dos resultados imediatos e intermediários delineados no Plano. Isso ajudará a alcançar os

resultados com respeito ao impacto e, por extensão, concretizar a visão estratégica do Plano.

38. **Lições extraídas:** O Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 tem como base as experiências e as lições extraídas de planos, programas e orçamentos anteriores, bem como de outros instrumentos e processos de planejamento de alto nível, inclusive os da OMS. Foi dada atenção especial às lições extraídas do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013, uma vez que ele foi o primeiro plano a ser implementado usando o enfoque da gestão baseada em resultados e o primeiro a ser alinhado com os processos de planejamento e orçamento da OMS. A aplicação dessas lições será essencial para implementar o Plano com sucesso e para continuar a aumentar a eficiência e a eficácia da gestão da Organização. As principais lições extraídas são descritas em linhas gerais a seguir, e o Anexo I apresenta mais detalhes a esse respeito.

- (a) É fundamental para o sucesso na execução do Plano que haja uma maior participação e sensação de propriedade dos Estados Membros na formulação e implementação do Plano, sobretudo ao estabelecer as prioridades e metas.
- (b) A implementação de todos os aspectos da estrutura de GBR é necessária e deve ser acompanhada da simplificação de processos, de melhorias na qualidade dos indicadores, da delegação de autoridade e de mecanismos para a prestação de contas.
- (c) Um maior alinhamento programático com a OMS facilitará uma melhor gestão dos programas, otimizará o uso dos recursos e melhorará os processos de monitoramento e apresentação de relatórios.
- (d) É necessária mais coerência entre o Plano Estratégico e as diferentes estruturas de planejamento, inclusive a ECP e os planos e estratégias regionais.
- (e) A alocação dos recursos deve ser melhorada de acordo com as prioridades programáticas e usando uma metodologia e critérios de priorização objetivos.
- (f) A Organização deve garantir um nível básico de financiamento da presença em cada país, conforme indicado na nova Política do Orçamento, de modo a executar com eficácia os programas de cooperação técnica com os Estados Membros.
- (g) As contribuições voluntárias nacionais devem ser incluídas no Programa e Orçamento para que se tenha uma perfeita noção da contribuição dos Estados Membros para o trabalho da Organização.
- (h) Devem ser mantidos os esforços para aumentar a eficiência, inclusive por meio de medidas de contenção de custos, uso de tecnologia e inovação, e novas modalidades de cooperação técnica.

## IV. O contexto

39. Durante a última década, a Região das Américas obteve avanços sustentados na melhoria da saúde da sua população, mas ainda enfrenta importantes deficiências e problemas emergentes que os países estão procurando resolver individualmente e em conjunto. Esta análise destaca os principais ganhos, brechas e tendências em matéria de saúde na Região como a base para definir a agenda estratégica e as intervenções correspondentes delineadas no Plano Estratégico 2014-2019. Nessa análise, foram examinadas informações recentes constantes do documento Saúde nas Américas 2012, da Avaliação Intermediária da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, de uma análise das Estratégias de Cooperação nos Países (ECP) e de uma análise de relatórios sobre as estratégias e planos de ação da OPAS, entre outras fontes.

### Contexto político, econômico, social e ambiental

40. A Região continua a avançar rumo a uma maior **democracia**, com um progresso notável em várias áreas. Os países estão fazendo análises das suas estruturas constitucionais e iniciando processos eleitorais mais transparentes e participativos. Nota-se uma tendência gradual de transição da democracia eleitoral para a democracia participativa, com uma crescente descentralização, maior poder de decisão da comunidade, a redistribuição do poder e novos conceitos de cidadania.

41. Os países da Região estão participando de diversas alianças, iniciativas e blocos com base na proximidade geográfica e/ou em interesses comerciais, culturais ou políticos comuns. Também estão desempenhando um papel de mais destaque em blocos estratégicos globais como a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Grupo dos 20 (G-20), o Fórum de Cooperação Econômica da Ásia e do Pacífico (APEC) e o grupo dos BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul). Além disso, novas parcerias e fóruns surgiram recentemente na Região, como a Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América (ALBA), a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) e a Comunidade de Estados da América Latina e Caribe (CELAC), que coexistem com entidades regionais e sub-regionais mais antigas.

42. Com a rápida expansão do acesso à Internet, o aumento do uso das comunicações móveis e a ampliação do acesso a informações e serviços *on-line*, uma mudança vem ocorrendo no ambiente das comunicações na Região. As novas e emergentes formas de comunicação enfatizam as plataformas interativas, a comunicação recíproca e o intercâmbio de conteúdo, notícias e *feedback*. Cada vez mais tempo é dedicado às redes sociais, principalmente entre jovens do sexo feminino, e as mídias sociais estão redefinindo a maneira como pensamos em comunicação na área da saúde e dos riscos para a saúde. Embora essas tendências ofereçam novas oportunidades para comunicar, aprender e trocar informações, elas também estão influenciando mudanças na cultura, estilos de vida, comportamento e padrões de consumo, com um impacto direto sobre a saúde da população.

43. Desde os anos noventa, os países da América Latina e Caribe fizeram mudanças estruturais que abrangem ajustes em programas de previdência social, comércio, tributação e finanças. Em alguns casos, houve grandes privatizações. Essas mudanças nem sempre foram acompanhadas por investimentos públicos em saúde, educação, infraestrutura e proteção do meio ambiente. Isso salienta a necessidade de empreender mudanças estruturais que ampliem o apoio a esses setores vitais e aumentem a harmonização entre eles. Embora ainda gerem polêmica, os dados sugerem que os investimentos públicos na saúde e capital humano dos pobres têm contribuído substancialmente para reduzir a pobreza em muitos países latino-americanos.

44. Os países da Região estão se integrando cada vez mais à economia mundial, um processo que, segundo opiniões, poderia ter benefícios para a América Latina. Embora os países latino-americanos não tenham escapado dos efeitos da recessão mundial, souberam resistir melhor à crise do que outras regiões do mundo, mostrando sinais mais rápidos de recuperação. Entre 2008 e 2010, a maioria dos países da Região lançou mão de políticas econômicas anticíclicas para enfrentar e atenuar o ciclo. Essas medidas preservaram e, em alguns casos, ampliaram os gastos públicos na área social. Em especial, cumpre destacar os programas de transferência condicional de renda, os quais, até 2010, montavam a 3% do total do produto interno bruto (PIB) nos países latino-americanos.

45. Em vista do contexto internacional desfavorável, o crescimento econômico na América Latina e no Caribe desacelerou em 2012, embora tenha sido mantida a tendência positiva. O PIB regional cresceu em torno de 3,1% em 2012, cerca de 1 ponto percentual a menos do que no ano anterior. Essa desaceleração afetou a maioria dos países sul-americanos, cujo crescimento foi estimado em 2,7% em 2012 (1,8 ponto percentual a menos do que os 4,5% registrados em 2011). Em contrapartida, os países da América Central registraram uma taxa de crescimento semelhante à do ano anterior, ao passo que o Caribe teve um crescimento ligeiramente maior. Esse desempenho mais fraco das maiores economias da América do Sul influiu de forma decisiva na tendência regional. Apesar da desaceleração do crescimento do PIB na Região, a maioria dos países manteve uma taxa de crescimento positiva, explicada, sobretudo, pela dinâmica da demanda interna e, em certa medida, pelo desempenho relativamente favorável dos investimentos e das exportações em alguns países.

### **Determinantes sociais da saúde**

46. A renda, o emprego, a educação e a moradia figuram entre os determinantes sociais mais pertinentes para a saúde, com influência sobre outros determinantes intermediários e proximais da saúde.

47. Os indicadores de desenvolvimento humano estão melhorando na Região. Entre 2000 e 2012, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) subiu de 0,683 para 0,741 na América Latina, de 0,632 para 0,687 no Caribe e de 0,906 para 0,935 na América do Norte. A América Latina alcançou o que o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) considera um alto nível de desenvolvimento humano (0,711).

Contudo, ainda existem diferenças tanto dentro dos países, como entre eles, conforme indicado pelos valores mais baixos de IDH nos países do Caribe.

48. Apesar desses indicadores favoráveis, **a pobreza e as iniquidades** ainda constituem um desafio para a Região. Alguns dados recentes qualificam a América Latina e Caribe (ALC) como a região mais desigual do mundo, com 29% da população abaixo da linha de pobreza e os 40% mais pobres recebendo menos de 15% do total da renda. Por outro lado, há indícios de uma redução geral da desigualdade de renda. Durante a primeira década deste século, essa desigualdade recuou na maioria dos países latino-americanos.

49. Apesar do nível de estabilização macroeconômica, reconhece-se a necessidade de intensificar as reformas em certas áreas cruciais — finanças públicas, trabalho e proteção social, entre outras.

50. O aumento da **renda do emprego** e o efeito das políticas de redistribuição de renda implementadas por meio de programas condicionais que oferecem transferências progressivas e sustentadas aos grupos mais vulneráveis vêm tendo um impacto positivo sobre os níveis de pobreza e desigualdade na Região.

51. A taxa geral de desemprego diminuiu para mulheres e homens na maioria dos países da ALC em 2012. Contudo, as disparidades de gênero persistem no emprego, pois a taxa de desemprego entre as mulheres continua a ser 1,4 vez superior à taxa entre os homens. No terceiro trimestre de 2012, a taxa de desemprego regional era de 7,7% para mulheres e 5,6% para os homens. Observou-se também uma diminuição da taxa de desemprego entre os jovens, que passou de 15,2% para 14,3%. Apesar desse avanço, a exclusão dos jovens do mercado de trabalho ainda é motivo de preocupação, pois o desemprego entre eles é três vezes maior que o da população adulta.

52. O emprego com carteira assinada continuou a crescer com mais vigor do que o trabalho autônomo em algum dos países, o que é um indício da modernização dos mercados de trabalho e do crescimento do setor formal nesses países. Todavia, o trabalho informal continua a ser importante em muitos países. É preciso atentar para a qualidade do emprego e para as condições dos locais de trabalho tanto no setor formal como informal.

53. **A educação** e a saúde são pedras angulares inter-relacionadas do desenvolvimento. Um aumento dos níveis de escolaridade está associado a melhorias na saúde da população, a aumentos da produtividade, à mobilidade social, à redução da pobreza e ao aumento da cidadania. Na ALC, foram obtidos avanços significativos rumo à universalização do ensino fundamental. Em 2010 essa cobertura chegava a 95%, com alguns países alcançando 99%. O atraso escolar — medido pelo número de meninas e meninos que abandonam o ensino fundamental ou não concluem o último ano do ciclo no período esperado — é muito importante para o setor da saúde. A maioria dos casos de gravidez na adolescência está concentrada entre meninas que abandonaram a escola, e as

taxas de mortalidade e morbidade infantil mais elevadas são observadas entre crianças nascidas de mães adolescentes. Diversos estudos constataam que o ensino médio completo é a escolaridade mínima de que necessita uma pessoa para melhorar as suas condições de vida.

54. A **equidade de gênero e a equidade étnica** estão cada vez mais presentes nas agendas políticas de muitos países da Região. Mulheres, populações indígenas e afrodescendentes e grupos de orientação sexual diversa, como os gays, lésbicas e transgêneros têm mais autonomia e os seus direitos e contribuições são mais reconhecidos. Em especial, é cada vez maior o número de mulheres que assumem cargos de liderança: por exemplo, em 2011, cinco países da Região eram governados por mulheres. Contudo, o número de mulheres que ocupam cargos eletivos em todos os níveis continua a ser insuficiente, pois apenas cerca de 20% eram ocupados por mulheres na ALC, em 2010.

55. Na ALC, as mulheres representam a grande maioria (90%) das pessoas que cuidam de idosos e assumem uma carga física e uma responsabilidade econômica que não são remuneradas nem reconhecidas. Os dados disponíveis indicam que, em vista do envelhecimento da população, do aumento epidêmico das doenças crônicas e da incapacidade, e da resposta institucional limitada, o volume de trabalho não remunerado das mulheres encarregadas de cuidar dos idosos continuará a crescer.

56. Os programas de redução da pobreza ajudaram as mulheres a ter mais controle sobre os seus recursos, o que abrange o acesso à saúde e à educação. Na Região das Américas, as mulheres como grupo ultrapassaram os homens em termos de escolaridade. Contudo, essas conquistas não são plenamente refletidas no bem-estar econômico, sobretudo em termos de salários, um aspecto em que as mulheres continuam atrás dos homens.

57. Cerca de 1.100 grupos indígenas vivem na Região. Os indígenas representam 10% da população total na ALC, 4% no Canadá e 1,6% nos Estados Unidos. A despeito do seu país de residência, os indígenas e demais grupos étnicos, juntamente com os afrodescendentes, sofrem graus variáveis de exclusão social e vulnerabilidade. Segundo o Banco Mundial, algumas dessas populações recebem apenas 46% a 60% do que é percebido pelas populações não indígenas. Dados os atuais níveis de pobreza e exclusão social entre grupos étnicos discriminados, a expectativa é que os impactos negativos sobre a saúde persistam ao longo de gerações.

### **Tendências demográficas**

58. Entre 2005 e 2012, a **população total** da Região subiu de 886 milhões para 954 milhões de habitantes. Contudo, observa-se uma desaceleração relativa do crescimento demográfico: entre os períodos 1995-2000 e 2005-2012, o crescimento demográfico anual médio na Região caiu de 1,3% para 1%.

59. Entre 2005 e 2012, a **taxa de mortalidade total** da Região caiu, passando de 6,9 para 5,9 por mil habitantes. No mesmo período, a taxa de fecundidade total diminuiu de 2,3 para 2,1 crianças por mulher. As mudanças demográficas mostram diferentes gradientes evolutivos de um país para outro.

60. Entre 2005 e 2012, estima-se que a **expectativa de vida** nas Américas para ambos os sexos tenha subido de 72,2 para 76,4 anos — um aumento de quatro anos em uma década —, e a previsão é de um aumento adicional de 6,5 anos até 2050. Contudo, persistem diferenças significativas entre os países.

61. Em 2012, mais de 100 milhões de pessoas com **mais de 60 anos de idade** viviam na Região. A previsão é que esse número dobre até 2020 e que mais da metade dessas pessoas esteja vivendo na América Latina e Caribe. Em consequência, vêm aumentando as razões de dependência total. Em 2010, estimava-se que a razão de dependência total era 53,3 na ALC e 49,0 na América do Norte. Até 2050, esses números devem subir para 57,0 e 67,1, respectivamente. Em 2010, a proporção mais elevada de dependência na Região era observada entre as populações de renda mais baixa, o que, em um cenário pessimista, poderia ajudar a perpetuar o ciclo de pobreza.

62. Os países latino-americanos, sem exceção, têm uma situação demográfica vantajosa para o desenvolvimento econômico, o chamado **bônus demográfico**. A primeira fase desse processo é caracterizada por uma razão de mais de dois dependentes para cada três pessoas economicamente ativas. Na segunda fase, considerada a mais favorável, a razão de dependência alcança um nível baixo, de menos de dois dependentes para cada três pessoas ativas e se mantém constante. Na terceira fase, a razão ainda é favorável, com menos de dois dependentes para cada três pessoas ativas, mas está mudando por causa do número cada vez maior de pessoas idosas. Em termos gerais, a América Latina está na segunda fase. Essa fase começou no início do século XXI e, conforme se prevê, deve durar até o fim da década de 2011-2020, quando a terceira fase deve ter início e estender-se até os primeiros anos da década de 2041-2050.

### **Saúde e meio ambiente**

63. Junto com o crescimento demográfico, a **urbanização** vem tendo uma influência direta no meio ambiente e na sua sustentabilidade. Quase 80% da população da ALC vive em áreas urbanas, mas há consideráveis variações na Região, tanto em sub-regiões, como em países. Os países e territórios com populações altamente urbanizadas (mais de 77%) abrangem Anguila, Argentina, Bermuda, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, Ilhas Cayman, Ilhas Virgens dos Estados Unidos, Guadalupe, México, Peru, Porto Rico, Uruguai, e Venezuela. Entre os de baixa urbanização (inferior a 50%), figuram Antígua e Barbuda, Aruba, Barbados, Granada, Guatemala, Guiana, Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, e Trinidad e Tobago.

64. A Região das Américas já alcançou o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio referente ao acesso a **fontes melhoradas de água potável** e a **saneamento básico** e está no rumo certo para alcançar a meta de saneamento até 2015. No entanto, persistem claras desigualdades tanto nos países, como entre eles. Embora esteja equacionando as desigualdades no acesso à água potável e ao saneamento básico, a Região também precisa enfrentar outros problemas ambientais que têm um impacto direto sobre a saúde:

- (a) O **gerenciamento dos resíduos sólidos** continua a ser motivo de preocupação. Resíduos perigosos e sem tratamento prévio costumam ser descartados junto com o lixo comum em muitos países da ALC.
- (b) No tocante à **poluição do ar** no meio ambiente e em locais fechados, calcula-se que mais de 100 milhões de pessoas na Região estejam expostas a concentrações de poluentes ambientais que excedem os limites recomendados em diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar. A poluição do ar em locais fechados causada pela queima de combustíveis sólidos é o risco ambiental com a maior carga de morbidade na ALC.
- (c) A **contaminação por pesticidas** é um problema comum na Região. Ele foi mais documentado na América Central, onde 33 milhões de quilogramas de princípios ativos foram importados a cada ano entre 1977 e 2006, com 77% pertencendo ao grupo de poluentes orgânicos persistentes que devem ser eliminados, segundo o estipulado na Convenção de Estocolmo.
- (d) O controle e o gerenciamento dos **riscos químicos** estão relacionados, sobretudo, ao crescimento da atividade mineradora. Na América Latina, a participação da mineração no PIB regional aumentou de 4,3% em 2001 para 6,1% em 2011. Embora a expansão dessa atividade seja positiva do ponto de vista econômico, ela tem impactos diretos e indiretos sobre a saúde e o meio ambiente que podem gerar custos mais altos para a saúde pública. Isso significa que é essencial fazer avaliações do seu impacto.

65. A vulnerabilidade a **desastres naturais** e os efeitos da **mudança climática** são um problema mundial. Das 63 cidades com um milhão de habitantes ou mais na ALC, 38 estão em áreas de maior risco de sofrer pelo menos um tipo de desastre natural. Muitos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade socioeconômica estão assentados em terras que poderiam ser afetadas pela mudança climática. O aumento da precipitação causado por fenômenos climáticos extremos vinculados à mudança climática resulta no aumento dos depósitos de contaminantes químicos, como os nutrientes e fertilizantes, nas zonas litorâneas, favorecendo a proliferação de algas tóxicas. Essas mudanças têm consequências para a segurança alimentar e nutricional, a água potável e a prevalência das doenças transmitidas por vetores.

## Saúde na Região

66. No momento em que já transcorreu 84% do prazo para a consecução dos **ODMs** em 2015, a Região obteve avanços, mas ainda persistem muitos desafios, a maioria deles relacionada às iniquidades em saúde, tanto dentro dos países, como entre eles.

- (a) **A mortalidade infantil** continua a recuar na Região. Na América Latina e Caribe, a Taxa de Mortalidade Infantil caiu de 42 por mil nascidos vivos em 1990 para 16 por mil em 2011, uma redução de 62%. Taxas ainda menores são observadas em Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos e Uruguai (5 a 12 por mil nascidos vivos), enquanto as taxas mais elevadas estão na Bolívia e no Haiti (40 a 45 por mil nascidos vivos).
- (b) **A mortalidade materna** também recuou na Região, mas permanece muito elevada e muitos países não conseguirão alcançar a meta dos ODMs até 2015. A razão de mortalidade materna regional caiu de 140 por 100 mil nascidos vivos em 1990 para 80 por 100 mil em 2010, uma redução de 41%. Contudo, as tendências diferem entre os países. As principais causas da mortalidade materna continuam associadas à qualidade da atenção.
- (c) As estimativas do número de novas **infecções pelo HIV** nos países da Região refletem uma redução da morbidade e mortalidade. Em 2011, a Região respondia por quase 6% do total de novas infecções pelo HIV em todo o mundo. Certos segmentos da população enfrentam um impacto negativo maior, como os homens que fazem sexo com homens, os profissionais do sexo e as populações móveis.
- (d) Entre 2000 e 2011, a Região informou uma redução de 58% da morbidade e uma redução de 70% da mortalidade em decorrência da **malária**. A maioria dos países em que a malária é endêmica conseguiu reduzir a carga da morbidade, mas alguns desafios ainda persistem.
- (e) Os Estados Membros avançaram no controle da **tuberculose (TB)**. Em 2011, a taxa de detecção era de 81% dos casos estimados pela OMS para a Região das Américas. Apesar desse avanço, a tuberculose multirresistente e a tuberculose associada ao HIV constituem grandes desafios que precisam ser enfrentados. O controle da tuberculose é prejudicado pela persistência das desigualdades sociais e vulnerabilidades, sobretudo a pobreza, a migração e o acesso limitado a serviços de saúde, principalmente entre as populações vulneráveis, como os usuários de drogas, os sem-teto, os doentes mentais e as minorias étnicas.
- (f) No que diz respeito ao acesso sustentável à **água potável e a saneamento básico**, o acesso a fontes melhoradas de água tratada na Região era de 96% em 2010 (99% em áreas urbanas e 86% em áreas rurais). Já a cobertura de saneamento básico melhorado era de 88% (91% em áreas urbanas e 74% em áreas rurais). Contudo, persiste a preocupação com a qualidade da água; até 2010, 36 milhões de pessoas na Região não tinham acesso a água potável própria para consumo. Aproximadamente 120 milhões careciam de melhores serviços de esgotamento de águas servidas e de tratamento de esgoto, e quase 25 milhões de pessoas na ALC

- defecam ao ar livre. A baixa cobertura do saneamento e da água potável tende a ser observado entre as pessoas nos quintis de renda inferiores. A água, o saneamento e a higiene, sobretudo entre as populações mais vulneráveis, requerem apoio constante.
67. A Região enfrenta uma carga importante de **doenças não transmissíveis** (DNTs), pois cerca de 250 milhões de pessoas sofrem de pelo menos uma delas. Em 2010, mais de 75% dos custos da saúde decorriam de afecções crônicas.
- (a) As **doenças cardiovasculares** são as principais causas de morte por DNTs. As mortes prematuras causadas por essas doenças são mais frequentes entre os homens do que entre as mulheres e ocorrem na faixa etária de maior produtividade, provocando sérios prejuízos econômicos e sociais.
  - (b) As **neoplasias malignas** são a segunda causa principal de morte nos países das Américas. Os cânceres de pulmão, estômago, cólon e mama são os principais contribuintes para a mortalidade pelo câncer. A incidência do câncer, especialmente do câncer cervical e de próstata, é mais elevada em países de baixa e média renda. A incidência das neoplasias malignas depende de complexas inter-relações entre fatores biológicos, genéticos e ligados ao estilo de vida.
  - (c) O **diabetes** provoca cerca de 242 mil mortes por ano na Região. Alguns estudos estimam que 22 mil dessas mortes (8%) poderiam ser evitadas por meio da detecção e tratamento no devido tempo, principalmente nas pessoas com menos de 50 anos de idade. As projeções apontam que o número de portadores de diabetes nas Américas subirá de 62,8 milhões em 2011 para mais de 91 milhões em 2030.
  - (d) A **doença renal crônica** (DRC), causada principalmente pelas complicações do diabetes e da hipertensão, aumentou na Região. De 1990 a 2010, os anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI) decorrentes da DRC aumentaram 20% nos Estados Unidos e 58% na ALC. Muitos países centro-americanos já reconheceram a necessidade de compreender melhor e controlar um tipo grave de DRC que não está relacionado ao diabetes nem à hipertensão. Essa doença grave afeta principalmente os homens jovens que trabalham no setor agropecuário, uma situação que vem tendo um grande impacto socioeconômico sobre as famílias, as comunidades e os serviços de saúde.
68. **Os fatores de risco** comuns às DNTs são o consumo de tabaco, o consumo prejudicial de álcool, a má alimentação e o sedentarismo. A principal fonte de preocupação são as mudanças rápidas e prejudiciais no consumo de alimentos e nos hábitos alimentares em toda a Região. Essas mudanças afetam grandes setores da população, sobretudo as pessoas de baixa renda e as menos instruídas. Devem ser empreendidas iniciativas importantes para fazer face aos fatores de risco e, assim, apoiar os esforços para controlar as DNTs.

69. **A violência**, inclusive a violência de gênero, é um problema crescente e um grande desafio em matéria de saúde pública na Região. Calcula-se que, entre 1999 e 2009, mais de 5,5 milhões de pessoas morreram de causas externas (como homicídios, acidentes e suicídios, que são diferentes de causas naturais e consideradas evitáveis). Entre a população jovem e adulta (de 10 a 49 anos de idade), ocorreram 3,5 milhões de mortes desse tipo (64%), uma média de 319 mil por ano; 84% do total de mortes foi de homens, cinco vezes mais do que entre as mulheres. As causas externas mais frequentes foram os homicídios (33%) e os acidentes de transporte terrestre (26%).

### **Resposta dos sistemas de saúde**

70. Os sistemas de saúde da Região se caracterizam pela sua segmentação, que se manifesta em uma variedade de mecanismos de financiamento e de filiação. A prestação dos serviços de saúde também é fragmentada, com uma grande diversidade de instituições, estabelecimentos e unidades que não estão integrados à rede de saúde. Essas duas características aumentam a iniquidade no acesso e reduzem a eficiência na prestação e gestão dos serviços de saúde.

71. As razões fundamentais para essa segmentação e fragmentação são complexas. Não raro, elas refletem fatores sistêmicos de natureza social, política e econômica que foram se acumulando com o passar do tempo. Nesse contexto, os próprios serviços de saúde se transformaram em um importante fator para a saúde e têm potencial para ajudar a aumentar a equidade. Para isso, devem ampliar a cobertura universal financiada com recursos públicos progressivos que reduzam ao mínimo os gastos do próprio bolso, bem como eliminar práticas discriminatórias e diferenças na qualidade da atenção.

72. Nos últimos anos, os países da Região avançaram rumo à **universalização dos sistemas de saúde** por meio de reformas de políticas e mudanças que salientam o direito à saúde e a reafirmação da **atenção primária à saúde (APS)**. É amplamente reconhecida a importância de implementar com eficácia os valores e os princípios da estratégia da APS, sobretudo mediante enfoques integrais e multissetoriais para abordar os determinantes de saúde. Todavia, ainda restam vários desafios, especialmente no que se refere à melhor maneira de alcançar a cobertura integral do serviço, reduzir as parcelas pagas pelos pacientes e outros gastos do próprio bolso, e garantir benefícios semelhantes para todos. Outros desafios importantes são a melhoria da qualidade da atenção e a adaptação da capacidade de resposta dos serviços à demanda por saúde.

73. A Região reafirmou a estratégia de atenção primária à saúde e a meta de Saúde para Todos. Vários países da Região estão envidando importantes esforços para incorporar a APS aos seus modelos renovados de saúde. Em alguns países, porém, a prática da APS se limitou a oferecer um primeiro nível de atenção, normalmente a grupos de baixa renda, com apenas algumas poucas atividades para promover a saúde e a prevenção. Esse enfoque compromete a capacidade de resposta durante as crises no campo da saúde.

74. O período mais recente se caracterizou por um dinamismo sustentado na formulação de políticas, estratégias e planos de **recursos humanos** em sintonia com as prioridades mundiais, regionais e nacionais. Há um amplo consenso na Região quanto à função de liderança da autoridade sanitária para fortalecer os recursos humanos. Isso implica buscar a coerência estratégica na organização dos sistemas e serviços de saúde e, ao mesmo tempo, estreitar a relação com as instituições de formação. Esse enfoque produziu uma expansão efetiva da cobertura por meio das equipes multidisciplinares de saúde comunitária e da família, que são responsáveis por uma população e um território determinados nas áreas rurais, urbanas, afastadas e remotas. Embora os países da Região tenham obtido avanços na área dos recursos humanos em saúde, eles ainda não conseguiram uma composição nem uma distribuição satisfatórias da força de trabalho da saúde.

75. Em toda a história da ALC, a expansão da cobertura do serviço de saúde foi o objetivo principal para vários países. No entanto, os dados indicam que a **qualidade da atenção** também é fundamental para manter e melhorar a saúde individual e da população.

76. De 2005 a 2010, o **total dos gastos em saúde** como porcentagem do PIB na ALC aumentou de 6,8% para 7,3%. Nesse mesmo período, a média dos gastos em saúde pública na ALC passou de 3,3% para 4,1% do PIB. Os gastos foram significativamente maiores no Canadá (8,4% do PIB) e nos Estados Unidos (8,0% do PIB) em 2010.

77. Em 2010, o **total dos gastos em saúde por habitante** variou de US\$ 90<sup>1</sup> na Bolívia a \$ 2.711 nas Bahamas, \$ 5.499 no Canadá e \$ 8.463 nos Estados Unidos. Embora os gastos por habitante sejam pertinentes, não existe uma relação linear entre o montante gasto e os resultados em termos de saúde. Outras variáveis também têm grande peso, como as políticas de proteção social (ou a falta delas), a gestão e organização dos sistemas de saúde, o alcance dos programas de saúde pública e das atividades de promoção da saúde, e a regulamentação do mercado de saúde.

78. Os **gastos do próprio bolso** na ALC diminuíram de 3,5% para 3,2% do PIB entre 2005 e 2010. Os gastos diretos do próprio bolso têm um efeito empobrecedor sobre as famílias. A experiência indica que a oferta da cobertura universal e o recurso a fundos comuns constituem as melhores opções para proteger os recursos das famílias quando elas são obrigadas a enfrentar gastos médicos catastróficos.

79. Embora os países da ALC tenham avançado na formulação e implementação de **políticas farmacêuticas** nos cinco últimos anos, apenas alguns deles as atualizaram. Calcula-se que, em 2008, a média anual por habitante de gastos do próprio bolso em medicamentos na ALC chegou a \$ 97, variando de \$ 7,50 na Bolívia a mais de \$ 160 na Argentina e no Brasil. O uso de medicamentos genéricos na Região não avançou tanto

---

<sup>1</sup> A menos que indicado de outra forma, todos os valores monetários neste relatório são expressos em dólares dos Estados Unidos.

quanto seria aconselhável, em parte devido a incentivos limitados e a marcos regulatórios inadequados.

80. Os países das Américas apresentam grandes diferenças em termos de cobertura e qualidade dos seus **sistemas de informação em saúde**. Um estudo de 2008 revelou que sete de 26 países haviam melhorado os seus registros de estatísticas vitais e conseguido uma cobertura superior a 85% em âmbito nacional. Outros sete países registram apenas até 50% desses casos, ou um de cada dois nascimentos ou óbitos. O baixo número de nascimentos nos serviços de saúde em alguns países e as limitações dos órgãos estatísticos tornam difícil para os países melhorar o registro das estatísticas vitais. Em termos de qualidade das informações, uma avaliação regional recente indicou que somente 19 dos países examinados ofereciam dados de boa qualidade. Com respeito às estatísticas vitais, uma análise recente na Região mostra que cada vez mais se tem consciência da importância de registrar todos os eventos vitais e que a cobertura dos nascimentos tende a subir quando (a) o país aceita o direito à identidade como um direito humano e (b) outros setores da sociedade, como o da educação e o da saúde, exigem o registro desses eventos vitais. Já no que diz respeito ao registro dos óbitos, o monitoramento dos compromissos feitos pelos países para alcançar os ODMs, sobretudo com relação à mortalidade materno-infantil, tem motivado os países a ampliar a cobertura.

### **Situação do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013**

81. Conforme observado anteriormente, o Plano Estratégico 2014-2019 tira partido dos avanços rumo à consecução dos objetivos e resultados estabelecidos no Plano Estratégico 2008-2013. A avaliação final do Plano Estratégico 2008-2013 revelou que a Organização manteve uma taxa de implementação uniforme ao longo dos três biênios abrangidos pelo Plano. Até 2013, sete dos 16 Objetivos Estratégicos (OEs) haviam sido alcançados totalmente (com 100% das metas atingidas ou superadas) e nove foram alcançados parcialmente. Dos nove Objetivos alcançados parcialmente, em oito foram cumpridas mais de 75% das metas dos indicadores; em apenas um (OE1 – doenças transmissíveis) menos de 75% das metas foram cumpridas. Dos 90 resultados esperados no nível regional (RERs), 75 (83%) foram alcançados totalmente e 15 foram alcançados parcialmente. Das 256 metas dos indicadores dos RERs referentes a 2013, um total de 233 (91%) foram atingidas. Dessas, 127 (54%) foram não apenas atingidas, mas também superadas.

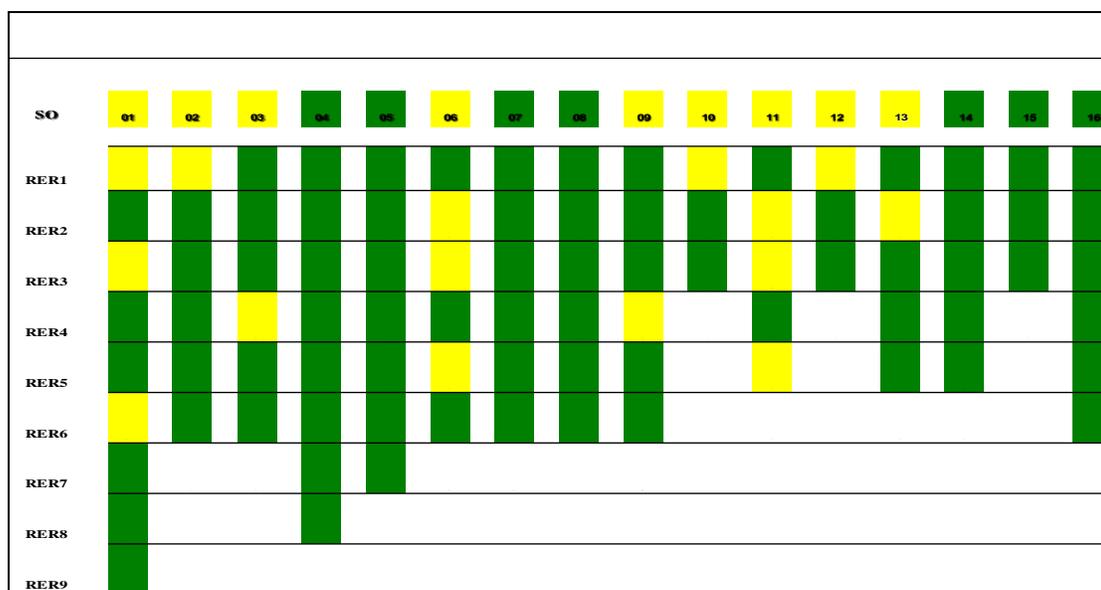
82. Os 15 RERs alcançados parcialmente foram os seguintes:

- 1.1 Acesso equitativo a vacinas: desafios para alcançar a cobertura de 95% em âmbito subnacional.
- 1.3 Prevenção, controle e eliminação das doenças negligenciadas e doenças transmissíveis: metas relacionadas à hanseníase, eliminação da raiva humana transmitida por cães, vigilância da prontidão para doenças zoonóticas emergentes e índice de infestação domiciliar não alcançadas.

- 1.6 Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e alerta e resposta a epidemias: seis países satisfizeram os requisitos e 29 solicitaram prorrogação do prazo.
- 2.1 Prevenção, tratamento e atenção do HIV/AIDS e TB: cobertura de ARV para HIV não alcançada; desafios em relação a bons resultados do tratamento da TB e baixo índice de atenção pré-natal e sistemas de vigilância da sífilis congênita.
- 3.4 Intervenções para afecções crônicas não transmissíveis: meta de estudos de análise de custo sobre violência não alcançada.
- 6.2 Vigilância dos principais fatores de risco: 27 de 30 países desenvolveram sistemas nacionais de vigilância usando a Pesquisa Global de Saúde Escolar para produzir relatórios de rotina sobre os fatores de risco para a saúde que afetam jovens.
- 6.3 Prevenção e redução do tabagismo: 19 de 23 países destinatários implantaram regulamentações sobre a embalagem dos produtos do tabaco e atualizaram pelo menos um componente do sistema de vigilância do tabagismo; 5 países mais (de 35) têm de alcançar a meta.
- 6.5 Prevenção e redução de alimentação não saudável e sedentarismo: houve desafios para avançar políticas nacionais para promover a alimentação saudável e a atividade física (somente 9 de 20 países alcançaram o indicador).
- 9.4 Planos e programas de nutrição: 21 de 25 países destinatários informaram intervenções nutricionais nos seus programas em resposta ao HIV/AIDS e outras epidemias.
- 10.1 Políticas de saúde interculturais: somente 5 países informaram progresso em integrar aspectos interculturais a políticas e sistemas de saúde baseados na APS.
- 11.2 Sistemas de informação em saúde: 20 de 27 países destinatários implementaram a Iniciativa de Dados Básicos de Saúde da OPAS.
- 11.3 Acesso, divulgação e utilização das informações em saúde, conhecimento e comprovação científica para tomada de decisão: a meta do número de países que monitoram os ODMs relacionados com a saúde não foi alcançada.

- 11.5 A OPAS como mediador de informações de saúde pública e conhecimento: a plataforma regional de informação foi instalada, mas falta análise e ajuste para implementação/coordenação institucional de fase II e apresentação.
- 12.1 Acesso a produtos médicos e tecnologias em saúde: meta pouco realista (17) para o número de países que alcançaram 100% de doações de sangue voluntárias não remuneradas; 12 de 17 alcançaram.
- 13.2 Indicadores básicos e sistema de informação para recursos humanos em saúde: o número esperado de países participando da Rede de Observatórios de RHS não foi alcançado (29 de 36).

**Figura 3. Classificação dos objetivos estratégicos (OEs) e resultados esperados no nível regional (RERs), 2008-2013**



OE 1 Doenças transmissíveis  
 OE 2 Infecção pelo HIV/AIDS, tuberculose, e malária  
 OE 3 Doenças crônicas não transmissíveis  
 OE 4 Saúde materna, da criança, do adolescente e do idoso  
 OE 5 Emergências e desastres  
 OE 6 Promoção da saúde e prevenção de fatores de risco  
 OE 7 Determinantes socioeconômicos da saúde  
 OE 8 Ambiente mais saudável

OE 9 Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar  
 OE 10 Serviços de saúde  
 OE 11 Liderança e governança dos sistemas de saúde  
 OE 12 Produtos e tecnologias médicas  
 OE 13 Recursos humanos em saúde  
 OE 14 Proteção social e financeira  
 OE 15 Liderança e governança da OPAS/OMS  
 OE 16 Organização flexível e de aprendizagem

## V. Agenda estratégica

### Panorama estratégico

83. Esta seção constitui a parte central do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Nela se estabelece a direção estratégica do Plano para a Organização nos próximos seis anos, orientada pela visão, missão e valores da RSPA e pelas funções básicas da Organização delineadas abaixo.

### Visão, Missão e Valores da RSPA

#### Visão

A Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) será o principal catalisador para assegurar que toda a população das Américas goze de ótima saúde e para contribuir para o bem-estar das suas famílias e comunidades.

#### Missão

Liderar esforços de colaboração estratégicos entre os Estados Membros e outros parceiros a fim de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e prolongar a longevidade das populações das Américas.

#### Valores

**Equidade** – Lutar pela imparcialidade e justiça ao eliminar as diferenças desnecessárias e evitáveis.

**Excelência** – Alcançar a mais alta qualidade no que fazemos.

**Solidariedade** – Promover interesses e responsabilidades compartilhadas, possibilitando esforços coletivos para alcançar metas comuns.

**Respeito** – Aceitar a dignidade e a diversidade dos indivíduos, grupos e países.

**Integridade** – Garantir um desempenho transparente, ético e responsável.

### Funções Básicas da OPAS

1. Exercer liderança em temas cruciais para a saúde e formar parcerias sempre que ações conjuntas forem necessárias.
2. Determinar as linhas de pesquisa e estimular a produção, aplicação e divulgação de conhecimentos valiosos.
3. Estabelecer normas e critérios, e promover e monitorar a sua implementação.
4. Formular opções de política baseadas em princípios éticos e fundamentos científicos.
5. Estabelecer cooperação técnica, catalisar mudanças e formar capacidade institucional sustentável.
6. Vigiar a situação sanitária e avaliar as tendências em matéria de saúde.

84. O Plano Estratégico responde às prioridades definidas na Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 e também está alinhado com o 12º Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019. Além disso, contempla os mandatos regionais e as prioridades coletivas dos países conforme identificados nas Estratégias de Cooperação em Países e em outros documentos estratégicos nacionais.

