

## 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de junho de 2017*

---

*Tema 4.4 da agenda provisória*

CE160/14, Rev. 1  
12 de junho de 2017  
Original: inglês

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

---

\* Revisão necessária para garantir a precisão do texto no Anexo A.

---

## SUMÁRIO

<b>I. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO .....</b>	<b>3</b>
<b>II. PREFÁCIO DA DIRETORA DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA.....</b>	<b>4</b>
<b>III. A VISÃO CONTINENTAL .....</b>	<b>5</b>
Sobre a nova Agenda .....	5
Princípios e valores .....	5
<i>Direito de gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir</i> .....	5
<i>Solidariedade pan-americana</i> .....	6
<i>Equidade em saúde</i> .....	6
<i>Universalidade</i> .....	6
<i>Inclusão social</i> .....	7
Visão .....	7
<b>IV. ANÁLISE DE CONTEXTO E SITUAÇÃO.....</b>	<b>8</b>
Contexto e antecedentes.....	8
<i>A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA 2030)</i> .....	8
<i>A Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017</i> .....	8
<i>A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável</i> .....	10
Análise da situação .....	12
<i>Tendências socioeconômicas na Região</i> .....	12
<i>Tendências demográficas</i> .....	14
<i>Tendências da situação de saúde e resposta dos sistemas de saúde na Região</i> .....	15
<i>Doenças transmissíveis</i> .....	17
<i>Doenças crônicas, saúde mental e fatores de risco para as DNTs</i> .....	20
<i>Sistemas e serviços de saúde</i> .....	21
<b>V. OBJETIVOS E METAS .....</b>	<b>24</b>
<b>VI. IMPLEMENTAÇÃO, MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E NOTIFICAÇÃO .....</b>	<b>36</b>
Implementação.....	36
Monitoramento, avaliação e notificação .....	38
<b>Anexo A—Metas e indicadores do ODS3 .....</b>	<b>40</b>
<b>Anexo B—Agradecimentos .....</b>	<b>43</b>

## **I. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO**

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

- a) Uma visão continental de uma Região das Américas mais saudável e mais equitativa, em harmonia com a visão e os princípios globais estabelecidos na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, aproveitando os avanços obtidos em direção aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017;
- b) A reafirmação do direito de gozar do melhor estado de saúde que seja possível atingir, da solidariedade pan-americana, da equidade em saúde, da universalidade e da inclusão social como princípios e valores fundamentais que têm inspirado os países que representamos a melhorar os resultados em saúde para que nossas populações possam desenvolver seu pleno potencial;
- c) Os esforços já em curso rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde, e o desenvolvimento de sistemas de saúde resilientes e capazes de abordar os determinantes da saúde;
- d) A promoção do uso desta Agenda no nível mais elevado e a promoção de ações conjuntas com atores tanto governamentais como não governamentais nos âmbitos regional, sub-regional, nacional e subnacional como maneira de realizar a supracitada visão continental;
- e) A implementação, monitoramento e avaliação desta Agenda e nossa responsabilidade por sua realização, através dos mecanismos desenvolvidos em colaboração com a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA).

## II. PREFÁCIO DA DIRETORA DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA

1. Os países das Américas se reuniram de maneira sem precedentes para elaborar e lançar esta inspiradora *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030*, e os aplaudo. A Região segue em seu papel como desbravadora e líder global: neste caso, ao afirmar com clareza como enfrentará os desafios apresentados nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2030 (ODS) aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2015.
2. A Repartição Sanitária Pan-Americana vem apoiando vivamente os países que trabalharam para construir esta Agenda, e declaro nosso compromisso inequívoco em prestar total apoio para levá-la a cabo. Esta Agenda será fundamental para a formulação dos planos estratégicos da própria OPAS, e apoiaremos ativamente sua implementação em toda a Região, em colaboração com todos os países e parceiros.
3. A evolução do setor da saúde na Região tem sido notável: somente nas últimas décadas, presenciamos importantes avanços em indicadores de saúde essenciais como expectativa de vida, mortalidade infantil e cobertura vacinal. Recentemente, eliminamos a rubéola e o sarampo; muitos países eliminaram a transmissão materno-infantil do HIV e várias doenças tropicais negligenciadas, como a oncocercose (cegueira dos rios) e a doença de Chagas. A Região segue firme rumo à eliminação da malária. Estamos obtendo avanços no controle das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco.
4. Acredito que esta Agenda nos ajudará a concentrar nossos esforços ao longo da década de 2020 para que obtenhamos um retorno ainda maior de nosso investimento em saúde. Nos próximos anos, nosso foco deve ser assegurar a igualdade na saúde, para que todas as pessoas possam se beneficiar do grande movimento rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde.
5. Estou confiante de que esta agenda política de alto nível pode nos ajudar a concentrarmo-nos em nosso objetivo enquanto trabalhamos conjuntamente para atingir as metas de saúde aqui descritas. Entre agora e 2030, os partidos políticos podem mudar, as circunstâncias econômicas podem ser mais ou menos favoráveis ao investimento na saúde—ainda assim, podemos permanecer concentrados nestas metas de longo prazo.
6. Assim, por favor me acompanhem em celebrar o esforço, a visão e o compromisso dos países que resultaram nesta Agenda Sustentável de Saúde. Ao mesmo tempo, devemos reconhecer que a parte difícil começa agora: o trabalho diário nas inúmeras iniciativas e ações que, em última instância, nos permitirão alcançar esta visão de saúde equitativa e bem-estar para todos os povos das Américas.

(Assinatura)

### **III. A VISÃO CONTINENTAL**

#### **Sobre a nova Agenda**

7. A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA 2030, ou “a Agenda”) constitui o nível mais elevado de planejamento estratégico e arcabouço político nas Américas. É um chamado à ação coletiva para alcançarmos níveis mais elevados de saúde e bem-estar na Região como um todo e nos Estados Membros, levando em consideração o novo contexto global e continental. A Agenda é aprovada pela Conferência Sanitária Pan-Americana, a autoridade suprema da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), representando todos os países do continente americano.

8. A ASSA 2030 representa a resposta do setor da saúde a compromissos adotados pelos Estados Membros da OPAS na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e a assuntos inacabados dos ODM e da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, assim como a emergentes desafios regionais de saúde pública. Será operacionalizada através dos planos estratégicos e estratégias da OPAS, e também mediante planos sub-regionais e nacionais para a saúde.

#### **Princípios e valores**

9. A ASSA 2030 busca promover a saúde e o bem-estar de todos os indivíduos, famílias e comunidades nas Américas. Reconhecendo que os países da Região têm diferentes necessidades e enfoques no tocante ao melhoramento da saúde, esta Agenda respeita e adere aos seguintes princípios e valores inter-relacionados.

#### ***Direito de gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir***

10. A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) declara que “Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”. Para tornar este direito uma realidade, os países devem trabalhar para melhorar o acesso à atenção à saúde de qualidade, oportuna, aceitável, e acessível; à disponibilidade dos serviços de saúde; a um padrão de vida adequado; e a alimentos nutritivos que promovam a saúde. Todos esses fatores estão estreitamente relacionados a outros direitos humanos, inclusive o direito à educação, à não discriminação, o acesso a informação e a participação social.

11. A Agenda está alinhada com o compromisso da OPAS com a transversalização dos direitos humanos nos programas e políticas de saúde em âmbito nacional e regional, considerando que os determinantes subjacentes da saúde devem fazer parte de uma abordagem integral à saúde e aos direitos humanos.

### ***Solidariedade pan-americana***

12. Com base na história e experiência de nosso continente, a solidariedade pan-americana faz-se necessária para assegurar que o progresso dos Estados Membros na implantação da Agenda nas Américas seja equitativo.

13. Sólidas parcerias bilaterais e cooperação Sul-Sul entre os Estados Membros, juntamente com processos de integração dinâmica, são mecanismos básicos para o intercâmbio de enfoques e experiências eficazes, assim como de bens e serviços, para atingir metas comuns e superar as iniquidades em saúde.

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

### ***Equidade em saúde***

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

16. A OMS declarou: “Um enfoque à saúde baseado em direitos humanos fornece estratégias e soluções para abordar e retificar desigualdades, práticas discriminatórias e relações injustas de poder, que frequentemente estão por trás dos desfechos de saúde não equitativos. A meta de um enfoque baseado em direitos humanos é que todas as políticas, estratégias e programas de saúde sejam formulados com o objetivo de melhorar progressivamente o gozo ao direito à saúde por todas as pessoas. Intervenções para alcançar este objetivo aderem a princípios e normas rigorosos, inclusive não discriminação [...], disponibilidade [...], acessibilidade [...], aceitabilidade [...], qualidade [...], responsabilidade [...] e universalidade [...]”.<sup>1</sup>

### ***Universalidade***

17. Os direitos humanos, inclusive o direito à saúde, são universais e inalienáveis. Todas as pessoas, em todos os lugares do mundo, devem poder exercê-los e aproveitá-los.

18. Consoante ao princípio de equidade e a Agenda 2030 para Desenvolvimento Sustentável, a ASSA 2030 adere ao princípio de deixar ninguém e nenhum país para trás.

---

<sup>1</sup> WHO. Health and human rights (Fact sheet N° 323). Dezembro de 2015. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>.

### ***Inclusão social***

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

20. No exercício dos direitos humanos, inclusive o direito à saúde, todas as pessoas devem ser incluídas, sem discriminação por raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outro tipo, nacionalidade ou origem social, condição econômica, de nascimento ou outra condição, por exemplo: incapacidade, idade, estado civil, composição familiar, orientação e identidade sexual, saúde ou doença, local de residência, ou situação socioeconômica.<sup>2</sup>

21. No exercício do direito à saúde, indivíduos, grupos étnicos, comunidades e grupos que são culturalmente diferentes devem estar incluídos. A Agenda leva em consideração o enfoque intercultural como uma expressão de um processo social interativo de reconhecimento e respeito às diferenças de uma ou mais culturas, o que é imprescindível para a construção de uma sociedade justa.<sup>3</sup>

### **Visão**

22. Até 2030, a Região como um todo e os países das Américas conseguirão o melhor estado de saúde que seja possível atingir, com equidade e bem-estar para todas as pessoas em todo o ciclo de vida, com acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde, sistemas de saúde resilientes e serviços de saúde de qualidade.

