



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## **28ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA** **64ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 17 a 21 de setembro de 2012*

---

*Tema 4.1 da Agenda Provisória*

CSP28/6 (Port.)  
30 de agosto de 2012  
ORIGINAL: ESPANHOL

**AVALIAÇÃO INTERMEDIÁRIA DA AGENDA DE SAÚDE DAS AMÉRICAS**

**Relatório preliminar**

## ÍNDICE

	Página
I. Resumo executivo .....	3
II. Introdução .....	6
III. Procedimento e metodologia.....	8
IV. Análise dos resultados.....	12
Respostas obtidas .....	12
Análise .....	12
Componente A: uso da Agenda nos países, sub-regiões e organismos internacionais .....	13
Componente B: progresso nas oito áreas de ação da Agenda medido por meio de indicadores substitutos .....	20
(a) Fortalecer a autoridade de saúde .....	21
(b) Abordar os determinantes da saúde .....	23
(c) Aumentar a proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade .....	27
(d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as desigualdades dentro dos próprios países .....	30
(e) Reduzir os riscos e morbidade.....	33
(f) Fortalecer a gestão e o desenvolvimento dos profissionais da saúde .....	39
(g) Tirar proveito do conhecimento, ciência e tecnologia.....	41
(h) Fortalecer a segurança de saúde .....	43
V. Observações sobre o processo de avaliação.....	45
VI. Conclusões e recomendações gerais .....	47
SIGLAS .....	50
Anexo A. Integrantes do Grupo de Trabalho	
Anexo B. Componente C: Principais resultados e recomendações	

## **I. Resumo executivo**

1. O presente é o relatório preliminar da avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas (daqui em diante, “a Agenda”). Este relatório não tem o intuito de ser conclusivo, mas se destina à ciência e informação dos países na expectativa de que enviem suas observações ou sugestões sobre o relatório e o processo de avaliação. O Ministério da Saúde da República Argentina, como líder do Grupo de Trabalho dos países formado para esta avaliação, receberá estas contribuições, que podem também ser enviadas por intermédio das representações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) nos países durante no mês de outubro, para serem incorporadas ao relatório final a ser publicado em dezembro de 2012.

2. Em 3 de junho de 2007, os ministros e secretários de Saúde da Região deram andamento à Agenda de Saúde das Américas 2008–2017 no Panamá com o objetivo de guiar a ação coletiva para melhorar a saúde das populações americanas. Na Agenda são definidas as principais áreas de ação e reiterados os compromissos contraídos pelos países em fóruns internacionais para fortalecer a resposta a fim de realizar essa ação de maneira eficaz.

3. Durante a sexta sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração da OPAS, realizada em março de 2012, concordou-se em realizar a avaliação intermediária da Agenda de Saúde nas Américas (2008–2017). Foi determinado que a avaliação se concentrasse nos seguintes componentes:

- (a) Determinação da influência da Agenda na elaboração dos planos nacionais e sub-regionais de saúde, assim como nos planos estratégicos dos organismos internacionais que cooperam no âmbito da saúde com os países das Américas.
- (b) Avaliação do progresso nas oito áreas de ação da Agenda, medido por indicadores substitutos.
- (c) Avaliação da resposta da Repartição Sanitária Pan-Americana na implementação da Agenda.

4. A fim de avaliar os componentes A e B, os Membros do Subcomitê formaram um Grupo de Trabalho, encabeçado pela Argentina e integrado por: Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos da América, Guiana, Panamá, São Vicente e Granadinas e República Bolivariana da Venezuela, sendo que a Repartição Sanitária Pan-Americana (a Repartição) cumpriria as funções de secretariado.

5. Os Membros do Subcomitê também determinaram que o componente C fosse avaliado de maneira independente e simultânea pelo Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (IES) da OPAS.

6. No processo de avaliação intermediária da Agenda dos componentes A e B foram usadas pesquisas, entrevistas e revisões de documentos. O processo foi encabeçado pelos países e houve participação de todos os 35 países da Região das Américas, assim como de 5 organismos de integração sub-regional e 19 organismos internacionais que atuam no âmbito da saúde na Região.

7. Nesta avaliação e seus resultados, destacados no presente relatório, são apresentados e documentados os avanços observados na implementação da Agenda, identificados os desafios e destacados os temas das áreas de ação que precisam ser reforçados pelos países e sub-regiões, com o apoio da cooperação internacional, para que sejam alcançados os resultados previstos.

8. Na primeira parte da avaliação (componente A), é analisado o uso da Agenda nos países, sub-regiões e organismos internacionais. Neste sentido, pode-se concluir que, durante o período da avaliação, o uso da Agenda nos países tem sido boa para orientar a elaboração de diversos planos nacionais de saúde, políticas, estratégias e outros planos específicos de saúde. Ao nível sub-regional, houve uso razoável, enquanto nos organismos internacionais ela tem sido usada de forma limitada.

9. Na segunda parte (componente B), são analisados os resultados, conclusões e recomendações para cada uma das oito áreas de ação da Agenda. Da análise dos indicadores substitutos, se conclui que houve importantes avanços em todas as áreas de ação embora, no entanto, seja preocupante a situação de alguns indicadores, como a taxa de mortalidade materna que não apresentou a queda esperada nos últimos anos, o aumento dos números de casos de dengue; as taxas de tuberculose, HIV/aids e obesidade; a estagnação dos gastos públicos como porcentagem do PIB ou a pequena redução da despesa por conta própria com saúde na Região.

10. Na terceira parte (componente C) é analisada a contribuição da Repartição à implementação da Agenda e suas realizações com o Plano Estratégico da OPAS, planos de trabalho bienais e estratégias de cooperação com os países (ECP); assim como a maneira como foram aplicados os princípios e os valores estabelecidos na Agenda na cooperação técnica da OPAS. O relatório deste componente foi preparado pelo IES e, no Anexo B do presente documento, são apresentados as principais conclusões e recomendações deste processo. O relatório completo sobre este componente está disponível sob solicitação dos Estados Membros.

11. As principais recomendações preconizam reforçar a divulgação e os esforços para a defesa por maior uso e apropriação da Agenda em todos os níveis, tanto no nível subnacional, nacional e regional, assim como com outros setores e organismos internacionais. Nesta tarefa, a Repartição poderia desempenhar um papel fundamental. Além disso, se propões que os países enfatizem sua atuação nas áreas de ação em que menos progresso foi obtido e, em particular, nos temas que representam um maior desafio

como a redução da taxa de mortalidade materna, dengue, tuberculose, obesidade e doenças crônicas e seus riscos; fortalecimento dos sistemas de proteção social; aumento dos gastos públicos nacionais com saúde; e a redução das despesas por conta própria.

12. Recomenda-se que na avaliação final da Agenda sejam usados os indicadores substitutos estabelecidos e seja usado o ano de 2011 como referência. Também devem ser revisados os indicadores para os quais não se dispõe de informação confiável e fortalecidos os sistemas de informação para melhorar a análise da situação da saúde e dispor de informação completa para a tomada de decisão.

13. De acordo com os compromissos, o enunciado de intenção e os princípios e valores estabelecidos na Agenda, os resultados desta avaliação devem servir para orientar o planejamento das intervenções em prol da saúde das populações nos países, dos organismos de integração sub-regional e dos organismos internacionais. Neste sentido, deve-se elaborar um plano de trabalho a fim de fortalecer o processo de planejamento em saúde na Região e responder às recomendações da avaliação intermediária da Agenda. Aproveitando a oportunidade proporcionada com a elaboração do Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS 2014–2019 e o próximo Plano Estratégico da OPAS 2014–2019, os resultados da presente avaliação devem ser usados nesta elaboração. A experiência e a dinâmica de trabalho estabelecida pelo Grupo de Trabalho nesta avaliação devem ser aproveitadas na elaboração do próximo Plano Estratégico da OPAS.

## **II. Introdução**

14. Em 3 de junho de 2007, os ministros e secretários da Saúde da Região deram andamento à Agenda de Saúde das Américas 2008–2017 (a Agenda) no Panamá, com o objetivo de guiar a ação coletiva dos interessados diretos no plano nacional e internacional que visa melhorar a saúde das populações americanas durante o referido período.

15. A Agenda responde a uma decisão de todos os Governos dos países do continente americano, que se comprometem com uma visão coletiva de uma Região mais saudável e mais equitativa, abordando os determinantes da saúde e melhorando o acesso a serviços de saúde. Neste sentido, a Agenda constitui um compromisso de solidariedade entre os países para responder às necessidades de saúde de seus povos e trabalhar em conjunto de uma perspectiva regional.

16. Na Agenda são reconhecidos os princípios e os valores comuns dos países da Região, é apresentada uma análise da situação e as tendências da saúde no continente, são definidas as principais áreas de ação e reiterados os compromissos contraídos pelos países em fóruns internacionais para fortalecer a resposta a fim de realizar essa ação de maneira eficaz.

17. As oito áreas de ação enunciadas na Agenda são as seguintes:

- (a) Fortalecer a autoridade sanitária nacional.
- (b) Abordar os determinantes da saúde.
- (c) Aumentar a proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade.
- (d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as desigualdades dentro dos próprios países.
- (e) Reduzir os riscos e a morbidade.
- (f) Fortalecer a gestão e o desenvolvimento dos profissionais da saúde.
- (g) Tirar proveito do conhecimento, ciência e tecnologia.
- (h) Fortalecer a segurança de saúde.

18. A Agenda procura executar as áreas de ação citadas anteriormente orientando a elaboração de futuros planos nacionais e sub-regionais de saúde, e os planos estratégicos de todos os organismos internacionais interessados na cooperação no âmbito da saúde com os países da Região das Américas, inclusive da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A Agenda estabelece que a avaliação seja feita com o exame do progresso nas áreas de ação definidas.

19. Como 2012 é o ponto médio do período de implementação da Agenda, na sexta sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (o Subcomitê), de março de 2012, concordou-se em realizar a avaliação intermediária. Para este propósito foi formado um grupo de trabalho integrado por 10 países: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos da América, Guiana, Panamá, São Vicente e Granadinas e República Bolivariana da Venezuela. Além disso, foi decidido que a Argentina encabeçaria o grupo de trabalho e que a Repartição Sanitária Pan-Americana (a Repartição) atuaria como secretariado do processo.

20. A avaliação se concentrou nos seguintes componentes:

- (a) Determinação da influência da Agenda na elaboração dos planos nacionais e sub-regionais de saúde, assim como dos planos estratégicos dos organismos internacionais que cooperam no âmbito da saúde com os países das Américas.
- (b) Avaliação do progresso nas oito áreas de ação da Agenda, medido por meio de indicadores substitutos.
- (c) Avaliação da resposta da Repartição Sanitária Pan-Americana na implementação da Agenda.

21. Os componentes A e B foram avaliados pelos países e o componente C foi avaliado de forma independente e simultânea pelo Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (IES) da OPAS.

22. Neste documento são apresentados os resultados, conclusões e recomendações da avaliação dos componentes A e B, descritos anteriormente. É anexado um resumo das principais conclusões e recomendações produzidas a partir da avaliação do componente C (vide Anexo B).

### **III. Procedimento e metodologia**

23. Em seguimento aos acordos feitos durante a sexta sessão do Subcomitê, foi formado o Grupo de Trabalho dos Países para realizara avaliação, encabeçada pelo Ministério da Saúde da Argentina e com o apoio da Repartição.

24. O Grupo de Trabalho dos Países realizou sua primeira reunião presencial em 25 a 27 de abril de 2012 na Cidade Autônoma de Buenos Aires. Nesta reunião foram examinados e aprovados: *a)* o plano de trabalho para realizar a avaliação, *b)* a metodologia e *c)* os instrumentos para realizá-la.

25. De 22 de maio a 28 de junho de 2012, foram realizadas pesquisas, entrevistas e revisão de documentos nos países, organismos de integração sub-regional e organismos internacionais de acordo com a metodologia aprovada. Este processo contou com o apoio das autoridades nacionais de saúde, assim como das representações da OPAS/OMS, que atuaram como contato para o acompanhamento do processo e realização das entrevistas acordadas. Este processo foi gerido de modo flexível a fim de assegurar a participação de todas as entidades envolvidas. Em 20 de junho foi apresentado um relatório de progresso ao Comitê Executivo da OPAS em que se informou sobre os avanços do processo de avaliação e foram aprovados ajustes no cronograma original.

26. Durante o mês de julho foram processados todos os dados coletados, construindo-se uma base de dados que permitiu uma análise rigorosa dos resultados da avaliação. Esta base de dados foi gerenciada a nível central e somente o grupo de trabalho teve acesso aos dados para a análise dos resultados.

27. De 25 a 27 de julho de 2012 foi realizada a segunda reunião presencial do Grupo de Trabalho na Cidade do Panamá para analisar os resultados preliminares da avaliação e preparar o relatório ser apresentado na Conferência Sanitária Pan-Americana no mês de setembro de 2012.