85. Sob o tema “Em prol da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade”, este Plano se concentra na redução das iniquidades em saúde na Região, tanto dentro dos países e territórios, como entre eles, de modo a melhorar os resultados em matéria de saúde. Em função disso e com a atenção voltada para os países, as principais estratégias do Plano são: *(a)* promover a saúde e o bem-estar; *(b)* defender um enfoque multissetorial a fim de abordar os determinantes sociais da saúde e *(c)* fomentar a colaboração com todos os países e territórios para avançar rumo à concretização progressiva do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde. Estratégias específicas são delineadas sob cada categoria de acordo com as funções básicas da OPAS.

86. A OPAS tem uma longa trajetória de compromisso com a equidade em saúde, o que está explícito na visão, na missão, nos valores e nos mandatos da Organização. Além disso, está em conformidade com a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017. O termo “iniquidade” tem uma dimensão moral e ética, referindo-se a desigualdades injustas e injustificadas que são desnecessárias e evitáveis. Para que se possa descrever uma determinada situação como iníqua, a causa deve ser examinada e considerada injusta no contexto do que está ocorrendo no restante da sociedade. A redução das iniquidades

em saúde é uma questão de imparcialidade e justiça social. O Plano Estratégico 2014-2019 enuncia claramente o compromisso dos Estados Membros e da RSPA de (a) reduzir as iniquidades em saúde; (b) reduzir os diferenciais de saúde ao nível mais baixo possível, tanto dentro dos países, como entre eles; e (c) dessa forma, criar a oportunidade para que todos consigam alcançar o seu pleno potencial de saúde.

87. As iniquidades em saúde estão no centro dos determinantes sociais da saúde. A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde foi estabelecida pela OMS para examinar o que poderia ser feito, se é que seria possível fazer alguma coisa, para enfrentar as iniquidades em saúde. Esse Plano sucede o conjunto proposto de recomendações abrangentes e se concentra na **função do setor da saúde para abordar os determinantes sociais da saúde**. Nesse sentido, a Região das Américas propôs o conceito da Saúde em Todas as Políticas como uma estratégia essencial do Estado que enfatiza o planejamento coordenado em todos os setores e entre os níveis de governo, com o intuito de influir sobre os determinantes sociais que estão mais além da responsabilidade direta do setor da saúde (por exemplo, educação, emprego, moradia). A estratégia Saúde em Todas as Políticas se volta para a equidade, facilita a concretização progressiva do direito à saúde e gera sinergias para aumentar o bem-estar sustentável da população. O Plano Estratégico 2014-2019 identifica ações específicas, como as recomendadas pela Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde, para enfrentar as iniquidades em saúde em todas as áreas programáticas. **O enfoque multissetorial da saúde está no centro dos esforços dos sistemas de saúde para abordar os determinantes sociais da saúde** e é um enfoque estratégico transversal que fundamenta este Plano.

88. **A OPAS está empenhada em fazer avançar a cobertura universal de saúde e este é um pilar-chave do Plano Estratégico 2014-2019.** Esse enfoque oferece à Região a oportunidade para consolidar e manter as conquistas realizadas pelos Estados Membros nos últimos anos e, ao mesmo tempo, reafirma a saúde como um elemento fundamental no desenvolvimento sustentável. Esse enfoque abordará os desafios existentes na Região, a saber: consolidar os avanços em saúde materno-infantil e no controle de doenças transmissíveis, reduzir a carga de doenças crônicas com modelos inovadores de atenção que incluam a prevenção e a promoção da saúde, e diminuir as brechas no acesso aos serviços de saúde e no seu uso.

89. Aproveitando os avanços obtidos na Região, **este Plano tem como objetivo aproximar-se de uma visão centrada na vida saudável e no bem-estar.** Desse modo, busca catalisar as mudanças na resposta de saúde na Região para transcender o enfoque tradicional centrado na doença. Em sua formulação, o Plano sofre a influência dos processos mundiais que abordam a agenda do desenvolvimento e, por sua vez, responde a esses processos, pois a saúde é essencial para o desenvolvimento sustentável. Nesse sentido, o Plano procura abordar as questões emergentes de acordo com as mudanças concomitantes na Região e faz avançar um novo modelo de desenvolvimento com base na equidade e na sustentabilidade ambiental (Figura 4).

**Figura 4. Visão estratégica e hierarquia de resultados**



90. De acordo com o exposto acima e aproveitando as experiências e as lições extraídas, quatro **temas transversais** são fundamentais para abordar os determinantes da saúde: **gênero, equidade, direitos humanos e etnia**. Além disso, o Plano aplicará as estratégias essenciais de saúde pública, como a promoção da saúde, a atenção primária à saúde e a proteção social em saúde. Os temas transversais são enfoques programáticos que visam a melhorar os resultados de saúde e reduzir as desigualdades em saúde, e se aplicam às Categorias de 1 a 6. As estratégias de saúde pública são enfoques abrangentes para alcançar uma saúde melhor para todos e por todos, insistindo nas políticas de saúde pública e nas intervenções no nível da comunidade já comprovadas.

91. Este Plano se aproveita plenamente da vantagem estratégica conferida por alguns dos elementos mais recentes de planejamento, programação e orçamento formulados pela OPAS, como a sua Política do Orçamento e a identificação de “países-chave”. Esses elementos reconhecem intrinsecamente um gradiente social de saúde e buscam a progressividade na distribuição de recursos e nas ações de cooperação técnica, dando mais atenção aos países mais necessitados e, ao mesmo tempo, aplicando o princípio do universalismo proporcional. Nesse sentido e de acordo com os princípios da equidade e solidariedade pan-americana, o Plano identifica **oito países-chave** (Bolívia, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Suriname), nos quais a Organização se compromete a dar mais ênfase à sua cooperação técnica para fechar brechas. Isso abrange disponibilizar os recursos humanos e financeiros necessários para fazer face aos diversos desafios de saúde pública enfrentados por esses países.

92. Levando em consideração que as situações e as necessidades em termos de saúde são diferentes nos países e territórios da Região, o Plano identifica os **países e territórios previstos nas metas** por área programática de modo a concentrar a cooperação técnica da Organização em questões específicas de saúde pública. Os países e os territórios previstos nas metas são identificados no nível do indicador de resultado intermediário com base em uma análise integral e em consulta com os Estados Membros. Para estabelecer as linhas de base e as metas, o Plano adota um universo de 52 países e territórios: 35 Estados Membros, 4 Membros Associados e 13 Territórios Ultramarinos (6 territórios do Reino Unido, 3 departamentos franceses nas Américas e 4 territórios das Antilhas Holandesas). A lista completa de países e territórios pode ser consultada no anexo III.

### **Metas de impacto e enfoque estratégico**

93. O sucesso do Plano será medido pela contribuição da Organização para a consecução das metas de impacto delineadas na Tabela 1, medidas com base nos indicadores correspondentes.

94. Se a implementação do Plano for compatível com a direção estratégica da Organização, ao fim do ciclo de planejamento, em 2019, a OPAS poderá mostrar melhorias tangíveis na saúde da população, em particular dos grupos nos níveis inferiores do gradiente social. Por definição, isso deve produzir uma redução das iniquidades em saúde mediante a redução das brechas tanto dentro dos países, como entre eles. Isso implica um enfoque explícito voltado para a equidade na saúde, bem como o compromisso de medir o impacto sobre a equidade na saúde. De acordo com o objetivo de reduzir as iniquidades em saúde, o Plano identifica indicadores e metas específicas de equidade em saúde.

95. A Tabela 1, abaixo, delinea as metas de impacto e os indicadores do Plano, que estão em consonância com as metas de impacto em escala mundial (estabelecidos no 12º Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019) e refletem as especificidades da Região. A taxa de variação durante o ciclo deste plano servirá de base para medir o sucesso do Plano, segundo os indicadores de impacto estabelecidos.

96. Os objetivos e os indicadores propostos estão em conformidade com as conclusões do recente documento de consenso intitulado “*Health in the Post-2015 Agenda: Report of the Global Thematic Consultation on Health*” sobre a saúde na agenda pós-2015 (abril de 2013). Os indicadores propostos podem ser adaptados a contextos regionais e nacionais, bem como às condições existentes, de modo a refletir as necessidades e prioridades nacionais em matéria de saúde.

97. De acordo com a visão do Plano, foram escolhidas nove objetivos com respeito ao impacto para refletir as várias dimensões estratégicas do trabalho da OPAS. Destacam-se: (a) o mandato da OPAS para melhorar a saúde do povo das Américas e reduzir as iniquidades em saúde entre os países; (b) o apoio da OPAS aos países para levar à frente a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017; (c) o compromisso da OPAS com a

consecução das metas de saúde dos ODMs nos países da Região; (d) o compromisso da OPAS com a universalidade, a solidariedade e o pan-americanismo; (e) a necessidade de abordar a carga tríplice sobre a Região representada pela doenças transmissíveis, pelas enfermidades não transmissíveis e pelos traumatismos; e (f) o alinhamento com o 12º Programa Geral de Trabalho da OMS.

**Tabela 1: Metas de impacto \***

**1. Melhorar a saúde e o bem-estar com equidade**

- 1.1 Um aumento da expectativa de vida saudável de pelo menos 1,0% alcançado pelas Américas até 2019 (65,3 anos), em comparação com o índice da linha de base em 2014 (64,6 anos). (*Esta informação será atualizada tão logo tenham sido recebidos os dados mais recentes do Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME.*)

**2. Assegurar que recém-nascidos e lactentes tenham um início de vida saudável**

- 2.1 Redução de pelo menos 15% da taxa de mortalidade infantil regional alcançada até 2019 (10,5 por mil nascidos vivos) em comparação com 2014 (12,3 por mil nascidos vivos).
- 2.2 Redução relativa de pelo menos 10% da brecha na taxa de mortalidade infantil entre os grupos de países situados na parte superior e na inferior do Índice de Necessidades em Saúde até 2019, em comparação com 2014.
- 2.3 Redução absoluta de pelo menos três mortes de menores de um ano em excesso por mil nascidos vivos entre 2014 e 2019 no gradiente de países do Índice de Necessidades em Saúde.

**3. Assegurar uma maternidade segura**

- 3.1 Redução de pelo menos 11% da razão de mortalidade materna alcançada até 2019 (43,6 por 100 mil nascidos vivos) em comparação com 2014 (48,7 por 100 mil nascidos vivos).
- 3.2 Redução relativa de pelo menos 25% da diferença na mortalidade materna entre os grupos de países situados na parte superior e na inferior do Índice de Necessidades em Saúde até 2019, em comparação com 2014.
- 3.3 Redução absoluta de pelo menos 18 mortes maternas em excesso por 100 mil nascidos vivos entre 2014 e 2019 no gradiente de países do Índice de Necessidades em Saúde.

**4. Reduzir a mortalidade causada pela má qualidade da atenção à saúde**

- 4.1 Redução de pelo menos 9% da taxa de mortalidade por causas que poderiam ser tratadas \*\* alcançada até 2019 (77,2 por 100 mil habitantes) em comparação com 2014 (84, 7 por 100 mil habitantes).
- 4.2 Uma brecha relativa não superior a um aumento de 6% da taxa de mortalidade por causas que poderiam ser tratadas entre os grupos de países situados na parte superior e na inferior do Índice de Necessidades em Saúde até 2019, em comparação com 2014.
- 4.3 Uma redução absoluta de pelo menos oito mortes evitáveis em excesso por 100 mil habitantes entre 2014 e 2019 no gradiente de países do Índice de Necessidades em Saúde.

**5. Melhorar a saúde da população adulta com ênfase em doenças não transmissíveis e nos fatores de risco**

- 5.1 Redução de pelo menos 9% da taxa de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis alcançada até 2019 (239,6 por 100 mil habitantes) em comparação com 2014 (260,8 por 100 mil habitantes).
- 5.2 Uma brecha relativa não superior a um aumento de 6% da taxa de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis entre os grupos de países situados na parte superior e na inferior do Índice de Necessidades em Saúde até 2019, em comparação com 2014.
- 5.3 Uma redução absoluta de pelo menos 18 mortes prematuras por doenças não transmissíveis em excesso por 100 mil habitantes entre 2014 e 2019 no gradiente de países do Índice de Necessidades em Saúde.

**6. Reduzir a mortalidade causada por doenças transmissíveis**

- 6.1 Redução de pelo menos 15% da taxa de mortalidade causada pelo HIV/AIDS até 2019, em comparação com 2014.
- 6.2 Redução de pelo menos 30% da taxa de letalidade dos casos de dengue alcançada até 2019 (0,05%) em comparação com 2012 (0,07%).
- 6.3 Redução de pelo menos 24% da taxa de mortalidade da tuberculose alcançada até 2019 (0,8 por 100 mil habitantes) em comparação com 2014 (1,1 por 100 mil habitantes).
- 6.4 Redução de pelo menos 75% do número de mortes causadas pela malária até 2019 (28 mortes), em comparação com 2011 (112 mortes).

**7. Conter a mortalidade decorrente da violência, suicídios e acidentes entre adolescentes e jovens (15 a 24 anos de idade)**

- 7.1 Redução de pelo menos 6% da taxa de homicídio alcançada até 2019 (25,7 por 100 mil jovens com 15 a 24 anos de idade) em comparação com 2014 (27,3 por 100 mil jovens com 15 a 24 anos de idade).
- 7.2 Nenhum aumento da taxa de suicídio alcançado até 2019 em comparação com 2014 (7,8 por 100 mil jovens com 15 a 24 anos de idade).
- 7.3 Nenhum aumento da taxa de mortalidade decorrente de traumatismos causados por acidentes de trânsito até 2019 em comparação com 2014 (20,5 por 100 mil jovens com 15 a 24 anos de idade).

**8. Eliminar as doenças transmissíveis prioritárias na Região**

- 8.1 Eliminação da transmissão materno-fetal do HIV e da sífilis congênita em 16 países e territórios.
- 8.2 Eliminação da oncocercose em 4 países.
- 8.3 Eliminação da transmissão da Doença de Chagas em 21 países endêmicos.
- 8.4 Eliminação da malária em pelo menos três dos sete países endêmicos na fase de pré-eliminação.
- 8.5 Nenhum caso humano de raiva transmitida por cão em 35 Estados Membros.

**9. Evitar a morte, as doenças e as deficiências decorrentes de situações de emergência.**

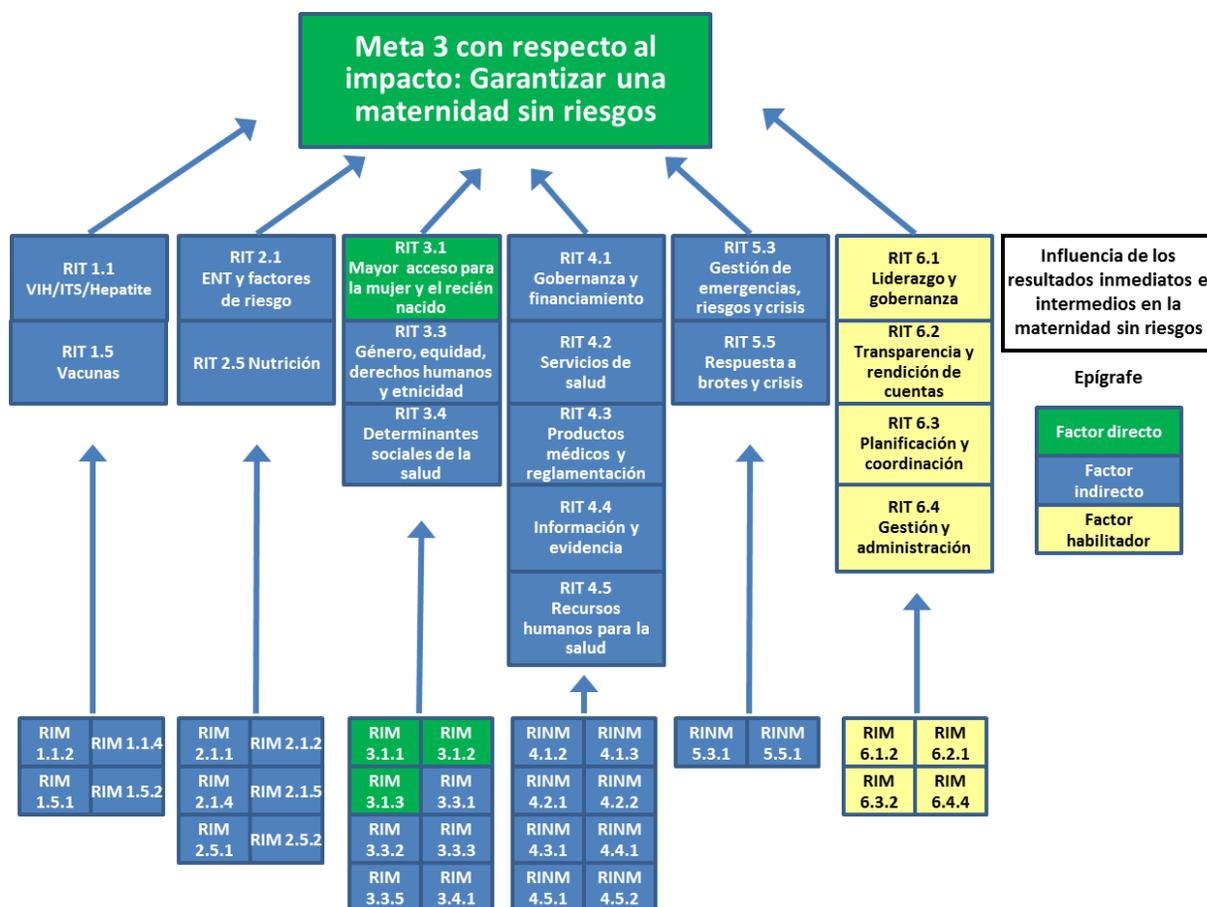
- 9.1 Pelo menos 70% das emergências em que a taxa de mortalidade bruta regressa à linha de base aceitável (níveis pré-desastre) nos três meses seguintes.

\* Essas metas representam o compromisso coletivo regional. As definições, inclusive as especificações técnicas dos indicadores de impacto, constam do compêndio de indicadores do Plano Estratégico 2014-2019, à disposição no website da OPAS.

\*\* A mortalidade por causas que poderiam ser tratadas diz respeito a mortes que poderiam ter sido evitadas com atenção médica apropriada. São as “mortes prematuras que não deveriam ocorrer na presença de atenção à saúde oportuna e eficaz”, pois decorrem de “problemas para as quais existem intervenções clínicas eficazes”.

98. De acordo com o enfoque baseado em resultados e conforme assinalado anteriormente, os resultados institucionais imediatos (RIM) e intermediários (RIT) ajudam a atingir os impactos. Ambos os tipos de resultados podem estar situados em várias categorias diferentes, conforme detalhado abaixo e indicado na Figura 5. Alguns resultados intermediários, como as funções facilitadoras, podem contribuir para vários impactos, uma vez que não há uma relação biunívoca entre os resultados e os impactos.

**Figura 5. Exemplo ilustrativo das relações entre os resultados imediatos, os resultados intermediários e os impactos**



99. Além das metas de impacto, o Plano contém seis **áreas estratégicas de enfoque**, ou categorias, para orientar a sua implementação:

- I. **Reduzir a carga das doenças transmissíveis**, como a infecção pelo HIV/AIDS, as infecções sexualmente transmissíveis e a hepatite viral; a tuberculose; a malária e outras doenças transmitidas por vetores; as doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas; as doenças imunopreveníveis e as doenças transmitidas por alimentos, bem como o impacto da resistência aos antimicrobianos.
- II. **Reduzir a carga das doenças não transmissíveis**, como as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças pulmonares crônicas, o diabetes e os transtornos mentais, assim como a incapacidade, a violência e os traumatismos, mediante a promoção da saúde e a redução dos riscos, a prevenção, o tratamento e a vigilância de doenças não transmissíveis e dos seus fatores de risco.

- III. **Promover a boa saúde em fases-chave da vida**, levando em conta a necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde (as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem), e adotar enfoques com base na igualdade de gênero, etnia, equidade e direitos humanos.
- IV. **Fortalecer os sistemas de saúde** com ênfase na governança para a proteção social em saúde; fortalecer os marcos legislativos e regulatórios e aumentar a proteção financeira para a concretização progressiva do direito à saúde; organizar a prestação de serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas; promover o acesso a tecnologias em saúde seguras, eficazes e de qualidade, assim como o seu uso racional; fortalecer os sistemas de informação e os sistemas nacionais de pesquisa em saúde; fomentar a pesquisa visando à integração de conhecimentos científicos na atenção à saúde, nas políticas de saúde e na cooperação técnica; facilitar a transferência do conhecimento e de tecnologias; e desenvolver os recursos humanos para a saúde.
- V. **Reduzir a mortalidade, a morbidade e a perturbação social resultantes das emergências e desastres** por meio da detecção, controle e mitigação de agentes patogênicos que constituem grande ameaça, bem como mediante a redução dos riscos provocados por todo tipo de ameaça, a preparação, a resposta e atividades para recuperação rápida que aumentem a resiliência e apliquem um enfoque multissetorial para contribuir para a segurança da saúde.
- VI. **Promover e implementar a liderança e governança organizacionais e implementar as funções facilitadoras** necessárias para preservar a integridade e o funcionamento eficiente da Organização, para que possa cumprir seus mandatos com eficácia.

### **Organização do Plano**

100. O Plano Estratégico está organizado em seis categorias e 34 áreas programáticas, conforme delineado na Tabela 2. As seções a seguir oferecem informações sobre cada categoria e sobre as respectivas áreas programáticas. Para cada categoria, o documento apresenta o alcance, o contexto (desagregado em áreas programáticas), a análise dos principais interessados diretos, as estratégias de cooperação técnica e os temas transversais e enfoques estratégicos em torno da saúde, os quais abrangem oportunidades para a colaboração e coordenação interprogramáticas. Em seguida, apresentam-se quadros que mostram os resultados intermediários e os seus indicadores para cada área programática dentro da respectiva categoria. Para cada indicador de resultado intermediário, define-se uma lista de países situados na linha de base e previstos na meta. Salvo indicação em contrário, a linha de base é definida como 2013.

**Tabela 2. Categorias e Áreas Programáticas**

| <b>Categoria</b>   | <b>Áreas programáticas</b>  |
|--|---|
| 1. Doenças transmissíveis  | 1.1 Infecção pelo HIV/AIDS, ISTs e hepatites virais<br>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)<br>1.6 Resistências aos antimicrobianos<br>1.7 Inocuidade dos alimentos |
| 2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco                               | 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   |
| 3. Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida | 3.1 Saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva<br>3.2 Envelhecimento e saúde<br>3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e etnia<br>3.4 Determinantes sociais da saúde<br>3.5 Saúde e meio ambiente   |
| 4. Sistemas de saúde   | 4.1 Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde<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<br>4.4 Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde<br>4.5 Recursos humanos em saúde  |
| 5. Emergências de saúde  | 5.1 Gestão de riscos infecciosos<br>5.2 Preparação dos países para situações de emergência de saúde e o Regulamento Sanitário Internacional (2005)<br>5.3 Informações sobre emergências de saúde e avaliação de riscos<br>5.4 Operações de emergência<br>5.5 Serviços básicos de emergência<br>5.6 Redução dos riscos de desastres e projetos especiais<br>5.7 Resposta a surtos e crises       |
| 6. Liderança, governança e funções facilitadoras                               | 6.1 Liderança e governança<br>6.2 Transparência, prestação de contas e gestão de riscos<br>6.3 Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios<br>6.4 Gestão e administração<br>6.5 Comunicação estratégica  |

## Definição de prioridades

101. A definição de prioridades é um componente importante do planejamento estratégico e tomada de decisões. Reconhecendo que o Plano Estratégico será posto em prática em um contexto de recursos limitados e em resposta às recomendações dos Estados Membros para concentrar o trabalho da Organização nas áreas em que a OPAS claramente agrega valor, o Plano estabelece uma estrutura de estratificação das prioridades programáticas para complementar a Política do Orçamento da OPAS e a estrutura de gestão baseada em resultados da OPAS. São estabelecidos princípios gerais, incluídos o método científico e critérios, para orientar a aplicação dessa estrutura de uma maneira objetiva. O método e os critérios foram aplicados a todas as áreas programáticas de modo a identificar três níveis de prioridade (1: prioridade alta, 2: prioridade média e 3: prioridade baixa). A estrutura completa, inclusive a metodologia e os critérios, pode ser consultada no Anexo II.

102. A Estrutura de Estratificação das Prioridades Programáticas foi aprimorada durante o período 2015-2016 pela RSPA em colaboração com o Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico<sup>2</sup> em resposta a uma solicitação dos Estados Membros (Resolução CD53.R3 [2014]). Após fazer uma avaliação completa dos diversos métodos de definição de prioridades, o Grupo recomendou o uso do método de Hanlon adaptado pela OPAS, com melhorias alinhadas com as finalidades de planejamento estratégico e cooperação técnica da OPAS. Entre os aprimoramentos, destacam-se uma versão revista da equação de Hanlon adaptada pela OPAS com novos componentes e critérios mais bem definidos, bem como a elaboração de diretrizes, ferramentas e capacitação para assegurar a aplicação coerente e mais sistemática e objetiva da metodologia. A metodologia foi testada pelo Grupo e pela equipe técnica da RSPA.

103. Em 2016, o 55º Conselho Diretor aprovou o documento de política que orienta a aplicação do método de Hanlon adaptado pela OPAS para a elaboração dos programas e orçamento e dos planos estratégicos futuros (Resolução CD55.R2 [2016]).

104. A metodologia e os procedimentos foram aplicados pelos países e territórios e envolveram avaliações individuais por autoridades de alto escalão da área de saúde pública durante as consultas com as autoridades nacionais de saúde para a elaboração do Programa e Orçamento 2018-2019 da OPAS.

105. A Tabela 3 apresenta os resultados regionais consolidados dos exercícios de estratificação das prioridades programáticas realizados pelos 47 países e territórios. As 27

---

<sup>2</sup> Por solicitação dos Estados Membros, a Diretora criou o Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico em outubro de 2014 para trabalhar com a RSPA no refinamento da Estrutura de Estratificação das Prioridades Programáticas do Plano Estratégico 2014-2019 da OPAS. O Grupo era composto por 12 pessoas designadas pelos ministérios da saúde das Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Jamaica, México, Paraguai e Peru. O Grupo era presidido pelo México e copresidido pelo Equador. O Canadá atuou como líder técnico para a revisão da metodologia.

áreas programáticas<sup>3</sup> a que se aplica a metodologia são organizadas em três níveis de prioridade. Em conformidade com a Estrutura de Estratificação das Prioridades Programáticas do Plano Estratégico da OPAS, esses resultados orientarão a elaboração do Programa e Orçamento e a alocação e mobilização de recursos como um todo. Cumpre notar que os resultados de cada país embasarão o planejamento e a implementação da cooperação técnica da Organização.

106. Os resultados mostram que as áreas programáticas com alcance mais amplo — as voltadas para as intervenções nos sistemas de saúde e na saúde pública — ficaram no nível mais alto. Isso reflete, em parte, a implementação da metodologia de Hanlon aprimorada pela OPAS, que tinha como objetivo abordar as preocupações dos Estados Membros com o fato de que os programas voltados para doenças haviam recebido classificações mais altas no método original. Essas áreas programáticas amplas oferecem a oportunidade de abordar outras áreas programáticas com um alcance mais específico classificadas nos níveis mais baixos, usando enfoques integrados voltados para o fortalecimento da resposta dos sistemas de saúde. Trata-se de uma consideração importante na concepção e implementação dos programas de cooperação técnica da OPAS. Cumpre notar que as áreas programáticas 2.1 (DNTs e fatores de risco), 3.1 (Saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva) e 1.3 (Malária e outras doenças transmitidas por vetores) foram classificadas sistematicamente no nível 1 nos vários exercícios de definição de prioridades feitos pelos Estados Membros desde 2013. Isso atesta os desafios constantes relacionados a essas áreas programáticas e as expectativas dos Estados Membros de que a OPAS ofereça cooperação técnica para fazer face à situação.

107. É importante ressaltar que todas as 27 áreas programáticas são prioridades para a Organização. Não obstante, as áreas enquadradas nos dois níveis mais altos são aquelas reconhecidas pela maioria dos países e territórios como os maiores desafios em toda a Região e as áreas em que a cooperação técnica da OPAS é mais necessária. Já as áreas classificadas no nível mais baixo, por outro lado, são aquelas em que menos países e territórios veem o problema como urgente, em comparação com as áreas nos níveis mais elevados, ou em que os países dispõem de capacidade nacional ou apoio de outros parceiros para enfrentar o problema. Deve-se ter em mente que os resultados da estratificação variam de país para país.

---

<sup>3</sup> Sete áreas programáticas foram excluídas devido ao seu alcance: 5.5 (Serviços básicos de emergência); 5.7 (Resposta a surtos e crises); 6.1 (Liderança e governança); 6.2 (Transparência, prestação de contas e gestão de riscos); 6.3 (Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios); 6.4 (Gestão e administração) e 6.5 (Comunicação estratégica).

**Tabela 3. Estratificação das Prioridades Programáticas – Perspectiva Regional**

| Número | Área programática   | Nível        |
|--------|---|--------------|
| 2.1    | Doenças não transmissíveis e fatores de risco   | Alto<br>(1)  |
| 3.1    | Saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva |              |
| 4.5    | Recursos humanos para a saúde   |              |
| 1.3    | Malária e outras doenças transmitidas por vetores (inclusive a dengue e a doença de Chagas)                     |              |
| 4.4    | Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde   |              |
| 1.1    | Infecção pelo HIV/AIDS, ISTs e hepatites virais   |              |
| 4.1    | Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde                         |              |
| 4.2    | Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade  |              |
| 5.2    | Preparação dos países para situações de emergência de saúde e o Regulamento Sanitário Internacional (2005)      |              |
| 5.6    | Redução dos riscos de desastres e projetos especiais  |              |
| 3.4    | Determinantes sociais da saúde  |              |
| 2.5    | Nutrição  |              |
| 2.2    | Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas   |              |
| 2.3    | Violência e traumatismos  |              |
| 3.5    | Saúde e meio ambiente   |              |
| 1.5    | Doenças imunopreveníveis (inclusive a manutenção da erradicação da poliomielite)                                |              |
| 1.6    | Resistência aos antimicrobianos   |              |
| 4.3    | Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora   | Baixo<br>(3) |
| 5.1    | Gestão de riscos infecciosos  |              |
| 5.4    | Operações de emergência   |              |
| 5.3    | Informações sobre emergências de saúde e avaliação de riscos  |              |
| 3.2    | Envelhecimento e saúde  |              |
| 1.7    | Inocuidade dos alimentos  |              |
| 2.4    | Deficiências e reabilitação   |              |
| 1.2    | Tuberculose   |              |
| 3.3    | Gênero, equidade, direitos humanos e etnia  |              |
| 1.4    | Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas  |              |

## **VI. Categorias, áreas programáticas e resultados intermediários**

### **Categoria 1 – Doenças transmissíveis**

*Reduzir a carga das doenças transmissíveis, como a infecção pelo HIV/AIDS, as infecções sexualmente transmissíveis e a hepatite viral; a tuberculose; a malária e outras doenças transmitidas por vetores; as doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas; as doenças imunopreveníveis; as doenças imunopreveníveis e as doenças transmitidas por alimentos, bem como o impacto da resistência aos antimicrobianos.*

#### **Alcance**

108. As doenças infecciosas prevalentes, assim como as doenças transmissíveis que reapareceram recentemente, resultam em uma carga significativa de morbidade e mortalidade na Região das Américas, que pode aumentar drasticamente quando ocorrem surtos (por exemplo, de dengue). Essas doenças não apenas representam uma crise para o mundo em desenvolvimento, ao exacerbar a pobreza, as iniquidades e a saúde precária, mas também criam desafios substanciais para os países desenvolvidos ao impor uma carga desnecessária sobre os sistemas sociais e de saúde, a segurança nacional e a economia. Esta categoria abrange as seguintes áreas programáticas: (a) infecção pelo HIV/AIDS, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais; (b) tuberculose; (c) malária e outras doenças transmitidas por vetores (inclusive a dengue e a Doença de Chagas); (d) doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas; e (e) doenças imunopreveníveis (inclusive a manutenção da erradicação da poliomielite); (f) inocuidade dos alimentos e (g) resistência aos antimicrobianos.

#### **Contexto**

##### **1.1 Infecção pelo HIV/AIDS, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais**

109. Em 2011, cerca de 1,4 milhão de pessoas na América Latina e 230 mil no Caribe viviam com o HIV. A Região obteve avanços significativos na redução de novas infecções pelo HIV e da mortalidade relacionada à AIDS. Aproximadamente 83 mil pessoas foram infectadas pelo HIV na América Latina em 2011, em comparação com 93 mil em 2001, e o número de mortes relacionadas à AIDS caiu 10%, de 60 mil para 54 mil. Durante o mesmo período, o número de novas infecções no Caribe diminuiu de 22 mil para 13 mil e as mortes relacionadas à AIDS foram reduzidas em 50%. Também foram obtidos avanços significativos na ampliação do acesso à terapia antirretroviral (TARV): calcula-se que a cobertura do tratamento na ALC era de 68% em 2011. A Região foi a primeira a comprometer-se formalmente com a eliminação da transmissão

materno-fetal do HIV com um enfoque dual que incorpora o compromisso já existente de eliminar a sífilis congênita.

110. Contudo, a maioria dos países da Região ainda não conseguiu universalizar o acesso ao TARV. A verticalidade persistente e a vulnerabilidade financeira da resposta ao HIV, sobretudo dos programas de tratamento, põe em risco os esforços para sustentar esses avanços e fechar as brechas restantes rumo ao acesso universal. Alguns grupos-chave, como os homens que fazem sexo com homens, os profissionais do sexo e os transgêneros, continuam a ser afetados pela epidemia de forma desproporcional. O estigma e a discriminação, assim como a capacidade limitada do setor da saúde para oferecer serviços adequados a esses grupos, ainda são grandes desafios para a formulação de uma resposta adequada. Ademais, o progresso rumo ao fortalecimento dos sistemas de informações estratégicas e à sua integração aos sistemas de informação em saúde tem sido pouco sistemáticos, o que continua a dificultar a programação baseada em evidências e o monitoramento dos avanços.

111. A estratégia de cooperação técnica relacionada ao HIV tem quatro prioridades ou pilares:

- (a) Fortalecimento e ampliação dos programas de tratamento por meio da promoção das opções técnicas e programáticas com base nas evidências, fundamentadas pelos princípios da saúde pública e enunciadas por meio dos cinco pilares da iniciativa Tratamento 2.0.
- (b) Eliminação da transmissão materno-fetal do HIV e da sífilis congênita mediante a promoção, fortalecimento e integração dos serviços relacionados à infecção pelo HIV, bem como os serviços de saúde sexual e reprodutiva e de saúde materna, neonatal e infantil; a inscrição em tempo hábil no atendimento pré-natal; e a detecção e o tratamento no devido tempo no caso das gestantes infectadas pelo HIV ou sífilis e das crianças expostas.
- (c) Promoção da formulação de políticas e da definição de prioridades, fomento de um ambiente propício para um trabalho de sensibilização das populações-chave, medidas para combater o estigma e a discriminação, promoção de um enfoque baseado nos direitos humanos para responder ao HIV, desenvolvimento de pacotes de serviços (elementos para levar à frente uma atenção integral), capacitação de prestadores de serviço e incentivo à participação comunitária.
- (d) Fortalecimento dos sistemas de informação em saúde, ações para promover e apoiar um enfoque longitudinal mediante a vigilância de casos e o acompanhamento do processo contínuo de atenção, a análise e difusão de informações regionais e a implementação de uma estratégia regional para a prevenção, vigilância e acompanhamento da resistência do HIV aos medicamentos. A ênfase no fortalecimento dos sistemas de saúde e na atenção primária à saúde é incorporada a todos os pilares.

112. Na Região, ocorrem anualmente cerca de 89 milhões de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis, como sífilis, clamídia e gonorreia, além das infecções pelo papilomavírus humano (HPV), entre pessoas de 15 a 49 anos. Além de poderem provocar a morte diretamente, essas ISTs contribuem para diversos resultados negativos em matéria de saúde, como a infertilidade, mortes fetais, a gravidez ectópica e o câncer. Algumas ISTs, em especial as que provocam ulcerações genitais, aumentam o risco de contrair ou transmitir o HIV. As limitações em termos de dados e a falta de estratégias nacionais abrangentes para a prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs comprometem a capacidade da Região para concentrar-se devidamente nas ISTs e tratá-las.

113. O alcance e os resultados das medidas de controle das ISTs na Região variam e, portanto, é fundamental o apoio da OPAS ao fortalecimento dos programas nacionais. O apoio técnico da OPAS se concentrará no fortalecimento das funções normativas e de informação estratégica dos programas nacionais. Isso passa pelo reforço do programa de vigilância da sustentabilidade dos gonococos aos agentes antimicrobianos (GASP, na sigla inglesa). Também abarca o apoio aos países para a formulação ou atualização das estratégias e diretrizes nacionais para a prevenção e administração das ISTs com base nos dados gerados pelo programa GASP e por outros métodos de vigilância dessas infecções, e na orientação disponível em nível mundial ou regional.

114. As pessoas infectadas pelo HIV e outros grupos imunodeprimidos (como gestantes e pessoas com afecções crônicas) são afetados de forma desproporcional pela hepatite viral, que pode causar complicações hepáticas graves e aumentar o risco de morte. Aproximadamente um terço da população mundial teve contato com o vírus da hepatite B ou contraiu a infecção. Nas Américas, calcula-se que a prevalência da infecção pelo vírus da hepatite B varie entre menos de 2% e 4%. Além disso, de 7 milhões a 9 milhões de adultos na ALC estão infectados pelo vírus da hepatite C. Entre os profissionais de saúde na ALC, calcula-se que de 65% a 80% das infecções pelo vírus da hepatite B e cerca de 55% das infecções pelo vírus da hepatite C decorrem de picadas acidentais com agulhas. Na região, também se observam casos de superinfecção pelo vírus da hepatite D, sobretudo nos povos indígenas na região amazônica que apresentam um risco genético. Além disso, apesar de taxas de prevalência de modo geral baixas, surtos de hepatite A e E têm sido informados em alguns países, o que indica a necessidade de melhorar os dados e a vigilância desses grupos de doenças. Estão sendo detectados menos casos clínicos da hepatite A entre os jovens e mais entre pessoas de idade média e avançada, o que aumenta a probabilidade de que ocorram situações clínicas mais graves e um número maior de mortes. O trabalho na área da hepatite viral se concentrará na educação e conscientização, vigilância e monitoramento, diagnóstico, administração e tratamento dos casos, e pesquisa prioritária.

## **1.2 Tuberculose**

115. Foram obtidos importantes avanços nas Américas desde a implementação da Estratégia *Stop TB*, da OMS, que permitiu a ampliação do diagnóstico e tratamento da tuberculose sensível e da tuberculose resistente associada ou não à infecção pelo HIV.

A incidência da tuberculose está diminuindo na Região, mas a uma taxa de apenas 3% ao ano. A OMS havia calculado que, na Região das Américas, haveria 268 mil novos casos de TB e 21 mil mortes decorrentes da doença em 2011, com a exclusão dos casos de coinfeção pelo HIV. Durante esse ano, foram notificados 218 mil novos casos de TB. Em comparação com os cálculos, os casos notificados representaram uma taxa de detecção de casos de 81%.

116. A pobreza, a migração e outras vulnerabilidades sociais intensificam a epidemia de TB. Além disso, o aumento dos casos de DNTs, como o diabetes e as doenças associadas ao consumo de tabaco, significa que mais indivíduos imunodeprimidos estão em risco de contrair a tuberculose. Esses fatores de risco sociais e médicos convergem nos bairros pobres das cidades, onde as iniquidades sociais limitam o acesso aos serviços de saúde, principalmente no caso das mulheres, crianças, idosos e populações vulneráveis (como os usuários de drogas, os sem-teto, os doentes mentais e as minorias étnicas). É necessário integrar os programas e os serviços de saúde básicos para facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento da TB no devido tempo. Em combinação com a crescente participação da comunidade, da sociedade civil e do setor privado, isso pode garantir o uso mais eficaz de novos meios de diagnóstico e medicamentos ora disponíveis ou em desenvolvimento visando à prevenção e ao tratamento da tuberculose, da tuberculose multirresistente e da tuberculose associada à infecção pelo HIV.

117. O apoio técnico e normativo da OPAS, assim como o seu apoio na vigilância e o seu papel na formação de parcerias, é essencial para controlar a epidemia de TB. O plano regional contra a tuberculose se concentra no fortalecimento da capacidade nacional para pôr em prática a estratégia mundial contra a TB nos Estados Membros, com o intuito de chegar até as populações vulneráveis por meio da adoção das estruturas nacionais para o controle da doença. O programa também atualizará e consolidará políticas emergentes e a orientação técnica, buscando adaptá-las aos contextos nacionais. Em consequência, a cooperação técnica para apoiar os programas nacionais contra a tuberculose reforçará o uso de meios rápidos de diagnóstico e das melhores práticas laboratoriais, a atenção médica aos pacientes da TB multirresistente, a administração comunitária integrada da TB, o acesso adequado a novas diretrizes e ferramentas, a ampliação do acesso a medicamentos de primeira e segunda linha de boa qualidade e sistemas de vigilância mais fortes e complementados por uma melhor análise e uso dos dados.