23. Esta visão encontra-se plenamente harmonizada com a visão global declarada na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que define uma estrutura abrangedora para o desenvolvimento social, econômico e ambiental, na qual a saúde e seus fatores determinantes desempenham um papel essencial: “Pre vemos um mundo livre da pobreza, fome, doença e penúria, onde toda a vida pode prosperar. Pre vemos um mundo livre do medo e da violência. Um mundo com alfabetização universal. Um mundo com o acesso equitativo e universal à educação de qualidade em todos os níveis, aos cuidados de saúde e proteção social, onde o bem-estar físico, mental e social estão assegurados. Um mundo em que reafirmamos os nossos compromissos relativos ao direito humano à água potável e ao saneamento e onde há uma melhor higiene; e onde o alimento é suficiente, seguro, acessível e nutritivo. Um mundo onde habitats humanos são seguros, resilientes e sustentáveis, e onde existe acesso universal à energia acessível, confiável e sustentável.”

---

<sup>2</sup> United Nations Economic and Social Council: Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 20, Non-discrimination in economic, social and cultural rights; 2009. E/C.12/GC/20. Disponível em inglês em: <http://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>.

<sup>3</sup> OPAS: Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, p. 11. Disponível em espanhol em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>.

## IV. ANÁLISE DE CONTEXTO E SITUAÇÃO

### Contexto e antecedentes

#### *A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA 2030)*

24. A Agenda representa a resposta do setor da saúde aos compromissos adotados pelos países na Agenda 2030 para Desenvolvimento Sustentável, a assuntos inconclusos dos ODM e à Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, assim como a outros desafios emergentes de saúde pública na Região.

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

26. Para elaborar a Agenda, um Grupo de Trabalho de Países (CWG)<sup>4</sup> trabalhou em estreita colaboração com a RSPA, em reuniões virtuais e presenciais, de outubro de 2016 a setembro de 2017. Consultas foram realizadas com os Estados Membros durante as sessões dos Órgãos Diretores da OPAS em 2017 e durante a Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2017. Essas consultas foram uma oportunidade de manter os Estados Membros informados sobre o progresso e obter feedback conforme o processo evoluía.

#### *A Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017*

27. A Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017<sup>5</sup> foi desenvolvida depois de uma “recomendação da Unidade de Inspeção Conjunta das Nações Unidas, que havia assinalado que o planejamento pelas organizações internacionais deveria ser baseado em uma visão comum dos seus Estados Membros, formulada independentemente do secretariado e dos órgãos diretores da organização.”<sup>6</sup> Além disso, a Agenda de Saúde abordou os mandatos dos ODM e o Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da

---

<sup>4</sup> O Grupo de Trabalho foi composto de representantes de alto nível de 16 Estados Membros de todas as sub-regiões das Américas: Estados Unidos e México (América do Norte); Antígua e Barbuda, Barbados (Caribe); Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicarágua e Panamá (América Central); e Argentina, Brasil, Chile, Equador, Paraguai, Peru e Uruguai (América do Sul). O Equador ocupou a presidência, e Panamá e Barbados, as vice-presidências do grupo. Dentre os representantes havia Ministros e Vice-Ministros da Saúde, *Chief Medical Officers*, especialistas em planejamento, epidemiologistas e especialistas em relações internacionais em saúde.

<sup>5</sup> Agenda de Saúde para as Américas: 2008-2017.

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=16305&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16305&Itemid).

<sup>6</sup> Relatório Final da 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (Documento CSP27/FR) (de 1 a 5 de outubro de 2007).



Organização Mundial da Saúde, aprovado em 2006. A Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 foi lançada em Cidade do Panamá em junho de 2007.

28. A Agenda foi reconhecida como o instrumento político de mais alto nível para a saúde nas Américas. Orientou a resposta às necessidades de saúde da população da Região e constituiu um compromisso formal de trabalhar em conjunto e com solidariedade para o desenvolvimento da saúde na Região. A Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 guiou a elaboração de planos nacionais de saúde e dos planos estratégicos de todas as organizações interessadas na cooperação de saúde com os países das Américas, inclusive a RSPA (Planos Estratégicos 2008-2013 e 2014-2019).

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

30. A avaliação intermediária da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 foi apresentada à 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2012. A avaliação reconheceu o progresso significativo obtido em todas as oito áreas de ação da Agenda e chamou atenção para questões de saúde específicas onde o avanço havia sido menor e novos esforços faziam-se necessários: *a)* mortalidade materna, *b)* dengue, *c)* tuberculose, *d)* HIV/AIDS, *e)* obesidade, *f)* gasto público em saúde, e *g)* despesas por conta própria com saúde. Durante o período de análise, os países da Região haviam feito bom uso da Agenda, que havia guiado a formulação de planos, políticas e estratégias nacionais de saúde. Igualmente, em âmbito sub-regional, a Agenda havia sido largamente utilizada para orientar a formulação de planos de ação, programas e estratégias. Porém, os organismos de saúde e parceiros na Região haviam usado a Agenda de maneira limitada. A falta de metas e indicadores havia criado dificuldades na avaliação intermediária e no monitoramento e notificação eficaz de sua implementação. Recomendou-se o estabelecimento de metas para a Agenda para 2017, com base em “indicadores substitutos”.

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

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

- a) Mortalidade materna: Houve uma redução importante da taxa de mortalidade, de 62,4 por 100.000 nascidos vivos em 2007 a 65,7 por nascidos vivos em 2010 a 46,8 por 100.000 nascidos vivos (taxa notificada; estimativa, 51) em 2016.<sup>7</sup>
- b) Dengue e obesidade: Os resultados seguem de acordo com a tendência manifestada na avaliação intermediária; portanto, a questão segue preocupante.
- c) Tuberculose: Houve uma redução da taxa de incidência de 24,0 por 100.000 habitantes em 2007 e 23,5 por 100.000 habitantes em 2009 a 22,1 por 100.000 habitantes em 2014.<sup>8</sup>
- d) HIV/AIDS: Houve uma redução do número de casos da transmissão materno-infantil do HIV, de 3.300 em 2011 a 2.100 em 2015.<sup>9</sup>
- e) Gasto público nacional em saúde como porcentagem do produto interno bruto (PIB): Melhorou ligeiramente na América Latina e Caribe, atingindo 3,1% em 2006, 3,7% em 2011 e 4,0% em 2014 (média simples).
- f) Despesas por conta própria: Como porcentagem do gasto total em saúde, estas despesas caíram para 52% em 2006, 47% em 2010 e 33,1% em 2014.

33. Consoante com sua finalidade, a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 atendeu a OPAS como o principal instrumento político e estratégico para a formulação e implementação de dois Planos Estratégicos (2008-2013 e 2014-2019), assim como estratégias e planos de ação regionais e Estratégias de Cooperação nos Países.

### ***A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável***

34. Em setembro de 2015, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução “Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”.<sup>10</sup> A Agenda 2030 contém 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) e 169 metas de desenvolvimento específicas.

35. Dos 17 ODS, o Objetivo 3, “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, e suas 13 metas são diretamente relevantes à ASSA 2030. Porém, é importante destacar a existência das metas adicionais relacionadas com a saúde em outros ODS, que é simbólica da intenção da Agenda 2030 de fomentar uma abordagem intersetorial ao desenvolvimento, trabalhando para obter melhoras sociais, econômicas, e ambientais holísticas.

---

<sup>7</sup> OPAS, Indicadores Básicos para a Saúde, 2016.

<sup>8</sup> Idem 7.

<sup>9</sup> Disponível em inglês: PAHO. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas. Update 2016.

<sup>10</sup> United Nations. Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 70ª Sessão da Assembleia Geral da ONU. Resolução A/RES/70/1. Disponível em inglês em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>.

**Tabela 1. Metas dos ODS3**

No.	Meta
3.1	Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.
3.2	Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos.
3.3	Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.
3.4	Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.
3.5	Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.
3.6	Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas.
3.7	Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.
3.8	Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.
3.9	Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos e por contaminação e poluição do ar, da água e do solo.
3.a	Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde em todos os países, conforme apropriado.
3.b	Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPs e Saúde Pública, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPs, na sigla em inglês) sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.
3.c	Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países de menor desenvolvimento relativo e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.
3.d	Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, a redução de riscos e o gerenciamento de riscos nacionais e globais à saúde.

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

### **Análise da situação**

37. A análise apresentada abaixo estabelece o contexto para a ASSA 2030. Inclui uma sinopse das características e tendências socioeconômicas e demográficas, do perfil epidemiológico, das tendências da situação de saúde e da resposta dos sistemas de saúde. As fontes de informação são o relatório “Situação Econômica Mundial e Perspectivas 2017” das Nações Unidas, a seção “Perspectiva Regional” da edição 2017 do documento “Saúde nas Américas” (com contribuições dos Estados Membros) e o Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015/Primeiro relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019.<sup>11</sup>

### ***Tendências socioeconômicas na Região***

38. Segundo o relatório “Situação Econômica Mundial e Perspectivas 2017” das Nações Unidas, a América Latina e Caribe (ALC) voltarão a ter crescimento positivo em 2017. Porém, a recuperação da Região será relativamente modesta em meio a instabilidades persistentes externas e internas.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> OPAS. Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014-2015/Primeiro relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. 55º Conselho Diretor, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, 26 a 30 de setembro de 2016 (Documento CD55/5). Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=36172&Itemid=270&lang=pt](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36172&Itemid=270&lang=pt).

<sup>12</sup> United Nations. World Economic Situation and Prospects. 2017. Disponível em inglês em: [https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/2017wesp\\_full\\_en.pdf](https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/2017wesp_full_en.pdf)

*Situação econômica mundial*

39. O produto mundial bruto cresceu somente 2,2% em 2016, o que represente o ritmo mais lento de crescimento desde a Grande Recessão de 2009. Segundo projeções, o crescimento global deve melhorar moderadamente para 2,7% em 2017 e 2,9% em 2018, mas isto indica mais uma estabilização do que uma retomada robusta da demanda global.

40. Há riscos significativos às perspectivas globais e regionais. Entre outras questões, o alto grau de incerteza no ambiente de política internacional e os níveis elevados de dívida denominada em moeda estrangeira despontam como riscos chave que podem tirar o crescimento global dos trilhos.

*A situação nas Américas*

41. Espera-se que a economia da ALC volte a apresentar crescimento positivo em 2017, após dois anos consecutivos de retração, mas instabilidades externas e internas significativas persistirão. Espera-se que o PIB na ALC cresça 1,3% em 2017 e 2,1% em 2018, depois de uma contração de cerca de 1% em 2016. Espera-se que esta recuperação moderada seja apoiada por aumento da demanda externa e dos preços de produtos primários e alguma flexibilização monetária na América do Sul com a inflação em queda.

42. As economias dos Estados Unidos e do Canadá continuam apresentando características muito diferentes às do resto da Região, já que incluem a maior economia mundial (Estados Unidos) e a décima maior (Canadá). Nos Estados Unidos, o PIB aumentou 1,9% em 2016; no mesmo ano, o Canadá cresceu 2,6%.