28. De 24 a 29 de agosto de 2012 foi realizada uma consulta com o Grupo de Trabalho dos Países para aprovar o relatório que seria apresentado à 28<sup>a</sup>. Conferência Sanitária Pan-Americana.

29. Em 7 de setembro de 2012 o relatório para a Conferência foi posto à disposição de todos os países no site dos Órgãos Diretivos da OPAS.

30. A seguir é descrita a metodologia usada para os componentes A e B da avaliação intermediária.

**Componente A: uso da Agenda nos países, sub-regiões e organismos internacionais**

31. A avaliação buscou saber como a Agenda influenciou a elaboração e a implementação de planos (planos nacionais e outros planos estratégicos para abordar problemas específicos de saúde), políticas e estratégias de saúde nos 35 países da Região das Américas. Os dados foram coletados por meio de pesquisas nos países, entrevistas com atores nacionais relevantes e uma revisão dos principais documentos (planos, políticas e estratégias).

32. No nível sub-regional se procurou saber como a Agenda influenciou a elaboração e a implementação de agendas, planos, políticas e estratégias de saúde dos organismos de integração sub-regional. Os dados foram coletados por uma pesquisa com os secretariados dos organismos de integração sub-regional, entrevistas com pessoal destes secretariados e uma revisão de documentos.

33. Por fim, buscou-se saber como a Agenda influenciou na elaboração e implementação dos planos estratégicos, políticas e estratégias dos organismos internacionais do sistema interamericano e do sistema das Nações Unidas, e outros organismos bilaterais e multilaterais que trabalham com questões relacionadas com a saúde na Região. Os dados foram coletados por uma pesquisa com cada organismo, entrevistas com o pessoal destes organismos e uma revisão dos documentos pertinentes destes organismos.

**Componente B: progresso em cada uma das áreas de ação da Agenda medido por meio de indicadores substitutos**

34. A avaliação foi realizada considerando os temas das áreas de ação da Agenda. Tendo em vista que a Agenda não inclui referências nem metas, foi proposto um conjunto de indicadores substitutos para os temas que contêm cada uma das áreas de ação (incluídos na seção IV: Análise dos resultados), para que se pudesse avaliar os avanços e os resultados alcançados na implementação da Agenda até 2011.

35. O Grupo de Trabalho dos Países revisou e aprovou por consenso os indicadores substitutos para cada área de ação. É importante destacar que o intuito foi comparar as médias regionais ou o número de países que haviam feito progresso em saúde pública, antes e depois da elaboração da Agenda. Não foi feita nenhuma comparação entre países nem foi analisada a situação individual de países.

36. Os dados usados na avaliação da Agenda correspondem ao período precedente, ou seja, 2007 ou anterior, sendo comparados com os dados disponíveis até 2011. Foram usados métodos quantitativos e qualitativos para obter a informação necessária para calcular e interpretar os substitutos indicadores, como descrito em detalhes a seguir:

- **Quantitativo.** Foi revisada a informação disponível na OPAS/OMS com o propósito de identificar, por um lado, os indicadores para os quais existem dados fidedignos e, por outro, os casos em que a informação disponível é pouco fidedigna ou inexistente. No primeiro caso, os indicadores foram calculados usando a informação disponível; no segundo, foi elaborada uma pesquisa para ser respondida de maneira oficial por um ponto focal designado pela autoridade sanitária dos 35 países da Região. Com a informação obtida, foram analisados os respectivos indicadores e tiradas conclusões e recomendações com base em tal análise.
- **Qualitativo:** Para captar a experiência e a opinião sobre a implementação da Agenda, foram realizadas entrevistas com uma amostra qualificada de pessoal dos países, sub-regiões e organismos internacionais. O intuito das entrevistas foi conhecer os fatores que dificultaram ou facilitaram o avanço na implementação da Agenda, os desafios enfrentados e como eles foram contemplados, as áreas de oportunidade e a utilidade da Agenda em cada país, sub-região e organismo internacional, o qual permitiu interpretar e contextualizar os indicadores quantitativos.

37. Os dados foram complementados com uma revisão dos principais documentos (planos, políticas, e estratégias), que foi realizada no âmbito do país, sub-regional e regional para os organismos internacionais.

### **Instrumentos**

- **Pesquisas:** foram elaboradas pesquisas para os países, sub-regiões e organismos internacionais. A pesquisa foi enviada diretamente à autoridade em saúde de mais alta hierarquia em todos os países, sub-região ou organismo internacional, pela Argentina, na qualidade de líder do Grupo de Trabalho dos Países. Em cada entidade foi designado um ponto focal responsável por coordenar a resposta à pesquisa. Esta pesquisa inclui a fonte de informação e os meios de verificação, se pertinente. Depois de respondida, a pesquisa foi enviada ao Ministério da Saúde da Argentina, com cópia às representações da OPAS/OMS.
- **Entrevistas:** foram realizadas entrevistas com os principais informantes dos países, sub-regiões e organismos internacionais. Para realizá-las, foram capacitadas equipes da OPAS nos países e da Sede.

### **Países**

38. Nos países, os principais informantes foram selecionados pela OPAS/OMS em consulta com as autoridades sanitárias nacionais. Estas pessoas deviam ter um amplo conhecimento da situação nacional de saúde. Os representantes da OPAS/OMS e suas equipes realizaram estas entrevistas nos países e o número de entrevistados variou de acordo com as dimensões e as características de cada país. Em linhas gerais, se recomendou que fossem entrevistadas as seguintes pessoas:

- diretor nacional de planejamento da autoridade sanitária ou seu equivalente;
- diretor do sistema de previdência social ou seu equivalente;
- diretor de uma organização não governamental (ONG) com atuação a nível nacional.

### **Sub-regiões**

39. Nas sub-regiões, foi entrevistado o secretário executivo do mecanismo de integração sub-regional ou o funcionário que exercia a presidência *pro tempore*. Estas entrevistas foram realizadas em coordenação com a representação da OPAS/OMS.

### **Organismos internacionais**

40. Com relação às entrevistas com os organismos internacionais, foi designado pessoal do nível regional da OPAS/OMS para que, em coordenação com o diretor do organismo, identificasse a pessoa a ser entrevistada. Recomendou-se entrevistar uma pessoa que trabalhasse diretamente com a Região das Américas e que tivesse uma visão integral da região.

### **Revisão de documentos**

41. Foi elaborada uma lista comparativa para facilitar este processo. A revisão de documentos nos países foi realizada pelas equipes das representações da OPAS/OMS, em coordenação com as autoridades sanitárias nacionais. No caso dos mecanismos de integração sub-regional, a revisão dos documentos foi feita pela Representação OPAS/OMS onde o mecanismo tem sede ou no país que exerce a presidência *pro tempore*. Uma equipe regional da OPAS/OMS realizou a revisão dos documentos dos organismos internacionais.

## IV. Análise dos resultados

### Respostas obtidas

42. Na Tabela 1 é apresentada a resposta aos diferentes instrumentos da avaliação pelos países, sub-regiões e organismos internacionais. Ao todo, foram feitas 50 pesquisas, 64 entrevistas e 35 revisões de documentos.

43. Destaca-se que 100% (35) dos países da Região responderam a **pesquisa** da avaliação. Além disso, ela foi respondida pelos principais organismos de integração sub-regional: CARICOM, Mercosul, ORAS/CONHU, SICA/COMISCA e Unasul. Quanto aos organismos internacionais, a pesquisa foi respondida por quatro organismos das Nações Unidas (PNUD, UNESCO, UNICEF e OIT), uma agência do sistema interamericano (BID); dois organismos bilaterais (AECID e ACDI) e outras três organizações (Igreja dos Santos dos Últimos Dias, APHA e PAHEF).

44. Quanto às **entrevistas**, foram realizadas ao todo 64. Os dois organismos de integração sub-regional que participaram das entrevistas foram o CARICOM e ORAS/CONHU. Os organismos entrevistados foram três do sistema das Nações Unidas (Banco Mundial, PNUD e UNFPA), cinco organismos bilaterais (AECID, CDC, FDA, USAID, HHS) e outras três organizações (Fundação Bill e Melinda Gates, Cruz Vermelha Americana e Igreja Adventista do Sétimo Dia).

45. Ao todo, somando pesquisas e entrevistas, participaram 19 organismos internacionais.

46. Das 35 **revisões de documentos**, a grande maioria foi planos nacionais de saúde, estratégias e políticas.

**Tabela 1. Resposta aos diferentes instrumentos da avaliação**

<i>Instrumentos/níveis</i>	<i>Pesquisas</i>	<i>Entrevistas</i>	<i>Revisão de documentos</i>
Países	35	51	31
Sub-regiões	5	2	2
Organismos	10	11	2

### Análise

47. A análise dos resultados dos componentes A e B da avaliação é apresentada a seguir.

## Componente A: uso da Agenda nos países, sub-regiões e organismos internacionais

### Países

#### Resultados

- (a) No período de 2008–2011, 30 (86%) dos 35 países elaboraram um plano nacional de saúde. Destes 30, 20 países (67%) informaram ter usado a Agenda na formulação do plano.
- (b) Dos 20 países que usaram a Agenda na formulação do plano nacional de saúde, mais de 90% dos países usaram as áreas *a*), *b*), *c*), *e*), *f*) e *g*) e as áreas *d*) e *h*) foram as menos usadas (85% e 75%, respectivamente), como mostrado na Tabela 2.

**Tabela 2 Áreas de ação usadas pelos 20 países que elaboraram um plano nacional de saúde no período de 2008–2011 com base na Agenda de Saúde das Américas**

<i>Área de ação</i>	<i>Número de países</i>
(a) Fortalecer a autoridade sanitária nacional	20
(b) Abordar os determinantes da saúde	18
(c) Aumentar a proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade	19
(d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as desigualdades dentro dos próprios países	17
(e) Reduzir os riscos e a morbidade	19
(f) Fortalecer a gestão e o desenvolvimento dos profissionais da saúde	20
(g) Tirar proveito do conhecimento, ciência e tecnologia	18
(h) Fortalecer a segurança de saúde	15

- (c) Além dos planos nacionais de saúde, 18 países (51%) fizeram uso da Agenda para elaboração de outros programas específicos de saúde.
- (d) Dezoito países fizeram uso da Agenda para a elaboração de políticas de saúde e 18 países também a usaram para a elaboração de estratégias de saúde.

### ***Conclusões***

- a) O fato de que a maioria (67%) dos países que elaboraram um plano nacional de saúde fez uso da Agenda no processo e que também usou quase todas as áreas de ação é uma clara indicação da importância da Agenda nos países da Região.
- b) Mais da metade dos países da Região também usou a Agenda para a elaboração de outros planos, políticas e estratégias de saúde específicas.
- c) Todas as áreas de ação foram usadas nos planos nacionais de saúde que se basearam na Agenda. No entanto, é importante assinalar que as áreas de ação menos usadas nos planos referidos foram: *d*) diminuir as desigualdades em saúde e *h*) fortalecer a segurança de saúde.
- d) Entre os fatores mencionados pelos países tanto nas pesquisas como nas entrevistas que dificultaram maior uso da Agenda estão:
  - Diferença entre os cronogramas dos diferentes marcos de planejamento; ou seja, muitos países informaram não poder usar a Agenda porque já tinham planos, políticas ou estratégias no momento em que ela foi elaborada.
  - Os países com estruturas políticas federais têm mais dificuldade para incorporar a Agenda, pois precisa ser adaptada e validada pelos níveis subnacionais, que não participaram na elaboração da Agenda ou não a conhecem.
  - A falta de conhecimento e divulgação limitada da Agenda, aliadas à rotatividade do pessoal das autoridades sanitárias nacionais e a falta de promoção constante para o uso da Agenda não têm permitido uma apropriação contínua da Agenda nos diferentes níveis dos países.

### ***Recomendações***

- (a) Os países devem continuar divulgando a Agenda não somente no ministério ou secretaria da Saúde, mas também em outros setores e dentro do próprio país nos níveis subnacionais. Deve-se tentar conseguir que todos os atores envolvidos no âmbito da saúde do país apropriem a Agenda.
- (b) A Agenda deve estar mais presente em todos os ciclos do planejamento em nível nacional. Nos países com estruturas federais, deve-se analisar como a Agenda pode ser usada melhor como quadro de referência em nível nacional ou subnacional.
- (c) Fortalecer a inclusão das áreas de ação da Agenda pouco consideradas nos planos nacionais de saúde.
- (d) Na tarefa de fortalecer a divulgação da Agenda nos países, a OPAS/OMS deve desempenhar um papel mais ativo como secretariado por intermédio de suas representações. Também deveria aproveitar os diferentes fóruns nacionais e internacionais, e as reuniões dos Órgãos Diretivos da Organização, para fortalecer a

divulgação. Por outro lado, seria desejável um melhor uso da Agenda ao serem definidas as prioridades das estratégias de cooperação com os países (ECP).

