

56º CONSELHO DIRETOR

70ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

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

Tema 4.4 da agenda provisória

CD56/8, Rev. 1
26 de setembro de 2018
Original: inglês

PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE 2018-2030

Introdução

1. Em maio de 2016, os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) adotaram a Resolução WHA69.2 (1), que os convidava a se comprometerem com a implementação da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2). A Estratégia Global tem três objetivos: *Sobreviver*—acabar com as mortes evitáveis; *Prosperar*—assegurar a saúde e o bem-estar físico e mental; e *Transformar*—ampliar ambientes propícios. A difusão e discussão da Estratégia Global na Região das Américas levaram ao Compromisso à Ação de Santiago, aprovado em uma reunião de alto nível em Santiago, Chile, em julho de 2017 (3). Esta promessa clama pela implementação da Estratégia Global e pede esforços inovadores e mais eficazes para reduzir as iniquidades em saúde, aumentar o acesso aos serviços de atenção à saúde e assegurar que toda mulher, criança e adolescente nas Américas não só sobreviva mas também prospere, em um ambiente transformativo no qual possam realizar seu direito de gozar do melhor estado de saúde que seja possível atingir. A Estratégia Global clama pela realização do bem-estar físico e mental por todas as mulheres, crianças e adolescentes, com acesso universal à atenção de saúde e aos serviços de saúde, inclusive saúde sexual e reprodutiva e os direitos correspondentes; oportunidades socioeconômicas; e plena participação da formação de sociedades prósperas e sustentáveis. Também em 2017, os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no marco da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde (4) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2030 (ODS) (5), com a visão de conseguir o melhor estado de saúde que seja possível atingir para todos os povos das Américas, adotaram a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA 2030) (6), que está alinhada com a Estratégia Global.

2. Ciente de que a realização dessa visão e a consecução dos objetivos e metas específicos exigem ação concertada pelo setor da saúde e pela esfera maior da autoridade pública, assim como ações necessárias sobre os determinantes sociais da saúde, a OPAS está propondo um Plano de Ação integrado para a saúde das mulheres, crianças e adolescentes para o período 2018-2030. A implementação deste plano contribuirá para superar as barreiras e desafios em comum que impedem uma abordagem mais eficaz e integrada à saúde e bem-estar das mulheres, crianças e adolescentes ao longo da vida, deixando ninguém para trás e fechando as lacunas de iniquidade em saúde. Essa abordagem abrangente facilitará a ação multissetorial e intersetorial e favorecerá o uso mais eficiente dos recursos humanos e financeiros, aumentando assim ainda mais o retorno já alto dos investimentos na saúde de mulheres, bebês, crianças e adolescentes.

3. No contexto da Estratégia Global e da ASSA 2030, a implementação bem-sucedida deste Plano exigirá uma resposta integral, interprogramática e multissetorial para abordar as causas imediatas de mortalidade, morbidade e deficiência evitável nas mulheres, crianças e adolescentes, assim como seus fatores determinantes fundamentais no marco dos direitos humanos, do gênero, do curso de vida e da diversidade cultural, e para promover o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar positivos. A integralidade do Plano de Ação é inovadora na medida em que combina áreas de trabalho anteriormente abordadas por quatro estratégias e planos separados. Esta abordagem facilitará a aplicação de um enfoque do curso de vida para aumentar a saúde e bem-estar; reduzir as iniquidades em saúde; aumentar o acesso à atenção e serviços integrados de saúde; e abordando os determinantes comuns da saúde, enquanto proporciona oportunidades ideais de abordar as questões e desafios específicos relacionados com a saúde de cada grupo.

Antecedentes

4. A principal justificativa para o desenvolvimento deste Plano é o fato de que o progresso na saúde das mulheres, crianças e adolescentes na Região tem sido irregular. Os avanços não beneficiaram alguns subgrupos das populações nacionais. Diferenças significativas no estado de saúde persistem entre e dentro dos países, e certos grupos populacionais—indígenas, afrodescendentes, de menor escolaridade, pobres e habitantes rurais, bem como algumas populações de mulheres, crianças e adolescentes—sofrem com uma carga consistentemente maior de morbimortalidade evitável (7). Porém, considerando o importante progresso social e econômico na Região, bem como o conhecimento, a experiência e as lições aprendidas durante o trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), há motivos para acreditar que as conquistas alcançadas podem ser aceleradas e ampliadas.

5. O desenvolvimento deste Plano de Ação beneficiou-se das orientações contidas nos documentos globais e regionais acima citados, bem como da análise das recentes avaliações e lições aprendidas com a implantação das quatro estratégias e planos de ação regionais a seguir: *a*) o Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Grave Materna (2012-2017), aprovado pela Resolução CD51.R12 (2011); *b*) a Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Saúde do Recém-Nascido no Contexto do Processo

Contínuo de Atenção à Mãe, ao Recém-Nascido e à Criança (2008-2015), aprovada pela Resolução CD48.R4, Rev.1 (2008); *c*) a Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Integral na Infância (2012-2017), aprovada pela Resolução CSP28.R20 (2012); e *d*) a Estratégia Regional e Plano de Ação para a Saúde do Adolescente e do Jovem (2010-2018) (8-11).

Análise da situação

Sobreviver

6. A taxa de mortalidade neonatal na América Latina e no Caribe (ALC) diminuiu de 22,1 mortes neonatais por 1.000 nascidos vivos em 1990 para 9,3 em 2014, o que representa uma queda de 57,9%. Entre 2008 e 2014, a redução foi de 13,9% (de 10,8 a 9,3). As condições perinatais e malformações congênitas são as principais causas de morte neonatal na Região das Américas (12). As complicações da prematuridade, os defeitos congênitos, a asfixia e o trauma perinatais e a sepse são responsáveis por mais de 40% das mortes de recém-nascidos. Cabe ressaltar as desigualdades na mortalidade neonatal, persistindo grandes variações entre e dentro dos países (15): de 1,5 mortes por 1.000 nascidos vivos nas Ilhas Cayman a 31,0 no Haiti (13). Em 2008, as taxas de mortalidade neonatal nos países da Região variaram de 2,9 a 28,5 por 1.000 nascidos vivos. Esta diferença, que representa um intervalo estimado de 25,6, não foi reduzida substancialmente. Nos países com os maiores índices de mortalidade neonatal, os valores são até 10 vezes maiores do que nos países com as menores taxas. A contribuição proporcional da mortalidade neonatal para a mortalidade em crianças menores de 5 anos aumentou devido à queda significativa nos componentes pós-neonatal e de 1 a 4 anos. Com uma redução de 67% da mortalidade infantil entre 1990 e 2015 (de 53,8 a 17,9 por 1.000 nascidos vivos), a Região atingiu a meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4. As malformações congênitas, a gripe, a pneumonia e as lesões estão entre as principais causas de morte nas crianças de 1 a 4 anos. A carga de mortalidade por diarreia, pneumonia, desnutrição e doenças imunopreveníveis diminuiu significativamente entre os anos 2000 e 2015 (14). A redução foi desigual entre os países: alguns conseguiram maiores avanços do que outros. Exposições à poluição que têm impacto desproporcional sobre a saúde das crianças também são motivo de preocupação, inclusive poluição do ar, produtos químicos perigosos, mudanças climáticas e água, saneamento e higiene inadequados (15). São necessários mais esforços para promover sistematicamente os ambientes saudáveis e evitar a exposição a substâncias químicas nocivas, como chumbo e poluentes atmosféricos, durante a gravidez e no início da vida, pois podem ter impacto na expectativa de vida saudável.

7. As taxas de mortalidade em adolescentes na ALC permaneceram estáveis entre 2008 e 2015. Homicídio, suicídio e lesões causadas pelo trânsito são as principais causas, sendo que a mortalidade é desproporcionalmente maior entre adolescentes do sexo masculino em comparação ao sexo feminino. A anemia ferropriva e as doenças da pele são as principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) perdidos em ambos os sexos na faixa etária dos 10 aos 14 anos. Na faixa etária dos 15 aos 19 anos, a violência interpessoal e as lesões causadas pelo trânsito foram as principais causas de

DALY perdidos no sexo masculino, enquanto as doenças da pele e os transtornos depressivos foram as principais causas no sexo feminino. A desnutrição e o uso de álcool e drogas são os principais fatores de risco para DALY perdidos na faixa etária dos 10 aos 14 anos; dos 15 aos 19 anos, os principais fatores de risco são o uso de álcool e drogas e os riscos ocupacionais (16, 17).

8. A expectativa de vida feminina dobrou desde 1950. No entanto, a expectativa de vida saudável não aumentou no mesmo ritmo, e as vidas mais longas não são necessariamente vidas saudáveis (18). Desafios significativos permanecem, desde a abordagem dos fatores de risco e determinantes da morbimortalidade evitável em mulheres, inclusive a violência de gênero e as doenças não transmissíveis, até a promoção da saúde mental e do envelhecimento saudável (19, 20).

9. Somente 23 países informaram a razão de mortalidade materna (RMM) durante o período 2010-2015, o que ilustra os desafios constantes associados ao monitoramento da mortalidade materna e saúde materna. Esses 23 países observaram uma redução global de 11% na mortalidade materna, de 63,8 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2010 a 56,6 por 100.000 em 2015 (21). Apesar do progresso alcançado, a Região não atingiu a meta dos ODM de reduzir a mortalidade materna em três quartos entre 1990 e 2015; este desafio permanece. A hipertensão e a hemorragia continuaram sendo as principais causas da mortalidade materna. A terceira principal causa de mortalidade materna, relacionada ao aborto, caiu de 9% em 2010 para 7% em 2015 (21).

