



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

162ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

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

Tema 4.1 da agenda provisória

CE162/11, Add. 1
7 de maio de 2018
Original: inglês

RELATÓRIO PRELIMINAR DA AVALIAÇÃO DE FIM DO BIÊNIO DO PROGRAMA E ORÇAMENTO DA OPAS 2016-2017/SEGUNDO RELATÓRIO PROVISÓRIO DO PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS 2014-2019

Relatório sobre os resultados da OPAS: 2016-2017

Sumário

I. Prefácio da Diretora	3
II. Introdução	5
III. Obtenção de resultados.....	6
Progresso na consecução dos objetivos de impacto do Plano Estratégico	6
Principais realizações, desafios e êxitos dos países por categoria.....	14
Categoria 1: Doenças transmissíveis.....	14
Categoria 2: Doenças não transmissíveis e fatores de risco.....	18
Categoria 3: Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo do curso da vida	24
Categoria 4: Sistemas de saúde	28
Categoria 5: Preparação, vigilância e resposta.....	33
Categoria 6: Liderança, governança e funções habilitadoras	37
Resumo da avaliação das categorias e áreas programáticas	41
IV. Implementação do orçamento.....	45
V. Riscos, lições aprendidas, conclusões e recomendações	56
Análise de riscos	56
Lições aprendidas	59
Conclusões e recomendações	63
Anexo A: Processo e metodologia da avaliação no fim do biênio	67
Anexo B: Abreviaturas	71
Anexo C. Lista de países e territórios com as respectivas siglas	72

I. Prefácio da Diretora

Este relatório de resultados de fim do biênio acontece num momento crítico para a Região das Américas. Não só estamos entrando num novo biênio, mas também devemos enfrentar o desafio de implementar os ambiciosos compromissos assumidos pelos Estados Membros na Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030. Este relatório preliminar proporciona uma oportunidade para refletir sobre os avanços, desafios e lições aprendidas à medida que a Região trabalha para cumprir a Agenda de Saúde Sustentável e os compromissos do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 durante o período 2018-2019.

Este relatório é um marco de prestação de contas e transparência para a Organização, bem como uma expressão de seu compromisso em efetuar um impacto mensurável sobre a saúde em todos os países e territórios da Região. Também responde ao mandato atribuído pelos Estados Membros da OPAS (Resolução CD52.R8) de prestação de contas e responsabilidade conjunta para a implementação do Plano Estratégico da OPAS e seu respectivo Programa e Orçamento. O foco em resultados de impacto de alto nível marca o tom do que, espero, serão discussões e reflexões substantivas sobre os avanços e desafios do último biênio.

Houve muitas conquistas notáveis em saúde nas Américas durante 2016-2017: eliminação da transmissão vertical do HIV e sífilis em seis países e territórios, eliminação do sarampo na Região, eliminação do tétano materno e neonatal no Haiti, verificação da eliminação da oncocercose na Guatemala e validação da eliminação do tracoma como problema de saúde pública no México. Alguns países expandiram o acesso a atenção de qualidade usando o enfoque de atenção primária à saúde, como o programa Mais Médicos, que proporciona atendimento a 40 milhões de brasileiros carentes. Enfoques inovadores para melhorar a saúde materno-infantil se mostraram bem-sucedidos na redução da mortalidade, conforme evidenciado pela implementação da iniciativa Zero Mortes Maternas por Hemorragia e programas como as Casas Maternas na Nicarágua. Intervenções eficazes baseadas em evidências foram implementadas em toda a Região, como a inclusão de mensagens de advertência nutricional nas embalagens de produtos alimentícios. Finalmente, a Organização proporcionou uma resposta oportuna e apropriada a todas as emergências com possíveis impactos sobre a saúde durante 2016-2017, inclusive a resposta ao vírus Zika.

Gostaria de aproveitar esta oportunidade para agradecer aos Estados Membros por seu compromisso com o processo de avaliação conjunta. Único na Organização Mundial da Saúde e na comunidade das Nações Unidas, este processo tornou-se um meio importante de a Repartição Sanitária Pan-Americana e os países trabalharem juntos para assegurar a prestação de contas dos resultados. Esta avaliação preliminar, baseada em informações da RSPA, oferece uma perspectiva crítica sobre nossas realizações coletivas, bem como sobre os desafios que dificultam nosso progresso. No relatório final incluirá os insumos da avaliação conjunta com os Estados Membros.

Estou certa de que as lições aprendidas com esta avaliação nos servirão bem à medida que avançarmos para concluir o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e redobramos nossos esforços para implementar a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030.

II. Introdução

1. Em cumprimento da Resolução CD52.R8 (2013), a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) apresenta este relatório de resultados sobre a segunda avaliação interina da implementação do Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) 2014-2019 e a avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento 2016-2017. Essas avaliações fazem parte integral do compromisso da Organização com a prestação de contas e transparência, e baseiam-se na sólida tradição e boas práticas da OPAS na implementação da gestão baseada em resultados.

2. A avaliação mede o progresso na consecução dos objetivos de impacto, resultados e produtos estabelecidos no Plano Estratégico 2014-2019 e no Programa e Orçamento 2016-2017 e assinala os principais desafios. Em conformidade com o foco da Organização nos países, destacam-se os êxitos para demonstrar a cooperação técnica da OPAS/OMS com os países. O relatório também apresenta uma análise da implementação do orçamento, gestão de riscos e lições aprendidas em que se baseiam as recomendações para o biênio 2018-2019.

3. Deve-se assinalar que este relatório se baseia na informação disponível à RSPA no fim de abril de 2018. Na data em que foi preparado, a avaliação conjunta dos indicadores de resultados e produtos com os Estados Membros estava somente 60% concluída devido a circunstâncias imprevistas (o impacto de emergências e surtos, bem como mudanças políticas em alguns Estados Membros). O relatório final a ser apresentado ao Conselho Diretor em setembro de 2018 refletirá os resultados da avaliação conjunta, bem como a análise técnica da RSPA.

4. Este relatório incorpora as recomendações feitas pelos Estados Membros durante a 12ª Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (SPBA) em março de 2018. O relatório final a ser apresentado à 56ª sessão do Conselho Diretor em setembro de 2018 incluirá quaisquer recomendações feitas pela 162ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS em junho de 2018. As conclusões deste relatório também serviram como principal insumo da Região das Américas à avaliação do Orçamento por Programas 2016-2017 da Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentada à Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2018.

III. Obtenção de resultados

5. Esta seção resume o progresso registrado na obtenção de resultados do Plano Estratégico 2014-2019 e do Programa e Orçamento 2016-2017. Após analisar a situação regional no tocante aos objetivos de impacto do Plano Estratégico, destaca alguns dos resultados mais significativos, desafios e êxitos dos países durante o biênio. Finalmente, a seção ilustra como as intervenções realizadas conjuntamente pela RSPA e os Estados Membros contribuem para resultados e impactos através de uma cadeia de resultados de múltiplos níveis. O Anexo A apresenta detalhes da metodologia para a avaliação dos resultados em termos de impacto, resultados e produtos.

Progresso na consecução dos objetivos de impacto do Plano Estratégico

6. No Plano Estratégico, os Estados Membros e a RSPA se comprometeram a atingir 26 metas sob nove objetivos de impacto até 2019. Em conformidade com a visão estratégica do Plano, os indicadores de objetivos de impacto medem o progresso regional na melhoria da saúde e bem-estar com equidade.¹ Além de medir as tendências regionais, o Plano estabelece medições da equidade com a seguinte justificação:

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

7. Conforme demonstrado na avaliação a seguir, a Região registrou grande progresso na melhoria da saúde e bem-estar, mas persistem desafios significativos que exigem atenção imediata para a Região atingir as metas fixadas para 2019. Conforme mostra a Figura 1, quatro dos nove objetivos estão no rumo certo (Objetivo 1, esperança de vida saudável; Objetivo 2, começo saudável para os recém-nascidos; Objetivo 3, maternidade saudável; e Objetivo 8, doenças transmissíveis). Quatro estão em risco (Objetivo 4, mortalidade causada pela má qualidade da atenção; Objetivo 5, mortalidade prematura causada por doenças não transmissíveis; Objetivo 6, mortalidade causada por doenças transmissíveis; e Objetivo 7, mortalidade prematura decorrente de violência e traumatismos). Um objetivo está pendente de avaliação (Objetivo 9, mortes, doenças e deficiências decorrentes de situações de emergência). Por outro lado, 12 das 26 metas dos objetivos de impacto estão no rumo para serem atingidas até 2019.

¹ Organização Pan-Americana da Saúde, 2014. Documento Oficial 345: Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019.

Figura 1. Situação projetada das metas dos objetivos de impacto em 2019²

² A Figura 1 mostra as metas definidas no Plano Estratégico 2014-2019 e a situação projetada para 2019. Conforme explicado no Anexo A, os valores das linhas de base e metas podem ter sofrido alterações porque a informação sobre mortalidade é continuamente atualizada.

8. Para os objetivos de impacto em que a dimensão de equidade foi considerada explicitamente, adotou-se um quadro comum de monitoramento para avaliar simultaneamente as variações ao longo do tempo na tendência média regional do indicador de saúde, bem como em seu grau de desigualdade. A Figura 2 mostra esse quadro esquematicamente, destacando quatro possíveis resultados. Somente um desses cenários é ideal, o de número 1 no quadrante superior esquerdo. Se aplicarmos essa rubrica a um objetivo de impacto específico, como o Objetivo 3 sobre maternidade segura, o cenário ideal seria um em que a Região melhora sua saúde na média (por exemplo, uma redução entre 2014 e 2019 na taxa média regional de mortalidade materna) e reduz seu gradiente de desigualdade (por exemplo, uma redução entre 2014 e 2019 no índice de desigualdade da mortalidade materna). Ao revisar o resultado geral de um objetivo de impacto, verificar se o cenário ideal foi atingido indicará se a Região está atingindo o objetivo sem deixar ninguém para trás.

Figura 2. Quadro para avaliação das tendências regionais sensíveis à equidade

		DESIGUALDADE SOCIAL EM SAÚDE	
		redução	aumento
TENDÊNCIA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO MÉDIA	melhora	1. mais saúde, sem deixar ninguém para trás	2. mais saúde, mas deixando alguém para trás
	piora	3. menos saúde, sem deixar ninguém para trás	4. menos saúde, deixando alguém para trás

Modificado de Minujin e Delamónica (2002). *Mind the Gap!*

Objetivo 1: melhorar a saúde e bem-estar com equidade

9. A tendência da esperança de vida ajustada pela saúde (EVAS) nas Américas mostra um aumento de 3,3% entre 2000 e 2015.³ As estimativas dos valores de EVAS entre 2016 e 2019 foram calculadas com base nas projeções feitas pela OPAS usando um modelo de regressão. Projeta-se que a EVAS regional aumente 0,6%, de 67,0 em 2014 para 67,3 em 2017. Se essa tendência se concretizar, haverá um aumento de até 0,9% na EVAS regional entre 2014 e 2019 (para 67,6), mostrando que a meta de aumento de 1% pode ser atingida até 2019.

³ Os valores da EVAS são produzidos pelo Institute for Health Metrics and Evaluation.

10. Embora não sejam considerados explicitamente como metas para este objetivo, a lacuna de desigualdade relativa (isto é, o coeficiente de EVAS entre os grupos inferior e superior de países no índice ampliado de necessidades em saúde, ou IANS) e o gradiente absoluto de desigualdade (isto é, a EVAS excedente no gradiente do IANS quantificada pelo índice de desigualdade) devem diminuir até 2019.⁴ A lacuna relativa diminuiu de 0,92 em 2014 para 0,94 em 2019 (isto é, 1,8% mais próximo da referência de equidade); o índice de desigualdade diminuiu de 4,3 para 2,9 anos (isto é, 1,4 ano menos na desigualdade entre os extremos inferior e superior do gradiente do IANS).

Objetivo 2: Assegurar um início saudável para os recém-nascidos

11. Os valores da taxa de mortalidade infantil (TMI) de 2016 a 2019 baseiam-se nas projeções feitas pela OPAS usando modelos estatísticos.⁵ A TMI regional caiu aproximadamente 44% entre 2000 e 2015, com uma queda média de 3,8% ao ano. A redução na TMI regional entre 2014 (12,9) e 2017 (11,6) é de 10,1%. Além disso, projeta-se que a redução na TMI regional entre 2014 e 2019 (10,9) seria de 15,8%, indicando que a meta de redução de 15% pode ser atingida em 2019.

12. A meta de equidade absoluta para esse objetivo também está no rumo para ser atingida até 2019, com base na redução absoluta projetada de 4,5 mortes de menores de um ano por 1.000 nascidos vivos entre 2014 e 2019 no gradiente de países do IANS (meta: redução de ao menos 3 mortes de menores de um ano por 1.000 nascidos vivos). Contudo, embora a lacuna de equidade relativa esteja diminuindo, projeta-se que diminuirá a um ritmo mais lento do que o esperado (uma redução de 5,8% em vez da meta de 10%). Isso indica a necessidade de aumentar a intensidade das intervenções da OPAS em certos países.

Objetivo 3: Assegurar uma maternidade segura

13. Com os dados disponíveis até 2015, a tendência na taxa de mortalidade materna (TMM) mostra uma rápida queda, de 76,0 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos em 2000 para 53,6 mortes em 2014 e 52,0 mortes em 2015. As estimativas para os anos após 2015 projetam reduções para 50,2 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2017 e 48,2 mortes em 2019. A projeção global para o período 2014-2019 é uma redução de 10,2%, indicando que a meta de redução de 11% pode ser atingida em 2019.

⁴ O IANS identifica os países no quintil mais carente e o grupo de referência (países no quintil menos carente) com base em indicadores socioeconômicos e de saúde. Foi elaborado pela OPAS para concentrar os esforços de cooperação técnica e recursos em países-chave, isto é, aqueles que mais necessitam da cooperação técnica da OPAS/OMS na Região (Política de Orçamento da OPAS, 2012). Também foi adotado no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 como estratificador para medir o fechamento das lacunas de equidade entre países. Quatro das nove metas de impacto do Plano Estratégico têm medições explícitas das lacunas de equidade e representam o compromisso dos Estados Membros e da RSPA de ir além das médias regionais para alcançar os grupos mais necessitados, em conformidade com os valores de equidade e solidariedade da OPAS e com o mandato da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável de não deixar ninguém para trás.

⁵ Os valores de TMI de 2000 a 2015 foram obtidos das estimativas mais recentes de mortalidade infantil pelo Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME) da ONU.

14. No entanto, há dois motivos de preocupação. Primeiro, dados preliminares mostram que a redução na TMM se estagnou em alguns países e alguns registraram aumento da taxa em 2017. Segundo, os 10 países com TMM mais alta nas Américas mostram pouca melhoria nas cifras de mortalidade materna e até mesmo aumento.

15. A meta de equidade absoluta para este objetivo está no rumo para ser atingida em 2019 com base na redução absoluta projetada de 32,4 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos entre 2014 e 2019 no gradiente de países do IANS (meta: redução de ao menos 18 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos). Contudo, embora a lacuna de equidade relativa esteja diminuindo, projeta-se que diminuirá a um ritmo mais lento do que o esperado (redução de 16,7% em vez da meta de 25%). Essa situação indica a necessidade de aumentar as intervenções da OPAS em alguns países.

Objetivo 4: Reduzir a mortalidade causada pela má qualidade da atenção à saúde

16. A taxa de mortalidade causada pela má qualidade da atenção à saúde foi calculada usando o mais completo conjunto de dados sobre mortalidade fornecidos pelos Estados Membros até 2013. Os valores de 2014 a 2019 baseiam-se em projeções elaboradas pela OPAS usando um modelo estatístico. A tendência da mortalidade causada pela má qualidade da atenção à saúde mostra uma redução de 22,4% entre 2000 e 2013. Estima-se que a taxa diminuiu mais 4,4% entre 2014 e 2017 (de 118,7 para 113,5 por 100.000 pessoas). Projeta-se que a redução da taxa regional entre 2014 e 2019 (110,1 por 100.000 pessoas) seja de 7,2%; portanto, a meta de redução de 9% provavelmente não será atingida até 2019.

17. A meta de equidade absoluta para este objetivo não está no rumo para ser atingida até 2019, com base no aumento absoluto projetado de 1,9 morte prevenível por 100.000 pessoas entre 2014 e 2019 no gradiente de países do IANS (meta: redução de ao menos 8 mortes preveníveis por 100.000 pessoas). Contudo, embora a lacuna de equidade relativa esteja aumentando (principalmente porque a mortalidade causada pela má qualidade da atenção à saúde está diminuindo mais rapidamente no grupo de países menos carentes do que no grupo mais carente), projeta-se que estará no rumo até 2019 (aumento projetado de 6,6%, ligeiramente acima da meta de um aumento não superior a 6,0%).

Objetivo 5: Melhorar a saúde da população adulta com ênfase nas doenças não transmissíveis (DNT) e fatores de risco

18. Entre 2000 e 2013, a taxa regional de mortalidade prematura por DNT (TRMP)⁶ diminuiu 18,4%, com uma percentagem anual média de redução (PAMR) de 1,4%. Projeta-se que essa tendência continue no período 2014 a 2017 (com uma redução de 265,4 para 254,3 por 100.000 pessoas), com a mesma PAMR de 1,4%. Contudo, a redução projetada para a TRMP regional entre 2014 e 2019 (247,2 por 100.000 pessoas) é de 6,9%, indicando que a meta de redução de 9% provavelmente não será atingida.

⁶ A TRMP foi calculada usando o mais completo conjunto de dados sobre mortalidade fornecidos pelos Estados Membros até 2013. Os valores de 2014 a 2019 baseiam-se em projeções elaboradas pela OPAS usando um modelo estatístico.

19. A meta de equidade absoluta para este objetivo não está no rumo para ser atingida até 2019 com base no aumento absoluto projetado de 6,8 mortes prematuras causadas por DNT por 100.000 pessoas entre 2014 e 2019 no gradiente de países do IANS (meta: uma redução de ao menos 18 mortes prematuras por 100.000 pessoas). Do mesmo modo, a lacuna de equidade relativa está aumentando a um ritmo mais rápido do que o esperado (aumento projetado de 11,6%, em comparação com a meta de um aumento não superior a 6%). De fato, projeta-se que a mortalidade prematura causada por DNT aumente no grupo de países do IANS mais carentes, enquanto se projeta uma redução no grupo de países menos carentes, agravando a desigualdade da mortalidade prematura causada por DNT em detrimento dos países mais carentes.

Objetivo 6: Reduzir a mortalidade causada por doenças transmissíveis

20. *HIV/AIDS*: A taxa regional de mortalidade causada por HIV/AIDS diminuiu 28,8% entre 2000 e 2013, com uma PAMR de 2,3%.⁷ Entre 2014 e 2017 projeta-se uma redução de 3,6 para 3,3 por 100.000 pessoas, com uma redução de 6,5% e uma PAMR de 2,3%. Projeta-se que as taxas de mortalidade diminuam para 3,2 por 100.000 pessoas em 2019. Contudo, a redução de 10,6% no período 2014-2019 significa que a meta regional de redução de 15% não será atingida.

21. Deve-se assinalar que o aumento no número de pessoas com terapias antirretrovirais (TARV) continua a influenciar positivamente a mortalidade relacionada a HIV/AIDS. Considerando o impacto dessas intervenções, outros modelos, como os usados por SPECTRUM⁸ (com base em tendências e estimativas nacionais de pessoas com TARV nos próximos anos), sugerem que é possível uma redução na mortalidade acima de 20% até 2019; se assim for, a meta regional de uma redução de 15% na mortalidade por HIV/AIDS pode ser atingida. A avaliação em futuros períodos considerará o desenvolvimento desses novos modelos e ferramentas.

22. *Dengue*: A meta de uma redução de ao menos 30% na taxa de mortalidade causada pela dengue até 2019 (0,050% em 2019, em comparação com 0,070% em 2012) está no rumo certo. A taxa global de mortalidade continua diminuindo na Região (0,053% em 2017); contudo, Brasil, Colômbia, Peru e República Dominicana enfrentam desafios. Para superá-los durante 2018-2019, a OPAS/OMS apoiará o fortalecimento da capacidade nacional para gestão integrada da dengue e outras arboviroses, com ênfase na atenção primária para prevenir casos graves e mortes causadas pela dengue.