### **1.3 Malária e outras doenças transmitidas por vetores**

118. As taxas de mortalidade causada pela malária caíram mais de 25% em todo o mundo desde 2000. Nas Américas, a mortalidade diminuiu 67% entre 2000 e 2011, enquanto a morbidade (ou seja, o total de casos confirmados) caiu 58%. Contudo, para alcançar as metas fixadas para 2015, será necessária uma ampliação maciça do acesso à prevenção da malária, principalmente por meio do controle sustentável de vetores, a testes de diagnóstico com garantia de qualidade e a tratamento antimalárico eficaz. Existe o risco de ressurgimento da malária devido ao aumento da resistência à artemisinina e aos inseticidas, bem como à diminuição do financiamento internacional

para a prevenção e o controle. Essa situação exige investimentos estratégicos sustentados dos parceiros no desenvolvimento e dos países onde a malária é endêmica. Urge fortalecer os sistemas de vigilância a fim de direcionar os limitados recursos de maneira apropriada e avaliar o progresso e o impacto das medidas de controle.

119. Em conformidade com a estratégia técnica mundial para o controle e eliminação da malária (2016-2025), o trabalho da OPAS nessa área orientará os países e outros interessados diretos para que mantenham os êxitos da década passada e tirem partido deles. O apoio aos países onde a malária é endêmica abrangerá a capacitação para a prevenção, controle e eliminação da doença; o reforço da vigilância e a identificação das ameaças e novas oportunidades para o controle e a eliminação da malária. A OPAS também atualizará a orientação técnica e em matéria de políticas sobre o controle de vetores, testes de diagnóstico e o tratamento antimalárico. Além disso, a Organização reforça o seu firme compromisso para prevenir a reintrodução da transmissão local em áreas declaradas livres da doença.

120. A dengue é uma doença endêmica com ciclos epidêmicos associados aos determinantes sociais, como o crescimento demográfico, a pobreza e o acesso limitado a serviços básicos. Desde 2003, 45 países e territórios das Américas notificaram 8,6 milhões de casos e 4.400 mortes. A dengue é uma doença que sempre redundou em impactos políticos, econômicos e sociais amplamente negativos nos países. Atualmente, a cooperação técnica está voltada para o fortalecimento das capacidades nacionais de vigilância integral, assistência aos pacientes e detecção, preparação e controle em tempo hábil dos surtos no âmbito da Estratégia de Gestão Integrada para a Prevenção e Controle da Dengue e da Estratégia Mundial da OMS 2012-2020.

121. A Doença de Chagas é a doença transmissível tropical mais prevalente na América Latina, com uma incidência anual de 28 mil casos. Afeta cerca de 8 milhões de pessoas e causa, em média, 12 mil mortes por ano. É preciso fazer mais para impedir que essa doença se alastre e para encontrar, diagnosticar e tratar os pacientes já infectados. Além disso, será necessário um trabalho técnico e de coordenação significativo entre os países para sustentar os êxitos alcançados na eliminação dessa doença transmitida por vetores em muitos territórios endêmicos e para manter a triagem sanguínea de qualidade em todos os países. A Estratégia e Plano de Ação para a Prevenção, Controle e Tratamento da Doença de Chagas, apoiada por iniciativas sub-regionais entre países, foi eficaz na redução da morbidade, da mortalidade e do sofrimento humano resultantes da Doença de Chagas, além de ter se mostrado eficiente na economia dos recursos dos países ao reduzir os custos diretos e indiretos associados a essa doença.

#### **1.4 Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas**

122. Na América Latina e no Caribe, as doenças infecciosas negligenciadas afetam as populações pobres vulneráveis, inclusive grupos indígenas e afrodescendentes, bem como pessoas que vivem em áreas rurais e periurbanas que costumam enfrentar dificuldades para obter acesso aos serviços de saúde. Estima-se que a Região das Américas tem 8,8%

dos casos de doenças infecciosas negligenciadas no mundo, o que corresponde a 40% da população da ALC (aproximadamente 200 milhões de pessoas) que vive em situação de pobreza. Algumas dessas doenças também são informadas nos Estados Unidos e Canadá, mas com uma prevalência geralmente menor.

123. O “roteiro” regional da OPAS para cinco doenças infecciosas negligenciadas fornece as diretrizes para acelerar o trabalho a fim de superar o impacto das doenças negligenciadas tropicais na ALC. Ele define um cronograma para o controle e, se for o caso, a eliminação de 12 doenças específicas. Como parte dessa estratégia, a doação de medicamentos e o apoio de diferentes parceiros permitiu oferecer a quimioterapia preventiva e o tratamento adequado de casos em grande escala, o que já está surtindo efeitos positivos e quantificáveis nos países afetados. Para manter o ímpeto atual e fazer face a essas doenças, são necessários não apenas produtos básicos e financiamento, mas também apoio político. A OPAS se concentrará em expandir a administração preventiva, inovadora e intensificada de doenças e de ampliar o acesso aos medicamentos essenciais para as doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas. Além disso, continuará atenta à capacidade nacional para fortalecer a vigilância de doenças, ao acompanhamento adequado e em tempo hábil dos avanços e à documentação, certificação e comprovação da eliminação de algumas doenças.

124. Zoonoses ocorrem em todos os países da Região e afetam, sobretudo, populações humanas vulneráveis com acesso limitado a serviços de saúde de qualidade, bem como pessoas expostas a animais e produtos de origem animal em condições sanitárias precárias. Como a maioria das doenças zoonóticas é negligenciada, dados sobre a morbidade são limitados. Contudo, as evidências atuais indicam que 70% dos casos registrados de doenças infecciosas nas Américas são zoonoses e/ou doenças transmissíveis comuns a humanos e animais. A maioria das zoonoses dos animais de produção é endêmica na Região, ao passo que as zoonoses de animais de companhia e selvagens estão sendo detectadas com cada vez mais frequência. Um exemplo é a propagação da raiva humana transmitida pelos morcegos hematófagos. Apesar da eliminação generalizada da raiva humana transmitida pelos cães na Região, ainda permanecem focos da doença. As intervenções da OPAS/OMS para prevenir essas doenças nos seres humanos são multissetoriais e requerem atividades eficazes e integradas de vigilância e controle no âmbito de programas veterinários e de inspeção de alimentos, coordenadas com o setor da saúde pública. Também é essencial a participação de organizações não governamentais, governos e comunidades locais para a detecção e o tratamento dos casos humanos no devido tempo.

## **1.5 Doenças imunopreveníveis**

125. A Região é reconhecida pela sua liderança mundial em matéria de imunização, o que assentou as bases para a inovação e outros avanços nessa área. A grande variedade de conquistas no âmbito de programas abrange a eliminação da varíola, poliomielite, sarampo e rubéola; taxas de cobertura de imunização entre as mais elevadas do mundo; rápidos avanços na adoção de novas vacinas; a liderança na promoção da tomada de

decisões com base nas evidências; a compra de vacinas acessíveis e de boa qualidade por meio do Fundo Rotativo da OPAS; o desenvolvimento e uso de registros de imunização computadorizados e a ampliação da Semana de Vacinação nas Américas, que se transformou na Semana Mundial de Vacinação em 2012. O programa de vacinação evoluiu de forma eficaz, passando de um programa direcionado às crianças para um programa que abarca toda a família.

126. Apesar disso, muito trabalho ainda precisa ser feito para sustentar essas conquistas, levar à frente a agenda inconclusa de ampliação dos benefícios da imunização e fazer face a vários desafios novos e emergentes.

127. Os elevados níveis médios da cobertura regional ocultam grandes desigualdades tanto dentro dos países, como entre eles. O Haiti continua a ser o único país da Região que ainda não eliminou o tétano neonatal como problema de saúde pública e carece de um programa nacional de vacinação forte e consolidado. O processo de documentação e comprovação referente ao sarampo e à rubéola na Região tem revelado problemas importantes na vigilância de doenças imunopreveníveis; tais problemas precisam ser enfrentados de modo a manter a Região livre das doenças que já foram eliminadas. A adoção sustentável de novas vacinas (por exemplo, contra a malária e a dengue) suscita um desafio para os programas de vacinação, exigindo um aumento considerável dos seus orçamentos e uma expansão significativa da cadeia de refrigeração. O Haiti também se viu diante de desafios no tocante à disponibilidade e uso das vacinas para enfrentar problemas de saúde pública graves e complexos, como o cólera.

128. Após mais de 20 anos sem casos, a Região ainda corre o risco de importação do vírus selvagem da pólio ou da circulação de um vírus da pólio derivado da vacina. O plano de ação para manter as Américas livres da poliomielite oferece uma estrutura para as fases anteriores e posteriores à eliminação, bem como para a transição entre essas fases. O plano apresenta uma estratégia integral para melhorar todos os aspectos da proteção das comunidades e da vigilância epidemiológica.

## **1.6 Resistência aos antimicrobianos**

129. A resistência aos antimicrobianos ameaça a sustentabilidade de uma resposta de saúde pública mundial eficaz à ameaça permanente das doenças infecciosas. As tendências de aumento dessa resistência estão solapando as vitórias alcançadas a duras penas em termos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e põem em risco a oferta da cobertura universal de saúde de alta qualidade. Os medicamentos antimicrobianos são componentes essenciais de regimes de prevenção e cura, pois protegem os pacientes de doenças que podem ser fatais e asseguram que procedimentos complexos, como cirurgias e quimioterapias, possam ser executados com um nível aceitável de risco. Como a resistência a esses medicamentos se deve, em grande parte, ao seu uso inapropriado na medicina humana, na veterinária, na ração dos animais, na agricultura e pecuária, e na aquicultura, urge responder em escala mundial, usando um enfoque multissetorial.

130. Por estar alerta a essa crise, a OMS definiu seu trabalho na área da resistência aos antimicrobianos, abrangendo a resistência aos antibióticos, no plano de ação mundial para a resistência aos antimicrobianos, adotado pelos Estados Membros em maio de 2015 por meio da Resolução WHA68.7. De maneira análoga, o Conselho Diretor da OPAS aprovou o Plano de ação para a resistência aos antimicrobianos (Resolução CD54.R15 [2015]). Após a adoção pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro de 2016, de uma declaração política sobre a resistência aos antimicrobianos, os Estados Membros se comprometeram a formular planos de ação nacionais multissetoriais sobre o tema de acordo com o plano de ação mundial da OMS para essa questão. Endossando o enfoque concertado “Uma Saúde”, que vinculou diversos setores e agentes na defesa da saúde humana, animal e ambiental, eles também se comprometeram a mobilizar recursos suficientes, previsíveis e sustentáveis para pôr em prática esses programas e se comprometeram a aumentar a conscientização sobre esse fenômeno em todo o mundo.

131. A OPAS apoiará os Estados Membros para que honrem seu compromisso de formular planos de ação nacionais multissetoriais para a resistência aos antimicrobianos e se concentrará em assegurar a implementação em grande escala desses planos com os Estados Membros, bem como do Plano de ação regional para a resistência aos antimicrobianos; melhorar a vigilância da resistência aos antimicrobianos; promover as intervenções com base científica para sua contenção e colaborar com a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) para minimizar os riscos de surgimento e propagação da resistência aos antimicrobianos na interação entre os animais e os humanos.

## **1.7 Inocuidade dos alimentos**

132. Recentemente, tanto nos países em desenvolvimento como nos industrializados, houve uma crescente demanda por conhecimentos especializados no controle da inocuidade dos alimentos e das doenças zoonóticas nas situações de emergência e desastres. Esses conhecimentos, que fazem parte do campo da saúde pública veterinária, são fundamentais para a preparação, a vigilância e a resposta eficaz frente às emergências de saúde pública relacionadas à inocuidade dos alimentos.

133. A contaminação dos alimentos por agentes microbianos e produtos químicos (inclusive os antimicrobianos) representa um risco importante para a saúde pública, abarcando desde as doenças diarreicas até diversos tipos de câncer. Desde 1993, a OPAS conta com um sistema de informação regional sobre surtos de doenças transmitidas por alimentos na América Latina e no Caribe. Um estudo sobre os surtos dessas doenças notificados por 22 países entre 1993 e 2010 constatou que, dos 9.180 surtos em que o agente causador havia sido identificado, 69% foram de origem bacteriana e 9,7% de origem viral; 9,5% foram causados por toxinas marítimas, 2,5% por contaminantes químicos, 1,8% por parasitas e 0,5% por toxinas vegetais. Embora os dados sobre as doenças transmitidas por alimentos na ALC sejam limitados em decorrência da notificação insuficiente, esses números mostram a importância do problema. Só os Estados Unidos respondem por 47,8 milhões dos casos de doenças transmitidas por

alimentos por ano. A OMS também calcula que, dependendo do país, entre 15% e 79% de todos os casos de diarreia em todo o mundo se devem a alimentos contaminados. Os estudos na Região das Américas revelam que a frequência relativa das doenças diarreicas atribuíveis aos agentes patogênicos transmitidos pelos alimentos varia entre 26% e 36%.

134. É necessário um enfoque multissetorial e transdisciplinar para assegurar a inocuidade dos alimentos e, ao mesmo tempo, controlar, de forma eficaz os riscos em termos de saúde para os seres humanos, os animais, as plantas e o meio ambiente. As políticas públicas, estratégias e planos intersetoriais para a saúde, a agricultura e o meio ambiente são cruciais para fortalecer os sistemas que zelam pela inocuidade dos alimentos, a fim de garantir alimentos seguros e saudáveis, desde a produção até o consumo. Isso passa pela proteção dos consumidores, com ênfase nas populações pobres e vulneráveis.

### **Análise dos principais interessados diretos**

135. A vigilância, a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, o controle e a eliminação das doenças transmissíveis serão alcançados por meio da ação conjunta envolvendo novos e antigos parceiros, dentro e fora do setor da saúde. A OPAS continuará a fomentar a colaboração com diversos organismos das Nações Unidas, grandes fundações, centros colaboradores da OMS, organismos multilaterais e bilaterais, instituições científicas e outros parceiros estratégicos fundamentais que também tenham como visão reduzir a carga das doenças transmissíveis no âmbito regional e mundial. Nesses esforços, serão usadas as ferramentas disponíveis para formar alianças, como os acordos de cooperação técnica, comitês coordenadores interinstitucionais, parcerias público-privadas, cooperação técnica entre países, cartas de acordo, etc.

136. A lista atual de parceiros estratégicos abrange a Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI), a Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC), a Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), a Agência Espanhola de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (AECID), a Aliança GAVI, a Aliança Global para o Controle de Raiva (GARC), a Associação Internacional de Provedores de Atenção à AIDS (IAPAC), o Banco de Desenvolvimento da América Latina (CAF), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a Comissão do Codex Alimentarius (CAC), os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (HHS), a Fundação Bill e Melinda Gates, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária (FMSTM), o Grupo de Trabalho para a Saúde Mundial (TFGH), a Iniciativa do Comitê Sinal Verde (*Green Light Committee* – GLC), a Iniciativa para o Sarampo e a Rubéola (*Measles & Rubella Initiative*), a iniciativa tripartite “Uma Saúde” (One Health) da OMS, FAO e OIE, o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), o Mercado Comum do Sul (Mercosul), o Organismo Internacional Regional de Saúde Agropecuária (OIRSA), a Organização das Nações Unidas para Agricultura e

Alimentação (FAO), a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Combate à AIDS (PEPFAR), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS), o Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde (PATH), a Rede Internacional de Autoridades de Inocuidade dos Alimentos (INFOSAN), o Sabin Vaccine Institute (SVI), a Sociedade Canadense para a Saúde Internacional (CSIH) e a Sociedade Mundial de Proteção Animal (WSPA).

### **Estratégias de cooperação técnica**

137. Apoio ao fortalecimento da capacidade e autossustentabilidade:

- (a) Oferecer cooperação técnica e apoio aos Estados Membros em conformidade com os mandatos e as resoluções dos Órgãos Diretores da OPAS/OMS, com as estruturas mundiais e regionais e com as recomendações com base em evidências feitas por grupos regionais de assessoria estratégica e técnica reconhecidos.
- (b) Dar prioridade a populações vulneráveis e aos grupos de alto risco na cooperação técnica.
- (c) Ampliar as intervenções eficazes centradas na vigilância, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, controle e eliminação das doenças transmissíveis;
- (d) Dar destaque à capacitação nacional e local em todos os níveis, bem como à colaboração eficaz entre os países, de modo a produzir um impacto sustentável e positivo sobre os programas sociais e de saúde.
- (e) Promover e apoiar a adoção e uso de tecnologias recém-desenvolvidas, acessíveis e eficazes que acelerem os esforços para alcançar os objetivos em matéria de saúde nos países e na Região.
- (f) Elaborar e implementar estratégias eficazes visando à eliminação gradual e à sustentabilidade de programas conexos no âmbito nacional, como a mudança do apoio centrado a países-chave específicos para a cooperação técnica regional em um nível mais alto.

138. Formulação de normas e padrões:

- (a) Aproveitar os conhecimentos técnicos especializados da OPAS, que se baseiem em evidências científicas e conhecimentos aplicados, ao formular e adaptar normas e critérios regionais.
- (b) Trabalhar em colaboração com os Estados Membros para gerar evidências que fundamentem a formulação de diretrizes, ferramentas e metodologias regionais.
- (c) Incentivar os países e interessados diretos a adotarem e considerarem como próprias as normas e os critérios regionais estabelecidos no campo das doenças transmissíveis, facilitando a sua disseminação, uso e adaptação generalizados em todos os níveis.

- (d) Zelar para que os elementos da supervisão, monitoramento e avaliação sejam incorporados aos programas em todos os níveis.
- (e) Formular políticas multissetoriais e medidas baseadas em dados científicos para prevenir a exposição aos contaminantes ao longo da cadeia alimentar e garantir a segurança das novas tecnologias.

139. Determinar as linhas de pesquisa:

- (a) Identificar os principais desafios relacionados à saúde para os quais são necessárias respostas operacionais ou baseadas no conhecimento.
- (b) Promover pesquisa operacional e o uso apropriado dos resultados para reduzir a morbidade, a mortalidade e a carga decorrente das doenças infecciosas na Região.
- (c) Apoiar o estabelecimento de mecanismos para compilar, analisar, elaborar, difundir e usar informações estratégicas no intuito de contribuir para o acervo de conhecimentos sobre as melhores práticas de vigilância, prevenção, controle e eliminação das doenças transmissíveis.

### **Temas transversais e enfoques estratégicos em torno da saúde**

140. A vigilância, promoção, prevenção, tratamento, diagnóstico, controle e eliminação de doenças transmissíveis na Região das Américas apresentam muitas oportunidades para o trabalho interprogramático com o intuito de assegurar um enfoque integrado na elaboração e execução de programas. Essas colaborações transversais ocorrem entre as áreas programáticas da Categoria 1, bem como entre as diversas categorias. Além disso, todas as áreas programáticas da Categoria 1 estão estreitamente relacionadas com o trabalho feito na Categoria 5 (Emergências de saúde), especificamente no que se refere aos esforços para oferecer um enfoque integrado à prevenção, detecção no devido tempo, resposta e notificação de doenças transmissíveis que se enquadram no Regulamento Sanitário Internacional de 2005.

141. Na área da infecção pelo HIV/AIDS, ISTs e hepatites virais, o trabalho contribui para as seguintes categorias (e também se beneficia delas): Categoria 2 (Doenças não transmissíveis e fatores de risco); Categoria 3 (Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida), pois a prevenção da transmissão materno-fetal criará oportunidades para que as mulheres tenham acesso a serviços para o tratamento da infecção pelo HIV e a outros serviços de saúde em diversas fases da vida; Categoria 4 (Sistemas de saúde), por meio da melhoria da infraestrutura sanitária e da ampliação do acesso a tratamento, e Categoria 5 (Emergências de saúde).

142. A área da tuberculose está vinculada às Categorias 2 e 4. No caso do vínculo com a Categoria 2, as pessoas com determinadas doenças não transmissíveis, como o diabetes, podem ter um sistema imunológico hipotivo que aumenta o risco de contrair a tuberculose. De maneira análoga, no que se refere à Categoria 4, a criação de um programa eficaz de combate à tuberculose depende do funcionamento adequado do

sistema de atenção primária à saúde para diagnosticar e tratar os pacientes, seguido de um sistema seletivo, porém eficiente, de referência e contrarreferência.

143. A área programática das doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas está vinculada à Categoria 3, pois as intervenções para prevenir e tratar a esquistossomose, o tracoma, as geo-helmintíases e outras doenças negligenciadas terão um impacto positivo sobre os resultados em matéria de saúde materno-infantil.

144. Na área das doenças imunopreveníveis, as oportunidades para o trabalho interprogramático abrangem a Categoria 2, na qual são abordadas as questões relacionadas a vacinas contra o HPV e a hepatite B; a Categoria 3, em que a administração de vacinas novas e tradicionais ajuda a melhorar a saúde ao longo de todo o ciclo de vida; a Categoria 4, uma vez que a imunização é um meio para levar às populações vulneráveis outras intervenções de saúde e também oferece oportunidades para vincular os registros de imunização e de nascimento, além de outras estatísticas de saúde, a um sistema integral de informação em saúde, e a Categoria 5, no que se refere ao acompanhamento cuidadoso da vigilância das doenças imunopreveníveis para garantir a detecção oportuna de surtos na Região e a pronta resposta a eles, além do fortalecimento da capacidade laboratorial.

145. Na Categoria 1, o trabalho relacionado à hepatite viral está estreitamente vinculado aos esforços no campo da infecção pelo HIV/AIDS e das ISTs por causa da questão da coinfeção. Além disso, as estratégias com respeito à segurança do sangue, à segurança das injeções e à promoção de práticas sexuais de menor risco também estão relacionadas a ambas as áreas. Na Categoria 2, os pacientes imunodeprimidos, inclusive os portadores de doenças crônicas, têm mais probabilidade de contrair a hepatite. Esta área programática também requer oportunidades de colaboração interprogramática com as Categorias 3, 4 e 5.

146. Os temas transversais do gênero, equidade, direitos humanos e etnia estão incorporados à Categoria 1 para melhorar os resultados em termos de saúde.

- (a) As intervenções para combater as doenças transmissíveis são adaptadas para responder a questões de gênero e diversidade cultural, partindo da compreensão dos homens e mulheres de todas as idades, do seu patrimônio cultural e dos fatores que influenciam a sua situação de saúde. Esse trabalho também abrange a coleta e apresentação de dados desagregados por idade, sexo e outras variáveis pertinentes.
- (b) A ênfase na prevenção, no tratamento e no controle das doenças transmissíveis, sobretudo em áreas de maior necessidade, apoia os ideais da equidade na saúde e da redução da pobreza para levar às populações vulneráveis intervenções integradas de saúde que previnam infortúnios extremos quando ocorre uma doença.

- (c) O enfoque dos direitos humanos é especialmente pertinente às áreas programáticas da infecção pelo HIV/AIDS, ISTs e hepatites virais; tuberculose; doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas; e doenças transmitidas por alimentos. Deve-se dar atenção especial à promoção de intervenções para combater o estigma e a discriminação.

147. Os enfoques estratégicos no campo da saúde, como os determinantes sociais, a atenção primária à saúde, a promoção da saúde e a proteção social, estão fortemente integrados ao trabalho no âmbito da Categoria 1.

- (a) O crescimento demográfico, a pobreza, a migração, as condições de vida inadequadas e a falta de serviços básicos são fatores que dificultam os esforços para prevenir, tratar e controlar as doenças transmissíveis (por exemplo, as doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas). Assim, os determinantes sociais contribuem para resultados negativos em matéria de saúde que acentuam as iniquidades em saúde. As intervenções implementadas pelas áreas programáticas tirarão partido das melhores práticas existentes para abordar diretamente os determinantes sociais e obter melhores resultados em termos de saúde.
- (b) Muitas intervenções alinhadas com o trabalho nas diversas áreas programáticas ocorrem no nível da atenção primária à saúde e constituem um ponto de partida para que as famílias tenham acesso a outros serviços de saúde de qualidade (por exemplo, imunizações), bem como mais oportunidades para receber orientações sobre saúde. A incorporação dessas intervenções no nível primário da atenção também facilita o acesso ao diagnóstico e tratamento, no devido tempo, das doenças transmissíveis (por exemplo, a malária e a tuberculose).
- (c) A prevenção das doenças transmissíveis está alinhada com os princípios da proteção social em saúde ao limitar a exposição a agentes infecciosos que podem causar doenças, incapacidade ou um agravamento da pobreza, sobretudo entre as populações marginalizadas e vulneráveis.

## **Pressupostos e riscos**

### **Pressupostos:**

- (a) Os países e territórios da Região mantêm os seus compromissos na forma de recursos políticos, humanos e financeiros para a prevenção, detecção no devido tempo, diagnóstico, tratamento e controle das doenças transmissíveis e para o acesso universal e equitativo à imunização.
- (b) Os recursos comprometidos são entregues e usados no momento adequado, e a dependência de recursos externos para implementar as ações necessárias diminui.

- (c) Os Estados Membros usam plenamente o Fundo Rotativo da OPAS para a compra de vacinas e o Fundo Estratégico da OPAS para a compra de medicamentos e suprimentos médicos para doenças infecciosas negligenciadas.
- (d) Sistemas de vigilância em plena operação coletam dados pertinentes para avaliar os avanços e as brechas. As principais brechas em termos de conhecimento são atacadas e se avança na formulação de políticas e na implementação de programas com base científica.
- (e) Os esforços estão coordenados, são sinérgicos e se otimizam (em vez de estarem desconectados, serem conflitantes e gerarem duplicidade).
- (f) O contexto jurídico e normativo é propício à ampliação do acesso e ao uso dos serviços relacionados ao HIV e às ISTs.
- (g) Foram adotadas medidas eficazes para mitigar o impacto dos eventos catastróficos.

**Riscos:**

- (a) Uma mudança nas prioridades de saúde em nível mundial, regional ou nacional acarreta uma redução do apoio financeiro aos programas de vacinação e de combate a doenças transmissíveis.
- (b) Agendas paralelas e descoordenadas de saúde competem pela prioridade e pelos recursos.
- (c) Instrumentos legais e normativos dificultam o acesso aos sistemas de atenção à saúde e/ou o seu uso.
- (d) A mobilidade das pessoas através das fronteiras contribui para a complexidade da prevenção, controle e eliminação de doenças.
- (e) As emergências, desastres e pandemias desviam os recursos alocados para os principais programas de doenças transmissíveis e dificultam ou impossibilitam a coleta e compilação de informações estratégicas.
- (f) Crescem o estigma e a discriminação contra as pessoas infectadas pelo HIV/AIDS.
- (g) As doenças infecciosas negligenciadas continuam a ter uma prioridade muito baixa nas agendas de governo de certos países e parceiros.
- (h) Há uma escassez dos medicamentos usados no tratamento de doenças infecciosas negligenciadas e de doenças zoonóticas na Região, em função da insuficiência de matéria-prima.
- (i) O investimento nas atividades de imunização é baixo ou insuficiente, o que põe em risco a consecução da meta da cobertura universal.

## **Categoria 1. Doenças transmissíveis: Áreas programáticas e resultados intermediários**

### **1.1 Infecção pelo HIV/AIDS, ISTs e hepatites virais**

| <b>Resultado intermediário</b>   | <b>Ind.</b> | <b>Indicadores do resultado intermediário</b>  | <b>Linha de base em 2013*</b> | <b>Meta para 2019 (somada à linha de base)*</b> |
|--|-------------|--|-------------------------------|---|
| RIT 1.1<br>Ampliação do acesso a intervenções cruciais para a prevenção e o tratamento da infecção pelo HIV, ISTs e hepatites virais | RIT 1.1.1   | Número de países e territórios que têm uma cobertura de 80% da terapia antirretroviral (TARV) na população que reúne os requisitos**                                 | 6                             | 22  |
|  | RIT 1.1.2   | Número de países e territórios com cobertura de pelo menos 95% do tratamento profilático do HIV para prevenção da transmissão materno-fetal do HIV                   | 0                             | 24  |
|  | RIT 1.1.3   | Número de países e territórios com pelo menos 95% de cobertura do tratamento da sífilis em gestantes   | 0                             | 22  |
|  | RIT 1.1.4   | Número de países e territórios com cobertura de pelo menos 95% da vacinação infantil de rotina para a hepatite B (menores de um ano)                                 | 15                            | 25  |
|  | RIT 1.1.5   | Número de países e territórios que incluem na sua lista nacional de medicamentos essenciais uma ou mais drogas recomendadas pela OMS para o tratamento da hepatite C | 8                             | 15  |

\* O ano da linha de base é 2013 ou o ano ao qual correspondem os dados mais recentes. Relaciona-se o ano no caso dos indicadores para os quais não haja dados referentes a 2013. As metas para 2019 abrangem a linha de base em 2013. Isso se aplica a todas as linhas de base e metas nesta categoria.

\*\* Até meados de 2013, o critério eram indivíduos soropositivos cujo número de linfócitos CD4 era igual ou inferior a 350/ml. Com base nas novas diretrizes da OMS publicadas em junho de 2013, o limiar recomendado para iniciar a TARV foi elevado para 500 CD4/ml ou menos, o que significa que o número de pessoas que reúnem os requisitos (denominador) aumentará.

## 1.2 Tuberculose

| Resultado intermediário   | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|---|-----------|---|-----------------------|---|
| RIT 1.2<br>Aumento do número de pacientes com tuberculose diagnosticados e tratados com sucesso | RIT 1.2.1 | Número acumulado de pacientes com TB bacteriologicamente confirmada tratados com sucesso em programas que tenham adotado a estratégia recomendada pela OMS desde 1995   | 1.450.000 pacientes   | 2.500.000 pacientes                     |
|   | RIT 1.2.2 | Número anual de pacientes com tuberculose multirresistente presumida ou confirmada, com base nas definições da OMS (2013) inclusive os casos resistentes à rifampicina, que recebem tratamento contra a tuberculose multirresistente nas Américas | 2.960 pacientes       | 5.490 pacientes                         |
|   | RIT 1.2.3 | Porcentagem de novos pacientes com diagnóstico de TB em comparação com o total de casos incidentes de tuberculose   | 79%                   | 90%                                     |

## 1.3 Malária e outras doenças transmitidas por vetores

| Resultado intermediário   | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|---|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 1.3<br>Aumento da capacidade dos países para elaborar e implementar planos, programas ou estratégias integrais para a vigilância, prevenção, controle e/ou eliminação da malária e de outras doenças transmitidas por vetores | RIT 1.3.1 | Porcentagem de casos de malária confirmados no setor público que recebem tratamento antimalárico de primeira linha de acordo com a política nacional (com base em recomendações da OPAS/OMS)   | 85%                   | 95%                                     |
|   | RIT 1.3.2 | Número de países e territórios com capacidade instalada para eliminar a malária  | 10                    | 21                                      |
|   | RIT 1.3.3 | Número de países e territórios com capacidade instalada para administrar todos os casos de dengue  | 14                    | 30                                      |
|   | RIT 1.3.4 | Número de países e territórios onde todo o território ou unidade territorial endêmica tem um índice doméstico de infestação (pela principal espécie de vetor triatomíneo ou pelo vetor substituto, conforme o caso) igual ou inferior a 1% | 17                    | 21                                      |

#### 1.4 Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas

| Resultado intermediário  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 1.4<br>Aumento da capacidade do país para elaborar e implementar planos, programas ou estratégias integrais para a vigilância, prevenção, controle e/ou eliminação de doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas | RIT 1.4.1 | Número de países que tenham registrado aumento anual da proporção de casos diagnosticados e tratados de leishmaniose conforme o tratamento recomendado nas diretrizes da OPAS/OMS  | 0                     | 12                                      |
|  | RIT 1.4.2 | Número de países e territórios endêmicos com elevada carga de hanseníase que reduziram em 35% a taxa de novos casos com grau de incapacidade 2 por 100 mil habitantes em comparação com os próprios dados da sua linha de base de 2012 | 0/10                  | 10/10                                   |
|  | RIT 1.4.3 | Número de países endêmicos que alcançaram a meta de cobertura recomendada de tratamento (65% ou mais) da população em risco de contrair filariose linfática  | 1/4                   | 4/4                                     |
|  | RIT 1.4.4 | Número de países endêmicos que alcançaram a meta de cobertura recomendada de tratamento (85% ou mais para cada rodada de tratamento) da população em risco de contrair oncocercose   | 1/2                   | 2/2                                     |
|  | RIT 1.4.5 | Número de países endêmicos que alcançaram a meta de cobertura recomendada de tratamento (80% ou mais) da população em risco de contrair tracoma que possa levar à cegueira   | 0/3                   | 3/3                                     |
|  | RIT 1.4.6 | Número de países endêmicos que alcançaram a meta de cobertura recomendada de tratamento (75% ou mais) da população em risco de contrair esquistossomose  | 0/2                   | 2/2                                     |
|  | RIT 1.4.7 | Número de países endêmicos que alcançaram a meta de cobertura recomendada de tratamento (75% ou mais) da população em risco de contrair geo-helmintíases   | 5/24                  | 16/24                                   |
|  | RIT 1.4.8 | Número de países e territórios com capacidade estabelecida e processos eficazes para eliminar a raiva humana transmitida pelos cães  | 28                    | 35                                      |

## 1.5 Doenças imunopreveníveis

| Resultado intermediário   | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|---|-----------|---|-----------------------|---|
| RIT 1.5<br>Aumento da cobertura da vacinação das populações e comunidades de difícil acesso e manutenção do controle, da erradicação e da eliminação das doenças imunopreveníveis | RIT 1.5.1 | Média da cobertura regional com três doses da vacina contra difteria, tétano e coqueluche   | 92%                   | 94%                                     |
|   | RIT 1.5.2 | Número de países e territórios em que se restabeleceu a transmissão endêmica dos vírus do sarampo e da rubéola  | 0                     | 0                                       |
|   | RIT 1.5.3 | Número de países e territórios que adotaram uma ou mais novas vacinas   | 34                    | 51                                      |
|   | RIT 1.5.4 | Número de países e territórios que notificaram casos de paralisia devido ao vírus selvagem da pólio ou à circulação de um vírus da pólio derivado da vacina nos 12 meses anteriores | 0                     | 0                                       |

## 1.6 Resistência aos antimicrobianos

| Resultado intermediário  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 1.6<br>Ampliação da capacidade nacional para reduzir o risco e evitar a transmissão de infecções multirresistentes | RIT 1.6.1 | Número de países com capacidade ampliada para a vigilância da resistência aos antimicrobianos para reduzir o risco e evitar a transmissão de infecções multirresistentes | 20                    | 30                                      |

## 1.7 Inocuidade dos alimentos

| Resultado intermediário  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 1.7<br>Número de países que têm a capacidade para mitigar os riscos para a inocuidade dos alimentos e responder a surtos | RIT 1.7.1 | Número de países e territórios que contam com mecanismos adequados para prevenir ou mitigar os riscos para a inocuidade dos alimentos e responder a surtos, inclusive entre as populações marginalizadas | 4                     | 20                                      |

## **Categoria 2 – Doenças não transmissíveis e fatores de risco**

*Reduzir a carga das doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças pulmonares crônicas, o diabetes e os transtornos mentais, assim como a incapacidade, a violência e os traumatismos, mediante a promoção da saúde e a redução dos riscos, a prevenção, o tratamento e a vigilância de doenças não transmissíveis e dos seus fatores de risco.*

### **Alcance**

148. A OPAS, junto com organizações parceiras de diversos setores, fará face à carga das doenças não transmissíveis com ênfase nas doenças cardiovasculares (em especial, a hipertensão), câncer, diabetes, pneumopatias, e doença renal crônica. Será dada atenção especial aos fatores de risco comuns como o consumo de tabaco, o consumo prejudicial de álcool, a má alimentação, o consumo de sal, o sedentarismo e a obesidade. Na sua resposta às DNTs, a OPAS também se concentrará na nutrição e em outros problemas relacionados a essas doenças, como a saúde mental, a violência e traumatismos, as deficiências e a reabilitação. Os principais objetivos do trabalho nesta categoria serão abordar os determinantes fundamentais das DNTs, como os fatores socioeconômicos, ambientais e ocupacionais ao longo de todo o ciclo de vida, bem como fortalecer a resposta da atenção primária às DNTs, aos fatores de risco e aos problemas relacionados. Os enfoques específicos estão enunciados nos diversos mandatos da OPAS/OMS relacionados às DNTs, como o Plano de Ação Regional para a Prevenção e Controle das DNTs 2013-2019.

### **Contexto**

#### **2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco**

149. Mais de 75% de todas as mortes na Região das Américas são causadas por DNTs, que, em grande medida, são altamente passíveis de prevenção e podem ser controladas por meio de políticas e regulamentações públicas, serviços de saúde e intervenções nos estilos de vida. A carga das mortes prematuras causadas por DNTs é de especial interesse: todos os anos, nas Américas, mais de 1,5 milhão de pessoas com menos de 70 anos de idade morrem de DNTs, o que tem graves implicações para o desenvolvimento socioeconômico. Uma vez que a epidemia das DNTs é impulsionada pela globalização, urbanização, tendências demográficas e condições socioeconômicas, são necessárias intervenções não apenas do setor da saúde, mas também de outros setores do governo, como agricultura, educação, transporte, trabalho, meio ambiente e comércio, assim como da sociedade civil e do setor privado. As doenças cardiovasculares, o diabetes e o câncer são problemas crescentes na Região e, em vista do crescimento e envelhecimento da população, a expectativa é que a situação se agrave. Assim, urge lançar mão de políticas e serviços para reduzir os principais fatores de risco e promover a saúde nas comunidades, nos locais de trabalho, nas escolas e em outros meios. Além disso, a fim de melhorar o

controle das DNTs, é necessário fortalecer os sistemas e serviços de saúde, sobretudo no nível da atenção primária, visando à triagem, detecção e administração das DNTs e dos fatores de risco no devido tempo, assegurar o acesso a medicamentos, tecnologias e atenção de boa qualidade e contínua.

150. O consumo de tabaco é um dos principais fatores de risco das DNTs. Na Região, a prevalência do hábito de fumar entre os adultos é de 22%, e 16% do total da mortalidade de adultos é atribuída ao tabaco. A brecha no consumo entre homens e mulheres está caindo, sobretudo entre os adolescentes. O consumo de tabaco reflete as desigualdades sociais, com maior prevalência nos grupos populacionais com níveis de renda e escolaridade mais baixos. Na Região, 29 países ratificaram a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT). Embora 20 países tenham aprovado legislação de modo a cumprir pelo menos um dos mandatos do tratado, é necessário avançar bem mais. A interferência da indústria do tabaco continua a ser um grande desafio na Região, retardando o progresso na implementação da CQCT da OMS.

151. Os relatórios indicam que a redução do consumo de tabaco em 20% e da ingestão de sal em 15%, aliada ao tratamento dos pacientes com risco elevado de apresentar doenças cardiovasculares com uma combinação de medicamentos apropriados, poderia prevenir até 3,4 milhões de mortes na Região, em 10 anos, a um custo razoável. Esses dados reforçam o argumento de que os países, orientados pela liderança bem informada dos ministérios da saúde, podem continuar a defender políticas multissetoriais que promovam o autocuidado responsável baseado na prevenção e que aumentem a disponibilidade de medicamentos essenciais.

152. O consumo de álcool é outro fator de risco importante relacionado com as DNTs. Em 2004, ele foi responsável por pelo menos 347 mil mortes na Região e pela perda de mais de 13 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI). O consumo médio por habitante está estimado em 8,7 litros por ano entre os maiores de 15 anos, em comparação com uma média mundial de 6,1 litros por pessoa por ano. Em 2005, cerca de 17,9% dos homens e 4,5% das mulheres na Região registravam episódios semanais de consumo excessivo de álcool. O crescimento da indústria de bebidas alcoólicas na Região e as suas campanhas publicitárias e promocionais agressivas, diante da falta de um controle regulamentar efetivo, continuam a ser um obstáculo significativo à adoção de uma resposta eficaz.

153. Estão ocorrendo mudanças rápidas e prejudiciais no consumo de alimentos no âmbito regional. Essas mudanças afetam grandes setores da população, sobretudo as pessoas de baixa renda e as menos instruídas. O consumo de alimentos processados ricos em calorias, gorduras, açúcar e sal está crescendo, enquanto o consumo de frutas e verduras está diminuindo. Essa evolução dos hábitos alimentares vem acompanhada de uma redução da atividade física. O resultado é uma epidemia alarmante de **sobrepeso e obesidade**. Segundo as estimativas regionais, entre 50% e 60% dos adultos, mais de um terço dos adolescentes e 7% a 12% das crianças menores de 5 anos estão acima do peso (IMC > 25) ou obesos (IMC > 30). O que é ainda mais grave é que as previsões indicam

que essas porcentagens subirão rapidamente, chegando a 289 milhões de pessoas (39% da população total) até 2015. Em quase todos os países, o problema é maior entre as mulheres.