10. De acordo com os dados disponíveis, a Região ainda tem uma agenda inacabada em relação ao objetivo “Sobreviver” no tocante à desigualdade. Consistentemente, mulheres, crianças e adolescentes de níveis socioeconômicos mais baixos, juntamente com aqueles que vivem em ambientes rurais, indígenas, afrodescendentes e os menos instruídos, sofrem com uma maior carga de morbimortalidade. Em 2010, por exemplo, as taxas de mortalidade materna nas áreas rurais foram quatro vezes maiores do que nas áreas urbanas nos 20 países que informaram esses indicadores. Até 2015, a proporção havia caído para pouco mais da metade, indicando progresso em relação a tipo de desigualdade. Em 2015, três países relataram RMM superior a 125 por 100.000 nascidos vivos em grupos indígenas e afrodescendentes, contrastando fortemente com a RMM estimada de 44,2 para a Região em 2017 (13, 21).

Prosperar

11. Os ODS e a Estratégia Global instam os interessados diretos a ir além da sobrevivência e ter como alvo centrar a atenção no nível mais elevado de bem-estar que seja possível atingir em todo o curso de vida, dando aos indivíduos maiores chances de prosperar mediante adoção dos seguintes Objetivos da Estratégia Global: acabar com todas as formas de desnutrição ao atender às necessidades nutricionais de crianças, meninas adolescentes e mulheres grávidas e lactantes; assegurar o acesso universal aos serviços e

direitos de saúde sexual e reprodutiva¹; assegurar que todas as meninas e meninos tenham acesso aos recursos necessários para promover a um desenvolvimento de alta qualidade na primeira infância; reduzir substancialmente o número de mortes e doenças relacionadas com a poluição; e atingir a cobertura universal de saúde.

12. De acordo com os dados disponíveis, as crianças e adolescentes da Região enfrentam o ônus tríplice da desnutrição: subnutrição, carência de micronutrientes e sobrepeso/obesidade. A prevalência da estatura baixa diminuiu de 18,4% em 2000 para 11,3% em 2015, com grandes diferenças entre países (de 1,8% a 48%). Em 2015, a prevalência estimada regional de baixo peso para idade foi de 1,3%, e de muito baixo peso para idade, de 0,3% (12). A prevalência de obesidade e sobrepeso entre as crianças tem aumentado: estima-se que 7% das crianças menores de 5 anos e 15% das crianças em idade escolar tenham sobrepeso ou obesidade. Em 19 países os dados disponíveis para o período 2009-2016, a proporção de estudantes de 13 a 15 anos com excesso de peso variou de 15,9% na Guiana até 47,1% nas Bahamas (16). Os dados disponíveis demonstram variação entre os países no tocante ao uso atual de álcool entre adolescentes de 13 a 15 anos. Os países com as maiores porcentagens de uso atual de álcool são Dominica (54%), Santa Lúcia (54%), Jamaica (52%), São Vicente e Granadinas (51%) e Argentina (50%). O uso de outras substâncias psicoativas (como maconha, inalantes e cocaína) entre adolescentes na Região permanece relativamente baixo. O consumo de maconha ao longo da vida em adolescentes de 13 a 15 anos variou de 3% na Bolívia a 16% em Anguilla, e o uso de cocaína ao longo da vida em estudantes secundaristas variou de 0,6% na Venezuela a 6,0% no Chile, com a maioria dos países na faixa de 1 a 3% (16).

13. Entre 2010 e 2016, a prevalência de uso de contraceptivos em mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) permaneceu estável em torno de 68%, e a Região manteve uma alta cobertura de atenção qualificada ao parto e no atendimento pré-natal. Na ALC, ocorreu uma redução modesta na taxa de fecundidade na adolescência, de 70,4 por 1.000 meninas entre 15-19 anos em 2005-2010 para 66,5 em 2010-2015, mas a região continua tendo a segunda maior taxa de fertilidade do mundo nesta faixa etária e a mais baixa taxa de declínio global (16). Mulheres indígenas, rurais, menos instruídas e adolescentes dos níveis socioeconômicos mais baixos têm até quatro vezes mais probabilidade de engravidar do que suas contrapartes não indígenas, urbanas, mais instruídas e dos maiores quintis de riqueza. Os dados sobre a fertilidade em meninas menores de 15 anos são escassos. Porém, estima-se que aproximadamente 2% das mulheres na ALC iniciem sua vida reprodutiva antes dos 15 anos (16). A ALC é também a única região do mundo com tendência crescente no número estimado de gestações em meninas menores de 15 anos (16). Além disso, os adolescentes continuam enfrentando importantes barreiras legais, sociais, de políticas e de sistemas de saúde que lhes negam acesso a serviços e produtos de saúde sexual e reprodutiva confidenciais e de qualidade, o que poderia impedi-los de desfrutar uma juventude saudável e realizadora e um futuro produtivo e próspero. Os adolescentes devem receber informações, aconselhamento e serviços de saúde sexual e reprodutiva integrais,

¹ O aborto não deve ser promovido como método de planejamento familiar sob hipótese alguma. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento [1994]. Disponível em inglês em: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.htm>

inclusive contracepção e informação sobre os riscos da gestação precoce, particularmente a que ocorre no contexto do casamento precoce ou forçado (2).²

14. Cada vez mais, os governos na Região estão reconhecendo os benefícios econômicos, éticos e sociais de investir na infância. Além da ênfase em reduzir a mortalidade infantil evitável, está ocorrendo uma mudança rumo a uma perspectiva de desenvolvimento humano. Dezenove países já possuem políticas ou estratégias que abordam o desenvolvimento da criança na primeira infância.³ Porém, este impulso tem que ser ampliado para todos os países e estes subgrupos mais necessitados. O setor da saúde tem uma função importante a desempenhar para garantir o acesso aos serviços de saúde e assim contribuir para que as crianças tenham oportunidades de prosperar. São necessários maiores esforços para reforçar abordagens multissetoriais e intervenções precoces com um papel ativo do setor de saúde, garantindo que os serviços de saúde se tornem fontes de informação, apoio aos pais e vínculos com outros recursos sociais. Historicamente, as crianças e adolescentes dos 5 aos 14 anos foram subatendidas pelos programas de saúde da criança e do adolescente (14, 16). Embora esta faixa etária tenha o menor risco de morbimortalidade, do ponto de vista do curso de vida, continua sendo importante para a melhora contínua da saúde.

15. Transcendendo uma abordagem focada na morbimortalidade e nos fatores de risco dos adolescentes, as abordagens à saúde do adolescente visam nutrir fatores afirmativos de desenvolvimento, como empoderamento das mulheres e meninas, relacionamentos familiares bem unidos, conectividade, resiliência, competência social, emocional e cognitiva, autodeterminação progressiva, espiritualidade e autoeficácia, todos os quais contribuem para os projetos de vida e para o desenvolvimento pessoal. A Região tem investido bastante em abordagens integrais à saúde dos adolescentes, através de programas como o *Familias Fuertes: Amor y Limites*, *Aventuras Inesperadas* e *Escuelas de Futbol Jugados por la Salud*. Pelo menos 13 países deram início a programas deste tipo na última década, embora a implementação tenha sido limitada na maior parte dos casos (16). O ambiente escolar também continua sendo uma plataforma importante para levar informação, programas e serviços de saúde às crianças e adolescentes.

16. A saúde das mulheres frequentemente é limitada à saúde reprodutiva. Embora essencial, este enfoque não é suficiente para melhorar a saúde e o bem-estar das mulheres ao longo do ciclo de vida. Assim sendo, este Plano de Ação propõe uma visão de atenção à saúde e serviços de saúde integrados e preventivos que transcende abordagens fragmentadas. Além das intervenções na infância e adolescência, a promoção da saúde da mulher requer uma abordagem coerente que trate da interação dos determinantes biológicos

² Nos Estados Unidos, a educação para evitar o risco sexual é uma opção para retardar o início das práticas sexuais (22). A Colômbia teve sucesso em ampliar os serviços de saúde sexual e reprodutiva e educação sexual para jovens a mais de 536 municípios, o que contribuiu para a redução da gravidez em adolescentes no país (23).

³ De fato, a Região teve várias experiências positivas neste sentido, como os programas *Chile Crece Contigo* no Chile e *Cero a Siempre* na Colômbia, o Plano Estratégico Nacional para Desenvolvimento na Primeira Infância na Jamaica e o programa *Educa a tu hijo* em Cuba (14).

e sociais da saúde da mulher, inclusive o papel da desigualdade de gênero como fator que aumenta a exposição e vulnerabilidade ao risco e limita o acesso à atenção e informação em saúde (20). As mulheres representam uma proporção crescente da população idosa e enfrentam níveis cada vez maiores de doenças não transmissíveis, inclusive tipos diferentes de cânceres, dentre os quais aqueles associados ao envelhecimento. Portanto, os países precisam investir em estratégias para abordar esses agravos e promover hábitos e práticas saudáveis em idades mais jovens. O Plano de Ação contribuirá para melhorar a resposta às necessidades de saúde das mulheres ao longo da vida.

17. Há diferenças significativas entre e dentro dos países em termos da saúde de certos grupos da população, tais como povos indígenas, afrodescendentes, pessoas com menor escolaridade, habitantes de áreas rurais, pessoas com deficiência, migrantes, lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero (LGBT, por sua sigla em inglês). São necessárias pesquisas para determinar como e por que estes grupos apresentam diferenças de morbimortalidade quando comparados a outros grupos, além de esforços direcionados e multissetoriais para entender suas necessidades específicas de saúde e bem-estar e implementar estratégias que respondam às suas necessidades.

Transformar

18. Os indicadores propostos pela Estratégia Global para o objetivo Transformar são erradicar a pobreza extrema, garantir o ensino primário e secundário completo, eliminar todas as práticas nocivas e discriminação e todas as formas de violência contra mulheres e meninas, acesso universal e equitativo à água potável segura e acessível, saneamento e higiene, apoio à pesquisa científica e disseminação da mesma, empoderamento das mulheres e meninas e inovação.