23. *Tuberculose*: A taxa regional de mortalidade por tuberculose diminuiu 22,4% entre 2000 e 2013, com uma PAMR de 3,7%. Projeta-se que a taxa tenha diminuído 9,5% entre 2014 e 2017 (de 1,27 para 1,15 por 100.000 pessoas), com uma PAMR de 3,3%. Projeta-se que a redução na taxa regional de mortalidade por tuberculose entre 2014 e

⁷ A taxa regional de mortalidade causada pelo HIV foi calculada usando o mais completo conjunto de dados sobre mortalidade fornecidos pelos Estados Membros até 2013. Os valores de 2014 a 2019 baseiam-se em projeções elaboradas pela OPAS usando um modelo estatístico.

⁸ SPECTRUM foi desenvolvido pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) em colaboração com a OMS e em coordenação com os países.

2019 (1,08 por 100.000 pessoas) será de 15,3%, o que significa que a meta de redução de 24% provavelmente não será atingida até 2019. Altas taxas de mortalidade em casos de tuberculose/HIV e tuberculose multirresistente persistem em vários países, afetando adversamente a taxa global de redução.

24. *Malária:* A meta de reduzir o número de mortes provocadas pela malária em pelo menos 75% até 2019 está em risco. A morbimortalidade causada pela malária aumentou, especialmente devido a um aumento da transmissão na Venezuela em 2016 e 2017. Em 2016, uma epidemia na região da Costa do Pacífico na Colômbia também aumentou o número de mortes em comparação com 2015.

Objetivo 7: Reduzir a mortalidade causada por violência, suicídios e acidentes entre adolescentes e jovens adultos (15-24 anos)

25. As taxas de suicídios, homicídios e mortalidade causada por acidentes de trânsito entre pessoas de 15-24 anos foram calculadas usando o mais completo conjunto de dados sobre mortalidade fornecidos pelos Estados Membros até 2013. Os valores de 2014 a 2019 baseiam-se em projeções elaboradas pela OPAS usando um modelo estatístico.

26. A taxa regional de homicídios nesse grupo etário caiu 0,51% entre 2000 e 2013. A redução entre 2014 e 2017 foi mínima, de 27,7 para 27,6 por 100.000 pessoas e projeta-se que a taxa continue inalterada até 2019. Isso coloca em risco a meta de redução de 6% nos homicídios nesse grupo etário.

27. A taxa regional de suicídios de pessoas de 15-24 anos aumentou 8,7% entre 2000 e 2013. A taxa projetada para 2014 a 2017 mostra o mesmo padrão (de 7,7 para 7,9 por 100.000 pessoas) e a taxa projetada para 2019 mostra um aumento de 3,9% (para 9,0 por 100.000 pessoas). Portanto, este indicador está em risco de não atingir a meta de não aumentar a taxa de suicídios no período 2014-2019.

28. A taxa regional de mortalidade causada por acidentes de trânsito em pessoas de 15-24 anos caiu 5,3% entre 2000 e 2013. Projeta-se que a redução entre 2014 e 2017 (de 17,4 para 17,2 por 100.000 pessoas) seja de 1,2% e projeta-se outra redução de até 2,0% para 2019, atingindo uma taxa de 17,1 por 100.000 pessoas. Assim, a meta de não aumentar a mortalidade provavelmente será atingida até 2019.

Objetivo 8: Eliminar doenças transmissíveis prioritárias na Região

29. *Transmissão vertical de HIV e sífilis:* A medição original desta meta de impacto baseia-se nos dados fornecidos pelos países para uma plataforma global da OMS/UNICEF/UNAIDS chamada Global AIDS Monitoring (GAM). Contudo, um dos subindicadores usados para a avaliação composta (casos notificados de HIV perinatal) foi descontinuado pela plataforma global. Sem essa informação, é difícil avaliar o progresso nos países conforme previsto originalmente. Portanto, o indicador passou a ser “número de países validados pela OMS como tendo eliminado a transmissão vertical de HIV e sífilis.”

30. Usando esta medição, a linha de base para 2013 era zero países e a meta para 2019 é de 10 países. Sete países e territórios receberam validação da eliminação da transmissão vertical de HIV e sífilis congênita, inclusive seis durante 2016-2017. Isso significa que a Região está no rumo para atingir a meta revisada até 2019.

31. *Oncocercose:* A eliminação foi certificada na Colômbia, Equador, Guatemala e México; assim, a meta de eliminação em quatro países foi atingida.

32. *Transmissão da doença de Chagas em países endêmicos:* Os dois países que não avançaram rumo à eliminação da doença de Chagas são Venezuela, onde não existe informação atualizada disponível sobre prevenção e controle, e Equador, onde as atividades de prevenção e controle não foram implementadas conforma planejado. São necessárias ações nas áreas costeiras onde o *Triatoma dimidiata* é a causa de transmissão. Devido a essa situação, a meta está em risco.

33. *Malária:* A eliminação foi mantida na Argentina e no Paraguai, que devem ser certificados em 2018-2019; Belize também está trabalhando na eliminação. Infelizmente, a Costa Rica notificou um pequeno número de casos autóctones em 2017. No entanto, a meta de três países com eliminação até 2019 está no rumo certo.

34. *Raiva humana transmitida por cães:* A meta de zero casos em 35 países deve ser atingida até 2019. Em 2014, 17 Estados Membros não notificaram nenhum caso humano de raiva transmitida por cães. Em 2017, o número de países sem casos aumentou para 33; somente Bolívia e Haiti notificaram casos em 2017. É preciso melhorar a promoção de alto nível e aumentar a mobilização de recursos para apoiar o compromisso de países prioritários com o combate a essa doença, inclusive Guatemala e República Dominicana, além de Bolívia e Haiti, que apresentam os principais desafios.

Objetivo 9: Prevenir mortes, doenças e deficiências decorrentes de emergências

35. A análise do Objetivo 9 está em andamento. Uma atualização será apresentada aos Estados Membros na 162ª Sessão do Comitê Executivo em junho de 2018.

Principais realizações, desafios e êxitos dos países por categoria

36. Esta seção destaca as principais realizações, desafios e êxitos dos países por categoria do Plano Estratégico. Os relatórios de categoria disponíveis no portal do Programa e Orçamento da OPAS contêm uma análise detalhada do programa, do orçamento e dos riscos.

Categoria 1: Doenças transmissíveis

37. Durante 2016-2017, a Organização Pan-Americana da Saúde trabalhou para atingir o objetivo de reduzir a carga de doenças transmissíveis, inclusive HIV/AIDS, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e hepatite viral; tuberculose; malária e outras doenças transmitidas por vetores; doenças negligenciadas e tropicais e zoonoses; e doenças imonupreveníveis. Este trabalho incluiu esforços de vigilância, prevenção, controle e eliminação de doenças infecciosas.

Principais realizações

- a) Seis países e territórios foram certificados pela OMS como tendo atingido as metas de eliminação da transmissão vertical de HIV e sífilis congênita.⁹ Cuba foi novamente certificada por mais dois anos.
- b) Em setembro de 2016, a Região das Américas tornou-se a primeira região da OMS a eliminar o sarampo. A Região também declarou a eliminação do tétano materno e neonatal no Haiti, o último país das Américas a atingir esse objetivo.
- c) A eliminação da malária foi mantida na Argentina e no Paraguai.
- d) Em 2016 a OMS verificou a eliminação da oncocercose na Guatemala e em 2017 o México recebeu a validação da eliminação do tracoma como problema de saúde pública.
- e) A transmissão doméstica dos vetores de *Trypanosoma cruzi* foi interrompida no Departamento de Boquerón (Paraguai), o maior departamento do país, na região remota do Gran Chaco. Na Colômbia, a interrupção doméstica dos vetores do *T. cruzi* também foi alcançada em 65 municípios endêmicos em cinco departamentos.
- f) Está ocorrendo um progresso significativo na consecução dos objetivos regionais de acesso universal e cobertura de serviços de tratamento para HIV, conhecidos como metas 90-90-90. Em 2016, 81% das pessoas vivendo com HIV conheciam sua situação; 72% das pessoas diagnosticadas com HIV estavam recebendo terapias antirretrovirais; e 79% das pessoas que recebiam TARV tinham uma robusta supressão viral. O número de pessoas com TARV na Região aumentou em média mais de 8% ao ano nos últimos cinco anos.

⁹ Anguilla, Antígua e Barbuda, Bermuda, Ilhas Cayman, Montserrat e São Cristóvão e Nevis.

- g) Houve um aumento geral na introdução de novas vacinas na Região. No fim do biênio, 90% da coorte de nascimentos vivem em países que usam a vacina pneumocócica conjugada (VPC); 85% dos países introduziram a vacina contra rotavírus; 80% da coorte de meninas de 9-14 anos vivem em países que introduziram a vacina contra o papilomavírus humano (HPV); e 42 países estão usando a vacina contra a gripe.
- h) No fim de 2017, todos os países haviam incorporado a estratégia contra a tuberculose em seus planos e diretrizes nacionais.
- i) A aprovação do Plano de Ação para a Eliminação da Malária 2016-2020 (Resolução CD55.R7) reforçou os esforços dos países para a eliminação da doença. Registrou-se progresso significativo no desenvolvimento e adaptação de planos e estratégias para a eliminação da malária; 14 dos 21 países endêmicos concluíram seus planos ou guias nacionais para eliminação da malária.

Desafios

- a) **Os países mostram progresso desigual nos objetivos de atenção e tratamento do HIV**, com lacunas persistentes no acesso a serviços de teste, atenção e tratamento de HIV e no monitoramento laboratorial (da carga viral). Há resistência do HIV à TARV usada atualmente no regime de primeira linha preferido, bem como acesso limitado à nova classe de terapias recomendadas pela OMS. Além disso, a sustentabilidade das intervenções de prevenção do HIV para populações-chave e o envolvimento com a sociedade civil continuam sendo problemáticos, embora sejam cruciais para a resposta ao HIV. A maioria dos países da Região (27 de 35) depende de financiamento internacional para realizar atividades de prevenção nas populações-chave e somente 60% (15 de 25 países na América Latina e Caribe) têm recursos em seus orçamentos nacionais para financiar iniciativas da sociedade civil.
- b) **Os preços elevados dos medicamentos e diagnósticos de hepatite C** e as restrições relativas à propriedade intelectual impedem que a maioria dos países estabeleça programas de hepatite viral e forneça os serviços necessários.
- c) **Persistem lacunas na detecção de casos de tuberculose e tuberculose multirresistente.** As lacunas incluem o não reconhecimento dos sintomas de tuberculose pela população em geral, atraso nos diagnósticos pelo pessoal da saúde, barreiras para acessar os serviços de saúde e, no caso da tuberculose multirresistente, capacidade de diagnóstico limitada. A etapa de pré-eliminação da tuberculose apresenta um novo cenário para os países. As definições de critérios e processos relacionados à pré-eliminação em países com carga baixa precisam ser estabelecidas, em colaboração com a OMS, para orientar a cooperação técnica com os países.
- d) **O aumento na transmissão da malária** na Venezuela apresenta um desafio para a consecução dos objetivos regionais de eliminação dessa doença. Além disso, as atuais lacunas na cobertura dos sistemas de saúde em países endêmicos

- prejudicam o acesso de populações rurais ao diagnóstico e tratamento e precisam ser abordadas.
- e) **Recentes evidências de reações imunológicas entre dengue e Zika** têm prejudicado o diagnóstico laboratorial exato e oportuno dos casos de dengue. Além disso, a transmissão de Chikungunya, Zika e dengue representa significativos desafios financeiros, técnicos e de gestão.
 - f) **A baixa prioridade atribuída a doenças infecciosas negligenciadas nas agendas de saúde pública dos países**, com fundos limitados alocados para combater essas doenças, continua a dificultar o progresso.
 - g) **A eliminação da raiva transmitida por cães** na Bolívia, Guatemala, Haiti e República Dominicana continua sendo um desafio. É preciso intensificar os esforços de defesa de causa e mobilização de recursos para aumentar a provisão de atividades de cooperação técnica.
 - h) **O investimento e apoio insuficiente a programas nacionais de imunização** continua a afetar a sustentabilidade dos programas em alguns países. Em resultado, a Região está em risco de perder sua certificação como livre de sarampo, declarada pelo Comitê Internacional de Peritos para Documentar e Verificar a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita nas Américas em setembro de 2016. É preciso também manter o apoio político aos programas de imunização, com uma mensagem clara dos benefícios do programa, tendo em vista as mensagens conflitantes do movimento antivacina.

Êxitos nos Países

Américas | A Região foi declarada livre de sarampo



Em setembro de 2016, as Américas se tornaram a primeira região no mundo a ter eliminado o sarampo, uma doença viral que pode causar graves problemas de saúde, inclusive pneumonia, edema cerebral e morte. Essa realização conclui um esforço de 22 anos envolvendo vacinação em massa contra sarampo, caxumba e rubéola nas Américas. O sarampo é a quinta doença imunoprevenível a ser eliminada nas Américas, após a erradicação regional da varíola em 1971, da poliomielite em 1994 e da rubéola e síndrome da rubéola congênita em 2015.

Antes do início da vacinação em massa em 1980, o sarampo causava quase 2,6 milhões de mortes anualmente no mundo. Nas Américas, mais de 100.000 mortes foram atribuídas ao sarampo no período 1971-1979. Uma análise da eficácia em função do custo da eliminação do sarampo na América Latina e Caribe estimou que, com a vacinação, 3,2 milhões de casos de sarampo teriam sido prevenidos na Região e 16.000 mortes evitadas entre 2000 e 2020.



Caribe | Mais bebês nascidos sem HIV e sífilis

Seis países e territórios foram certificados pela OMS como tendo eliminado a transmissão vertical de HIV e sífilis: Anguilla, Antígua e Barbuda, Bermudas, Ilhas Cayman, Montserrat e Saint Kitts e Nevis. Já que Cuba recebeu a certificação em 2015, temos um total de sete países na Região. Essa realização atesta um fator essencial: a integração da saúde materno-infantil (SMI) nos serviços de saúde sexual, reprodutiva e HIV aumentou a participação nesse esforço. Um enfoque integrado para os programas de SMI sustenta as novas estratégias da OPAS/OMS para HIV, hepatite viral e IST.

Guatemala e México | Eliminando doenças negligenciadas que persistem em populações vulneráveis e indígenas



Guatemala e México fizeram bastante progresso na eliminação da oncocercose e tracoma, respectivamente. A OPAS/OMS assumiu um compromisso com a luta ativa contra a oncocercose, uma doença que provoca cegueira e afeta principalmente populações indígenas na Guatemala. Em resposta à Resolução CD35.R14 do Conselho Diretor, o Programa para

Eliminação da Oncocercose nas Américas foi criado em 1993. A Guatemala obteve a certificação da eliminação da oncocercose pela OMS em meados de 2016, tornando-se o quarto país no mundo a conseguir isso.

No México, o último foco de tracoma foi localizado em cinco municípios com populações predominantemente pobres e indígenas no Estado de Chiapas. Em 2017 o México tornou-se o primeiro país das Américas e o terceiro no mundo a receber da OMS a validação de eliminação do tracoma como problema de saúde pública. Isso foi alcançado com a intensificação dos esforços para combater o tracoma mediante a implementação, por brigadas de campo, dos quatro componentes da estratégia SAFE (cirurgia, antibióticos, limpeza facial e melhoria ambiental) e abordando os determinantes sociais da saúde. A OPAS e outros parceiros ajudaram as autoridades nacionais e subnacionais de saúde a compilar as evidências sobre a eliminação da doença.

Categoria 2: Doenças não transmissíveis e fatores de risco

38. Durante o biênio 2016-2017, continuaram os esforços para abordar a carga de doenças não transmissíveis, inclusive doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares crônicas, diabetes e distúrbios mentais, bem como deficiências, violência e lesões, mediante promoção da saúde e redução de riscos, prevenção, tratamento e monitoramento de DNT e seus fatores de risco.

Principais realizações

- a) A percentagem de crianças de menos de 5 anos com atraso no crescimento diminuiu para 6,6% na Região, ultrapassando a meta de 7,5% fixada para 2019.
- b) A prevalência regional de deficiência visual diminuiu para 2,78% em todas as idades e para 10,37% em pessoas com mais de 50 anos. Isso foi obtido em parte aumentando a disponibilidade de cirurgia de catarata na Região (30% em alguns hospitais públicos).
- c) O Uruguai ganhou uma disputa iniciada pela Philip Morris Internacional que contestava a política do país sobre embalagem e rótulos de tabaco. A decisão foi mantida pelo International Centre for Settlement of Investment Disputes (ICSID) do Banco Mundial com base em que as políticas não violam os termos de um tratado de investimento. O ICSID considerou os argumentos que a OPAS apresentou em seu subsídio *amicus curiae*.
- d) Em fevereiro de 2017, um Plano Estratégico sobre segurança viária foi aprovado na República Dominicana, estabelecendo-se uma agência para tratar do tema. Trata-se de um progresso significativo num país com uma das maiores taxas de mortalidade causada por acidentes de trânsito na Região e no mundo.
- e) A inclusão de advertências nutricionais nas embalagens dos alimentos está sendo aplicada ou considerada em 12 países e dois mecanismos de integração sub-

- regional, seguindo informações científicas baseadas em evidências fornecidas pela OPAS/OMS.
- f) Em parceria com a Harvard School of Public Health, a OPAS iniciou a geração de evidências para promover o conhecimento sobre o impacto econômico das DNT, o custo da inação e o retorno sobre o investimento, inclusive parcerias com organizações para capacitar funcionários dos ministérios das Finanças e Saúde em medidas fiscais que afetam o tabaco, álcool e bebidas adoçadas.
 - g) A Estratégia e Plano de Ação para Fortalecer o Controle do Tabaco na Região das Américas 2018-2022 foi aprovado pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana com o objetivo de acelerar a implementação da Convenção-Quadro da OMS sobre Controle do Tabaco.
 - h) A integração da saúde mental na atenção primária à saúde se expandiu para 34 países e territórios. Além disso, as comunidades indígenas de vários países estabeleceram a identificação da saúde mental e prevenção do suicídio como prioridades para intervenção.
 - i) O número de países com políticas nacionais sobre álcool aumentou de sete para 13.
 - j) Com a adoção da Declaração Ministerial sobre Migração e Saúde na Mesoamérica e o lançamento da Iniciativa Conjunta de Saúde dos Migrantes e suas Famílias com a Organização Internacional para Migrações (IOM), os ministros da Saúde pela primeira vez acordaram um guia abrangente, focado nas pessoas e específico de intervenções para promover e proteger a saúde dos refugiados e migrantes.
 - k) A Iniciativa REGULA, destinada a fortalecer a capacidade institucional das autoridades de saúde nos Estados Membros para regular os fatores de risco de DNT, elaborou um registro da legislação sobre fatores de risco para 19 países latino-americanos.

Desafios

- a) **É preciso fortalecer os programas de DNT.** A concorrência entre prioridades nacionais contribui para a baixa atenção a políticas e regulamentos sobre DNT. Há persistentes dificuldades para incluir problemas de uso de substâncias nas agendas dos ministérios da Saúde, um importante passo para fortalecer o enfoque de saúde pública para o problema das drogas na Região. O tema da violência em geral, e da violência contra mulheres e crianças especificamente, embora no topo das agendas políticas dos países, não está necessariamente no topo das agendas dos ministérios da Saúde. Os serviços de visão, audição e reabilitação não recebem alta prioridade e não estão bem integrados ou bem financiados em muitos países, apesar de as evidências indicarem crescente necessidade desses serviços. A disponibilidade desses serviços em geral é limitada, fragmentada entre diferentes setores e depende principalmente do trabalho de organizações não governamentais (ONGs) e organizações religiosas.