154. A obesidade está vinculada a várias DNTs. Uma análise de 57 estudos prospectivos destaca que, para cada 5 kg/m<sup>2</sup> em excesso no índice de massa corporal (IMC), a mortalidade aumenta quase 30% (40% para as doenças cardiovasculares, 60% a 120% para as complicações relacionadas com o diabetes, 10% para o câncer e 20% para as doenças respiratórias crônicas).

155. A rápida urbanização da Região, o aumento dos salários e o crescimento econômico estão por trás dos hábitos alimentares pouco saudáveis e dos estilos de vida sedentários que, por sua vez, resultaram no problema da obesidade. Entre os fatores, destacam-se a comercialização globalizada dos alimentos processados e das bebidas açucaradas, a extraordinária popularidade do entretenimento eletrônico e dos computadores, o papel central do automóvel particular no planejamento e desenho urbano e o temor crescente da criminalidade nas ruas, que mantém muitas pessoas dentro das suas casas. Com a adoção da Estratégia Mundial da OMS sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde, a atenção se voltou para a importância fundamental do ambiente alimentar, pois ele influi sobre as preferências, as decisões sobre o que comprar e o comportamento alimentar.

## **2.2 Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas**

156. Os transtornos mentais, neurológicos e decorrentes do abuso de substâncias psicoativas constituem uma causa importante de morbidade, mortalidade e incapacidade. Oito transtornos prioritários são os que mais contribuem para a morbidade na maioria dos países em desenvolvimento: depressão, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, suicídio, epilepsia, demência, transtornos decorrentes do consumo de álcool, transtornos decorrentes do consumo de drogas ilícitas e transtornos mentais nas crianças. Na Região, os transtornos que exigem atenção especial são a depressão, os transtornos decorrentes do consumo de álcool, a demência e o estado de saúde mental das crianças e adolescentes, inclusive a prevenção do suicídio. Esses são os principais determinantes e causas da morbidade. A OPAS se concentrará em quatro áreas: (a) a informação e a vigilância, ampliando o acervo de evidências sobre a saúde mental; (b) a formulação de políticas, planos e instrumentos legais, com ênfase especial na proteção dos direitos humanos; (c) o desenvolvimento e integração do componente da saúde mental na atenção primária e (d) a prestação de serviços de saúde mental e apoio psicossocial em casos de desastres e emergências humanitárias. Nesse sentido, a reestruturação dos serviços de saúde mental deve continuar a ser uma prioridade na América Latina e Caribe.

## **2.3 Violência e traumatismos**

157. A violência e os traumatismos são uma causa importante de morbidade e mortalidade nas Américas. Os homicídios são a primeira causa de mortalidade entre

homens de 15 a 29 anos e a segunda causa entre as mulheres na mesma faixa etária. Os traumatismos causados por acidentes de trânsito são a principal causa de mortes de crianças de 5 a 14 anos e a segunda causa na faixa dos 15 aos 44 anos. Para cada pessoa que morre por causa da violência e de traumatismos, muitas outras sofrem consequências de longo prazo para a sua saúde física e mental. As diversas formas de violência afetam as populações de maneira específica. Enquanto a maioria dos ataques contra homens, inclusive os jovens, são perpetrados por um estranho ou um conhecido, as mulheres têm mais chance de sofrer violência nas mãos do marido ou parceiro íntimo e é maior a probabilidade de as crianças sofrerem abusos por adultos próximos a elas.

158. A violência resulta em custos diretos e indiretos consideráveis para a sociedade. Ela consome grande parte do orçamento dos setores da saúde, serviços sociais e justiça em gastos para cuidar dos sobreviventes e prender e processar os autores. A violência também reduz a produtividade, aumenta o absentismo e impõe custos intergeracionais consideráveis em função dos efeitos da violência sobre os filhos dos sobreviventes. Além disso, o medo da violência pode exacerbar ainda mais as desigualdades ao isolar os pobres nas suas casas e os ricos nos seus espaços segregados, afetando o bem-estar e o tecido social das famílias e comunidades.

#### **2.4 Deficiências e reabilitação**

159. Na Região das Américas, calcula-se que entre 140 milhões e 180 milhões de pessoas tinham alguma forma de deficiência em 2010. A expectativa é que esse número aumente devido a fatores como o crescimento demográfico, o envelhecimento, o aumento dos casos de DNTs, os acidentes, os desastres, a violência, a má alimentação e o abuso de substâncias psicoativas. Os recursos limitados, políticas inapropriadas, o acesso limitado aos serviços de saúde e reabilitação, e o transporte inacessível representam grandes desafios para os portadores de deficiências. É preciso cuidar da saúde ocular, auditiva e bucal, pois cerca de 80% dos casos de cegueira nas Américas são evitáveis e as cáries dentárias afetam mais de 90% da população da Região.

160. A OPAS ajudará a melhorar a saúde e as condições de vida dos portadores de deficiências mediante a cooperação técnica, a promoção da participação comunitária e um enfoque baseado nos direitos. O acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, inclusive aos serviços de reabilitação, será fortalecido. Isso abrange a geração de sinergias entre os programas de saúde conexos visando à promoção da saúde e à prevenção de deficiências, o fortalecimento da capacidade do pessoal de saúde, a oferta de proteção social aos portadores de deficiências e a melhoria das informações sobre as deficiências no âmbito dos sistemas de informação em saúde.

#### **2.5 Nutrição**

161. A nutrição deficiente resulta no atraso no crescimento das crianças e contribui para o sobrepeso e a obesidade ao longo de todo o ciclo de vida. Isso, por sua vez, constitui um importante fator de risco de três das quatro DNTs graves: as doenças

cardiovasculares, o câncer e o diabetes. As afecções relacionadas à desnutrição e ao sobrepeso e obesidade representam uma pesada carga para as pessoas, as comunidades e o sistema de saúde, e prejudicam o desenvolvimento humano e a equidade. Assim, a prevenção desses problemas é crucial para a consecução das metas de desenvolvimento regionais e globais. Foram estabelecidas metas regionais para a amamentação exclusiva e para a redução do atraso no crescimento das crianças, do sobrepeso e da anemia nas mulheres.

162. A OPAS apoiará o fortalecimento da base de evidências para a execução de intervenções eficazes na nutrição e ajudará na formulação e avaliação de políticas e programas, além de exercer a liderança e oferecer os conhecimentos práticos e a capacidade necessários para ampliar as ações. A Organização também oferecerá cooperação técnica para melhorar os ambientes — por exemplo, apoiando a amamentação em hospitais e as refeições saudáveis e a recreação nas escolas. Além disso, envolverá o setor privado nas áreas de fortificação de alimentos básicos e reformulação de produtos, e proporcionará estruturas para a regulamentação nas áreas de rotulagem e comercialização de alimentos e bebidas para crianças. Em todas essas ações, serão aplicados enfoques multissetoriais com a participação de atores fundamentais, como os ministérios da educação, agricultura e meio ambiente. Por último, a OPAS monitorará os avanços rumo ao cumprimento das metas nutricionais acordadas pelos Estados Membros.

### **Análise dos principais interessados diretos**

163. Os principais interessados diretos nesta categoria são os ministros da saúde e as autoridades sanitárias nacionais responsáveis pelas áreas de DNTs e respectivos fatores de risco, nutrição, saúde mental, violência e traumatismos, deficiências e reabilitação, incluídos os programas de saúde ocular, bucal e auditiva. Uma vez que se faz necessário um enfoque que abranja a totalidade do governo para abordar as DNTs e os seus fatores de risco, outros setores além da saúde, como a agricultura, a educação, os transportes, o trabalho, o meio ambiente e o comércio, também figuram entre os principais interessados diretos. A OPAS também estabelece parcerias nessas áreas programáticas com interessados diretos de fora do governo, como os atores da sociedade civil (organizações não governamentais, organizações internacionais, associações profissionais e meio acadêmico), assim como do setor privado.

164. A OPAS mantém parcerias sólidas com os centros colaboradores da OMS relacionados a esta categoria e também com numerosas associações profissionais, instituições acadêmicas, organizações não governamentais e organizações do setor privado que atuam na área das DNTs. Essa colaboração se dá principalmente por intermédio do Fórum Pan-Americano para Ação contra as DNTs (PAFNCD, na sigla inglesa), mas esses vínculos também estão bem estabelecidos em outras iniciativas vinculadas às áreas programáticas específicas desta categoria. A Coalizão do Caribe Saudável, a Coalizão da América Latina para a Saúde e a Aliança da Convenção-Quadro são as principais coalizões da sociedade civil com as quais a OPAS colabora, visando

especialmente à mobilização e comunicação social em torno das DNTs, e à prevenção e controle dos fatores de risco.

165. A OPAS também colabora com organismos das Nações Unidas, como a União Internacional de Telecomunicações, o UNICEF, o PNUD, o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (UNODC), para ampliar a programação conjunta para as DNTs e os seus fatores de risco em âmbito regional e nacional.

166. Por meio dos seus fortes laços com os governos, a OPAS tem apoiado as diversas declarações políticas sobre as DNTs. Destacam-se a Declaração da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis; a Declaração de Porto Espanha sobre as DNTs; a resolução dos ministros da saúde da região andina sobre as DNTs e a sua vigilância (REMSAA XXXIV/5 e REMSAA XXXII, 2011); a resolução da UNASUL sobre as DNTs e a Declaração de Antígua (Guatemala) dos ministros da saúde da América Central e da República Dominicana sobre as DNTs, endossada pelos presidentes do Sistema de Integração Centro-Americana.

167. A OPAS continuará a formar e ampliar capacidades nos ministérios da saúde para melhorar a resposta dos diversos interessados diretos, bem como aumentar a eficácia e o impacto das políticas, programas e serviços nacionais relacionados às DNTs e aos seus fatores de risco.

### **Estratégias de cooperação técnica**

168. Nos esforços rumo à consecução das metas e indicadores mundiais estabelecidos no âmbito da estrutura de vigilância mundial das DNTs, será prioritário implementar os diversos mandatos e resoluções sobre as DNTs, os fatores de risco e os problemas relacionados, em especial a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (um tratado mundial juridicamente vinculante) e o Plano de Ação Regional para a Prevenção e Controle das DNTs. A OPAS se encarregará, junto com os Estados Membros, de dar uma resposta multissetorial, articulando opções de política e regulamentação para abordar as condições físicas, ambientais e socioeconômicas mais amplas que apoiam a nutrição saudável, a redução dos fatores de risco, a saúde mental, a prevenção da violência, as deficiências e a reabilitação, e a administração das DNTs. Isso implicará a formação de parcerias eficazes e o exercício de um papel de liderança e coordenação com os fundos, programas e organismos das Nações Unidas pertinentes. O trabalho da OPAS aproveitará bastante as suas competências normativas e de fortalecimento das capacidades.

169. A OPAS apoiará os Estados Membros nos seus esforços para estabelecer planos nacionais e fortalecer políticas, programas e serviços, enfatizando o enfoque da atenção primária à saúde para as DNTs, os fatores de risco e os problemas relacionados. O foco recairá sobre a prevenção ao longo de todo o ciclo de vida e sobre a triagem e detecção, no devido tempo, do câncer, do diabetes e das doenças cardiovasculares, assim como dos

seus fatores de risco. Outras prioridades serão a melhoria da qualidade da atenção, a ampliação do acesso a diagnóstico e tratamento a preços acessíveis, a redução do sofrimento das pessoas que vivem com as deficiências e as doenças crônicas, e o apoio a estratégias e tecnologias apropriadas para ambientes de atenção primária à saúde e locais de trabalho que contem com recursos limitados. A OPAS também apoiará a informação, a vigilância e a pesquisa, ampliando a base de evidências em apoio às políticas, estratégias e leis nacionais, com ênfase na proteção dos direitos. O trabalho na área da saúde mental abrangerá a oferta de apoio mental e psicossocial em emergências humanitárias.

### **Temas transversais e enfoques estratégicos em torno da saúde**

170. A Categoria 2 e as suas áreas programáticas exigirão um trabalho interprogramático com todas as outras categorias, sobretudo a Categoria 1 (Doenças transmissíveis), a Categoria 3 (Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida) e a Categoria 4 (Sistemas de saúde). Os vínculos com a Categoria 1 abrangem a comorbidade (por exemplo, tuberculose e diabetes, infecção pelo HIV/AIDS e saúde mental) e as vacinas para prevenir alguns tipos de câncer (vacina contra a hepatite B no caso do câncer hepático e vacina contra o HPV no caso do câncer cervical). No que se refere à Categoria 3, há fortes vínculos entre a mortalidade neonatal e na primeira infância e a morbidade e a promoção da nutrição saudável (sobretudo no tocante à amamentação) como forma de prevenir as DNTs. As estratégias para prevenir e controlar as DNTs também apoiam o envelhecimento ativo e saudável. As ações multissetoriais necessárias para a prevenção das DNTs são as que abordam os determinantes sociais da saúde, assim como as ameaças ambientais à saúde e à equidade de gênero. Os vínculos com a Categoria 4 são particularmente fortes, uma vez que são essenciais um enfoque de atenção primária, a atenção centrada nas pessoas e o acesso às tecnologias médicas para administrar as DNTs. Os temas da Categoria 2 exigem uma forte colaboração multissetorial com vistas a abordar, de uma maneira mais eficaz, as causas subjacentes das DNTs e os fatores de risco associados.

171. A abordagem dos determinantes sociais da saúde tem uma função crucial na estratégia para responder à carga das DNTs, aos fatores de risco e aos problemas relacionados. As estratégias de promoção da saúde são um componente essencial da prevenção das DNTs; é especialmente importante a promoção da saúde da criança e do adolescente para inculcar, nas primeiras fases da vida, modos de vida saudáveis. A atenção primária à saúde é outro componente essencial da administração das DNTs e dos seus fatores de risco, bem como da saúde mental, das deficiências e reabilitação, e da prevenção da violência e dos traumatismos. A OPAS incorporará as intervenções de administração das DNTs e dos fatores de risco aos esforços gerais para fortalecer os sistemas de saúde com base no enfoque da atenção primária. A atenção equitativa para as DNTs, os fatores de risco e os problemas relacionados requer a proteção social em saúde; assim, a prevenção e o controle das DNTs e dos fatores de risco devem estar incluídos nos conjuntos de medidas de proteção social.

172. Os temas transversais do gênero, equidade, direitos humanos e etnia serão levados em consideração na consecução de todos os resultados intermediários e dos respectivos indicadores destacados a seguir.

## **Pressupostos e riscos**

### **Pressupostos:**

- (a) Os países e territórios na Região reconhecem o conceito da saúde como um estado de total bem-estar físico, mental e social.
- (b) Os Estados Membros mantêm e reforçam os seus compromissos assumidos no âmbito dos planos de ação da OMS e da OPAS para as DNTs, levando em consideração também outros mandatos relacionados com essas doenças e com os seus fatores de risco, como as convenções e mandatos das Nações Unidas sobre o álcool, o tabaco, a má alimentação, a atividade física, a saúde mental, a violência, a segurança viária, as deficiências e a nutrição. Em especial, cumpre destacar as obrigações dos países com a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco.
- (c) Os países e territórios priorizam a implementação dos planos de ação nacionais para abordar as DNTs, a saúde mental e os fatores de risco, inclusive com um aumento dos recursos financeiros e humanos destinados à sua implementação, de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS.
- (d) São estabelecidas relações de colaboração e parcerias multissetoriais e multidisciplinares eficazes visando às políticas, mecanismos, redes e ações, com a participação de todos os interessados diretos em âmbito nacional, regional e internacional.
- (e) Os países e territórios, assim como a OPAS, melhoram os seus sistemas de informação em saúde para medir e monitorar, de forma adequada, as DNTs e os seus fatores de risco.
- (f) Os sistemas de saúde dão uma resposta integrada às DNTs e aos fatores de risco, concentrando-se nas intervenções de atenção primária à saúde.
- (g) Os países e territórios adotam o enfoque comunitário da saúde mental.

### **Riscos:**

- (a) Prioridades nacionais conflitantes reduzem a atenção dada às DNTs e aos seus fatores de risco, afetando, inclusive, as intervenções para a saúde mental e as deficiências no nível da atenção primária à saúde.
- (b) O investimento na prevenção e controle das DNTs é insuficiente nos níveis nacional e internacional, pondo em risco a implementação da estratégia mundial contra as DNTs e o plano de ação regional proposto sobre essas doenças para 2013-2019.

- (c) A baixa capacidade reguladora no âmbito nacional permite que as indústrias do tabaco, das bebidas alcoólicas, dos alimentos processados e das bebidas açucaradas interfiram e prejudiquem os avanços nos países.
- (d) A aplicação das leis sobre os fatores de risco das DNTs (como a segurança viária e a violência) é limitada no âmbito nacional.
- (e) A agregação dos dados e a disponibilidade limitada de informações sobre as DNTs e os seus fatores de risco ocultam aspectos de equidade importantes dessas doenças e problemas, enfraquecendo as intervenções baseadas em evidências.
- (f) A complexidade dos sistemas de monitoramento e notificação, passando pela variedade de metodologias usadas, reduz a capacidade dos países e territórios para informar o seu progresso no combate às DNTs e aos fatores de risco.
- (g) Os esforços de prevenção da violência recebem baixa prioridade porque as consequências da violência costumam ser invisíveis nas estatísticas de saúde atuais e porque a avaliação do progresso é igualmente difícil.

## **Categoria 2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco: Áreas programáticas e resultados intermediários**

### **2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco**

| <b>Resultado intermediário</b>   | <b>Ind.</b> | <b>Indicadores do resultado intermediário</b>  | <b>Linha de base em 2013*</b>  | <b>Meta para 2019 (somada à linha de base)*</b> |
|--|-------------|--|--|---|
| RIT 2.1<br>Ampliação do acesso a intervenções para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis e os seus fatores de risco | RIT 2.1.1   | Reduzir o consumo prejudicial de álcool, conforme o caso, dentro do contexto nacional**  |  |   |
|  |             | 2.1.1a Consumo total (registrado e não registrado) de álcool per capita entre pessoas de 15 anos ou mais em um ano civil, em litros de álcool puro, conforme o caso, dentro do contexto nacional | 8,4 litros por pessoa por ano (2003-1005)  | redução de 5%                                   |
|  |             | 2.1.1b Prevalência de transtornos decorrentes do uso de álcool entre adolescentes e adultos, conforme o caso, dentro do contexto nacional  | 6,0% para os códigos do CID 10 (2,6% para o uso prejudicial e 3,4% para a dependência do álcool) em 2010 | redução de 5%                                   |

\* O ano da linha de base é 2013 ou o ano ao qual correspondem os dados mais recentes. Relaciona-se o ano no caso dos indicadores para os quais não haja dados referentes a 2013. As metas para 2019 abrangem a linha de base em 2013. Isso se aplica a todas as linhas de base e metas nesta categoria.

\*\* Os países selecionarão um ou mais indicadores do consumo prejudicial de álcool conforme apropriado para o contexto nacional e de acordo com a estratégia mundial da OMS para reduzir o consumo prejudicial de álcool. Os indicadores podem abranger a prevalência de episódios de consumo excessivo, o consumo total per capita e a morbidade e mortalidade relacionada ao álcool, entre outros.

| Resultado intermediário | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013*   | Meta para 2019 (somada à linha de base)*  |
|-------------------------|-----------|---|--|---|
|                         |           | 2.1.1c Prevalência, padronizada por idade, de episódios de consumo excessivo                                    | 13,7%  | redução de 5%   |
|                         | RIT 2.1.2 | Prevalência do nível atual de consumo de tabaco   |  |   |
|                         |           | 2.1.2a Prevalência do nível atual de consumo de tabaco entre adolescentes de 13 a 15 anos                       | A ser determinada pela OMS   | A ser determinada pela OMS  |
|                         |           | 2.1.2b Prevalência, padronizada por idade, do nível atual de consumo de tabaco (18 anos ou mais)                | 21%  | 17%<br>(para alcançar a meta mundial de redução de 30% até 2025)                      |
|                         | RIT 2.1.3 | Prevalência de atividade física insuficiente  |  |   |
|                         |           | 2.1.3a Prevalência de atividade física insuficiente em adolescentes de 13 a 17 anos                             | O mais recente dado informado pelo país sobre a prevalência de atividade física insuficiente entre 2009 e 2012 | Uma redução de 5% com respeito ao valor da prevalência na linha de base até 2016-2019 |
|                         |           | 2.1.3b Prevalência, padronizada por idade, de atividade física insuficiente em adultos                          | O mais recente dado informado pelo país sobre a prevalência de atividade física insuficiente entre 2009 e 2012 | Uma redução de 5% com respeito ao valor da prevalência na linha de base até 2016-2019 |
|                         | RIT 2.1.4 | Porcentagem de hipertensão controlada no nível da população (<140/90 mmHg) entre pessoas com mais de 18 anos*** | 15%  | 35%   |

\* O ano da linha de base é 2013 ou o ano ao qual correspondem os dados mais recentes. Relaciona-se o ano no caso dos indicadores para os quais não haja dados referentes a 2013. As metas para 2019 abrangem a linha de base em 2013. Isso se aplica a todas as linhas de base e metas nesta categoria.

\*\* Os países selecionarão um ou mais indicadores do consumo prejudicial de álcool conforme apropriado para o contexto nacional e de acordo com a estratégia mundial da OMS para reduzir o consumo prejudicial de álcool. Os indicadores podem abranger a prevalência de episódios de consumo excessivo, o consumo total per capita e a morbidade e mortalidade relacionada ao álcool, entre outros.

\*\*\* Ao medir a porcentagem da hipertensão controlada no nível da população entre pessoas com 18 anos ou mais, os países poderão abordar de forma integral o principal fator de risco para as DNTs na Região. A hipertensão é uma das causas da mortalidade precoce devido a acidentes vasculares cerebrais, doenças cardiovasculares e doença renal crônica. Ao usar esse indicador, a Região também poderá informar à OMS o indicador relativo à prevalência da pressão arterial elevada.

| Resultado intermediário | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013*  | Meta para 2019 (somada à linha de base)*  |
|-------------------------|-----------|--|---|---|
|                         | RIT 2.1.5 | Prevalência, padronizada por idade, de hiperglicemia/diabetes entre pessoas com mais de 18 anos  | 18,8%   | 18,8% (mesmo nível, a fim de contribuir para a meta global de conter o crescimento do diabetes e da obesidade até 2025) |
|                         | RIT 2.1.6 | Número de países e territórios em que se conseguiu conter o avanço da obesidade no nível nacional atual  |   |   |
|                         |           | 2.1.6a Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes de 13 a 17 anos  | A ser determinada com base no Quadro de Monitoramento Global da OMS | A ser determinada com base no Quadro de Monitoramento Global da OMS   |
|                         |           | 2.1.6b Prevalência de sobrepeso e obesidade em adultos (homens e mulheres com 18 anos ou mais)   | A ser determinada com base no Quadro de Monitoramento Global da OMS | A ser determinada com base no Quadro de Monitoramento Global da OMS   |
|                         | RIT 2.1.7 | Ingestão média de sal (cloreto de sódio), padronizada por idade, pela população, por dia, em gramas, entre pessoas com 18 anos ou mais   | 11,5 gramas (2010)  | 7 gramas (para alcançar a meta mundial de redução relativa de 30% até 2025)   |
|                         | RIT 2.1.8 | Número de países e territórios que contam com um programa de detecção do câncer cervical que alcance uma cobertura de 70%, conforme medida pela proporção de mulheres de 30 a 49 anos que passaram por um exame para detecção desse tipo de câncer pelo menos uma vez, ou mais vezes no caso de grupos mais jovens ou mais velhos de acordo com programas ou políticas nacionais, até 2019 | 5   | 15  |

\* O ano da linha de base é 2013 ou o ano ao qual correspondem os dados mais recentes. Relaciona-se o ano no caso dos indicadores para os quais não haja dados referentes a 2013. As metas para 2019 abrangem a linha de base em 2013. Isso se aplica a todas as linhas de base e metas nesta categoria.

\*\* Os países selecionarão um ou mais indicadores do consumo prejudicial de álcool conforme apropriado para o contexto nacional e de acordo com a estratégia mundial da OMS para reduzir o consumo prejudicial de álcool. Os indicadores podem abranger a prevalência de episódios de consumo excessivo, o consumo total per capita e a morbidade e mortalidade relacionada ao álcool, entre outros.

| Resultado intermediário | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|-------------------------|-----------|--|-----------------------|---|
|                         | RIT 2.1.9 | Número de países e territórios com uma taxa de prevalência do tratamento da doença crônica renal terminal de pelo menos 700 pacientes por milhão de habitantes | 8                     | 17                                      |

## 2.2 Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas

| Resultado intermediário   | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|---|-----------|---|-----------------------|---|
| RIT 2.2<br>Aumento da cobertura dos serviços de saúde mental para o tratamento dos transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas | RIT 2.2.1 | Número de países e territórios que aumentaram a taxa de consultas em ambulatorios de saúde mental acima da média regional de 975 por 100 mil habitantes | 19                    | 30                                      |

## 2.3 Violência e traumatismos

| Resultado intermediário  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base)   |
|--|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 2.3<br>Redução dos fatores de risco associados à violência e aos traumatismos com ênfase na segurança viária, traumatismos infantis e violência contra crianças, mulheres e jovens | RIT 2.3.1 | Número de países e territórios com pelo menos 70% de uso do cinto de segurança por todos os passageiros            | 4                     | 7   |
|  | RIT 2.3.2 | Número de países que adotam uma perspectiva de saúde pública em um enfoque integrado para a prevenção de violência | 6                     | A ser determinada com base no relatório da OMS de 2014 sobre a situação mundial da prevenção da violência |

## 2.4 Deficiências e reabilitação

| Resultado intermediário  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 2.4<br>Ampliação do acesso a serviços sociais e de saúde, inclusive a prevenção, para portadores de deficiências | RIT 2.4.1 | Número de países que alcançaram pelo menos 12% de acesso a serviços de habilitação e reabilitação e a serviços sociais para portadores de deficiências | 0                     | 16                                      |
|  | RIT 2.4.2 | Número de países e territórios cuja taxa de cirurgia de catarata chega a 2 mil por milhão de habitantes ao ano   | 19                    | 25                                      |

## 2.5 Nutrição

| Resultado intermediário                              | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário                                 | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 2.5<br>Redução dos fatores de risco nutricionais | RIT 2.5.1 | Porcentagem de crianças menores de 5 anos com atraso no crescimento    | 13,5% (2010)          | 7,5%                                    |
|  | 2.5.2     | Porcentagem de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) com anemia | 22,5% (2010)          | 18%                                     |
|  | 2.5.3     | Porcentagem de crianças menores de 5 anos com sobrepeso                | 7% (2008-2012)        | 7% (2016-2019)                          |

## **Categoria 3 – Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida**

*Promover a boa saúde em fases-chave da vida, levando em conta a necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde (as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem), e adotar enfoques com base na igualdade de gênero, etnia, equidade e direitos humanos.*

### **Alcance**

173. Esta categoria reúne as estratégias para a promoção da saúde e do bem-estar desde antes da concepção até a velhice. Está voltada para (a) a saúde como resultado de todas as políticas; (b) a saúde com relação ao desenvolvimento, passando pelo meio ambiente; e (c) os determinantes sociais da saúde, com a incorporação das perspectivas do gênero, da equidade, dos direitos humanos e da etnia, e o fortalecimento das capacidades em torno desses temas.

174. Esta categoria é transversal por natureza e se mostra fundamental para abordar os determinantes sociais da saúde e a equidade de modo a melhorar os resultados em matéria de saúde na Região. Contempla as necessidades de saúde da população com ênfase especial nas principais fases da vida. Esse enfoque permite formular estratégias integradas que respondem à evolução das necessidades e das características demográficas, aos fatores epidemiológicos, sociais, culturais, ambientais e comportamentais, às iniquidades em termos de saúde e às brechas na equidade. O enfoque na totalidade do ciclo de vida leva em conta a forma como os múltiplos determinantes interagem e afetam a saúde ao longo da vida e entre as gerações. A saúde é considerada um processo contínuo e dinâmico e não uma série de estados de saúde isolados. Esse enfoque destaca a importância das transições, vinculando cada fase à seguinte, define os fatores de risco e os que protegem a saúde, e prioriza o investimento na atenção à saúde e nos enfoques que incorporam à saúde os determinantes sociais, o gênero, a promoção e proteção dos direitos humanos e os aspectos étnicos/raciais. Além disso, o trabalho empreendido nesta categoria contribui para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, principalmente o ODM 3 (promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres), o ODM 4 (reduzir a mortalidade em crianças menores de 5 anos) e o ODM 5 (melhorar a saúde materna). Também é compatível com tratados e normas de direitos humanos universais e regionais e responde à visão da agenda de desenvolvimento pós-2015.

### **Contexto**

175. Na Região das Américas, a expectativa de vida ao nascer aumentou de 69,2 em 1980 para 76,1 em 2011. No entanto, apesar do grande progresso, as marcantes iniquidades e os indicadores bastante positivos não raro ocultam diferenças significativas

tanto dentro dos países, como entre eles. A Região tem experimentado uma transição demográfica e uma rápida urbanização, além de ter um elevado grau de diversidade étnica. Os grupos étnicos e raciais minoritários (indígenas, afrodescendentes e ciganos, entre outros) apresentam as maiores taxas de pobreza e acesso limitado aos serviços de saúde. O gênero também interage com outros determinantes da saúde e influi no estado geral de saúde. Os grupos que enfrentam as maiores desigualdades com base no sexo, etnia, idade, local de residência, religião, idioma, orientação sexual ou outros fatores tendem a ser mais vulneráveis e apresentar resultados piores em matéria de saúde. É preciso tomar medidas direcionadas para reduzir essas iniquidades no campo da saúde.

176. O enfoque baseado nos determinantes sociais da saúde considera o panorama completo de cada país, abordando os fatores inter-relacionados que afetam a saúde e o bem-estar. Permite aos profissionais da saúde pública buscar soluções fora dos sistemas de atenção à saúde para abordar as iniquidades em saúde. Além disso, proporciona uma estrutura para melhorar a saúde das pessoas e, ao mesmo tempo, estimula a oferta de oportunidades equitativas ao longo de todo o ciclo de vida, promovendo a participação da sociedade civil e a autonomia das comunidades.

177. A legislação sobre a saúde e os direitos humanos, consagrada em convenções e normas de direitos humanos universais e regionais, oferece um regime conceitual e jurídico unificador para orientar as estratégias visando aos grupos vulneráveis, bem como um mecanismo para avaliar o desempenho e tornar mais claras a prestação de contas e as responsabilidades dos diversos interessados diretos.

178. Embora muitos países tenham avançado bastante na redução da mortalidade materna, as médias nacionais ocultam iniquidades. A cada dia, cerca de 30 mulheres morrem na Região por causas relacionadas à gravidez ou ao parto. É necessário melhorar a coleta de dados e os sistemas de informação para melhor acompanhar a saúde materna. Os grupos vulneráveis (populações rurais, grupos indígenas, adolescentes) requerem ações direcionadas com base no gênero, na equidade, nos direitos humanos e nos determinantes sociais da saúde. Os esforços para reduzir a mortalidade materna devem abranger estratégias para melhorar a qualidade da atenção e atacar a morbidade materna grave (“os quase incidentes”).

179. O recurso excessivo às cesarianas tornou-se um problema de saúde pública mundial. Um estudo recente constatou que, das 18,5 milhões de cesarianas feitas em todo o mundo em 2008, 73% (13,5 milhões) ocorreram em 69 países, com taxas de cesariana iguais ou superiores a 15%. Os estudos não encontraram nenhum benefício adicional para a mãe nem o bebê em países com taxas de cesariana superiores a 15%; na verdade, taxas elevadas estiveram associadas a resultados negativos em termos de saúde materno-infantil. Por outro lado, considera-se que taxas de cesariana inferiores a 10% refletem uma subutilização.

180. São necessários enfoques abrangentes e integrados com relação à saúde sexual e reprodutiva na Região, o que implica uma avaliação das necessidades da mulher ao longo

de todo o ciclo de vida, passando por fases como o período anterior à concepção, o período pré-natal, o parto, o pós-parto e a menopausa. Deve-se considerar a possibilidade de incluir a contracepção e o aborto na elaboração e implementação das intervenções de atenção à saúde. Outros desafios que afetam as mulheres na Região são a feminização da infecção pelo HIV/AIDS, a saúde mental, os cânceres ginecológicos e a violência doméstica, sexual e a provocada pelo parceiro íntimo. Um problema emergente nas políticas de saúde da mulher é a interface com as doenças não transmissíveis, como a obesidade, a hipertensão e o diabetes, grandes causas da carga da morbidade das mulheres no momento.

181. As crianças das Américas são o seu principal recurso, e o reconhecimento e proteção das suas necessidades e direitos humanos distintos são essenciais para o verdadeiro desenvolvimento. Os Estados Membros progrediram muito na redução da mortalidade e morbidade infantil, e conseguiram melhorar a integração dos serviços de saúde infantil nas unidades de saúde. Contudo, para tornar essa integração ainda mais eficaz, as políticas, estratégias e planos nacionais de saúde, assim como a legislação e os regulamentos, precisam usar um enfoque intersectorial, interprogramático e baseado no ciclo de vida.

182. Embora tenha havido reduções significativas da mortalidade infantil, persistem desafios que precisam ser enfrentados. A mortalidade neonatal é o componente principal da mortalidade de menores de 1 ano e de menores de 5 anos, e as principais causas são evitáveis. A cada ano, 210 mil crianças morrem na Região antes de completar cinco anos, mais de 60% delas durante o primeiro mês de vida.

183. As condições no nascimento e nas primeiras fases da vida influem bastante na saúde e no desenvolvimento ao longo de todo o ciclo de vida. Diversas condições adversas nos primeiros anos estão associadas a impactos negativos sobre o crescimento, desenvolvimento e as capacidades sensoriais, o que, por sua vez, afeta a qualidade de vida da pessoa, a sua capacidade para trabalhar e aprender e, em última análise, o capital humano do país. Também há dados acerca da contribuição de certas afecções na infância para o surgimento de doenças crônicas na idade adulta.

184. A exclusão social e as iniquidades constituem um dos maiores desafios para a saúde da criança na Região. A pobreza e a privação durante a primeira infância podem comprometer o desenvolvimento e a aprendizagem de uma criança no futuro, pois 80% da capacidade do cérebro é desenvolvida antes dos 3 anos de idade. Contudo, os programas de desenvolvimento da criança na primeira infância têm baixa cobertura, e muitas estratégias de sobrevivência infantil ainda usam um enfoque vertical que não leva em consideração as condições ambientais nem outros determinantes sociais da saúde. Os países enfrentam desafios tanto na expansão das estratégias de prestação de serviços de saúde, sejam clínicos ou de base comunitária, para atingir os objetivos de saúde, quanto na estimativa dos recursos necessários e das implicações financeiras dessas estratégias, especialmente para as populações excluídas.

185. A população de adolescentes e jovens atualmente representa 26% da população total da Região, a maior proporção dessa coorte já registrada em relação às demais faixas etárias. A taxa de fecundidade em adolescentes (73,4 por mil adolescentes de 15 a 19 anos de idade) continua a ser alta em comparação com o nível mundial (52,7 por mil). Considera-se que 21% dos adolescentes estão acima do peso e 6% estão obesos; ao mesmo tempo, a anemia continua a ser um problema significativo entre as jovens. Além disso, a violência e o consumo de substâncias psicoativas entre os jovens são problemas preocupantes na Região. O impacto desproporcional desses problemas na população jovem de baixa renda, transfronteiriça e de minorias étnicas será objeto de pesquisas e intervenções.

186. As pessoas de mais idade saudáveis e independentes contribuem para o bem-estar das suas famílias e para a comunidade. Dentro de dez anos, o número de idosos (pessoas com mais de 65 anos) na Região terá dobrado em relação ao ano 2000. Embora os adultos que chegam aos 60 anos tenham uma expectativa de vida adicional de cerca de 21 anos, normalmente passam 10 desses anos com a saúde precária. As pessoas de mais idade se deparam com iniquidades socioeconômicas, além de enfrentarem múltiplas afecções crônicas e deficiências que são agravadas pela falta de proteção social e acesso à saúde, bem como pelo acesso limitado a serviços de boa qualidade. A disponibilidade de recursos na família para apoiar os idosos vem caindo rapidamente e, portanto, mais pessoas nessa faixa etária não poderão dispor desse tipo de atenção. Com intervenções oportunas e adequadas, será possível fazer face a esses desafios e aumentar a contribuição dos idosos para o desenvolvimento socioeconômico.

187. Os fatores ambientais influem na saúde das pessoas e da população. Segundo cálculos, os determinantes ambientais da saúde são responsáveis por até 25% da carga global de doenças e causam aproximadamente 1 milhão de mortes nas Américas a cada ano. Os principais determinantes ambientais da saúde na Região são a poluição em ambientes fechados decorrente da queima de combustíveis sólidos; as partículas ambientais e a contaminação do ozônio; o radônio residencial; a exposição perigosa a metais nos domicílios, especialmente o chumbo, o mercúrio e o metilmercúrio; os pesticidas; os resíduos perigosos; a falta de acesso sustentável a água potável e saneamento básico; e os principais fatores de risco ocupacional. Os determinantes ambientais da saúde apresentam uma distribuição bastante iníqua, interagindo com outras desigualdades na saúde. A morbidade ambiental e a sua distribuição injusta na Região representam uma grande ameaça à equidade na saúde, à cobertura universal de saúde, à segurança e crescimento econômicos, ao desenvolvimento humano sustentável, à governança regional e à consecução dos objetivos de desenvolvimento mundiais.

### **3.1 Saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva**

188. Existem intervenções eficazes para melhorar a saúde da mulher e das crianças e para reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil. Os desafios são implementar e ampliar essas intervenções, tornando-as acessíveis para todos durante o período anterior à

concepção, a gravidez, o parto e os primeiros anos de vida, e assegurando a boa qualidade da atenção. A metade das mortes maternas, um terço das mortes neonatais e um terço dos casos de natimortos, assim como a maioria das complicações que podem levar à morte da mãe ou do recém-nascido, ocorrem nas 24 horas anteriores ou posteriores ao parto. É também nesse mesmo período que podem ser feitas as intervenções mais eficazes para salvar a vida das mães e dos bebês: a condução do trabalho de parto, a administração de oxitocina após o parto, a reanimação do recém-nascido, o início da amamentação no devido tempo e as intervenções para crianças com defeitos congênitos. O trabalho nessa área é objeto de um compromisso de alto nível em consequência da sua inclusão nos ODMs 4 e 5; além disso, está no foco da Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre a Saúde da Mulher e da Criança.

189. O planejamento familiar pode evitar até um terço das mortes materna; contudo, em 2012, as necessidades de mais de 200 milhões de mulheres em termos de contracepção não eram supridas. É preciso consolidar e fortalecer a implementação das políticas de saúde sexual e reprodutiva na Região, como parte do direito à saúde reprodutiva. Os grandes desafios são a oferta dos suprimentos para o planejamento familiar; a universalização da contracepção de emergência; a disponibilidade de serviços de esterilização masculina e feminina; a ampliação da capacidade dos serviços de saúde para tratar a infertilidade; a realização do aborto nos casos permitidos por lei, sobretudo na gravidez decorrente de violência sexual, e a integração dos programas de saúde sexual e reprodutiva ao tratamento da hipertensão e do diabetes, e à saúde mental, dada a elevada carga dessas doenças.

190. Durante o período 2014-2019, a RSPA continuará a promover intervenções eficazes para reduzir as taxas de mortalidade de menores de 5 anos nos países em desenvolvimento, buscando aproximá-las das taxas nos países mais ricos, e reduzir as disparidades entre as crianças mais pobres e as mais ricas dentro de cada país. Será dada atenção especial ao tratamento da pneumonia e da diarreia, assim como à coordenação eficaz com as doenças imunopreveníveis conexas e os programas ambientais.

191. No caso dos adolescentes, o trabalho se concentrará no investimento nos fatores de proteção nos níveis individual, familiar e comunitário para promover e proteger os comportamentos saudáveis e prevenir os fatores de risco. A prioridade recairá sobre os adolescentes pobres em situação de vulnerabilidade e sobre as áreas da saúde sexual e reprodutiva, a violência sexual e de parceiros íntimos, a saúde mental, a nutrição, os acidentes, o uso e o abuso de substâncias psicoativas e as doenças não transmissíveis, dentro de uma estrutura de direitos humanos.