## **Sub-regiões**

### ***Resultados***

- (a) No período de 2008–2011, das cinco sub-regiões pesquisadas, duas elaboraram uma agenda sub-regional com base na Agenda de Saúde das Américas.
  - (b) No mesmo período, quatro sub-regiões das cinco elaboraram um plano sub-regional de saúde. Destas quatro sub-regiões, três fizeram uso da Agenda:
    - As três sub-regiões que elaboraram planos de saúde baseados direta ou indiretamente na Agenda fizeram uso das seguintes áreas de ação: *a*) fortalecer a autoridade sanitária nacional, *b*) abordar os determinantes da saúde, *c*) aumentar a proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade, *e*) reduzir os riscos e a morbidade e *f*) fortalecer a gestão e o desenvolvimento dos profissionais da saúde. Neste sentido, se destaca que, segundo a análise realizada a este respeito, atua-se mais ao nível nacional que ao nível sub-regional.
    - Duas sub-regiões fizeram uso da área de ação *d*) diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as desigualdades dentro dos próprios países.
    - Uma sub-região usou as áreas de ação *g*) tirar proveito do conhecimento, ciência e tecnologia e *h*) fortalecer a segurança de saúde.
  - (c) Ao consultarem os organismos sub-regionais sobre as razões pelas quais não usaram algumas áreas de ação da Agenda, foram mencionados os seguintes aspectos:
    - As prioridades e os mandatos da sub-região eram diferentes aos da Agenda.
    - Falta de conhecimento da Agenda.
    - Impossibilidade de responder a todas as áreas de ação da Agenda.
  - (d) As cinco sub-regiões mencionaram ter elaborado políticas de saúde neste período, mas somente uma se baseou na Agenda.
  - (e) Quatro sub-regiões informaram ter elaborado estratégias de saúde, mas somente uma se baseou na Agenda.
48. Ao analisar as entrevistas do pessoal de organismos sub-regionais, o seguinte merece destaque:

- (a) A divulgação, o conhecimento e o uso da Agenda foram considerados como sendo bons ou regulares. A divulgação foi melhor quando a OPAS tinha um papel mais ativo neste processo.
- (b) Quanto à implementação da Agenda, se considerou como sendo razoável. Esta avaliação é justificada pelas restrições para captar os recursos necessários para implementar os componentes da Agenda, dado o ambiente global de financiamento indefinido.
- (c) Os efeitos positivos da Agenda assinalados pelos entrevistados foram: o fortalecimento das capacidades da sub-região para gerir suas necessidades em saúde pública e a coordenação do apoio no plano regional, que serviu de base para o plano estratégico da sub-região e para os planos operativos anuais.

### **Conclusões**

- (a) Os organismos de integração sub-regional que elaboraram agendas e planos sub-regionais no período de 2008–2011 fizeram uso da Agenda de Saúde das Américas como quadro de referência. Além disso, incorporaram todas as áreas de ação da Agenda nos programas, planos, política e estratégias sub-regionais no período de 2008–2011.
- (b) O uso da Agenda nas sub-regiões facilitou a priorização das intervenções e a coordenação entre os níveis sub-regional e regional.
- (c) Apesar de ter sido divulgada e usada nas sub-regiões, existem oportunidades para melhorar o conhecimento e a implementação da Agenda e, dessa maneira, otimizar seu uso.

### **Recomendações**

- (a) Faz-se necessário fortalecer a divulgação da Agenda nos mecanismos de integração sub-regional visando uma maior apropriação dela.
- (b) Melhorar a convergência dos programas, planos, política e estratégias sub-regionais com as áreas de ação da Agenda.
- (c) O país que ocupa o secretariado executivo ou a presidência *pro tempore* dos mecanismos de integração sub-regional deve divulgar a Agenda nas diversas reuniões, principalmente nas reuniões de cúpula de tais mecanismos, promovendo a apropriação da Agenda por parte do bloco de integração sub-regional.
- (d) A OPAS deve fortalecer a divulgação da Agenda nos mecanismos de integração sub-regional, buscando uma maior apropriação por parte deles e uma melhor coordenação e articulação entre os níveis regionais, sub-regional e nacional.

## **Organismos internacionais**

### ***Resultados***

- (a) Os organismos internacionais (10) que responderam a pesquisa informaram que dispõem de um plano estratégico que orienta seu trabalho, mas somente três deles indicaram ter usado a Agenda ao elaborá-los.
- (b) Os três organismos que fizeram uso da Agenda a usaram principalmente como quadro de referência para desenvolver aspectos importantes de seus planos estratégicos. Ela também foi usada para fundamentar o programa de ação específico do organismo e influenciou no trabalho realizado.
- (c) A Agenda também foi usada por três organismos para elaborar outros planos relacionados com a saúde (controle e prevenção da malária, guias para estudar o custo da dengue e saúde materna, neonatal e infantil), por dois organismos para desenvolver políticas relacionadas com a saúde (como quadro de referência para definir as políticas do organismo ou o apoio proporcionado aos países para que estes elaborem suas políticas de saúde) e por cinco organismos para elaborar estratégias relacionadas com a saúde (como quadro de referência para definir as estratégias do organismo ou o apoio proporcionado aos países para que estes elaborem suas estratégias de saúde, em campanhas educativas em temas específicos de saúde e promoção de ambientes ativos e saudáveis, com subvenções para apoiar a pesquisa e capacitação em áreas prioritárias, para elaborar a estratégia de saúde materna, do recém-nascido e da criança e para capacitar o pessoal que presta assistência a partos).
- (d) Com relação à falta de uso da Agenda, os organismos indicaram concentrarem o próprio trabalho em áreas ou temas específicos ou que seus mandatos emanados dos órgãos diretivos não se vinculam diretamente aos temas da Agenda. Ao apontarem as razões pelas quais não usaram a Agenda, indicaram os pontos que são mencionados a seguir, embora deva ser mencionado que, em seus planos estratégicos, consideram algumas das áreas de ação da Agenda:
- por desconhecimento da Agenda,
  - por não considerá-la relevante para as tarefas que realizam,
  - porque não envolvem terceiros na elaboração de seus planos nem necessitam da Agenda para elaborar seus planos dada sua experiência,
  - por atender diretamente o que os governos demandam,
  - pela morbidade maior na África e Ásia, porque a América Latina tem mais recursos disponíveis, e por restrições do próprio organismo.
- (e) Com relação ao uso das áreas de ação dos organismos pesquisados, três deles informaram usar todas as áreas de ação da Agenda e os demais somente as têm usado parcialmente.

- (f) As áreas de ação da Agenda mais usadas pelos organismos foram: *b*) abordar os determinantes da saúde, *d*) diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as desigualdades dentro dos próprios países e *g*) tirar proveito do conhecimento, ciência e tecnologia; enquanto que as menos usados foram: *a*) fortalecer a autoridade sanitária nacional, *e*) reduzir os riscos e a morbidade e *h*) fortalecer a segurança de saúde.
- (g) No período de 2008–2011, seis dos nove organismos que responderam a pesquisa alinharam sua ajuda com as áreas de ação da Agenda: dois organismos com a área *c*) aumentar a proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade (acesso a medicamentos e proteção social), dois organismos com a área *e*) reduzir os riscos e a morbidade (educação em temas de saúde) e dois organismos com a área *h*) fortalecer a segurança de saúde (ajuda humanitária em situações emergência e práticas que afetam as pessoas infectadas pelo HIV ou vulneráveis).
- (h) No período de 2008–2011, seis dos nove organismos que responderam a pesquisa informaram que colaboraram com as autoridades nacionais para responder diante de situações que ameaçaram a segurança de saúde.
- (i) Entre os temas apoiados pelos organismos estão: HIV/aids, saúde sexual e reprodutiva, controle de infecções (em particular a pandemia da gripe H1N1), desastres naturais e pandemias, vacinação e acesso a medicamentos.
- (j) As entrevistas realizadas com o pessoal dos organismos internacionais produziram importantes resultados como mostrado na Tabela 3. Cabe assinalar que a maioria dos entrevistados indicou ter um conhecimento regular da Agenda. Destaca-se também que os entrevistados identificaram os seguintes efeitos positivos da Agenda, por ordem de importância: *a*) servir de quadro de referência para o planejamento e para estabelecer as prioridades no organismo, *b*) serve para que os países se concentrem mais no trabalho e implementem suas ações e *c*) permite a colaboração em áreas prioritárias para o organismo. Cabe mencionar que três organismos consideram que os efeitos positivos são limitados e em poucas áreas de ação, e os outros três disseram que não há repercussões positivas.

**Tabela 3 Resposta às diferentes variáveis sobre divulgação, conhecimento e uso da Agenda de Saúde das Américas nos organismos internacionais**

<i>Variável</i>	<i>Porcentagem de avaliação de acordo com resposta dos entrevistados</i>		
	Boa	Regular	Ruim
Divulgação da agenda	9%	27%	64%
Conhecimento da Agenda	0%	55%	45%
Implementação da Agenda	10%	30%	60%
Uso da Agenda	11%	22%	63%

### ***Conclusões***

- (a) Segundo o que foi analisado, observa-se que o trabalho dos organismos está em conformidade com as áreas de ação da Agenda de Saúde das Américas. Em particular, se destaca o trabalho na ampliação da proteção social em saúde ou em iniciativas conjuntas com a OPAS/OMS vinculadas ao Plano Estratégico para a Região, temas de saúde vinculados a flexibilidades do Acordo TRIPS para promover o acesso a medicamentos ou temas vinculados ao HIV/aids.
- (b) Os resultados mostram que não houve divulgação suficiente da Agenda aos organismos internacionais que trabalham em saúde na Região. Isto poderia ser a causa do uso limitado da Agenda por parte destes organismos.

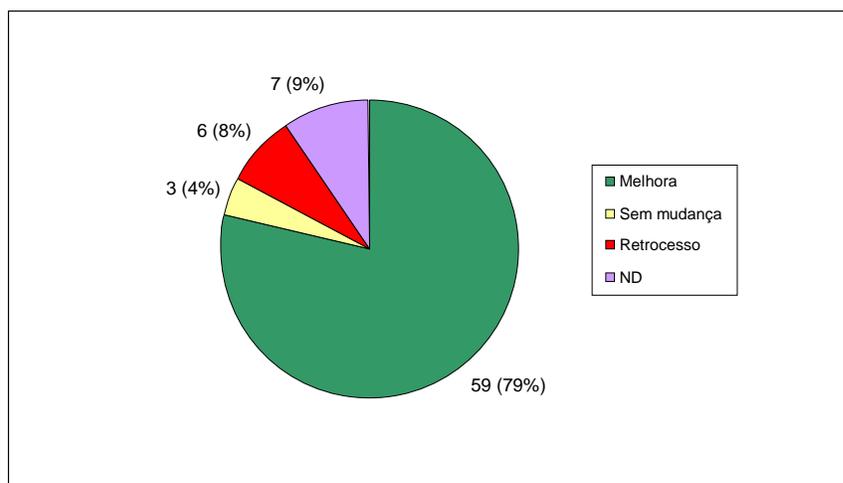
### ***Recomendações***

- (a) Melhorar a divulgação da Agenda nos organismos internacionais, buscando uma melhor apropriação deste instrumento por estes organismos, em especial os do sistema das Nações Unidas e do sistema interamericano.
- (b) Os planos estratégicos dos organismos internacionais devem ser urgentemente alinhados com a Agenda a fim de melhorar a eficácia das intervenções destes organismos em benefício da saúde da população da Região.
- (c) O uso da Agenda deveria ser enfatizado no momento de elaborar os planos estratégicos dos organismos internacionais.
- (d) A OPAS/OMS deveria fortalecer seu papel na divulgação da Agenda diante dos organismos internacionais, cooperando assim com os países da Região. Isto deveria ser feito tanto a nível regional quanto sub-regional como nos próprios países, por intermédio das representações da OPAS/OMS.

## Componente B: progresso nas oito áreas de ação da Agenda medido por meio de indicadores substitutos

49. Na Figura 1 é apresentado o resumo da avaliação com a análise dos 75 indicadores substitutos que foram usados para medir o progresso das oito áreas de ação da Agenda de Saúde das Américas. Em linhas gerais, se observa que houve progresso; 79% dos indicadores (59 de 75) mostram uma melhora na situação no período de 2007–2011. No entanto, cabe assinalar que há ainda algumas áreas temáticas que enfrentam desafios, como indicado pelo número de indicadores (9, sendo 12% dos indicadores avaliados) em que não houve nenhuma mudança ou inclusive houve retrocesso. Para 7 indicadores (9%) não havia dados disponíveis (ND), o que impossibilitou determinar as mudanças ocorridas no período avaliado.

**Figura 1** Situação dos indicadores substitutos das oito áreas de ação da Agenda de Saúde das Américas, 2007–2011



50. A seguir é apresentada a análise por área de ação.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Ao menos que indicado de outra maneira, os dados para os indicadores substitutos nestas colunas correspondem a 2007 e 2011, respectivamente. Quando não havia dados disponíveis (ND), foram usados os dados do ano mais recente.