- b) **Há um limitado envolvimento multissetorial** para abordar as DNT e fatores de risco, que requerem compromisso político e esforços em outros setores além da saúde. Violência, segurança viária e segurança humana também requerem colaboração multissetorial para obter os resultados esperados.
- c) **Em geral, os países têm sistemas de informação deficientes** sobre saúde mental, indicadores de álcool e uso de substâncias. Existem lacunas significativas de dados sobre saúde dos migrantes, acidentes de trânsito e fatores de risco, bem como sobre a violência. Os dados limitados sobre a necessidade e disponibilidade dos serviços de reabilitação representam um desafio; esses serviços têm um mapeamento deficiente na Região, dificultando o planejamento estratégico.
- d) **A fraca implementação dos compromissos prejudica o desempenho em várias áreas.** Apesar da participação de funcionários do governo e parceiros no desenvolvimento de planos de saúde mental, a implementação desses planos continua fraca. Na maioria dos casos, as políticas e planos não se traduzem em ação, frequentemente devido a limitação de compromisso ou know-how. É limitada a capacidade de planejamento da saúde no âmbito nacional e local para a incorporação do enfoque de segurança humana e o desenvolvimento de programas para fortalecer a resiliência da saúde. É fraca a aplicação da legislação sobre dirigir sob o efeito do álcool, excesso de velocidade e uso de capacetes, cintos de segurança e cadeirinha infantil em toda a Região, particularmente no Caribe. É preciso envidar mais esforços no setor da saúde para promover a aplicação da legislação sobre segurança viária.
- e) **O caráter crônico e multifatorial das DNT restringe o financiamento** de doadores externos e os governos não dedicam recursos suficientes para apoiar a implementação de políticas e programas de DNT.
- f) **As deficiências, reabilitação, reabilitação comunitária e inclusão social continuam a ser encaradas como uma só questão** e em geral são mal compreendidas ou mal interpretadas. É preciso atribuir mais ênfase ao funcionamento, vinculando mais estreitamente o trabalho nesta área com o domínio da saúde.
- g) **A redução do sal é um objetivo difícil de ser alcançado.** As medidas adotadas para reduzir o conteúdo de sal não são populares e o monitoramento da ingestão de sal é complexo e caro (requer a coleta de amostras de urina durante 24 horas). Em resultado, é difícil estabelecer linhas de base e monitorar o progresso das medidas implementadas.
- h) **A reformulação dos produtos alimentícios constitui um desafio no Caribe,** especialmente nas ilhas menores com pequenas indústrias manufatureiras.

Êxitos nos Países

Uruguai | Renovação do compromisso de alto nível com ações sobre DNT

A Reunião de Alto Nível sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis, convocada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2011, foi um marco para a agenda de DNT, refletindo o compromisso global de abordar as doenças crônicas. Contudo, uma revisão do progresso feita pela OMS em 2015 mostrou que, se continuarem as tendências de mortalidade prematura causada pelas principais DNT, a meta de reduzir a mortalidade prematura de DNT em um terço até 2030 (Meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) não será atingida.

Para revitalizar o compromisso político com as DNT, a OMS, em colaboração com o governo do Uruguai, convocou uma Conferência Global sobre Doenças Não transmissíveis em outubro de 2017, patrocinada pelo Presidente do Uruguai, Dr. Tabaré Vázquez. O objetivo da conferência era destacar os vínculos cruciais entre reduzir as mortes prematuras de DNT, promover a saúde mental e bem-estar e melhorar a coerência das políticas nas áreas que impactam a governança, prevenção, gestão e vigilância de DNT. Assistiram à conferência quatro chefes de Estado (da Argentina, Chile, Paraguai e Zimbábue), a Princesa do Marrocos e representantes dos ministérios da Saúde da Região. Houve aproximadamente 400 participantes de 90 países.

Um importante resultado da conferência foi o desenvolvimento do “Roteiro de Montevideu 2018-2030 sobre DNT como uma prioridade do desenvolvimento sustentável,” apoiado por todos os participantes. Embora ainda seja muito cedo para extrair conclusões quanto ao impacto da conferência no aumento do compromisso dos países e progresso na consecução da Meta 3.4, essa colaboração destaca a importância de uma resposta coordenada da OMS, seguindo a visão de “Uma OMS.” Também demonstra a liderança da Região em abordar as DNT e seus fatores de risco antes da Terceira Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre DNT, que será realizada em 2018.



Chile | Maior conscientização dos consumidores sobre produtos mais saudáveis

O Chile tem o maior consumo *per capita* de refrigerantes no mundo e o segundo maior volume de vendas de alimentos ultraprocessados nas Américas. Para reduzir a demanda e oferta de produtos não saudáveis e seguindo as recomendações da OPAS/OMS, os poderes Executivo e Legislativo desenvolveram um novo marco regulatório sobre publicidade e rotulagem de alimentos. O esforço se beneficiou de um enfoque integral e do apoio da academia, sociedade civil e agências internacionais. A Lei 20606 foi aprovada pela legislatura em 2012 e a implementação começou em junho de 2016.

A lei regula o ambiente alimentar mediante rótulos que informam aos consumidores se os produtos têm alto conteúdo de açúcar, gorduras saturadas, sódio e/ou calorias e restringe a promoção desses produtos para crianças e sua venda em escolas. Essas políticas foram combinadas com uma série de ações para promover a educação sobre nutrição e a atividade física.

Uma avaliação inicial mostra que os chilenos receberam bem a implementação da lei e passaram a comprar produtos mais saudáveis. Outro impacto positivo da lei foi a redução de sódio, açúcar, gorduras saturadas e calorias em muitos produtos.

Os principais fatores do êxito na adoção da lei sobre rótulos de alimentos no Chile incluem um forte compromisso das autoridades em abordar urgentemente o problema do sobrepeso e obesidade na população. As políticas foram formuladas com base em fortes evidências de que essas medidas regulatórias são um meio eficaz em função do custo para melhorar a alimentação e prevenir a obesidade. As políticas foram estabelecidas com um enfoque político, social e de direitos humanos. Foram formuladas e implementadas com a ativa participação da sociedade civil em todo o ciclo de políticas, desde a formulação até o desenvolvimento de mecanismos de monitoramento e prestação de contas, assegurando o apoio de todos os setores da população.



Durante 2016-2017, a República Dominicana reformou os serviços de saúde mental para se ajustar à estrutura do Modelo Nacional de Atenção à Saúde. Com cooperação técnica da OPAS/OMS, o Ministério da Saúde transformou o hospital psiquiátrico do país num Centro de Reabilitação Psicossocial. Essa reestruturação visava a melhorar a qualidade da atenção, acesso oportuno à atenção e reabilitação comunitária de pacientes com distúrbios mentais. O foco se concentrava em direitos humanos e humanização da atenção e integração da saúde mental ao sistema de saúde, fortalecendo o bem-estar de famílias e comunidades.

No contexto dessa reforma da saúde, foram realizadas outras ações, inclusive o desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde Mental 2017-2020; fortalecimento da capacidade dos provedores de serviços no primeiro nível de atenção, com base na estratégia mhGAP; incorporação das condições de saúde mental no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; e definição de uma rede de serviços comunitários de saúde mental. O orçamento alocado à saúde mental aumentou para permitir essa transformação. Juntas, essas ações assegurarão a sustentabilidade da reforma de políticas.

Em resultado dessas reformas, os pacientes estão recebendo atenção integral à saúde mental em unidades de atenção primária. Foram estabelecidas Unidades de Intervenção em Crises em hospitais nacionais para assegurar tratamento apropriado e contínuo de pessoas com distúrbios mentais usando o enfoque do curso da vida, inclusive integração com unidades pediátricas e acesso oportuno a medicação psiquiátrica.

Centenas de pessoas com distúrbios mentais, inclusive as que viviam no antigo hospital psiquiátrico e seus cuidadores, receberam orientação e atenção apropriada, alcançando desenvolvimento pessoal, melhorando a qualidade de vida e retornando a suas comunidades para levar uma vida produtiva e saudável.

Categoria 3: Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo do curso da vida

39. A Organização acelerou os esforços para promover a boa saúde nas principais etapas da vida, considerando a necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde (as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem) e implementar enfoques baseados na equidade de gênero, etnia, equidade e direitos humanos.

Principais realizações

- a) Em resultado da implementação da iniciativa Zero Mortes Maternas por Hemorragia, em quatro países as mortes maternas causadas por hemorragia foram prevenidas nos hospitais em que as intervenções foram realizadas.
- b) A Iniciativa de Cidades e Comunidades Adaptadas aos Idosos da OMS foi adotada por 66 cidades no Canadá e 171 cidades nos Estados Unidos e ao menos por uma cidade ou comunidade na Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México e Uruguai. Além disso, 12 países estabeleceram mecanismos para envolver as comunidades e sociedade civil nos processos de formulação de políticas nos diversos setores, usando o enfoque de Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis.
- c) Quinze países estão cumprindo seu compromisso de revisar e abordar as desigualdades em saúde como parte da Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas.
- d) Quatorze países formularam ou atualizaram suas políticas e estratégias sobre saúde dos adolescentes.
- e) Dezesete países adaptaram e revisaram seus planos nacionais sobre envelhecimento com base na Estratégia e Plano de Ação Global sobre Envelhecimento e Saúde da OMS.
- f) A Política Regional sobre Etnia e Saúde foi aprovada pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana em 2017. Isso representou um passo significativo no estabelecimento de um compromisso em todo o sistema da OMS para abordar as desigualdades étnicas em saúde, reconhecendo a necessidade de adotar um enfoque intercultural para a saúde.
- g) Em conformidade com a Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança do Clima da OPAS e com a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (UNFCCC), 27 países concluíram suas avaliações sobre vulnerabilidade e adaptação à mudança do clima e saúde e cinco países publicaram seus perfis sobre mudança do clima no âmbito da OMS-UNFCCC.

Desafios

- a) **É preciso acelerar o progresso na consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).**
- b) **É preciso reduzir as lacunas nos dados e sistemas de informação.** A cobertura e a qualidade dos dados sobre saúde durante o curso da vida continuam a ser um desafio na Região. Para reduzir as desigualdades, é necessário fortalecer os sistemas de vigilância e monitorar as desigualdades em saúde com dados desagregados e análise epidemiológica, que não estão disponíveis na maioria dos países.
- c) **Os enfoques holísticos ainda não se generalizaram.** Os enfoques aplicados pelos Estados Membros às questões de gênero, equidade, direitos humanos e etnia às vezes são confusos e incertos. É importante continuar trabalhando num enfoque coeso e holístico para abordar esses quatro temas, que são essenciais para os determinantes da saúde.
- d) **O envelhecimento e a etnia continuam a receber baixa prioridade.** Apesar das crescentes evidências de que as mudanças demográficas estão alterando os padrões de doença, alguns países ainda não definiram o envelhecimento como uma questão de saúde prioritária. Faltam pontos focais sobre envelhecimento e em alguns casos os pontos focais estão fora do ministério da Saúde. O compromisso de abordar as desigualdades étnicas em saúde também varia entre os países e é preciso dar mais atenção à consolidação de enfoques consistentes para as questões interculturais de saúde nas políticas e planos dos Estados Membros.
- e) **A alocação de recursos e o desenvolvimento institucional continuam insuficientes.** A equidade de gênero em saúde continua a enfrentar déficits institucionais relativos a orçamento e contratação de funcionários, prejudicando os esforços de alguns países para abordar essa área emergente. Do mesmo modo, os determinantes ambientais nem sempre são incorporados em atividades essenciais de saúde pública e os projetos de saúde ambiental no âmbito local em geral são fragmentados. As respostas dos ministérios da Saúde são limitadas no tocante a designação de pessoal e fundos para atividades específicas sobre mudança do clima.
- f) **A colaboração com outros setores é limitada.** Trabalhar com agências governamentais fora do setor da saúde que tomam decisões importantes sobre o direito à saúde e outros direitos humanos é um desafio. Com poucas exceções, o setor da saúde não participa plenamente da agenda de mudança do clima. Na implementação de estratégias e programas nacionais para reduzir o uso de combustíveis sólidos para cozinhar, o progresso às vezes é lento devido à necessidade de despertar conscientização numa área em que o setor da saúde não costumava estar envolvido.

Êxitos nos Países

Trinidad e Tobago | Prevenção da hemorragia pós-parto com técnicas de baixo custo



Em Trinidad e Tobago, 99% dos nascimentos ocorrem em instalações de saúde, privadas e públicas, com a assistência de profissionais da saúde. Contudo, até recentemente, ainda ocorriam mortes maternas em hospitais, geralmente 48 horas após o parto, principalmente devido a hemorragias. A OPAS colaborou com o Ministério da Saúde e com as autoridades regionais de saúde do país em várias iniciativas durante 2016-2017 para melhorar a saúde materno-infantil. As medidas específicas incluíram uma missão de avaliação e a implementação de um plano de ação. Foram capacitados 45 profissionais de saúde em gestão de hemorragia pós-parto e os hospitais locais implementaram tecnologias de baixo custo para salvar a vida das mães.

Usando ferramentas da OPAS/OMS, as autoridades regionais de saúde avaliaram o desempenho do sistema de saúde na melhoria da saúde das mães, recém-nascidos, crianças e adolescentes e as principais condições dos serviços obstétricos hospitalares. Ao mesmo tempo, o Sistema de Informação Perinatal foi introduzido em todas as autoridades regionais de saúde de modo que os médicos possam dispor de dados para realizar auditorias; também foi oferecida capacitação em vigilância de mortes maternas e resposta. A implementação deste enfoque integral está conseguindo prevenir mortes maternas em Trinidad e Tobago.



Nicarágua | Estratégia de Casas Maternas: maternidade segura e início saudável para os recém-nascidos

Na Nicarágua, apesar dos avanços e das muitas intervenções realizadas pelo governo, as populações rurais enfrentam pobreza e duras condições de vida. A OPAS/OMS, em parceria com o Ministério da Saúde, governos locais, parteiras e comunidades, está apoiando a estratégia de Casas Maternas, instalações localizadas em todo o país para reduzir a mortalidade materna e infantil.

As Casas Maternas proporcionam serviços clínicos em saúde reprodutiva, materna e infantil. As mulheres grávidas são admitidas nas Casas Maternas para atenção e monitoramento durante as últimas semanas de gravidez. Depois são transferidas para a instituição que fará o parto, com assistência de um profissional treinado. Após o parto, a mulher e o recém-nascido são transferidos para as Casas Maternas para receber atenção pós-parto, normalmente por um período de sete dias. Equipes de saúde familiar e comunitária fazem o acompanhamento em casa para assegurar atenção materna e infantil contínua.

As Casas Maternas contribuem para a melhoria da saúde reprodutiva e sexual, atenção pós-parto e atenção neonatal num ambiente culturalmente apropriado. É atribuída ênfase aos recém-nascidos com baixo peso, inclusive a promoção do método “mãe canguru”. A implementação envolveu coordenação com o Ministério da Saúde, SILAIS (Sistemas Locais de Atenção Integral à Saúde), governos municipais, Associação de Parteiras e Brigadas de Saúde. As Casas Maternas também apoiam a educação comunitária e redes de grupos de apoio a mulheres.

Durante os últimos três anos desta iniciativa, não ocorreu nenhuma morte materna entre as mulheres que participaram. Além disso, as Casas Maternas fortaleceram e empoderaram as comunidades participantes.



Cuba | Promoção da equidade de gênero desde a infância

A identidade de gênero, um dos determinantes sociais da saúde, começa a se formar na infância. Tendo isto em mente, a Escola Nacional de Saúde pública e a Faculdade de Comunicações da Universidade de Havana trabalharam com a OPAS/OMS na formulação de uma proposta educacional para desenvolver capacidades relacionadas ao gênero em professores e famílias. O objetivo é avançar na equidade de gênero, o ODS 5.

Para isso, produtos e intervenções foram criados e implementados como parte de um projeto dirigido a meninos e meninas de 7 a 12 anos. Foram produzidos materiais sobre gênero, inclusive um manual para crianças, um manual de boas práticas, uma biblioteca virtual para professores, cartazes informativos para as salas de aula, um livro de passatempos e multimídia para meninas e meninos. Também foi implementado um curso sobre gênero e educação popular para professores.

Os resultados mostram que o projeto foi bem-sucedido. Os meninos e meninas foram capazes de aplicar o conhecimento fornecido por essa iniciativa em sua vida diária e na escola, ajudando-os a ver a vida sob uma ótica diferente.

Categoria 4: Sistemas de saúde

40. Durante o biênio, continuaram os esforços para fortalecer sistemas de saúde baseados na atenção primária; melhorar a governança e o financiamento para a realização progressiva do acesso universal a saúde e cobertura universal de saúde; organizar serviços integrados e focados nas pessoas; promover o acesso e uso racional de tecnologias de saúde; fortalecer os sistemas de informação e pesquisa em saúde e a integração de evidências nas políticas de saúde e atenção à saúde; facilitar a transferência de conhecimento e tecnologias; e desenvolver recursos humanos para a saúde.

Realizações

- a) Dezesesseis países expandiram o acesso e qualidade da atenção mediante estratégias focalizadas, inclusive reformando o modelo de atenção para melhorar o acesso mediante um enfoque de atenção primária à saúde. No Brasil, 60 milhões de pessoas são beneficiadas pelo programa Mais Médicos, sendo 40 milhões atendidas por médicos cubanos por meio da cooperação técnica da OPAS.
- b) No fim de 2017, 26 países haviam desenvolvido políticas, estratégias e/ou planos nacionais de saúde no contexto da Estratégia Regional de Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde; 17 estavam implementando quadros financeiros para saúde universal; e 13 estavam implementando o quadro de monitoramento da saúde universal.
- c) O Fundo Estratégico da OPAS aumentou o nível de aquisições para US\$ 178 milhões; 23 dos 30 países signatários utilizam o Fundo.
- d) Os Estados Membros continuaram a fortalecer seus sistemas de informação sobre saúde: 21 países expandiram a cobertura de registro de nascimentos e 16 países atingiram suas metas de certidão de óbito, com importantes melhorias na qualidade das estatísticas vitais.
- e) A estratégia regional sobre recursos humanos em saúde foi adotada em 2017. Políticas de recursos humanos em saúde foram formuladas em sete países do Caribe Oriental e 12 países da América Latina atualizaram suas políticas.
- f) A publicação *Health in the Americas+* (2017) da OPAS, que apresenta o progresso e os desafios em saúde nos últimos cinco anos, foi realizada em colaboração com todos os Estados Membros.

Desafios

- a) **Os níveis de financiamento** necessários para fortalecer os sistemas de saúde e atingir os objetivos fixados **frequentemente são insuficientes**. A OPAS/OMS continua a fornecer orientação para promover o entendimento dos desafios do financiamento da saúde e facilitar um diálogo construtivo sobre essas questões.
- b) Estão sendo envidados esforços na Região para implementar iniciativas destinadas à transformação e fortalecimento dos sistemas de saúde como meio de avançar rumo à cobertura e acesso universal à saúde. Contudo, muitas das opções de política e reformas legislativas consideradas podem resultar em **segmentação e fragmentação dos sistemas de saúde**. Além disso, o envolvimento limitado da sociedade civil nos diálogos nacionais prejudica o amplo enfoque social necessário para os processos de transformação da saúde.
- c) **A transparência e prestação de contas na alocação de medicamentos e tecnologias de saúde requerem maior regulamentação**. É preciso contar com informação isenta, livre de conflitos de interesse, para uma boa seleção, incorporação, prescrição e uso de medicamentos e tecnologias de saúde.

- d) São necessários muitos esforços e recursos para desenvolver e implementar tecnologias e ferramentas para **reduzir a exclusão digital e aumentar o acesso à informação em áreas remotas.**
- e) Embora a Região tenha registrado certo progresso em termos de recursos humanos para a saúde, **persistem desigualdades na disponibilidade, distribuição e qualidade da força de trabalho.** Há lacunas entre os países e dentro deles, entre diferentes níveis de atenção e entre os setores público e privado. Isso prejudica a expansão progressiva de serviços, particularmente de atenção primária.

Êxitos nos Países

Brasil | Programa Mais Médicos expande os serviços para obter saúde universal



O grande território e a cobertura florestal do Brasil representam um desafio para os esforços de obter cobertura e acesso universal à saúde. Devido a problemas de recrutamento e retenção, algumas áreas e populações, principalmente pobres e indígenas, não dispõem de atendimento médico.

Em 2013 o governo criou o programa Mais Médicos para ajudar a aliviar a escassez de médicos em comunidades carentes. Mediante a colaboração entre Brasil e Cuba, com o apoio da OPAS/OMS, o programa Mais Médicos trouxe aproximadamente 19.000 médicos e incorporou-os ao Programa Nacional de Saúde Familiar em 27 estados. Cerca de 700 municípios receberam um médico pela primeira vez, beneficiando mais de 60 milhões de pessoas. O programa ajudou a expandir a atenção primária a populações remotas e subatendidas.