19. Análises dos determinantes sociais da saúde deixaram claro que as condições nas quais as mulheres, crianças e adolescentes nascem, crescem, se desenvolvem, vivem, brincam e trabalham têm grande impacto sobre a sua saúde. Igualdade de gênero e educação são fatores preditores do bem-estar e da saúde em diferentes etapas do curso de vida. Nas mulheres, níveis mais altos de escolaridade encontram-se associados a menor mortalidade materna, menor pobreza e melhor estado de saúde em seus filhos. Especificamente, a escolaridade além do nível primário foi identificada como determinante crítico da saúde através do curso de vida, inclusive menor mortalidade por lesões em homens, menor fecundidade em mulheres, melhor saúde na idade adulta e maior sobrevivência dos filhos no futuro (16). Pelo contrário, os países da Região que estão no menor quintil de escolaridade média apresentam índices significativamente maiores de homicídio em geral e na adolescência do que os países de todos os outros quintis combinados (16). Na ALC, as taxas de alfabetização e matrícula no ensino primário são altas (estima-se >95%). Porém, a taxa de matrícula no ensino secundário é significativamente inferior, variando de <50% a 80% nos países da ALC (16). Segundo a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), após um período de 12 anos de redução da pobreza e da pobreza extrema na ALC (2002-2014), o número de

peças vivendo na pobreza ou pobreza extrema aumentou em 2015-2016, sendo que os grupos mais afetados foram as mulheres, crianças e adolescentes (24).

20. Muitas formas de violência afetam desproporcionalmente as mulheres de todas as idades através do curso de vida, inclusive a violência doméstica infligida por parceiros íntimos; a violência sexual e de gênero; o casamento infantil, precoce e forçado; o tráfico humano; por definição, o feminicídio; e o assédio, abuso e exploração sexual nas escolas, locais de trabalho e locais públicos. A violência por parceiro íntimo é a forma mais comum de violência sofrida pelas mulheres e continua sendo uma das maiores barreiras à igualdade de gênero, com impactos de longo alcance nas adolescentes, impedindo sua educação e aumentando o risco de casamento precoce, gestação precoce, HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. A OMS estima que 30% das mulheres nas Américas já sofreram violência física e/ou sexual provocada por um parceiro, e 11% sofreram violência sexual por um não-parceiro. Cerca de 58% das crianças na ALC, ou 99 milhões, sofrem abuso físico, sexual ou emocional (19, 25). A Estratégia e Plano de Ação para o Reforço do Sistema de Saúde para Abordar a Violência contra a Mulher (26) busca chamar atenção para e catalisar ação em torno da questão da violência contra mulheres e meninas adolescentes e orientar os sistemas de saúde para que abordem a violência contra mulheres adolescente e adultas. A violência juvenil e a autolesão afetam desproporcionalmente os homens jovens. Durante os anos de 2008 a 2014, nove de cada 10 homicídios e dois de cada três suicídios na faixa etária dos 10 aos 19 anos na região vitimaram homens (16).

Barreiras e desafios comuns dentro de um novo paradigma

21. O aumento constante da expectativa de vida e a necessidade de ir além da sobrevivência como objetivo final de saúde tornaram necessário redefinir e ampliar as metas de saúde para mulheres, crianças e adolescentes. Para atingir os objetivos deste Plano de Ação, os esforços devem ir além da prevenção de doenças e garantir o máximo desenvolvimento de capacidades e acesso a oportunidades para construir saúde e bem-estar ao longo do tempo e através das gerações. Dentro deste novo paradigma, os seguintes desafios e barreiras comuns que afetam a saúde da mulher, das crianças e dos adolescentes na Região são chave.

- a) **Falta de acesso equitativo a serviços de saúde contínuos e de qualidade para todos.** A evidência indica que a ineficiência dos sistemas de saúde e a falta de equidade foram em grande parte responsáveis pela lentidão do progresso obtido por alguns países rumo aos ODM (7). A perspectiva do curso de vida promove um enfoque à atenção integral à saúde que é diferente da maneira tradicional de prestar atendimento. O modelo de causalidade do curso de vida exige que os sistemas de saúde superem as estruturas baseadas em programas verticais, que respondem a demandas episódicas por atenção, e se tornem sistemas proativos que contribuem para a construção da saúde e do bem-estar através da vida, interrompendo assim a transmissão intra- e intergeracional da saúde precária.

- b) **Caráter limitado das ações sistemáticas para promoção e prevenção em saúde nas famílias, estabelecimentos de ensino e comunidades.** A importância e a função desses meios diferem ao longo do curso de vida, mas são relevantes do começo até o fim. As intervenções de saúde dirigidas às famílias, escolas e comunidades têm tido alcance limitado e, por conseguinte, não conseguem atingir os mais necessitados. As evidências indicam que o trabalho com indivíduos, famílias e comunidades é essencial para assegurar a atenção contínua recomendada em toda a gravidez, no parto e no período pós-parto (27). As mães, pais e outros cuidadores (homens e mulheres) são sumamente importantes para a saúde e desenvolvimento das crianças e adolescentes, enquanto a escola, os colegas e as mídias sociais ganham importância durante a infância e adolescência até a idade adulta.
- c) **Oportunidades limitadas para participação sistemática e uniforme das mulheres, crianças e adolescentes na sua própria saúde.** Como afirma a Estratégia Global, mulheres, crianças e adolescentes são os agentes mais poderosos para melhorar sua própria saúde e obter sociedades prósperas e sustentáveis. No entanto, a ação comunitária inclusiva não acontece no vácuo. Deve ser sistematicamente promovida e facilitada por políticas de apoio, financiamento e mecanismos institucionalizados para o empoderamento e engajamento sistemáticos das partes interessadas, atentando-se para não reproduzir ou perpetuar a distribuição desigual de gênero nas responsabilidades pela promoção da saúde e pelos cuidados de saúde.
- d) **Falta de informação estratégica para monitoramento do estado de saúde e das iniquidades em saúde e para subsidiar o desenvolvimento de abordagens transformativas às intervenções de saúde.** Na ALC, a escassez de dados sobre morbimortalidade e deficiência restringe a compreensão da sobrevivência e bem-estar das mulheres, crianças e adolescentes. Os dados disponíveis, inclusive sobre morbimortalidade, são frequentemente limitados a médias nacionais e não são desagregados por causa, idade, etnia e local de residência, e, portanto, não deixam transparecer as desigualdades nas subpopulações. Além disso, as abordagens de saúde baseadas no curso da vida exigem diferentes tipos de dados, inclusive dados longitudinais sobre exposições e evolução das trajetórias de saúde em indivíduos e grupos, sempre vinculados a outros conjuntos de dados fora do setor da saúde. A disponibilidade limitada deste tipo de dados dificulta a avaliação e monitoramento do desenvolvimento da saúde a partir de uma perspectiva de curso de vida. Finalmente, os indicadores de saúde tendem a medir a morbimortalidade; a medição da saúde como desfecho permanece limitada.
- e) **Falta de um enfoque multissetorial para abordar os determinantes da saúde.** Muitos fatores que repercutem na saúde e bem-estar das mulheres, crianças e adolescentes são externos ao setor da saúde. Como resultado, os pontos de acesso chave para abordar as iniquidades em saúde também ficam fora do setor da saúde. Além disso, os fatores que contribuem para as desigualdades e vulnerabilidades geralmente são complexos e multidimensionais, o que exige a participação de múltiplos setores em vários níveis para abordar as iniquidades e os determinantes

sociais da saúde. A ação multissetorial pode ser realizada em diversos níveis, inclusive: *a) cooperação*: interação entre os setores de modo a harmonizar as ações de cada setor para obter maior eficiência em direção a um objetivo comum; *b) coordenação*: sinergias entre os setores e implementação conjunta de elementos de políticas e programas, tanto com e sem fontes de financiamento compartilhadas; *c) integração*: definição conjunta de políticas e programas e divisão de recursos, responsabilidades e ações. Uma ação multissetorial eficaz e sustentada depende da liderança política, da disposição dos atores chave em participar nos respectivos setores e da presença de uma estrutura política de apoio. O setor da saúde pode desempenhar uma função importante em mobilizar ação multissetorial em prol da saúde da mulher, crianças e adolescentes ao dividir informações sobre seu estado de saúde, fatores de risco e determinantes; identificar áreas prioritárias para ação intersectorial; e oferecer mecanismos de apoio para a cooperação, coordenação e integração multissetorial. Dependendo do contexto de cada país, os enfoques multissetoriais serão mais eficazes se uma ampla gama de interessados diretos—por exemplo, diversos setores e níveis do governo, instituições internacionais, organizações não governamentais, a sociedade civil, organizações de base comunitária, o setor privado, a comunidade acadêmica, as instituições de pesquisa e os indivíduos que se beneficiarão da ação—for incluída.

- f) **Falta de uma perspectiva e enfoque de curso de vida.** O enfoque do curso de vida permite a identificação oportuna de períodos críticos e sensíveis e apoia a construção da saúde em cada etapa específica da vida, enquanto também proporciona aportes para aumentar as suas trajetórias de saúde com o passar do tempo. Este enfoque permite apreciar melhor a dimensão intergeracional da saúde como um recurso que é transferido de uma geração para outra. Também ajuda a apreciar melhor a saúde e o bem-estar como um meio de obter desenvolvimento sustentável com maior equidade, enquanto se considera a saúde como direito e recurso essencial para a geração das capacidades intrínsecas e reservas funcionais das pessoas ao longo do curso da vida. Como tal, a perspectiva do curso de vida considera a saúde e o desenvolvimento como um processo contínuo que abarca todo o ciclo da vida e, por tanto, exige uma visão ampliada e prospectiva de saúde pública que aumentará a capacidade de atender as reais necessidades e prioridades de saúde e desenvolvimento da população em cada etapa da vida e com o passar do tempo.

Proposta

22. A Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes 2016-2030, a ASSA 2030 e a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde são o arcabouço deste Plano de Ação. A meta geral do Plano é proteger os ganhos já obtidos e fechar as brechas restantes rumo a assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todas as mulheres, crianças e adolescentes nas Américas.

23. Os seguintes valores e princípios, apresentados mais detalhadamente no Anexo A, guiam o Plano de Ação:

- a) Equidade em saúde,
- b) Participação da comunidade,
- c) Ação baseada em evidências e multissetorial,
- d) Direitos humanos, igualdade de gênero e interculturalidade,
- e) Abordagem do curso de vida,
- f) Inovação e pesquisa,
- g) Prestação de contas, transparência e sustentabilidade financeira.