**(a) Fortalecer a autoridade de saúde**

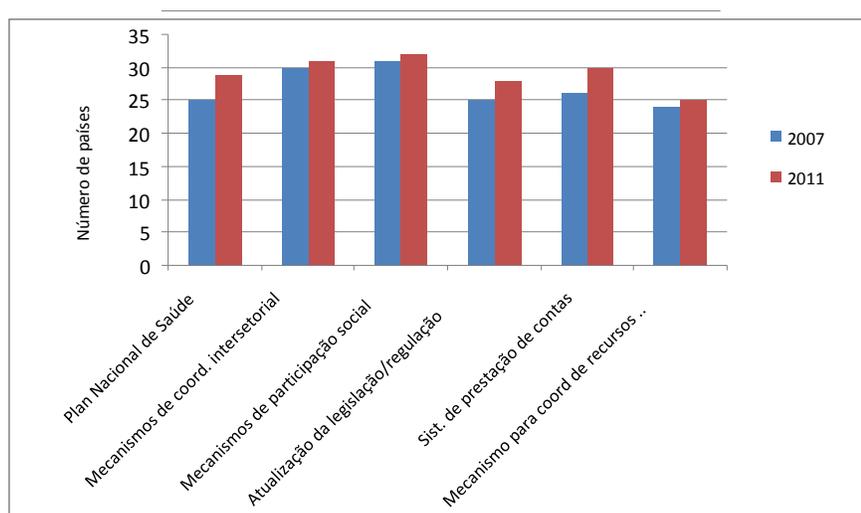
**Resultados**

51. Como demonstra a avaliação de cada indicador substituto a seguir, e na Figura 3, observam-se uma melhora em todos os 7 indicadores desta área de ação.

<b>Indicadores substitutos</b>	<b>2007</b>	<b>2011</b>	<b>Fonte e observações</b>
1. Número de países que implementaram um plano nacional de saúde com metas e estratégias definidas	25	30	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Dos 30 países, 20 fizeram uso da Agenda e das diferentes áreas de ação.
2. Número de países que implementaram mecanismos de coordenação para o trabalho intersetorial liderados pela autoridade sanitária nacional	30	31	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
3. Número de países que implementaram mecanismos para incentivar a participação social	31	33	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
4. Número de países que atualizaram a legislação e os regimes reguladores do setor da saúde	25	29	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Aumento do número de países em que o regime regulador foi atualizado. Dentre os componentes reguladores, os mais fortalecidos são o de direção (23 países) e regulação (28) e o componente relacionado ao desempenho das funções essenciais de saúde pública (21).
5. Proporção de mandatos em declarações das Cúpulas das Américas que refletem temas de saúde	2009: 12/96	2012: 6/44	Fonte: Declaração da V e VI Cúpulas das Américas em 2009 e 2012, respectivamente.  Os temas de saúde tiveram um grande peso relativo em ambas as reuniões de cúpula. Na V Cúpula de 2009 foi estabelecido como mandato o tema das doenças crônicas não transmissíveis que ampliou o mandato dos Chefes de Governo do Caribe de língua inglesa a toda a Região das Américas, servindo de plataforma política para a Reunião de Alto

Indicadores substitutos	2007	2011	Fonte e observações
			Nível das Nações Unidas para Doenças Não Transmissíveis em 2011. Na VI Cúpula de 2012, entraram para a agenda política o tema do uso das tecnologias da informação e comunicação em saúde assim como o tema dos determinantes sociais da saúde.
6. Número de países que incorporaram um sistema de prestação de contas no sistema de gestão do setor da saúde	25	29	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
7. Número de países que incorporaram um mecanismo liderado pela autoridade sanitária nacional para planejar, gerir e coordenar o uso dos recursos da cooperação externa em saúde	24	26	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Em 2011, 20 dos 26 países haviam incorporado a gestão de recursos nacionais e externos, e em 5 países a incorporação foi parcial.

**Figura 2 Avanços no fortalecimento da autoridade sanitária nos países das Américas, 2007–2011**



### ***Conclusões***

- (a) Observa-se uma melhora na gestão na maioria dos países da Região, o que é verificado pelo aumento na implementação de planos nacionais de saúde, implementação de mecanismos de coordenação liderados pela autoridade sanitária nacional, incentivo à participação social, atualização da legislação e regimes reguladores setoriais e estabelecimento de sistemas nacionais de prestação de contas.
- (b) É importante destacar que 26 países da Região já incorporaram mecanismos, liderados pela autoridade sanitária, para alinhar os recursos da cooperação externa às prioridades nacionais.
- (c) A proporção de mandatos em declarações das Cúpulas das Américas que refletem temas de saúde (de 13% em 2009 a 14% em 2012) revela a grande importância que tem sido dada à saúde e aos temas prioritários, como na agenda política no mais alto nível na Região.

### ***Recomendações***

- Continuar fortalecendo as medidas para que todos os países tenham um plano nacional de saúde e, se for considerado pertinente, solicitar o apoio técnico da OPAS/OMS para elaborar tais planos.
- Os países devem avaliar a forma em que são realizados o planejamento e a gestão da cooperação externa com o intuito de que os planos de cooperação e planos nacionais estejam integrados e não ocorra a sobreposição e dispersão dos esforços técnicos e dos recursos econômicos.

### **(b) Abordar os determinantes da saúde**

### ***Resultados***

52. Como mostrado na tabela a seguir, houve melhora em 9 dos 13 indicadores substitutos desta área de ação, dois não apresentam mudanças, houve um retrocesso em um indicador (taxa de mortalidade materna) e não havia dados para outro indicador a fim de determinar as mudanças antes e depois da introdução da Agenda de Saúde das Américas.

Indicadores substitutos	2007	2011	Fonte e observações
1. Número de países que implementaram intervenções para abordar as recomendações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde	Período de 2008–2011: 29 países		Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012. Variáveis dos determinantes sociais da saúde e número de países que implementaram intervenções: Exclusão social: 23 Exposição a riscos: 27 Urbanização não planejada: 14 Mudança climática: 22 Enfoque de direitos humanos: 24 Outras: 8
2. Número de países que implementaram um plano nacional de promoção da saúde com alocação de recursos nacionais	17	21	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
3. Número de países que incorporaram o enfoque de gênero em seus serviços de saúde	22	32	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
4. Número de países que implementaram um plano nacional multissetorial para prevenção da violência	17	25	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Com relação a este aumento, cabe assinalar que houve um aumento no número de países que também incorporaram medidas específicas para abordar a violência interpessoal (de 17 a 24 países no período de 2007–2011), assim como a violência de gênero (de 11 a 22 países no mesmo período).
5. Número de países que implementaram um plano nacional para melhorar a saúde materna, do recém-nascido e da criança	30	32	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
6. Taxa de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos	2007:  62,4 por 100.000 nv	2010:  65,7 por 100.000 nv	Fonte: Saúde nas Américas, 2012.  A melhora nos registros levou a um aumento aparente durante este período. Cabe assinalar que, em 2000, a taxa de mortalidade materna foi de 76,4 por 100.000 nascidos vivos, ou seja,

Indicadores substitutos	2007	2011	Fonte e observações
			houve uma redução de 14,0% no período de 2000 a 2010.
7. Taxa de mortalidade infantil	2006: 17,7 por 100.000 nv	2010: 14,8 por 100.000 nv	Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2007 e 2010.
8. Taxa de mortalidade neonatal	2005: 11 por 1.000 nv	2010: 9 por 1.000 nv	Fonte: UNICEF, Banco Mundial, UNDP, CEPAL e OMS, 2011. Estimativas sobre mortalidade infantil: dados e tendências. Pode ser consultado em <a href="http://www.childmortality.org">www.childmortality.org</a> (em inglês).
9. Taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos por 1.000 nascidos vivos	2006: 22,4 por 100.000 nv	2010: 18,0 por 100.000 nv	Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2007 e 2010.
10. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças menores de 5 anos	2005: 6,9%	2010: 6,9%	Fonte: OMS. WHO Global Info Base 2012. Pode ser consultado em: <a href="http://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx">http://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx</a> (em inglês).
11. Prevalência de baixa estatura para a idade em crianças menores de 5 anos	ND	2010: 3,3% (2 milhões)	Fonte: OPAS, 2012. Programa de saúde Familiar e Comunitária.
12. Cobertura de vacinação em nível nacional (usando DPT3 como marcador)	2007: 93%	2010: 93%	Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2007 e 2010.  A Região tem mantido suas conquistas para o alcance da meta de 95% de cobertura de vacinação em nível nacional.
13. Número de países que incorporaram novas vacinas ao esquema nacional de vacinação	Período de 2008–2011: 22 países		Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Novas vacinas e número de países incorporaram estas vacinas: Vacina contra HPV: 7 Vacina antipneumocócica : 18 Vacina contra o rotavírus: 11 Outras: 17 (principalmente vacina contra a gripe)

### ***Conclusões***

- (a) No período de 2008–2011, houve uma resposta importante de 29 países da Região para abordar as recomendações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde.
- (b) Observam-se importantes avanços nos temas de promoção da saúde, enfoque de gênero, inclusão social, atenção a riscos, mudança climática, enfoque de direitos e prevenção da violência.
- (c) O uso da Agenda em todos os níveis do setor da saúde e de outros setores sociais relevantes nos países, assim como nas sub-regiões e nos organismos internacionais, facilitará a abordagem dos determinantes da saúde na Região das Américas.
- (d) Observa-se um importante avanço na taxa de mortalidade infantil e na taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos.
- (e) A taxa de mortalidade materna teve um aumento discreto no período de 2007–2010 (de 62,4 a 65,7 por 100.000 nascidos vivos). Isso pode ser decorrente à melhora nas estatísticas vitais dos países. No entanto, este aumento discreto é preocupante, visto que havia uma tendência de queda deste indicador desde 2000, quando a taxa foi de 79,4 por 100.00 nascidos vivos. O risco de morte no parto ou puerpério continua sendo inaceitavelmente elevado, já que supera entre 12 e 18 vezes o risco observado nos países desenvolvidos.

### ***Recomendações***

- (a) É necessário que os países continuem propiciando abordagens intersetoriais de modo a realizar intervenções eficazes com efeito nos determinantes sociais da saúde.
- (b) É necessário institucionalizar mecanismos de coordenação intersetorial para abordar os determinantes sociais da saúde.
- (c) Seria desejável que houvesse avanço nos acordos mundiais (como a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco) com efeito sobre os determinantes sociais da saúde, promovendo medidas como alimentação saudável (redução do consumo de sódio, gorduras e açúcares), atividade física e consumo racional do álcool, entre outras.
- (d) É necessário que o setor da saúde defenda a incorporação da saúde em todas as políticas.
- (e) É necessário produzir provas com pesquisas, estudos e conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde, analisando o impacto dos estilos de vida e os fatores de risco, a carga econômica, as desigualdades e as lacunas, entre outros, de modo a contribuir para o processo de formulação de políticas relacionadas aos determinantes sociais.