Nicarágua | Maior acesso a produtos de qualidade mediante transferência de tecnologia

Assegurar um acesso sustentável a vacinas de qualidade, seguras e eficazes é um desafio que os países em desenvolvimento enfrentam devido à falta de produção local e/ou regional, o que leva à dependência de mercados globais que nem sempre garantem a disponibilidade oportuna desses produtos. Uma solução para esse problema é a promoção e apoio da manufatura local de vacinas, junto com a transferência de tecnologia.

Em conformidade com esse enfoque, mediante um acordo bilateral de cooperação entre os governos da Nicarágua e da Federação Russa está sendo construída uma instalação para produção de vacinas contra a gripe na Nicarágua, com capacidade para atender as necessidades do país e exportar para a Região. A OPAS/OMS forneceu apoio técnico a esse projeto de transferência de tecnologia. A construção da instalação está em sua etapa final, quase pronta para validação e certificação; a produção deve começar em 2018.

Junto com o Instituto Nicaraguense de Seguro Social (INSS), o Ministério da Saúde, o Instituto de Vacinas e Soros de São Petersburgo e o recém-criado Instituto Mechnikov, a OPAS/OMS promoveu e apoiou a participação de outros atores, como a Universidade Nacional Autônoma da Nicarágua (UNAN-Manágua, UNAN-Leon), bem como o apoio de países com experiência no desenvolvimento de vacinas, como Cuba, Venezuela e Chile, usando a modalidade de Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde.

O processo de transferência de tecnologia para a produção de vacinas contra a gripe na Nicarágua oferece a oportunidade de aumentar o acesso a essas vacinas no país e na Região, fortalecendo a Autoridade Nacional Regulatória. Além disso, gerou a demanda por uma força de trabalho qualificada na Nicarágua, bem como infraestrutura de pesquisa e desenvolvimento.



Equador e Peru | Colaboração para melhorar a saúde de populações em condições de vulnerabilidade

O projeto binacional “Melhorar a saúde de populações em situação de vulnerabilidade” foi implementado em uma das cinco áreas fronteiriças entre Equador e Peru. As pessoas que vivem nessa área têm maior probabilidade de encontrar condições vulneráveis e, conseqüentemente, sofrer problemas de saúde. Isso se manifesta numa maior prevalência de doenças infecciosas, mortalidade materna e neonatal, gravidez na adolescência, violência de gênero e desnutrição na infância. Além disso, as barreiras geográficas e culturais, bem como outros determinantes sociais, limitam o acesso a uma atenção à saúde de qualidade.

Em 2017, foram realizadas intervenções com um enfoque intercultural para reduzir as barreiras culturais no acesso a serviços. Essas intervenções, concentradas nos serviços de saúde, incluíram melhorias no tratamento de pacientes nos centros de saúde para emergências obstétricas e neonatais; intervenções de nutrição; promoção da saúde e prevenção durante a atenção pré-natal. Os “diálogos sobre conhecimento” fortaleceram a participação das populações indígenas na gestão de sua saúde e formou consenso sobre estratégias de intervenção. As intervenções também vincularam os sistemas de saúde tradicional e convencional, promovendo e fortalecendo o reconhecimento cultural mútuo e criando a sinergia necessária para abordar os problemas de saúde.

Categoria 5: Preparação, vigilância e resposta

41. A Região continuou a reduzir a mortalidade, morbidade e interrupção social resultantes de epidemias, desastres, conflitos e emergências ambientais e relacionadas a alimentos, concentrando-se em atividades de redução de riscos, preparação, resposta e recuperação que fortaleceram a resiliência e usaram um enfoque multissetorial para contribuir à segurança da saúde.

Principais realizações

- a) Foram preparadas respostas oportunas e apropriadas para todas as emergências com impacto sobre a saúde em 33 países e vários territórios dentro de 72 horas.
- b) No Haiti, a taxa global de mortalidade pelo cólera foi mantida abaixo de 1%.
- c) Equipes Médicas de Emergência (EMT) em dois países, Costa Rica e Equador, foram verificadas pelo processo de Classificação Global da OMS e adicionadas à lista global de equipes classificadas pela OMS. O Grupo Regional de EMT das Américas foi consolidado.
- d) Doze Estados do Caribe ingressaram na Agência Internacional de Energia Atômica (IAEA), em grande parte graças à colaboração da OPAS/OMS com essa agência.
- e) A Organização manteve cobertura contínua para comunicações urgentes dos Estados Membros e Representações da OPAS/OMS e emitiu alertas sobre ameaças à saúde pública.
- f) Todos os países fazem parte de ao menos uma rede regional de laboratórios com capacidade para responder a patógenos virais emergentes e reemergentes na Região.
- g) Quatorze países e territórios desenvolveram planos de ação nacionais para combater a resistência antimicrobiana.
- h) Continuou a implementação da iniciativa Hospitais Inteligentes. Três instalações de saúde estão sendo reformadas para melhorar sua resiliência a desastres e reduzir seu impacto no meio ambiente: Hospital Princess Alice em Granada, Centre de Santé La Plaine em Dominica e Hospital Chateaubelair em St. Vincent.
- i) Para combater a febre aftosa, foi criado um banco regional de antígenos/vacinas (BANVACO).
- j) Foi estabelecido o novo Programa de Emergências Sanitárias da OPAS, em conformidade com o documento A69/30 da Assembleia Mundial da Saúde.

Desafios

- a) **O apoio político às prioridades continua defasado e às vezes a colaboração constitui um desafio.** Está diminuindo a presença de ONGs e doadores envolvidos no controle do cólera no Haiti. A situação política em alguns Estados

- Membros, particularmente a “verticalização” da resposta e controle de surtos, afetou a colaboração da RSPA com o nível nacional. Quanto à inocuidade dos alimentos, nenhum país da Região a estabeleceu como prioridade de saúde pública e isso afeta diretamente as atividades de cooperação técnica.
- b) **Persistem atrasos na divulgação de informações.** Ocorrem gargalos nos processos nacionais de revisão da informação preparada para divulgação nos Estados Membros através dos canais estabelecidos pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Os textos preparados para divulgação em geral são submetidos a funcionários de alto nível nos Estados Membros para revisão e aprovação, o que pode afetar o cronograma.
 - c) **Desastres e emergências afetaram a capacidade da Organização para implementar algumas atividades durante 2016-2017.** Várias emergências e crises na Região durante o biênio consumiram tempo e recursos, particularmente os surtos de febre amarela e Zika e suas complicações, o terremoto no Equador, o furacão Matthew no Haiti e os furacões Maria e Irma em vários territórios do Caribe. A capacidade logística e de recursos humanos foi pressionada para responder aos impactos, quando sucessivos furacões varreram o Caribe em setembro de 2017. É preciso estabelecer meios alternativos para entrega de produtos e transporte do pessoal de saúde. As transações financeiras com alguns fornecedores foram afetadas pela disrupção dos sistemas financeiros/bancários nacionais nos países afetados (às vezes, foi preciso efetuar pagamentos em dinheiro).
 - d) **A deficiência dos sistemas de informação continua sendo um problem.** Lacunas nos sistemas e metodologias de informação em alguns países dificultam a implementação dos procedimentos para solicitação, envio e coordenação das Equipes Médicas de Emergência para assegurar continuidade do atendimento médico em emergências e desastres. São necessários mecanismos mais eficientes de gestão de dados para integrar a informação sobre saúde humana e animal entre os ministérios para vigilância, controle e prevenção eficiente de zoonoses e doenças transmitidas por alimentos e resistência antimicrobiana. Na maioria dos países, diferentes ministérios são responsáveis pela saúde humana e animal; em resultado, há lacunas na coleta e análise de dados, bem como na avaliação da análise de riscos.
 - e) **Persistem dificuldades na medição do impacto das intervenções para abordar a resistência antimicrobiana.** A resistência antimicrobiana é um problema complexo que envolve muitos setores (por exemplo, saúde, agricultura e meio ambiente). É difícil demonstrar o impacto na saúde pública do programa de resistência antimicrobiana devido a desafios em identificar e medir indicadores de impacto, como redução na mortalidade causada pela resistência antimicrobiana.
 - f) **Lacunas na coordenação laboratorial relativa à preparação para a influenza** prejudicaram a implementação de atividades de fortalecimento da capacidade.
 - g) **Os kits de emergência não têm medicamentos e suprimentos** para tratamento de doenças crônicas em emergências.

Êxitos nos Países

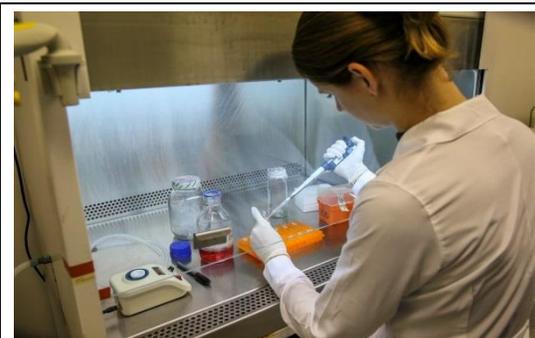
Costa Rica e Equador | Equipes Médicas de Emergência certificadas pela OMS

Numa emergência, assegurar o deslocamento oportuno de equipes médicas que proporcionem uma atenção de qualidade é essencial para salvar vidas, prevenir deficiências e proteger a saúde das populações afetadas. As Equipes Médicas de Emergência (EMT) consistem de profissionais da saúde (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, paramédicos e outros) que proporcionam atendimento clínico diretamente às populações afetadas por emergências e desastres, junto com apoio aos sistemas locais de saúde. As equipes trabalham segundo diretrizes globais que estabelecem critérios de classificação e padrões mínimos. O objetivo é ter uma lista global de equipes médicas que cumprem os requisitos mínimos de EMT estabelecidos pela OMS e podem ser enviadas rapidamente para emergências.

Desde 2015, a OPAS trabalha com os países do hemisfério para fortalecer os mecanismos de solicitação e envio de EMT, bem como ferramentas flexíveis para preparar e registrar as equipes, de acordo com o Plano de Ação para Coordenação da Assistência Humanitária, aprovado pelo Conselho Diretor da OPAS em 2014.

Em fevereiro de 2017, a EMT Tipo 1 da Caixa Costarricense de Seguro Social tornou-se a primeira equipe nas Américas a receber a classificação EMT da OMS. Essa EMT pode atender pelo menos 100 pessoas por dia, além de estabilizar pacientes que precisam ser transferidos para outros serviços. Em setembro de 2017, o Equador recebeu a certificação da OMS para duas EMT tipo 2 e uma Célula Cirúrgica Especializada. Essas equipes, além de desempenhar as funções de uma EMT tipo 1, têm capacidade de ao menos 20 leitos e podem proporcionar atenção de emergência 24 horas, realizar cirurgias gerais e de emergência, inclusive obstétricas, e tratar fraturas e traumatismos.

O Equador tornou-se o primeiro país das Américas a utilizar uma Célula de Informação e Coordenação Médica (CICOM) para a coordenação e envio de EMT, quando 21 equipes nacionais e cinco internacionais responderam ao terremoto de abril de 2016. O treinamento sobre EMT feito pela OPAS no Equador, que por coincidência ocorreu alguns dias antes do terremoto, habilitou o Equador a responder ao desastre seguindo as diretrizes aprovadas.



Américas | Melhor capacidade de diagnóstico laboratorial para detectar arboviroses, inclusive o vírus Zika

A infecção pelo vírus Zika é uma doença emergente, transmitida pela picada de um mosquito infectado (principalmente *Aedes aegypti*, que também transmite Chikungunya, dengue e febre amarela). A circulação autóctone do vírus Zika nas Américas foi confirmada pela primeira vez em fevereiro de 2014 na Ilha da Páscoa, Chile. No fim de dezembro de 2016, 48 países e territórios na Região haviam notificado a transmissão autóctone do vírus Zika pelo vetor. Além disso, cinco países notificaram a transmissão do vírus por outras formas, provavelmente por contato sexual (Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos e Peru).

A OPAS trabalhou com os países para fortalecer a capacidade nacional de resposta ao vírus Zika. Entre outras intervenções, a OPAS proporcionou apoio e assessoria sobre detecção do Zika e diagnóstico diferencial com outras arboviroses, treinou profissionais de 22 países em diagnóstico laboratorial da infecção pelo vírus Zika e comprou reagentes e suprimentos para laboratórios de 23 países.

Em resultado da cooperação técnica, o número de casos confirmados de infecção pelo vírus Zika aumentou nesses países, demonstrando uma maior capacidade de diagnóstico para detecção de arbovírus, inclusive o Zika. Essa melhor capacidade apoiará os esforços regionais de integração da vigilância, prevenção e controle de arboviroses importantes para a saúde pública nas Américas.

Brasil | Análise da situação, avaliação de riscos e monitoramento da resposta para controlar o surto de febre amarela



O surto de febre amarela em 2016-2017 foi o maior notificado pelo Brasil em décadas, com 777 casos humanos confirmados por laboratório, inclusive 261 mortes e 1.659 casos epizoóticos entre primatas não humanos. O último caso confirmado por laboratório nesse surto foi notificado em 15 de junho de 2017. A maioria dos casos humanos e epizoóticos foi notificada no Sudeste do país.

A OPAS/OMS enviou epidemiologistas e gerentes de dados aos estados afetados para apoiar as autoridades locais na coleta, análise e divulgação de dados. Em todos os estados afetados, foram estabelecidos centros de crise com sistemas adequados para coleta de dados e investigação de casos. Além disso, a OPAS/OMS apoiou a provisão de dados para o planejamento da implementação do uso de doses fracionadas da vacina em surtos e na formulação de planos de ação para detecção de grupos não vacinados em municípios selecionados. A OPAS/OMS também ajudou as autoridades nacionais a fortalecer a vigilância de eventos adversos após a imunização.

As ações implementadas pela OPAS/OMS proporcionaram análise da situação e avaliação de riscos, facilitando o monitoramento da resposta a esse grave evento de saúde pública.

Categoria 6: Liderança, governança e funções habilitadoras

42. A Organização continuou a fornecer liderança em saúde e fortalecer suas funções habilitadoras e serviços corporativos para a implementação efetiva e eficiente de cooperação técnica.

Principais realizações

- a) A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA2030), elaborada com os Estados Membros e aprovada na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, representa a primeira resposta regional de longo prazo do setor da saúde aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.
- b) A Organização estabeleceu plataformas e mecanismos para promover o diálogo sobre políticas setoriais no âmbito regional e nos países, mantendo uma resposta

- efetiva aos problemas de saúde que afetam as populações dos países durante situações políticas complexas.
- c) Dezesseis Estratégias de Cooperação com os Países (CCS) foram elaboradas durante o biênio, resultando num total de 26 CCS.
 - d) A preparação do Programa e Orçamento 2018-2019 da OPAS, usando um enfoque de baixo para cima e a priorização com os Estados Membros, culminou em seu pleno endosso pelos Estados Membros, com um aumento de 1,1% no orçamento. O novo portal do Programa e Orçamento, lançado em setembro de 2017 na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, permite que os Estados Membros e outros atores externos obtenham uma visão atualizada da implementação programática e financeira do Programa e Orçamento.
 - e) A carteira de parceiros financeiros foi diversificada e fortalecida. A Organização assinou acordos financeiros com 11 novos parceiros, bem como com organizações com as quais não havia acordos nos últimos cinco anos.
 - f) O Conselho Diretor e a Conferência Sanitária Pan-Americana aprovaram 29 resoluções cobrindo políticas, estratégias e planos de ação que guiarão o trabalho da Organização no médio e longo prazo.
 - g) A OPAS obteve outro parecer de auditoria sem ressalvas para 2016, em resultado do cumprimento pela Organização das Normas Internacionais de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público (IPSAS).
 - h) O Sistema de Informação Gerencial da RSPA (PMIS) foi totalmente implementado a tempo e dentro do orçamento; processos foram documentados, usuários foram treinados e o Comitê Assessor do PMIS foi estabelecido. Foram introduzidas melhorias no PMIS e os processos e operações foram agilizados.
 - i) Concluiu-se o Quadro de Controle Interno e a função de cumprimento foi criada e o pessoal contratado.
 - j) O novo Plano Estratégico de Comunicações para 2018-2022 foi aprovado no fim do biênio. O plano prevê uma grande mudança nas comunicações organizacionais com base numa nova estratégia de posicionamento da OPAS.
 - k) As comunicações institucionais sobre o surto de Zika e resposta a emergências foram administradas mediante plataformas e redes eficazes para fortalecer e melhorar o contato em estreita colaboração com os Estados Membros e outras partes interessadas.

Desafios

- a) **Mudanças no cenário político dos Estados Membros** exigiram informações estratégicas e análises frequentes nos países e no âmbito regional para assegurar que a Organização proporcionasse cooperação técnica apropriada.
- b) **Um número recorde de desastres naturais e surtos de doença** afetou os países da Região durante 2016-2017. Isso exigiu que a Organização proporcionasse

- apoio urgente e, ao mesmo tempo, assegurasse a continuidade de seus programas de cooperação técnica.
- c) **O reposicionamento do sistema de desenvolvimento das Nações Unidas** para cumprir a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, parte da reforma da ONU solicitada pelo Secretário-Geral, requer que a OPAS examine sua colaboração com o sistema da ONU.
 - d) No contexto de globalização, questões prioritárias que afetam a Região (como a obtenção de saúde universal, o impacto da mudança do clima sobre a saúde e o acesso a medicamentos e vacinas de qualidade) cada vez mais exigem **ação coordenada entre as regiões da OMS**.
 - e) **Os esforços de mobilização de recursos** continuam sendo afetados por um ambiente altamente competitivo e um contexto político complexo.
 - f) **A introdução do PMIS e reformas institucionais, como o enfoque de orçamento integrado**, exigiram horas extras dos funcionários, treinamento e comunicação para efetuar uma boa transição dos antigos sistemas e práticas, assegurando que a cooperação técnica não fosse afetada.
 - g) **Vários níveis de capacidade de comunicação**, especialmente nas Representações, dificultaram a realização de comunicações consistentes e de alta qualidade, necessárias para apoiar a cooperação técnica da OPAS.

Êxitos nos Países

Américas | Foi aprovada a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030



A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA2030) tornou-se o documento de referência de política e planejamento estratégico de mais alto nível para a Organização quando foi aprovada pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2017. A ASSA2030 demonstra a liderança da Região no desenvolvimento da primeira agenda regional estratégica de longo prazo do setor da saúde em resposta aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Também guiará o desenvolvimento de dois planos estratégicos da OPAS e ajudará a focalizar a ação coletiva dos Estados Membros e parceiros na terceira década do século 21 para alcançar o mais alto nível de saúde e bem-estar, sem deixar ninguém para trás.

A ASSA2030 é resultado de uma extensa consulta com os Estados Membros e intensa colaboração entre a RSPA e o Grupo de Trabalho dos Países, que trabalhou durante nove meses para preparar esse documento. O grupo incluía 16 Estados Membros de todas as sub-regiões (Antígua e Barbuda, Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai). Com base em sólidas práticas de planejamento estratégico desenvolvidas na Região, foi usado um processo democrático e inclusivo para chegar a um consenso sobre os objetivos e metas da ASSA2030. A elaboração da ASSA2030 também proporcionou lições úteis para negociação e formação de consenso entre os Estados Membros para o desenvolvimento da saúde na Região.

Mais informações disponíveis em: www.paho.org/health-agenda-amicas.



Américas | Apoio à
resposta dos países
ao vírus Zika
mediante
comunicações
estratégicas

Durante o surto de infecção pelo vírus Zika, a OPAS ajudou a construir plataformas e redes eficazes para administrar as comunicações institucionais e fortalecer o contato com a população mediante mensagens oportunas. Vários materiais de comunicação sobre o trabalho da OPAS na Região foram produzidos e os ministérios os adaptaram adicionando seus logos ou criaram seus próprios materiais para incorporar as mensagens da OPAS. A Organização também proporcionou apoio a encarregados de comunicação nos ministérios da Saúde no âmbito nacional e local. A OPAS informou sobre aspectos importantes da resposta em Barbados, Brasil, Colômbia, Cuba, El Salvador, Porto Rico e Trinidad e Tobago.

Ao liderar a resposta de comunicação, a OPAS manteve forte coordenação com a OMS, as Representações e escritórios regionais de agências da ONU. Foram criadas novas parcerias com atores não tradicionais, como Sesame Street e Cartoon Network, para divulgar mensagens sobre o vírus e prevenção. Sesame Street estima que mais de 40 milhões de pessoas na América Latina e Caribe assistiram a esses comunicados de utilidade pública.