*Perspectivas econômicas por sub-região*

43. O PIB da América do Sul contraiu cerca de 2,3% em 2016, em meio a recessões profundas nas economias da Argentina, Brasil, Equador e República Bolivariana da Venezuela. Espera-se que esta sub-região apresente uma leve retomada econômica nos próximos dois anos. O crescimento projetado é de 0,9% em 2017 e 2% em 2018, esperando-se que a Argentina e o Brasil, as maiores economias da sub-região, recuperem-se de suas recessões. Porém, esta recuperação deve ser relativamente modesta, principalmente no Brasil, com o desemprego ascendente, a consolidação fiscal contínua e o endividamento cada vez maior comprometendo a demanda doméstica.

44. No México e na América Central, espera-se que o crescimento médio continue modesto, com previsão de crescimento de 2,3% no PIB em 2017 e 2,2% em 2018, em meio a incerteza significativa. Diante dos preços de petróleo baixos, produção industrial vagarosa nos Estados Unidos e ajustes de política monetária e fiscal, a economia do México cresceu apenas cerca de 2% em 2016. O desempenho relativamente fraco da economia mexicana contrasta com o crescimento robusto de partes da América Central. Costa Rica, Nicarágua e Panamá devem apresentar crescimento do PIB superior a 4% em 2017-2018, graças a grande investimento público, forte consumo privado e indústrias de turismo dinâmicas.

45. No Caribe, a situação e as perspectivas econômicas variam muito entre os países. Espera-se que República Dominicana e Guiana continuem sendo as mais fortes na sub-região. As perspectivas são menos favoráveis para Bahamas, Cuba e Trinidad e Tobago—países com impedimentos estruturais profundamente enraizados e alta vulnerabilidade à conjuntura externa.

46. Embora as economias de América do Norte tenham tido desempenho desigual nos últimos anos, as perspectivas são relativamente positivas para Canadá e EUA. O consumo privado vem sido impulsionado pelo crescimento do emprego, ligeiros aumentos salariais, aumentos dos preços de imóveis e maiores exportações de bens e serviços.

47. O relatório da ONU conclama a uma reorientação de políticas macroeconômicas e de outros tipos para promover de maneira mais eficaz o investimento em capital físico e humano e o fortalecimento de capacidades inovadoras em toda a Região. Há riscos significativos para a conjuntura econômica:

- a) Para a ALC, os principais fatores de risco são uma desaceleração maior do que a esperada na China, a possível adoção de medidas protecionistas pelo novo governo nos Estados Unidos e novas turbulências no mercado financeiro—estas poderiam, por exemplo, ser desencadeadas por um ritmo mais rápido do que o esperado no aumento das taxas de juros nos Estados Unidos.
- b) As perspectivas de crescimento a médio prazo para muitas economias da América Latina e Caribe encontram-se obnubiladas por fraquezas estruturais persistentes, inclusive a alta dependência em produtos primários e o baixo crescimento da produtividade. Um período prolongado de crescimento fraco poderia ameaçar os ganhos sociais da década passada e complicaria o avanço da Região rumo à consecução dos ODS.

### ***Tendências demográficas***

48. A população das Américas cresceu de 886 milhões em 2005 a 992 milhões em 2015, um aumento de 12%, constituindo 13% da população mundial neste ano. A expectativa de vida aumentou 3 anos entre 2000-2005 e 2010-2015 (de 67,1 a 70,5 anos).

49. Em metade dos países na Região, as taxas de fecundidade encontram-se inferiores a 2,1 filhos por mulher. Isso significa que estes países adentraram a fase demográfica de “população sem reposição”, assim como um processo de envelhecimento progressivo. Apesar disto e sem exceção, os países latino-americanos estão em uma situação demográfica vantajosa em termos de desenvolvimento econômico: o chamado “dividendo demográfico”. Em geral, os países da América Latina estão na dita “segunda fase” do dividendo demográfico. Nesta segunda fase (mais favorável), a razão de dependência demográfica do país alcança seu menor nível—menos de duas pessoas dependentes para cada três pessoas ativas—e permanece constante neste nível. Esta fase começou no início do século XXI e deve durar até o final da década 2011-2020. A terceira fase se estenderá até os primeiros anos da década 2041-2050.

50. Até 2015, 26% das crianças (0-14 anos de idade), 17% da população adolescente (15-24 anos) e 14,6% da população mundial maior de 60 anos viviam na ALC. A população maior de 80 anos representava 3,8% na América do Norte e 1,6% na América Latina. Porém, a taxa de gestação na adolescência da ALC é a segunda mais elevada do mundo (66,5 nascidos vivos por 1.000 mulheres de 15-19 anos em 2010-2015).

51. A Região tem a porcentagem mais elevada de urbanização do mundo (81%), e três das seis megalópoles globais (Cidade do México, Nova York e São Paulo).

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

#### *Desigualdades em saúde*

52. Na década passada, a maioria das economias nos países das Américas aumentou em ritmo acelerado, o que permitiu a aproximadamente 70 milhões de pessoas sair da pobreza<sup>13</sup> e, a cerca de 50 milhões, ascender à classe média. Infelizmente, este crescimento não beneficiou a todos na Região, resultando em baixos padrões de vida e baixa disponibilidade de serviços sociais, inclusive saúde e educação, para milhões de pessoas. Isto, por sua vez, reflete-se em grandes variações nos indicadores de saúde, tanto entre os países da Região e dentro de cada país.

53. As variações indicam desigualdades enormes entre os países; os desfechos de saúde refletem fatores como riqueza, educação, localização geográfica, sexo, etnia e idade. Por exemplo, os países com os menores níveis de renda das Américas apresentaram uma taxa de mortalidade infantil (TMI) 4,5 vezes superior à dos países com os níveis mais elevados de renda em 2013, e, em mulheres, um risco de mortalidade materna 5,5 maior nos países com menor escolaridade média do que nos países com a maior escolaridade média. Igualmente, mesmo dentro dos países, as divisões subnacionais no menor quintil de riqueza doméstica apresentaram as taxas mais elevadas de mortalidade infantil (menores de 5 anos), e aquelas com os menores níveis de escolaridade apresentaram um risco de morte prematura até três vezes maior do que naquelas com níveis mais elevados de escolaridade, independentemente de idade ou sexo. Além disso, as taxas de mortalidade infantil em comunidades indígenas foram até duas vezes maiores do que em comunidades não indígenas.<sup>14</sup> Outros exemplos de desigualdades dentro de e entre países:

- a) Os países com as maiores populações rurais ainda enfrentam cobertura de assistência pré-natal inadequada em comparação com os quintis mais urbanizados, com uma brecha absoluta de 11,6 pontos percentuais em 2013.

---

<sup>13</sup> USAID. Extreme Poverty Possibilities. Ending extreme poverty by 2030. Disponível em inglês em: <http://www.usaid.gov/endextremepoverty>.

<sup>14</sup> Montenegro, R.; Stephens, C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet* 2006; 367: 1859-69. Disponível em inglês em: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/articles/lancet\\_montenegro.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/lancet_montenegro.pdf)

- b) Os países com os menores níveis de escolaridade em 2013 tiveram uma brecha absoluto de desigualdade de 16,7 mortes prematuras relacionadas às doenças não transmissíveis (DNTs) por 100.000 habitantes comparados aos países com os maiores níveis de escolaridade.
- c) A incidência de dengue é muito maior em países nos menores quintis de PIB per capita e com os menores níveis de saneamento e educação.
- d) Os países no menor quintil de escolaridade média têm taxas de homicídio significativamente maiores que o resto dos países da Região, e taxas de homicídio em adolescentes maiores que em todos os outros quintis combinados.

54. Em 2014-2015, a capacidade institucional de quantificar e analisar as desigualdades sociais em saúde foi fortalecida em 19 países. Isso inclui a elaboração de perfis de equidade em saúde abordando as dimensões sociais, econômicas e ambientais do desenvolvimento sustentável.

55. Consoante com compromisso dos países aos ODS, é preciso estabelecer prioridades nacionais e metas de desenvolvimento para os próximos anos, em vista das atuais desigualdades em saúde tanto entre os países das Américas e dentro deles. É essencial que essas prioridades e metas reflitam as necessidades das populações mais vulneráveis e sejam baseadas na evidência atual. Para gerar evidência que reflita as atuais desigualdades em saúde tanto entre países e dentro de cada país, é essencial que os países primeiro comecem a colher, analisar e monitorar dados em âmbito subnacional.

#### *Principais causas de mortalidade*

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

- a) Entre 2010 e 2013, as dez principais causas de morte na Região das Américas foram:

**Tabela 2. Principais causas de morte na Região, 2010-2013**

<b>Causas</b>	<b>Mortes</b>	<b>Taxa<sup>15</sup></b>	<b>%</b>
Doença isquêmica crônica do coração	2.792.698	76,4	14,1
Doenças cerebrovasculares	1.423.762	38,9	7,2
Diabetes mellitus	1.098.085	30,0	5,5
Demência e doença de Alzheimer	1.017.617	27,8	5,1
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	1.013.061	27,7	5,1
Neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões	958.356	26,2	4,8

<sup>15</sup> Por 100.000 habitantes.



<b>Causas</b>	<b>Mortes</b>	<b>Taxa<sup>15</sup></b>	<b>%</b>
Gripe e pneumonia	814.175	22,3	4,1
Doenças hipertensivas	700.591	19,2	3,5
Insuficiência cardíaca e complicações de cardiopatias e doenças cardíacas mal definidas	700.421	19,2	3,5
Cirrose e outras doenças do fígado	544.217	14,9	2,7

- b) Por faixa etária, entre 2010 e 2013, as principais causas de morte na Região foram: 10-24 anos, homicídio (20,4 por 100.000 habitantes), acidentes de trânsito (13,4 por 100.000 hab.) e suicídio (5,3 por 100.000 hab.); 25-64 anos, cardiopatia isquêmica (35,9 por 100.000 hab.), diabetes (19,1 por 100.000 hab.) e homicídios (18,3 por 100.000 hab.); maiores de 65 anos, cardiopatia isquêmica (620,6 por 100.000 hab.), doença cerebrovascular (327,5 por 100.000 hab.) e demência e doença de Alzheimer (292,8 por 100.000 hab.).
- c) Entre 2002-2005 e 2010-2013, a razão de mortalidade materna (RMM) diminuiu de 68,4 a 58,2 por 100.000 nascidos vivos (NV), sendo mais elevada na sub-região do Caribe hispânico (192,2 por 100.000 NV) e menor na América do Norte (13,5 por 100.000 NV). Da mortalidade materna total, 66,35% foi devida a causas obstétricas diretas.
- d) A taxa de mortalidade infantil na Região caiu de 17,9 por 1.000 NV a 13,6 por 1.000 NV entre 2002-2005 e 2010-2013, das quais mais de 60% foram mortes neonatais. A principal causa específica de morte neonatal nas Américas foi a insuficiência respiratória no recém-nascido.