Linhas estratégicas de ação

24. Este Plano de Ação baseia-se em quatro linhas estratégicas de ação complementares e que se reforçam mutuamente. Visto que os países tiveram um grau diferente de progresso em termos do objetivo Sobreviver, Prosperar e Transformar, e cada país precisará elaborar seu próprio plano de ação adequado ao seu contexto e prioridades nacionais, as linhas estratégicas de ação propostas destinam-se simplesmente a orientar ações nacionais e subnacionais.

- a) Fortalecer um ambiente de política transformador para reduzir as iniquidades em saúde entre as mulheres, crianças e adolescentes.
- b) Promover saúde e bem-estar universais, eficazes e equitativos para todas as mulheres, crianças e adolescentes, em suas famílias, escolas e comunidades, em todo o curso de vida.
- c) Ampliar o acesso equitativo a serviços de saúde integrais, integrados, qualificados e centrados nas pessoas, na família e na comunidade para as mulheres, crianças e adolescentes.
- d) Fortalecer os sistemas de informação para a coleta, disponibilidade, acessibilidade, qualidade e disseminação de informações estratégicas, inclusive dados de saúde e estatísticas sobre a saúde das mulheres, crianças e adolescentes, no marco dos princípios propostos neste Plano.

25. O Plano adota uma perspectiva pró-equidade e de políticas públicas para abordar adequadamente os determinantes fundamentais da saúde da mulher, das crianças e dos adolescentes, mediante uma abordagem multissetorial. Se alinha com e aproveita os compromissos e ações regionais existentes, inclusive o trabalho da OPAS em equidade em saúde e determinantes sociais da saúde; a Política de Igualdade de Gênero da OPAS, aprovada em 2005 mediante a Resolução CD46.R16 (28); o Plano de Ação para Saúde em todas as Políticas, aprovado em 2014 mediante a Resolução CD53.R2 (29); a Estratégia para Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde (4), aprovada em 2014

mediante a resolução CD53.R14; a Política sobre Etnia e Saúde da OPAS, aprovada em 2017 mediante a resolução CSP29.R3 (30); o Plano de Ação Sobre Saúde Mental da OPAS, aprovado mediante a Resolução CD53.R7 (31); a Estratégia e Plano de Ação para o Reforço do Sistema de Saúde para Abordar a Violência contra a Mulher (26), aprovada em 2015 mediante a Resolução CD54.R12; o Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2019, aprovado mediante a Resolução CD52.R9 (32); o Plano de Ação para a Prevenção e o controle do HIV e de Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016-2021, aprovado mediante a Resolução CD55.R5 (33); o Plano de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais 2017-2022, aprovado mediante a Resolução CSP29.R4 (34); o Plano de Ação para Imunização para o período 2016-2020, aprovado mediante a Resolução CD54.R8 (35); e o Plano de Ação sobre Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde 2018-2023, aprovado mediante a Resolução CSP29.R15 (36).

26. A implementação bem sucedida deste Plano de Ação exigirá uma ação multissetorial estratégica e sustentada. No contexto deste Plano, sinergias, planejamento conjunto, implementação, monitoramento e avaliação de ações com outros setores, inclusive educação, proteção social, justiça, ONGs e sociedade civil, serão fundamentais para abordar os determinantes sociais que influenciam a saúde das mulheres, crianças e adolescentes e reduzir as iniquidades em saúde. A implementação coerente e integrada das linhas de ação propostas, conforme apropriado ao contexto e às prioridades de cada país, contribuirá para que as seguintes metas de impacto sejam atingidas:

Objetivo	Indicador	Linha de base em 2018 ⁴	Meta para 2026 ⁵	Meta para 2030
1. Redução de razão de mortalidade materna (RMM)	RMM regional	A determinar	A determinar	< 30 por 100.000 nascidos vivos ⁶
	Número de países e territórios com RMM <30 por 100.000 ⁷ nascidos vivos (desagregada por idade, local de residência, etnia e causa)	5	10	15
	Número de países e territórios que reduziram a RMM em pelo menos 30% (desagregada por idade, local de residência, etnia e causa)	A determinar	A determinar	A determinar

⁴ É possível que as linhas de base sejam ajustadas após a avaliação das estatísticas vitais na Região ser concluída, conforme o Plano de Ação para Fortalecimento das Estatísticas Vitais 2017-2022.

⁵ As metas para 2026 serão alinhadas com as metas do novo Plano Estratégico da OPAS.

⁶ Meta da ASSA 2030.

⁷ Ibid.

Objetivo	Indicador		Linha de base em 2018 ⁴	Meta para 2026 ⁵	Meta para 2030
2. Redução de taxa de mortalidade neonatal	Taxa de mortalidade neonatal regional		8,0 (2016)	7,5	7 por 1.000 nascidos vivos
	Número de países e territórios com taxa de mortalidade neonatal <9 por 1.000 nascidos vivos ⁸ (desagregada por idade, local de residência, e etnia, conforme seja o caso em cada país)		6	13	18
	Número de países e territórios que reduziram a taxa de mortalidade neonatal em pelo menos 10% em todos os grupos populacionais (desagregada por idade, local de residência, etnia e causa)		0	A determinar	A determinar
	Número de países e territórios nos quais a proporção de bebês com baixo peso ao nascer (recém-nascidos com peso inferior a 2.500 gramas) diminuiu pelo menos 10%		0	8	12
3. Redução de taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos	Taxa regional de mortalidade em crianças menores de 5 anos		15,9 (2016)	15,2	< 14 por 1.000 nascidos vivos ⁹
	Número de países e territórios com taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos <16 por 1.000 nascidos vivos em todos os grupos populacionais (desagregada por idade <1 e <5, local de residência, e etnia, conforme seja o caso em cada país)		6	13	18
4. Redução da taxa de mortalidade por homicídio nos sexos masculino e feminino na faixa etária dos 10-19 anos (desagregada em 10-14 e 15-19)	Taxa regional de homicídio nos sexos masculino e feminino na faixa etária dos 10-19 anos (desagregada em 10-14 e 15-19)	Meninos de 10-14 anos	A determinar	A determinar	Reduzida em um terço ¹⁰
		Meninas de 10-14 anos	A determinar	A determinar	Reduzida em um terço
		Meninos de 15-19 anos	A determinar	A determinar	Reduzida em um terço
		Meninas de 15-19 anos	A determinar	A determinar	Reduzida em um terço

⁸ Ibid.⁹ Ibid.¹⁰ Meta dos ODS.

Objetivo	Indicador		Linha de base em 2018 ⁴	Meta para 2026 ⁵	Meta para 2030
5. Redução de taxa de mortalidade por suicídio masculina e feminina na faixa etária dos 10-19 anos	Taxa regional de suicídio masculina e feminina na faixa etária dos 10-19 anos	Homens 10-19 anos	5.6 por 100.000 (2014)	Reduzida em um sexto	Reduzida em um terço
		Mulheres 10-19 anos	2.7 por 100.000 (2014)	Reduzida em um sexto	Reduzida em um terço
	Número de países e territórios que reduziram em um terço a taxa suicídio masculina e feminina na faixa etária dos 10-19 anos (desagregada por local de residência e etnia)		0	5	10
6. Redução de taxa específica de fecundidade por idade em meninas de 10-14 ¹¹ e 15-19 anos de idade	a) Taxa específica de fecundidade por idade regional em meninas de 10-14 e adolescentes 15-19 anos	10-14 anos	N/D ¹²	Redução de 5%	Redução de 10%
		15-19 anos	66,5 (2010-2015) ¹³	Redução de 5%	Redução de 10%
	b) Número de países e territórios que medem a taxa específica de fecundidade por idade em meninas de 10-14 e 15-19 anos (desagregada por local de residência, etnia e escolaridade)		0	5	10
	c) Número de países e territórios que reduziram em 10% a taxa específica de fecundidade por idade em meninas de 10-14 anos e 15-19 anos nos grupos com pior desempenho ¹⁴		0	3	8
7. Aumento de expectativa de vida saudável em mulheres nas Américas	Expectativa de vida saudável em mulheres nas Américas		69,2 anos (2018) ¹⁵	A determinar	Ao menos um ano a mais.

¹¹ Alguns países utilizarão outras faixas etárias, conforme o contexto nacional.

¹² Dados atualmente indisponíveis, mas a gestação em meninas de 10-14 anos foi incluída como meta nos ODS, o que deve aumentar os esforços para coletar tais dados.

¹³ Nações Unidas. Divisão de População do Departamento de Assuntos Económicos e Sociais. World fertility patterns 2015. Disponível em inglês em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>

¹⁴ Neste contexto, pior desempenho significa uma taxa de fecundidade mais elevada.

¹⁵ Calculada pela OPAS com base em dados de 37 países e territórios.

Linha estratégica de ação 1: Fortalecer um ambiente de política transformador para reduzir as iniquidades em saúde entre mulheres, crianças e adolescentes

27. As iniquidades em saúde são geradas ou perpetuadas—e, portanto, abordadas de maneira mais eficiente—em múltiplos níveis, inclusive o nível de política. Para abordar de forma efetiva e sistemática as iniquidades em saúde que afetam as mulheres, crianças e adolescentes, é extremamente importante compreender como as desigualdades em saúde se desenvolvem dentro e fora do setor da saúde e como uma cultura de saúde equitativa pode ser fomentada. Há necessidade de uma avaliação do impacto das atuais políticas, estratégias e planos sobre a saúde e bem-estar de mulheres, crianças e adolescentes, bem como uma revisão dessas políticas, estratégias e planos para criar o ambiente de política transformador necessário para garantir que nenhuma mulher, criança ou jovem seja deixado para trás.

28. Os esforços nessa linha de ação incluirão apoio à implementação de análises de políticas de saúde e transformação dessas políticas para reduzir as iniquidades que afetam a saúde das mulheres, crianças e adolescentes. O trabalho em andamento da OPAS em Saúde em Todas as Políticas será um elemento importante nas atividades desta linha de ação, complementado com atividades voltadas para as políticas e questões específicas que afetam a saúde de mulheres, crianças e adolescentes.