192. Um grande desafio na Região é implementar serviços preventivos e de promoção da saúde que mantenham a qualidade de vida e o bem-estar dos adultos (18 a 65 anos), sobretudo no caso dos homens. O denominador comum durante essa fase da vida é o trabalho, que constitui a fonte de renda para o sustento das famílias, confere um status social e promove o crescimento pessoal e profissional. É importante dar atenção especial a essa “idade ativa” para promover estilos de vida saudáveis e controlar fatores de risco

que podem levar a doenças e transtornos em fases posteriores da vida. Uma ampla gama de fatores de risco afeta a saúde dos adultos, como o comportamento, os hábitos, a cultura e os determinantes sociais da saúde. Alguns riscos estão relacionados às condições de trabalho (como a exposição a perigos físicos, químicos ou biológicos) ou às condições do emprego (contratos, salários, horários, benefícios sociais, etc.). Além disso, determinados tipos de trabalho podem promover hábitos prejudiciais à saúde, como a falta de atividade física ou a má alimentação, entre outros. Os serviços preventivos e clínicos, como os exames de rotina e as vacinações programadas, são fundamentais para melhorar a saúde dos adultos e evitar a incapacidade e a morte prematura.

### **3.2 Envelhecimento e saúde**

193. A promoção da saúde com um enfoque em todo o ciclo de vida leva a um envelhecimento mais ativo e saudável. No período 2014-2019, a RSPA dará prioridade à saúde dos 150 milhões de idosos que vivem atualmente na Região e aos 50 milhões de pessoas que atingirão a velhice até 2025. Esses esforços se concentrarão na manutenção da sua capacidade funcional para viver de maneira ativa e independente nas suas comunidades; na redução das taxas de incapacidade e de demanda por atenção de longo prazo, por serviços de saúde e por assistência social; na promoção da saúde do idoso nas políticas públicas; na adaptação dos sistemas de saúde para fazer face aos desafios associados ao envelhecimento; no apoio à formação de recursos humanos para enfrentar esse desafio e na geração das informações necessárias para implementar as intervenções e avaliá-las.

### **3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e etnia**

194. A igualdade de gênero na saúde é uma meta progressiva para assegurar que mulheres e homens, em um contexto de diversidade sexual e étnica, tenham as mesmas oportunidades para obter acesso aos recursos necessários para proteger e promover a sua saúde. Entre as condições prévias para alcançar essa igualdade, destacam-se o cumprimento, por parte do Estado, das suas obrigações de garantir o direito à saúde e de fazer face às desigualdades de gênero.

195. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança reconhecem como direitos das crianças gozar do mais alto nível de saúde física e mental que se possa atingir e participar dos assuntos que afetam a sua saúde. Esses direitos são respeitados na formulação das políticas e programas.

196. Será usado um enfoque sinérgico na integração institucional do gênero, equidade, direitos humanos e etnia em todos os níveis da Organização. Isso implica elaborar e estabelecer mecanismos estruturais que possibilitem o sucesso da integração programática (políticas, planos e leis) e que ajudem os países a alcançar a igualdade de gênero, a equidade, a igualdade étnica e a concretização do direito à saúde e dos direitos humanos conexos. Nesse sentido, os desafios para a OPAS e para os Estados Membros abrangem o desenvolvimento de perícia suficiente no que se refere à legislação sobre os

direitos humanos e a mecanismos de prestação de contas aplicáveis ao ciclo de vida, aos determinantes sociais, ao gênero, à equidade e à diversidade cultural, além da sua integração com os sistemas de saúde.

### **3.4 Determinantes sociais da saúde**

197. O trabalho sobre os determinantes sociais da saúde afeta todas as áreas de trabalho da OPAS. Durante o período 2014-2019, a OPAS continuará a concentrar-se nos determinantes sociais e nos seus vínculos com a promoção da saúde, abordando a equidade nas cinco categorias programáticas do Plano Estratégico (com a exceção da Categoria 6, Liderança, governança e funções facilitadoras). Além disso, o fortalecimento da capacidade para integrar o enfoque dos determinantes sociais da saúde continuará na RSPA e nos Estados Membros. São necessárias ferramentas e diretrizes para implementar a estratégia Saúde em Todas as Políticas, com o objetivo de aumentar a consciência sobre o valor agregado por meio do enfoque dos determinantes sociais da saúde e do seu vínculo com a promoção da saúde, o que estimula o aumento da participação e da autonomia das comunidades no que tange à saúde. A RSPA também elaborará um conjunto-padrão de indicadores para acompanhar as ações relativas aos determinantes sociais da saúde e para implementar e monitorar o plano de trabalho conjunto sobre os determinantes sociais com os parceiros de dentro e de fora do setor da saúde. Isso exigirá a coleta de dados desagregados para aperfeiçoar a análise e a compreensão das iniquidades e dos gradientes sociais na saúde na Região, assim como nos países.

198. A estratégia Saúde em Todas as Políticas tira partido da evolução nacional e internacional na área das políticas de saúde e da atenção integral à saúde, como a Declaração de Alma-Ata, a Carta de Ottawa, a Declaração Universal de Direitos Humanos e a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. A Declaração Política do Rio, adotada em 2011 pela Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, expressa o compromisso mundial de adotar o enfoque dos determinantes sociais no campo da saúde. Isso permite que os países da Região tomem impulso para formular os seus próprios planos de ação e estratégias multissetoriais nacionais para reduzir as iniquidades.

199. Por último, conforme enunciado na Declaração Política do Rio, a OPAS se concentrará na necessidade de melhorar a coordenação e orientação do número crescente de atores no setor da saúde, uma área geralmente denominada governança da saúde. O enfoque dos determinantes sociais da saúde promove a governança por meio de parcerias e redes estabelecidas com diferentes setores da sociedade, com o propósito de abordar as marcantes iniquidades encontradas na Região por meio de ações concretas e de políticas públicas baseadas no consenso. O objetivo é alcançar o mais alto nível de saúde que se possa atingir para todos e implementar os tratados e as normas universais e regionais de direitos humanos aplicáveis à saúde.

### 3.5 Saúde e meio ambiente

200. Urge abordar os determinantes ambientais e sociais da saúde para construir sociedades inclusivas, saudáveis e seguras, em que as pessoas possam realizar o seu potencial e levar uma vida longa, saudável, digna e produtiva. Isso exige ações específicas para fazer face às desigualdades ambientais em torno da saúde. Em conformidade com o grande conjunto de compromissos, acordos e mandatos mundiais e regionais sobre os temas relativos à saúde ambiental, a cooperação técnica da OPAS nessa área prioritária se concentrará: (a) no fortalecimento da gestão da saúde ambiental pelas autoridades sanitárias nacionais; (b) no aumento das capacidades institucionais no campo da saúde ambiental, inclusive das competências profissionais para avaliar os riscos e impactos da saúde ambiental, monitorar as desigualdades ambientais na saúde e gerar uma base de evidências para embasar a formulação de políticas; (c) no avanço da manutenção e promoção da saúde ambiental, com ênfase na implementação dos serviços ambientais primários no âmbito local; (d) na promoção de ações para reduzir as desigualdades ambientais e o seu impacto na saúde por meio de ações que abarquem os gradientes ambientais e sociais e visem às populações vulneráveis; e (e) no fortalecimento de programas específicos que tratam de ameaças ambientais atuais e emergentes que possam produzir impactos sanitários locais, como a mudança climática, a perda da biodiversidade, a depleção de ecossistemas, a escassez de água e a desertificação.

#### **Análise dos principais interessados diretos**

201. O trabalho na Categoria 3 será feito no contexto da Estratégia Global do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Saúde de Mulheres e Crianças e da Iniciativa Todas as Mulheres, Todas as Crianças (*Every Woman Every Child*). Entre os parceiros e colaboradores, figuram H4+ (OMS, UNICEF, FNUAP, Banco Mundial, UNAIDS, ONU Mulheres); a Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil; outros organismos das Nações Unidas, como o PNUD e a Divisão de População das Nações Unidas; a Organização dos Estados Americanos (OEA); instituições acadêmicas e de pesquisa; a sociedade civil e organizações de desenvolvimento; o Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores sobre Reprodução Humana do PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial; o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária; e a Aliança GAVI. Essas parcerias contribuirão para a complementaridade e ajudarão a acelerar as ações no impulso final para alcançar os ODMs 3, 4 e 5.

202. Uma das metas mais amplas da agenda de desenvolvimento pós-2015 é maximizar a saúde em todas as fases da vida. O trabalho nesta categoria, assim como a universalização da cobertura de saúde, é essencial para a consecução dessa meta. Nesse sentido, o enfoque dos determinantes sociais da saúde e a promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida são fundamentais.

203. Com a experiência adquirida no biênio 2012-2013 por meio do trabalho da Plataforma das Nações Unidas sobre Determinantes Sociais da Saúde (Organização

Internacional do Trabalho, UNAIDS, PNUD, FNUAP, UNICEF e OMS), a Organização está bem posicionada para defender a ação nos determinantes sociais, passando pela sua integração na agenda de desenvolvimento pós-2015, e para prestar apoio técnico aos Estados Membros nessa área. Além disso, será estabelecida uma rede de instituições para fortalecer as capacidades dos Estados Membros para trabalhar nas cinco áreas de ação consagradas na Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.

204. A OPAS manterá a sua função dentro da ONU-Água, fortalecerá a sua colaboração com o UNICEF na vigilância mundial da água e do saneamento, e tomará a frente de uma iniciativa para garantir a qualidade da água por meio de uma nova estrutura de cooperação com a ONU-HABITAT nos temas da saúde ambiental no meio urbano. A Organização continuará a participar do Programa Interorganizacional para a Gestão Racional de Produtos Químicos (IOMC) e a atuar como secretaria para esse programa. A OPAS reforçará ainda mais a representação da saúde na resposta geral das Nações Unidas à mudança climática por meio dos Comitês de Programas de Alto Nível do Conselho de Chefes Executivos do Sistema das Nações Unidas para a Coordenação. Ademais, fará contribuições técnicas na área da saúde para os programas relacionados à Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança Climática e a parcerias específicas com outras organizações do sistema das Nações Unidas.

### **Estratégias de cooperação técnica**

- (a) Garantir a disponibilidade de dados para medir as tendências relacionadas aos determinantes sociais da saúde, aos direitos humanos e à igualdade étnica e de gênero na medida em que se relacionam com a saúde na Região.
- (b) Reforçar os sistemas de vigilância, monitoramento e avaliação para ampliar a base de evidências e a pesquisa visando ao planejamento e à avaliação de políticas por meio de investimento adequado, fortalecimento da capacidade e parcerias eficazes entre o meio acadêmico e o setor público.
- (c) Defender a causa entre os governos para que deem prioridade à saúde ao longo de todo o ciclo de vida, usando uma estrutura de determinantes sociais, direitos humanos, diversidade cultural e igualdade de gênero na saúde, mediante a educação, políticas e um plano de comunicação, enfatizando a ação intersetorial e as parcerias público-privadas.
- (d) Fortalecer as estratégias e planos nacionais para abordar a saúde em todas as políticas públicas, envolvendo a sociedade civil e interessados diretos pertinentes por meio de iniciativas comunitárias.
- (e) Apoiar a incorporação das perspectivas de igualdade étnico-racial e de gênero, de redução da pobreza e de direitos humanos na elaboração de diretrizes de saúde, formulação de políticas e implementação de programas para abordar as causas fundamentais das desigualdades, da discriminação e da iniquidade em saúde com respeito aos grupos mais vulneráveis.

- (f) Implementar os planos e estratégias regionais existentes acordados com os Estados Membros, inclusive as resoluções dos Órgãos Diretores da OPAS, que estejam relacionados a temas como saúde ao longo de todo o ciclo de vida, determinantes sociais, direitos humanos, diversidade cultural, igualdade de gênero na saúde e meio ambiente, e que integrem intervenções nos principais problemas de saúde usando estratégias de promoção e prevenção.
- (g) Contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde ao:
  - i. Integrar e harmonizar programas e intervenções ao longo de um processo contínuo de atenção durante todo o ciclo de vida que abrange o lar, a comunidade e diversos níveis dos sistemas e serviços de saúde.
  - ii. Ampliar, integrar e reorientar os serviços a fim de fazer intervenções que levem em conta a perspectiva do gênero e tenham boa relação custo–benefício ao longo de todo o ciclo de vida. Isso será feito por meio de estruturas relacionadas aos determinantes sociais, aos direitos humanos e à igualdade de gênero na saúde, e mediante a prevenção, diagnóstico, tratamento, atenção e apoio, de modo a assegurar que os serviços cheguem às populações de difícil acesso e aos grupos vulneráveis, inclusive as populações indígenas.
  - iii. Fortalecer a capacidade do pessoal de saúde pública para que implementem intervenções de saúde pública e ofereçam atenção à saúde de alta qualidade em resposta a novas exigências vinculadas às tendências demográficas e epidemiológicas.
  - iv. Promover intervenções nas comunidades e apoiar a atenção apropriada no lar ao longo de todo o ciclo de vida.
- (h) Estabelecer e manter uma coordenação eficaz com outros parceiros em todos os setores pertinentes nos níveis nacional, sub-regional e regional, bem como promover parcerias com organismos bilaterais e das Nações Unidas para harmonizar ações que ampliem as intervenções e maximizem o uso dos recursos, fortalecendo a rede de centros colaboradores da OMS nas Américas.
- (i) Fomentar a transferência de tecnologia e novas modalidades de cooperação técnica (por exemplo, Sul–Sul), alavancando e mobilizando os conhecimentos técnicos especializados em toda a Região e promovendo o intercâmbio das lições extraídas entre os Estados Membros.
- (j) Reforçar a aliança estratégica entre os ministérios da saúde e do meio ambiente para fortalecer os vínculos entre os seus respectivos setores no planejamento e implementação de políticas nacionais.
- (k) Mobilizar recursos para todos os enfoques estratégicos a fim de melhorar a saúde ao longo de todo o ciclo de vida.
- (l) Zelar para que a cooperação técnica seja adaptada às necessidades dos Estados Membros e das suas populações, centrando essa cooperação nos países-chave

definidos neste Plano Estratégico e nos países prioritários identificados nesta categoria.

### **Temas transversais e enfoques estratégicos em torno da saúde**

205. Esta categoria tem muitos vínculos com outras áreas do trabalho da OPAS. Há relações de trabalho especiais com as doenças transmissíveis e vacinas, a nutrição, a inocuidade dos alimentos e os serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas, que oferecem atenção primária à saúde para reduzir tanto a mortalidade materna e infantil, como a morbidade ao longo de todo o ciclo de vida. Também há vínculos entre os programas que se ocupam dos comportamentos de risco na adolescência e com as DNTs nos adultos. A resposta da RSPA às necessidades de saúde das populações mais velhas é multifacetada e abrange todas as partes da Organização. Será de especial importância a estreita colaboração com a análise da situação da saúde e com as DNTs e a saúde mental ao longo de todo o ciclo de vida, bem como com o acesso dos mais velhos a serviços de saúde, à atenção de longo prazo e à prevenção das incapacidades. Igualmente importante é a ligação com os esforços para assegurar a saúde da mulher, das crianças e dos idosos em situações de emergência.

206. Além disso, pela sua própria natureza, o trabalho nesta categoria — a saber, os esforços para apoiar saúde ao longo de todo o ciclo de vida e os temas transversais como gênero, equidade, direitos humanos e etnia — contribui para o trabalho nas demais categorias e se beneficia do trabalho realizado nelas. Esta categoria servirá de núcleo para assegurar que o trabalho técnico nessas áreas transversais seja incorporado a todas as áreas programáticas. Além disso, será necessário promover a colaboração intersetorial para abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde.

### **Pressupostos e riscos**

#### **Pressupostos:**

- (a) Os Estados Membros mantêm o compromisso de fazer face à brecha da iniquidade na saúde mediante ações sobre os determinantes sociais da saúde, como a implementação da Declaração Política do Rio e o monitoramento do seu progresso.
- (b) O setor da saúde mantém sua liderança na implementação da iniciativa Saúde em Todas as Políticas para a Ação dos Países.
- (c) São assumidos compromissos políticos nos níveis regional e nacional com respeito aos direitos à saúde sexual e reprodutiva, bem como à saúde ao longo de todo o ciclo de vida, aos temas transversais e aos determinantes sociais da saúde.
- (d) Enfoques integrais e mecanismos de coordenação estão implementados entre as categorias e dentro de cada uma delas, bem como com outros organismos das Nações Unidas para melhorar a saúde das populações vulneráveis.

- (e) O trabalho interprogramático é elaborado de forma a potencializar as intervenções nos sistemas de saúde.
- (f) Os sistemas de informação em saúde estão dotados da capacidade para monitorar a situação de saúde de todos os grupos populacionais.
- (g) Os países estão dispostos a fazer e manter alterações nas leis e políticas destinadas a derrubar as barreiras ao acesso à atenção à saúde e a métodos contraceptivos, sobretudo para os jovens.
- (h) Intervenções baseadas em evidências científicas estão disponíveis no âmbito nacional, juntamente com as ferramentas apropriadas para a sua implementação.
- (i) Um enfoque integral ao envelhecimento ativo incorpora não apenas a saúde física das pessoas de mais idade, mas também os direitos humanos, a saúde mental, os determinantes sociais e outros programas em áreas pertinentes.
- (j) A colaboração regional e multissetorial contribui para a elaboração de novos programas e para o intercâmbio das melhores práticas entre os Estados Membros.
- (k) Os sistemas de saúde estão preparados para oferecer serviços clínicos, preventivos e de promoção da saúde aos trabalhadores e populações em idade ativa.
- (l) Há colaboração com outros organismos das Nações Unidas para abordar o tema da saúde ambiental e dos trabalhadores.
- (m) Os países fortalecem as suas estruturas legislativas e de políticas em matéria de saúde ambiental e de saúde dos trabalhadores.

**Riscos:**

- (a) Prioridades conflitantes, desastres e epidemias, turbulência política ou distúrbios civis limitam os recursos para as áreas programáticas desta categoria, comprometendo a obtenção dos resultados.
- (b) Há uma erosão da vontade política para apoiar o trabalho relacionado aos determinantes sociais da saúde e pouca capacidade para integrá-los aos programas de saúde.
- (c) A rotatividade frequente do pessoal e a falta de uma massa crítica de profissionais de saúde solapam as intervenções no nível primário de saúde.
- (d) Os sistemas de informações produzem dados desagregados limitados e poucos dados sobre os determinantes sociais da saúde.
- (e) A participação dos principais interessados diretos em todas as etapas da tomada de decisões sobre o planejamento familiar, desde as políticas até a implementação dos programas, é limitada por motivos sociais e religiosos. Não se usa o enfoque multissetorial para garantir o acesso ao planejamento familiar. A maioria dos países não conta com sistemas adequados de avaliação e monitoramento para identificar as principais barreiras ao planejamento familiar e os grupos com

- acesso mínimo a esses serviços, como os adolescentes, os indígenas e os moradores das áreas rurais.
- (f) O pessoal da área de saúde não está preparado para elaborar novos programas de envelhecimento em atividade.
  - (g) O uso de programas baseados em evidências que foram adaptados aos contextos locais e são pertinentes para as populações locais é limitado.
  - (h) Embora as prioridades de saúde no âmbito mundial, regional e nacional deem destaque aos temas transversais, eles desaparecem rapidamente ou são deixados de lado quando questionados por grupos de interesse nacionais e internacionais. Os parceiros têm escasso conhecimento sobre as definições, estruturas e estratégias no que se refere aos temas transversais, e não há consenso em torno desses temas.
  - (i) Leis e políticas prejudiciais com base nas identidades e expressões de gênero, na idade, na etnia e/ou na orientação sexual impedem as iniciativas para respeitar, promover e proteger os direitos humanos no contexto da saúde.
  - (j) Políticas e leis defasadas e o cumprimento limitado das políticas e leis existentes dificultam uma abordagem eficaz da saúde ambiental e da saúde dos trabalhadores.

### **Categoria 3. Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida: Áreas programáticas e resultados intermediários**

#### **3.1 Saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva**

| <b>Resultado intermediário</b>  | <b>Ind.</b> | <b>Indicadores do resultado intermediário</b>   | <b>Linha de base em 2013*</b> | <b>Meta para 2019 (somada à linha de base)**</b> |
|---|-------------|---|-------------------------------|--|
| RIT 3.1<br>Ampliação do acesso a intervenções para melhorar a saúde da mulher, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto | RIT 3.1.1   | Porcentagem de necessidades não supridas com respeito a métodos modernos de planejamento familiar | 15%                           | 11%  |
|   | RIT 3.1.2   | Porcentagem de partos assistidos por pessoal da área de saúde capacitado                          | 95%                           | 97%  |
|   | RIT 3.1.3   | Porcentagem de mães e recém-nascidos que recebem atenção pós-parto nos sete dias                  | 40%                           | 60%  |

\* O ano da linha de base é 2013 ou o ano ao qual correspondem os dados mais recentes. Relaciona-se o ano no caso dos indicadores para os quais não haja dados referentes a 2013. As metas para 2019 abrangem a linha de base em 2013. Isso se aplica a todas as linhas de base e metas nesta categoria.

\*\* A OPAS também calculará a porcentagem de mães adolescentes com menos de 15 anos.

| Resultado intermediário | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 * | Meta para 2019 (somada à linha de base)** |
|-------------------------|-----------|--|-------------------------|---|
|                         |           | seguintes ao parto   |                         |   |
|                         | RIT 3.1.4 | Porcentagem de lactentes com menos de 6 meses que são apenas amamentados   | 38%                     | 44%                                       |
|                         | RIT 3.1.5 | Porcentagem de crianças de 0 a 59 meses com suspeita de pneumonia que recebem antibióticos   | 29%                     | 40%                                       |
|                         | RIT 3.1.6 | Taxa de fecundidade específica em mulheres de 15 a 19 anos **  | 60 por 1.000            | 52 por 1.000                              |
|                         | RIT 3.1.7 | Número de países e territórios que acatam a recomendação da OPAS de fazer exames médicos ocupacionais periódicos entre a população de trabalhadores adultos (18 a 65 anos) | 3                       | 10  |

### 3.2 Envelhecimento e saúde

| Resultado  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 3.2<br>Ampliação do acesso a intervenções para que os idosos possam manter uma vida independente | RIT 3.2.1 | Número de países e territórios com pelo menos um programa de autocuidado baseado em evidências para idosos portadores de múltiplas afecções crônicas | 1 (2015)              | 15                                      |

### 3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e etnia

| Resultado intermediário   | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|---|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 3.3<br>Aumento da capacidade do país para integrar o gênero, a equidade, os direitos humanos e a etnia no âmbito da saúde | RIT 3.3.1 | Número de países e territórios com uma resposta institucional que vise às iniquidades no âmbito da saúde: gênero, equidade, direitos humanos e etnia | 32                    | 39                                      |

### 3.4 Determinantes sociais da saúde

| Resultado intermediário   | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|---|-----------|---|-----------------------|---|
| RIT 3.4<br>Aumento da liderança do setor da saúde na abordagem dos determinantes sociais da saúde | RIT 3.4.1 | Número de países e territórios que estão implementando pelo menos dois dos cinco pilares da Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde | 13                    | 27                                      |

### 3.5 Saúde e meio ambiente

| Resultado intermediário  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|---|-----------------------|---|
| RIT 3.5<br>Redução das ameaças ambientais e ocupacionais à saúde | RIT 3.5.1 | Número de países e territórios com uma disparidade significativa (>5%) que reduziram a brecha entre o acesso das populações urbana e rural a fontes melhoradas de água      | 9                     | 24                                      |
|  | RIT 3.5.2 | Proporção da população com acesso a melhores condições de saneamento  | 88%                   | 92%                                     |
|  | RIT 3.5.3 | Número de países e territórios em que se reduziu em 5% a proporção da população que depende de combustíveis sólidos   | 14                    | 20                                      |
|  | RIT 3.5.4 | Número de países e territórios com capacidade para abordar o tema da saúde dos trabalhadores (ocupacional) com ênfase em setores econômicos cruciais e doenças ocupacionais | 11                    | 24                                      |
|  | RIT 3.5.5 | Número de países e territórios com capacidade para abordar o tema da saúde ambiental  | 11                    | 24                                      |

## **Categoria 4 – Sistemas de saúde**

*Fortalecer os sistemas de saúde com base na atenção primária; orientar a governança e o financiamento da saúde para a concretização progressiva do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde; organizar a prestação integrada de serviços de saúde centrados nas pessoas; promover o acesso a tecnologias em saúde e o seu uso racional; fortalecer os sistemas de informação e pesquisa em saúde e a integração de evidências nas políticas de saúde e na atenção à saúde; facilitar a transferência do conhecimento e de tecnologias; e desenvolver os recursos humanos para a saúde.*

### **Alcance**

207. O acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde (doravante, saúde universal)<sup>4</sup> são uma das ideias de maior peso na saúde pública. Ela combina dois componentes fundamentais: (a) o acesso aos serviços de boa qualidade necessários para que cada pessoa e cada comunidade tenham boa saúde, passando pela promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos ou atenção de longo prazo, além de ações para abordar os determinantes da saúde; e (b) os mecanismos, políticas e regulamentos financeiros exigidos para garantir a proteção financeira e evitar que a saúde precária leve à pobreza ou a agrave.

208. A promoção da cobertura universal de saúde significa fomentar o acesso universal a profissionais de saúde bem capacitados e motivados, e a tecnologias em saúde seguras e eficazes, inclusive medicamentos e outros produtos médicos, por meio de redes de prestação de serviços bem organizadas. Significa construir e manter sistemas de saúde fortes, baseados na atenção primária e com um sólido alicerce legal, institucional e organizacional. O trabalho nessas áreas deve ser orientado pela inovação, pelas evidências científicas e por conhecimentos pertinentes. Os Estados Membros da OPAS variam em termos de tamanho, recursos e níveis de desenvolvimento; a saúde universal constitui um poderoso conceito unificador para orientar a saúde e o desenvolvimento, e para promover a equidade na saúde nos próximos anos. A liderança da OPAS, tanto técnica como política, será crucial para impulsionar a saúde universal e permitir aos países alcançá-la.

---

<sup>4</sup> Definição da OPAS: “Acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde implicam que todas as pessoas e comunidades têm acesso, sem discriminação, a serviços de saúde integrais, adequados, oportunos, de qualidade, estabelecidos em nível nacional, de acordo com as necessidades, bem como a medicamentos de qualidade, seguros, eficazes e acessíveis, assegurando que o uso desses serviços não exponha os usuários a dificuldades financeiras, especialmente os grupos mais vulneráveis” (Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, Documento CD53/5, Rev. 2, adotado por meio da Resolução CD53.R14 [2014]).

## Contexto

### 4.1 Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde

209. Os sistemas de saúde na Região enfrentam dois grandes desafios institucionais: a segmentação resultante de regimes de financiamento e afiliação distintos, e a fragmentação decorrente do fato de a atenção ser prestada por muitas instituições e unidades diferentes que não costumam estar integradas em redes. Outros problemas são a falta de prioridades e objetivos nacionais claros; a falta de dados comparáveis; a gestão dos serviços e a capacidade reguladora insuficientes; e as deficiências na disponibilidade, distribuição e qualidade do pessoal de saúde. Esses problemas contribuem para as iniquidades em saúde, a ineficiência nos serviços de saúde e as brechas no acesso eficaz aos serviços de saúde de alta qualidade, incluídos os produtos médicos e outras tecnologias em saúde.

210. Embora a Avaliação Intermediária da Agenda de Saúde para as Américas feita em 2012 documente avanços importantes no planejamento estratégico da saúde na grande maioria dos países da Região, o fortalecimento dessa função no setor da saúde é crucial para a eficácia da liderança e da governança. Um dos principais desafios relacionados à liderança e à governança do setor da saúde é o acesso insuficiente ao conhecimento científico e o seu pouco uso para melhor entender os efeitos dos programas e serviços de saúde pública.

211. O acesso aos serviços de saúde é apenas um dos vários determinantes da saúde. Existe uma estreita relação entre a saúde universal e os pilares sociais, ambientais e econômicos do desenvolvimento sustentável. Em consequência, milhões de pessoas na Região não têm o seu direito à saúde garantido, e os recursos não são usados de forma eficaz para implementar as intervenções já comprovadas para abordar as prioridades e melhorar os resultados em matéria de saúde. As populações mais afetadas são as mais vulneráveis, as historicamente excluídas e os pobres, como os indígenas e os afrodescendentes. Políticas e regimes jurídicos que promovem a equidade no acesso à saúde e a tecnologias em saúde estão sendo discutidas em toda a Região, juntamente com mecanismos de proteção social para reduzir ou eliminar as barreiras financeiras.

212. A saúde universal não é concebida como um conjunto mínimo de serviços, mas como um processo ativo que se concretiza de forma progressiva. Ele deve ser levado à frente em três dimensões: (a) a variedade dos serviços de boa qualidade que estão efetivamente à disposição das pessoas; (b) a proporção dos custos desses serviços que está coberta e (c) a proporção da população que é abrangida pelos serviços de saúde. Os resultados da Avaliação Intermediária da Agenda de Saúde para as Américas revelam avanços quanto à função de liderança das autoridades sanitárias nacionais e indicam que devem ser empreendidos esforços contínuos para fortalecer as três dimensões. O estabelecimento da boa governança na saúde, como um processo para forjar uma visão comum e alinhar esforços, é essencial para a saúde universal. A estratégia política

proposta, que vincula a saúde às metas socioeconômicas mais amplas, implica a implementação de políticas de proteção social baseadas em evidências com mecanismos específicos financeiros orientados para a saúde universal.

#### **4.2 Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade**

213. Na Região das Américas, a fragmentação dos serviços de saúde é uma limitação comum. Os sistemas fragmentados são caracterizados pela coordenação limitada nos diversos níveis e pontos de atenção, duplicação de serviços e infraestrutura, capacidade produtiva ociosa e subutilizada e prestação de serviços de saúde nos locais menos apropriados, especialmente nos hospitais. Do ponto de vista das pessoas, a fragmentação significa o acesso limitado aos serviços, a perda de continuidade da atenção e a incapacidade de os serviços satisfazerem as necessidades dos usuários.

214. A cobertura universal de saúde implica um modelo de atenção centrado nas pessoas e o estabelecimento de redes integradas de atenção à saúde para suprir as necessidades e exigências de toda a população ao longo de todo o ciclo de vida. A transformação da maneira como a atenção é prestada garantirá o acesso a serviços de saúde eficazes e integrais, inclusive aos programas de saúde verticais, ao longo de todo o processo contínuo de atenção à saúde. A prestação de serviços integrados, centrados nas pessoas é estruturada em torno das necessidades de saúde e das expectativas das pessoas e das comunidades, e não apenas em torno das doenças. Ao mesmo tempo, as políticas fundamentadas em evidências fazem uso dos melhores dados científicos e de outras formas de conhecimento de forma sistemática e promovem enfoques apropriados e eficazes para aperfeiçoar a atenção à saúde e as políticas de saúde. Ambos os aspectos desempenham uma função crucial na configuração das políticas e dos serviços de saúde.

#### **4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora**

215. As tecnologias em saúde, inclusive os medicamentos e outros produtos médicos, são indispensáveis para a prestação dos serviços de saúde, desde a prevenção até os cuidados paliativos. Para alcançar a saúde universal, um passo fundamental é melhorar o acesso a essas tecnologias em saúde, e uma parte imprescindível desse processo é a formulação e implementação de políticas para reforçar a governança e a gestão das tecnologias em saúde. Contudo, existem disparidades importantes no acesso aos medicamentos e outras tecnologias em saúde entre os países da Região e entre os diversos grupos socioeconômicos dentro de um mesmo país. Na maioria dos países de baixa e média renda, essas tecnologias constituem o principal item dos gastos públicos em saúde, abaixo apenas dos custos de pessoal, e são também a maior despesa com saúde no orçamento das famílias. O uso inapropriado e irracional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde não apenas inflaciona os custos da atenção à saúde, mas também diminui a qualidade da atenção, põe em risco a segurança dos pacientes e compromete os resultados gerais em matéria de saúde.

216. Embora alguns países da Região tenham fortalecido a sua capacidade de inovação tecnológica no campo da saúde, muitas prioridades em termos de inovação ainda não foram abordadas. As tecnologias em saúde mais novas estão começando a se tornar disponíveis, mas costumam custar mais do que as que estão sendo substituídas. Portanto, avaliações das tecnologias em saúde devem orientar as decisões com respeito à aquisição de novas tecnologias e à sua implementação nos serviços de saúde. Além disso, diretrizes práticas devem ser elaboradas para melhorar a qualidade da atenção e otimizar os recursos para a saúde. É preciso contar com capacidade reguladora suficiente para garantir a disponibilidade de medicamentos seguros, de qualidade e eficazes, assim como outras tecnologias em saúde. O fortalecimento dessa capacidade tornou-se uma prioridade para os países da Região na sua busca pela saúde universal.

#### **4.4 Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde**

217. As informações sobre a saúde constituem um insumo fundamental que apoia todos os aspectos da ação na área da saúde, como a pesquisa, o planejamento, as operações, a vigilância, o monitoramento e a avaliação, e a definição de prioridades e a tomada de decisões. Contudo, ainda persistem disparidades entre os países com respeito à cobertura, à confiabilidade, à tempestividade e à qualidade das informações fornecidas pelos sistemas de informação em saúde. Os países também diferem na sua capacidade analítica e de pesquisa para produzir dados de saúde e usá-los com a finalidade de analisar as causas dos problemas e as melhores opções à disposição para enfrentá-los. As comunidades precisam desempenhar uma função mais ativa na geração e difusão das evidências a fim de melhor orientar as ações que visam a melhorar o estado de saúde da população.

218. Para melhorar as condições de vida da população e reduzir as iniquidades nos resultados em matéria de saúde, são necessárias ações para fortalecer a capacidade de análise da situação sanitária, melhorar a produção e o intercâmbio de evidências e facilitar a sua tradução em políticas e a sua aplicação na prática da saúde pública. As evidências científicas e as informações sobre a saúde precisam ser integradas aos processos de tomada de decisões em todos os níveis do sistema de saúde para que elas sirvam de base para a atenção à saúde e fundamentem a formulação de políticas. A RSPA continuará a elaborar diretrizes, ferramentas e produtos de informação em múltiplas línguas e formatos, promovendo o acesso sustentável de funcionários da RSPA e de profissionais de saúde nacionais a conhecimentos científicos e técnicos atualizados e contribuindo para a autonomia dos pacientes por meio de informações confiáveis. Além disso, a RSPA administrará e apoiará redes de conhecimento, transformando evidências em políticas e práticas, e promovendo o uso apropriado das tecnologias da informação e comunicação (TIC).

219. As informações sobre a saúde são consideradas um direito básico das pessoas. O desenvolvimento e uso das tecnologias da informação e comunicação, o crescimento da alfabetização digital e a ampliação do acesso ao conhecimento e à formação científica são elementos que podem ajudar a ampliar o acesso das pessoas a informações de

qualidade sobre a saúde. Em especial, o desenvolvimento da “saúde móvel” (m-Saúde ou *mHealth*) e da “saúde eletrônica” (e-Saúde ou *eHealth*), valendo-se dos dispositivos móveis e das tecnologias da informação e da comunicação, oferece a possibilidade de mudar a maneira como os serviços de saúde são prestados. O desenvolvimento e a implementação das estratégias de saúde eletrônica nacionais serão cruciais para a otimização dos benefícios para a saúde proporcionados pelas novas tecnologias da informação.

#### **4.5 Recursos humanos em saúde**

220. Os recursos humanos — profissionais, cientistas, técnicos, auxiliares e agentes de saúde comunitária — são a espinha dorsal dos sistemas e serviços de saúde. Assim sendo, são fundamentais para a conquista da cobertura universal de saúde. No entanto, sem uma atenção adequada, a força de trabalho da saúde pode se transformar em um obstáculo importante ao avanço rumo à saúde universal. Muitos países da Região enfrentam uma grave escassez de pessoal de saúde no âmbito nacional, definida como menos de 25 profissionais de saúde por 10 mil habitantes. Além disso, em praticamente todos os países faltam profissionais de saúde em determinados distritos ou comunidades, normalmente nas periferias urbanas ou em comunidades rurais habitadas por indígenas ou por outros grupos com características socioeconômicas ou culturais específicas. No médio prazo, as exigências crescentes relacionadas às doenças não transmissíveis e ao envelhecimento da população, combinadas com as pressões financeiras sobre os sistemas de saúde, intensificarão as tensões em torno da disponibilidade, distribuição, composição, competências, administração e desempenho dos recursos humanos em saúde. Outro problema em muitos países é a emigração do pessoal da área de saúde.

221. O pessoal da área de saúde também é um ator político fundamental, dotado de poder suficiente para mudar a maneira como as políticas de saúde são formuladas e implementadas. A eficácia da atenção à saúde depende enormemente do desempenho da força de trabalho e, em consequência, do seu financiamento, formação, seleção, contratação e desenvolvimento por meio de sistemas de carreira completos. Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de alta qualidade exigem a combinação certa de profissionais de saúde com a devida capacitação, no lugar certo e no momento certo. O reforço da gestão e do desenvolvimento dos recursos humanos em saúde deve fazer parte das políticas públicas de saúde. Dos 30 países que participaram da Avaliação Intermediária da Agenda de Saúde para as Américas em 2012, 20 informaram que incluem essa área de trabalho nos seus planos nacionais de saúde. Uma vez que os recursos humanos podem afetar de maneira significativa o estado de saúde da população, eles devem ser vistos como trabalhadores essenciais e não como um recurso flexível que pode ser cortado facilmente em resposta a um déficit no orçamento. Pode-se dizer que os profissionais de saúde são a cabeça, o coração e as mãos do sistema de saúde.

## **Análise dos principais interessados diretos**

222. O setor da saúde tem muitos interessados diretos no âmbito mundial, regional, nacional e local. Além disso, nos últimos anos, vem surgindo um número cada vez maior de atores no campo internacional da saúde, o que favorece uma cooperação construtiva, mas também uma concorrência pelos recursos e pela influência sobre a política de saúde. Para melhorar a saúde e a equidade na saúde na Região das Américas, é preciso haver uma visão compartilhada, um enfoque baseado nos direitos e o alinhamento de todos os esforços para a consecução dos objetivos comuns.

223. Ao promover a saúde universal e apoiar os Estados Membros nos seus esforços para alcançar essa meta, a RSPA continuará a colaborar com o setor público, o setor privado e a sociedade civil. No âmbito do setor público, ela continuará a envolver os seus aliados em ações de cooperação em múltiplos setores, como a educação, a agricultura, o meio ambiente, o planejamento, as finanças, o legislativo e o judiciário. Para evitar a duplicação de esforços, otimizar o uso dos recursos e aumentar as sinergias, a Repartição continuará a reforçar a coordenação com outros organismos das Nações Unidas e com o sistema interamericano e a melhorar a harmonização e o alinhamento com os três níveis da OMS.

224. A RSPA trabalhará com uma série de parceiros estratégicos envolvidos nas diferentes áreas programáticas desta categoria. Destacam-se a Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI), a Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC), a Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), a Agência Espanhola de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (AECID), a Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (FDA), a Aliança GAVI, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial, o Departamento de Saúde do Reino Unido, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (HHS), a Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), a Fundação Bill e Melinda Gates, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária (FMSTM), o Governo do Brasil, Health Canada e RAD-AID International. Por último, a RSPA fortalecerá as suas relações e parcerias com os centros colaboradores da OMS relacionados com esta categoria, bem como as suas relações com numerosas associações profissionais e acadêmicas, organizações não governamentais e organizações do setor privado na área dos sistemas de saúde.

## **Estratégias de cooperação técnica**

- (a) Estabelecer parcerias e redes com todos os poderes de governo, a sociedade civil, universidades, centros de pesquisa, centros colaboradores, associações profissionais, doadores e outras instituições para promover a cobertura universal de saúde.