### ***Doenças transmissíveis***

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

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

59. Entre o 2011 e 2016, somente cinco países (Brasil, Bolívia, Colômbia, Equador e Peru) notificaram casos de febre amarela. Em dezembro de 2016, foi notificado um surto no Brasil, com 448 casos confirmados e 144 óbitos (letalidade de 32%).

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

#### *HIV e infecções sexualmente transmissíveis*

61. Em 2015, cerca de 2 milhões de pessoas estavam infectadas pelo HIV na ALC, das quais 58% tinham idade igual ou maior a 15 anos. A prevalência calculada da infecção pelo HIV na faixa etária dos 15 aos 49 anos na ALC em 2015 foi de aproximadamente 0,5% (0.4-0.6%), afetando em particular os habitantes do Caribe, onde a prevalência é de 1%. Na América Latina, a epidemia afetou principalmente os homens, que representam 68% dos portadores de HIV, enquanto no Caribe, 52% das pessoas com o HIV são mulheres.

62. A cada ano, cerca de 64 milhões de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis (clamídia, gonorreia, sífilis, e tricomoníase) afetam pessoas na faixa etária dos 15-49 anos. A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é a virose mais comum do aparelho genital. A prevalência calculada do HPV na ALC é 16,1%.

#### *Tuberculose*

63. As taxas de mortalidade por tuberculose caíram de 4,3 por 100.000 a 2,5 por 100.000 habitantes. Porém, a coinfeção pelo HIV permanece um dos grandes fatores de risco para a persistência desta doença e sua mortalidade nas Américas. Em 2015, foram diagnosticados e notificados 218.700 casos de tuberculose (22,1 por 100.000 habitantes). Também em 2015, 4.508 casos de tuberculose multirresistente (TB-RMM) foram notificados na Região.

#### *Doenças transmitidas por vetores*

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

65. Entre 2000 e 2015, o número de casos de malária nas Américas diminuiu 62% (de 1.181.095 para 451.242 casos). No mesmo período, as mortes relacionadas com a malária diminuíram 76% (de 410 para 98 óbitos), das quais 77% foram notificadas por Brasil, Peru e Venezuela. Entre 2014 e 2015, os casos de malária na Venezuela aumentaram 50% (de 90.708 para 136.402 casos).

66. Entre 2011 e 2015, 8.207.797 casos acumulados de dengue foram notificados na Região. Desses casos, 118.837 (1,4%) foram casos de dengue grave, e 5.028 (0,06%) resultaram em óbito.

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

#### *Doenças negligenciadas tropicais e zoonoses*

68. A Região continuou conseguindo avanços na eliminação das doenças infecciosas negligenciadas, comprovando a eliminação da oncocercose em Equador, Guatemala e México e do tracoma no México. Somente um foco de oncocercose (na América do Sul) impede a eliminação desta doença na Região.

69. Dos 21 países onde a doença de Chagas é endêmica, 17 continuaram mantendo a interrupção da transmissão domiciliária pelo vetor principal, indicada por um índice de infestação doméstica igual ou inferior a 1% no país ou nas zonas endêmicas.

70. De 2010 a 2014, o número de novos casos de hanseníase notificados na ALC diminuiu de 37.571 para 33.789. O Brasil representou 91,9% de todos os casos notificados.

71. Em 2015, foram notificados 17 casos de raiva humana, 12 dos quais foram transmitidos por cães.

#### *Doenças imunopreveníveis*

72. Em 2015, a Região interrompeu a transmissão endêmica da rubéola e foi declarada livre de sarampo. De acordo com os dados notificados pelos países em 2015, a cobertura de DPT3 e da terceira dose da vacina contra a pólio em crianças menores de 1 ano na Região das Américas foi de 91% e 92%, respectivamente. Para a vacinação contra sarampo e rubéola em crianças com 1 ano de idade, o índice foi de 93%.

73. Em 2015, dos quase 15.000 municípios na ALC, 8.456 (56%) notificaram cobertura da vacina DPT3 inferior a 95%.

#### *Resistência aos antimicrobianos*

74. Desde 1996, vêm sendo documentadas tendências crescentes na resistência de importantes patógenos humanos aos antimicrobianos. Foi documentada a propagação de mecanismos emergentes de resistência na Região, inclusive organismos resistentes às carbapenemas (do tipo KPC) em quase todos os países latino-americanos, com taxas de mortalidade de até 50% nos surtos em unidades de tratamento intensivo.

## ***Doenças crônicas, saúde mental e fatores de risco para as DNTs***

### *Mortalidade por doenças não transmissíveis (DNTs)*

75. As DNTs causam cerca de 4 de cada 5 mortes nas Américas, e devem tornar-se mais prevalentes nas próximas décadas, em decorrência do crescimento e envelhecimento da população, da urbanização e da exposição a fatores de risco ambientais e de outros tipos. Em 2012, um habitante da Região de 30 anos tinha 15,4% de chances de morrer de qualquer uma das quatro DNTs graves antes de chegar aos 70 anos.

76. Em 2013, a doença cardiovascular (DCV) foi a principal causa de morte na Região, com 1.644.738 óbitos (144,9 por 100.000 hab.), representando 28,8% das mortes por DNTs. No mesmo ano, ocorreram 1.087.047 mortes por câncer na Região (102,4 por 100.000 hab.), representando 19% das mortes devidas a DNTs, e 278.034 mortes diretamente causadas pelo diabetes, o que represente 6,3% das mortes devidas a DNTs.

### *Doença renal crônica*

77. Nas duas últimas décadas, a América Central vem notificando um número cada vez maior de casos de doença renal crônica (DRC) de etiologia não tradicional entre os trabalhadores agrícolas do sexo masculino, associada principalmente ao uso inadequado de agroquímicos e às condições de trabalho, incluindo temperaturas altas e ingestão insuficiente de água. Em El Salvador, a mortalidade aumentou de 18,7 mortes por 100.000 habitantes em 1997 para 47,4 por 100.000 habitantes em 2012, e na Nicarágua, de 23,9 mortes por 100.000 habitantes em 1997 para 36,7 por 100.000 habitantes em 2013.

### *Saúde mental*

78. Transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias são os principais fatores que contribuem para morbidade, incapacidade, lesões, mortalidade precoce e aumento do risco de outros problemas de saúde. A prevalência calculada de tais transtornos em 12 meses varia de 18,7% a 24,2% nas Américas. Especificamente, a prevalência de transtornos de ansiedade varia de 9,3% a 16,1%; a de transtornos afetivos, de 7,0% a 8,7%; e a de transtornos de uso de substâncias, de 3,6% a 5,3%.

### *Principais fatores de risco*

79. No que diz respeito aos principais fatores de risco para DNTs nas Américas, o consumo médio anual de álcool per capita em maiores de 15 anos foi de 8,4 litros.

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

81. Em 2010, aproximadamente 81% dos adolescentes em idade escolar (11 a 17 anos) não eram fisicamente ativos, com as meninas sendo menos ativas que os meninos.

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

83. A taxa de obesidade (IMC >30 kg/m<sup>2</sup>) nas Américas foi mais que o dobro da média global (26,8% x 12,9%), com uma prevalência maior entre as mulheres (29,6%) do que nos homens (24,0%). A prevalência de sobrepeso nas crianças menores de 5 anos de idade foi de 7,2% em 2012.

#### *Lesões devidas a acidentes de trânsito, violência e homicídios*

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

85. Com respeito à violência, a ALC tem 18 dos 20 países com as taxas de homicídio mais elevadas do mundo, relacionadas à atividade de gangues e ao crime organizado. A taxa de homicídio na Região em 2013 foi de 14,6 por 100.000 habitantes. Os homens sofrem níveis maiores de violência letal (26,0 por 100.000 hab.) do que as mulheres (3,1 por 100.000 hab.), sendo que a faixa etária dos 10-29 anos é a mais afetada.

86. Uma proporção significativa das crianças de 0-7 anos sofre abuso físico, sexual ou emocional todos os anos (58% na ALC e 61% na América do Norte).

#### *Sistemas e serviços de saúde*

##### *Acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde*

87. Avanços significativos continuam sendo obtidos rumo à implementação da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde aprovada pelos Estados Membros da OPAS em 2014.<sup>16</sup> No final de 2015, 10 países estavam implementando planos de ação e/ou diretrizes para a saúde universal, 11 países haviam desenvolvido estruturas normativas para a saúde universal e 15 haviam formulado e implementando estruturas financeiras para a saúde universal.

88. Entre 2014 e 2015, os níveis de cobertura pelos serviços de saúde foram elevados em todos os países: 98% no Chile, 95% na Colômbia, 86% nos Estados Unidos, 80% no México e 73% no Peru. Porém, os níveis de cobertura foram menores nos domicílios mais pobres, especialmente nos Estados Unidos, com cobertura 14 pontos percentuais menor nos lares pobres, e no Peru, com uma diferença de 12 pontos percentuais.

---

<sup>16</sup> OPAS. Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. 53º Conselho Diretor, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CD53/5, Rev. 2). Disponível em:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=27418&Itemid=270&lang=pt](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27418&Itemid=270&lang=pt)

### *Qualidade da atenção*

89. Entre 2013 e 2014, mais de 1,2 milhões de mortes poderiam ter sido evitadas na Região se os sistemas de atenção à saúde oferecessem assistência de saúde acessível, e oportuna e de qualidade. Ao fim de 2015, 12 países haviam implementado estratégias e/ou planos nacionais para melhorar a qualidade da atenção e a segurança dos pacientes, e 23 países haviam implementado a estratégia das redes integradas de serviços de saúde.

### *Investimento e gasto em saúde*

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

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

92. O gasto por conta própria como porcentagem do gasto total em saúde na ALC diminuiu de 47% em 2010 para 33,1% em 2014.

### *Serviços de saúde preventivos*

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

### *Saúde reprodutiva*

94. Em 2015, a maioria dos países na Região havia alcançado cobertura universal (100%) ou quase universal ( $\geq 93\%$ ) para intervenções essenciais de saúde materna e reprodutiva, apesar de brechas importantes entre os países mais ricos e os mais pobres. A cobertura de parteiros capacitados variou de 100% (ou cerca de 100%) na maioria dos países a um mínimo de 50% no Haiti, seguido da Guatemala (67%) e Bolívia (74%).