**(c) Aumentar a proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade****Resultados**

53. Observa-se uma melhora em todos os 9 indicadores substitutos desta área de ação.

<b>Indicadores substitutos</b>	<b>2007</b>	<b>2011</b>	<b>Fonte e observações</b>
1. Número de países que implementaram políticas públicas para melhorar a proteção social	25	31	<p>Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.</p> <p>Em geral, há um aumento no número de países que implementaram políticas públicas para melhorar a proteção social, em particular, dos 31 países que implementaram políticas públicas, 100% abordam o acesso aos serviços de saúde, 23 países têm políticas sobre segurança e ação solidária no financiamento, e 29 têm políticas que incluem os direitos do paciente.</p>
2. Gastos públicos nacionais em saúde como porcentagem do produto interno bruto	2006: ALC 3,1%	2011: ALC 3,7%	<p>Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2011 e 2012 e Segundo relatório parcial de progresso do Plano Estratégico 2008–2012 da OPAS.</p> <p>Os dados disponíveis para 2006 e 2011 correspondem à América Latina e ao Caribe (ALC). Cabe assinalar que, em 2008–2009, os gastos públicos com saúde na ALC chegaram a 4%. A redução em 2010–2011 se dá porque o aumento dos gastos não foi mantido. Também é importante assinalar que a variação percentual nos países da Região é de 1% a 14%. Os dados disponíveis para toda a Região em 2011 indicam um percentual de 13,1%.</p>
3. Número de com cobertura do sistema público de saúde	20	21	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
4. Despesas por conta própria em saúde, expressas como porcentagem dos gastos totais em saúde	2006: ALC 52%	2010: ALC 47%	<p>Fonte: OPAS, 2012. Indicadores básicos de e Segundo relatório parcial de progresso do Plano Estratégico 2008–2012 da OPAS.</p> <p>Observou-se progresso na redução das despesas por conta própria. Cabe assinalar que, em 2008–2009, atingiu-se uma redução</p>

Indicadores substitutos	2007	2011	Fonte e observações
			<p>de até 42%, condizente com o aumento nos gastos públicos com saúde.</p> <p>Deve-se notar que a meta estabelecida no Plano Estratégico da OPAS para 2013 é de 40% e a média observada nos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) com sistemas de saúde com cobertura universal para as despesas por conta própria é de 20% dos gastos totais em saúde.</p>
5. Número de países que implementaram uma política que inclui melhora no acesso aos medicamentos	26	31	<p>Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.</p> <p>É significativo o número de países que já dispõem de uma política de medicamentos; além disso, há um aumento dos países que implementaram a política.</p>
6. Número de países que usaram o Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública da OPAS	10	15	<p>Fonte: OPAS, 2012. Segundo relatório parcial de progresso do Plano Estratégico 2008–2012 da OPAS.</p> <p>Aumentou o número de países que está usando o Fundo Estratégico. Além disso, o volume de compras através deste fundo aumentou significativamente, passando de US\$ 18,3 milhões em 2007 a US\$ 49 milhões em 2011, o que evidencia maior uso deste mecanismo por parte dos países nos últimos 5 anos.</p>
7. Número de países que usaram a estratégia de atenção primária à saúde renovada no próprio modelo de atenção	17	24	<p>Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.</p> <p>Há um aumento importante no uso da atenção primária à saúde renovada no modelo de atenção nos países.</p>
8. Número de países cujos sistemas de saúde incorporaram medidas específicas para a atenção das populações indígenas	17	21	<p>Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.</p> <p>Aumento no número de países que incorporaram medidas específicas direcionadas às populações indígenas; no entanto, existem 10 países que responderam que não se aplica, possivelmente porque não têm esta população.</p>

Indicadores substitutos	2007	2011	Fonte e observações
9. Número de países que implantaram programas de melhoria da qualidade da atenção	28	31	<p>Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.</p> <p>É significativo o número de países que têm um programa de melhoria da qualidade de atenção; além disso, há um aumento do número de países que implementaram medidas.</p>

### **Conclusões**

- (a) Observa-se que a maioria dos países (31/35) está implantando políticas públicas para melhorar a proteção social. No entanto, o número de países que proporcionam cobertura de saúde do sistema público foi constante (21/35 em 2011).
- (b) O aumento dos gastos públicos nacionais em saúde como porcentagem do PIB na América Latina e Caribe foi limitado, passando de 3,1% a 3,8% de 2006 a 2011. Cabe assinalar que, em 2008–2009, os gastos públicos em saúde chegaram a 4%. A redução em 2010–2011 ocorreu porque o aumento dos gastos não foi mantido.
- (c) Observou-se progresso na redução das despesas por conta própria, de 52% em 2007 a 47% em 2011. No entanto, representa um retrocesso em comparação a 2008–2009, quando as despesas por conta própria foram de 42%. Cabe assinalar que a meta estabelecida no Plano Estratégico da OPAS para 2013 é de 40%. Por outro lado, nos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico com sistemas de saúde com cobertura universal, a média observada das despesas por conta própria é de 20% dos gastos totais em saúde.
- (d) O número de países que usam a atenção primária à saúde no próprio modelo de atenção passou de 17 em 2007 a 24 em 2011.
- (e) O acesso a medicamentos é um aspecto-chave, como demonstra o fato de que 30 países dispõem de políticas para melhorar este acesso e o aumento importante no número de países que usam o Fundo Estratégico da OPAS. Quanto a este fundo, o volume de compras solicitadas pelos países da Região aumentou de 18,3 milhões em 2007 a US\$ 49 milhões em 2011. No entanto, é necessário melhorar a coordenação do fornecimento das provisões aos países, a fim de evitar possível desabastecimento.

### **Recomendações**

- (a) Realizar uma avaliação mais a fundo dos sistemas de proteção social dos países.
- (b) O setor deve liderar os esforços para defender o aumento do investimento público em saúde, assim como a redução das despesas por conta própria.

- (c) Centrar os esforços para aumentar a proteção social nos países, buscando alcançar a cobertura universal, independentemente de o sistema envolver contribuição ou não.
- (d) Continuar impulsionando o Fundo Estratégico da OPAS, assim como outros mecanismos destinados a superar as barreiras de acesso a estas provisões e de coordenação do fornecimento.
- (e) Além disso, há a necessidade de analisar os processos e os procedimentos para o uso do Fundo Estratégico de modo a simplificá-los e possibilitar superar as barreiras burocráticas que podem estar limitando o seu uso.

**(d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as desigualdades dentro dos próprios países**

***Resultados***

54. Observa-se uma melhora em 8 dos 11 indicadores substitutos desta área, e para três indicadores não havia dados para comparar a situação antes e depois da introdução da Agenda de Saúde das Américas.

<b>Indicadores substitutos</b>	<b>2007</b>	<b>2011</b>	<b>Fonte e observações</b>
1. Porcentagem de partos atendidos por profissionais da saúde capacitados	91,3%	95,2%	Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2007 e 2011.
2. Número de países que têm um sistema nacional de informação em saúde que permita analisar as desigualdades	24	27	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Destaca-se que em 26 dos 27 planos nacionais, foram incluídas as variáveis de sexo e idade, e em 14 deles o grupo étnico e outras variáveis.
3. Proporção de baixo peso ao nascer (%) (<2500 g)	8,1%	8,2%	Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2007 e 2011.  Considerando os períodos anteriores a 2007, se observa que este indicador ficou constante. Destaca-se que os países melhoraram o registro de acordo com a análise das certidões de nascimento.
4. Número de países que têm um plano nacional de desenvolvimento	25	27	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.

Indicadores substitutos	2007	2011	Fonte e observações
			Em 25 dos 27 planos de desenvolvimento foi incluída a saúde e em 22 foram incluídas educação e nutrição.
5. Número de novos casos de transmissão materno-infantil do HIV	ND	3.200	Fonte: UNAIDS, 2011, estimativas de 2011; OPAS, 2011, Estratégia e plano de ação para eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis congênita  A taxa de transmissão estimada em 2010 foi de 15%. As principais barreiras para reduzir a transmissão materna é o baixo percentual de testes de HIV em gestantes. Embora tenha existido um aumento de 29% a 57% (de 2005 a 2009), este percentual continua sendo baixo.
6. Incidência da transmissão materno-infantil de sífilis congênita	ND	9.828 casos notificados por 26 países e territórios	Fonte: UNAIDS, 2011, estimativas de 2011; OPAS, 2011, Estratégia e plano de ação para eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis congênita
7. Prevalência da infecção pelo HIV (por sexo e faixa etária)	ND	Prevalência na faixa etária de 15 a 49 anos: Caribe: 1,0 América Latina: 0,4 Estados Unidos e Canadá: 0,6	Fonte: UNAIDS, 2012.
8. Prevalência do uso de anticoncepcionais	2006:  11 países e territórios com prevalência de uso de anticoncepcionais superior a 60%	2010:  14 países e territórios com prevalência de uso de anticoncepcionais superior a 60%	Fonte: UNFPA, 2010. <i>How Universal is Access to Reproductive Health.</i>
9. Número de países que implementaram um programa nacional para o desenvolvimento da saúde do adolescente (10 a 19 anos) e do jovem (15 a 24 anos)	22	26	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.

Indicadores substitutos	2007	2011	Fonte e observações
10. Número de países que implementaram um programa nacional do idoso	22	26	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
11. Porcentagem de organismos internacionais do sistema interamericano e das Nações Unidas que alinharam a ajuda prestada com as áreas de ação da Agenda de Saúde das Américas	2008–2011: 6 dos 9 que responderam		Fonte: Pesquisa de organismos, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.

### Conclusões

- (a) É importante destacar os importantes avanços realizados pelos países como o aumento da porcentagem de partos atendidos por pessoal capacitado, que atingiu 95,2% em 2011, superando a meta estabelecida no Plano Estratégico da OPAS para 2013. No entanto, é preocupante que a proporção de peso baixo ao nascer esteja se mantendo estável por vários anos.
- (b) Observa-se que há um número crescente de países elaborando planos de desenvolvimento integrados nos quais são incorporados objetivos e metas de saúde, inclusive estão sendo incorporadas metas de educação e da área social.
- (c) Os países têm avançado na incorporação dos sistemas nacionais de informação em saúde, incluindo variáveis que permitem analisar as desigualdades, sendo que 27 os países que já as incorporaram.
- (d) Destaca-se que cada vez mais os países estruturam programas baseados no ciclo completo de vida, como mostrado pelo progresso de programas direcionados aos adolescentes e idosos. Além disso, os países continuam avançando no uso de contraceptivos: em 2010, 14 países apresentavam uma prevalência de uso superior a 60%.
- (e) O número de novos casos de transmissão materno-infantil do HIV continua sendo um problema. Embora tenha existido um aumento de 29% a 57% (de 2005 a 2009), este percentual continua sendo baixo.

## Recomendações

- (a) Embora se observe que a maioria dos países tem planos nacionais de desenvolvimento que integram a saúde e outras áreas sociais, seria desejável que este tipo de planejamento fosse aplicado em todos os países da Região.
- (b) Devem-se fortalecer os sistemas de informação com a incorporação de variáveis relacionadas ao grupo étnico e de outros tipos, que permitam abordar as desigualdades em termos de saúde em toda a Região.
- (c) Embora tenha sido registrado um aumento dos partos atendidos por pessoal capacitado, seria importante realizar um estudo em que este tema seja analisado, assim como seu impacto na mortalidade materna e infantil.
- (d) Os países devem continuar seus esforços para manter e expandir o uso de anticoncepcionais, especialmente aqueles que ainda têm cobertura inferior a 60%.
- e) **Reduzir os riscos e morbidade**

## Resultados

55. Houve melhora em 12 dos 19 indicadores substitutos desta área, registrou-se mudança em um indicador e houve retrocesso (ou piora da situação) em cinco e não havia dados sobre um indicador para comparar a situação antes e depois da introdução da Agenda de Saúde das Américas.

Indicadores substitutos	2007	2011	Fonte e observações
1. Número de países que implementaram um programa nacional para prevenção e do controle de doenças crônicas	23	31	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Uma melhora expressiva é observada, pois mais países têm e implementam programas nacionais para DNTs. Além disso, o número de países que implementaram um sistema de vigilância de fatores de risco de DNTs (usando a metodologia STEPS) cresceu de 10 a 21 no período de 2007–2011.
2. Número de países que implementaram um programa nacional de saúde mental	27	30	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
3. Taxa de mortalidade de diabetes por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)	2008: 27,0 por 100.000	2011: 32,8 por 100.000	Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2008 e 2011.  Aumento visível na taxa de mortalidade, de

Indicadores substitutos	2007	2011	Fonte e observações
	hab.	hab.	<p>quase 6 pontos. Provavelmente houve melhora nos sistemas de informação, mas também pode ser devido ao perfil epidemiológico (por exemplo, longevidade, qualidade de vida).</p> <p>De acordo com as projeções de Saúde nas Américas (2012), estima-se que o número de pessoas diabéticas na Região aumentará de 62,8 milhões em 2011 a 91,1 milhões em 2030.</p> <p>No futuro, deve-se considerar incluir os anos perdidos por morte prematura.</p> <p>Devem ser fortalecidos os sistemas de vigilância para DNTs e as doenças devem ser desagregadas dentro do grupo de doenças metabólicas e endócrinas.</p>
4. Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)	2008: 81,0 por 100.000 hab.	2011: 76,4 por 100.000 hab.	<p>Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2008 e 2011.</p> <p>Redução de aproximadamente 5 pontos do período de 2003–2005 a 2007–2009, compatível com a tendência regional observada nos últimos anos. É importante assinalar que, em 2007, as doenças isquêmicas do coração representavam a segunda causa de morte em 30 países da Região.</p> <p>Doença desagregada dentro do grupo de doenças circulatórias: importante notar que a Agenda de Saúde das Américas destaca alguns temas específicos.</p>
5. Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)	2008: 42,3 por 100.000 hab.	2011: 43,1 por 100.000 hab.	<p>Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2008 e 2011.</p> <p>O aumento de 0,8 morte por 100.000 indica uma tendência estável no período considerado.</p>
6. Taxa de mortalidade por neoplasias malignas por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)	2008: 116,3 por 100.000 hab.	2011: 118,8 por 100.000 hab.	<p>Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2008 e 2011.</p> <p>O aumento de 2,5 por 100.000 habitantes parece indicar uma tendência estável. É uma estimativa com base nos dados disponíveis dos países nos períodos informados.</p> <p>Destaca-se que houve uma ligeira queda da</p>

Indicadores substitutos	2007	2011	Fonte e observações
			mortalidade por todos os tipos de câncer em toda a Região em ambos os sexos desde 2000 (Saúde nas Américas, 2012).
7. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito por 100.000 habitantes (ajustada por idade e sexo)	2007:  15,5 por 100.000 hab.  36 por 100.000 veículos motorizados	2010:  14,1 100.000 hab.  30,2 por 100.000 veículos motorizados	Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2007 e 2010.  A redução pode ser resultado da introdução e cumprimento das leis e regulamentações de segurança viária.
8. Número de países que criaram ambientes propícios para promoção da atividade física	19	29	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Aumento notável na criação de ambientes saudáveis para a atividade física.
9. Prevalência do tabagismo	ND	22% (em adultos)	Fonte: OMS, 2012 e OPAS, 2012. Segundo relatório parcial de progresso do Plano Estratégico 2008–2012 da OPAS.  A prevalência do tabagismo em adultos na Região é muito próxima à média mundial de 24%. Houve um importante aumento do número de países que obtiveram redução de 10% do tabagismo, de 3 países em 2007 a 10 em 2011.
10. Número de países que implementaram medidas de redução da demanda da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CMCT)	18	29	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Observam-se avanços expressivos nos países da Região quanto à implementação das medidas da CMCT e um aumento na aplicação de todos os artigos da Convenção, em especial o Artigo 8 (ambientes livres de fumo). A aplicação dos mandatos da CMCT está sendo traduzida em redução do tabagismo nos países.