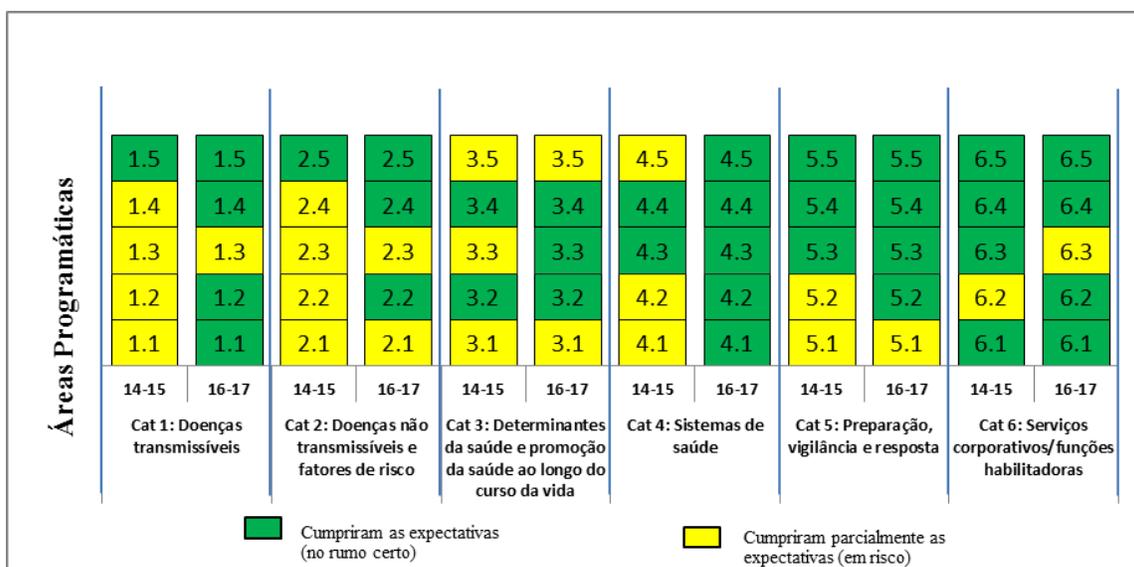
A OPAS também explorou parcerias com Facebook para expandir sua divulgação sobre o Zika. Um estudo do Facebook constatou que as contas da OPAS no Brasil e Colômbia aumentaram o número de seguidores durante o surto: o escritório da OPAS no Brasil aumentou seus seguidores no Facebook de 3.000 antes do surto para quase 40.000 depois do surto.

Resumo da avaliação das categorias e áreas programáticas

43. Esta seção resume os resultados da implementação do Programa e Orçamento 2016-2017 e do Plano Estratégico 2014-2019. Descreve a situação das categorias e áreas programáticas, inclusive o progresso nos 83 indicadores de resultados e 122 indicadores de produtos mediante esforços conjuntos dos Estados Membros e da RSPA. Relatórios detalhados por categoria e área programática, inclusive avaliação dos indicadores de resultados e produtos, estão disponíveis no portal do Programa e Orçamento da OPAS.

44. Conforme mostra a Figura 3, três das seis categorias estavam no rumo certo durante o biênio e três estavam em risco de não obter os resultados estabelecidos para 2019. Das 30 áreas programáticas, 23 estavam no rumo e as restantes sete áreas programáticas estavam em risco, embora tenha sido registrado progresso importante em cada uma delas. Essa avaliação geral mostra uma melhoria em comparação com a avaliação feita em 2014-2015, quando cinco categorias cumpriram parcialmente as expectativas e somente 17 áreas programáticas estavam no rumo.

Figura 3. Avaliação das categorias e áreas programáticas (2014-2015 e 2016-2017)



Avaliação dos indicadores de resultados e produtos

45. Durante o segundo biênio do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, a Região continuou a registrar progresso nos indicadores de resultados.¹⁰ Conforme mostra a Figura 4, 10 dos 83 indicadores de resultados foram alcançados ou ultrapassados (12%), enquanto 56 estão em andamento (67%) e 9 não mostram nenhum progresso (11%). Outros 8 indicadores (10%) não puderam ser avaliados com a informação disponível na

¹⁰ Conforme definido pela cadeia de resultados no Plano Estratégico, resultados são “mudanças coletivas ou individuais nos fatores que afetam a saúde das populações, para as quais o trabalho dos Estados Membros e da RSPA contribuiu”. São alcançados pela obtenção cumulativa de produtos, que são “mudanças nos sistemas, serviços e ferramentas nacionais derivadas da colaboração entre a RSPA e os Estados Membros, pelas quais são conjuntamente responsáveis”.

época deste relatório. A Figura 5 indica que 83 dos 122 indicadores de produtos (68%) foram alcançados ou ultrapassados, 37 (30%) foram parcialmente alcançados e 2 (2%) não foram alcançados, ou não se dispunha de dados para medir o indicador na época do relatório.

46. Os principais problemas que afetaram a consecução dos indicadores de resultados e produtos incluem falta de informação confiável, apoio político insuficiente, limitada capacidade institucional e fracas ações intersetoriais, bem como conflito de prioridades nas agendas regional e nacional. Para enfrentar esses desafios, as intervenções nesses programas precisam ser aceleradas e monitoradas nos próximos dois anos. A Seção VII apresenta reflexões adicionais sobre as lições aprendidas.

Figura 4. Avaliação dos Indicadores de Resultados, 2014-2019

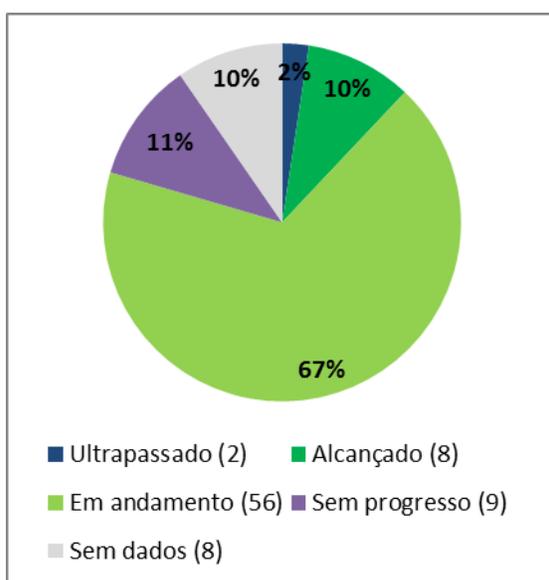
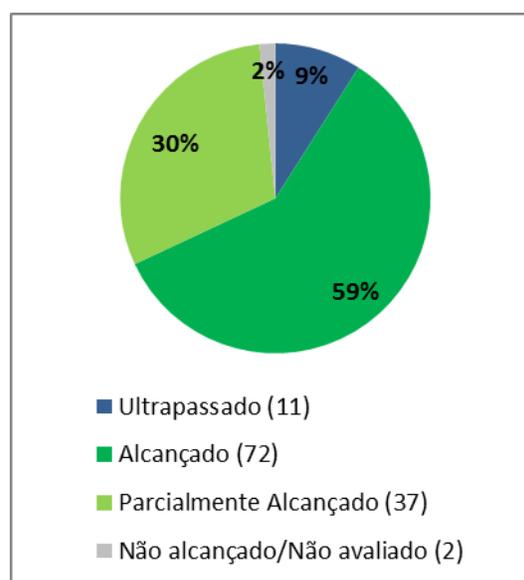


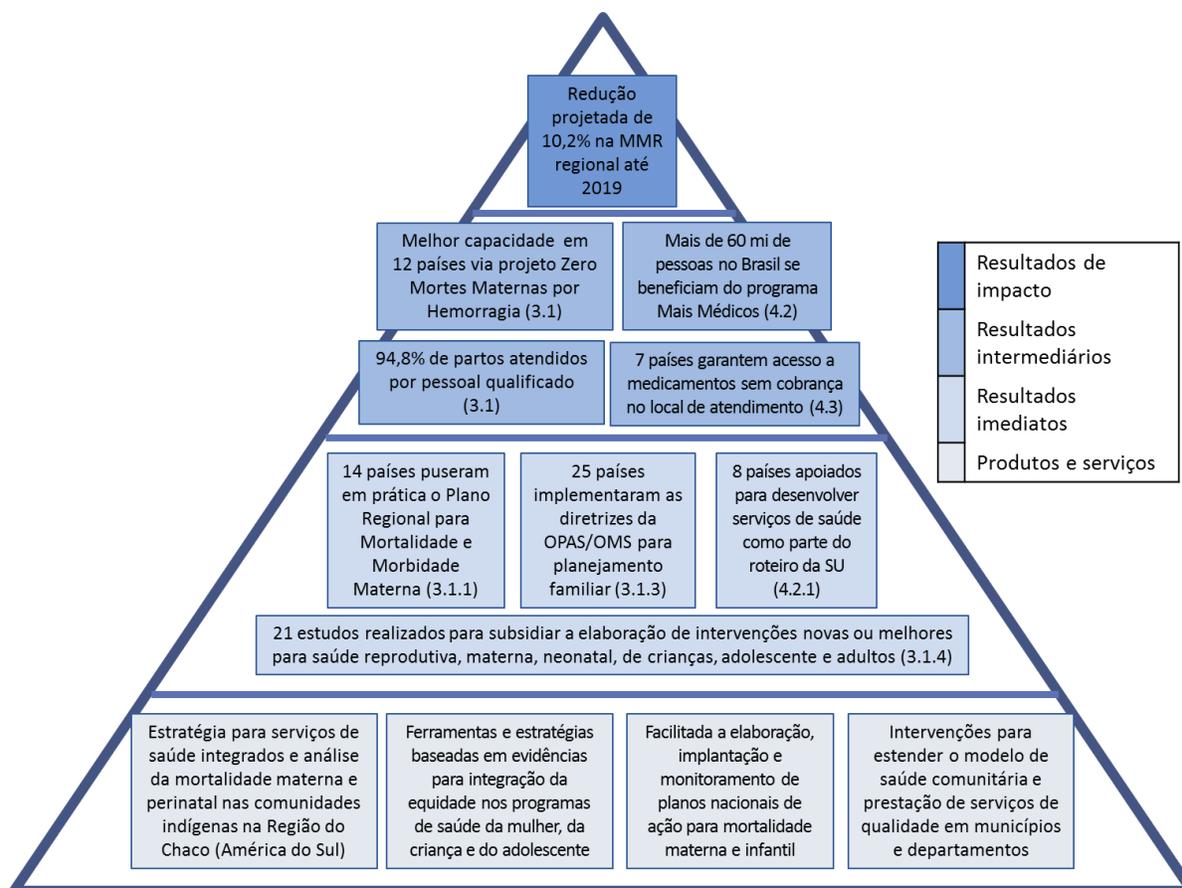
Figura 5. Avaliação dos Indicadores de Produtos, 2016-2017



Promover impacto em toda a cadeia de resultados da OPAS

47. De modo a contribuir para os impactos, a RSPA trabalha com os países e parceiros, principalmente mediante a obtenção de resultados e produtos. Análises em diferentes áreas técnicas mostram que a implementação de programas contribui para impactos de nível mais alto, mas essa relação positiva pode ser complexa e depende de muitos fatores fora do alcance das intervenções do setor da saúde; daí a necessidade de envolver outros setores. Para mostrar como as intervenções da RSPA realizadas em conjunto com os Estados Membros contribuem para a obtenção de resultados e impactos, a Figura 6 apresenta uma ilustração usando uma meta do objetivo de impacto na mortalidade materna.

Figura 6. Ilustração da cadeia de resultados, desde a contribuição da RSPA até o impacto



48. No nível de produtos (3.1.1), os Estados Membros e a RSPA são conjuntamente responsáveis pelo desenvolvimento e implementação de planos de ação nacional sobre mortalidade materna e perinatal, em conformidade com o Plano de Ação Regional para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave, concluído em 2017. Essa avaliação mostra que, até o fim de 2017, 14 dos 20 países haviam implementado esses planos, o que significa que o resultado esperado não foi obtido, embora tenha havido certo progresso.

49. No nível de resultados, o objetivo é aumentar a capacidade e cobertura dos serviços e reduzir os riscos. Nesse sentido, registrou-se progresso na proporção de partos em hospital com assistência de pessoal treinado (3,1).¹¹ Para 2017, esse indicador foi avaliado em 94,8%, mostrando progresso em comparação com os 94,1% informados nos Indicadores Básicos da OPAS para 2016, que mediram esse indicador pela primeira vez.

¹¹ Embora o indicador desse resultado (3.1.2) continue em vigor no Plano Estratégico, o indicador foi modificado pela OPAS na publicação Indicadores Básicos. Desde 2015, a OPAS mede os partos em hospital como substituto da atenção qualificada ao parto (já que a atenção qualificada é proporcionada por pessoal treinado em hospitais) e os países enviam informações sobre esse novo indicador.

50. Conforme indicado acima, projeta-se uma redução de 10,2% na mortalidade materna entre 2014 e 2019, mostrando que a meta regional de uma redução de 11% pode ser alcançada em 2019. Contudo, a análise mostra variações significativas entre países e dentro deles, sugerindo a necessidade de aumentar os esforços onde são mais necessários, particularmente entre países-chave da OPAS, de modo a não deixar ninguém para trás. Para tanto, a Organização está implementando o projeto Zero Mortes Maternas por Hemorragia, que visa a melhorar a capacidade de resposta a emergências obstétricas. Além disso, projetos na Colômbia, Nicarágua e Paraguai têm utilizado comunidades como modelos, implementando ações para reduzir as desigualdades no acesso a serviços de saúde de boa qualidade, particularmente entre mulheres e crianças das áreas rurais, grupos indígenas e afrodescendentes, na expectativa de que essas atividades possam ser ampliadas e compartilhadas como boas práticas.

51. A Estratégia Global para a Saúde de Mulheres, Crianças e Adolescentes e o lançamento do movimento “Todas as mulheres, todas as crianças - América Latina e Caribe” proporcionam um quadro para a promoção e implementação de intervenções destinadas a melhorar a saúde de mulheres, grávidas e recém-nascidos com um enfoque do curso da vida.

IV. Implementação do orçamento

52. A implementação do orçamento e a análise de recursos consideram os fundos disponíveis para implementar o Programa e Orçamento 2016-2017, o nível de implementação desses fundos, déficits de financiamento e esforços de mobilização de recursos para cobrir esses déficits.

53. O Programa e Orçamento estabelece o nível estimado de recursos necessários para a RSPA implementar o programa de trabalho, inclusive os requisitos estimados de recursos para cada categoria e área programática. Durante o biênio, foram mobilizados recursos para cobrir o déficit de financiamento da Organização em relação ao Programa e Orçamento aprovado. O déficit de financiamento é progressivamente reduzido durante o biênio à medida que os recursos são mobilizados e alocados. A alocação de recursos por categoria, área programática, prioridade programática e nível funcional é analisada para determinar se a Organização foi capaz de seguir a orientação dos Órgãos Diretores proporcionando alocações apropriadas para áreas programáticas prioritárias.

Visão geral do Orçamento: 2016-2017

54. O Programa e Orçamento aprovado para o biênio 2016-2017 foi de \$612,8 milhões para os programas básicos e \$35 milhões para programas especiais e emergências, num total de \$647,8 milhões (Figura 7). Além do Programa e Orçamento, \$990 milhões foram estimados como recursos das iniciativas patrocinadas pelos governos no âmbito nacional.

Figura 7. Programa e Orçamento 2016-2017: programas aprovados, financiados e implementados (US\$ milhões)

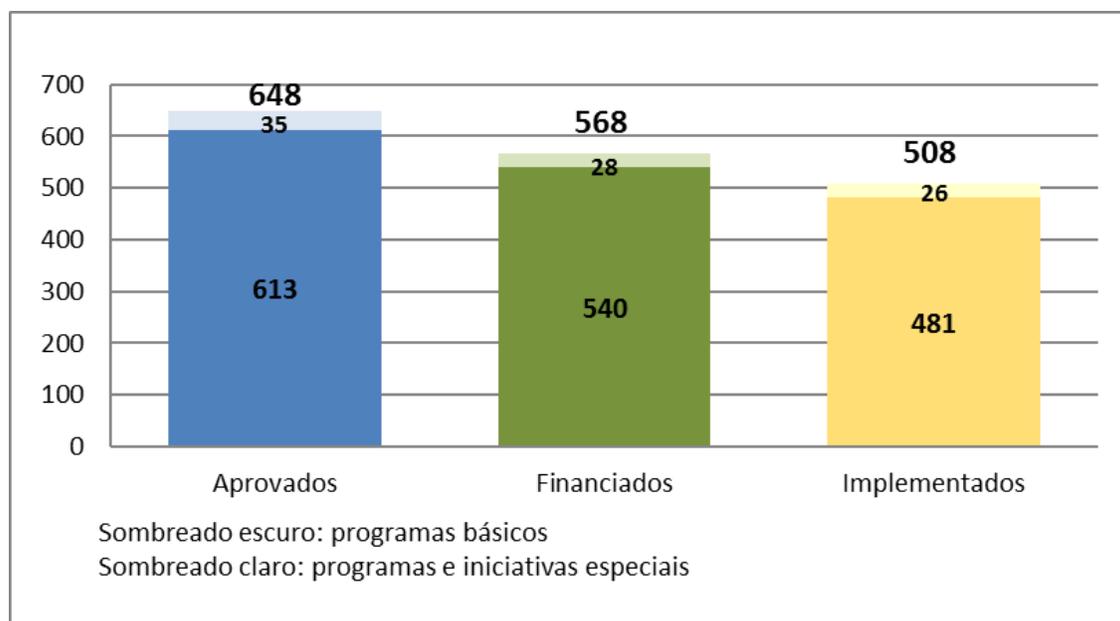


Tabela 1. Fontes de financiamento do Programa e Orçamento, 2014-2015 e 2016-2017 (US\$)

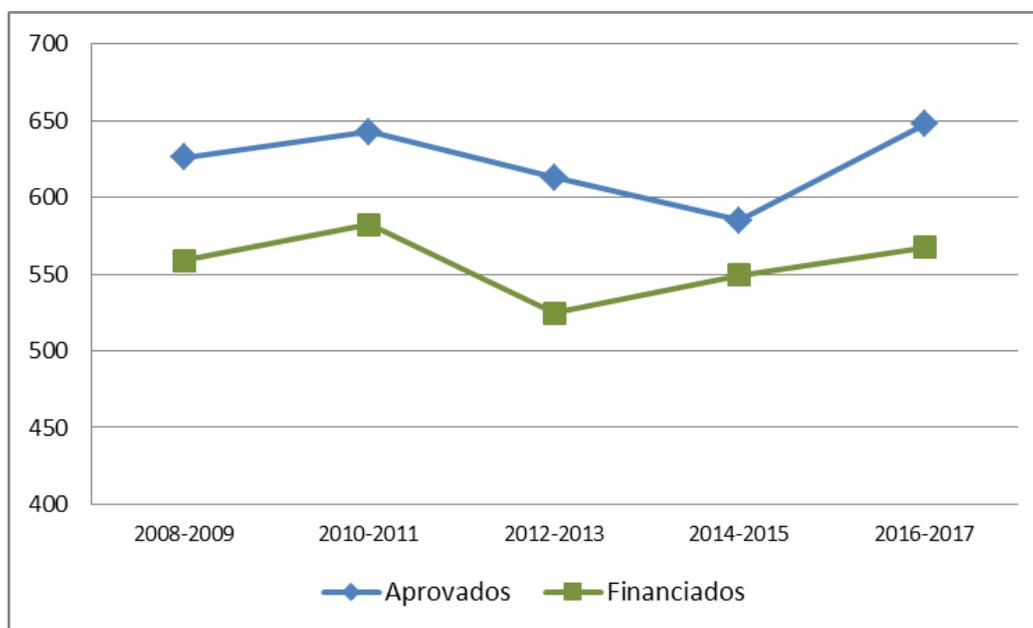
Fonte de Financiamento	Financiado em 2014-2015	Financiado em 2016-2017	Variação % em 2016-2017	Diferença
Contribuições fixas da OPAS e receitas diversas	198.400.000	217.735.000	10%	19.335.000
Outras fontes	211.900.000	208.994.000	-1%	(2.906.000)
Alocação da OMS para as Américas	139.100.000	140.992.000	1%	1.892.000
TOTAL	549.400.000	567.721.000	3%	18.321.000

Nota: Inclui fundos não distribuídos e transferidos.