- (b) Aplicar o enfoque baseado na atenção primária à saúde para transformar os sistemas de saúde, conforme a definição constante do documento de posicionamento da OPAS “*Renovação da atenção primária à saúde nas Américas*”, de 2007. Um sistema de saúde baseado na APS implica a adoção de um enfoque amplo no que tange à sua organização e funcionamento, que tenha como principal objetivo o mais alto nível de saúde que se possa atingir e, ao mesmo tempo, maximize a equidade e a solidariedade. Um sistema dessa natureza é orientado pelos princípios da capacidade de resposta às necessidades da população, qualidade, prestação de contas pelos governos, justiça social, sustentabilidade, participação social e coordenação intersetorial.
- (c) Transformar a pesquisa em políticas de saúde pública que apoiem a saúde universal, implementando a Política da OPAS para a Pesquisa em Saúde e a Estratégia da OMS para a Pesquisa em Saúde, além da Estratégia da OMS para a Pesquisa em Políticas e Sistemas de Saúde. Formar e manter a capacidade necessária para fazer pesquisas sobre temas de interesse nacional e regional nas áreas da saúde pública, políticas de saúde e regulamentação, e sistemas de saúde, assim como traduzir os resultados em políticas e práticas.
- (d) Aumentar a capacidade para fortalecer a função de liderança das autoridades sanitárias nacionais e formar alianças entre as instituições governamentais e outros interessados diretos e parceiros pertinentes para reforçar a apropriação das metas e dos objetivos nacionais pelo país.
- (e) Reforçar a capacidade das autoridades sanitárias nacionais para definir, implementar, monitorar e avaliar as estratégias e planos nacionais de saúde, com o apoio de políticas multissetoriais e investimentos nacionais.
- (f) Fortalecer a capacidade parlamentar, no âmbito nacional e regional, para elaborar legislação visando à saúde universal.
- (g) Promover o desenvolvimento institucional e opções de política embasadas por evidências para construir regimes jurídicos e mecanismos financeiros que aumentem a proteção social em saúde.
- (h) Aumentar o uso das tecnologias da informação e comunicação, assim como das mídias sociais, visando à colaboração virtual e à ampliação do alcance dos esforços de cooperação técnica, fazendo uso de iniciativas regionais como a Rede Colaborativa de Atenção Primária à Saúde, a Plataforma Regional sobre Acesso e Inovação para Tecnologias em Saúde (PRAIS), o Campus Virtual de Saúde Pública e o Observatório Regional de Recursos Humanos em Saúde.
- (i) Levar a cabo atividades de promoção e apoio aos Estados Membros na reorganização da atenção à saúde mediante a aplicação das Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde (OPAS, 2010) e fortalecer as capacidades de gestão e liderança.
- (j) Fortalecer as instituições no âmbito nacional, sub-regional e regional e promover uma estratégia de saúde pública para o desenvolvimento, a inovação, a incorporação, a avaliação, a regulamentação, a administração e o uso racional

- das tecnologias em saúde com o objetivo de garantir a segurança dos pacientes e a qualidade da atenção. Implementar a Estratégia Mundial e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, da OMS, e fortalecer a Rede de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas e o Fundo Estratégico da OPAS para a compra de medicamentos e suprimentos de saúde pública.
- (k) Elaborar e aplicar normas e critérios, métodos, ferramentas analíticas e opções de política internacionais baseados em evidências, para os sistemas de saúde, os serviços e as tecnologias em saúde, passando pela análise, pesquisa, e concepção e avaliação de intervenções em matéria de saúde. Ampliar as plataformas de tradução de conhecimento que incorporem um enfoque sistemático à formulação de políticas embasadas por evidências. Usar sistemas validados para abordar as variações injustificadas ou indesejadas na atenção à saúde.
  - (l) Consolidar, manter e ampliar iniciativas regionais para fortalecer os sistemas de informação e o intercâmbio de informações, como o Plano Regional de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde e a Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde e Perfis de País. Promover o mapeamento dos sistemas nacionais de pesquisa em saúde e de outras ferramentas para apoiar a governança da pesquisa em saúde e a Plataforma de Informação em Saúde da OPAS.
  - (m) Implementar as estratégias e os planos de ação regionais sobre a saúde eletrônica e a gestão do conhecimento e das comunicações para contribuir para a construção de sociedades mais informadas, equitativas, competitivas e democráticas.
  - (n) Formular e implementar opções de política e ferramentas com base científica para abordar os cinco desafios relativos ao desenvolvimento de recursos humanos para a saúde enunciados no Chamado à Ação de Toronto: Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas.

### **Temas transversais e enfoques estratégicos em torno da saúde**

225. Os sistemas e serviços de saúde são o veículo para combater as doenças, promover a saúde física e mental, e prolongar a vida. Devem garantir o direito à saúde sem discriminação de classe. São também um meio para promover o desenvolvimento socioeconômico. O desenvolvimento e a manutenção de sistemas de saúde sólidos baseados na atenção primária são a maneira de obter e sustentar melhores resultados em matéria de saúde, aumentar a equidade e a proteção social em saúde e melhorar a satisfação do povo com a atenção à saúde. O trabalho interprogramático e a colaboração intersetorial são partes inerentes à estratégia da APS. As limitações do sistema e os níveis de serviço podem impedir a melhoria desses resultados; compreender e abordar essas limitações exige diálogo e colaboração com os especialistas de todas as demais áreas de trabalho. Para obter resultados em termos de saúde melhores e mais equânimes, é preciso aplicar enfoques baseados nos direitos humanos, no gênero e na diversidade cultural ao desenvolvimento dos sistemas de saúde e, sobretudo, à avaliação do seu desempenho.

226. A integração dos serviços em todo o processo contínuo de atenção à saúde e a formação de melhores vínculos entre a atenção médica, social e de longo prazo oferece benefícios significativos na abordagem das doenças transmissíveis e não transmissíveis, da saúde materno-infantil e da saúde das populações que estão envelhecendo. A carga cada vez maior das doenças não transmissíveis terá consequências devastadoras para a saúde das pessoas, famílias e comunidades, e ameaça saturar os sistemas de saúde. As emergências de saúde pública, os desastres, as doenças negligenciadas e as ameaças emergentes à saúde da população exigem sistemas de saúde que respondam a essas situações. É necessária uma ação multissetorial para abordar essas cargas e ameaças, bem como para melhorar, com equidade, os resultados em matéria de saúde.

227. O estabelecimento de sistemas de saúde robustos visando à saúde universal é uma tarefa que compete a todos. É também um meio de alcançar os resultados esperados nas demais categorias de trabalho — por exemplo, formar capacidades e criar ferramentas para a coerência das políticas de modo a incorporar os determinantes sociais da saúde ou desenvolver as capacidades básicas de que os Estados Membros necessitam para cumprir o Regulamento Sanitário Internacional (como uma legislação nacional, políticas, financiamento, coordenação, recursos humanos e laboratórios, entre outras).

## **Pressupostos e riscos**

### **Pressupostos:**

- (a) Persiste a estabilidade social e política na Região, com a prioridade recaindo sobre os investimentos públicos em saúde.
- (b) Todos os interessados diretos pertinentes no âmbito nacional, sub-regional e regional estão comprometidos com a busca da equidade na saúde.
- (c) A liderança dinâmica garante um aumento da harmonização e do alinhamento da cooperação em saúde.
- (d) Os Estados Membros e os parceiros no desenvolvimento fazem uso cada vez maior de dados de qualidade na alocação de recursos, definição de prioridades e formulação de políticas e programas.
- (e) Os países atualizam as suas políticas, planos, marcos legislativos e regulatórios, e sistemas de saúde para apoiar a universalização da cobertura de saúde e assegurar o direito à saúde.
- (f) Os países adotam um modelo de atenção centrado nas pessoas como uma das reformas principais para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aumentar a satisfação dos usuários.
- (g) O acesso a produtos médicos e tecnologias em saúde de boa qualidade continua a ser uma questão estratégica importante para as autoridades sanitárias nacionais, com ênfase no fortalecimento dos marcos regulatórios e dos sistemas de compra.

- (h) Prosseguem os esforços regionais, sub-regionais e nacionais para promover o desenvolvimento do pessoal de saúde de acordo com o Chamado à Ação de Toronto.
- (i) As parcerias intersetoriais e interinstitucionais em apoio ao desenvolvimento do pessoal de saúde continuam a promover a participação ativa de todos os interessados diretos, como a sociedade civil, as associações profissionais e o setor privado.

**Riscos:**

- (a) A redução do financiamento externo dos doadores e o espaço fiscal nacional limitado para aumentar os gastos em saúde pública comprometem a sustentabilidade das políticas públicas para melhorar a equidade.
- (b) Diminuem os recursos alocados aos enfoques sistêmicos, e a coordenação intersetorial é fraca.
- (c) Dá-se prioridade a soluções de curto prazo em vez de investimentos em medidas de longo prazo e sustentáveis para garantir a cobertura universal de saúde e os direitos dos pacientes.
- (d) A persistência da segmentação dos serviços prejudica a eficiência do sistema de atenção médica e solapa o seu potencial para reduzir a exclusão.
- (e) A persistência da fragmentação nos serviços de saúde limita a obtenção de resultados em matéria de saúde mais equitativos e mais bem alinhados com as necessidades e expectativas da população.
- (f) Investimentos em tecnologia e infraestrutura são feitos sem as devidas análises e sem uma avaliação das necessidades.
- (g) A negociação e implementação de acordos de livre comércio prejudica o acesso a produtos médicos e tecnologias na Região.
- (h) São feitos poucos investimentos internacionais e nacionais em sistemas de informação em saúde, pesquisa e integração de evidências à prática, sobretudo nos países de média renda, onde reside a maioria dos pobres da Região.
- (i) O financiamento para o desenvolvimento do pessoal de saúde cai a um nível tão baixo que afeta os orçamentos e incentivos para o envio de pessoal a áreas mal atendidas.
- (j) Os países afetados por uma crise de recursos humanos permanecem incapazes de tomar a iniciativa e produzir respostas por conta própria.
- (k) As forças do mercado continuam a exercer pressão, levando a um êxodo dos profissionais de saúde para outros países (a chamada “fuga de cérebros”), para as áreas urbanas e até mesmo para outras profissões.

## **Categoria 4. Sistemas de Saúde: Áreas programáticas e resultados intermediários**

### **4.1 Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde**

| <b>Resultado intermediário</b>  | <b>Ind.</b> | <b>Indicadores do resultado intermediário</b>  | <b>Linha de base em 2013*</b> | <b>Meta para 2019 (somada à linha de base)*</b> |
|---|-------------|--|-------------------------------|---|
| RIT 4.1<br>Aumento da capacidade nacional para alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde | RIT 4.1.1   | Número de países e territórios que implementaram ações tendentes à consecução progressiva do acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde | 3 (2015)                      | 12  |
|   | RIT 4.1.2   | Número de países e territórios com gastos públicos em saúde de pelo menos 6% do PIB  | 7                             | 20  |

### **4.2 Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade**

| <b>Resultado intermediário</b>  | <b>Ind.</b> | <b>Indicadores do resultado intermediário</b>   | <b>Linha de base em 2013</b> | <b>Meta para 2019 (somada à linha de base)</b> |
|---|-------------|---|------------------------------|--|
| RIT 4.2<br>Ampliação do acesso a serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade | RIT 4.2.1   | Número de países que reduziram em pelo menos 10% as hospitalizações para a atenção ambulatorial de afecções sensíveis | 6 (2015)                     | 19   |

\* O ano da linha de base é 2013 ou o ano ao qual correspondem os dados mais recentes. Relaciona-se o ano no caso dos indicadores para os quais não haja dados referentes a 2013. As metas para 2019 abrangem a linha de base em 2013. Isso se aplica a todas as linhas de base e metas nesta categoria.

### 4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora

| Resultado intermediário  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 4.3<br>Ampliação do acesso e do uso racional de medicamentos, produtos médicos e tecnologias em saúde seguros, eficazes e de boa qualidade | RIT 4.3.1 | Número de países que garante o acesso aos medicamentos constantes da lista nacional de medicamentos essenciais sem qualquer pagamento no ponto de atenção/atendimento/fornecimento do remédio            | 1                     | 14                                      |
|  | RIT 4.3.2 | Número de países e territórios que alcançaram ou aumentaram a sua capacidade reguladora a fim de atingir a condição de autoridade reguladora funcional dos medicamentos e de outras tecnologias em saúde | 7                     | 35                                      |

### 4.4 Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde

| Resultado intermediário   | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|---|-----------|---|-----------------------|---|
| RIT 4.4<br>Todos os países contam com sistemas de informação e pesquisa em saúde em funcionamento | RIT 4.4.1 | Número de países e territórios alcançando as metas de cobertura e de qualidade do Plano Regional de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde | 14                    | 35                                      |
|   | RIT 4.4.2 | Número de países e territórios com mecanismos funcionais de governança da pesquisa em saúde   | 5                     | 26                                      |

#### 4.5 Recursos humanos em saúde

| Resultado intermediário   | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|---|-----------|---|-----------------------|---|
| RIT 4.5<br>Disponibilidade adequada de pessoal de saúde competente, culturalmente apropriado, bem regulamentado e distribuído, e tratado de maneira justa | RIT 4.5.1 | Número de países e territórios com pelo menos 25 profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e parteiras) por 10 mil habitantes  | 25                    | 31                                      |
|   | RIT 4.5.2 | Número de países e territórios com programas nacionais de capacitação em competências interculturais e de saúde pública para profissionais da atenção primária à saúde  | 8                     | 23                                      |
|   | RIT 4.5.3 | Número de países e territórios que reduziram em 50% a brecha na densidade de profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e parteiras) entre as jurisdições subnacionais (província, estado, departamento, território, distrito, etc.) que tenham uma densidade mais baixa de profissionais de saúde do que a densidade nacional. | 11                    | 19                                      |

## **Categoria 5 – Emergências de saúde**

*Reduzir a mortalidade, a morbidade e a perturbação social resultantes das emergências e desastres por meio da detecção, controle e mitigação de agentes patogênicos que constituem grande ameaça, bem como mediante a redução dos riscos provocados por todo tipo de ameaça, a preparação, a resposta e atividades para recuperação rápida que aumentem a resiliência e apliquem um enfoque multissetorial para contribuir para a segurança da saúde.*

### **Alcance**

228. Esta categoria se concentra no fortalecimento das capacidades para levar a cabo atividades de prevenção, redução de riscos, preparação, vigilância, resposta e recuperação rápida em relação a emergências e desastres relacionados com todo tipo de ameaça (natural, provocada pelo homem, biológica, química, radiológica, etc.) e, quando as capacidades nacionais estiverem saturadas, para liderar e coordenar a resposta internacional de saúde para conter desastres, inclusive surtos, e proporcionar alívio e recuperação eficazes às populações afetadas.

### **Contexto**

#### **5.1 Gestão de riscos infecciosos**

229. As doenças epidêmicas e pandêmicas constituem uma ameaça permanente e constante para a segurança da saúde e para o desenvolvimento socioeconômico sustentável em escala mundial e regional. A necessidade de uma vigilância integral e uma resposta coletiva rápida na Região, sobretudo no caso da possibilidade de pandemias e surtos, é um grande desafio devido ao grande número de deslocamentos da população e às mudanças no meio ambiente, como o desmatamento e a mudança climática, entre outros fatores. As doenças de origem animal podem causar epidemias ou pandemias, criando a necessidade de uma gestão eficaz dos riscos de zoonoses emergentes que podem acarretar emergências de saúde pública.

230. A OPAS apoiará os países na vigilância, prevenção e controle de doenças de alto risco de potencial pandêmico e epidêmico (por ex., febres hemorrágicas virais, influenza e os coronavírus, vírus transmitidos por artrópodes e doenças bacterianas). Isso será feito por meio da previsão, caracterização de doenças e riscos infecciosos e formulação de estratégias com base científica para prever, prevenir, detectar e responder no caso de ameaças infecciosas. Isso abrange ações para desenvolver e apoiar estratégias, ferramentas e capacidades para riscos infecciosos que constituem grande ameaça, estabelecer e manter redes especializadas para alavancar a experiência internacional para detectar, entender e administrar riscos infecciosos novos ou emergentes que constituem grande ameaça e oferecer apoio técnico no âmbito da Estrutura de Preparação para a Pandemia de Influenza.

## **5.2 Preparação dos países para situações de emergência de saúde e o Regulamento Sanitário Internacional (2005)**

231. Os relatórios anuais dos Estados signatários do RSI apresentados às Assembleias Mundiais de Saúde entre 2011 e 2016 mostraram melhorias constantes no nível regional em todas as capacidades básicas. Contudo, a situação das capacidades básicas nas sub-regiões continua a ser heterogênea, com a sub-região do Caribe registrando sistematicamente as pontuações mais baixas. Quando os relatórios anuais dos Estados signatários foram instituídos no seu formato atual para a prestação de contas à 64<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde em 2011, a taxa de resposta foi 51% (18 dos 35 Estados signatários nas Américas). Em 2016 a taxa de resposta chegou a 100% pela primeira vez, com todos os Estados signatários nas Américas prestando informações à 69<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde. Ao comparar os relatórios mais recentes com os relatórios anuais apresentados à 68<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde em 2015, as variações das pontuações regionais ficam na faixa de 10 pontos percentuais, em média, no caso de todas as capacidades exceto as relacionadas com os pontos de entrada, para as quais foi registrada uma melhoria de 18 pontos percentuais. Com a exceção das capacidades para responder a eventos relacionados com riscos químicos (57%) e radiológicos, a pontuação regional média das capacidades restantes é próxima ou superior a 75%. A pontuação mais alta corresponde à vigilância (92%).

232. O setor da saúde tem a responsabilidade de vigiar, prever e mitigar as consequências das situações de emergência e desastres para a saúde. Para tanto, precisa fortalecer a sua capacidade para responder com intervenções eficazes e oportunas. Um grande desafio é a preparação. A infraestrutura operacional regular, o pessoal e a organização dos serviços de saúde devem ter a flexibilidade e a capacidade para passar, de imediato, para a resposta a emergências; para isso, dependem da capacidade laboratorial, sistemas de monitoramento, equipamentos de proteção pessoal, recursos humanos e participação da comunidade, entre outros aspectos.

233. O objetivo desta área programática é assegurar que todos os países da Região contem com as capacidades para o gerenciamento dos riscos de desastres e emergências provocadas por todo tipo de ameaça, inclusive as capacidades básicas necessárias para cumprir com as suas responsabilidades no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (2005). Elas dizem respeito à legislação, políticas e financiamento; à coordenação e comunicações com os centros de coordenação nacionais; à vigilância e comunicação de riscos; à preparação e resposta; à prevenção e controle das infecções; aos recursos humanos e à criação de redes e fortalecimento da capacidade em matéria de laboratórios. O trabalho nesta área programática tem como objetivo reforçar a capacidade dos países para proteger o bem-estar mental e social dos seus habitantes e possibilitar uma rápida recuperação após situações de emergência e desastres. Isso exige uma liderança nacional adequada e capacidade sustentada do setor da saúde para aumentar a resiliência dos países e territórios.

### **5.3 Informações sobre emergências de saúde e avaliação de riscos**

234. Esta área programática tem como objetivo oferecer informações confiáveis para a tomada de decisões sobre saúde pública em situações de emergência. Isso abrange detectar novos eventos de saúde pública, avaliar os riscos para a saúde pública, fazer a vigilância epidemiológica e as pesquisas de campo, monitorar as intervenções de saúde pública e transmitir informações sobre saúde pública aos parceiros técnicos.

235. A capacidade da RSPA de fornecer informações práticas e assessoria técnica às autoridades nacionais sobre os eventos de saúde pública que poderiam constituir um risco para a saúde pública internacional depende da notificação oportuna e transparência por parte dos Estados Membros ao prestar informações à OPAS, bem como da capacidade da OPAS de manter a comunicação com os Centros de Coordenação Nacionais 24 horas por dia, 7 dias por semana. No período 2014-2015, foram mantidas ações de monitoramento e resposta epidemiológica 24 horas por dia, 7 dias por semana, ao longo do biênio para informar rapidamente os Estados Membros sobre as ameaças ou riscos para a saúde pública. Um exemplo disso foi o vírus Zika, que, em 2016, passou a ser uma emergência de saúde pública de importância internacional. Durante esse período, 38 alertas e atualizações epidemiológicas foram disseminados; 31 atualizações de eventos (10 relacionados com o vírus Zika) foram divulgadas no Site de Informação sobre Eventos para os Centros de Coordenação Nacionais do RSI e 594 comunicados foram enviados por email aos Estados Membros sobre ameaças ou riscos para a saúde pública. O monitoramento intensificou-se durante a Copa do Mundo de 2014 no Brasil, resultando na comunicação de 177 casos de saúde pública, dos quais 52% corresponderam a doenças infecciosas. A maioria das emergências de saúde pública em potencial foi avaliada em termos do seu risco e comunicada pela OPAS aos Centros de Coordenação Nacionais do RSI em um prazo de 48 horas. A RSPA detectou possíveis causas de atrasos na transmissão de informações e tomou as medidas apropriadas para melhorar a coordenação com os Estados Membros e a sede da OMS.

236. A RSPA continuará a desenvolver sua capacidade para coordenar os esforços regionais para fortalecer todos os aspectos das atividades sistemáticas de detecção, verificação e avaliação de risco de eventos, inclusive a formação de capacidades, a coordenação de atividades e a transmissão de informações de qualidade em todos os eventos agudos de saúde pública. O intercâmbio de experiências entre os Estados Membros será facilitado, tendo como finalidade aumentar a oportunidade e transparência da troca de informações relacionadas com eventos de saúde pública de possível interesse internacional e fortalecer os canais de comunicação entre os centros de coordenação nacionais para fins de rastreamento de contatos internacionais.

### **5.4 Operações de emergência**

237. Entre 2011 e 2015, quase um quarto dos desastres mundiais ocorreu nas Américas (418 de 1.719). Entre 2014 e 2015, 39,9 milhões de pessoas foram afetadas na região. O impacto econômico desses desastres durante o período 2011-2015 ultrapassou os

US\$ 256 bilhões, o correspondente a 31,6% do total dos prejuízos em todo o mundo relacionados a desastres. Nos países da América Latina e Caribe, nas últimas décadas foram registrados alguns dos desastres que causaram mais mortes em todo o mundo, como o terremoto e a epidemia de cólera no Haiti. A região também foi o epicentro de um novo tipo de crise com o surgimento do novo vírus da gripe A (H1N1) e a primeira pandemia segundo o estabelecido no Regulamento Sanitário Internacional, além do recente surgimento de uma cepa debilitante do vírus Zika.

238. Tornou-se mais comum que os países da América Latina e Caribe administrem a resposta a emergências ou desastres de menor escala usando seus próprios recursos (humanos e de outros tipos), sem recorrer à ajuda da comunidade internacional. No entanto, os países continuarão a precisar de ajuda internacional e apoio da RSPA ao enfrentarem desastres de média e grande magnitude. Quando as capacidades nacionais estiverem saturadas, a RSPA liderará e coordenará a resposta internacional de saúde para conter desastres, inclusive surtos, e proporcionar alívio e recuperação eficazes às populações afetadas. Em consequência, a OPAS deve melhorar constantemente sua capacidade para iniciar a assistência no prazo mais curto possível.

239. Assim, a RSPA continuará a melhorar seus sistemas e processos para dar uma resposta mais previsível e eficaz às emergências de saúde. Esse esforço tem três aspectos principais: (a) o fortalecimento da capacidade operacional da OPAS, (b) a ampliação e reforço da capacidade internacional para responder a emergências por meio de parcerias e (c) o apoio das autoridades nacionais que coordenam a resposta internacional a emergências de saúde nos seus países.

## **5.5 Serviços básicos de emergência**

240. Esta área abrange a formação de capacidades, políticas, procedimentos e sistemas padronizados em todo a RSPA que respaldam a eficácia da gestão e sustentabilidade da dotação de pessoal e do financiamento do programa de emergências, ao mesmo tempo em que assegura a interoperabilidade e a uniformidade das atividades coordenadas de resposta a emergências realizadas por meio de parcerias. Abarca as atividades de administração, comunicação, mobilização de recursos e gestão de subvenções, planejamento estratégico, gestão financeira e de recursos humanos, segurança e saúde e bem-estar dos funcionários.

## **5.6 Redução dos riscos de desastres e projetos especiais**

241. Dos quase 18.000 serviços de saúde na região, 77% estão localizados em áreas sujeitas a desastres. Entre 2000 e 2009, mais de 45 milhões de pessoas nas Américas ficaram sem atenção à saúde por meses e, às vezes, anos por causa dos danos causados por fenômenos naturais a hospitais e outras unidades de saúde.

242. A OPAS coordenará a implementação do Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021, que tem como objetivo proteger a vida dos pacientes e dos

profissionais de saúde, assim como os equipamentos e suprimentos de saúde, contra desastres, e assegurar que os serviços de saúde continuem a funcionar com eficácia durante e após emergências e desastres, de modo a salvar vidas, reduzir as incapacidades e permitir que o setor de saúde cumpra as suas responsabilidades.

243. A OPAS colabora com os países na implementação de projetos especiais, como os dos hospitais seguros, hospitais inteligentes e populações deslocadas dentro do seu país, entre outros, a fim de desenvolver a capacidade dos países para proteger o bem-estar físico, mental e social dos seus habitantes e se recuperar rapidamente de situações de emergência e desastres. Um projeto especial sobre os países muito vulneráveis se concentra no fortalecimento da liderança nacional e da capacidade sustentada do setor de saúde para aumentar a resiliência desses países e territórios.

### **5.7 Resposta a surtos e crises**

244. A pandemia da influenza A (H1N1) em 2009 e o terremoto devastador no Haiti em 2010, seguido da epidemia de cólera naquele país, resultaram em enormes operações de resposta a emergências que figuram entre as mais complicadas e desafiadoras já empreendidas pelos países afetados, pelos primeiros a responder e por toda a comunidade internacional.

245. De modo geral, os países na Região agora podem responder aos desastres menores de uma maneira autossuficiente, embora a assistência externa sempre se faça necessária quando se trata de grandes desastres. Portanto, a Organização continuará a desempenhar uma função importante na ajuda aos países e territórios durante a resposta a grandes desastres, orientada pelo documento *Resposta Institucional a Emergências e Desastres*, da RSPA. Assim, a OPAS deve melhorar constantemente a sua capacidade para iniciar a assistência no prazo mais curto possível. Deve-se dedicar atenção especial para que as populações mais vulneráveis, como as crianças, os idosos e as comunidades indígenas e as gestantes, tenham acesso equitativo aos serviços de saúde.

### **Análise dos principais interessados diretos**

246. A participação dos interessados diretos, sobretudo os ministérios da saúde e as instituições nacionais de gerenciamento de emergências, é essencial para implementar as atividades planejadas e obter resultados imediatos e intermediários nesta categoria. Todas as instituições nacionais e internacionais relacionadas à saúde desempenham uma função crucial para fortalecer as capacidades dos países para reduzir os riscos, preparar-se para emergências de saúde pública e desastres, responder a esses eventos e recuperar-se.

247. A Estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução de Desastres, o Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários e o Comitê Interinstitucional Permanente são responsáveis pela coordenação das iniciativas mundiais para reduzir a mortalidade, a morbidade e a perturbação social decorrentes de desastres. As prioridades relacionadas à saúde são incluídas regularmente nas suas deliberações,

decisões e diretrizes. As atividades atuais que fazem parte das estruturas e mecanismos multilaterais, internacionais e regionais existentes serão plenamente implementadas, em especial as do Regulamento Sanitário Internacional (2005), da Estrutura de Preparação para a Pandemia de Influenza, do Plano de Ação Mundial para Vacinas contra a Gripe, do Marco de Ação de Hyogo 2005-2015, da Agenda Transformativa das Nações Unidas, da Associação Internacional de Administração de Conflitos e da Iniciativa Global para a Erradicação da Poliomielite, assim como as convenções químicas e plataformas mundiais e regionais para a redução dos riscos de desastres. Serão mantidas e fortalecidas as grandes redes, como a Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN), o Sistema Mundial de Vigilância e Resposta à Gripe, o Grupo de Ação Sanitária Mundial e as equipes regionais de resposta do Comitê Interinstitucional Permanente.

248. Muitas universidades, centros de excelência e associações profissionais, entre outros, implementam atividades de pesquisa e formação em gestão das emergências de saúde pública. Assim, ajudam a formular, difundir e aplicar as políticas, estratégias, planos de ação, diretrizes técnicas e publicações dos Estados Membros da OPAS e da RSPA.

### **Estratégias de cooperação técnica**

249. O enfoque do gerenciamento de riscos em casos de emergência deve ser amplo, eficiente e eficaz. O aumento da resiliência e a proteção das populações exigem um enfoque holístico, coordenado e capaz de fazer face a múltiplos riscos, que deve ser aplicado tanto na RSPA, como nos Estados Membros e na comunidade de saúde internacional. Para obter um impacto ótimo, esse enfoque deve ser incorporado aos planos nacionais integrais para a gestão de riscos em casos de emergência que abrangem todos os setores.

250. A função de liderança dos ministérios da saúde será reforçada por meio de uma maior ênfase no fortalecimento da capacidade para incorporar os critérios de preparação, vigilância e resposta às políticas, planos, normas e orçamentos nacionais. Será dada uma atenção renovada à criação de vínculos com as instituições acadêmicas e de pesquisa para melhor entender os possíveis impactos de riscos específicos, como a pandemia de influenza, os terremotos, as inundações, os furacões, as emergências químicas e radiológicas, as doenças transmitidas por alimentos e a mudança climática. A inclusão da redução dos riscos de desastres no setor da saúde é essencial para proteger os serviços de saúde (com respeito tanto à infraestrutura física, como às suas funções) e assegurar a sua continuidade durante e após as emergências.

251. Será enfatizado o uso das parcerias em favor da saúde e das redes de gerenciamento de desastres novas e já existentes no setor da saúde e fora dele, como em outros organismos do setor público e no setor privado. As atividades colaborativas abrangerão a promoção de causa, a gestão das informações, a mobilização de recursos e os acordos nacionais e internacionais para reduzir os riscos de desastres e de emergências e garantir intervenções oportunas e eficazes em matéria de saúde durante e após esses

eventos. A RSPA promoverá a colaboração entre os países, tirando partido das suas experiências e capacidades específicas. Além disso, aumentará a consciência política da pertinência de contar com programas de prevenção e controle de infecções no âmbito das capacidades básicas do Regulamento Sanitário Internacional.

252. A RSPA fortalecerá a sua capacidade interna para aprimorar ainda mais os seus mecanismos de resposta coordenada para preparar-se para desastres e emergências, e ajudar os países de forma eficiente quando necessário. Além disso, implementará (a) os procedimentos operacionais padronizados da OMS para o gerenciamento de graves ameaças à saúde pública em toda a Organização, o que implica fortalecer o sistema de gerenciamento de eventos da OMS em toda a Organização e assegurar a capacidade operacional em todos os momentos, e (b) as políticas e os procedimentos estabelecidos no documento *Resposta Institucional a Emergências e Desastres*, da OPAS. Será adotado um enfoque baseado nas lições extraídas para revisar e atualizar as normas, os procedimentos, as diretrizes técnicas e outras ferramentas da Organização relacionadas às situações de emergência e desastres, bem como para ajustar as suas estratégias quando necessário.

### **Temas transversais e enfoques estratégicos em torno da saúde**

253. O planejamento e a execução conjunta entre todas as áreas programáticas da Categoria 5 é essencial para implementar o Plano Estratégico. As referências específicas aos temas transversais e enfoques estratégicos estão refletidas nas descrições abaixo sobre os vínculos com as demais categorias de trabalho e as suas áreas programáticas específicas.

254. Esta categoria tem um vínculo especialmente estreito com a Categoria 1, que se ocupa da redução da carga das doenças transmissíveis, cuja vigilância e controle é um dos aspectos principais da resposta da OPAS às emergências humanitárias e das suas responsabilidades no âmbito do RSI (2005). A contribuição da Organização abrange a orientação especializada sobre o tratamento da pneumonia, das doenças diarreicas, das doenças imunopreveníveis, da malária, da dengue, das hepatites virais, da tuberculose e da infecção pelo HIV nessas circunstâncias.

255. Com respeito à Categoria 2, relacionada às doenças não transmissíveis, a coordenação com a área programática sobre a saúde mental é necessária para a preparação e resposta referente às necessidades psicossociais e em matéria de saúde mental das populações afetadas por desastres e emergências. Como os traumatismos e a violência costumam aumentar nas situações de emergência, a Categoria 5 mantém um estreito vínculo com essa área programática para a oferta de atenção traumatológica e a prevenção dos traumatismos e da violência. Uma resposta adequada aos desastres diminuirá as incapacidades no longo prazo quando estratégias adequadas estiverem implementadas. As estratégias para prevenir as doenças transmitidas por alimentos também ajudarão a evitar incapacidades crônicas, como a artrite reativa ou a síndrome hemolítica urêmica, assim como o atraso no crescimento associado à diarreia, um fator

importante que atrasa o crescimento das crianças menores de 5 anos. A inocuidade dos alimentos e a nutrição estão estreitamente ligadas no contexto da preparação para situações de emergência.

256. Os princípios da Categoria 3 — direitos humanos, equidade, gênero e igualdade étnica, desenvolvimento sustentável, segurança humana e prestação de contas — embasam todo o trabalho da Organização referente às emergências. Nos desastres, faz-se necessária a colaboração com áreas programáticas que abordem o ciclo de vida, sobretudo no que se refere à proteção e atenção contínua a gestantes, crianças e idosos. As populações de idosos, em particular, podem ter a mobilidade reduzida e pouca capacidade para adaptar-se. É preciso considerar as funções de gênero de maneira explícita nos planos e programas de emergência. Além disso, os riscos são distribuídos ao longo de um gradiente social, e as intervenções devem levar em conta, sobretudo, as populações que sejam marginalizadas, apresentem diferenças culturais ou se encontrem em situação de vulnerabilidade. O acúmulo de recursos da comunidade para fazer face às emergências faz parte do processo participativo que deve servir de base para a adoção de medidas coerentes de proteção por parte do Estado. A resposta às emergências requer a capacidade institucional para identificar e administrar o saneamento ambiental, as ameaças químicas e radiológicas, e o impacto da mudança climática.

257. As capacidades exigidas para a redução dos riscos, a preparação para casos de desastre, a resposta e a recuperação, assim como para o cumprimento do RSI, são componentes fundamentais da Categoria 4 (Sistemas de saúde). Faz-se necessária uma sólida ligação com as políticas, estratégias e planos nacionais de saúde para facilitar a implementação das resoluções e mandatos com respeito ao RSI (2005), ao Plano de Ação para Hospitais Seguros e à reforma das Nações Unidas na área do gerenciamento de desastres. A convergência plena com o enfoque dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas é fundamental para prestar ajuda humanitária e responder aos surtos. O acesso aos produtos médicos e o fortalecimento da capacidade reguladora, especialmente com relação às emergências radiológicas e aos laboratórios, são aspectos fundamentais relacionados à preparação para situações de emergência, ao RSI e à resposta a crises. As informações e evidências dos sistemas de saúde fornecerão dados cruciais para elaborar avaliações de riscos, monitorar os avanços, gerar medidas de intervenção baseadas em dados científicos e responder às emergências. Um dos pilares da preparação para situações de emergência é o reforço das capacidades dos recursos humanos em saúde a fim de levar a cabo uma resposta oportuna e adequada às consequências das emergências e desastres para a saúde pública.

258. Com respeito à Categoria 6, a RSPA se valerá de parcerias para prestar apoio aos países na melhoria das suas capacidades para o gerenciamento de riscos em casos de emergência. A OMS reforçará a sua interação com outras organizações no sistema das Nações Unidas e com organismos multilaterais, bilaterais e regionais. A resposta frente a situações de emergência exige uma estratégia específica para a comunicação de riscos, concebida pelos responsáveis pela gestão da resposta, assim como um conjunto bem definido de canais de comunicação, mensagens e métodos para chegar aos grupos-alvo.

Grande parte do trabalho na Categoria 5 depende dos processos de liderança organizacional relacionados ao planejamento estratégico e à mobilização e gestão dos recursos (sobretudo visando ao acesso a recursos extraorçamentários). Portanto, o desenvolvimento, a negociação e a implementação de novos enfoques para o financiamento, com vistas a aumentar a previsibilidade, a flexibilidade e a sustentabilidade do financiamento da OPAS, é primordial para o trabalho nesta categoria. Para que a Categoria 5 funcione de forma eficaz e eficiente, é fundamental que existam e sejam aplicados processos administrativos flexíveis e voltados para a obtenção dos resultados, sobretudo no que tange ao trabalho em situações de emergência.

## **Pressupostos e riscos**

### **Pressupostos:**

- (a) Informa-se, de maneira transparente, a situação real das capacidades básicas dos países exigidas no RSI, a despeito de qualquer influência política.
- (b) Há pessoal, financiamento e capacidades suficientes nos países, na Região e na sede da OPAS/OMS para que a Organização possa expandir e incorporar um enfoque integral, eficiente, eficaz e baseado em múltiplos riscos à capacidade de preparação, alerta e resposta no que se refere a situações de emergência.
- (c) Os principais parceiros e redes dentro e fora do setor da saúde prestam apoio para implementar a colaboração entre os países e aumentar a consciência política sobre a importância da estrutura do RSI e da prevenção da exposição a contaminantes na cadeia alimentar.
- (d) O gerenciamento dos riscos de emergências e desastres continua a ser uma prioridade do setor da saúde, e os ministérios da saúde e demais parceiros estão dispostos a trabalhar com a OPAS nessa área.
- (e) Os gestores de alto escalão nos escritórios nacionais, regionais e mundiais dão prioridade suficiente ao trabalho nesta categoria, permitindo que a OPAS monte a sua capacidade interna para os países de forma eficiente no gerenciamento das graves ameaças à saúde pública.
- (f) Os departamentos técnicos nacionais e regionais participam da elaboração de listas de nomes para o reforço do pessoal e de outras atividades de preparação, e mostram que estão dispostos a cumprir um conjunto básico de normas necessárias para ter ou superar as capacidades mínimas para controlar os riscos para a saúde pública associados a situações de emergência.

### **Riscos:**

- (a) Os países ou a Organização atribuem prioridade insuficiente a esta categoria de trabalho, o que leva à perda de financiamento.

- (b) Não se consegue estabelecer parcerias fortes com outros organismos envolvidos em mecanismos no nível nacional de preparação, alerta e resposta no que se refere a situações de emergência
- (c) Os pontos fracos nos mecanismos de verificação dificultam a avaliação do cumprimento efetivo dos requisitos quanto às capacidades básicas previstas no RSI, e são limitadas as possibilidades de os Estados signatários manterem essas capacidades.
- (d) Não se consegue contratar pessoal técnico competente no âmbito nacional e subnacional para implementar os planos e aplicar as ferramentas necessárias de coleta de informações.
- (e) A falta de consenso dificulta a finalização de uma estrutura de gerenciamento dos riscos de emergências e desastres para a área da saúde.
- (f) A instabilidade política e a deterioração da segurança restringem as operações dentro do setor da saúde.
- (g) É limitada a contribuição de outras categorias de trabalho e dos departamentos técnicos para as atividades visando à prontidão e ao aumento da resposta.
- (h) Há confusão entre as intervenções a curto prazo para a preparação/prontidão para situações de emergência e o desenvolvimento a mais longo prazo de capacidades de resposta básicas.
- (i) O planejamento em curso e os esforços para implementação saem do rumo devido à ocorrência de emergências de saúde ou desastres.
- (j) Diferentes graus de preparação na Região ameaçam a segurança sanitária geral.
- (k) A comunicação é ineficaz durante os períodos de emergência devido a mensagens concorrentes e conflitantes entre os níveis político e técnico.

## **Categoria 5. Emergências de saúde: Áreas programáticas e resultados intermediários**

### **5.1 Gestão de riscos infecciosos**

| <b>Resultado intermediário</b>   | <b>Ind.</b> | <b>Indicadores do resultado intermediário</b>  | <b>Linha de base em 2013*</b> | <b>Meta para 2019 (somada à linha de base)*</b> |
|--|-------------|--|-------------------------------|---|
| RIT 5.1<br>Reforço da capacidade dos países para aumentar a resiliência e a preparação adequada para iniciar uma resposta rápida, previsível e eficaz a epidemias e pandemias graves | RIT 5.1.1   | Número de territórios com capacidade instalada para responder de forma eficaz a epidemias e pandemias graves | 6/35                          | 35/35   |

### **5.2 Preparação dos países para situações de emergência de saúde e o Regulamento Sanitário Internacional (2005)**

| <b>Resultado intermediário</b>  | <b>Ind.</b> | <b>Indicadores do resultado intermediário</b>   | <b>Linha de base em 2013</b> | <b>Meta para 2019 (somada à linha de base)</b> |
|---|-------------|---|------------------------------|--|
| RIT 5.2<br>Os países contam com um programa de gerenciamento de riscos para emergências provocadas por todo tipo de ameaças para a saúde, dirigido a um setor de saúde capaz de resistir aos efeitos dos desastres, com ênfase nas populações vulneráveis | RIT 5.2.1   | Número de países e territórios que reúnem ou excedem as capacidades mínimas para gerenciar os riscos para a saúde pública associados às emergências muito | 19                           | 36   |
|   | RIT 5.2.2   | Número de Estados signatários que têm e mantêm as capacidades básicas previstas no Regulamento Sanitário Internacional (2005)                             | 6/35                         | 35/35  |

\* O ano da linha de base é 2013 ou o ano ao qual correspondem os dados mais recentes. Relaciona-se o ano no caso dos indicadores para os quais não haja dados referentes a 2013. As metas para 2019 abrangem a linha de base em 2013. Isso se aplica a todas as linhas de base e metas nesta categoria.