### *Política farmacêutica, capacidade regulatória e uso de medicamentos*

95. Em 2014, apenas 13 de 28 países possuíam uma política farmacêutica nacional (46%), enquanto 18 dos 35 países da Região possuíam uma política nacional para sangue

(51%). No final de 2015, 10 países haviam elaborado planos de desenvolvimento institucionais para os medicamentos. Além disso, em colaboração com o Conselho para o Desenvolvimento Humano e Social (COHSOD), as políticas farmacêuticas no Caribe foram fortalecidas. Negociações de preço para medicamentos de alto custo resultaram em reduções significativas do preço de medicamentos para de HIV/AIDS e hepatite C.

#### *Recursos humanos em saúde*

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

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

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

#### *Sistemas de informação em saúde e pesquisa em saúde*

98. A Região conseguiu avanços notáveis no fortalecimento dos sistemas de informação em saúde, adoção de novas tecnologias e estratégias para pesquisa e coleta de evidências e incorporação da ética na pesquisa em saúde. Os países reconheceram a centralidade dos sistemas de informação para a saúde e estão trabalhando para fortalecer ainda mais suas capacidades nesta área, para apoiar melhor a formulação de políticas bem informadas e a tomada de decisão rumo à saúde universal e à implementação dos compromissos dos ODS.

#### *Capacidade de resposta a emergências e desastres*

99. Na Região das Américas, entre 2010 e 2016, ocorreram 803 desastres (21% de todos os desastres no mundo), com 861.232 feridos e 146.578 mortos. O custo econômico desses desastres foi calculado em \$361 bilhões, o que representa 35,5% do custo total de danos decorrentes de desastres no mundo. Os terremotos registrados em 2010 no Haiti e no Chile e em 2016 no Equador causaram danos consideráveis ao setor da saúde.

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

## V. OBJETIVOS E METAS

101. A ASSA 2030 estabelece os seguintes objetivos e metas inter-relacionados para alcançar sua visão do melhor estado de saúde que seja possível atingir, com equidade e bem-estar para todas as pessoas na Região, nos próximos 13 anos. Esses objetivos são compatíveis com os princípios, a visão e a finalidade da Agenda.

- Objetivo 1: Ampliar o acesso equitativo a serviços de saúde integrais, integrados, de qualidade, centrado nas pessoas, na família e na comunidade, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças.
- Objetivo 2: Fortalecer a zeladoria e governança da autoridade sanitária nacional, enquanto se promove a participação social.
- Objetivo 3: Fortalecer a gestão e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde (RHS)<sup>17</sup> com habilidades que facilitem um enfoque integral à saúde.
- Objetivo 4: Conseguir financiamento para a saúde adequado e sustentável, com equidade e eficiência, e assegurar proteção contra riscos financeiros para todas as pessoas e famílias.<sup>18</sup>
- Objetivo 5: Garantir o acesso aos medicamentos e vacinas essenciais e a outras tecnologias em saúde.
- Objetivo 6: Fortalecer os sistemas de informação em saúde para apoiar a formulação de políticas e a tomada de decisão baseadas em evidências.
- Objetivo 7: Desenvolver capacidade de geração, transferência e uso do conhecimento e tecnologia na saúde, promovendo a pesquisa e a inovação.
- Objetivo 8: Fortalecer as capacidades nacionais e regionais de prontidão, prevenção, detecção, vigilância e resposta a surtos de doenças, emergências de saúde e desastres.
- Objetivo 9: Reduzir a morbimortalidade e a incapacidade decorrentes de doenças não transmissíveis, lesões, violência e transtornos de saúde mental.
- Objetivo 10: Reduzir o ônus das doenças transmissíveis e eliminar as doenças negligenciadas.
- Objetivo 11: Reduzir a desigualdade e a iniquidade na saúde mediante abordagens intersetoriais, multissetoriais, regionais e sub-regionais aos determinantes sociais e ambientais da saúde.

<sup>17</sup> Inclusive a gestão de talentos em RHS.

<sup>18</sup> Este objetivo se alinha com o ODS 3.8 e com uma das linhas estratégicas da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (CD53/5, Rev. 2 [2014]): *Aumento e melhoria do financiamento, com equidade e eficiência, e o avanço para a eliminação do pagamento direto, que se transforma em barreira ao acesso no momento da prestação de serviços.*



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

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

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

**Tabela 3. ASSA 2030: Objetivos, Alcances e Metas**

<p><b>Objetivo 1: Ampliar o acesso equitativo a serviços de saúde integrais, integrados, de qualidade, centrados nas pessoas, na família e na comunidade, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças</b></p>
<p><b>Alcance:</b> Consoante com o compromisso dos Estados Membros ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde, o alcance deste objetivo requer fortalecimento ou transformação da organização e gestão dos serviços de saúde mediante desenvolvimento de modelos de atenção centrados na pessoa, na família e na comunidade, considerando o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• implementação de estratégias para acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde;</li> <li>• prestação de serviços de saúde integrais segundo o perfil demográfico, epidemiológico e cultural da população, com a devida atenção às necessidades diferenciadas e não atendidas de todas as pessoas e às necessidades específicas de grupos em situação de vulnerabilidade;</li> <li>• implementação de modelos de atenção, inclusive organização e gestão de serviços de saúde, por nível de complexidade e com base na necessidade da população, mediante aumento da resolutividade da atenção primária e redes integradas de serviços de saúde;</li> <li>• garantia da qualidade de atenção e melhor desempenho dos serviços de saúde (por exemplo, redução de tempos de espera);</li> <li>• promoção da saúde e do bem-estar ao longo do ciclo da vida para prevenir doenças e reduzir mortalidade, incapacidade e morbidade;</li> <li>• autonomização das pessoas e comunidades para que possam tomar decisões fundamentadas.</li> </ul>

**Metas para 2030:**

- a) A Região reduzirá em pelo menos 50% a taxa regional de mortalidade sensível à atenção em saúde adequada (atualizada da meta de impacto 4.1 do Plano Estratégico da OPAS).<sup>19</sup>
- b) A Região reduzirá a razão de mortalidade materna (MMR) a menos de 27 por 100.000 nascidos vivos em todos os grupos populacionais com maior risco de óbito materno (incluindo adolescentes, mulheres em idade avançada, indígenas, afrodescendentes, ciganas e mulheres em zonas rurais) (meta adaptada do ODS 3.1).
- c) A Região reduzirá a mortalidade neonatal a menos de 10 por 1.000 nascidos vivos em todos os grupos populacionais, inclusive os que apresentam maior risco (tais como indígenas, afrodescendentes, ciganos e população rural); e a mortalidade em crianças menores de 5 anos a menos de 14 por 1.000 nascidos vivos (meta adaptada de ODS 3.2).
- d) Todos os países aumentarão a resolutividade da atenção primária, representado por uma redução de 15% no número de hospitalizações que poderiam ser prevenidas com atenção ambulatorial de qualidade (resultado atualizado do Plano Estratégico da OPAS 4.2).
- e) Todos os países terão organizado seus serviços de saúde em redes integradas de serviços de saúde, com alta resolutividade na atenção primária (resultado atualizado do Plano Estratégico da OPAS 4.2).

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

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

- liderança da autoridade sanitária nacional na formulação, monitoramento e avaliação de políticas, planos e programas, com mecanismos que facilitem a participação social e a prestação de contas;
- marcos jurídicos e regulatórios nacionais compatíveis com o compromisso dos países com o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde;
- competências e capacidades para a regulamentação das funções de prestação de serviços e financiamento do sistema de saúde;
- mecanismos para coordenação com outros setores (público, seguro social, privado, não governamental) e unidades geográficas (subnacionais, estado, província, município);
- gestão integral da cooperação internacional.

**Meta para 2030:**

- a) Todos os países terão alcançado o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde (meta adaptada do ODS 3.8).
- b) Todos os países realizarão as funções essenciais da saúde pública segundo normas estabelecidas (Marco das Funções Essenciais da Saúde Pública da OPAS).<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Usado como indicador tanto de qualidade como de resultados intermediários para o sistema de saúde.

<sup>20</sup> Observação: O Marco das Funções Essenciais da Saúde Pública da OPAS está sendo atualizado. Novas

- c) Todos os países terão sistemas de prestação de contas que incluem estruturas de governança, regras e processos para organização do setor de saúde e mecanismos para supervisão, monitoramento e avaliação independente (Fonte a ser confirmada).
- d) Todos os países terão mecanismos para a regulamentação da prestação de serviços de saúde e das funções de financiamento do sistema de saúde (Fonte a ser confirmada).
- e) Todos os países terão mecanismos formais que permitem a participação de cidadãos na formulação de políticas de saúde (adaptado da Estratégia para Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde e do Plano de Ação para Saúde em Todas as Políticas da OPAS).

**Objetivo 3: Fortalecer a gestão e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde (RHS) com habilidades que facilitem um enfoque integral à saúde**

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

- políticas amplas de RHS que incluam seleção, capacitação, retenção e utilização de profissionais da área da saúde;
- melhoria das condições de emprego, inclusive financiamento e remuneração adequada;
- sistemas robustos de informação em RHS para subsidiar o planejamento, levando em consideração a abordagem de sistemas de saúde e possíveis cenários de mudança, modelos e projeções, e monitoramento de desempenho;
- parceria com o setor de educação nos níveis mais elevados para fortalecer a governança no planejamento e regulamentação da educação em saúde;
- políticas para mobilidade e migração de profissionais da área da saúde.

**Metas para 2030:**

- a) Todos os países terão disponibilidade adequada de força de trabalho em saúde<sup>21</sup> (44,5 profissionais de saúde por 10.000 habitantes) capacitada, culturalmente apropriada, bem regulamentada e bem distribuída (adaptação da meta do ODS 3.c e resultado 4.5 do Plano Estratégico da OPAS).
- b) Todos os países possuirão políticas de RHS e mecanismos de coordenação e colaboração intersetorial entre saúde, educação e outros setores para abordar as necessidades do sistema de saúde (Estratégia de Recursos Humanos para Acesso Universal à Saúde da OPAS, proposta).

medidas e normas serão divulgados assim que o marco atualizado for disponibilizado.

<sup>21</sup> A OMS define os profissionais de saúde como todos aqueles “empenhados em ações cuja intenção primária é a saúde” e colhe dados com base na Classificação Internacional Uniforme de Ocupações, que exclui alguns quadros menos capacitados (por exemplo, cuidadores de idosos).

- c) Todos os países regulamentarão a qualidade da educação profissionalizante em saúde através de sistemas de avaliação e credenciamento das instituições de ensino e programas de graduação<sup>22</sup> (Estratégia de Recursos Humanos para Acesso Universal à Saúde da OPAS, proposta).