55. Conforme resumido na Tabela 1, os fundos recebidos em 2016-2017 totalizaram \$567,7 milhões (incluindo fundos transferidos de 2014-2015). Desse total, \$521,6 milhões estavam disponíveis para implementação durante 2016-2017; os restantes \$46,1 milhões foram transferidos para 2018-2019. Os \$521,6 milhões disponíveis constituem 81% do Programa e Orçamento.

56. A Figura 8 mostra as tendências do Programa e Orçamento da OPAS em termos de montantes aprovados e financiados nos últimos 10 anos. O financiamento do Programa e Orçamento 2016-2017 registrou um nível coerente com os biênios anteriores, mas não atingiu o nível do orçamento aprovado.

Figura 8. Programa e Orçamento: tendências de financiamento (US\$ milhões)



57. A implementação do Programa e Orçamento atingiu 78% do nível aprovado e 97% do financiamento disponível. A Tabela 2 apresenta um panorama mais detalhado dos componentes do Programa e Orçamento, junto com a disponibilidade de financiamento e níveis de implementação por categoria e área programática.¹² Nas próximas seções apresenta-se uma análise de cada segmento do orçamento.

Tabela 2. Programa e Orçamento 2016-2017: Fundos aprovados, disponíveis e implementados, por categoria e área programática (US\$ milhões)

Categoria e área programática	Orçamento aprovado	Fundos disponíveis	Implementados	Disponíveis como % de aprovados	Implementados como % de aprovados	Implementados como % de disponíveis
1. Doenças transmissíveis	102,4	81,5	80,6	80%	79%	99%
1.1 HIV/AIDS e IST	15,5	9,0	9,0	58%	58%	100%
1.2 Tuberculose	7,3	6,9	6,9	95%	95%	100%
1.3 Malária e outras doenças transmitidas por vetores	19,5	17,6	17,4	91%	90%	99%
1.4 Doenças negligenciadas e tropicais e zoonoses	13,4	12,1	12,1	90%	90%	100%
Categoria e área programática	Orçamento aprovado	Fundos disponíveis	Implementados	Disponíveis como % de aprovados	Implementados como % de aprovados	Implementados como % de disponíveis
1.5 Doenças imunopreveníveis	46,7	35,9	35,2	77%	75%	98%
2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco	58,0	41,0	40,6	71%	70%	99%
2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco	29,9	22,1	21,9	74%	73%	99%
2.2 Saúde mental e distúrbios do uso de substâncias psicoativas	7,3	6,4	6,4	89%	88%	99%
2.3 Violência e lesões	6,2	4,9	4,8	79%	78%	99%
2.4 Deficiências e reabilitação	5,4	2,4	2,4	44%	43%	99%
2.5 Nutrição	9,2	5,2	5,2	56%	56%	100%

¹² Exclui fundos transferidos para o biênio 2018-2019.

Categoria e área programática	Orçamento aprovado	Fundos disponíveis	Implementados	Disponíveis como % de aprovados	Implementados como % de aprovados	Implementados como % de disponíveis
3. Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo do curso da vida	81,2	48,6	48,3	60%	59%	99%
3.1 Saúde de mulheres, mães, recém-nascidos, crianças, adolescentes e adultos e saúde sexual e reprodutiva	44,9	24,8	24,6	55%	55%	99%
3.2 Envelhecimento e saúde	2,7	2,3	2,3	86%	85%	99%
3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e etnia	9,2	6,9	6,9	75%	75%	99%
3.4 Determinantes sociais da saúde	12,0	6,4	6,3	53%	53%	99%
3.5 Saúde e meio ambiente	12,5	8,3	8,3	67%	66%	100%
4. Sistemas de saúde	109,2	85,7	83,5	79%	77%	97%
4.1 Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde	17,4	17,8	17,7	102%	102%	100%
4.2 Serviços de saúde focados nas pessoas, integrados e de qualidade	13,7	14,3	14,3	105%	105%	100%
4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade regulatória	24,7	19,8	18,1	80%	73%	91%
4.4 Informações e evidências para sistemas de saúde	33,3	22,8	22,6	69%	68%	99%
4.5 Recursos humanos para saúde	20,1	11,0	10,8	55%	54%	98%
5. Preparação, vigilância e resposta	59,8	56,1	54,5	94%	91%	97%
5.1 Capacidade de alerta e resposta (RSI)	9,9	7,4	7,4	75%	75%	100%
5.2 Doenças epidêmicas e pandêmicas	14,6	17,6	16,3	121%	112%	93%
5.3 Gestão de riscos de emergência e crises	30,3	23,9	23,9	79%	79%	100%
5.4 Inocuidade dos alimentos	5,0	7,2	6,9	143%	137%	96%
Subtotal: Categorias 1-5	410,7	313,0	307,6	76%	75%	98%
6. Serviços corporativos/funções habilitadoras	202,1	181,1	173,9	90%	86%	96%

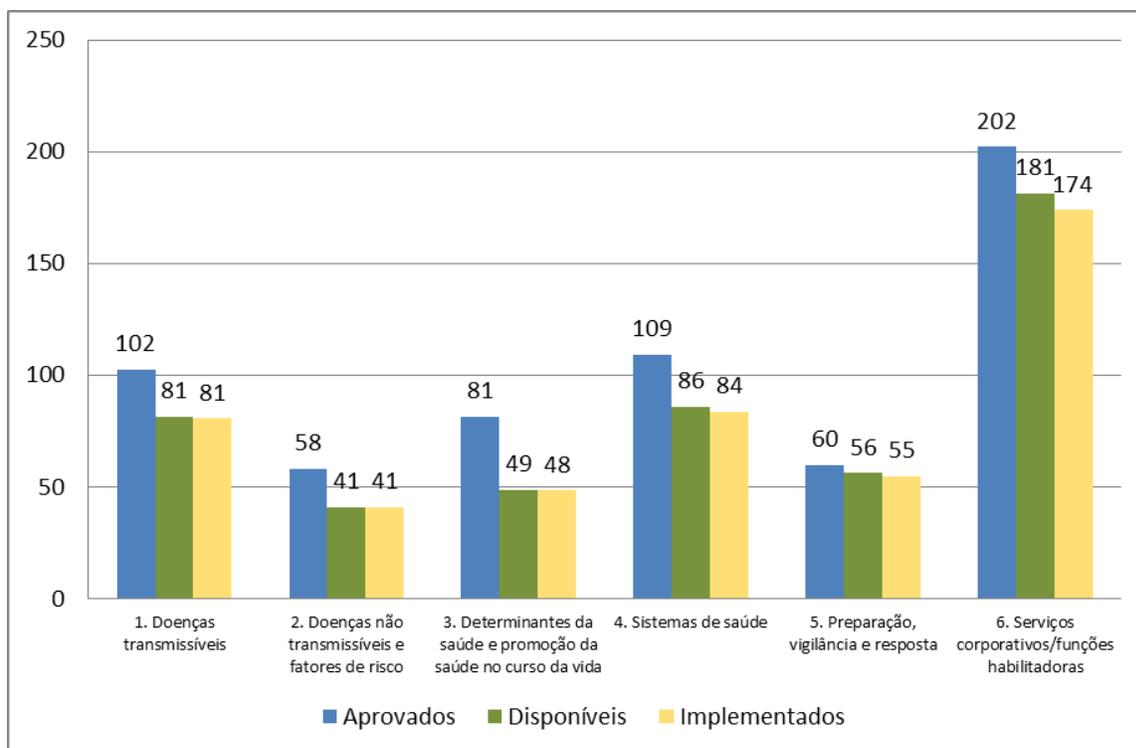
6.1 Liderança e governança	46,5	42,3	41,6	91%	90%	99%
6.2 Transparência, prestação de contas e gestão de riscos	8,3	9,4	9,0	113%	109%	96%
6.3 Planejamento estratégico, coordenação de recursos e relatórios	24,0	13,0	12,5	54%	52%	96%
6.4 Gestão e administração	110,8	105,4	100,0	95%	90%	95%
6.5 Comunicações estratégicas	12,5	11,1	10,8	89%	86%	97%
Subtotal: Programas básicos (Categorias 1-6)	612,8	494,1	481,4	81%	79%	97%
Programas especiais e emergências	35,0	27,6	26,1	79%	75%	95%
Manutenção da erradicação da poliomielite	1,2	3,1	3,0	259%	253%	98%
Programa de erradicação da febre aftosa	11,8	4,4	4,4	38%	38%	100%
Resposta a surtos e crises	22,0	20,0	18,6	91%	85%	93%
Programa e Orçamento Total	647,8	521,6	507,5	81%	78%	97%
Iniciativas patrocinadas pelos Governos	990,0	1.077,6	1.071,6	109%	108%	99%

Programas básicos

58. O orçamento aprovado para os programas básicos foi de \$612,8 milhões (Tabela 2). Foram financiados 81% dos programas básicos. O nível mais baixo de financiamento neste biênio ficou evidente em todas as categorias do Programa e Orçamento, embora não igualmente entre as áreas programáticas (veja a Tabela 2). A redução na disponibilidade de recursos afetou os níveis de implementação do Programa e Orçamento aprovado.

59. A Figura 9 apresenta um resumo da distribuição dos programas básicos por categoria. Entre as categorias técnicas, a Categoria 5 atingiu níveis de financiamento acima de 90% e as Categorias 1 e 4 foram financiadas em quase 80%. Por outro lado, as Categorias 2 e 3 ficaram subfinanciadas, com 70% e 60% do orçamento aprovado, respectivamente. A disponibilidade de recursos é essencial para a obtenção de resultados e o subfinanciamento dessas duas categorias prioritárias impediu que elas avançassem rumo ao fechamento das lacunas programáticas.

Figura 9. Programa e Orçamento 2016-2017: Distribuição dos programas básicos por categoria (US\$ milhões)

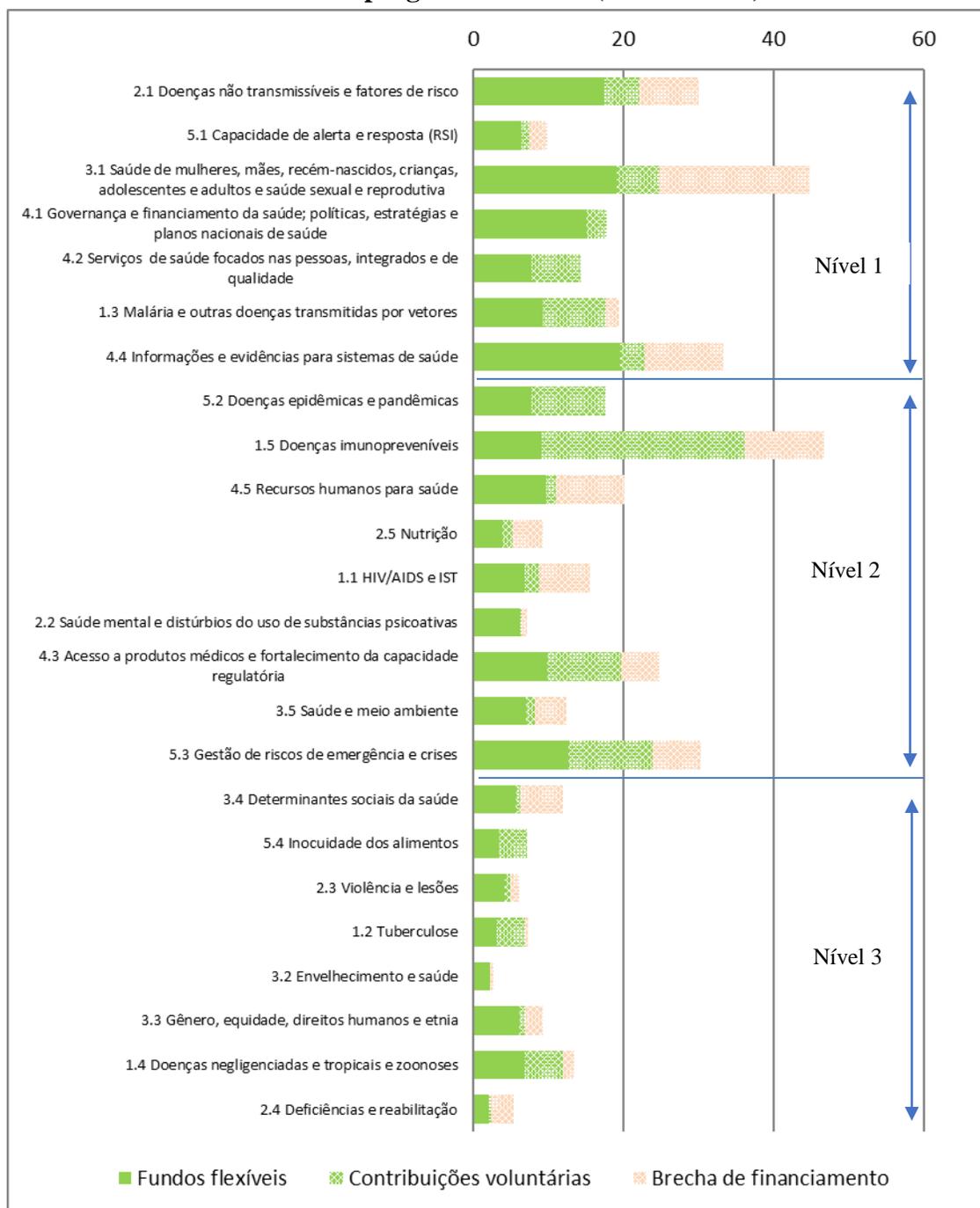


60. Conforme mencionado anteriormente, a implementação do orçamento foi afetada pelos níveis de financiamento disponível durante o biênio e pelo cronograma em que os fundos foram recebidos. A implementação dos programas básicos correspondeu somente a 79% do estabelecido no Programa e Orçamento, mas os fundos disponíveis foram totalmente implementados ou quase.

61. A Tabela 2 apresenta um panorama do Programa e Orçamento por categoria e área programática, bem como detalhes da disponibilidade de fundos e níveis de implementação. Como mostra a tabela, os níveis de financiamento para programas básicos não foram homogêneos entre as áreas programáticas. Das 24 áreas programáticas técnicas, 15 tiveram financiamento de 75% ou mais, enquanto seis ficaram bem abaixo. Essas seis áreas programáticas são: 1.1 HIV/AIDS e IST (58%), 2.4 Deficiências e reabilitação (44%), 2.5 Nutrição (56%), 3.1 Saúde de mulheres, mães, recém-nascidos, crianças, adolescentes e adultos e saúde sexual e reprodutiva (55%), 3.4 Determinantes sociais da saúde (53%) e 4.5 Recursos humanos para saúde (55%).

62. Na Categoria 6, houve uma redução de cerca 10% em financiamento e despesas em comparação com 2014-2015. Isso é coerente com os esforços da Organização no sentido de alocar recursos para programas técnicos e implementar medidas de eficiência em áreas administrativas.

Figura 10. Programa e Orçamento 2016-2017: Priorização programática e alocação de recursos aos programas básicos (US\$ milhões)



63. Ao comparar os níveis de financiamento com a priorização programática, somente cinco das oito prioridades da Organização atingiram níveis de financiamento disponível de 75% ou mais do orçamento aprovado, indicando falta de alinhamento entre a priorização dos Estados membros e o financiamento do Programa e Orçamento pelos doadores. Deve-se destacar o baixo nível do financiamento disponível para a área

programática 3.1 (saúde de mulheres, mães, recém-nascidos, crianças, adolescentes e adultos e saúde sexual e reprodutiva). Essa área programática recebeu um nível muito alto de priorização pelos Estados Membros e há um forte mandato para a Organização avançar nesse tema de saúde pública, refletido na decisão dos Estados Membros de manter esse alto nível de orçamento apesar de um histórico de baixo financiamento.

64. Deve-se assinalar que a estrutura formal do orçamento nem sempre retrata o caráter transversal do trabalho da OPAS em muitas áreas programáticas. O trabalho programático em geral cobre mais de uma área programática, mas pode ser atribuído apenas a uma delas. Isso é particularmente relevante para áreas programáticas que atraem mais doadores e podem atingir objetivos comuns com as áreas programáticas que atraem menos contribuições voluntárias, mas as linhas de subordinação demandam um vínculo específico com o Programa e Orçamento.

65. A RSPA, cumprindo seu compromisso de executar os mandatos atribuídos pelos Estados Membros, tem usado financiamento flexível para fortalecer as áreas programáticas mais necessitadas, com ênfase naquelas classificadas como de alta prioridade no Programa e Orçamento 2016-2017. Conforme indica a Figura 10, o nível de fundos flexíveis alocados às três áreas programáticas de maior prioridade (2.1, 5.1 e 3.1) foi muito alto em comparação com o financiamento disponível (79%, 87% e 77%, respectivamente) recebido durante o biênio.

66. A RSPA continua seus esforços de mobilização de recursos, tanto no nível programático como no estratégico, para realizar seu trabalho técnico e cobrir os déficits financeiros. Durante o biênio 2016-2017, esses esforços resultaram em aproximadamente \$120 milhões em contribuições voluntárias (aproximadamente 24% do total de fundos disponíveis para programas básicos). Do total de contribuições voluntárias, 42% foram mobilizadas dos 10 principais doadores listados na Tabela 3. Desses doadores, \$20 milhões (39% dos fundos fornecidos pelos 10 maiores doadores) foram destinados a apoiar programas na Categoria 1. Por outro lado, o nível de prioridade de algumas áreas programáticas da Categoria 2 é muito alto, mas receberam somente 3% dos fundos dos 10 principais doadores. A RSPA louva a disposição dos parceiros de financiamento para apoiar o Programa e Orçamento, mas recomenda um melhor alinhamento estratégico com as prioridades estabelecidas pelos Estados Membros.

Tabela 3. 10 principais doadores para o Programa e Orçamento 2016-2017 da OPAS

Doador	Fundos disponíveis (US\$)	1. Doenças transmissíveis	2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco	3. Determinantes da saúde e promoção da saúde no curso da vida	4. Sistemas de saúde	5. Preparação, Vigilância e Resposta	6. Serviços corporativos/funções habilitadoras
US Agency for International Development (USAID)	13,654,630	62%	1%	16%	8%	14%	
US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	10,385,695	67%	8%			25%	
Department of Foreign Affairs, Trade and Development (Canadá)	6,963,566	11%	9%	44%	24%	11%	
GAVI Alliance	6,702,681	41%			59%		
UK Department for International Development (DFID)	5,501,834					100%	
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)	1,631,269			1%	52%	45%	3%
Governo de Luxemburgo	1,592,533			19%	81%		
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)	1,551,706	3%	14%	3%	55%	25%	
Comissão Europeia	1,526,930	5%		7%		88%	
Bill and Melinda Gates Foundation	1,416,487	72%			28%		

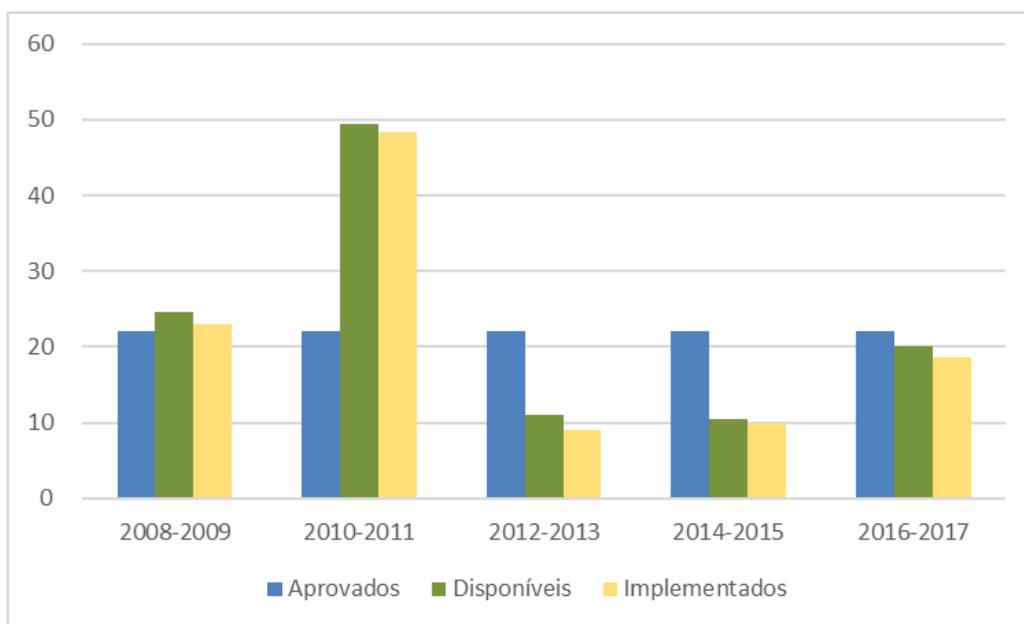
Programas especiais e emergências

67. O orçamento para programas especiais e emergências aprovado pelos Estados Membros foi de US\$ 35 milhões. O financiamento disponível para esse segmento atingiu \$27,5 milhões, ou 79% do orçamento aprovado. Os componentes de erradicação da poliomielite e resposta a surtos e crises foram bem financiados, mas o programa de erradicação da febre aftosa recebeu financiamento apenas para 38% de seu orçamento

aprovado. Isso se deve em parte ao fato de que algumas atividades relacionadas foram realizadas dentro de programas básicos. Para os três programas, os níveis de implementação como porcentagem do orçamento aprovado acompanharam os níveis de financiamento, atingindo mais de 90% dos fundos disponíveis.