### 5.3 Informações sobre emergências de saúde e avaliação de riscos

| Resultado intermediário   | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|---|-----------|---|-----------------------|---|
| RIT 5.3<br>Fortalecimento da capacidade da OPAS para fazer, de maneira oportuna a análise da situação, a avaliação de riscos e o monitoramento da resposta em relação a todas as ameaças e eventos de saúde de grande magnitude | RIT 5.3.1 | Porcentagem de eventos agudos de saúde pública nos quais é feita uma avaliação dos riscos completa no prazo de 72 horas | 60%                   | 100%                                    |

### 5.4 Operações de emergência

| Resultado intermediário  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 5.4<br>Melhoria do acesso das populações afetadas por uma emergência a um pacote essencial de serviços de saúde que podem salvar vidas | RIT 5.4.1 | Porcentagem de países e territórios que oferecem um pacote essencial de serviços de saúde que podem salvar vidas nas emergências classificadas | 50%                   | 75%                                     |

### 5.5 Serviços básicos de emergência\*\*

| Resultado intermediário  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 5.5<br>Programa de Emergências de Saúde da OPAS com boa dotação de recursos e eficiente para apoiar os programas de emergências de saúde nacionais | RIT 5.5.1 | Porcentagem das necessidades básicas financiadas com recursos básicos OPAS/OMS ou por meio de acordos de financiamento plurianuais | N/D                   | 50%                                     |

\*\* Em consonância com o indicador do resultado intermediário E.5 do orçamento por programas da OMS (documento A70/7), esse resultado se refere à capacidade da Repartição para implementar o Programa de Emergências de Saúde da OPAS em apoio aos países, a partir de financiamento específico para o referido programa. A ficha técnica do indicador conterá detalhes dos aspectos da medição.

## 5.6 Redução dos riscos de desastres e projetos especiais

| Resultado intermediário  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|---|-----------------------|---|
| RIT 5.6<br>Os países contam com um programa de redução dos riscos de desastres e emergências provocadas por todo tipo de ameaça para a saúde, para que o setor de saúde consiga resistir aos efeitos dos desastres | RIT 5.6.1 | Número de países e territórios que estão implementando intervenções para a redução dos riscos de desastres no setor da saúde e que aumentam a resiliência das comunidades | 11                    | 35                                      |

## 5.7 Resposta a surtos e crises

| Resultado intermediário  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário   | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|--|-----------------------|---|
| RIT 5.7<br>Todos os países respondem de forma adequada às ameaças e emergências que têm consequências para a saúde pública | RIT 5.7.1 | Porcentagem de países e territórios que tenham demonstrado uma resposta adequada a uma situação de emergência provocada por qualquer tipo de risco, com uma avaliação coordenada inicial e um plano de resposta do setor da saúde no prazo de 72 horas após o início da emergência | 100% (2015)           | 100%                                    |

## **Categoria 6 – Liderança, governança e funções facilitadoras**

*Promover e implementar a liderança e governança organizacionais e implementar as funções facilitadoras necessárias para preservar a integridade e o funcionamento eficiente da Organização, para que possa cumprir seus mandatos com eficácia.*

### **Alcance**

259. Esta categoria contempla funções e serviços que contribuem para o fortalecimento da liderança e da governança da OPAS, bem como para a transparência, a prestação de contas e a gestão de riscos. Também busca reforçar o planejamento estratégico, a coordenação de recursos, a mobilização de recursos e a apresentação de relatórios, a gestão e a administração, e a comunicação estratégica. O trabalho nesta categoria continuará a fortalecer a função de liderança da OPAS na Região para permitir que os numerosos atores desempenhem uma função ativa e eficaz para contribuir para a saúde de todas as pessoas. Também resultará em uma Organização transparente e com capacidade de resposta e melhorará o trabalho da RSPA no apoio à oferta de cooperação técnica em todas as categorias de maneira eficaz e eficiente. O trabalho nesta categoria será importante para aprimorar a coordenação com as autoridades nacionais, com os organismos das Nações Unidas e outras organizações intergovernamentais, com as parcerias público-privadas e com a sociedade civil em conformidade com a Análise Quadrienal Integral da Política relativa às atividades operacionais do sistema das Nações Unidas para o desenvolvimento.

### **Contexto**

#### **6.1 Liderança e governança**

260. Nos esforços da Organização para promover a saúde e abordar as iniquidades em saúde na Região, a RSPA deve exercer uma importante liderança na colaboração com os países e parceiros. Em consequência, esta área programática aborda as seguintes funções: (a) reforçar a liderança na área da saúde para apoiar os Estados Membros na sua função de governança no âmbito da reforma da OMS e das Nações Unidas; (b) coordenar e convocar os interessados diretos pertinentes no âmbito da saúde para assegurar a boa governança e prestação de contas aos Estados Membros; (c) aprofundar os esforços dos Estados Membros para cumprir as prioridades regionais em saúde, conforme indicadas neste Plano, bem como na Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, e (d) reforçar a presença nos países com vistas a atender as necessidades de saúde nacionais de forma eficaz e eficiente. Esses esforços devem levar a uma ação intersectorial cuja ênfase passe das doenças para o bem-estar e o desenvolvimento sustentável, usando um enfoque baseado nos direitos.

261. A liderança e a gestão políticas continuarão a ser necessárias para administrar de maneira eficaz as relações cada vez mais complexas com o número crescente de atores e

interessados diretos no contexto da saúde internacional. Esse número cada vez maior de atores na saúde é uma tendência constante que não deve diminuir no futuro próximo, tendo gerado novas parcerias, alianças, canais financeiros e fontes de apoio técnico. Ao mesmo tempo, isso cria desafios relacionados à duplicação de esforços, custos de transação elevados, requisitos variáveis na prestação de contas e alinhamento pouco uniforme com as prioridades nacionais e regionais aprovadas, como as definidas na Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017. Nesse contexto complexo, o acesso a serviços e produtos de saúde de boa qualidade exigirá, necessariamente, a compreensão das leis nacionais e locais, além da formulação de leis de modo a abarcar fatores econômicos, sociais e culturais (como educação, moradia, previdência social, conservação de alimentos, trabalho, aproveitamento do progresso científico, etc.). Ao mesmo tempo, é preciso zelar pela coerência com as obrigações previstas no Direito e tratados internacionais.

262. Algumas economias emergentes estão aumentando o seu apoio financeiro e técnico à saúde, indo além dos seus programas nacionais como parte de uma tendência crescente de reforço da cooperação Sul-Sul e de outros modos de cooperação semelhantes. Reconhecendo a rica experiência que pode ser encontrada nos Estados Membros, a OPAS está cada vez mais lançando mão desse recurso para apoiar a cooperação técnica. Esse enfoque pan-americano é crucial para reforçar o trabalho dos Estados Membros e da Organização.

263. A OPAS deve estar apta a responder à evolução das necessidades dos países e a adaptar-se às mudanças externas, como as decorrentes da reforma da OMS e das Nações Unidas. Portanto, precisa manter os esforços para aumentar a eficácia do seu envolvimento com outros interessados diretos, fortalecer a capacidade de negociação dos atores na área da saúde, investir na diplomacia da saúde e valer-se da sua posição de liderança para aumentar a coerência entre os muitos atores envolvidos na saúde no âmbito global, regional, sub-regional e nacional. Essa coerência pode estar evidente, conforme apropriado, dentro da Matriz de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento (MANUD) ou de outras iniciativas semelhantes. Nesse sentido, a Organização precisará reforçar e refinar o seu trabalho nos três níveis funcionais — nacional, sub-regional e regional — e melhorar a harmonização e a coordenação com a OMS.

264. As nove prioridades gerais da liderança da RSPA apresentadas abaixo assegurarão que seja atribuída a devida importância às áreas cruciais do Plano Estratégico 2014-2019, abrindo espaço para que o Plano alcance os resultados previstos, de maneira eficaz e eficiente. A RSPA defenderá essas prioridades, as quais serão tratadas nos níveis políticos mais elevados, e as ações necessárias no âmbito nacional, sub-regional e regional. Assim, a Repartição refinará as estratégias existentes, inclusive a implementação de novas modalidades de cooperação técnica, e formará capacidades na diplomacia da saúde e na governança da saúde. Será dada atenção especial ao fortalecimento das capacidades dos Estados Membros para estabelecer alianças e parcerias estratégicas de modo a incorporar a estratégia Saúde em Todas as Políticas e

administrar a cooperação horizontal na saúde. A eficácia dessas prioridades de liderança será medida por meio do progresso feito rumo à consecução dos resultados e das metas com respeito ao impacto fixadas no Plano Estratégico.

- (a) Fortalecer a capacidade do setor da saúde para abordar os determinantes sociais da saúde, fazendo uso da estratégia Saúde em Todas as Políticas e promovendo o aumento da participação e da autonomia das comunidades;
- (b) Catalisar a concretização progressiva do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde, inclusive por meio da promoção e das intervenções preventivas, sobretudo nos oito países-chave;
- (c) Ampliar a ação intersetorial e multissetorial para a prevenção e tratamento das doenças não transmissíveis;
- (d) Melhorar as capacidades básicas dos países para executar o Regulamento Sanitário Internacional de 2005;
- (e) Acelerar as ações visando à eliminação das doenças transmissíveis prioritárias na Região;
- (f) Concluir o trabalho em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde, influir sobre a incorporação da saúde à Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e apoiar os países no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (OSD) relacionados à saúde;
- (g) Fortalecer a capacidade do setor da saúde para gerar informações e evidências para medir e demonstrar os avanços em termos de vida saudável e bem-estar;
- (h) Potencializar o conhecimento e a perícia nos países da Região visando à oferta de cooperação técnica e ao intercâmbio das experiências bem-sucedidas e das lições extraídas;
- (i) Aumentar a prestação de contas, a transparência, a eficiência e a eficácia das operações da Repartição.

265. O fortalecimento da governança da Organização é uma prioridade constante, a fim de assegurar que a OPAS mantenha a sua importância como uma organização líder no campo da saúde pública e receptiva aos seus Estados Membros. Isso exige a participação e vigilância contínua dos Estados Membros por meio dos mecanismos formais dos Órgãos Diretores da OPAS e da estreita colaboração no âmbito nacional.

266. A missão da Organização será fortalecida e promovida ao mesmo tempo em que são protegidas as suas prerrogativas, imunidades e status como organização internacional de saúde pública. A promoção da boa gestão e a garantia do respeito e cumprimento da Constituição da Organização, assim como das suas regras e regulamentos, servirão para proteger o nome e a integridade da Organização.

## **6.2 Transparência, prestação de contas e gestão de riscos**

267. A transparência na gestão, a prestação de contas e a gestão de riscos são aspectos fundamentais para uma administração eficaz e eficiente, e inspiram fé e confiança no trabalho da Organização por parte dos Estados Membros, doadores, interessados diretos e parceiros. Para isso, a OPAS fortalecerá os mecanismos existentes e lançará mão de novas medidas concebidas para assegurar que a Organização continue a prestar contas e ser transparente e hábil na gestão eficaz dos riscos.

268. A avaliação é um aspecto essencial quando se abordam a transparência e a prestação de contas, e facilita a conformidade com as melhores práticas. A OPAS/OMS trabalhará para fomentar a cultura da avaliação e do seu uso preventivo em toda a Organização. Isso implica oferecer uma estrutura institucional consolidada para a avaliação nos diversos níveis, de acordo com as normas e os critérios do Grupo de Avaliação das Nações Unidas. A OPAS tratará das suas necessidades específicas nessa área dentro do contexto da política de avaliação da OMS. Além disso, continuará a reforçar a cultura da avaliação como componente integral do planejamento operacional, apoiado em um sistema de garantia da qualidade para promover as melhores práticas. Em todos os níveis da Organização, se promoverá um enfoque coordenado para a função de avaliação e a identificação com esse enfoque. Em conformidade com a proposta de política de avaliação da OPAS, a avaliação objetiva será facilitada e terá o respaldo de ferramentas, como diretrizes claras.

269. A função de auditoria interna na OPAS foi fortalecida consideravelmente nos últimos anos; continuarão a ser feitas auditorias das operações da Sede e das Representações da OPAS/OMS, levando em consideração fatores de risco específicos. O Escritório de Ética continuará a se concentrar no fortalecimento das normas de comportamento ético do pessoal e fará avaliações de riscos para identificar toda vulnerabilidade que possa afetar a imagem e a reputação da Organização. Será dada atenção específica à elaboração de um novo programa de declaração de conflitos de interesses e situação financeira. Como coordenador do Sistema de Integridade de Gestão de Conflitos da OPAS, o Escritório de Ética também estará à frente dos esforços para fortalecer ainda mais o sistema interno de justiça na OPAS.

270. A gestão dos riscos é uma área de particular interesse. A OPAS está exposta continuamente a riscos de diversas natureza, como os relacionados ao seu trabalho técnico na saúde pública; ao seu financiamento; às suas atividades de compra em nome dos Estados Membros; às suas relações com o setor privado, às organizações não governamentais e outras instituições; e ao contexto político e de governança. Todos esses riscos podem afetar a eficácia e a reputação da Organização. Esse enfoque requer a implementação e o acompanhamento de processos estabelecidos para assegurar que todos os riscos sejam devidamente identificados e controlados, além de informados regularmente à alta direção da OPAS para que sejam tomadas decisões e medidas fundamentadas no devido tempo.

271. Para que o sistema de gestão de riscos e as atividades de conformidade e controle funcionem com eficácia, a OPAS porá em operação um sistema de Gestão de Riscos Corporativos (ERM) em todos os níveis da Organização. Esse sistema está alinhado com o trabalho que vem sendo feito pelo Comitê Consultivo de Peritos Independente da OMS.

### **6.3 Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios**

272. Esta área programática abarca a formulação de políticas; o planejamento estratégico e operacional; a gestão, o desempenho, o monitoramento e a avaliação do orçamento; e a apresentação de relatórios em todos os níveis. Também abrange o financiamento e a gestão dos recursos para assegurar a coerência, a sinergia e a harmonização entre as diversas partes da Repartição em resposta às prioridades estabelecidas no Plano Estratégico. A RSPA continua impulsionando e consolidando a gestão baseada em resultados como estrutura operacional central para melhorar a Organização em termos de eficácia, eficiência, convergência com os resultados e prestação de contas. É especialmente importante formular, negociar e implementar novos enfoques para mobilizar recursos e estabelecer parcerias, destinadas a aumentar a previsibilidade, a flexibilidade e a sustentabilidade do financiamento da OPAS, usando um enfoque programático e, ao mesmo tempo, respeitando o arcabouço jurídico e normativo da Organização.

### **6.4 Gestão e administração**

273. Esta área programática abarca os serviços centrais administrativos que apoiam o funcionamento eficaz e eficiente da OPAS: finanças, recursos humanos, tecnologia da informação, compras e apoio de operações. A Repartição procurará implementar um moderno sistema de informação para a gestão que possa simplificar os processos administrativos e melhorar os controles e indicadores de desempenho. Isso resultará em aumento da eficiência, transparência, prestação de contas, descentralização e delegação de autoridade. Além disso, assegurará que a tomada de decisões e a alocação de recursos ocorram mais próximo de onde os programas são implementados. Ademais, as capacidades e competências gerenciais e administrativas serão fortalecidas em todos os níveis da RSPA.

274. A adequação da estrutura financeira de controle, como aspecto específico da gestão de risco, é uma prioridade particular. A OPAS melhorará e reforçará os mecanismos que lhe permitirão declarar, com confiança e em tempo hábil, a forma como todos os recursos investidos na Organização estão sendo usados para alcançar os resultados previstos estabelecidos no Plano Estratégico e no Programa e Orçamento correspondente.

275. A ênfase nos recursos humanos também está alinhada com a reforma geral da gestão, que busca garantir que a OPAS possa contratar o pessoal adequado e colocar esses profissionais onde eles sejam necessários; administrar os contratos de pessoal de

acordo com as regras existentes e de modo a promover a mobilidade e o desenvolvimento profissional; usar o planejamento da sucessão para promover a continuidade das funções essenciais e assegurar que a Organização tenha políticas e sistemas de recursos humanos implementados que permitam a ela responder rapidamente à evolução das circunstâncias e das necessidades em termos de saúde pública.

276. As compras são um dos principais componentes da missão da Organização. Entre outras coisas, apoiam a cooperação técnica por meio da aquisição de bens e serviços em nome dos Estados Membros, garantindo-lhes o acesso a medicamentos, vacinas e outros suprimentos de saúde pública a preços acessíveis. A OPAS tem normas e procedimentos na área de compras e sistemas de planejamento institucional para assegurar a gestão apropriada das atividades estratégicas e das relacionadas a transações, bem como para permitir uma rápida resposta em situações de emergência.

277. A OPAS garantirá um ambiente de trabalho seguro e saudável para o seu pessoal mediante a prestação eficaz e eficiente de apoio operacional e logístico, a manutenção da infraestrutura e a gestão do seu patrimônio, o que abrange o cumprimento das Normas Mínimas de Segurança Operacional das Nações Unidas e das Normas Mínimas de Segurança Residencial para as Operações.

278. Por último, a formulação e a implementação das políticas e serviços em matéria de tecnologia da informação continuarão a garantir a disponibilidade de infraestrutura, aplicativos, redes e comunicações plenamente funcionais, bem como o suporte aos usuários e a continuidade das operações.

## **6.5 Comunicação estratégica**

279. O trabalho na área da comunicação estratégica se baseará em dois objetivos interligados. Por um lado, a OPAS desempenha uma função crucial para proporcionar ao público informações sobre saúde oportunas e exatas, inclusive durante as situações de emergência. Por outro lado, a OPAS precisa melhorar a comunicação sobre o seu próprio trabalho e impacto, especialmente sobre os avanços regionais quanto aos diversos temas de saúde e às necessidades regionais constantes, a fim de aumentar a sua visibilidade e melhorar o seu posicionamento estratégico como organização líder no campo da saúde.

280. A demanda cada vez maior por informações sobre saúde exige que a OPAS se comunique internamente e externamente de uma maneira oportuna e uniforme. Também exige a oferta de conhecimentos essenciais de saúde e material para a promoção de causas aos Estados Membros, parceiros na esfera da saúde e outros interessados diretos, como a sociedade civil.

281. A OPAS adotará uma abordagem mais proativa no trabalho com o seu pessoal e com os meios de comunicação para melhor explicar a função desempenhada pela Organização e o seu impacto na saúde das pessoas. Isso será alcançado por meio da implementação da Estratégia de Gestão do Conhecimento e Comunicação em todos os

níveis da Organização. Além disso, a OPAS reforçará a sua capacidade para fornecer informações sobre saúde ao usar ferramentas de comunicação inovadoras para atingir um público mais amplo.

282. Entre os principais elementos desta área programática estão a elaboração, a gestão e o intercâmbio de informações com base em evidências e os conhecimentos produzidos pelos Estados Membros da OPAS e pela RSPA; a cooperação técnica em matéria de gestão do conhecimento e comunicação; a facilitação das comunicações entre a OPAS, os seus parceiros e os interessados diretos, como as Nações Unidas e o sistema interamericano, o público em geral e o público especializado; a melhoria da imagem da Organização e a preservação da sua reputação; e o uso das comunicações para promover as mudanças individuais, sociais e políticas necessárias para melhorar e manter a saúde e o bem-estar.

### **Análise dos principais interessados diretos**

283. A participação e o compromisso de uma ampla gama de interessados diretos são necessários para alcançar muitos dos resultados imediatos e dos resultados intermediários nesta categoria, bem como para apoiar a implementação do Plano Estratégico. A RSPA deve assegurar a interação e a comunicação constante com as autoridades sanitárias, os setores do governo além do setor da saúde, os parceiros no desenvolvimento, a sociedade civil, os meios de comunicação e os demais interessados diretos dos setores público e privado. Ao mesmo tempo, deve lhes oferecer informações claras e convincentes sobre a função, os avanços e a prestação de contas da OPAS. Isso é crucial para motivá-los e permitir a eles que efetivamente apoiem a Organização e colaborem com ela. Além disso, esses interessados diretos confiam na liderança da RSPA para definir, explicar e promover os princípios e as metas da saúde pública, o que, por sua vez, lhes aumentará a própria capacidade para apoiar e promover esses princípios e metas.

284. Em vista da função da Organização dentro da OMS e das Nações Unidas, a expectativa é que haja um aumento contínuo da coordenação, harmonização e comunicação com esses sistemas. A OPAS fará contribuições positivas para o êxito na implementação das reformas institucionais ora empreendidas na OMS e nas Nações Unidas. Com esforços específicos já em andamento visando à definição das prioridades programáticas e à reforma da gestão, as interações da Organização com a OMS e com os organismos do sistema das Nações Unidas serão de especial importância. No âmbito nacional, isso abrangerá o envolvimento ativo com a equipe de coordenação das Nações Unidas; no âmbito regional, haverá também uma colaboração constante entre os organismos das Nações Unidas para prestar apoio sinérgico; e no âmbito global, a OPAS continuará a tomar partes nos frutíferos diálogos técnicos e sobre políticas. De modo a impulsionar os resultados coletivos em matéria de saúde, será importante continuar a fortalecer as relações com as entidades sub-regionais de integração e com outras instituições e organismos especializados do sistema interamericano.

285. Com vistas a implementar novas modalidades de cooperação técnica, a colaboração e as parcerias nos países e entre eles promoverão enfoques intersetoriais e multissetoriais. Tais enfoques envolverão não apenas os ministérios da saúde, mas também os principais interessados diretos dos setores público e privado fora do setor da saúde. As atividades para aproximar-se desses outros atores serão cruciais para assegurar que os determinantes sociais da saúde recebam atenção suficiente e para respaldar os esforços rumo à cobertura universal de saúde.

286. As atividades da OPAS são executadas em uma conjuntura econômica difícil, em que há grande concorrência pelos recursos. Não obstante, a Organização continua a apresentar resultados importantes aos parceiros, o que contribui para a participação e colaboração permanentes, ajudando a garantir recursos de fontes sustentáveis para a implementação do Plano Estratégico da OPAS, de acordo com a estrutura de gestão baseada em resultados (GBR). Nesse sentido, a Organização deve estar posicionada para ampliar a colaboração nos países e entre eles, fomentar novas parcerias e reforçar as alianças existentes em prol da agenda regional de saúde pública.

287. Em vista das persistentes iniquidades em matéria de saúde entre os países da Região e dentro de cada um deles, a Organização continuará a reforçar e desenvolver modalidades de financiamento com os Estados Membros. A intenção é não apenas apoiar a colaboração em cada país, mas também concentrar a atenção estratégica em problemas de saúde pública regionais. Nesse processo, será importante contar com a participação das principais instituições financeiras regionais e sub-regionais.

288. A RSPA deve manter o envolvimento com os Estados Membros para assegurar que eles se beneficiem plenamente dos serviços de compras da Organização, no âmbito da cooperação técnica da OPAS. Nesse processo, é preciso zelar para que haja um entendimento da estratégia, das regras e dos procedimentos relativos às compras, inclusive da função da Organização como interlocutor estratégico na elaboração dos programas nacionais relacionados à saúde e às compras. Ao mesmo tempo, a OPAS deve manter o seu apoio ao sistema das Nações Unidas e o seu envolvimento por meio da colaboração contínua em iniciativas e projetos conjuntos, como a participação na reforma administrativa global da ONU; a harmonização dos processos e melhores práticas para a compra de produtos e serviços; e o cumprimento da colaboração dos organismos das Nações Unidas no âmbito nacional por meio da adoção de diretrizes comuns para as compras.

### **Estratégias para a liderança, governança e funções facilitadoras**

289. As principais estratégias para a liderança, governança e funções facilitadoras são:

- (a) Liderar, orientar e coordenar o trabalho com a OMS, os Estados Membros e as Nações Unidas e sistemas interamericanos, bem como com outros parceiros, interessados diretos e o público em geral, para garantir uma maior capacidade de resposta às necessidades dos Estados Membros em termos de saúde e, ao mesmo

- tempo, continuar a avançar no cumprimento dos mandatos regionais e mundiais no campo da saúde.
- (b) Continuar a apoiar e coordenar a formulação de Estratégias de Cooperação nos Países estreitamente alinhadas com as políticas, estratégias e planos nacionais de saúde e com as Matrizes de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento, a fim de refletir uma maior harmonização.
  - (c) Promover enfoques intersetoriais e multissetoriais que fortaleçam a capacidade institucional e a liderança entre os Estados Membros para que desempenhem a sua função na governança da saúde.
  - (d) Garantir que os Estados Membros e demais parceiros estejam plenamente comprometidos com o esforço para obter recursos sustentáveis para a implementação do Plano Estratégico da OPAS mediante um enfoque programático centrado na GBR.
  - (e) Fortalecer as competências apropriadas dos funcionários da OPAS para lançar novos enfoques relacionados à diplomacia da saúde e novas parcerias.
  - (f) Assegurar a implementação de um moderno sistema de informação para a gestão para que os processos administrativos sejam simplificados e os indicadores e controles de desempenho sejam aprimorados, o que resultará em um aumento da eficiência, transparência, prestação de contas, descentralização e delegação de autoridade.
  - (g) Reforçar a capacidade institucional para implementar o sistema de Gestão de Riscos Corporativos (ERM).
  - (h) Fortalecer as capacidades e competências gerenciais e administrativas em todos os níveis da RSPA.
  - (i) Fortalecer o planejamento estratégico dos recursos humanos, com atenção para o planejamento da sucessão, a colocação de pessoal com base na competência e nas necessidades, e a mobilidade e desenvolvimento do pessoal.
  - (j) Formar e manter a capacidade da Repartição para implementar estratégias de comunicação interna e de gestão do conhecimento.

### **Temas transversais**

290. Tirando partido das políticas e práticas existentes, os temas transversais do gênero, equidade, direitos humanos e etnia serão aplicados a todo o trabalho desta categoria conforme necessário, mas especialmente aos assuntos relacionados com a gestão dos recursos humanos e o sistema de justiça interno. Ademais, a Organização aplicará o plano de ação para todo o sistema sobre igualdade de gênero e a autonomia das mulheres adotado recentemente pelas Nações Unidas.

291. Por meio do trabalho incluído nesta categoria, a Repartição apoiará o trabalho das demais categorias para facilitar a consecução dos seus resultados. Dessa forma, a Categoria 6 está vinculada a todas as demais categorias.

## **Pressupostos e riscos**

### **Pressupostos:**

- (a) A Organização consegue mobilizar as contribuições necessárias dos Estados Membros e dos parceiros tradicionais e não tradicionais em tempo hábil. O nível do financiamento recebido da OMS está de acordo com o orçamento aprovado.
- (b) Existem políticas e regras claras em matéria de governança, responsabilidade e prestação de contas para efetivamente implementar os programas de maneira cada vez mais descentralizada.
- (c) As reformas institucionais da OMS e das Nações Unidas são implementadas e há um aumento da coordenação e harmonização com esses sistemas no âmbito mundial, regional e nacional.
- (d) Existem convênios e acordos claros com os Estados Membros e os interessados diretos para evitar conflitos de interesses, custos de transação elevados e riscos jurídicos para a Organização, os governos, as organizações internacionais, os parceiros e os doadores, e, ao mesmo tempo, garantir a prestação de contas.
- (e) Há uma percepção cada vez mais positiva da função da OPAS como líder e parceiro essencial para o desenvolvimento da saúde na Região.
- (f) A prestação de contas pela Organização continua a ser reforçada no contexto da estrutura de gestão baseada em resultados.

### **Riscos:**

- (a) Novas reduções na destinação de recursos da OMS comprometam bastante a capacidade da OPAS para obter os resultados estipulados no Plano Estratégico.
- (b) Ocorre uma diminuição contínua do nível da assistência internacional à Região.
- (c) Não há vontade política suficiente para implementar o Plano Estratégico na Região.
- (d) A presença limitada da OPAS nos fóruns estratégicos solapa a coordenação com as autoridades nacionais, com os organismos das Nações Unidas e outras organizações intergovernamentais, com as parcerias público-privadas e com a sociedade civil em conformidade com a análise quadrienal integral de políticas das Nações Unidas.
- (e) Os recursos mobilizados têm flexibilidade limitada, comprometendo a capacidade da Organização para concentrar-se nas prioridades acordadas pelos Estados Membros no Plano Estratégico.

- (f) Possíveis conflitos de interesses com os parceiros privados afetam a imagem e a reputação da Organização.
- (g) A incapacidade de implementar um moderno sistema de informação para a gestão atrasa a simplificação dos processos administrativos e impede a aplicação de medidas mais eficazes que levem a cortes de custos.
- (h) A pouca disponibilidade e confiabilidade das informações impede a tomada de decisões em tempo hábil.

## **Categoria 6. Liderança, governança e funções facilitadoras: Áreas programáticas e resultados intermediários**

### **6.1 Liderança e governança**

| <b>Resultado intermediário</b>   | <b>Ind.</b> | <b>Indicadores do resultado intermediário</b>   | <b>Linha de base em 2013*</b>   | <b>Meta para 2019 (somada à linha de base)*</b>                                     |
|--|-------------|---|---|---|
| RIT 6.1<br>Maior coerência no campo da saúde regional, com a OPAS/OMS desempenhando uma função de liderança ao permitir que os diversos e numerosos atores contribuam efetivamente para a saúde de todas as pessoas nas Américas | RIT 6.1.1   | Nível de satisfação dos interessados diretos com a função de liderança da OPAS/OMS em temas de saúde mundiais e regionais   | Alto (com base na classificação composta da pesquisa da OMS sobre a percepção dos interessados diretos, novembro de 2012) | Alto (com base na pesquisa da OMS sobre a percepção dos interessados diretos, 2019) |
|  | RIT 6.1.2   | Número de países que refletem nos seus planos ou estratégias nacionais de saúde ou de desenvolvimento as prioridades de saúde regionais definidas no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019  | 13/35 (2015)  | 20/35   |
|  | RIT 6.1.3   | Número de iniciativas ou planos de ação regionais dos sistemas interamericano e das Nações Unidas que tratam da saúde e desenvolvimento concebidos e/ou implementados com apoio da OPAS para promover as prioridades da saúde da Região | 7 (2015)  | 8   |

\* O ano da linha de base é 2013 ou o ano ao qual correspondem os dados mais recentes. Relaciona-se o ano no caso dos indicadores para os quais não haja dados referentes a 2013. As metas para 2019 abrangem a linha de base em 2013. Isso se aplica a todas as linhas de base e metas nesta categoria.

## 6.2 Transparência, prestação de contas e gestão de riscos

| Resultado intermediário  | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|--|-----------|---|-----------------------|---|
| RIT 6.2<br>A OPAS funciona com responsabilidade e transparência e dispõe de estruturas de gestão e avaliação de riscos que funcionam de maneira adequada | RIT 6.2.1 | Proporção de riscos institucionais com planos de resposta aprovados e implementados | 80% (2015)            | 100%                                    |

## 6.3 Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios

| Resultado intermediário   | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013  | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|---|-----------|---|--|---|
| RIT 6.3<br>Financiamento e alocação de recursos alinhados com as prioridades e necessidades de saúde dos Estados Membros em uma estrutura de gestão baseada em resultados | RIT 6.3.1 | Porcentagem do orçamento aprovado da OPAS que foi financiado  | 90%<br>(com base na Avaliação do Programa e Orçamento 2012-2013)                                     | 100%                                    |
|   | RIT 6.3.2 | Porcentagem dos indicadores dos resultados intermediários do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 alcançados | 91%<br>(com base na avaliação final do Plano Estratégico 2008-2013 tomada como indicador substituto) | ≥90%                                    |

## 6.4 Gestão e administração

| Resultado intermediário   | Ind.      | Indicadores do resultado intermediário  | Linha de base em 2013 | Meta para 2019 (somada à linha de base) |
|---|-----------|---|-----------------------|---|
| RIT 6.4<br>Gestão e administração eficazes nos três níveis da Organização | RIT 6.4.1 | Proporção das métricas de gestão e administração alcançadas (conforme desenvolvido nos acordos de nível de serviço) | 80% (2015)            | 95%                                     |

**6.5 Comunicação estratégica**

| <b>Resultado</b>  | <b>Ind.</b> | <b>Indicadores do resultado intermediário</b>  | <b>Linha de base em 2013</b> | <b>Meta para 2019 (somada à linha de base)</b>                             |
|---|-------------|--|------------------------------|--|
| RIT 6.5<br>Melhor compreensão do trabalho da OPAS/OMS por parte do público e dos interessados diretos | RIT 6.5.1   | Porcentagem dos Estados Membros e de outros representantes dos interessados diretos que avaliam o desempenho da OPAS/OMS como excelente ou bom | 77%                          | 100%<br>(pesquisa da OMS sobre a percepção dos interessados diretos, 2019) |

## VII. Para garantir a implementação eficiente e eficaz do plano

292. Esta seção destaca vários fatores gerais que poderiam influir na implementação eficiente e eficaz do Plano: estratégias de cooperação técnica, funções e responsabilidades da OPAS e dos Estados Membros, financiamento e gestão dos riscos.

293. Com o propósito de manter-se pertinente e receptiva aos Estados Membros e, ao mesmo tempo, continuar a desempenhar uma função de liderança na Região, a Organização lançará mão de enfoques inovadores na sua colaboração com os Estados Membros e parceiros. O Plano Estratégico 2014-2019 é a estrutura de referência que orientará as intervenções da OPAS visando ao avanço da agenda de saúde pública da Região. De modo a alcançar os resultados previstos no Plano Estratégico, a Organização explorará novas modalidades de cooperação técnica e ampliará a sua base de parceiros no âmbito nacional, sub-regional e regional. Será dispensada atenção especial à criação e potencialização dos conhecimentos técnicos em países da Região e ao intercâmbio das experiências bem-sucedidas e das lições extraídas. A OPAS promoverá e apoiará a implementação das intervenções com boa relação custo-benefício, das melhores opções e das ferramentas apropriadas, de acordo com o contexto dos países.

294. Conforme delineado na cadeia de resultados, o compromisso e a colaboração dos Estados Membros, da RSPA e dos parceiros serão necessários para alcançar os resultados estabelecidos no Plano Estratégico 2014-2019. Será dada atenção especial ao esclarecimento das ações conjuntas necessárias para obter os resultados intermediários do Plano e produzir os impactos previstos.

295. Com base no nível histórico do financiamento disponível para o Plano Estratégico 2008-2013 e em projeções, o envelope de recursos para a implementação do Plano Estratégico 2014-2019 foi calculado em \$ 1,8 bilhão. Esse cálculo é apresentado para que os Estados Membros e os parceiros tenham uma ideia da magnitude dos recursos que serão necessários durante o período de seis anos abarcado pelo Plano para possibilitar que os resultados previstos sejam atingidos. De modo a obter os recursos necessários para implementar o Plano, a OPAS precisará conceber uma estratégia robusta de mobilização de recursos. Com esse objetivo, será dada atenção especial ao enfoque programático da OPAS, conforme as orientações do Plano, com o intuito de obter os recursos necessários com flexibilidade suficiente para permitir a consecução dos resultados intermediários previstos no Plano.

296. Recursos advindos do orçamento ordinário, contribuições voluntárias, contribuições voluntárias nacionais e recursos da OMS serão incluídos no programa e nos orçamentos. Cumpre notar que o Plano Estratégico 2014-2019 está sendo implementado no âmbito da nova Política do Orçamento da OPAS, que incorpora os princípios da equidade e da solidariedade pan-americana e dá ênfase especial à presença no país e ao orçamento baseado em resultados. Uma consideração importante é a forma de incorporar contribuições voluntárias nacionais e administrá-las na destinação de recursos para as categorias e resultados intermediários do Plano.

297. A RSPA aplicará sua estrutura de Gestão de Riscos Corporativos (ERM) para identificar os riscos e implementar medidas de mitigação que aumentem a probabilidade de alcançar os resultados previstos no Plano Estratégico 2014-2019. A estrutura de ERM se baseia na norma internacional ISO 31000 e abrange uma metodologia para incorporar a gestão de riscos a todos os níveis da Organização em um processo proativo, contínuo e sistemático. O objetivo é permitir à Organização identificar e gerir os riscos em tempo hábil e aproveitar as oportunidades que venham a surgir. A estrutura de ERM será aplicada ao Plano Estratégico 2014-2019, ao Programa e Orçamentos 2014-2015, 2016-2017 e 2018-2019, e ao planejamento operacional em todos os escritórios da RSPA.

## VIII. Monitoramento, avaliação e apresentação de relatórios

298. O monitoramento, avaliação e apresentação de relatórios é parte integrante do quadro de gestão baseada em resultados da OPAS. Em linha com esse quadro e com o compromisso da Organização de melhorar a prestação de contas e aumentar a transparência, esta seção delinea o processo conjunto para monitorar a implementação do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e os seus respectivos Programa e Orçamentos.

299. O desempenho da OPAS será avaliado medindo o progresso rumo à consecução das metas de impacto e dos resultados intermediários estipulados no Plano Estratégico 2014-2019.

300. O desempenho global do Plano Estratégico será avaliado usando os indicadores definidos. Essa avaliação exigirá que tanto os Estados Membros da OPAS como a RSPA se ocupem do monitoramento e da apresentação de relatórios.

301. A primeira versão modificada do Plano Estratégico abrangia um conjunto de indicadores revistos; era o resultado da colaboração com os Estados Membros por meio do Grupo de Trabalho dos Países (GTP), criado pela 153<sup>a</sup> Sessão do Comitê Executivo e formado por 12 Estados Membros,<sup>5</sup> e da RSPA. O GTP e a RSPA refinaram a definição e os valores da linha de base e da meta dos indicadores. Para tanto, tirou-se proveito do processo consultivo com os países e territórios empreendido na elaboração do Plano Estratégico 2014-2019 original aprovado pelo 52<sup>o</sup> Conselho Diretor em 2013.

302. A segunda versão modificada contém novos indicadores dos resultados intermediários que correspondem às modificações na Categoria 5 e ao acréscimo da área programática 1.6, bem como um novo indicador relacionado às hepatites na área programática 1.1.

303. Um compêndio de indicadores, que oferece as definições e os critérios de mensuração padronizados para todos os indicadores, foi elaborado a fim de padronizar o monitoramento do progresso rumo à consecução das metas dos indicadores e a apresentação dos respectivos relatórios. O compêndio também reflete a responsabilidade conjunta dos Estados Membros e da RSPA pelo monitoramento e apresentação de relatórios do Plano Estratégico e dos indicadores do programa e orçamentos. Será preciso que todos os países e territórios se comprometam a informar os avanços obtidos rumo à consecução dos indicadores para efetivamente monitorarmos a implementação do Plano Estratégico e dos seus respectivos Programa e Orçamentos. A RSPA trabalhará em estreita colaboração com os países e territórios no processo de monitoramento, avaliação e apresentação de relatórios.

<sup>5</sup> O Grupo de Trabalho dos Países era composto por Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Jamaica, México, Paraguai e Peru. O Grupo era presidido pelo Brasil e copresidido por El Salvador.

304. Os impactos, resultados intermediários e resultados imediatos serão avaliados em conjunto com base nos dados dos Estados Membros e informados à OPAS ou a outra fonte oficial de informações. O monitoramento dos indicadores no nível do impacto será feito usando os Dados Básicos de Saúde da OPAS e não serão necessárias ações de monitoramento por parte de cada país. Além disso, o Sistema de Monitoramento do Plano Estratégico da OPAS foi desenvolvido com insumos do Grupo de Trabalho dos Países em resposta ao mandato dos Estados Membros com relação ao monitoramento e avaliação conjuntos dos indicadores dos resultados intermediários e resultados imediatos (Resolução CD52.R8 [2013]). O sistema facilita a análise das informações por indicadores de resultados intermediários e resultados imediatos.

305. O monitoramento e a avaliação no âmbito do Plano serão feitos a cada dois anos, e será apresentado um relatório aos Órgãos Diretores ao fim de cada biênio. A avaliação do Programa e Orçamentos ao fim de cada biênio constituirá uma análise integral do desempenho da OPAS e conterá uma avaliação dos avanços obtidos rumo à consecução dos resultados intermediários declarados e dos resultados imediatos. As avaliações de fim do biênio servirão de base para informar os Estados Membros do progresso feito na implementação do Plano Estratégico e orientarão os ajustes intermediários.