Indicadores substitutos	2007	2011	Fonte e observações
11. Número de países que implementaram um programa nacional para prevenção de problemas de saúde pública causados pelo uso prejudicial de álcool ou de substâncias psicoativas	24	29	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Componentes e número de países que incluíam estes componentes nos seus programas nacionais em 2011: Bebidas alcoólicas: 25 Drogas e substâncias psicoativas: 27
12. Número de países que implementaram um programa nacional de segurança alimentar e nutricional	22	29	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Componentes e número de países que incluíam estes componentes no seu programa nacional em 2011: - Regulamentação da publicidade: 12 - Regulamentação do teor de açúcar, gorduras e de sal: 11 - Comunicação e educação: 28
13. Prevalência da obesidade (IMC superior a 25) em adultos (acima de 15 anos) por sexo (estimativa)	2005:  Total: 27,2% Sexo feminino: 31,0% Sexo masculino: 23,3%	2010:  Total: 32,9% Sexo feminino: 37% Sexo masculino: 28,7%	Fonte: OMS, 2012. . Global Info Base. Pode ser consultado em <a href="http://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx">http://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx</a> .  Embora as projeções indiquem uma tendência crescente, deve-se notar que elas se baseiam em estimativas. Devem ser implementadas estratégias para registrar e notificar os dados.
14. Taxa de incidência de tuberculose por 100.000 habitantes (todas as formas e BK+).	2007:  Todas as formas de TB: 24,0 por 100.000 hab.  BK+: 13,2 por 100.000 hab.	2009:  Todas as formas de TB: 23,5 por 100.000 hab.  BK+: 12,1 por 100.000 hab.	Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2007 e 2009, e Saúde nas Américas 2012.  De acordo com a publicação Saúde nas Américas (2012), houve uma redução constante da incidência de TB desde a década de 1990, com redução de até 4% ao ano a partir da implantação da estratégia DOTS em 2006. Também foi observada uma melhora no tratamento, com uma taxa de sucesso de 58% na coorte de 1997 a 77% na de 2008. No entanto, recentemente surgiram desafios com o aparecimento de casos multirresistentes e ultrarresistentes e com relação à manutenção da aplicação da estratégia DOTS (Segundo relatório parcial de progresso do Plano Estratégico 2008–2012 da OPAS).

Indicadores substitutos	2007	2011	Fonte e observações
15. Taxa de incidência de aids por 100.000 habitantes	2007:  10,5 por 100.000 hab.	2009:  10,7 por 100.000 hab.	Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2007 e 2009.  De acordo com os dados disponíveis, o observa-se estabilidade da incidência durante o período.  De acordo com as estimativas do UNAIDS em 2010, cerca de 3,2 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV na Região das Américas; 48% nos Estados Unidos e Canadá (1,5 milhão), 44% na América Latina (1,4 milhão) e 8% no Caribe (240.000). Do total, 57.000 são menores de 15 anos.
16. Número de casos da malária notificados anualmente na Região	2007:  786.393 (148,7 por 100.000 hab.)	2010:  680.174 (124,1 por 100.000 hab.)	Fonte: OPAS, Indicadores básicos de 2007 e 2010.  Registra-se uma tendência à redução, a qual é compatível com o comportamento da doença desde 2000. Esta doença continua sendo endêmica em 21 países da Região.
17. Número de casos de dengue notificados	2006:  427.627	2011:  1.699.072	Fonte: Saúde nas Américas 2012.  Em 2009, foi mudada a definição da dengue hemorrágica para caso grave. Apesar desta mudança, observa-se redução expressiva na letalidade por casos de dengue grave.
18. Número de países com certificação da interrupção da transmissão da doença de Chagas por vetores nos 21 países endêmicos da Região	3 de 21 países em 2006	14 de 21 países em 2011	Fonte: OPAS, 2012. Segundo relatório parcial de progresso do Plano Estratégico 2008–2012 da OPAS.  Países com índice de infestação menor de 1%. Observa-se um avanço constante para a eliminação desta doença.
19. Número de países da Região onde a oncocercose é endêmica que certificaram sua eliminação.	0 de 6 países em 2006	1 país em processo de certificação	Fonte: OPAS, 2012. Segundo relatório parcial de progresso do Plano Estratégico 2008–2012 da OPAS.  A Colômbia está em processo de certificação. Países endêmicos: Colômbia, Equador, Guatemala, México, Venezuela e Brasil.

**Implementação dos diferentes artigos  
da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, 2007–2011**

Artigo	Número de países por ano	
	2007	2011
<i>Artigo 6:</i> impostos	9	16
<i>Artigo 8:</i> ambientes livres de fumo	14	28
<i>Artigo 11:</i> pacote e rótulos	14	23
<i>Artigo 13:</i> proibição de publicidade, promoção e patrocínio	12	20

**Conclusões**

- (a) Dos 19 indicadores substitutos definidos para medir o avanço nesta área, observa-se melhora na maioria deles (63%), com exceção para os temas relacionados a doenças crônicas não transmissíveis (por exemplo, diabetes), assim como aos fatores de risco associados (como a obesidade) e doenças como a dengue, aids e tuberculose.
- (b) Observa-se que a maioria dos países tem priorizado em suas políticas, planos, estratégias e programas a abordagem das doenças crônicas (crescimento de 19 a 26 países no período avaliado) com um enfoque integral que promove ambientes propícios para atividade física, e tem elaborado programas para abordar os problemas de saúde mental, o uso prejudicial do álcool, drogas e substâncias psicoativas e programas de segurança alimentar e nutricional.
- (c) Observa-se um aumento importante do número de países que criaram ambientes saudáveis para atividade física, de 19 em 2007 a 29 em 2011.
- (d) No tema nutricional, observa-se que 50% dos países incluíram a regulação da publicidade e do teor de gordura, açúcar e sal nos alimentos. Neste sentido, é necessário levar em conta que as projeções indicam uma tendência crescente na obesidade em adultos, em particular nas mulheres.
- (e) Sobre o tema de prevenção do tabagismo, os países tiveram avanços na aplicação das medidas contidas em todos os artigos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Destaca-se como maior avanço a legislação e a regulamentação do tabagismo (Artigo 8: ambientes livres de fumo).
- (f) Observa-se um aumento de 24 países, em 2007, a 29, em 2011 que implantaram um programa nacional para prevenção de problemas de saúde pública causados pelo uso prejudicial do álcool, drogas e substâncias psicoativas. Cabe assinalar que, dos 29 países que tinham um programa, mais de 90% incluíam componentes para a prevenção do uso prejudicial do álcool, drogas e substâncias psicoativas.

- (g) A taxa de incidência da aids e tuberculose não apresentou grande mudança no período de 2007–2011. No caso da tuberculose, é preocupante o aumento de casos multirresistentes e de coinfeção de tuberculose e HIV. A manutenção da estratégia DOTS continua sendo um desafio.
- (h) Quanto às doenças transmitidas por vetores, observa-se uma tendência favorável no caso da malária e da doença Chagas, que coincide com os períodos anteriores. No entanto, é preocupante o aumento de casos notificados de dengue, que triplicaram de 2006 a 2011 (de 476.627 a 1.699.072 casos). Cabe destacar os avanços para a eliminação da oncocercose nos 6 países endêmicos, um dos quais já está em processo de certificação.
- (i) Os indicadores de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis prevalentes (doenças circulatórias e neoplásicas) mostram uma tendência estável no período avaliado. Por outro lado, a mortalidade por diabetes aumentou. As estimativas disponíveis indicam uma tendência crescente na prevalência da obesidade, em particular em mulheres adultas.
- (j) A taxa de mortalidade por acidentes de trânsito teve uma pequena redução no período de 2007–2010, que poderia ser resultado da introdução e cumprimento das leis e regulamentações de segurança viária nos países.

### ***Recomendações***

- (a) Continuar fortalecendo a implantação de planos e programas de redução de riscos e morbidade das doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase na abordagem integral da segurança alimentar e nutricional e, em particular, nos componentes de regulação da publicidade e do teor de gordura, açúcar e sal dos alimentos.
- (b) Priorizar as estratégias para o controle e a prevenção da transmissão do HIV/aids e da tuberculose.
- (c) Prestar atenção especial às intervenções integrais para prevenção e controle da dengue.
- (d) Melhorar a captação e o registro de dados nos sistemas de informação das doenças crônicas levando em consideração os riscos.
- (e) Manter os investimentos realizados para continuar avançando na eliminação das doenças negligenciadas na Região.
- (f) **Fortalecer a gestão e o desenvolvimento dos profissionais da saúde**

**Resultados**

56. Observa-se uma melhora significativa em todos os cinco indicadores substitutos desta área de ação, como pode ser visto abaixo.

<b>Indicadores substitutos</b>	<b>2007</b>	<b>2011</b>	<b>Fontes e observações</b>
1. Número de países que implementaram políticas nacionais para o fortalecimento da força de trabalho da saúde	23	29	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Todos os países tiveram melhora neste indicador. O componente que teve maior progresso foi o de credenciamento das entidades formadoras. O que teve menor progresso foi o relacionado aos acordos bilaterais em termos absolutos e é o mais atrasado. Foram registrados avanços expressivos nas ações no interior do próprio país.
2. Número de países com densidade da força de trabalho de saúde (médicos, enfermeiros e parteiras) de 25 por 10.000 habitantes.	2006: 12	2011: 22	Fonte: OPAS, 2012. Segundo relatório parcial de progresso do Plano Estratégico 2008–2012 da OPAS.
3. Número de países que informam monitoramento das 20 metas regionais de recursos humanos para a saúde	9	23	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Observa-se um aumento importante no monitoramento das metas regionais de recursos humanos para a saúde, mas é necessário continuar trabalhando nesta área de ação.
4. Número de países que estabeleceram redes de aprendizagem para melhorar as competências em saúde pública dos profissionais da saúde	16	24	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
5. Número de países que participaram em acordos bilaterais ou multilaterais que abordam a migração de profissionais da saúde	4	11	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.

**Conclusões**

- (a) Os recursos humanos no âmbito da saúde passaram a ocupar uma posição de destaque e a ser priorizados na maioria dos países, como demonstra o fato de que 29 países têm políticas nacionais para o fortalecimento da força de trabalho na saúde e 22 países aumentaram a densidade da sua força de trabalho para 25 trabalhadores por 10.000 habitantes. Isso fica também evidente com o aumento de 9 (2007) para

23 países (2011) que informam monitoramento das metas regionais de recursos humanos para a Região. Esta posição de destaque também se manifesta no monitoramento das metas regionais de recursos humanos para a saúde 2007–2015, as quais estão organizadas segundo os cinco desafios críticos mencionados na Agenda de Saúde das Américas e no Chamado à Ação de Toronto.

- (b) É importante destacar o avanço na criação de redes para melhorar as competências em saúde pública, estabelecidas em 29 países.
- (c) A migração de profissionais da saúde é um tema que adquiriu importância, como evidenciado no aumento dos acordos bilaterais ou multilaterais a este respeito, que aumentaram de 4, em 2007, a 11, em 2011.

### **Recomendações**

- (a) Intensificar os esforços de gestão e desenvolvimento de profissionais da saúde, principalmente na área dos acordos bilaterais ou multilaterais que abordam a migração dos profissionais da saúde e o monitoramento das metas regionais de recursos humanos para a saúde. Além disso, implementar uma política de incentivos para os recursos humanos em saúde a fim de garantir a permanência dos profissionais e a qualidade da prestação de serviços.
- (b) Continuar os esforços para aumentar a força de trabalho na saúde com o objetivo de atingir, na maioria dos países da Região, o nível recomendado.