68. A Organização respondeu bem ao apelo dos Estados Membros no sentido de proteger as Américas das consequências de emergências e desastres sobre a saúde. Em resultado do crescente número desses eventos, inclusive o vírus Zika e complicações associadas, o financiamento e implementação do componente de resposta a surtos e crises do Programa e Orçamento atingiu 85% em 2016-2017. Os fundos disponíveis aumentaram consideravelmente em relação aos dois biênios precedentes, refletindo a escala e gravidade de emergências e surtos em 2016-2017 e a relativa volatilidade desse componente.

Figura 11. Resposta a surtos e crises: Orçamento, financiamento e implementação



Iniciativas patrocinadas pelos Governos

69. A modalidade de acordos nacionais patrocinados pelos governos (também chamados de contribuições voluntárias nacionais, ou CVN) é um meio cada vez mais importante de fornecer cooperação, e alguns governos disponibilizam um volume significativo de fundos para apoiar e implementar programas nacionais de cooperação técnica. No biênio 2016-2017, a OPAS recebeu \$142,4 milhões em CVN, excluindo o projeto Mais Médicos. Embora a distribuição de recursos varie por país, a maioria dos países dedicou uma porcentagem considerável desses fundos à cooperação técnica para fortalecer sistemas e serviços de saúde.

70. O nível de CVN varia muito entre países e de um biênio a outro. A maioria dos países com CVN em 2014-2015 contribuíram esses fundos novamente em 2016-2017, mas cinco países não o fizeram. O montante de CVN recebido nesse biênio foi consideravelmente inferior ao de 2014-2015 (\$254,16 milhões), devido principalmente à redução do valor em dólares da CVN do Brasil decorrente da flutuação das taxas de câmbio.

Tabela 4. Contribuições Voluntárias Nacionais para a OPAS, 2016-2017 (US\$)

Governo	Disponível	Implementado
Governo do Brasil (excluindo Mais Médicos)	117.372.765	112.174.018
Governo da Colômbia	14.144.837	14.084.995
Governo da Argentina	3.115.293	3.102.562
Governo da República Dominicana	2.626.680	2.626.680
Governo do México	1.923.128	1.836.226
Governo do Peru	1.411.670	1.404.289
Governo da Costa Rica	520.181	205.966
Governo do Equador	560.337	560.337
Governo de Trinidad e Tobago	304.890	45.634
Governo do Chile	123.729	123.729
Governo do Uruguai	121.118	121.118
Governo do Paraguai	98.285	98.285
Governo do Panamá	81.624	80.938
Governo da Guatemala	2.480	2.480
Subtotal	142.407.016	136.467.255
Mais Médicos (Brasil)	935.199.230	935.149.039
Total CVN 2016-2017	1.077.606.246	1.071.616.294

V. Riscos, lições aprendidas, conclusões e recomendações

71. Esta seção resume os principais riscos e ações de mitigação, lições aprendidas e conclusões e recomendações da implementação do Programa e Orçamento 2016-2017 da OPAS. Baseia-se na análise apresentada nas seções anteriores e responde a pedidos dos Estados Membros de apresentar uma visão mais sistemática para guiar o trabalho da Organização em 2018-2019, com vistas ao novo Plano Estratégico 2020-2025.

Análise de riscos

72. Durante 2016-2017, a OPAS continuou a implementar seu programa de Gestão de Riscos Corporativos (ERM) para identificar, monitorar, avaliar e gerir riscos contínuos para as operações e atividades de cooperação técnica da OPAS. O programa de ERM inclui também um exame e a determinação de riscos nos níveis nacional e institucional.

73. O Registro de Riscos da OPAS é o mecanismo formal que capta informação relacionada a riscos fornecida pela rede de pontos focais de risco. O Comitê Permanente de Gestão dos Riscos (constituído pelo nível mais alto de gerência da RSPA) examina, valida e prioriza os riscos corporativos. A Administração Executiva examina periodicamente as medidas de controle interno da RSPA e vigia o cumprimento para assegurar uma forte administração financeira e programática. Em geral, os principais riscos para o desempenho da Organização foram identificados e mitigados de forma oportuna durante 2016-2017.

74. No Plano Estratégico 2014-2019, vários riscos foram identificados para cada uma das seis categorias. Mais especificamente, um conjunto mais limitado de riscos principais foi identificado por meio do registro de riscos referente a 2016-2017 e um exame da informação dos relatórios de avaliação das categorias. Esses principais riscos encontram-se resumidos abaixo, junto com uma breve descrição de seu potencial impacto e algumas atividades de mitigação implementadas durante o biênio.

75. **RISCO: Mudanças nas prioridades de saúde nos níveis global, regional ou nacional resultam em menor apoio político e financeiro para intervenções específicas, com um possível impacto nos resultados da saúde.**

- a) Este risco continua a ser relevante para a maioria das categorias. Para mitigá-lo, a OPAS trabalhou junto com autoridades nacionais e outros atores relevantes nos níveis regional e nacional, intensificando a gestão e a governança do financiamento de saúde, trabalho intersetorial e esforços para atingir os ODS. O desenvolvimento da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 e a priorização programática realizada para o desenvolvimento do Programa e Orçamento 2018-2019 são exemplos dessa colaboração.
- b) A RSPA intensificou os esforços para mobilizar recursos, trazendo novos doadores, renovando outros que se ausentaram por um tempo e fortalecendo a capacidade para a mobilização de contribuições nacionais voluntárias. Nos países, continuará o trabalho junto aos ministérios da Saúde e das Finanças, assim como

com importantes parceiros, como a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), a fim de aumentar o espaço fiscal para a saúde no novo biênio. O foco global renovado na saúde universal, conforme observado no projeto do 13º Programa Geral de Trabalho da OMS, representa uma oportunidade de mobilizar recursos adicionais no próximo biênio.

- c) Adicionalmente, algumas intervenções foram executadas maximizando o uso de recursos humanos e financeiros nacionais. A Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde (CCHD) e a cooperação triangular foram expandidas para responder melhor a prioridades e necessidades dos países em todos os níveis da Organização, especialmente para os países-chave da OPAS.

76. RISCO: Mobilidade das pessoas através das fronteiras exerce maior pressão sobre os serviços e programas de prevenção, controle e eliminação de doenças.

- a) A migração humana representa um dos maiores desafios da saúde pública em todo o mundo, e esse risco continua a ser relevante para os programas e serviços de saúde pública na Região. A questão da migração é um tema muito sensível por razões geopolíticas, econômicas e humanitárias. Esse risco exige uma resposta coletiva dos Estados Membros, envolvendo todos os setores relevantes.
- b) Para mitigar esse risco, durante 2016 os Estados Membros aprovaram o documento de política Saúde dos Migrantes (documento CD55/11) para aumentar a defesa de causas e promover a mobilização de recursos nacionais para formular políticas e programas sensíveis às necessidades de saúde das populações migrantes. Além disso, a OPAS, através dos escritórios regionais, sub-regionais e nos países, está fortalecendo a coordenação interinstitucional e os mecanismos de colaboração para alcançar sinergias e eficiência na cooperação técnica, em particular com a Organização Internacional para Migrações e outras partes interessadas, para melhorar a saúde e a proteção dos migrantes nos países de origem, trânsito e destino.

77. RISCO: Emergências, conflitos civis e outros distúrbios sociais afetam as operações da OPAS.

- a) Este risco continua a ser relevante para os Estados Membros e as operações da OPAS. Durante esse biênio a Região teve que confrontar e responder ao impacto de várias emergências, incluindo desastres naturais (por exemplo, furacões Matthew, Irma e Maria, terremotos no Equador e México e graves inundações no Peru) e surtos de doenças infecciosas (por exemplo, vírus Zika, dengue, febre amarela e Chikungunya). Além dos impactos sobre as populações afetadas, esses eventos exercem pressão sobre as operações da OPAS, já que equipes e recursos precisam ser desviados de suas atividades regulares e planejadas.
- b) Como parte das ações de mitigação, a RSPA assegurou que cada Representação tenha um Plano de Continuidade estabelecido para garantir interrupções mínimas na cooperação técnica. Um mecanismo de coordenação foi estabelecido dentro da RSPA para ajudar os países afetados por emergências e administrar apoio

oportuno às equipes dos países. Ademais, a OPAS formulou e aprovou um Plano de Continuidade para a Sede da OPAS. A RSPA também trabalha com os Estados Membros nos estágios de resposta e recuperação.

78. RISCO: A variedade de políticas e normas legais estabelecidas em toda a Região limita o acesso e/ou a utilização dos sistemas de atenção à saúde e a implementação de programas de saúde.

- a) Como um exemplo desse risco, a baixa capacidade regulatória no nível nacional permite que as indústrias do tabaco, álcool, alimentos processados e bebidas adoçadas interfiram e dificultem o progresso nos países. A redução desse risco pode ter um impacto positivo e direto sobre a saúde da população.
- b) Uma das medidas tomadas para mitigar esse risco que mostrou resultados significativos foi a implementação de uma série de atividades de treinamento para técnicos do governo sobre tributação do tabaco e sobre a importância crítica da legislação para a prevenção e controle de DNT.

79. RISCO: A deficiência dos sistemas de informação sobre saúde e da capacidade de análise de dados impede que os países implementem políticas baseadas em evidências e intervenções sustentáveis para melhorar os resultados de saúde.

- a) Os países precisam de sistemas robustos de informação sobre saúde e dados para monitorar a situação de saúde e os resultados de saúde, incluindo as metas dos ODS relacionadas à saúde. As deficiências nessa área impedem que os países priorizem e concentrem suas ações para reduzir as desigualdades e tomar decisões sustentáveis para melhorar a saúde e o bem-estar da população. Houve uma mudança notável na disposição dos países de atribuir importância a essa questão, com recursos significativos alocados para desenvolver melhores sistemas de informação de saúde e fortalecer a geração e análise de dados para melhorar a gestão do sistema de saúde e apoiar a tomada de decisões com base em evidências. Não obstante, é necessário envidar mais esforços para ampliar a coleta de dados junto às populações mais pobres e marginalizadas.
- b) Além disso, a falta de dados levou a uma dependência excessiva de pesquisas, estimativas e projeções para os relatórios sobre alguns indicadores (por exemplo, a Pesquisa Mundial de Tabaco e Juventude, estimativas do IGME da ONU sobre a mortalidade infantil, pesquisas de amamentação, entre outros). Isso constitui um risco específico para o monitoramento e avaliação dos resultados e impactos de saúde, assim como para a tomada de decisões estratégicas.
- c) Ações de mitigação incluem a defesa de causas junto aos Estados Membros para investir nessa área e colaboração para criar as capacidades nacionais para fortalecer os sistemas de informação sobre saúde. A abordagem desse risco específico exige ação intersetorial nos países. Para isso, a RSPA criou um departamento responsável por liderar um enfoque integrado nessa área.

80. RISCO: Brechas na segurança do sistema de informação da OPAS podem impactar a confidencialidade, integridade e/ou disponibilidade de informação.

- a) A RSPA faz um uso extensivo da tecnologia de informação (TI) para executar seu trabalho. Com a crescente dependência da tecnologia, é imperativo manter continuamente um alto nível de confiança na segurança dos dados da RSPA. Em 2016, a RSPA recebeu serviços de assessoria estratégica sobre cibersegurança do Centro Internacional de Informática das Nações Unidas (UNICC). As medidas de cibersegurança existentes foram avaliadas em comparação com as melhores práticas industriais descritas na norma ISO 27001 da Organização Internacional de Normalização, e um Guia de Cibersegurança foi definido.
- b) Foram identificadas ações de mitigação para fortalecer as capacidades de cibersegurança da RSPA, incluindo a introdução de um cargo de funcionário de segurança da informação em tempo integral; envolvimento contínuo em esforços para implementar serviços de segurança administrados externamente na rede de segurança; desenho de um quadro consolidado para políticas e procedimentos de segurança da informação; e fortalecimento das capacidades de backup e recuperação de dados. Mais informações encontram-se disponíveis no documento da OPAS sobre Cibersegurança (CE162/INF/4).

Lições aprendidas

81. A implementação do Programa e Orçamento 2016-2017 forneceu importantes lições que permitem que a Organização aproveite os êxitos e evite práticas não produtivas. A aplicação dessas lições irá melhorar a cooperação técnica da OPAS e aumentar seu impacto na saúde pública em futuros biênios, imediatamente na implementação do Programa e Orçamento 2018-2019 e a médio prazo no desenvolvimento do Programa e Orçamento 2020-2021.

82. Assegurar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde e promover sistemas de saúde fortes e resilientes

- a) O Quadro de Saúde Universal e sua estratégia regional aumentaram o impulso e o compromisso dos Estados Membros em promover mais intensamente o acesso equitativo e a cobertura dos serviços, fortalecer a gestão e a governança das respostas nacionais, melhorar a eficiência mediante sistemas de saúde mais integrados e fortalecer a coordenação intersetorial para abordar os determinantes da saúde.
- b) Abordar a governança através de um enfoque abrangente e integrado que crie mecanismos de regulação interconectados é crucial para as transformações institucionais que promovem um acesso equitativo aos serviços de saúde. A maior participação social promoveu políticas mais sensíveis, transparência e sustentabilidade. A governança e a regulação efetivas se mostraram cruciais para desenvolver, financiar e implementar políticas e planos.

- c) O progresso no serviço às populações marginalizadas e carentes requer envolver e empoderar comunidades para cuidarem de sua própria saúde. Por exemplo, na Guiana, o microplanejamento detalhado para uma grande campanha sobre uso de medicamentos para combater a filariose linfática ajudou as comunidades a focalizar áreas e populações de difícil alcance, abordar barreiras que impediam a prestação de serviços, estimar os recursos necessários e monitorar os resultados para demonstrar a cobertura. Esses esforços também proporcionaram uma oportunidade de melhorar o diálogo com líderes comunitários e fortalecer a capacidade dos países de implementar essas campanhas.
- d) O trabalho em fases coordenadas no nível comunitário é uma estratégia efetiva para se obter mudanças na atenção a pessoas idosas, fortalecendo o papel dos idosos em suas próprias comunidades e implementando programas com base em evidências que ampliam sua capacidade funcional.
- e) A descentralização das instituições de treinamento e o recrutamento de estudantes de origem rural podem aumentar a produção, mobilização e retenção de funcionários da saúde em áreas rurais remotas.

83. Fortalecer os sistemas de informações sobre saúde para melhor fundamentar as políticas e intervenções de saúde

- a) A experiência nos países e no âmbito regional expôs lacunas tanto na disponibilidade quanto na qualidade das informações sobre saúde. A oportunidade dos dados coletados continua a limitar sua utilidade para fins de planejamento.
- b) A capacidade de interpretação e análise de dados também é escassa em muitos países. A formação de capacidade nessa área é crucial para assegurar a utilidade dos dados para fins de formulação de políticas e assegurar que as intervenções de saúde sejam direcionadas para as áreas mais carentes.

84. Identificar fatores cruciais de êxito na resposta a emergências de saúde e surtos

- a) Uma das lições mais importantes aprendidas durante a série recente de surtos e emergências foi a de que sistemas de saúde fracos não conseguem lidar com esses eventos de maneira eficaz. Para assegurar que os sistemas de saúde possam responder a futuras emergências, absorver o choque e se adaptar às novas demandas, os países precisam fazer os investimentos necessários para construir sistemas de saúde fortes e resilientes.
- b) O investimento no estabelecimento de EMT nacionais se mostrou o enfoque mais eficaz para a resposta oportuna a emergências.

85. Mobilizar o apoio a prioridades de saúde por meio da defesa de causas em múltiplos setores

- a) Uma sólida justificação para o investimento na saúde mostrou-se eficaz na mobilização de recursos em outros setores. Por exemplo, em vários países, a análise da carga (econômica e social) das doenças e a promoção de investimentos para combater a hepatite se mostrou uma ferramenta eficaz de planejamento estratégico para criar uma forte resposta nacional e mobilizar parceiros e financiamento para abordar a hepatite.
- b) No contexto dos ODS, o cumprimento da agenda dos determinantes da saúde exige ação multissetorial. Isso, por sua vez, depende em grande medida do sucesso do setor da saúde na mobilização de ações concretas entre seus parceiros em outros setores, tanto públicos como privados. Isso se mostrou verdadeiro principalmente quando se trata de mobilizar apoio para legislação relacionada à saúde que também tem impacto sobre outros setores.
- c) A cooperação entre programas também tem sido uma estratégia muito útil para juntar esforços, otimizar recursos e avançar em vários programas (por exemplo, abordar a saúde mental dos adolescentes, a demência e a velhice, saúde mental e etnia e direitos humanos, apoio psicossocial em emergências, velhice e doenças não transmissíveis, mudança climática e doenças transmitidas por vetores, Zero Mortes Maternas por Hemorragia, vírus Zika e serviços de reabilitação).

86. Diálogo sobre políticas de alto nível e replicação de políticas bem-sucedidas para abordar doenças não transmissíveis

- a) A abordagem dos fatores de risco das DNT exige ação legislativa e diálogo sobre políticas de alto nível. Para ter um impacto significativo sobre as DNT, alterações nas políticas, comportamentos e práticas dos provedores de saúde são essenciais, assim como a mudança de um sistema de atenção esporádica a doenças graves, para uma atenção de longo prazo e contínua a doenças crônicas. Essas mudanças exigem compromisso político sustentado, investimento de recursos e um diálogo social mais amplo entre todas as partes interessadas.
- b) A consecução das metas regionais nos níveis de impacto e resultado, principalmente com relação a DNT e fatores de risco, e o aumento do espaço fiscal para saúde muitas vezes levam mais tempo devido à necessidade de formar consenso (veja o parágrafo anterior). É importante ter isso em mente, já que se relaciona com a fixação de metas e o monitoramento e avaliação contínuos.
- c) Como exemplo de iniciativa bem-sucedida, os resultados preliminares da política de rótulos nas embalagens no Chile mostram que os avisos aumentaram a conscientização do consumidor na hora de comprar alimentos. Tornar o rótulo fácil de entender pelo público em geral foi crucial a esse respeito. Além disso, a política levou à reformulação de certos produtos para reduzir seu conteúdo não saudável.

87. Colaborar efetivamente com os países, parceiros e setor privado para abordar as prioridades de saúde

- a) A colaboração sustentada com os Estados Membros sobre planejamento estratégico e otimização do conhecimento e know-how nas autoridades nacionais de saúde e na RSPA melhoraram a qualidade, sentido de propriedade do país e sustentabilidade do envolvimento. Isso levou ao desenvolvimento de melhores práticas e ferramentas inovadoras (por exemplo, planejamento estratégico, avaliação conjunta, planejamento de baixo para cima e metodologias de priorização) que irão contribuir para uma maior eficiência e eficácia da cooperação técnica da OPAS e a obtenção de resultados e impactos na saúde.
- b) Enfoques sub-regionais com compromisso político se mostraram efetivos na implementação de estratégias para promover o acesso a medicamentos, fortalecer a capacidade regulatória e compartilhar recursos entre os Estados Membros com capacidade limitada.
- c) Uma modalidade cada vez mais importante de cooperação técnica são as iniciativas patrocinadas pelos governos no nível nacional, financiadas por meio de contribuições nacionais voluntárias. Em muitos países essas iniciativas constituem parte importante e integral do pacote nacional de cooperação técnica que a OPAS oferece.
- d) A criação de alianças e relações de confiança com contrapartes nacionais e outras agências da ONU se mostrou crucial para assegurar o acesso a informação confidencial e/ou limitada durante emergências. Atualmente, a OPAS se beneficia do acesso a essa informação por meio de sites administrados por contrapartes e outras agências. Para assegurar a criação de alianças e relações baseadas em confiança, a coordenação com países e reuniões para compartilhar objetivos comuns foram cruciais.