**Objetivo 4: Conseguir financiamento para a saúde adequado e sustentável, com equidade e eficiência, e assegurar proteção contra riscos financeiros para todas as pessoas e famílias<sup>23</sup>**

**Alcance:** Esta meta visa aumentar e melhorar o financiamento da saúde com equidade e eficiência, como condição necessária para avançar rumo à saúde universal, abordando o seguinte:

- financiamento para acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde;
- aumento do gasto público em saúde;
- eliminação dos pagamentos diretos, que constituem uma barreira ao acesso no momento da prestação de serviços;
- proteção contra riscos financeiros devidos a eventos de saúde catastróficos;
- regulamentação e supervisão dos organismos que administram recursos de saúde;
- organização eficiente dos sistemas de saúde;
- investimento em saúde (infraestrutura, equipamento, capacitação de pessoal), priorizando a atenção primária;
- agrupamento (*pooling*) solidário de recursos;
- desenvolvimento de sistemas de compra e pagamento aos fornecedores que promovam eficiência e equidade na alocação de recursos estratégicos.

**Metas para 2030:**

- a) Todos os países reduzirão o gasto por conta própria com saúde pela metade (adaptado da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde da OPAS).
- b) Todos os países terão um gasto público em saúde correspondente a pelo menos 6% do PIB<sup>24</sup> (versão reformulada do resultado intermediário 4.1 do Plano Estratégico da OPAS).
- c) Todos os países terão implantado políticas e/ou estratégias para reduzir a segmentação do sistema de financiamento sanitário (Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde da OPAS).
- d) Todos os países terão implantado políticas e/ou estratégias para desenvolver sistemas da compra e pagamento aos fornecedores que promovam eficiência e equidade na alocação dos recursos estratégicos (Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde da OPAS).

<sup>22</sup> As normas para tal devem priorizar o conhecimento técnico e científico, além de critérios de competência social dos graduandos e o desenvolvimento de programas de aprendizagem contextualizada.

<sup>23</sup> Este objetivo se alinha com o ODS 3.8 e com uma das linhas estratégicas da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (CD53/5, Rev. 2 [2014]): *Aumento e melhoria do financiamento, com equidade e eficiência, e o avanço para a eliminação do pagamento direto, que se transforma em barreira ao acesso no momento da prestação de serviços.*

<sup>24</sup> Um gasto público em saúde equivalente a 6% do PIB é um indicador útil e representa uma condição necessária, porém não suficiente, para reduzir as disparidades e aumentar a proteção financeira.

**Objetivo 5: Garantir o acesso aos medicamentos e vacinas essenciais e a outras tecnologias em saúde**

**Alcance:** A consecução desta meta tem como requisito o acesso equitativo aos medicamentos, vacinas e outras tecnologias em saúde, o que é essencial para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. A disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e razoabilidade de preço dessas tecnologias em saúde e seu uso racional requerem o seguinte:

- melhor acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde seguros, efetivos, eficientes, de qualidade e com boa relação custo-benefício;
- lista nacional de medicamentos essenciais e tecnologias em saúde prioritárias;
- programa nacional de vacinação;
- compras públicas de medicamentos e vacinas de alto custo;
- transparência de preço e mercado e promoção de um ambiente competitivo e práticas de compras eficazes, inclusive a otimização de mecanismos e fundos regionais;
- avaliação de tecnologia em saúde e gestão de tecnologia em saúde;
- desenvolvimento de medicamentos inovadores conforme necessidades de saúde pública.

**Metas para 2030:**

- a) Todos os países garantirão o acesso a medicamentos da lista de medicamentos essenciais nacional e a tecnologias em saúde prioritárias sem nenhum pagamento no momento da atenção/serviço/dispensação (versão reformulada do resultado intermediário 4.3 do Plano Estratégico da OPAS).
- b) Todos os países atingirão cobertura vacinal de 95% mediante programas nacionais de vacinação (versão reformulada do resultado intermediário 1.5 do Plano Estratégico da OPAS).
- c) Todos os países contarão com autoridades reguladoras nacionais com capacidade de nível 3 conforme a ferramenta global de avaliação comparativa.<sup>25</sup>
- d) Todos os países aplicarão metodologias de avaliação de tecnologia em saúde para seleção e incorporação de tais tecnologias aos seus sistemas de saúde (Resolução CSP28.R9 [2012]).
- e) Todos os países aplicarão requisitos de segurança radiológica no setor da saúde com base nas normas básicas internacionais de segurança (NBIS) (Resolução CSP28.R15 [2012]).
- f) Todos os países assegurarão autossuficiência no suprimento de sangue e hemocomponentes sem riscos mediante 100% de doações voluntárias não remuneradas (Resolução CD53.R6 [2014]).

<sup>25</sup> Autoridade reguladora nacional competente e eficiente, que melhorará o desempenho de certas funções regulatórias recomendadas pela OPAS/OMS de modo a garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.

[http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1615%3A2009-sistema-evaluacion-autoridades-reguladoras-nacionales-medicamentos&catid=1267%3Aquality-drug-regulation&Itemid=1179&lang=en](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1615%3A2009-sistema-evaluacion-autoridades-reguladoras-nacionales-medicamentos&catid=1267%3Aquality-drug-regulation&Itemid=1179&lang=en)

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

**Alcance:** Esta meta visa melhorar os Sistemas de Informação para a Saúde (IS4H),<sup>26</sup> que são essenciais para melhorar a formulação de políticas e tomada de decisão em saúde, assim como para a medição e monitoramento das desigualdades em saúde na população e para o avanço rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde. Sistemas de informação robustos e integrais também são essenciais para fortalecer a liderança e o papel gestor dos Ministérios da Saúde. Os elementos chave para tal incluem:

- avaliação da condição dos IS4H de cada país, como primeiro passo para identificar lacunas e necessidades;
- gestão de dados e governança;
- tecnologias de informação e comunicação (TIC);
- gestão do conhecimento para saúde;
- capacitação nacional para RH e infraestrutura para gestão e análise de dados;
- Sistemas de Informação para a Saúde interoperáveis em âmbito nacional.

**Metas para 2030:**

- a) Todos os países possuirão uma política nacional para sistemas de informação para a saúde interoperáveis que geram, identificam, coletam, processam, armazenam e disponibilizam publicamente dados gratuitos e de qualidade e informação estratégica para melhorar a formulação de políticas e a tomada de decisão em saúde pública (combinação do ODS 17.18 e da Estratégia de Sistemas de Informação para a Saúde da OPAS, proposta).<sup>27</sup>
- b) Todos os países contarão com sistemas de informação interoperáveis para medir e monitorar o desempenho dos sistemas e serviços de saúde e o avanço rumo aos objetivos de saúde nacionais, regionais e globais (incluindo ODS relacionados à saúde e redução de desigualdades em saúde) (Estratégia de Sistemas de Informação para a Saúde da OPAS, proposta).

<sup>26</sup> A iniciativa Sistemas de informação para a Saúde (sigla em inglês: IS4H) é um esforço integrado para a convergência de sistemas interconectados e interoperáveis, dados (incluindo de saúde e estatísticas vitais), informação, conhecimento, processos, padrões, pessoas e instituições, apoiadas por tecnologias de informação e comunicação que interagem para (ou ajudam) a gerar, identificar, coletar, processar, armazenar, e disponibilizar publicamente dados de alta qualidade e informações estratégicas para melhorar os processos de formulação de políticas e tomada de decisão em sistemas de saúde pública.

<sup>27</sup> Em desenvolvimento pela RSPA.

### **Objetivo 7: Desenvolver capacidade de geração, transferência e uso do conhecimento e tecnologia na saúde, promovendo a pesquisa e a inovação**

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

- governança em pesquisa, inclusive políticas, agendas, e sistemas nacionais de pesquisa em saúde;
- pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde para facilitar o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, ampliando a cobertura de ferramentas existentes e contribuindo para o crescimento econômico;
- capacidades institucionais de pesquisa em saúde pública;
- promoção da difusão e tradução de conhecimento;
- capacitação de recursos humanos para pesquisa e inovação em saúde;
- intercâmbio de conhecimento, comunidades de prática e redes;
- governança em inovação e saúde digital.

#### **Metas para 2030:**

- a) Todos os países possuirão políticas de pesquisa em saúde e alocam 2% do orçamento de saúde para a pesquisa em saúde pública, vinculada a suas políticas nacionais de saúde (adaptado da Política de Pesquisa de OPAS).
- b) Todos os países terão capacidade institucional, infraestrutura, tecnologia e recursos humanos capacitados para pesquisa em saúde pública e sua difusão, de acordo com a política nacional de saúde (adaptado da Política de Pesquisa de OPAS).
- c) Todos os países terão implementado políticas ou planos de saúde digital (ciber saúde) (Fonte a ser confirmada).

### **Objetivo 8: Fortalecer as capacidades nacionais e regionais de prontidão, prevenção, detecção, vigilância e resposta a surtos de doenças, emergências de saúde e desastres**

**Alcance:** Este objetivo busca reduzir a morbimortalidade e a interrupção social decorrentes das emergências e desastres, mediante detecção, gestão e mitigação de agentes patogênicos de alta periculosidade, junto com redução de todos os riscos, prontidão, resposta, e recuperação precoce. O setor da saúde deve ser conduzido pelo país e ter capacidade adequada e sustentável para assegurar resiliência suficiente para proteger o bem-estar físico, mental e social de suas comunidades e recuperar-se rapidamente de todos os tipos de surtos, emergências e desastres. Os fatores seguintes são essenciais para atingir isso:

- aumento da resiliência e aplicação de um enfoque multissetorial para contribuir à segurança sanitária e enfrentar a mudança climática;
- avaliação e construção de capacidades centrais críticas conforme o Regulamento Sanitário Internacional (RSI);



- estratégias de prevenção, alerta e controle de riscos infecciosos de alta periculosidade;
- capacidade nacional, sub-regional e regional de resposta a desastres e emergências causados por qualquer risco;
- prontidão para situações de emergência e redução de risco de desastres;
- fortalecimento do setor da saúde em países altamente vulneráveis a emergências e desastres;
- resposta oportuna e apropriada a emergências de saúde.