### **g) Tirar proveito do conhecimento, ciência e tecnologia**

### **Resultados**

57. Observa-se uma melhora em todos os 5 indicadores substitutos desta área de ação.

<b>Indicadores substitutos</b>	<b>2007</b> <sup>Error!</sup> Bookmark not defined.	<b>2011</b>	<b>Fonte e Observações</b>
1. Número de países que têm um sistema ou mecanismo que facilita a tomada de decisão baseada em evidência.	21	28	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
2. Número de países que implementaram uma política ou plano nacional de pesquisa em saúde.	13	17	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.

Indicadores substitutos	2007 <sup>Error!</sup> Bookmark not defined.	2011	Fonte e Observações
3. Número de países que constituíram uma comissão nacional destinada a monitorar o cumprimento das normas éticas em pesquisas científicas.	24	28	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
4. Número de países que implementaram normas de acordo com os padrões internacionais de qualidade, segurança e eficácia de insumos para a área da saúde.	25	29	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Cabe assinalar que, dos 29 países, todos implementaram normas de medicamentos, 22 de insumos e 18 de tecnologias de saúde.
5. Número de países que implementaram uma política que inclui o uso racional dos medicamentos <sup>2</sup> .	22	27	Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.

### **Conclusões**

- (a) Os países fizeram progresso quanto à necessidade de fundamentar suas políticas cientificamente, no entanto, parece ainda ser deficiente a geração de políticas nacionais de pesquisa em saúde, como evidenciado pelo fato de que somente 17 países têm políticas ou planos a este respeito.
- (b) É significativo o número de países (27) que têm mecanismos institucionais para monitorar o cumprimento das normas éticas em pesquisas científicas.
- (c) Destaca-se o avanço obtido em 29 países da Região que estão aplicando normas de acordo com os padrões internacionais de qualidade, segurança e eficácia de insumos para a área de saúde.

### **Recomendações**

- (a) Redobrar os esforços para favorecer que as autoridades sanitárias dos países formulem políticas nacionais de pesquisa para abordar os principais problemas em saúde pública, em conformidade com as prioridades nacionais. Além disso, estas políticas deverão receber financiamento apropriado.

---

<sup>2</sup> Por uso racional dos medicamentos se entende o uso correto e apropriado. Para que exista uso racional, o paciente tem de receber o medicamento adequado na devida dose por um período suficiente, ao menor custo para ele e para a comunidade.

- (b) Continuar intensificando os esforços para a qualidade, segurança e eficácia dos insumos, um dos principais fatores para a atenção de saúde.

**(h) Fortalecer a segurança de saúde**

**Resultados**

58. Observa-se melhora em quatro dos seis indicadores substitutos desta área e não havia dados sobre dois indicadores para comparar a situação antes e depois da introdução da Agenda de Saúde das Américas.

<b>Indicador substituto</b>	<b>2007</b>	<b>2011</b>	<b>Fonte e observações</b>
1. Número de países que implementaram planos ou programas nacionais de prontidão em situação de emergência ou desastre para o setor da saúde	30	35	<p>Fonte: Pesquisa com os países, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.</p> <p>Componentes e número de países que incorporaram estes componentes aos seus planos ou programas nacionais em 2011:  Desastres: 35  Pandemias: 33  Doenças: 30  Outros: 6</p> <p>Observa-se uma melhora em todos os componentes em comparação a 2007.</p>
2. Número de países que adquiriram a infraestrutura básica de vigilância e resposta em conformidade com os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (2005)	0	<p>Julho de 2012:</p> <p>6 em processo</p>	<p>Fonte: OPAS, 2010. Programa de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças.</p> <p>Em 18 de julho de 2012, 6 dos 35 países haviam informado ter adquirido a infraestrutura básica do RSI; 28 dos 35 países haviam solicitado uma prorrogação à OMS para cumprir este requisito do RSI até 2014 e um país não havia comunicado sua posição à OMS a este respeito.</p>
3. Número de países que mantiveram a vigilância e estão preparados para enfrentar as doenças zoonóticas emergentes e reemergentes	31	33	<p>Fonte: Pesquisa com os organismos; Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.</p> <p>Destaca-se que, dos 33 países que mantiveram a vigilância e estão preparados para enfrentar doenças zoonóticas, 29 integraram esta vigilância aos sistemas de informação de saúde.</p>

<b>Indicador substituto</b>	<b>2007</b>	<b>2011</b>	<b>Fonte e observações</b>
4. Porcentagem de eventos de importância de saúde pública internacional que foram verificados no prazo recomendado pelo Regulamento Sanitário Internacional	ND	100%	Fonte: OPAS, 2010. Programa de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças.  Dos 196 eventos de potencial importância de saúde pública internacional notificados, todos foram investigados em 2011.
5. Número de organismos internacionais que colaboraram com as autoridades nacionais para responder a situações que ameaçam a segurança de saúde	ND	Período de 2008–2011:  6 de 9 organismos	Fonte: Pesquisa de organismos, Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.
6. Número de países que formaram equipes de alerta e resposta para surtos e epidemias	30	35	Fonte: Pesquisa com os organismos; Avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas, 2012.  Em 2011, todos os países tinham equipes de alerta e resposta.

### **Conclusões**

- (a) Todos os países informaram terem planos ou programas de prontidão para desastres e pandemias e formaram equipes de prontidão e resposta, e isto se deve ao grande esforço empreendido pelos países para preparação para a pandemia de H5N1, impulsionado pela pandemia de H1N1 de 2009–2010 e pelo RSI. Além disso, foram investigados 100% dos eventos de potencial importância de saúde pública internacional.
- (b) Quanto à implementação do RSI, somente 6 dos 35 países informaram ter adquirido a infraestrutura básica de vigilância e resposta em conformidade com os requisitos do RSI. É importante destacar que 28 dos 35 países solicitaram uma prorrogação do cumprimento da implementação do RSI (junho de 2012) de 2 anos (até junho de 2014).

### **Recomendações**

- (a) Os países devem acelerar as medidas para adquirir a infraestrutura básica de vigilância e resposta em conformidade com os requisitos do RSI. A OMS, por intermédio de seus escritórios regionais, deve reforçar sua cooperação a fim de contribuir para o fortalecimento da infraestrutura nos países.
- (b) Devem ser mantidas as capacidades de alerta e resposta para eventos de importância de saúde pública internacional no prazo recomendado no RSI.

## **V. Observações sobre o processo de avaliação**

- (a) Deve-se destacar o alto grau de participação e compromisso dos países neste processo de avaliação. Os 35 países da Região (100%) responderam a pesquisa e a qualidade das respostas foi muito boa. Cabe assinalar que houve participação dos níveis políticos, gerenciais e técnicos dos países.
- (b) É importante assinalar que a maioria dos mecanismos de integração sub-regionais participou na avaliação intermediária da Agenda.
- (c) A resposta dos organismos internacionais também foi importante: 19 organismos participaram do processo de avaliação.
- (d) A avaliação permitiu pôr à Agenda de Saúde das Américas no debate público nos países, sub-regiões e organismos internacionais. Esta avaliação contribuiu para reforçar a divulgação da Agenda nestas instâncias, o que complementa o que foi alcançado desde o seu lançamento em 2007.
- (e) A metodologia mista qualitativa e quantitativa possibilitou explicar melhor os fenômenos relativos à saúde e suas causas. Cabe assinalar que a metodologia usada nesta avaliação se concentrou em avaliar a influência, mas não as atribuições.
- (f) O fato de a Agenda não ter indicadores nem metas dificultou a avaliação. A definição de indicadores substitutos permitiu medir adequadamente o progresso antes (2007 e anos anteriores) e depois da introdução da Agenda (ao redor de 2011). Estes indicadores substitutos possibilitaram avaliar as áreas de ação e identificar os temas nos quais houve avanço e os que requerem esforços redobrados. Também possibilitaram identificar os espaços em que a cooperação internacional poderia intensificar sua atuação em prol da saúde das populações da Região.
- (g) Os indicadores substitutos poderiam ser usados para definir as metas para 2017, ao término da Agenda, a fim de facilitar a avaliação final. Também pode ser útil aos países produzir indicadores e metas próprios para o monitoramento e avaliação como parte do seu processo interno até o final do período da Agenda.
- (h) Os fatores que facilitaram a realização desta avaliação foram: o apoio da OPAS como secretariado em todo o processo, a participação e o apoio direto por parte das representações da OPAS/OMS nos países e a participação ativa do grupo de trabalho com pontos focais de 10 países da Região.

### **Limitações do processo de avaliação**

- (a) A Agenda não dispõe de um modelo de avaliação, referências ou metas para avaliá-la. Embora tenha sido parcialmente resolvido com a elaboração e medição dos indicadores substitutos definidos nesta avaliação, existem casos nos quais não se pode medir os avanços de maneira mais precisa pela falta de dados. Recomenda-se que, em processos similares, exista uma referência que permita comparar a situação anterior e as mudanças ocorridas ao longo da implementação.
- (b) Trabalhou-se com um número limitado de indicadores em algumas áreas de ação. Também é importante assinalar que há vários temas que são repetidos em diferentes áreas de ação da Agenda ou, ao contrário, estão separados em diferentes seções. Em avaliações futuras, deve-se considerar a complementaridade dos temas que são cobertos nas diferentes áreas de ação e, conseqüentemente, a avaliação dos indicadores substitutos em todas as áreas de ação.
- (c) A Agenda deveria ter incluído um plano de avaliação e um documento de implementação, com definições operacionais dos diferentes conceitos, inclusive conceitos que facilitariam sua implementação nos países.
- (d) O período abrangido na avaliação (2007–2011) é muito curto para analisar tendências ou mudanças expressivas em alguns indicadores (mortalidade materna, infantil etc.) assim como nos sistemas de saúde, especialmente pela latência na implementação de seus princípios em alguns países ou porque já faziam parte dos planos nacionais. Neste último caso, não foi possível observar mudanças.
- (e) A pesquisa da avaliação da Agenda não teve um guia que facilitasse responder as perguntas, considerando as particularidades estruturais de cada país. Os países precisam receber mais orientação para realizar melhor este processo.
- (f) Não se levou em conta a rotatividade e o caráter temporário das autoridades sanitárias nos países, o que causou mais dificuldade para realizar a avaliação, pois não havia conhecimento suficiente sobre a Agenda e isto dificultou a realização de algumas pesquisas e entrevistas. Isto também pode ter influído nas respostas sobre o conhecimento da Agenda. Além disso, limitou a participação de alguns atores-chave, como foi o caso de alguns organismos internacionais.

## VI. Conclusões e recomendações gerais

### Conclusões

- (a) A avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas foi oportuna para documentar os avanços na sua implementação e identificar os desafios e os temas dentro de cada área de ação que requerem atenção.
- (b) Esta avaliação teve um nível excelente de participação por parte dos países (os 35 países da Região), sub-regiões (5) e organismos internacionais que trabalham no âmbito da saúde na Região (19). Assim, os dados obtidos nesta avaliação têm alta representatividade da situação das variáveis nela consideradas. O compromisso dos países e do Grupo de Trabalho dos Países, junto com o apoio da Repartição Sanitária Pan-Americana, contribuiu para o êxito desta avaliação.
- (c) Durante o período avaliado, o uso da Agenda nos países foi bom, orientando a elaboração de diversos planos, políticas e estratégias nacionais de saúde, assim como de outros planos específicos nesta esfera. A divulgação da Agenda foi boa nos ministérios e secretarias da Saúde quando lançada. No entanto, a alta rotatividade das autoridades sanitárias nacionais em alguns países pode ter sido uma das causas que dificultou sua apropriação e, conseqüentemente, seu maior uso. Destaca-se que a divulgação da Agenda foi limitada em outros setores e no nível subnacional.
- (d) No nível sub-regional, a Agenda teve uso razoável, orientando a elaboração de dois programas de ação, três planos estratégicos, uma estratégia e uma política sub-regional de saúde. A divulgação foi limitada quando os países e a Repartição não adotaram uma postura proativa de incentivo à apropriação da Agenda por parte dos mecanismos de integração sub-regional.
- (e) Os organismos internacionais que trabalham no âmbito da saúde na Região usaram a Agenda de forma limitada, orientando a elaboração de poucos planos estratégicos e projetos. Uma causa poderia ser a pouca divulgação da Agenda nos organismos internacionais e seu uso limitado por parte dos países quando negociam a cooperação com tais organismos. A Repartição poderia ser mais proativa na divulgação da Agenda perante os organismos internacionais.
- (f) Houve avanços expressivos em todas as áreas de ação da Agenda (especialmente nos esforços para fortalecer a autoridade sanitária, aumentar a proteção social e o acesso a serviços de saúde, reduzir a morbidade, fortalecer a gestão e o desenvolvimento dos profissionais da saúde e tirar proveito do conhecimento, ciência e tecnologia), medidos por meio de indicadores substitutos, definidos por consenso pelo Grupo de Trabalho dos Países. No entanto, é preocupante a situação de alguns indicadores como a taxa de mortalidade materna que não teve a queda esperada nos últimos anos; o aumento no número de casos de dengue, das taxas de tuberculose, HIV/aids e obesidade; a estagnação dos gastos públicos nacionais em saúde como porcentagem do PIB ou a pequena redução das despesas por conta

própria na Região. Cabe assinalar que, para sete indicadores, não havia dados para analisar as mudanças no período de avaliação e, para três indicadores, somente foram usadas estimativas ou projeções para analisar a situação da saúde.