88. Financiamento para a Repartição Sanitária Pan-Americana e eficiência administrativa

- a) No orçamento integrado 2016-2017, a provisão de financiamento na forma de parcelas periódicas, sem garantia do valor total a ser recebido, representou um desafio para a implementação oportuna dos planos de trabalho. Muitas Representações e divisões técnicas em Washington foram financeiramente conservadoras devido à incerteza acerca do financiamento que iriam receber, e quando. Para 2018-2019, a RSPA buscou remediar essa situação oferecendo estimativas dos níveis de financiamento flexível antecipadamente e distribuindo o máximo de financiamento flexível possível no início do biênio. Contudo, o financiamento flexível da OMS para o Escritório Regional para as Américas (AMRO), estimado em aproximadamente \$100 milhões para 2018-2019, continua a ser distribuído em parcelas imprevisíveis.
- b) Para aumentar a eficiência dos serviços administrativos e habilitadores da RSPA, foram identificadas oportunidades para modernizar os processos e reduzir os custos. Isso resultou em um orçamento menor para a Categoria 6 no biênio 2018-2019.

Conclusões e recomendações

89. A avaliação do Programa e Orçamento da OPAS para 2016-2017 mostra um progresso significativo no cumprimento dos compromissos assumidos no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Compromissos globais, regionais e sub-regionais adotados recentemente (ODS, ASSA2030, Roteiro de Montevidéu, Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, o movimento EWEC-LAC e a Estratégia do Caribe para Cooperação Sub-Regional, entre outros) constituem realizações importantes para a Organização, apesar dos desafios consideráveis durante a fase de implementação. Durante o biênio também surgiram novos enfoques integrados de cooperação técnica, como a inclusão dos serviços de reabilitação como parte inerente da resposta durante a epidemia de Zika. Por todo o biênio, a Organização continuou a exercer seu papel de liderança na defesa da saúde pública dentro da Região e simultaneamente compartilhou melhores práticas e lições aprendidas no nível global.

90. O papel da OPAS e do setor da saúde na facilitação do diálogo intersectorial e na consecução dos ODS tem sido reconhecido. Contudo, os processos e mecanismos nos países são desenvolvidos de forma inconsistente. Frequentemente, o know-how é insuficiente para permitir o diálogo sobre políticas intersectoriais e respectivos processos. É necessário fortalecer as capacidades nos países e na RSPA, tanto para a elaboração de guias nacionais que incluam um forte componente de saúde quanto para apoiar os países na medição de marcos de saúde.

91. Ao examinar toda a cadeia de resultados nessa avaliação, desde os produtos até os impactos, a Organização adquiriu importantes conhecimentos sobre a maneira como as intervenções em vários níveis contribuíram para os impactos. O progresso feito em direção às metas regionais de impacto exigiram o compromisso de todos os Estados Membros, da RSPA e dos parceiros. Embora haja resultados preliminares disponíveis e estes sejam apresentados neste relatório, deve-se levar em conta que é necessário um prazo maior para obter resultados de nível mais alto em termos de impacto. A implementação do Plano Estratégico, por meio do Programa e Orçamento, visou catalisar o desenvolvimento equitativo da saúde em toda a Região, mas ainda resta muito a fazer durante o biênio 2018-2019 e anos posteriores.

92. Enquanto a medição de tendências regionais fornece um entendimento geral do progresso, os dados desagregados (por região, país e nível subnacional) e as medições da iniquidade (por exemplo, disparidades entre os quintis demográficos) fornecem informação valiosa para as políticas e intervenções necessárias. A Região avançou bastante na melhoria da medição da equidade no nível regional, mas deve continuar a promover essa agenda. O monitoramento da equidade em saúde e a ação nos determinantes sociais da saúde precisam ser acompanhados da formulação e implementação de políticas, planos e programas nacionais de desenvolvimento da saúde pró-equidade.

93. A avaliação conjunta que atualmente está sendo finalizada com os Estados Membros representa uma consolidação da gestão com base em resultados. Baseando-se

em experiências anteriores, os processos participativos e liderados pelos países utilizados pela RSPA para refinar a metodologia de priorização em 2016 (por meio do Grupo de Assessoria do Plano Estratégico) e o desenvolvimento da ASSA2030 em 2017 (por meio do Grupo de Trabalho dos Países) mostraram um alto nível de engajamento dos Estados Membros, com notáveis benefícios em termos de autoria e compromisso. A Organização continuará a trabalhar com os Estados Membros para expandir essa modalidade e fortalecer a transparência e a responsabilidade institucional.

94. Em conformidade com a priorização programática, a Organização usou seus fundos flexíveis para abordar o desalinhamento persistente entre a priorização (conforme expressada por meio de alocações do Programa e Orçamento) e as contribuições voluntárias dos doadores. A introdução de um enfoque integrado para a gestão do orçamento permitiu uma maior alocação estratégica de fundos flexíveis, embora também tenha apresentado desafios, conforme descrito acima.

95. As seguintes recomendações são oferecidas com o objetivo de aplicar as lições aprendidas com este relatório na elaboração do novo Plano Estratégico da OPAS para 2020-2025 e do Programa e Orçamento para 2020-2021, bem como fortalecer a implementação durante o atual biênio de 2018-2019.

96. **RECOMENDAÇÃO: Acelerar o incentivo à saúde universal na Região**

- a) Sistematizar e disseminar boas práticas em prol da saúde universal para mostrar oportunidades de introduzir e sustentar mudanças estratégicas.
- b) Identificar as populações mais vulneráveis e em risco e implementar um enfoque holístico para abordar suas necessidades de saúde.
- c) Continuar a trabalhar com os ministérios da Saúde na criação de sistemas de saúde resilientes, formando parcerias com outros ministérios e partes interessadas para promover a agenda da saúde pública.
- d) Fortalecer o papel de liderança das autoridades de saúde e sua capacidade de administrar efetivamente os processos de transformação do sistema de saúde em coordenação com outras agências dos Estados Membros, com a participação de atores sociais.
- e) Criar um catálogo de boas práticas em atenção materna e neonatal que possam ser promovidas.

97. **RECOMENDAÇÃO: Fortalecer os sistemas de informação sobre saúde**

- a) Apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de sistemas de informação que os habilitem a identificar necessidades em saúde, monitorar efetivamente a situação de saúde da população e monitorar o desempenho do sistema de saúde.
- b) Aumentar a disponibilidade de informação sobre a situação de saúde dos migrantes internacionais nos sistemas de vigilância.
- c) Melhorar a qualidade e comparabilidade de dados na Região e no mundo com relação à violência contra a mulher.
- d) Continuar a desenvolver sistemas de informação de recursos humanos em saúde e institucionalizar um quadro para análise e utilização da informação.
- e) Investir na criação de capacidade dos países para informar sobre indicadores essenciais de saúde, assim como sobre iniquidades, por sub-região e país, a fim de melhor monitorar o progresso e direcionar as intervenções; fortalecer as ferramentas existentes para monitorar as metas de impacto de maneira mais regular.
- f) Renovar esforços para alinhar as medições entre indicadores do Plano Estratégico e outros dados coletados pela RSPA – incluindo, se possível, a harmonização de medições e métricas com a apresentação de relatórios (por exemplo, ODS, GPW da OMS, ASSA2030) – para assegurar consistência e coerência e evitar a duplicação.

98. **RECOMENDAÇÃO: Fortalecer a capacidade nacional de resposta a emergências e surtos**

- a) Promover e apoiar a capacidade de implementação do RSI, com base nos sistemas nacionais de saúde e marcos nacionais de gestão de emergências.
- b) Fortalecer a resposta emergencial a doenças imunopreveníveis, caso o sarampo, a rubéola e/ou a poliomielite sejam reintroduzidos na Região.
- c) Instituir o sistema de gestão de incidentes no nível nacional como enfoque principal da resposta a surtos e desastres.

99. **RECOMENDAÇÃO: Aumentar a representação multissetorial para apoiar a consecução dos ODS**

- a) Acelerar a ação e colaboração multissetorial nos países e entre eles.
- b) Fortalecer redes para a promoção da saúde no nível local e contribuir para iniciativas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde.
- c) Formular ou atualizar planos e estratégias sobre os determinantes ambientais da saúde.

100. RECOMENDAÇÃO: Tomar medidas para reverter a morbimortalidade causada por doenças não transmissíveis

- a) Defender e promover a participação dos Estados Membros e o envolvimento de alto nível na Terceira Reunião de Alto Nível da ONU sobre DNT.
- b) Aumentar o compromisso político em todos os níveis para reduzir o uso nocivo de álcool adotando políticas e planos nacionais de redução do consumo *per capita* de álcool e os riscos relacionados com o álcool.
- c) Estabelecer alianças estratégicas com acadêmicos, sociedade civil e outros setores para promover e defender medidas regulatórias contra a forte oposição da indústria alimentícia, utilizando lições aprendidas das experiências com o controle do tabaco.
- d) Promover sistemas comunitários de saúde mental como parte integral do sistema de saúde, com financiamento adequado, para garantir o acesso de todos aos serviços de saúde mental.

101. RECOMENDAÇÃO: Melhorar a qualidade, quantidade e oportunidade do financiamento da RSPA e melhorar a eficiência institucional

- a) Expandir os esforços para ampliar e diversificar a base de financiamento da Organização.
- b) Defender junto à OMS uma melhor previsibilidade e oportunidade da distribuição de fundos flexíveis à AMRO e outros escritórios regionais.
- c) Examinar oportunidades de poupança adicional na Categoria 6, mantendo e melhorando o desempenho das funções habilitadoras e administrativas.
- d) No novo Plano Estratégico da OPAS para 2020-2025, separar as funções de liderança e governança das funções administrativas para refletir de forma mais exata os custos gerais da Organização.

Anexos

Anexo A: Processo e metodologia da avaliação no fim do biênio

1. Esta seção descreve brevemente os componentes e a metodologia do processo de avaliação no fim do biênio, incluindo a avaliação interina dos objetivos de impacto, avaliação conjunta com os Estados Membros e análise da implementação do orçamento e recursos. O processo de avaliação segue os requisitos aprovados pelos Estados Membros (Resoluções CD52.R8, CD53.R3 e CD54.R16) e mantém o compromisso dos Estados Membros e da RSPA com a prestação de contas e a transparência.

Avaliação dos objetivos de impacto

2. O Plano Estratégico para 2014-2019 estabeleceu nove objetivos de impacto com 26 metas e indicadores para medir o progresso no nível regional. Os objetivos de impacto são definidos como “mudanças sustentáveis na saúde das populações para as quais os Estados Membros da OPAS, a RSPA e outros parceiros contribuem.” Cada objetivo possui um ou mais indicadores que medem o progresso na realização dessas mudanças. Para estabelecer e refinar os indicadores dos objetivos de impacto no Plano Estratégico da OPAS, em sua 153ª sessão o Comitê Executivo (2013) formou o Grupo de Trabalho dos Países (CWG), com a colaboração dos Estados Membros e da RSPA.

3. Os indicadores utilizam informação sobre mortalidade fornecida pelos países. Os dados não são corrigidos, nem por classificação errônea nem por sub-registro. No caso da mortalidade materna e infantil, os países concordaram em utilizar estimativas atualizadas dos grupos interinstitucionais que produzem essas estimativas. Já que os indicadores como a esperança de vida ajustada pela saúde exigem informação além dos dados sobre mortalidade, como morbidade e fatores de risco, os países concordaram em usar as estimativas de EVAS feitas pelo Institute for Health Metrics and Evaluation, nos casos apropriados.

4. Na época dos cálculos iniciais (2013), a série mais completa disponível sobre mortalidade era o período de 1999 a 2009. As metas para o período de 2014 a 2019 foram baseadas em projeções desenvolvidas pela RSPA, com base em modelagem estatística utilizando modelos de ajuste exponencial, conforme aprovado pelos Estados membros da OPAS e pela RSPA. É importante observar que a magnitude dos indicadores pode mudar porque a base de dados é continuamente atualizada à medida que novos dados são disponibilizados pelos países e a qualidade da informação sobre mortalidade melhora.

5. Os indicadores dos objetivos de impacto são monitorados utilizando os Dados Básicos em Saúde da OPAS e outras fontes de informação, ou seja, dados fornecidos pelos países à OPAS, OMS e outros mecanismos oficiais. As avaliações interinas neste relatório foram feitas em conformidade com as especificações técnicas do compêndio de

indicadores.¹³ A avaliação geral do objetivo considera a análise quantitativa e qualitativa integrada dos indicadores correspondentes, inclusive dimensões de equidade.

Avaliação conjunta dos indicadores de resultados e produtos com os Estados Membros

6. A cada dois anos, os Estados Membros e a RSPA avaliam conjuntamente a situação dos indicadores de resultados e produtos contidos no Plano Estratégico e no Programa e Orçamento, respectivamente, utilizando os critérios padrão do compêndio de indicadores. O Sistema de Monitoramento do Plano Estratégico da OPAS (SPMS), criado em 2015, é usado para facilitar esse processo.

7. Os indicadores de resultados nesta avaliação permanecem os mesmos da versão do Plano Estratégico aprovada em setembro de 2014. Os indicadores de resultados revisados aprovados em setembro de 2017 entraram em vigor em 2018 e, portanto, não foram aplicados neste relatório.

8. Com relação às linhas de base e metas para os indicadores de produtos de 2016-2017, as estimativas iniciais foram apresentadas no Programa e Orçamento da OPAS para 2016-2017, aprovado em setembro de 2015. Contudo, após a conclusão da Avaliação de Fim do Biênio 2014-2015 em setembro de 2016, foi possível obter um quadro mais preciso e atualizado. Portanto, foi necessário atualizar as linhas de base e metas, da seguinte maneira:

- a) Quando os indicadores de produtos eram contínuos nos dois biênios (ou seja, os critérios de medição permaneceram inalterados), os resultados da avaliação de 2014-2015 forneceram um insumo inicial para determinar se um país seria incluído na linha de base para 2015 ou na meta para 2017.
- b) Nos casos em que um novo compromisso foi introduzido para 2016-2017 (por exemplo, resistência antimicrobiana), as equipes técnicas da RSPA estabeleceram linhas de base e metas preliminares utilizando a informação disponível.

9. A avaliação conjunta foi lançada em janeiro de 2018, oferecendo-se treinamento para pontos focais designados pelas autoridades nacionais de saúde. As avaliações dos países tiveram início em fevereiro, em colaboração com os Escritórios Regionais da OPAS/OMS. Uma vez que os países concluem as avaliações, os resultados são validados pela Rede de Categorias e Áreas Programáticas (CPN) da RSPA.¹⁴ O propósito dessa validação é assegurar que os critérios de medição estabelecidos no compêndio de

¹³ Organização Pan-Americana da Saúde, Compêndio de Indicadores de Impacto e Resultado: Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Outubro de 2014. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23129&Itemid=&lang=en

¹⁴ A CPN é uma rede de gerentes da RSPA e equipes técnicas, incluindo representação dos países. Os facilitadores de categorias lideram uma equipe de facilitadores de resultados/áreas programáticas e produtos, que avaliam os resultados e produtos sob sua responsabilidade. Os facilitadores de categorias e programas incluem Diretores de Departamento e Chefes de Unidade da RSPA, respectivamente.

indicadores sejam aplicados de maneira consistente e correta. A validação técnica só pode ser concluída depois que todos os Estados Membros inserirem suas avaliações no SPMS. Esse processo deveria ter sido concluído até o final de abril de 2018; contudo, devido a atrasos inesperados, será necessário um prazo maior e os resultados completos só estarão disponíveis para a reunião do Conselho Diretor em setembro de 2018.

10. Os resultados de todos os países e territórios, junto com a informação adicional disponível no nível regional, são consolidados para determinar se as metas foram atingidas. Os indicadores regionais são avaliados pela RSPA. Juntas, essas informações formam a base para avaliar a situação dos indicadores de produtos e resultados.

Avaliação das categorias e áreas programáticas

11. A avaliação consolidada dos indicadores de produtos e resultados, junto com outras informações qualitativas e quantitativas, é utilizada para determinar a situação das categorias e áreas programáticas do Programa e Orçamento da OPAS para 2016-2017 e do Plano Estratégico para 2014-2019.

Critérios de classificação

12. A Organização usa os seguintes critérios de classificação para determinar a situação dos objetivos de impacto, categorias e áreas programáticas:

- a) **Alcançados:** A meta do indicador foi atingida totalmente ou ultrapassada.
- b) **No rumo:** Mais de 90% dos resultados esperados deverão ser alcançados até o fim de 2019.
- c) **Em risco:** Entre 75% e 90% dos resultados esperados deverão ser alcançados até o fim de 2019. Existem obstáculos impedindo o progresso no ritmo necessário para obter os resultados até o fim de 2019. Podem ser necessárias ações corretivas para voltar ao rumo certo.
- d) **Com problemas:** Menos de 75% dos resultados esperados deverão ser alcançados até o fim de 2019. Existem grandes obstáculos impedindo o progresso. Os resultados provavelmente não serão alcançados a menos que sejam implementadas ações corretivas significativas e imediatas.

13. Os indicadores de produtos e resultados são avaliados medindo a consecução das metas. O insumo dos países e territórios por meio do SPMS é a fonte principal de informação utilizada na avaliação de produtos, complementada por fontes de informação adicionais. A consecução é classificada da seguinte forma:

- a) **Alcançados:** A meta do indicador (número de países/territórios, número ou % para indicadores regionais) foi alcançada. Os casos em que a meta do indicador foi ultrapassada são destacados.
- b) **Parcialmente alcançados/em andamento:** Progrediu-se em relação à linha de base (número de países/territórios, número ou % para indicadores regionais), mas

a meta não foi alcançada. Os motivos pelos quais o indicador não foi alcançado são destacados.

- c) **Nenhum progresso:** Não houve progresso em relação à linha de base (número de países/territórios, número ou % para indicadores regionais). Os fatores que impediram o progresso e os casos em que houve uma queda para baixo da linha de base são destacados.

Anexo B: Abreviaturas

Abreviatura	Descrição
AIDS	Síndrome de imunodeficiência adquirida
AMRO	Escritório Regional para as Américas
ASSA2030	Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030
CCS	Estratégia de Cooperação com os Países
CPN	Rede de Categorias e Áreas Programáticas da RSPA
CVN	Contribuição voluntária nacional
DNT	Doença não transmissível
EME	Equipe médica de emergência
ERM	Gestão de riscos institucionais
ETV	Eliminação da transmissão vertical
EVAS	Esperança de vida ajustada pela saúde
EWEC-LAC	Todas as mulheres e todas as crianças - América Latina e Caribe
GPW	Programa Geral de Trabalho
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HRH	Recursos humanos para saúde
IANS	Índice ampliado de necessidades em saúde
ICSID	Internacional Centre for Settlement de Investment Disputes
IGME	Inter-agency Group for Child Mortality Estimation
OCR	Resposta a surtos e crises
ODS	Objetivos de desenvolvimento sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAMR	percentagem anual média de redução
PMIS	Sistema de Informação Gerencial da RSPA
PO	Programa e Orçamento
PWR	Representante da OPAS/OMS
RA	Resistência antimicrobiana
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSPA	Repartição Sanitária Pan-Americana
SMI	Saúde materno-infantil
SPBA	Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração
SPMS	Sistema de Monitoramento do Plano Estratégico
TARV	Terapias antirretrovirais
TMI	Taxa de mortalidade infantil
TMM	Taxa de mortalidade materna
UNFCCC	Convenção-Quadro sobre Mudança do Clima

Anexo C. Lista de países e territórios com as respectivas siglas

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

- - -