Objetivo	Indicador	Linha de base em 2018	Meta para 2022	Meta para 2026	Meta para 2030
1.1 Fortalecer a capacidade dos países de implantar políticas para medir, monitorar e analisar e transformar sistematicamente as iniquidades em saúde que afetam mulheres, crianças e adolescentes	1.1.1 Número de países e territórios que implantaram políticas intersetoriais para abordar os determinantes sociais da saúde em mulheres, crianças e adolescentes	10	20	30	40
	1.1.2 Número de países e territórios que estabeleceram metas para redução de desigualdades da saúde da mulher, criança e adolescente em âmbito nacional (subnacional se o país é descentralizado)	A determinar	15	30	40

Objetivo	Indicador	Linha de base em 2018	Meta para 2022	Meta para 2026	Meta para 2030
1.2 Aumentar a participação de interessados diretos relevantes, inclusive mulheres, adolescentes, famílias, a sociedade civil e as comunidades, nos processos de formulação e monitoramento de políticas visando obter equidade em saúde para mulheres, crianças, e adolescentes	1.2.1 Número de países e territórios com mecanismos específicos através dos quais as mulheres e os adolescentes podem se engajar na formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas	12	20	30	40

29. A participação estrutural, genuína e livre de mulheres, crianças, adolescentes, famílias, grupos em situação de vulnerabilidade e comunidades é essencial para melhores resultados. Portanto, será crucial ter políticas, mecanismos e oportunidades para empoderar esses interessados diretos e envolvê-los na elaboração, implementação, monitoramento e avaliação de ações para melhorar sua saúde. A prestação de contas também é importante a fim de acelerar o progresso, pois permite o rastreamento de recursos e resultados e fornece informações sobre o que funciona, o que precisa ser melhorado e o que requer maior atenção. A prestação de contas inclusiva e transparente será uma ferramenta para engajar todas as partes interessadas no ciclo de aprendizado e melhoria contínua, contribuindo assim para acelerar o progresso.

30. As atividades chave em âmbito regional incluirão:

- a) Promoção e apoio à implantação de enfoques inovadores, como a ferramenta Innov8 (37), para analisar iniquidades em nível de política e programa que afetam a saúde das mulheres, crianças e adolescentes.
- b) Documentação e compartilhamento de boas práticas e lições aprendidas nos países na promoção do engajamento e participação sustentáveis de jovens, comunidades e outros setores no desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas.
- c) Monitoramento do progresso e publicação de relatórios regionais periódicos sobre redução da iniquidade em saúde para mulheres, crianças e adolescentes em âmbito regional.

31. As atividades chave em âmbito de país incluirão:
- a) Revisão e reforma de políticas nacionais e elaboração de roteiros nacionais para a saúde de mulheres, crianças e adolescentes, com foco no enfrentamento das iniquidades em saúde que afetam esses grupos.
 - b) Estabelecimento de mecanismos para rastrear resultados e recursos relacionados à saúde de mulheres, crianças e adolescentes, que incluam, conforme apropriado, a sociedade civil e o setor privado.
 - c) Implementação, em cada país, de um marco conceitual para a saúde em todas as políticas e um roteiro correspondente para orientar ações multissetoriais visando abordar os determinantes da saúde das mulheres, crianças e adolescentes.

Linha estratégica de ação 2: Promover saúde e bem-estar universais, eficazes e equitativos para mulheres, crianças e adolescentes, em suas famílias, escolas e comunidades, ao longo do curso da vida

32. O ambiente social desempenha um papel importante na construção e proteção da saúde e bem-estar das famílias, mulheres, crianças e adolescentes. Pais, escolas e comunidades, além de seu papel na redução dos fatores de risco de morbimortalidade evitáveis, podem contribuir significativamente para a promoção da saúde por meio de intervenções de desenvolvimento infantil, intervenções de saúde da criança e do adolescente na família e na escola e ações comunitárias para prevenção da mortalidade materna e neonatal e promoção da saúde da mulher.

33. Uma abordagem de curso de vida às intervenções nas famílias, escolas, comunidades e outros ambientes sociais implica que as intervenções não abordem somente as questões de saúde comuns aqueles relevantes a etapas específicas da vida, como também adotem enfoques proativos para construir saúde em cada etapa da vida e apoiar a transmissão intergeracional da saúde positiva. Para maximizar o impacto positivo, o escalonamento das intervenções chave deve coincidir com os momentos críticos no desenvolvimento das trajetórias de saúde.

34. É sumamente importante que as intervenções sejam baseadas em evidências, visem empoderar os grupos em situação de vulnerabilidade, e sejam implementadas na escala necessária para conseguir resultados. Considerando-se a carga desproporcional de problemas de saúde nas populações afrodescendentes, indígenas e rurais, as intervenções devem incluir enfoques interculturais sensíveis ou culturalmente adaptados ao contexto e às necessidades desses grupos. Além disso, estratégias dirigidas devem ser formuladas para alcançar os grupos marginalizados ou invisíveis, como as mulheres, crianças e adolescentes migrantes; os que vivem com deficiências; lésbicas, gays, bissexuais e pessoas trans (LGBT); pessoas privadas de liberdade; e outras populações em situação de vulnerabilidade, de modo a avaliar e reduzir as iniquidades em saúde que afetam os grupos marginalizados. A participação desses grupos no desenvolvimento das intervenções é essencial, e contribuirá para a obtenção de enfoques inovadores e mais eficazes.

Objetivo	Indicador	Linha de base em 2018	Meta para 2022	Meta para 2026	Meta para 2030
2.1 Melhorar a saúde mental, física, sexual e reprodutiva e o bem-estar das mulheres, crianças e adolescentes nas famílias	2.1.1 Porcentagem de lactentes menores de 6 meses que são amamentados exclusivamente ¹⁶	30,5	50%	60%	70%
	2.1.2 Número de países e territórios que estão implementando programas de parentalidade ¹⁷ dirigidos a pais e mães de crianças e adolescentes com metas específicas para grupos vulneráveis (por região, local de residência e subfaixa etária: < 1 ano, 1 a 5 anos, 6 a 10 anos, >10 anos)	14	20	25	30
	2.1.3 Prevalência do uso de métodos contraceptivos modernos por mulheres de idade reprodutiva, por faixa etária	A determinar	A determinar	A determinar	A determinar
2.2 Melhorar a saúde mental, física, sexual e reprodutiva e o bem-estar das mulheres, crianças e adolescentes em famílias e na comunidade	2.2.1 Porcentagem de crianças menores de 5 anos cujo desenvolvimento está adequado do ponto de vista da saúde, aprendizagem e bem-estar psicossocial ¹⁷	A determinar	A determinar	A determinar	A determinar
	2.2.2 Número de países e territórios com pelo menos um programa nacional com metas específicas para a saúde e empoderamento da mulher, da criança e do adolescente	A determinar	10	20	25

¹⁶ A OMS e o Coletivo Global da Amamentação propuseram uma meta de 70% para 2030.

¹⁷ Também conhecidos como programas de puericultura, programas de habilidades parentais ou programas dirigidos para mães e pais, entre outras denominações.

¹⁷ Indicador dos ODS. A definição padronizada e a metodologia estão sendo definidas e devem estar disponíveis em 2019.

Objetivo	Indicador	Linha de base em 2018	Meta para 2022	Meta para 2026	Meta para 2030
	2.2.3 Número de países e territórios com dados recentes (5 anos ou menos) sobre o percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva	3	5	7	10
2.3 Melhorar o uso da plataforma escolar para saúde mental, física, sexual, reprodutiva e bem-estar das crianças e adolescentes, inclusive educação integral em sexualidade (2) ¹⁸	2.3.1 Número de países que implementaram um programa integral de saúde nas escolas ¹⁹ , em âmbito nacional, que atinja pelo menos 50% das escolas públicas pré-primárias, primárias e secundárias	2	10	20	25
2.4 Fortalecer a capacidade do setor da saúde para articulação intersetorial e interinstitucional efetiva, inclusive com a sociedade civil	2.4.1 Número de países e territórios com mecanismos específicos pelos quais a sociedade civil e o setor privado, conforme apropriado, possam participar do desenvolvimento, monitoramento e avaliação de programas de saúde para mulheres e/ou crianças e/ou adolescentes	A determinar	20	30	40

¹⁸ Definição da ONU de “educação integral em sexualidade”: um processo de base curricular para ensinar e aprender sobre os aspectos cognitivos, emocionais, físicos e sociais da sexualidade. Destina-se a equipar crianças e jovens com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que os empoderem a manifestar a saúde, o bem-estar e a dignidade; desenvolver relações sociais e sexuais respeitadas; considerar como suas escolhas afetam seu próprio bem-estar e o bem-estar alheio; e compreender e assegurar a proteção de seus direitos durante toda a vida. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach. Disponível em inglês em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf>

¹⁹ Um programa integral de saúde nas escolas tem quatro elementos: 1) políticas equitativas de saúde escolar; 2) ambientes de aprendizagem saudáveis e seguros; 3) educação em saúde baseada em habilidades, inclusive educação sexual apropriada à idade; e 4) serviços de saúde na escola, inclusive atenção à saúde sexual e reprodutiva (apropriada à idade), mental e física. OMS/UNESCO/UNICEF/Banco Mundial. Focusing Resources on Effective School Health: a FRESH Start to Enhancing the Quality and Equity of Education. Disponível em inglês em: <https://www.unicef.org/lifeskills/files/FreshDocument.pdf>