- (g) A Agenda não tem indicadores nem metas, o que dificultou a avaliação intermediária. Agora que já foram definidos indicadores substitutos e há valores de referência para 2011, poderiam ser estabelecidas metas para a Agenda para 2017.

### **Recomendações**

- (a) Reforçar a divulgação da Agenda nos países, em particular em outros setores e no nível subnacional. Nos países em que houve mudança de autoridades, convém realizar uma ação especial para divulgar a Agenda e a Repartição poderia desempenhar um papel proativo neste sentido.
- (b) Fortalecer a divulgação da Agenda nos mecanismos de integração sub-regional. Os países e a Repartição devem trabalhar em conjunto neste sentido.
- (c) Fortalecer a divulgação da Agenda em todos os organismos internacionais que trabalham no âmbito da saúde na Região das Américas. Os países devem usar a Agenda ao negociar a cooperação com tais organismos. A Repartição deveria desempenhar um papel mais ativo na divulgação da Agenda perante os organismos internacionais.
- (d) Quanto às áreas de ação, os países devem intensificar sua atuação para reduzir a taxa de mortalidade materna, o número de casos da dengue, tuberculose e obesidade e doenças crônicas e seus riscos; fortalecer os sistemas de proteção social; aumentar os gastos públicos nacionais em saúde e reduzir as despesas por conta própria.
- (e) Estabelecer metas para a Agenda para 2017, baseadas nos indicadores substitutos estabelecidos e usando como referência o ano de 2011, o que facilitará a avaliação final. Neste sentido, devem ser revisados os indicadores para os quais não há informação confiável e fortalecidos os sistemas de informação para melhorar a análise da situação da saúde e dispor de dados completos para a tomada de decisão.
- (f) Usar os indicadores substitutos estabelecidos na avaliação da Agenda como ponto de partida para definir os indicadores do futuro Plano Estratégico da OPAS para 2014–2019.
- (g) Usar os resultados da avaliação intermediária da Agenda como contribuição para a elaboração do novo Programa Geral de Trabalho da OMS.
- (h) Recomendar que o Grupo de Trabalho dos Países, instituído para a avaliação intermediária da Agenda, seja a base da equipe técnica dos países que participará da elaboração do futuro Plano Estratégico da OPAS 2014–2019, a fim de aproveitar esta experiência e a dinâmica de trabalho já estabelecida.

- (i) Recomendar que seja elaborado um plano de trabalho para 2013 a fim de fortalecer o processo de planejamento em saúde na Região e responder às recomendações da avaliação intermediária da Agenda. Este plano incluiria medidas específicas para fortalecer a divulgação da Agenda nos países, sub-regiões e organismos internacionais; concentrar o trabalho nos temas das áreas de ação da Agenda que precisam ser fortalecidos; definir as metas para a Agenda para 2017; elaborar o novo Plano Estratégico da OPAS 2014–2019; e fazer com que os resultados desta avaliação contribuam para o novo Programa de Trabalho da OMS, entre outros aspectos. Um esboço deste plano seria apresentado ao Comitê Executivo em setembro de 2012 para aprovação e seria executado ao longo de 2013 e, posteriormente, os resultados seriam apresentados ao Conselho Diretor da OPAS naquele mesmo ano. O grupo de países que executaria este plano seria formado com base no atual Grupo de Trabalho dos Países, que acabou de realizar a avaliação intermediária da Agenda.

**SIGLAS**

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
TRIPS	Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio
AECID	Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
ALC	América Latina e Caribe
APHA	Associação Americana de Saúde Pública
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CARICOM	Comunidade do Caribe
CDC	Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
ACDI	Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional
CMCT	Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco
COMISCA	Conselho de Ministros da Saúde da América Central
DOTS	tratamento de curta duração sob supervisão direta
DNTs	doenças crônicas não transmissíveis
ECP	Estratégia de cooperação com os países
FDA	Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos
HHS	Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos Estados Unidos
IES	Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação da OPAS
IMC	índice de massa corporal
Mercosul	Mercado Comum do Sul
nv	nascidos vivos
ND	não disponível
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	organização não governamental
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ORAS/CONHU	Organismo Andino de Saúde/Convênio Hipólito Unanue
PAHEF	Fundação Pan-Americana da Saúde e Educação
PIB	produto interno bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RPR	resultados esperados ao nível regional
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SICA	Sistema de Integração Centro-americana
STEPS	Método passo a passo para a vigilância dos fatores de risco de doenças crônicas
Unasul	União de Nações Sul-Americanas
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

**Integrantes do Grupo de Trabalho para avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas 2008–2017**

<b>País e instituição</b>	<b>Nome</b>	<b>Cargo</b>
Argentina, Ministério da Saúde	Sebastián Tobar	Diretor Nacional de Relações Internacionais
Argentina, Ministério da Saúde	María Andrea Polach	Analista da Coordenação Nacional de Relações Internacionais
Brasil, Ministério da Saúde	Leandro Viegas	Chefe da Divisão de Assuntos Multilaterais
Chile, Universidad del Desarrollo	Liliana Jadue	Vice-reitora
Costa Rica, Ministério da Saúde	Margarita Claramunt Garro	Planejadora
El Salvador, Ministério da Saúde	Matías Humberto Villatoro	Chefe da Unidade Geral de Serviços
Guiana, Ministério da Saúde	Irv Chan e Narine Singh	Diretores de Serviços de Saúde*
Panamá, Ministério da Saúde	Iritzel Santamaria	Chefe do Departamento de Análise de Situação e Tendências de Saúde, Coordenação de Planejamento
São Vicente e Granadinas, Ministério da Saúde	Thomas St. Clair	Diretor Geral de Saúde
Estados Unidos da América, HHS/CDC	Yamir Salabarría-Peña	Diretora de Planejamento, Avaliação e Monitoramento
Venezuela, Ministério do Poder Popular para a Saúde	Alexis Guilarte	Diretor Geral de Programas de Saúde
OPAS/México	Isaías Daniel Gutiérrez	Assessor em Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos
OPAS/México	David Loyola	Consultor da OPAS, mestre em Economia
OPAS/Washington	Amalia Del Riego	Assessora principal em Planejamento e Coordenação de Recursos
OPAS/Washington	Rony Maza	Especialista em Planejamento, Monitoramento e Avaliação
OPAS/Argentina	Mariana Crespo	Especialista em Relações Externas
OPAS/Washington	Oscar Mujica	Assessor Regional em Epidemiologia
OPAS/Washington	Patricia Ruiz	Assessora Regional em Análise de Saúde

\* Participaram alternadamente

### **Componente C da avaliação intermediária da Agenda de Saúde das Américas: Principais resultados e recomendações**

1. No componente C da avaliação foi examinada a contribuição da Repartição Sanitária Pan-Americana (a Repartição) ao trabalho relacionado à Agenda e seus resultados. A análise foi dividida em três partes: primeiro, foi avaliado quanto os documentos oficiais e reuniões da Repartição relacionados com a Agenda incorporavam as áreas de ação; segundo, foi examinado como os princípios e os valores da Agenda influíam na cooperação técnica da OPAS e, terceiro e último, foram analisadas as contribuições mais pertinentes da OPAS (secretariado e Estados Membros) aos resultados na Região.
2. A Agenda teve implicações importantes para o Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 (daqui em diante, o Plano Estratégico) já que em suas áreas de ação são descritas em termos gerais as prioridades para melhorar a saúde na Região; o Plano Estratégico responde às áreas de ação com os diferentes Objetivos Estratégicos e os resultados esperados ao nível regional (RPR). Portanto, a Agenda estabelece prioridades coletivas para a Região e o Plano Estratégico estabelece o compromisso da Repartição e dos Estados Membros da OPAS de abordar tais prioridades com um enfoque de gestão baseada nos resultados. De acordo com o documento CD47/8 (parágrafos 1, 2 e 3), a Agenda pertence aos Estados Membros da OPAS, nela são apresentadas as áreas de ação em 10 anos para que as populações da Região atinjam o grau máximo de saúde que se pode alcançar e é o marco principal do planejamento estratégico do trabalho da Repartição. Os indicadores do Plano Estratégico são medidas quantificáveis do progresso regional nas áreas de ação da Agenda e o Plano continua sendo uma ferramenta eficaz de monitoramento do avanço na Região para a toda a comunidade da OPAS.
3. Os resultados da avaliação mostram que, em resposta à Agenda, a Repartição promoveu o avanço em todas as áreas de ação e respaldou seus princípios e valores na Região, ao mesmo tempo em que a Agenda, por sua vez, apoiou o multilateralismo nas ações da Repartição e tem proporcionado uma visão estratégica comum para guiar esta atuação. A Repartição também promoveu mudanças institucionais internas para alinhar sua atuação aos objetivos da Agenda (ao mesmo tempo, a Organização tem realizado importantes iniciativas de fortalecimento institucional, como a criação de um Escritório de Ética, um Escritório de Mediação e um Escritório de Serviços de Supervisão Interno e de Avaliação). A Agenda foi usada na preparação de documentos estratégicos, inclusive de planos nacionais e regionais de saúde e agendas sub-regionais, assim como na capacitação do pessoal.
4. Para esta avaliação, o Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (IES) realizou um estudo, junto com a Área de Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos (PBR), no qual foi traçado um mapa detalhado dos vínculos entre os RPR (a base de sustentação do Plano Estratégico) e as áreas de ação da Agenda, assim como com os planos de trabalho bienais e a estratégia de cooperação com os países. Esta análise confirmou que o Plano Estratégico e a Agenda estão estreitamente vinculados e que os Objetivos Estratégicos do Plano abrangem todas as áreas de ação da Agenda, embora seja dada ênfase distinta às diversas áreas. Os Objetivos Estratégicos da OPAS também

contribuem para a harmonização da Agenda com os objetivos estratégicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o trabalho de outros organismos internacionais na Região. O estudo dos vínculos entre os RPR e as áreas de ação pode servir de plataforma para continuar com a análise gerencial destes vínculos.

5. As entrevistas que foram realizadas para esta avaliação mostraram que muitos entrevistados estavam pouco familiarizados com a Agenda, cuja existência todos conhecem, mas que permanece em um segundo plano na atuação institucional. Em alguns casos, o caráter regional da Agenda também faz com que, na percepção geral dos entrevistados, tenha prioridade menor em comparação a outros documentos. A Repartição empenhou bastante em divulgar a Agenda, mas no futuro o trabalho de promoção deve ser intensificado (aproveitando oportunidades no debate interno e fóruns internacionais com os membros, a sociedade civil e contrapartes do governo); deve-se destacar o fato de que o Plano Estratégico não está completo sem a Agenda; e deve-se assinalar a função da saúde para o desenvolvimento social da Região.

6. Apesar de o IES ter verificado que a Repartição havia respondido adequadamente à Agenda, são feitas as seguintes recomendações neste relatório a fim de fortalecer os esforços para promovê-la interna e externamente e, dessa maneira, melhorar sua implementação:

7. Instituir uma sessão estratégica nas reuniões do processo de monitoramento e avaliação do desempenho da Repartição a fim de analisar a Agenda e adaptar a resposta da Repartição aos temas emergentes como mudanças na situação política e econômica, pandemias, mudança climática e terrorismo.

8. Continuar promovendo a Agenda diante de todos os membros no âmbito do financiamento externo e incluí-la nos acordos de colaboração.

9. Incorporar a Agenda como um documento de referência no programa de orientação alinhado com a OPAS e incluí-la no questionário alinhado com tal programa.

10. Usar a análise dos vínculos para monitorar a resposta da Repartição à Agenda e avançar nesta direção com a formação de um grupo com o único objetivo de se dedicar ao problema, que tenha representantes das áreas técnicas para complementar os resultados e, diante do progresso na elaboração do Plano Estratégico da OPAS para 2014–2019 (atualmente em andamento), garantir uma ferramenta sistemática de monitoramento e um alinhamento claro com as áreas de ação da Agenda.

11. Atentar para que os RPR ou quaisquer outros instrumentos de medição que sejam usados no monitoramento do avanço do Plano Estratégico não dupliquem o conteúdo e estejam diretamente alinhados com as áreas de ação da Agenda.

12. Estabelecer critérios e criar um glossário com práticas comuns para desenvolver a estratégia de cooperação com os países, vinculando-a à Agenda e ao Plano Estratégico da OPAS, a fim de facilitar a elaboração e, portanto, o monitoramento e a avaliação.

13. Complementar a nova estratégia para captação de recursos com um plano de ação para solucionar o déficit de financiamento para o biênio atual.