306. Uma avaliação final também será feita no fim do período do Plano Estratégico.

## Siglas e abreviaturas

| Sigla   | Descrição  |
|---------|--|
| AECID   | Agência Espanhola de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional |
| AIDS    | síndrome da imunodeficiência adquirida                               |
| ALBA    | Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América                   |
| TARV    | terapia antirretroviral  |
| IMC     | índice de massa corporal   |
| BRICS   | Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul                         |
| CAF     | Banco de Desenvolvimento da América Latina                           |
| CARPHA  | Agência de Saúde Pública do Caribe                                   |
| CCG     | Grupo Consultivo dos Países  |
| ECP     | Estratégia de Cooperação nos Países                                  |
| CDC     | Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos      |
| ACDI    | Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional               |
| DRC     | doença renal crônica   |
| CSIH    | Sociedade Canadense para a Saúde Internacional                       |
| AVAI    | anos de vida ajustados por incapacidade                              |
| EASP    | Escuela Andaluza de Salud Pública                                    |
| FAO     | Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação         |
| FDA     | Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos    |
| Fiocruz | Fundação Oswaldo Cruz  |
| GARC    | Aliança Global para o Controle da Raiva                              |
| PIB     | produto interno bruto  |
| FMSTM   | Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária                |
| GLC     | Comitê Sinal Verde ( <i>Green Light Committee</i> )                  |
| GOARN   | Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos                           |
| IDH     | Índice de Desenvolvimento Humano                                     |

| <b>Sigla</b>    | <b>Descrição</b>   |
|-----------------|--|
| <b>HHS</b>      | Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos                |
| <b>HIV</b>      | vírus da imunodeficiência humana   |
| <b>INS</b>      | Índice de Necessidades em Saúde  |
| <b>HPV</b>      | papilomavírus humano   |
| <b>IAPAC</b>    | Associação Internacional de Provedores de Atenção à AIDS                   |
| <b>BID</b>      | Banco Interamericano de Desenvolvimento                                    |
| <b>RSI</b>      | Regulamento Sanitário Internacional  |
| <b>IICA</b>     | Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura                  |
| <b>ALC</b>      | América Latina e Caribe  |
| <b>ODM</b>      | Objetivo de Desenvolvimento do Milênio                                     |
| <b>Mercosul</b> | Mercado Comum do Sul   |
| <b>DNT</b>      | doença não transmissível   |
| <b>RIT</b>      | resultado intermediário  |
| <b>OCDE</b>     | Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico                |
| <b>OIE</b>      | Organização Mundial de Saúde Animal  |
| <b>OIRSA</b>    | Organismo Internacional Regional de Saúde Agropecuária                     |
| <b>RIM</b>      | resultado imediato   |
| <b>OPAS</b>     | Organização Pan-Americana da Saúde   |
| <b>RSPA</b>     | Repartição Sanitária Pan-Americana   |
| <b>PATH</b>     | Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde                               |
| <b>PEPFAR</b>   | Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Combate à AIDS |
| <b>PHAC</b>     | Agência de Saúde Pública do Canadá   |
| <b>APS</b>      | atenção primária à saúde   |
| <b>PMIS</b>     | Sistema de Informação para a Gestão da RSPA                                |
| <b>GBR</b>      | Gestão baseada em resultados   |
| <b>REMSAA</b>   | Reunião de Ministros da Saúde da Área Andina                               |
| <b>RER</b>      | Resultado esperado no nível regional (Plano Estratégico 2008-2013)         |

---

| Sigla  | Descrição  |
|--------|--|
| IST    | infecção sexualmente transmissível   |
| SVI    | Sabin Vaccine Institute  |
| TB     | tuberculose  |
| TFGH   | Grupo de Trabalho para a Saúde Mundial ( <i>Task Force for Global Health</i> ) |
| ONU    | Organização das Nações Unidas  |
| UNAIDS | Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS                           |
| UNASUL | União de Nações Sul-Americanas   |
| MANUD  | Matriz de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento                  |
| PNUD   | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento                              |
| FNUAP  | Fundo de População das Nações Unidas   |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância  |
| USAID  | Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional                |
| AMS    | Assembleia Mundial da Saúde  |
| OMS    | Organização Mundial da Saúde   |
| WSPA   | Sociedade Mundial de Proteção Animal   |
| CELAC  | Comunidade dos Estados Latino-americanos e Caribenhos                          |
| CQCT   | Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco                              |
| UNODC  | Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes                            |
| ERM    | Gestão de Riscos Corporativos (ERM)  |
| OE     | objetivo estratégico (Plano Estratégico 2008-2013)                             |

## Anexos

### Anexo I. Principais lições extraídas dos planos anteriores

1. O Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 tem como base a experiência e as lições extraídas de planos, programas e orçamentos anteriores, bem como de outros instrumentos e processos de planejamento de alto nível, inclusive os processos de planejamento e orçamento da OMS. Foi dada atenção especial à análise das lições extraídas do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013, uma vez que ele foi o primeiro plano a ser implementado usando o enfoque da gestão baseada em resultados
2. As principais lições consideradas na elaboração do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 estão delineadas a seguir. Para orientar a sua aplicação a aspectos fundamentais do Plano, elas foram classificadas em três categorias: (a) políticas e estratégicas, (b) programáticas e técnicas e (c) gerenciais e administrativas. A aplicação dessas lições será essencial para implementar o Plano com sucesso e para continuar a aumentar a eficiência e a eficácia da gestão da Organização.

#### Lições políticas e estratégicas

3. O Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 foi o primeiro plano a estar em conformidade com os processos de planejamento e orçamento da OMS (especificamente o Plano Estratégico de Médio Prazo da OMS 2008-2013 e os seus respectivos orçamentos por programas). Embora tenha sido tomada a decisão de, pela primeira vez, harmonizar o trabalho da Organização com o Programa Geral de Trabalho da OMS, essa harmonização não ocorreu por inteiro, em todos os objetivos estratégicos. Essas variações com respeito ao Programa Geral de Trabalho da OMS criaram alguns desafios quanto à apresentação de informações no âmbito mundial. O Plano Estratégico 2014-2019 está alinhado com o 12º Programa Geral de Trabalho da OMS e, ao mesmo tempo, conserva as especificidades regionais. Além disso, esse alinhamento deve facilitar o monitoramento e a apresentação de relatórios sobre os indicadores mundiais constantes do 12º Programa Geral de Trabalho. Ademais, facilitará a gestão dos recursos recebidos da OMS e a contribuição da Região para a agenda mundial de saúde.
4. O Plano Estratégico 2014-2019 deve ser flexível o bastante para adaptar-se facilmente à evolução das circunstâncias. O processo de modificação do Plano Estratégico 2008-2013 exigiu que os Estados Membros aprovassem todas as mudanças, com a definição de linhas de base e metas para o período completo de implementação. O novo Plano define de forma mais clara as funções e responsabilidades dos Estados Membros e da RSPA. Nesse sentido, incorporará mecanismos para fazer os ajustes necessários nos diferentes componentes do Plano durante a sua implementação.
5. Embora um documento estratégico deva indicar as áreas prioritárias para as quais a Organização direcionará os seus recursos, também devem ser definidas as prioridades dentro das áreas para que os principais temas possam ser efetivamente abordados.

Quando o Plano Estratégico 2008-2013 foi formulado, os critérios para a definição de prioridades não se baseavam em evidências científicas nem haviam sido elaborados por meio de uma ampla consulta, o que limitou a aceitação do plano posteriormente. No Plano Estratégico 2014-2019, os critérios foram elaborados com base em um método científico e com a participação das equipes de toda a RSPA. Os critérios e a metodologia foram também examinados e aplicados pelos Estados Membros por intermédio do Grupo Consultivo dos Países (CCG).

6. A consecução dos resultados do Plano Estratégico deve ser uma responsabilidade conjunta da RSPA e dos Estados Membros. É necessária uma participação mais forte dos Estados Membros em todas as fases, desde o início do Plano, passando pela sua implementação, até a avaliação final. Nesse sentido, o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 deve ser implementado no âmbito de outras estruturas estratégicas, como o Programa Geral de Trabalho da OMS e a Agenda de Saúde para as Américas, além de outras estruturas pertinentes na Região.

7. As contribuições voluntárias nacionais (ou seja, as contribuições voluntárias dos Estados Membros exclusivamente para cooperação técnica no seu próprio país) constituíram uma parcela significativa das contribuições voluntárias recebidas pela Organização durante a implementação do Plano Estratégico 2008-2013. Embora tenha sido empreendido um esforço para assegurar a devida vinculação com as prioridades estratégicas estabelecidas pelos Estados Membros, é necessário identificar explicitamente essas contribuições para a consecução global dos resultados. O Programa e Orçamento 2014-2015 indicarão as contribuições voluntárias nacionais em cada categoria e o seu efeito sobre outras fontes de financiamento da Organização, assim como no saldo global entre os níveis de recursos e os avanços programáticos.

### **Lições programáticas e técnicas**

8. A Organização obteve avanços ao promover e apoiar o trabalho interprogramático entre diferentes categorias, sobretudo no âmbito nacional. Restam desafios no âmbito regional, onde uma estrutura fixa funcional parece dificultar a colaboração horizontal. A redução do número de objetivos estratégicos — agora categorias — e um enfoque gerencial mais flexível têm como objetivo fazer face a esse desafio. Outras mudanças serão necessárias no nível operacional para incentivar o trabalho entre as categorias.

9. A estratégia de cooperar por meio de redes para melhorar a governança e a liderança foi considerada apropriada e teve uma boa relação custo-benefício. Contudo, ela requer um compromisso institucional para ser sustentável no médio e longo prazo. A criação de redes deve abranger mecanismos de sustentabilidade para garantir o seu êxito no longo prazo.

10. Os projetos de cooperação técnica entre países usando fontes de financiamento flexíveis, como a parcela variável do orçamento destinada aos países, mostrou-se mais eficaz do que projetos equivalentes sem essa flexibilidade. São muitos os fatores próprios

de cada país (vontade política, limitações econômicas e prioridades em matéria de saúde) que afetam a viabilidade desses projetos. Assim, os recursos precisam ser adaptados às necessidades específicas dos Estados Membros. Contudo, isso também exige a definição de critérios para garantir um enfoque equitativo na alocação de recursos entre os países. Os Estados Membros manifestaram a necessidade de melhorar o intercâmbio de conhecimentos entre os profissionais de saúde pública e entre os organismos de cooperação internacional, o que levou a um esforço interinstitucional para criar uma plataforma para o intercâmbio de conhecimentos na Internet onde podem ser trocadas experiências e as melhores práticas em saúde pública. A importância cada vez maior da cooperação Sul-Sul e da cooperação triangular no diálogo internacional levou a Organização a desenvolver uma estrutura política para facilitar a cooperação entre os países, que será examinada pelos Órgãos Diretores em 2013 e, caso seja aprovada, poderá ser incorporada ao novo Plano Estratégico.

11. O âmbito sub-regional da cooperação técnica foi instituído com a Política do Orçamento Regional por Programas em 2006 e concebido de modo a permitir à Organização apoiar os planos em matéria de saúde dos processos sub-regionais de integração nas Américas, criando um espaço adicional para a cooperação e promoção dessa causa na Região. Com o trabalho nesse nível, a OPAS ganhou flexibilidade para responder às demandas dos Estados Membros e, ao mesmo tempo, promover a cooperação entre países, um tema de importância cada vez maior entre os países da Região. A cooperação técnica no âmbito sub-regional também facilita o debate sobre políticas de saúde no âmbito sub-regional, regional e mundial ao criar uma variedade de fóruns diplomáticos em que os países podem contribuir para o diálogo e a diplomacia supranacionais em torno das políticas de saúde. Cada processo sub-regional oferece uma plataforma para os interesses e preocupações comuns, bem como um espaço em que políticas e práticas inovadoras podem surgir por meio do diálogo e do intercâmbio coletivo.

### **Lições gerenciais e administrativas**

12. A quantidade, a qualidade e a mensurabilidade dos indicadores suscitarão desafios ao longo do processo de implementação do Plano Estratégico 2008-2013. Na maioria dos casos, a avaliação centrou-se nos indicadores quantitativos, ao passo que a análise qualitativa foi limitada. A melhoria obtida com o decorrer dos anos em termos de monitoramento e avaliação do desempenho no âmbito do Plano Estratégico 2008-2013 evidenciou a vantagem de fazer uma análise integral qualitativa para demonstrar melhor os resultados. Contudo, o processo foi considerado muito oneroso. Em consequência, ele foi simplificado: o número de indicadores foi reduzido e a sua qualidade, melhorada. Com os indicadores do Plano Estratégico 2014-2019, busca-se medir os avanços rumo à melhoria do estado de saúde em relação aos indicadores de impacto, em vez de avaliar os processos.

13. Embora o processo de monitoramento e avaliação do desempenho no âmbito do Plano Estratégico 2008-2013 tenha sido conduzido no nível da RSPA, ele também

abrangeu os avanços obtidos pelos Estados Membros. O novo processo de avaliação definirá claramente os diversos níveis da prestação de contas. Os impactos e os resultados intermediários serão avaliados com base nos sistemas oficiais de informação dos Estados Membros, e caberá à RSPA a responsabilidade pelos resultados imediatos e produtos e serviços. A RSPA examinou o processo de monitoramento e avaliação e encontrou um novo processo que combina a eficiência com a flexibilidade para identificar desafios e fazer ajustes. Também deve ser incorporado um processo para a realização de avaliações independentes periódicas para garantir a melhoria contínua da programação e contribuir para a prestação de contas, com as informações sendo postas à disposição de todos os níveis da direção e dos interessados diretos.

14. O Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 foi o primeiro plano a ser implementado na sua totalidade usando a estrutura de gestão baseada em resultados (GBR). A aplicação da GBR permitiu à Organização melhorar a demonstração dos resultados e o foco da alocação de recursos, ao mesmo tempo em que aumentou a transparência e a prestação de contas. Esse enfoque foi institucionalizado em grande medida na OPAS, conforme refletido no mais recente relatório da Unidade de Inspeção Conjunta das Nações Unidas. A OPAS buscará aumentar a capacitação para continuar a consolidar a sua estrutura de GBR com vistas a reforçar a transparência e a prestação de contas e, ao mesmo tempo, simplificar o planejamento, o orçamento e os processos de monitoramento e avaliação. O novo Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS) melhorará ainda mais a aplicação da GBR em toda a RSPA. O sistema produzirá e usará informações sobre o desempenho para a prestação de contas, apresentando informações aos interessados diretos externos e fornecendo dados à direção interna para fins de monitoramento, aprendizagem e tomada de decisões.

## **Anexo II. Estrutura de estratificação das prioridades programáticas**

1. O Plano Estratégico estabelece esta estrutura para que sirva de instrumento-chave para orientar o planejamento e a alocação de todos os recursos disponíveis para a Repartição Sanitária Pan-Americana, incluídos os recursos humanos e financeiros, e para projetar a mobilização de recursos destinados à implementação do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Esta estrutura está em conformidade com os princípios da Política do Orçamento da OPAS e com a sua estrutura de gestão baseada em resultados. São estabelecidos princípios gerais, inclusive critérios e um método científico, para orientar a aplicação da estrutura de uma maneira objetiva.
2. A estrutura se baseia no processo de estratificação de prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 e no processo usado no 12º Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019.
3. A metodologia da estrutura está alinhada com a estrutura de GBR da OPAS e, portanto, deve contribuir para a melhoria da prestação de contas e da transparência na alocação e mobilização de recursos usando um enfoque programático.
4. A metodologia identifica três níveis de prioridade (1: prioridade alta, 2: prioridade média e 3: prioridade baixa), aplicados às 27 áreas programáticas das categorias de 1 a 5 do Plano Estratégico, com as duas exceções abaixo:
  - a) Categoria 6 (Liderança, governança e funções facilitadoras). Esta categoria apoia a oferta de cooperação técnica nas Categorias de 1 a 5, inclusive a presença nos países, e depende de financiamento flexível. Assim, é importante assegurar que os fundos necessários estejam disponíveis para custear essas funções. O nível do financiamento para esta categoria será determinado com base nas análises dos custos essenciais, nas eficiências e nas medidas com boa relação custo-benefício, entre outros fatores (a RSPA se encarregará dessas análises).
  - b) Áreas programáticas 5.5 (Serviços básicos de emergência) e 5.7 (Resposta a surtos e crises). Estas duas áreas também foram excluídas do exercício de definição de prioridades. As características desses programas implicam que as funções de relações externas, gestão e administração com respeito ao programa de emergências sempre serão necessárias. Além disso, é preciso dispor constantemente de recursos humanos, técnicos e financeiros para a resposta aos surtos e crises. Na verdade, os recursos atribuídos a essa resposta pertencem a um segmento do orçamento que está separado do Programa e Orçamento, em conformidade com a prática orçamental da OMS.
5. Levando em conta que a Organização já estabeleceu as áreas programáticas, representando as prioridades do Plano Estratégico 2014-2019, deve ser fixado um nível mínimo de financiamento para cada área programática. Isso garantirá uma cobertura mínima da Organização para manter os avanços e a capacidade de resposta institucional.

6. Após o nível mínimo de financiamento haver sido definido, a alocação dos recursos restantes será orientada pelo método de estratificação das prioridades e pelos critérios definidos nesta estrutura. Isso será complementado pelos critérios estabelecidos no mecanismo de coordenação de recursos, incluída a brecha dos indicadores dos resultados intermediários (a distância entre a linha de base e a meta esperada a ser alcançada até o fim de um biênio), com base no cálculo dos custos do Programa e Orçamentos. A alocação dos recursos flexíveis mobilizados será feita segundo o nível de prioridade e a brecha programática. Essa metodologia oferece um meio para comparar os diversos temas em saúde usando uma estrutura relativa, e não absoluta, do modo mais equitativo possível e de uma maneira algo objetiva.

### **Metodologia**

7. A metodologia aprimorada (Resolução CD55.R2) contém atualizações do método de Hanlon para a definição de prioridades em saúde, que é bastante conhecido e amplamente aceito. Esse método aprimorado de Hanlon adaptado pela OPAS em resposta à Resolução CD53.R3 (2014), na qual se solicitava à Diretora que continuasse a consultar os Estados Membros sobre a melhoria da estrutura de estratificação das prioridades programáticas e a aplicasse durante o processo de elaboração dos programas e orçamentos.

8. O método se baseia na avaliação dos seguintes componentes: *(a)* o tamanho ou magnitude, *(b)* a seriedade, *(c)* a eficácia das intervenções *(d)* a iniquidade e *(e)* o fator de posicionamento (as definições de cada componente são apresentadas a seguir). Emprega-se a seguinte equação:

$$\text{Qualificação básica das prioridades} = \frac{(A + B + E)C}{5,25} \times F$$

onde:

**A = tamanho ou magnitude do problema (escala de 0 a 10 pontos)**

Prevalência ou incidência de doenças, ou deficiências do sistema ou do programa (no caso das áreas programáticas que não estão voltadas para doenças).

**B = seriedade do problema (escala de 0 a 20 pontos)**

Abrange uma combinação de quatro componentes: B1 é a urgência, B2 é a seriedade ou gravidade das consequências (mortalidade prematura, deficiência, carga sobre os serviços de saúde, impacto sobre a saúde e o desenvolvimento humano sustentável), B3 é o prejuízo econômico e B4 são os efeitos externos negativos indiretos (impacto negativo sobre os outros ou a possibilidade de que o problema se espalhe ou agrave outros eventos). Ao determinar a pontuação deste componente, leva-se em consideração a importância da área programática em questão para o sistema de saúde e as consequências se nada for feito.

**C = Eficácia das intervenções (escala de 0 a 10 pontos)**

Disponibilidade de intervenções com boa relação custo–benefício (incluídas as melhores práticas e as melhores opções)

**E = Iniquidade (escala de 0 a 5 pontos)**

De acordo com a OPAS/OMS, as iniquidades em saúde são as desigualdades injustas e injustificadas que são desnecessárias, podem ser evitadas e ocorrem entre grupos de pessoas tanto dentro dos países como entre eles.<sup>6</sup> A iniquidade pode ser medida como a ocorrência diferencial de uma doença ou do acesso a programas de saúde de acordo com sexo, etnia, nível de renda, localização geográfica (urbana ou rural), etc., dentro dos países e entre eles.

**F = Fator do posicionamento (escala de 0,67 a 1,5 ponto)**

O posicionamento é o valor agregado por uma instituição a cada uma das áreas programáticas a que está sendo atribuída prioridade. No caso da OPAS, isso significa a medida em que a organização está em uma posição única para colaborar com os Estados Membros para abordar as áreas programáticas com base em (a) questões políticas, estratégicas ou técnicas, e (b) cooperação técnica no nível nacional, sub-regional ou regional e outros aspectos semelhantes, levando em conta as seis funções básicas da OPAS. O fator do posicionamento institucional também permite incorporar algumas considerações políticas e estratégicas ao processo de definição de prioridades.

O **denominador** da equação é 5,25. Em termos matemáticos, converte a qualificação básica das prioridades em uma escala de 0 a 100.

**Aplicação**

9. Após ser validada pelo Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico, a metodologia foi aplicada pelos Estados Membros como parte das consultas nacionais sobre o Programa e Orçamento 2018-2019. Esses resultados também permitiram atualizar a estratificação das prioridades programáticas nesta segunda versão modificada do Plano Estratégico 2014-2019.

10. As Representações da OPAS/OMS facilitaram as consultas nacionais em colaboração com as autoridades de saúde. A ferramenta tipo matriz de Hanlon adaptada pela OPAS para a estratificação de prioridades foi usada por autoridades de alto escalão da área de saúde para qualificar os diversos componentes da equação descrita acima, levando em consideração o alcance de cada área programática e os critérios de cada componente. Em seguida, foi definida uma pontuação geral para cada país computando a média aparada das pontuações individuais (ou seja, excluindo os valores mínimos e

---

<sup>6</sup> Ver: Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS (CD55/7 [setembro de 2016]). Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=35728&Itemid=270&lang=pt](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35728&Itemid=270&lang=pt).

máximos). As pontuações dos países e territórios foram consolidadas para obter as pontuações regionais médias das áreas programáticas. Isso resultou nos três níveis de prioridade descritos na metodologia acima.

### Anexo III. Lista de países e territórios com as respectivas siglas

| País                                    | Sigla     | País   | Sigla    |
|---|-----------|--|----------|
| <b>Estados Membros</b>                  |           | <b>Membros associados</b>                      |          |
|   | <b>35</b> |  | <b>4</b> |
| 1 Antígua e Barbuda                     | ATG       | 36 Aruba                                       | ABW      |
| 2 Argentina                             | ARG       | 37 Curaçao                                     | CUW      |
| 3 Bahamas                               | BHS       | 38 Porto Rico                                  | PRI      |
| 4 Barbados                              | BRB       | 39 Sint Maarten                                | SXM      |
| 5 Belize                                | BLZ       |  |          |
| 6 (Estado Plurinacional da) Bolívia     | BOL       | <b>Estados participantes</b>                   |          |
| 7 Brasil                                | BRA       |  | <b>3</b> |
| 8 Canadá                                | CAN       | França   | <b>4</b> |
| 9 Chile                                 | CHL       | 40 Guadalupe                                   | GLP      |
| 10 Colômbia                             | COL       | 41 Guiana Francesa                             | GUF      |
| 11 Costa Rica                           | CRI       | 42 Martinica                                   | MTQ      |
| 12 Cuba                                 | CUB       | 43 Saint Martin (francesa)                     | MAF      |
| 13 Dominica                             | DMA       |  |          |
| 14 El Salvador                          | SLV       | Reino dos Países Baixos                        | <b>3</b> |
| 15 Equador                              | ECU       | 44 Bonaire                                     | BON      |
| 16 Estados Unidos                       | USA       | 45 Saba  | SAB      |
| 17 Granada                              | GRD       | 46 Santo Eustáquio                             | STA      |
|   |           |  |          |
| 18 Guatemala                            | GTM       | Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte | <b>6</b> |
| 19 Guiana                               | GUY       | 47 Anguila                                     | AIA      |
| 20 Haiti                                | HTI       | 46 Bermuda                                     | BMU      |
| 21 Honduras                             | HND       | 49 Ilhas Cayman                                | CYM      |
| 22 Jamaica                              | JAM       | 50 Ilhas Virgens Britânicas                    | VGB      |
| 23 México                               | MEX       | 51 Montserrat                                  | MSR      |
| 24 Nicarágua                            | NIC       | 52 Turks e Caicos                              | TCA      |
| 25 Panamá                               | PAN       |  |          |
| 26 Paraguai                             | PRY       |  |          |
| 27 Peru                                 | PER       |  |          |
| 28 República Dominicana                 | DOM       |  |          |
| 29 Santa Lúcia                          | LCA       |  |          |
| 30 São Cristóvão e Névis                | KNA       |  |          |
| 31 São Vicente e Granadinas             | VCT       |  |          |
| 32 Suriname                             | SUR       |  |          |
| 33 Trinidad e Tobago                    | TTO       |  |          |
| 34 Uruguai                              | URY       |  |          |
| 35 (República Bolivariana da) Venezuela | VEN       |  |          |

## Anexo IV. Mandatos, resoluções, estratégias e planos de ação da OPAS

| Categoria e área programática   | Mandatos, resoluções, estratégias e planos de ação da OPAS  |
|---|---|
| <b>1 Doenças Transmissíveis</b>   |   |
| 1.1 Infecção pelo HIV/AIDS, ISTs e hepatites virais   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano Estratégico Regional da Organização Pan-Americana da Saúde para HIV/AIDS e IST, para o Período de 2006 a 2015 (Resolução CD46.R15 [2005])</li> <li>- Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-infantil do HIV e da Sífilis Congênita [2010-2015] (Resolução CD50.R12 [2010])</li> <li>- Hepatitis virales (Resolução WHA63.18 [2010]) [em espanhol]</li> <li>- Prevención y control de las hepatitis virales: Marco para la acción mundial (OMS, 2012) (em espanhol)</li> </ul> |
| 1.2 Tuberculose   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégia Regional para o Controle da Tuberculose para o Período de 2005-2015 (Resolução CD46.R12 [2005])</li> <li>- Plan de expansión del manejo programático de la tuberculosis resistente a medicamentos: Hacia el acceso universal de la TB-D/M/XDR en las Américas, 2010-2015 (OPAS, 2011) (em espanhol)</li> </ul>  |
| 1.3 Malária e outras doenças transmitidas por vetores (inclusive a dengue e a Doença de Chagas) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégia e Plano de Ação para a Malária [2012-2015] (Resolução CD51.R9 [2011])</li> <li>- Prevenção e Controle da Dengue nas Américas (Resolução CSP27.R15 [2007])</li> <li>- Estratégia e Plano de Ação para Prevenção, Controle e Atenção à Doença de Chagas [2010-2013] (Resolução CD50.R17 [2010])</li> <li>- Controle Integrado de Vetores: Resposta Integral às Doenças Transmitidas por Vetores (Documento CD48/13 [2008])</li> </ul>   |
| 1.4 Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rumo à Eliminação da Oncocercose (Cegueira dos Rios) nas Américas (Documento CD48.R10 [2008])</li> <li>- Eliminação de Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas à Pobreza (Documento CD49.R9 [2009])</li> <li>- Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe [2010-2015] (OPS, 2010) (em espanhol)</li> <li>- Enfermedades tropicales desatendidas (Resolução WHA66.12 [2013]) (em espanhol)</li> </ul>  |

| Categoria e área programática  | Mandatos, resoluções, estratégias e planos de ação da OPAS   |
|--|--|
| 1.5 Doenças imunopreveníveis (inclusive a manutenção da erradicação da poliomielite) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de acción mundial sobre vacunas (Resolução WHA65.17 [2012]) (em espanhol)</li> <li>- Vacinas e Imunização (Documento CSP26.R8 [2002])</li> <li>- Fortalecimento dos Programas de Imunização (Resolução CD50.R5 [2010])</li> <li>- Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome de Rubéola Congênita na Região das Américas, 2012-2014 (Documento CSP28.R16 [2012])</li> <li>- Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial (Resolução WHA65.5 [2012]) (em espanhol)</li> </ul>   |
| 1.6 Resistência aos antimicrobianos  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano de ação para a resistência antimicrobiana (Resolução CD54.R15 [2015])</li> </ul>  |
| 1.7 Inocuidade dos alimentos   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos (Resolução WHA63.R3 [2010]) [em espanhol]</li> </ul>  |
| <b>2 Doenças não Transmissíveis e Fatores de Risco</b>                               |  |
| 2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégia para a Prevenção e o Controle de Doenças não Transmissíveis (Resolução CSP28.R13 [2012])</li> <li>- Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial de Álcool [2012-2021] (Documento CD51/8, Rev. 1 [2011])</li> <li>- Estratégia e Plano de Ação Regionais para Prevenção e Controle de Câncer do Colo Uterino [2008-2015] (Documento CD48/6 [2008])</li> <li>- Estratégia e Plano de Ação Regional para um Enfoque Integrado à Prevenção e Controle das Doenças Crônicas, inclusive Regime Alimentar, Atividade Física e Saúde [2006-2015] (Documento CD47/17 [2006])</li> <li>- Enfoques Populacionais e Individuais da Prevenção e Tratamento de Diabetes e Obesidade (Resolução CD48.R9 [2008])</li> <li>- Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT) (OMS, 2003)</li> <li>- Fortalecimento da Capacidade dos Estados Membros para Implementar as Disposições e Diretrizes da Convenção-Quadro da OMS Para o Controle do Tabaco (Resolução CD50.R6 [2010])</li> <li>- Convênio Básico da OMS para Controle do Tabaco: Oportunidades e Desafios Para sua Implementação na Região das Américas (Resolução CD48.R2 [2008])</li> </ul> |
| 2.2 Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégia e Plano de Ação sobre Epilepsia [2012-2021] (Documento CD51/10 [2011])</li> <li>- Estratégia e Plano de Ação para Saúde Mental [2009-2019] (Resolução CD49.R17 [2009])</li> <li>- Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública [2012-2021] (Resolução CD51.R7 [2011])</li> </ul>   |

| Categoria e área programática  | Mandatos, resoluções, estratégias e planos de ação da OPAS   |
|--|--|
| 2.3 Violência e traumatismos   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (Resolução WHA66.8 [2013]) (em espanhol)</li> <li>- Plano de Ação sobre Segurança Viária [2012-2017] (Resolução CD51.R6 [2011])</li> <li>- Prevenção de Violência e Lesões e Promoção da Segurança: Apelo à Ação na Região (Resolução CD48.R11 [2008])</li> </ul>  |
| 2.4 Deficiências e reabilitação  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano de Ação na Prevenção da Cegueira Evitável e Deficiência Visual [2009-2013] (Resolução CD49.R11 [2009])</li> <li>- Discapacidad (Resolución WHA66.9 [2013])</li> <li>- A Incapacidade: Prevenção e Reabilitação no Contexto do Direito de Gozar o Mais Alto Padrão Possível de Saúde Física e Mental e Outros Direitos Relacionados (Resolução CD47.R1 [2006])</li> </ul>  |
| 2.5 Nutrição   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Nutrição na Saúde e o Desenvolvimento [2006-2015] (Resolução CD47.R8 [2006])</li> <li>- Estratégia e Plano de Ação para a Redução da Desnutrição Crônica, [2010-2015] (Resolução CD50.R11 [2010])</li> </ul>   |
| <b>3 Determinantes da Saúde e Promoção da Saúde ao Longo de todo o Ciclo de Vida</b>                     |  |
| 3.1 Saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano de Ação para a Saúde do Adolescente e do Jovem [2010-2018] (Resolução CD49.R14 [2009])</li> <li>- Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Materna Grave [2012-2017] (Resolução CD51.R12 [2011])</li> <li>- Estratégia Regional para Melhorar a Saúde do Adolescente e da Juventude [2008-2018] (Resolução CD48.R5 [2008])</li> <li>- 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 [2008-2015] (Resolução CD48.R4, Rev. 1 [2008])</li> <li>- Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Integral na Infância [2012-2017] (Resolução CSP28.R20 [2012])</li> </ul> |
| 3.2 Envelhecimento e saúde   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano de Ação Sobre a Saúde dos Idosos, Incluindo o Envelhecimento Ativo e Saudável [2009-2018] (Resolução CD49.R15 [2009])</li> </ul>  |
| 3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e etnia   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano de Ação para a Aplicação da Política de Igualdade de Gênero [2009-2013] (Resolução CD49.R12 [2009])</li> </ul>  |
| 3.4 Determinantes sociais da saúde   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégia e Plano de Ação sobre a Saúde Urbana [2013-2021] (Documento CD51.R4 [2011]).</li> </ul>  |
| 3.5 Saúde e meio ambiente  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégia e Plano de Ação sobre a Mudança Climática [2012-2017] (Resolução CD51.R15 [2011])</li> </ul>   |

| Categoria e área programática   | Mandatos, resoluções, estratégias e planos de ação da OPAS   |
|---|--|
| <b>4 Sistemas de Saúde</b>  |  |
| 4.1 Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção Primária de Saúde nas Américas: as Lições Aprendidas em 25 Anos e Futuros Desafios (Resolução CD44.R6 [2003])</li> <li>- Ampliação da Proteção Social em Matéria de Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Internacional do Trabalho (Resolução CSP26.R19 [2002])</li> <li>- Funções Essenciais de Saúde Pública (Resolução CD42.R14 [2000])</li> <li>- A saúde e as Relações Internacionais: Seu Vínculo com a Gestão do Desenvolvimento Nacional da Saúde (Resolução CD48.R16 [2008])</li> <li>- Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (Resolução CD53.R14 [2014])</li> </ul>  |
| 4.2 Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Política e Estratégia Regionais para Garantia da Qualidade da Atenção de Saúde, Inclusive a Segurança do Paciente [2007-2013] (Resolução CSP27.R10 [2007])</li> <li>- Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas (OPAS, 2011) (em espanhol)</li> <li>- Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária de Saúde (Resolução CD49.R22 [2009])</li> <li>- Assegurar a Qualidade da Atenção à Saúde, Incluindo a Segurança do Paciente (Resolução CE140.R18)</li> </ul>   |
| 4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso a Medicamentos (Resolução CD45.R7 [2004])</li> <li>- Fortalecimento das Autoridades Reguladoras Nacionais de Medicamentos e Produtos Biológicos (Resolução CD50/R.9 [2010])</li> <li>- Dispositivos Médicos (Documento CD42.R10 [2000]) (em espanhol)</li> <li>- Harmonização de Regulamentos Farmacêuticos (Resolução CD42.R11 [2000])</li> <li>- Saúde Pública, Pesquisa em Saúde, Produção e Acesso aos Medicamentos Essenciais (Resolução CD47.R7 [2006])</li> <li>- Melhoria de Disponibilidade de Sangue e Segurança da Transfusão nas Américas (Resolução CD48.R7 [2008])</li> <li>- Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual: Uma Perspectiva Regional (Resolução CD48.R15 [2008])</li> <li>- Diretrizes para uma Política de Doação e Transplante de Órgãos Humanos (Resolução CD49.R18 [2009])</li> <li>- Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde nos Sistemas de Saúde (Resolução CSP28.R9 [2012])</li> <li>- Proteção Radiológica e Segurança das Fontes de Radiação: Normas Básicas Internacionais de Segurança (Resolução CSP28.R15 [2012])</li> </ul> |

| Categoria e área programática  | Mandatos, resoluções, estratégias e planos de ação da OPAS   |
|--|--|
| 4.4 Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano de Ação Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde, 2008-2013 (Resolução CD48.R6 [2008])</li> <li>- Estratégia para Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde dos Países das Américas, 2008-2013 (Resolução CSP27.R12 [2007])</li> <li>- Estratégia e Plano de Ação para eSaúde (2012-2017) (Resolução CD51.R5 [2011])</li> <li>- Estratégia e Plano de Ação sobre Gestão de Conhecimento e Comunicações, 2013-2018 (Resolução CSP28.R2 [2012])</li> <li>- Saúde Pública, Pesquisa em Saúde, Produção e Acesso aos Medicamentos Essenciais (Resolução CD47.R7 [2006])</li> <li>- Política de Pesquisa para a Saúde (Resolução CD49.R10 [2009])</li> </ul>  |
| 4.5 Recursos humanos em saúde  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chamado à Ação de Toronto: Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas (2006-2015)</li> <li>- Desenvolvimento e Fortalecimento da Gestão dos Recursos Humanos no Setor da Saúde (Resolução CD43.R6 [2001])</li> <li>- Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Resolução CD45.R9 [2004])</li> <li>- Estratégia para o Desenvolvimento das Competências dos Profissionais da Saúde nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde (Resolução CD50.R7 [2010])</li> <li>- Metas Regionais em Matéria de Recursos Humanos para a Saúde 2007-2015 (Resolução CSP27.R7 [2007])</li> <li>- Programa Ampliado de Livros de Texto e Materiais de Instrução (PALTEX) (Resolução CSP28.R3 [2012])</li> </ul>   |
| <b>5 Emergências de saúde</b>  |  |
| 5.2 Preparação dos países para situações de emergência de saúde e o Regulamento Sanitário Internacional (2005) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (Resolución WHA64.1 [2011]) (em espanhol)</li> <li>- Revisión del Reglamento Sanitario Internacional (Resolución WHA58.3 [2005]) (em espanhol)</li> <li>- Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (Resolución WHA59.2 [2006]) (em espanhol)</li> <li>- Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (Resolución WHA61.2 [2008]) (em espanhol)</li> <li>- Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (Resolución WHA65.23 [2012]) (em espanhol)</li> <li>- Segurança Sanitária Internacional: Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (Resolução CSP27.R13 [2007])</li> <li>- Regulamento Sanitário Internacional (2005), Segunda Edição (OMS, 2008)</li> </ul> |

| Categoria e área programática                            | Mandatos, resoluções, estratégias e planos de ação da OPAS  |
|--|---|
| 5.5 Serviços básicos de emergência                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforma de la labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias. Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Informe de la Directora General (Documento WHA69/30 [2016]) (em espanhol)</li> </ul>  |
| 5.6 Redução dos riscos de desastres e projetos especiais | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano de Ação para Hospitais Seguros (2010-2015) (Resolução CD50.R15 [2010])</li> <li>- Hospitais Seguros: Uma Iniciativa Regional para Instalações de Saúde Resistentes a Desastres (2008-2015) (Resolução CSP27.R14 [2007])</li> <li>- Coordenação da Assistência Humanitária Internacional em Saúde em Caso de Desastres (Resolução CSP28.R19 [2012])</li> <li>- Furacões Katrina e Rita e Preparativos para Desastres na Região das Américas (Resolução CD46.R14 [2005])</li> <li>- Capacidade de Preparação e Resposta a Desastres (Resolução CD45. R8 [2004])</li> <li>- Huracanes Georges, Mitch y Floyd (Resolução CD41.R6 [1999]) (em espanhol)</li> <li>- Preparativos de salud para los desastres provocados por el fenómeno “El Niño” (Resolução CD40.R13 [1997]) (em espanhol)</li> <li>- Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre (Resolução CD31.R23 [1985]) (em espanhol)</li> <li>- Programa de preparativos para situaciones de emergencia (Resolução CD27.R40 [1980]) (em espanhol)</li> <li>- Programa de preparativos para situaciones de emergencia y de coordinación del socorro en casos de desastre en las Américas (Resolução CD26.R36 [1979]) (em espanhol)</li> <li>- Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021 (Resolução CD55.R10 [2016])</li> </ul> |
| 5.7 Resposta a surtos e crises                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordenação da Assistência Humanitária Internacional em Saúde em Caso de Desastres (Resolução CSP28.R19 [2012])</li> <li>- Capacidade de Preparação e Resposta a Desastres (Resolução CD45. R8 [2004])</li> <li>- Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre (Resolução CD32.R10 [1987]) (em espanhol)</li> </ul>   |
| <b>6 Liderança, governança e funções facilitadoras</b>   |   |
| 6.1 Liderança e governança                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El proceso de reforma de las Naciones Unidas y el papel de la OMS en la armonización de las actividades operacionales para el desarrollo en los países (Resolução WHA58.25 [2005]) (em espanhol)</li> <li>- Parceria de Busan para uma Cooperação Eficaz para o Desenvolvimento (2011)</li> <li>- Reforma de la OMS (Documento A66/4 [2013]) (em espanhol)</li> </ul>  |

| Categoria e área programática  | Mandatos, resoluções, estratégias e planos de ação da OPAS  |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Declaração do Milênio das Nações Unidas (Documento A/55/L.2 [2000])</li> <li>- Revisión trienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo (Documento A/62/208 [2008]) (em espanhol)</li> <li>- Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas (Documento CE152/15 [2013])</li> <li>- Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development (Resolução WHA69.11 [2016]) (em inglês)</li> </ul> |
| 6.2 Transparência, prestação de contas e gestão de riscos                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marco de la gerencia basada en resultados en la OPS (Documento SPB4/5, Rev.2 [2010]) (em espanhol)</li> </ul>  |
| 6.3 Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017</li> <li>- Política do Orçamento da OPAS (Resolução CSP28.R10 [2012])</li> <li>- Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019 (Documento A66/6 [2013])</li> <li>- Orçamento por Programas 2014-2015 da OMS (Documento A66/7 [2013])</li> </ul>  |
| 6.5 Comunicação estratégica  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégia e Plano de Ação sobre Gestão de Conhecimento e Comunicações (Documento CSP28/12, Rev. 1 [2012])</li> </ul>  |

- - -