**Metas para 2030:**

- a) Todos os países reduzirão a morbimortalidade, a incapacidade e o número de pessoas afetadas por emergências e desastres, com ênfase na proteção dos mais pobres e vulneráveis (combinação do ODS 11.5 e da meta de impacto 9 do Plano Estratégico da OPAS).
- b) Todos os países fortalecerão a resiliência e adaptabilidade de seu setor da saúde frente a riscos climáticos e de outros tipos, mediante reforço das funções essenciais de saúde pública (meta do ODS 13.1).
- c) Todos os países atenderão e manterão as capacidades centrais do RSI (versão reformulada do resultado intermediário 5.2 do Plano Estratégico da OPAS).
- d) Todos os países terão capacidade crítica implantada para responder a qualquer tipo de emergência ou desastre (sistemas de alerta precoce, Centros de Operações de Emergência, comunicação de riscos e hospitais seguros) (versão reformulada do resultado intermediário 5.2 do Plano Estratégico da OPAS).

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

**Alcance:** Esta meta procura reduzir o ônus das doenças não transmissíveis (DNTs), inclusive as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas, o diabetes e os transtornos de saúde mental, assim como a incapacidade, a violência e as lesões. Isto pode ser conseguido através da promoção da saúde e redução de risco e da prevenção, tratamento e monitoramento de DNTs e seus fatores de risco, com ênfase nos seguintes:

- doença cardiovascular, câncer, diabetes, doença pulmonar e doença renal crônica;
- tabagismo, alcoolismo, dieta insalubre, consumo de sal, sedentarismo e obesidade;
- incapacidade e reabilitação;
- lesões causadas por acidentes de trânsito;
- violência;
- transtornos de saúde mental e uso de substâncias psicoativas;
- nutrição.

**Metas para 2030:**

- a) A Região reduzirá a mortalidade precoce por doenças não transmissíveis em um terço através de prevenção e tratamento e ao promover saúde mental e bem-estar (meta do ODS 3.4).
- b) Todos os países aplicarão a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT) de acordo com seus contextos nacionais (meta adaptada do ODS 3.a).



- c) Todos os países atingirão o acesso equitativo a serviços financeiramente acessíveis de habilitação/reabilitação, inclusive tecnologia assistiva, serviços de assistência e apoio e reabilitação na comunidade para todos que deles necessitam (adaptado do Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação 2014-2019 da OPAS).
- d) Todos os países reduzirão significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em 5% (meta do ODS 16.1).
- e) A Região reduzirão em dois terços o número de mortes causadas por acidentes de trânsito (meta adaptada do ODS 3.6).
- f) A Região aumentará significativamente o acesso universal aos serviços de saúde mental, inclusive a promoção de bem-estar emocional e suas condições favoráveis, prevenção de problemas psicossociais e transtornos mentais e recuperação mental, em todas as etapas da vida, com um enfoque de gênero, intercultural e centrado na comunidade, através da integração da assistência em saúde mental à atenção primária (adaptado do Plano de Ação para Saúde mental da OPAS).
- g) Todos os países eliminarão todas as formas de desnutrição, inclusive atingindo até 2025 as metas internacionalmente concordadas para baixa estatura e desnutrição energético-proteica em crianças menores de 5 anos, e interrompendo até 2020 o aumento da diabetes e obesidade em todas as faixas etárias (adaptado da meta do ODS 2.2 e da meta 7 do Plano de Ação Global em DNTs).

#### **Objetivo 10: Reduzir o ônus das doenças transmissíveis e eliminar as doenças negligenciadas**

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

- HIV/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis;
- hepatites virais;
- tuberculose;
- doenças transmitidas por vetores (malária, dengue, zika, chikungunya, Chagas);
- doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas;
- doenças imunopreveníveis;
- vigilância da resistência aos antimicrobianos;
- riscos à inocuidade dos alimentos (biológicos e químicos).

**Metas para 2030:**

- a) Todos os países acabarão com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combatem a hepatite, as doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis (meta do ODS 3.3)
- b) Todos os países interromperão a transmissão da hepatite viral e estão acelerando a redução de infecções crônicas e mortes por hepatite, para acabar com a hepatite viral como grande ameaça de saúde pública na Região das Américas (adaptado da Estratégia Global do Setor da Saúde da OMS sobre as hepatites virais 2016-2021).
- c) A Região eliminará a tuberculose (adaptado do Plano de Ação para a Prevenção e Controle da Tuberculose da OPAS).
- d) A Região eliminará a transmissão local da malária entre Estados Membros e prevenirá o possível restabelecimento da doença (adaptado do Plano de Ação para Eliminação da Malária 2016-2020 da OPAS).
- e) Todos os países eliminarão as doenças infecciosas negligenciadas como problemas de saúde pública (adaptado do Plano de Ação para a Eliminação de Doenças Infecciosas Negligenciadas e Ações de Pós-eliminação 2016-2022 da OPAS).
- f) Todos os países terão a capacidade de tratar e prevenir doenças infecciosas, inclusive mediante uso responsável e racional de medicamentos seguros, eficazes, acessíveis e com qualidade garantida (adaptado do Plano de Ação para a Resistência Antimicrobiana da OPAS).
- g) Todos os países terão a capacidade de mitigar os riscos à inocuidade dos alimentos (meta do ODS 1.7).

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

**Alcance:** Esta meta é essencial para abordar as desigualdades em saúde que persistem na Região. Consoante aos princípios desta Agenda e da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável de não deixar ninguém para trás, esta meta reúne estratégias multissetoriais para redução das iniquidades em saúde, abordando questões de gênero, etnia e de direitos humanos, para promover a saúde e bem-estar através de ação dirigida aos determinantes sociais e ambientais da saúde, inclusive proteção social. Os seguintes fatores são essenciais neste sentido:

- fortalecimento da capacidade dos países para medir, monitorar e analisar as desigualdades em saúde;
- implementação da Estratégia de Saúde em Todas as Políticas para garantir ação intersetorial que aborde os determinantes sociais e ambientais da saúde;
- promoção de ambientes saudáveis para melhorar a saúde e bem-estar e reduzir as mortes preveníveis e o ônus da doença ao longo do ciclo da vida.

**Metas para 2030:**

- a) Todos os países demonstrarão uma redução acentuada da brecha da iniquidade em saúde, mensurada por quaisquer uma das seguintes variáveis de estratificação de equidade: local de residência (rural/urbana), raça ou etnia, ocupação, sexo, escolaridade e condição socioeconômica, usando medidas simples de desigualdade, inclusive brecha absoluta e relativa (Manual de Monitoramento de Desigualdades em Saúde da OMS).
- b) Todos os países reduzirão substancialmente o número de mortes e doenças causadas por produtos químicos perigosos e pela poluição do ar, da água e do solo (meta do ODS 3.9).
- c) Todos os países reduzirão significativamente as desigualdades na qualidade da água e saneamento mediante avanços no acesso a serviços de água e saneamento básico gerenciados com segurança (metas do ODS 6.1 e 6.2).
- d) Todos os países possuirão políticas que incorporam a migração e a mobilidade ordenada e segura das pessoas (meta do ODS 10.7).
- e) Todos os países protegerão os direitos trabalhistas e promovem ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores, incluindo os trabalhadores migrantes, em particular as mulheres migrantes, e pessoas em empregos precários (meta do ODS 8.8).

## VI. IMPLEMENTAÇÃO, MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E NOTIFICAÇÃO

105. De acordo com os compromissos declarados anteriormente, os Estados Membros se comprometem a implementar e prestar contas sobre esta Agenda. Essas tarefas serão realizadas mediante esforços de colaboração com a Repartição Sanitária Pan-Americana e outros parceiros em âmbito nacional, sub-regional e regional.

### Implementação

106. A ASSA 2030 terá os Planos Estratégicos da OPAS, assim como planos sub-regionais e nacionais, como os principais meios para sua implementação, monitoramento e avaliação. Ao mesmo tempo, os vários atores da saúde devem se esforçar para alcançar seus objetivos e metas ambiciosos. A seguinte matriz ilustra os principais atores, parceiros e mecanismos de colaboração nos diferentes níveis:

Nível	Parceiros em saúde	Meios principais para colaboração
Nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministério da Saúde (apoiado pela representação da OPAS)</li> <li>Ministérios de setores contribuintes (educação, meio ambiente, agricultura, etc.)</li> <li>ONGs nacionais e organizações da sociedade civil</li> <li>Organismos internacionais de cooperação</li> <li>Comunidade acadêmica</li> <li>Setor privado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mecanismos nacionais e estaduais de coordenação</li> </ul>
Sub-regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mecanismos sub-regionais de integração (por exemplo, CARICOM, SICA, UNASUL) e, conforme seja o caso, suas agências de saúde (por exemplo, Agência de Saúde Pública do Caribe, ISAAGS, COMISCA)</li> <li>Mecanismos sub-regionais para setores contribuintes (como RIMSA e FOCARD)</li> <li>Escritórios Sub-regionais da OPAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniões sub-regionais de integração e fóruns relacionados</li> </ul>
Regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministérios da Saúde, Epidemiologia, Estatísticas, e Planejamento, e Redes de Relações Internacionais em Saúde</li> <li>Órgãos Diretores e Centros de Referência da OPAS</li> <li>Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a América Latina e Caribe (ALC de GNUD)</li> <li>Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)</li> <li>Organização dos Estados Americanos (OEA)</li> <li>Banco Mundial ALC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cúpula das Américas e outras reuniões da OEA e conferências relevantes</li> <li>Reuniões dos Órgãos Diretores da OPAS</li> <li>Fórum dos Países da América Latina e Caribe em Desenvolvimento Sustentável (CEPAL)</li> <li>Reuniões do GNUD ALC (PNUD)</li> <li>Outros fóruns de</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)</li> <li>• Organismos internacionais bilaterais (ACDI do Canadá, USAID, SEGIB, etc.)</li> </ul>	desenvolvimento regional relevantes com impacto na saúde
--	--	--

107. A implantação da ASSA 2030 em âmbito sub-regional e nacional requer compromisso político dos órgãos diretores sub-regionais e das autoridades sanitárias dos Estados Membros, que devem refletir isto em seus planos sub-regionais e nacionais, além do apoio da OPAS através de ajustes das Estratégias de Cooperação nos Países e planos sub-regionais. Além disso, grandes parceiros nacionais e internacionais trabalhando para o desenvolvimento da saúde devem considerar as metas e objetivos delineados nesta Agenda quando estiverem elaborando seus próprios planos estratégicos e operacionais.

108. Os países das Américas concordam com vários **enfoques estratégicos** chave para a implementação desta agenda. Esses enfoques são:

- a) **Responsabilidade nacional pelos resultados.** Os Ministérios da Saúde conduzirão o processo para determinar metas e objetivos nacionais que contribuirão para o cumprimento coletivo regional da Agenda. Os ministérios também trabalharão para traçar o perfil das prioridades de saúde estabelecidas nesta Agenda e seus planos nacionais de saúde, promovendo ação pelo Executivo e através do Legislativo.
- b) **Promoção de causa e coordenação multissetorial.** Os Ministros da Saúde das Américas reconhecem que, como no caso dos ODS, atingir as metas desta Agenda exigirá ação concertada muito além do setor da saúde. Portanto, se comprometem a trabalhar com todos os setores relevantes para o desenvolvimento social, em âmbito nacional e internacional. Esta função de promoção de causa inclui não somente abordar os determinantes socioeconômicos da saúde, como também demonstrar a outros setores as vantagens que o desenvolvimento da saúde traz a eles, inclusive graças à maior produtividade econômica e menor gasto em tratamento. As lições aprendidas do enfoque de saúde em todas as políticas e da defesa dos determinantes da saúde podem fornecer insights valiosos para países que buscam o sucesso através do trabalho multissetorial.
- c) **Coordenação e cooperação interinstitucional em âmbito nacional.** A situação varia bastante entre os países das Américas, mas aqueles que recebem apoio internacional significativo têm mecanismos de coordenação que reúnem todos os organismos internacionais de desenvolvimento e, com frequência, aqueles que trabalham no desenvolvimento em saúde também. É essencial que as autoridades nacionais conduzam esses mecanismos.
- d) **Cooperação Sul-Sul para o desenvolvimento da saúde.** Todos os países das Américas têm conhecimento e perícia que valem a pena ser compartilhados, e todos os países beneficiam da ajuda dos seus pares. Com apoio da RSPA, as autoridades sanitárias das Américas aproveitarão esta oportunidade conforme buscam maneiras inovadoras de melhorar a saúde das suas populações.

- e) **Coordenação interinstitucional regional.** A OPAS coordenará ativamente com o Fórum dos Países da América Latina e Caribe para o Desenvolvimento Sustentável,<sup>28</sup> um mecanismo regional para monitorar a implantação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, inclusive os ODS, seus meios de implementação e a Agenda de Ação de Addis Abeba sobre financiamento do desenvolvimento, para contribuir informação de saúde regional relevante para o monitoramento e avaliação da Agenda 2030.
- f) **Comunicação estratégica.** Assegurar a adoção e implantação desta Agenda exigirá comunicação ativa pelas autoridades nacionais, apoiadas pela RSPA. Estratégias de comunicação coerentes no âmbito nacional, sub-regional e regional, para cada uma dessas metas, ajudarão a promover a Agenda em geral ao vincular a política pública com avanços de saúde específicos, documentando o progresso em cada passo, e comunicando a função essencial e os benefícios específicos da Agenda para conseguirmos o melhor estado de saúde que seja possível atingir e bem-estar para todas as pessoas das Américas.

### **Monitoramento, avaliação e notificação**

109. O compromisso dos Estados Membros, da OPAS e dos parceiros contribuintes é fundamental para a responsabilização pela implantação desta Agenda. Isto exige desenvolvimento ou fortalecimento de mecanismos para monitoramento e avaliação conjuntos.

110. Os objetivos e metas definidos na ASSA 2030 serão parte integrante do planejamento de saúde em âmbito regional, sub-regional e nacional e guiarão o estabelecimento de indicadores específicos que servirão como referência para o monitoramento e avaliação do progresso em direção às metas da ASSA 2030.

111. Para a OPAS, as metas guiarão o desenvolvimento de indicadores nos Planos Estratégicos da OPAS para 2020-2025 e 2026-2031, estratégias e planos de ação regionais e Estratégias de Cooperação nos Países desenvolvidas de 2018 a 2030.

112. No âmbito regional, haverá monitoramento, avaliação e notificação coordenados das metas da ASSA 2030 via mecanismos estabelecidos pela ASSA 2030 e nos Planos Estratégicos e Programas e Orçamentos da OPAS. Além disso, monitoramento, avaliação e notificação serão vinculados à revisão e análise periódica realizada como parte do processo Saúde nas Américas e aos requisitos globais de monitoramento dos ODS.

113. O monitoramento e a avaliação da ASSA 2030 serão harmonizados com os mecanismos de monitoramento e notificação existentes. Serão empreendidos esforços para fortalecer e integrar os sistemas de informação para facilitar a medição e o monitoramento das metas da ASSA 2030, junto com outros indicadores de saúde. A

---

<sup>28</sup> Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe: 36º Período de Sessões da CEPAL, 2016. <http://periododesesiones.cepal.org/36/pt/noticias/criado-forum-dos-paises-da-america-latina-e-do-caribe-o-desenvolvimento-sustentavel>.

colaboração com os organismos das Nações Unidas, principalmente com os Grupos Interinstitucional e de Peritos sobre indicadores de ODS e com a CEPAL, será fortalecida para otimizar o uso das plataformas existentes para o monitoramento do ODS3 e dos indicadores relacionados com a saúde (ver anexo A).

114. De modo semelhante, no âmbito sub-regional e nacional, espera-se que as entidades sub-regionais e os Estados Membros adotem e adaptem os objetivos e metas da ASSA 2030 para implementação, monitoramento, avaliação e notificação. Os sistemas de informação nacionais devem permitir medição e notificação em relação às metas definidas na Agenda.

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

Anexos

**Anexo A—Metas e indicadores do ODS3**

Fonte: Relatório do Grupo Interinstitucional e de Peritos sobre indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)—Nações Unidas<sup>1</sup>

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

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

<sup>1</sup> Versão em espanhol: Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible:  
<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/442/01/PDF/N1644201.pdf?OpenElement>



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

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

**Anexo B—Agradecimentos**

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

<b>País</b>	<b>Participante/Colaborador</b>
Antígua e Barbuda	Rhonda Sealy-Thomas Médica-Chefe, Ministério da Saúde
Argentina	Miguela Pico Subsecretária de Relações Internacionais do Ministério da Saúde  Agustín Ingratta Direção Nacional, Ministério da Saúde
Barbados	John Boyce Ministro da Saúde  Joy St. John Médica-Chefe  Reeshemah Cheltenham-Niles Chefe de Planejamento em Saúde
Brasil	Fábio Rocha Frederico Assessor Especial, Assuntos Internacionais de Saúde  Indiara Meira Gonçalves Especialista, Assuntos Internacionais de Saúde
Chile	Matilde Maddaleno Diretora, Relações Internacionais em Saúde  Odette Urrutia Profissional, Departamento de Estratégia Nacional de Saúde, Divisão de Planejamento em Saúde
Costa Rica	Rosibel Vargas Gamboa Diretora, Planejamento e Desenvolvimento Institucional, Ministério da Saúde
Equador	Verónica Espinosa Ministra da Saúde Pública  Fernando Cornejo Vice-Ministro de Governança, Ministério da Saúde Pública  Peter Skerrett Diretor, Cooperação Nacional e Internacional em Saúde  Camila Pérez Analista, Cooperação Nacional e Internacional em Saúde

	<p>Patricia Gonzalez Analista, Cooperação Nacional e Internacional em Saúde</p> <p>Cristina Fabara Coordenadora Geral de Planejamento, Ministério da Saúde Pública</p> <p>Jimena Troya Assessora em Política e Governança de Saúde</p> <p>Jakeline Calle Subsecretária, Ministério da Saúde Pública</p> <p>María Belén Morán Subsecretária de Vigilância em Saúde Pública</p>
El Salvador	<p>Marina Estela Avalos López Diretora de Planejamento, Ministério da Saúde</p>
Estados Unidos	<p>Cristina Rabadan-Diehl Diretora, Escritório das Américas, Assuntos Globais, Departamento de Saúde e Serviços Humanos (DHHS)</p> <p>Allison O'Donnell Encarregada em Saúde Global</p>
Honduras	<p>Janethe Aguilar Diretora de Planejamento e Avaliação da Gestão, Secretaria de Saúde</p>
México	<p>Luis Adrián Ortiz Blas Diretor Adjunto de Política e Cooperação Internacional, Secretaria de Saúde</p> <p>Martha Caballero Diretora de Cooperação Bilateral e Regional, Departamento de Relações Internacionais em Saúde</p>
Nicarágua	<p>Alejandro Solís Martínez Diretor de Planejamento, Ministério da Saúde</p>
Panamá	<p>Miguel Antonio Mayo Di Bello Ministro da Saúde</p> <p>Reina Roa Diretora de Planejamento, Ministério da Saúde</p> <p>Natasha Dormoi Diretora de Relações Internacionais, Ministério da Saúde</p> <p>Iritzel Santamaría Diretora Adjunta de Planejamento, Ministério da Saúde</p>
Paraguai	<p>María Antonieta Gamarra Mir Diretora de Relações Internacionais em Saúde</p> <p>Patricia A. Giménez León Diretora Geral de Planejamento e Avaliação, Ministério da Saúde</p>

Peru	Sofía del Pilar Velásquez Portocarrero Assessora, Escritório do Vice-Ministro de Saúde Pública
Uruguai	Gilberto Ríos Diretor de Relações Internacionais em Saúde
RSPA	<p>Carissa F. Etienne, Diretora</p> <p>Dean Chambliss, Rony Maza, Victor Cuba e Travis High, Departamento de Planejamento e Orçamento</p> <p>Gina Tambini e Patricia Alvarado, Representação da OPAS/OMS no Equador</p> <p>Gerardo De Cosio, Jose Escamilla e Antonio Sanhueza, Unidade de Informação e Análise de Saúde</p> <p>Kira Fortune, Agnes Soares e Daniel Buss, Programa Especial de Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde</p> <p>James Fitzgerald, Amalia Del Riego, Fernando Menezes, Analía Porras e Candelaria Araoz, Departamento de Sistemas de Saúde</p> <p>Luis Andres de Francisco e Anna Coates, Departamento de Família, Gênero e Saúde da Comunidade</p> <p>Anselm Hennis e Raphael Dambo, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental</p> <p>Marcos Espinal e Luis Gerardo Castellanos, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde</p> <p>Teofilo Monteiro, Equipe Técnica Regional em Água e Saneamento (ETRAS)</p> <p>Ciro Ugarte e Nicole Wynter, Departamento de Emergências de Saúde</p> <p>Francisco Becerra, Luis Gabriel Cuervo e David Novillo, Escritório de Gestão do Conhecimento, Bioética e Pesquisa</p> <p>Kevin Cook, Departamento de Comunicações</p> <p>Gabriel Listovsky, Coordenador, Campus Virtual para a Saúde Pública</p> <p>Todas as equipes das Representações da OPAS, sub-regionais e regionais que apoiaram o desenvolvimento da Agenda desde sua concepção em 2016.</p>
E às equipes dos Ministérios da Saúde, que proporcionaram inestimável apoio para a elaboração desta Agenda.	

- - -