35. As atividades chave em âmbito regional incluirão:
- a) Compartilhamento de orientação normativa e fortalecimento da capacitação sobre ações baseadas no curso de vida para a saúde de mulheres, crianças, adolescentes e famílias.
 - b) Apoiar, documentar, avaliar e disseminar as lições aprendidas dos países que adotaram programas e abordagens nacionais baseadas no enfoque de curso de vida.
 - c) Ajudar os países a atualizar suas estratégias e planos de ação nacionais com um enfoque mais visionário, multissetorial e inovador, utilizando orientações baseadas em evidências, como a Ação Global Acelerada para a Saúde dos Adolescentes (AA-HA!) (38) e o marco de Cuidados de Criação para o Desenvolvimento na Primeira Infância (39).
 - d) Fornecer orientação baseada em evidências e capacitação sobre desenvolvimento na primeira infância (0-8 anos²⁰) e saúde e desenvolvimento de crianças de 6-9 anos e adolescentes (subgrupos de 10-14 e 15-19 anos).
 - e) Coordenar o desenvolvimento e implementação de um roteiro regional para o fortalecimento de programas e serviços de saúde baseados nas escolas.
 - f) Fornecer aos Estados Membros apoio técnico para a implementação eficaz de abordagens e intervenções baseadas em evidências, multissetoriais e inovadoras para promover a saúde de mulheres, crianças e adolescentes nas famílias e comunidades, como o programa *Familias Fuertes*, a iniciativa *Chile Crece Contigo* e outros programas emergentes baseados em evidências, como o programa *Parenting for Lifelong Health*.
36. As atividades chave em âmbito de país incluirão:
- a) Análise e revisão dos programas e abordagens nacionais e subnacionais rumo a abordagens baseadas no curso de vida.
 - b) Implementação, avaliação e documentação de intervenções proativas e preventivas para a saúde das mulheres, crianças e adolescentes nas famílias, escolas e comunidades, em escala.
 - c) Estabelecimento de mecanismos nacionais e subnacionais que envolvam múltiplos interessados diretos para facilitar a participação da sociedade civil na elaboração, implementação, monitoramento e avaliação de ações de saúde para mulheres, crianças e adolescentes.
 - d) Fortalecimento das parcerias com os setores da educação, proteção social e outros, além de interessados diretos, para planejar e implementar ações conjuntas em prol da saúde e bem-estar das mulheres, crianças e adolescentes.

²⁰ Esta é a faixa etária definida para a primeira infância na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (2005). A faixa etária realmente utilizada pode variar dependendo do contexto de cada país.

Linha estratégica de ação 3: Ampliar o acesso equitativo a serviços de saúde integrais, integrados, qualificados e centrados nas pessoas, na família e na comunidade para as mulheres, crianças e adolescentes

37. Em 2009, os Estados Membros da OPAS adotaram uma política regional para desenvolver redes integradas de prestação de serviços de saúde com base na atenção primária à saúde (APS) para responder aos grandes desafios suscitados pela fragmentação da atenção à saúde e dos serviços de saúde e contribuir para a entrega de serviços de saúde e atenção à saúde mais acessíveis, equitativos, eficientes e com maior qualidade técnica. Em 2014, os Estados Membros adotaram a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, com as quatro linhas de ação a seguir: *a)* expandir o acesso equitativo a serviços de saúde integrais, de qualidade e centrados nas pessoas e nas comunidades; *b)* fortalecer o papel condutor e a governança; *c)* aumentar e melhorar o financiamento com equidade e eficiência e avanço rumo à eliminação do pagamento direto, que representa uma barreira ao acesso no momento da prestação dos serviços; e *d)* fortalecer a coordenação intersetorial para abordar os determinantes sociais da saúde. Desde então, a Região trabalhou progressivamente na implementação desses compromissos.

38. As atividades propostas nesta linha de ação foram projetadas para contribuir com esses esforços, com foco específico em quatro áreas:

- a) Completar o trabalho inacabado iniciado sob planos de ação anteriores para a prevenção da mortalidade materna e da morbidade grave e mortalidade neonatais, garantindo o acesso universal à atenção contínua que começa antes da concepção e continua durante a gravidez, o parto, o puerpério e os cuidados com o recém-nascido, priorizando subgrupos em situação de vulnerabilidade.
- b) Apoiar a articulação do papel e contribuição do setor da saúde para a saúde e desenvolvimento das crianças, adolescentes e mulheres, inclusive desenvolvimento da primeira infância, saúde e desenvolvimento dos adolescentes apropriados para a idade e saúde das mulheres além de suas funções reprodutivas.
- c) Apoiar a articulação e a aplicação de uma perspectiva de curso de vida à atenção à saúde e aos serviços de saúde para mulheres, crianças e adolescentes, fazendo a transição de sistemas de saúde estruturados para responder a demandas episódicas de atenção a sistemas proativos que contribuem para a construção contínua da saúde e do bem-estar ao longo da vida, através de gerações e contextos sociais.
- d) Apoiar a análise sistemática das barreiras que impedem ou dificultam o acesso aos serviços de saúde por grupos específicos de mulheres, crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, e elaborar estratégias para lidar com essas barreiras.

39. Esta linha de ação será harmonizada com e implementada em estreita colaboração com trabalho da OPAS em matéria de acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde.

Objetivo	Indicador	Linha de base em 2018	Meta para 2022	Meta para 2026	Meta para 2030
3.1. Promover progressivamente e o acesso universal e equitativo a serviços de saúde qualificados e integrais para mulheres, crianças e adolescentes	3.1.1 Porcentagem de mulheres e adolescentes em idade reprodutiva cuja necessidade de planejamento familiar é atendida com métodos modernos e de qualidade	69% (2017)	75%	80%	90%
	3.1.2 Número de países e territórios que medem a porcentagem de mulheres em idade reprodutiva cuja necessidade de planejamento familiar é atendida com métodos modernos, (desagregada por idade, etnia, local de residência e nível de renda)	9	12	17	25
	3.1.3 Número de países e territórios que incluem o atendimento a vítimas de exploração sexual e tráfico de pessoas em suas normas técnicas	A determinar	A determinar	A determinar	A determinar
	3.1.4 a) Número de países e territórios que medem a porcentagem de mulheres grávidas que receberam atendimento pré-natal em quatro ou mais consultas	A determinar	A determinar	A determinar	A determinar
	b) Número de países e territórios que medem a porcentagem de mulheres grávidas que receberam atendimento pré-natal em quatro ou mais consultas, desagregada por idade, etnia e local de residência	0	5	10	15
	c) Número de países e territórios que medem a porcentagem de mulheres grávidas que receberam atendimento pré-natal em quatro ou mais consultas, desagregada por idade, etnia e local de residência, e aumentaram em 20% esta porcentagem nos quintis mais baixos, em quatro ou mais visitas	0	3	6	10

Objetivo	Indicador	Linha de base em 2018	Meta para 2022	Meta para 2026	Meta para 2030
	3.1.5				
	a) Número de países e territórios que medem a proporção de partos assistidos em serviços de saúde (desagregada por idade, etnia e local de residência da mãe)	0	3	6	10
	b) Número de países e territórios que medem a porcentagem de partos assistidos em serviços de saúde, desagregada por idade, etnia e local de residência da mãe, e que aumentaram em 20% esta proporção nos quintis mais baixos ou entre aqueles com menos recursos econômicos	0	5	10	15
	3.1.6 Número de países e territórios que aumentaram o índice composto de cobertura ²¹ para a saúde materno-infantil	A determinar	A determinar	A determinar	A determinar
	3.1.7 Número de países e territórios que adicionaram a vacina contra o HPV aos seus calendários de vacinação.	31	35	40	45
3.2 Melhorar a qualidade da atenção à saúde e dos serviços de saúde para mulheres,	3.1.8 Número de países que contam com políticas para promover o acesso informado, voluntário e não coercivo pelas mulheres ao método de planejamento familiar de sua escolha	A determinar	A determinar	A determinar	A determinar
	3.2.1 Número de países e territórios que implementaram análise e auditoria regular dos óbitos maternos e perinatais.	8	15	25	35

²¹ O índice composto de cobertura é um indicador resumido para identificar quem está sendo deixado para trás. O índice corresponde à média ponderada de cobertura em intervenções selecionadas que fazem parte da atenção contínua à saúde materno-infantil: demanda por planejamento familiar atendida com métodos modernos, ao menos quatro consultas de pré-natal, atenção qualificada ao parto, vacinas (DTP3 e sarampo), tratamento da diarreia infantil com reidratação oral e busca de atendimento para crianças com sintomas de pneumonia. A contagem regressiva para 2030 está acompanhando este indicador.

Objetivo	Indicador	Linha de base em 2018	Meta para 2022	Meta para 2026	Meta para 2030
crianças e adolescentes	3.2.2 Número de países e territórios que implementaram padrões nacionais para a qualidade da atenção à saúde e dos serviços de saúde para adolescentes.	11	20	30	40
	3.2.3 Número de países e territórios que dispõem de dados nacionais sobre o uso de sulfato de magnésio em gestantes com pré-eclâmpsia grave ou eclampsia.	2	6	10	15
	3.2.4 Número de países e territórios que dispõem de dados nacionais sobre o uso de agentes ocitócicos para prevenir a hemorragia pós-parto.	2	6	10	15

40. As atividades chave em âmbito regional incluirão:
- Continuar a capacitação de capacitadores para profissionais da saúde em Manejo das Complicações na Gestação e no Parto (sigla em inglês, MCPC) e atenção contínua à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil para a prestação de cuidados e serviços de saúde pré-concepcionais, pré-natais, de parto e pós-natais de alta qualidade.
 - Apoio à integração da perspectiva de curso de vida na elaboração e prestação de cuidados e serviços de saúde para mulheres, crianças e adolescentes.
 - Documentação e compartilhamento de modelos bem-sucedidos e melhores práticas relacionadas a abordagens pró-equidade, baseadas no curso de vida e inovadoras para os cuidados e serviços de saúde para mulheres, crianças e adolescentes.
 - Apoio ao desenvolvimento e implementação de cuidados e serviços de saúde integrais responsivos aos adolescentes, inclusive mecanismos para capacitação pré-profissional e contínua, baseada em competências, dos prestadores de serviço.
41. As atividades chave em âmbito de país incluirão:
- Desenvolvimento ou fortalecimento de sistemas para referência e contrarreferência oportuna no atendimento pré-natal, ao parto e pós-natal, implementando a Avaliação de Condições Essenciais para o Primeiro Nível de Atenção e Atendimento Especializado (sigla em inglês, AEC) para medir a prontidão.
 - Implementação de ferramentas de treinamento da OPAS/OMS baseadas em evidências, como o Conjunto de Ferramentas para o Fortalecimento da Obstetrícia e as Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência

- positiva na gravidez, para aprimorar a qualidade da atenção pré-concepcional, pré-natal, ao parto e pós-parto, inclusive a contracepção pós-evento obstétrico.
- c) Realização de avaliações regulares e monitoramento em curso das barreiras ao acesso aos cuidados e serviços de saúde para mulheres, crianças e adolescentes que enfrentam a mais alta carga de morbimortalidade passível de prevenção.
 - d) Reorganização dos cuidados e serviços de saúde para mulheres, crianças e adolescentes de modo a incluir enfoques mais preventivos, contínuos e baseados no curso de vida.
 - e) Expansão do acesso a uma ampla gama de métodos de planejamento familiar que atendam as necessidades de todas as mulheres e adolescentes, inclusive os métodos de percepção da fertilidade e [USA] a contracepção reversível de ação prolongada (sigla em inglês, LARC).
 - f) Implementação de normas para cuidados e serviços de saúde dos adolescentes apropriados para a idade e mecanismos para monitoramento contínuo da qualidade e cobertura do acesso à atenção à saúde integrada e preventiva para adolescentes.
 - g) Promover e implementar programas de vacinação contra o HPV e programas para rastreamento do câncer do colo do útero e tratamento de células pré-cancerosas em mulheres, destinados a capacitá-las a fim de que atinjam o mais alto nível de saúde física e mental.

Linha estratégica de ação 4: Fortalecer os sistemas de informação para a coleta, disponibilidade, acessibilidade, qualidade e disseminação de informações estratégicas, inclusive dados de saúde e estatísticas sobre a saúde das mulheres, crianças e adolescentes, no marco dos princípios propostos neste Plano

42. Acelerar a redução da morbimortalidade evitável em mulheres, crianças e adolescentes exigirá maior compreensão de suas circunstâncias e dos grupos mais afetados. Isso requer disponibilidade de dados válidos e confiáveis, gerados por métodos padronizados, que possam ser analisados de acordo com as dimensões da desigualdade, inclusive (mas não somente) sexo/gênero, riqueza, educação, local de residência, etnia, orientação sexual e status de migração, entre outros. Portanto, um melhor monitoramento das desigualdades na saúde das mulheres, crianças e adolescentes exige fortalecimento contínuo dos sistemas de informação em saúde, análise sistemática e contínua de eventos específicos (como mortes maternas, de crianças e de adolescentes por causas externas) e a análise de dados usando medidas baseadas na equidade.

Objetivo	Indicador	Linha de base para 2018	Meta para 2022	Meta para 2026	Meta para 2030
4.1. Fortalecer a capacidade dos sistemas de informação em saúde para aumentar a disponibilidade de dados sobre a mortalidade evitável de mulheres, crianças e adolescentes	4.1.1 Número de Estados Membros que realizam busca ativa de mortes maternas, para reduzir o sub-registro e a classificação errônea dessas mortes	8	15	20	25
	4.1.2 Número de Estados Membros que aumentam a captura, registro e análise de mortes de crianças menores de 5 anos (desagregadas por idade, sexo e local de residência) e suas causas	0	15	20	25
	4.1.3 Número de países que realizam análise periódica da distribuição e das circunstâncias das principais causas de mortalidade evitável em mulheres, crianças e adolescentes	1	10	15	20
4.2 Construir capacidade nos sistemas de informação para monitoramento contínuo das iniquidades em saúde	4.2.1 Número de países que dispõem de mecanismos para monitoramento contínuo das iniquidades em saúde, inclusive saúde sexual e reprodutiva, que afetam mulheres, crianças e adolescentes	A determinar	15	30	40

43. As atividades chave em âmbito regional incluirão:
- Compartilhamento de orientações normativas e capacitação em monitoramento da desigualdade em saúde, com foco especial em mulheres, crianças e adolescentes.
 - Apoio à implementação do Plano de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais 2017-2022, visando aumentar a disponibilidade de dados e melhorar os sistemas de informação sobre a saúde de mulheres, crianças e adolescentes desagregados por idade, etnia, local de residência e nível de renda.
 - Compartilhamento de orientações e capacitação a respeito da implementação das Diretrizes de Vigilância e Resposta ao Óbito Materno e Perinatal e a abordagem *Near Miss* da OMS.
 - Compartilhamento de orientações e apoio à implementação de metodologias padronizadas para analisar as mortes de adolescentes por causas externas.

44. As atividades chave em âmbito de país incluirão:
- a) Implementação da abordagem *Near Miss* da OMS e das Diretrizes de Vigilância e Resposta ao Óbito Materno e Perinatal (40, 41) para reforçar a vigilância da morbimortalidade neonatal e materna, inclusive mediante auditorias de mortalidade e monitoramento de *near misses*.
 - b) Implementação do Plano de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais 2017-2022, visando aumentar a disponibilidade de dados sobre a saúde de mulheres, crianças e adolescentes desagregados por dimensões da desigualdade, tais como idade, etnia, local de residência e nível de renda.
 - c) Implementação de abordagens e metodologias padronizadas para a análise das mortes de adolescentes por homicídio, suicídio e acidentes de trânsito.
 - d) Elaboração e divulgação de perfis baseados em equidade sobre a saúde das mulheres, crianças e adolescentes.

Monitoramento e Avaliação

45. As conquistas deste Plano de Ação serão medidas por um conjunto de indicadores essenciais com linhas de base e metas para 2022, 2026 e 2030 (o último ano do plano). Esses indicadores estão alinhados com os ODS, a ASSA 2030 e outros compromissos regionais e globais existentes. Será elaborado um guia metodológico para explicar como cada indicador deve ser mensurado. Os dados serão coletados de fontes como sistemas nacionais de informação, relatórios mundiais e regionais, estimativas mundiais e regionais padronizadas e levantamentos de políticas e programas.

46. Serão realizadas duas revisões intermediárias deste Plano de Ação, a primeira em 2022 e a segunda em 2026, para avaliar o progresso rumo às metas e, se necessário, incorporar ajustes. O relatório final para os Órgãos Diretores da OPAS será preparado em 2031.

Repercussões financeiras

47. O custo total estimado de implementar esta resolução durante seu ciclo de vida (2018-2030) é de US\$208 milhões. São esperados investimentos pelos Estados Membros para a implementação apropriada e integral deste Plano em nível nacional, mas tais investimentos não serão estimados aqui.

Ação pelo Conselho Diretor

48. Solicita-se que o Conselho Diretor analise este Plano de Ação para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes 2018–2030, faça as recomendações pertinentes, e considere adotar o projeto de resolução constante do Anexo B.

Anexos

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Committing to implementation of the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da Saúde, item 13.3 da ordem do dia; 28 de maio de 2018; Genebra, OMS; 2018 (Documento WHA69.2) [consultado em 30 de junho de 2018]. Disponível em inglês em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R2-en.pdf
2. Cada Mulher, Cada Criança. Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030) [Internet]. Nova York: EWEC; 2015 [consultado em 10 de junho de 2017]. Disponível em: http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf
3. Todas las mujeres, todos los niños América Latina y el Caribe. Compromiso a la Acción de Santiago [Internet]. Santiago: Todas las mujeres, todos los niños ALC; 2017 [consultado em 15 de janeiro de 2018]. Disponível em espanhol em: <http://www.apromiserenewedamericas.org/wp-content/uploads/2017/07/Compromiso-con-la-Accion-de-Santiago-Presidente-Bachelet-.pdf>
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2014 (Documento CD53/5, Rev. 2) [consultado em 10 de junho de 2017]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27418&Itemid=270&lang=pt
5. Nações Unidas. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Assembleia Geral, 70ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas; 11 a 18 de setembro de 2015; Nova York, EUA. Nova York: ONU; 2015 [consultado em 12 de julho de 2017]. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030: um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2017 (Documento CSP29/6, Rev.3) [consultado em 15 de janeiro de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42117&Itemid=270&lang=pt

7. Organização Pan-Americana da Saúde. Salud en las Américas 2017 [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2017 [consultado em 17 de janeiro de 2018]. Disponível em espanhol em: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017>
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Materna Grave [Internet]. 51st Directing Council of PAHO, 64ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2011; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2012 (Documento CD51/12) [consultado em 16 de janeiro de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14756&Itemid=270
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo de atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança [Internet]. 48º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2008 (Documento CD48/07) [consultado em 16 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48-07-p.pdf?ua=1>
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Integral na Infância [Internet]. 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 64ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 17 a 21 de setembro de 2012; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2012 (Documento CSP28/10) [consultado em 16 de janeiro de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18433&Itemid=270&lang=pt
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem 2010-2018 [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2010 [consultado em 10 de junho de 2017]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2789&Itemid=270&lang=pt
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança: relatório final [Internet]. 55º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2016; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2016 (Documento CD55/INF/11) [consultado em 15 de janeiro de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35785&Itemid=270&lang=pt

13. Organização Pan-Americana da Saúde. Situação de Saúde nas Américas: Indicadores Básicos de Saúde 2017. [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2017 [consultado em 30 de março de 2018]. Disponível em espanhol em:
<http://www.paho.org/relacsis/index.php/noticias/item/831-situacion-de-salud-en-las-americas-indicadores-basicos-2017>
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Integral na Infância: Relatório final. 162ª Sessão do Comitê Executivo; 18 a 22 de junho de 2018; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2018 (Documento CE162/INF/13). Disponível em inglês em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45243&Itemid=270&lang=en
15. Organização Mundial da Saúde. Inheriting a sustainable world? Atlas on children's health and the environment. [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 30 de junho de 2018]. Disponível em inglês em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254677/1/9789241511773-eng.pdf?ua=1>
16. Organização Pan-Americana da Saúde. The health of adolescents and youth in the Americas: implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018. Washington (DC): OPAS/OMS; 2018. No prelo.
17. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Regional mortality database [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2016 [atualizado em 16 de junho de 2016; consultado em 15 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em:
<https://hiss.paho.org/pahosys/lcd.php>
18. Organização Mundial da Saúde. Healthy life expectancy (HALE) at birth. [Internet]. Data and interactive graphs. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 15 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/
19. Hills S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* 2016;137(3): e2015407.
20. Organização Mundial da Saúde. Women and health: today's evidence; tomorrow's agenda [Internet]. Genebra (Suíça): OMS; 2009 [consultado em 30 de março de 2018]. Disponível em inglês em:
<http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/9789241563857/en/>

21. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Materna Grave: Relatório final. 162ª Sessão do Comitê Executivo; 18 a 22 de junho de 2018; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2018 (Documento CE162/INF/12) [consultado em 16 de mayo de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45216&Itemid=270&lang=pt
22. US Department of Health and Human Services, Family and Youth Services Bureau. Sexual risk avoidance education program [Internet] [consultado em 10 de agosto de 2018]. Disponível em inglês em: <https://www.acf.hhs.gov/fysb/programs/adolescent-pregnancy-prevention/sexual-risk-avoidance-education>
23. Huaynoca S, Svanemyr J, Chandra-Mouli V, Moreno Lopez DJ. Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia. *Reprod Health*. 2015;12-90. [Internet].
24. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama Social de América Latina 2017 [Internet]. Santiago (Chile): CEPAL; 2018 [consultado em 30 de março de 2018]. Disponível em espanhol em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42716-panorama-social-america-latina-2017>
25. Stoltenborgh M, Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment* 2011; 16(2):79-101.
26. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher [Internet]. 54º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2015; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2015 [consultado em 30 de março de 2018] (Documento CD54/9, Rev. 2). Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31651&Itemid=270&lang=pt
27. Organização Mundial da Saúde. Working with individuals, families, and communities to improve maternal and newborn health: a toolkit for implementation. [Internet]. Genebra (Suíça): OMS; 2017 [consultado em 30 de março de 2018]. Disponível em inglês em:
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-engagement-mnh-toolkit/en/

28. Organização Pan-Americana da Saúde. Política de igualdade de gênero da OPAS [Internet]. 46º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, 57ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2005; Washington (DC): OPAS; 2005 (Resolução CD46.R16) [consultado em 30 de março de 2018]. Disponível em:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/269/cd46.r16-p.pdf>
29. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas. [Internet]. 53º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington (DC): OPAS; 2014 (Resolução CD53.R2) [consultado em 20 de julho de 2017]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27551&Itemid=270&lang=pt
30. Organização Pan-Americana da Saúde. Política sobre etnia e saúde [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017; Washington (DC): OPAS; 2017 (Resolução CSP29.R3) Washington (DC): PAHO; 2017 [consultado em 24 de julho de 2017]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42296&Itemid=270&lang=pt
31. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação Sobre Saúde Mental. [Internet]. 53º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington (DC). (Resolução CD53.R7) Washington (DC); OPAS; 2014. Disponível em inglês em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27571&Itemid=270&lang=pt
32. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis nas Américas 2013-2019. [Internet]. 52º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (DC). (Documento CD52.R9) Washington (DC): OPAS; 2013. [consultado em 30 de março de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23330&Itemid=270&lang=pt

33. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para a Prevenção e o controle do HIV e de Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016-2021. [Internet]. 55º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2016; Washington (DC). (Documento CD55.R5) Washington (DC): OPAS; 2016. [consultado em 30 de março de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36381&Itemid=270&lang=pt
34. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais 2017-2022. [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017; Washington (DC). (Resolução CSP29.R4) Washington (DC): OPAS; 2017. [consultado em 30 de março de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42301&Itemid=270&lang=pt
35. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para Imunização 2015-2020 [Internet]. 54º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2015; Washington (DC). (Resolução CD54.R8) Washington (DC): OPAS; 2015. [consultado em 30 de março de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31903&Itemid=270&lang=pt
36. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017; Washington (DC). (Resolução CSP29.R15) Washington (DC); OPAS; 2017. [consultado em 30 de março de 2018]. Disponível em:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42328&Itemid=270&lang=pt
37. Organização Mundial da Saúde. Innov8 Manual Técnico [Internet]. Genebra (Suíça): OMS; 2016 [consultado em 30 de março de 2018]. Disponível em espanhol em:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34933/9789275319772_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Organização Mundial da Saúde. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation [Internet]. Genebra (Suíça): OMS; 2017 [consultado em 10 de junho de 2017]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/
-

39. Organização Mundial da Saúde. Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância: Plano global para ação e resultados. Projeto para consulta [Internet]. Genebra (Suíça): OMS; 2018 [consultado em 11 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework-first-consultation-pt.pdf
40. Organização Mundial da Saúde. Maternal death surveillance and response: technical guidance. Information for action to prevent maternal death [Internet]. Genebra: OMS; 2013 [consultado em 18 de julho de 2018]. Disponível em inglês em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal_death_surveillance/en/
41. Organização Mundial da Saúde. Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 18 de julho de 2018]. Disponível em inglês em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249523/9789241511223-eng.pdf?sequence=1>

Anexo A

Valores e princípios

- a) *Equidade em saúde.* Equidade em saúde se refere à ausência de diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde, acesso a assistência de saúde e ambientes saudáveis. Os enfoques baseados em equidade visam obter justiça mediante eliminação das diferenças que são desnecessárias e evitáveis.
- b) *Participação da comunidade.* A participação estrutural e genuína de comunidades e adolescentes é essencial para obter melhores resultados. Requer que sejam elaborados e colocados em vigor políticas, mecanismos e oportunidades para o empoderamento e engajamento desses interessados diretos no planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações.
- c) *Ação baseada em evidências e multissetorial.* Programas, políticas e serviços para melhorar a saúde e o bem-estar de mulheres, crianças e adolescentes devem ser baseados nas melhores evidências científicas disponíveis e/ou no consenso sobre boas práticas, e devem ser adaptados ao contexto sociocultural específico. Intervenções além do setor da saúde devem ser encaradas como essenciais para as estratégias nacionais sobre saúde da mulher, da criança e do adolescente. As ações do setor da saúde devem situar-se dentro de uma resposta multissetorial abrangente e coordenada. O setor da saúde exerce a função de liderança para mobilizar e apoiar o engajamento de outros setores e interessados diretos na elaboração de ações multissetoriais coerentes e harmonizadas para melhorar a saúde e o bem-estar de mulheres, crianças e adolescentes.
- d) *Direitos humanos, igualdade de gênero e interculturalidade.* Os direitos e as liberdades básicas aos quais todos os seres humanos têm direito incluem o direito de gozar do melhor estado de saúde que seja possível atingir. Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos na Declaração Universal de Direitos Humanos, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. Esses direitos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. Igualdade de gênero na saúde significa que as mulheres e homens têm condições iguais para realizar seus plenos direitos e seu potencial de ser saudável, contribuir para o desenvolvimento da saúde e se beneficiar dos resultados. As abordagens interculturais reconhecem as diferenças entre grupos étnicos entre e dentro dos países, bem como suas diferenças em termos de desafios e necessidades. Estas abordagens promovem modelos de saúde intercultural que incluem a perspectiva dos saberes e práticas ancestrais e espirituais dos membros dessas várias etnias e apoiam a implementação de abordagens interculturais para os sistemas e serviços de saúde.
- e) *Enfoque de curso de vida.* Este enfoque reconhece que fatores positivos e negativos influem nas trajetórias e desfechos de saúde e desenvolvimento do indivíduo. Essas influências são maiores quando a ação ocorre durante períodos sensíveis do crescimento e desenvolvimento humano, e se acumulam através do curso de vida de indivíduos e através das gerações.
-

f) *Inovação e pesquisa.* Inovações científicas, tecnológicas, sociais, empresariais e financeiras são necessárias para obter efeitos transformadores. Soluções inovadoras podem ser promovidas investindo-se e fomentando o ciclo da pesquisa, evidência, conhecimento, política e programação; e apoiando o teste e escalonamento de inovações.

g) *Prestação de contas, transparência e sustentabilidade financeira.* Os parceiros regionais e nacionais envolvidos nos esforços para melhorar a saúde e bem-estar das mulheres, crianças e adolescentes são responsáveis por seus compromissos e promessas, pelo uso eficaz dos recursos e pelos resultados das políticas e programas de saúde que elaboram e implementam. É preciso implementar e aderir a mecanismos de prestação transparentes que incluam todos os interessados. Atingir a sustentabilidade financeira para a saúde das mulheres, crianças e adolescentes exigirá uma combinação de aumento da despesa pública, alinhada com o crescimento do PIB; incentivo ao investimento pelo setor privado em saúde; mobilização de apoio externo; melhor aproveitamento dos recursos existentes e melhoria da eficiência; e adoção de abordagens integradas e inovadoras ao financiamento.



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

56º CONSELHO DIRETOR

70ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

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

CD56/8, Rev. 1

Anexo B

Original: inglês

PROJETO DE RESOLUÇÃO

PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE 2018–2030

O 56º CONSELHO DIRETOR,

(PP1) Tendo examinado o *Plano de Ação para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente 2018-2030* proposto no Documento CD56/8, Rev. 1;

(PP2) Ciente dos esforços feitos e avanços obtidos até agora através do Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Materna Grave (2012-2017); a Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Saúde do Recém-Nascido no Contexto do Processo Contínuo da Atenção à Mãe, ao Recém-Nascido e à Criança (2008-2015); a Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Integral na Infância (2012-2017); e a Estratégia e Plano de Ação Regional para a Saúde do Adolescente e do Jovem (2010-2018);

(PP3) Ciente do progresso lento e desigual e da necessidade de acelerar o progresso e reduzir as iniquidades em saúde que afetam a saúde e o bem-estar das mulheres, crianças e adolescentes através de enfoques integrados e multissetoriais que abordem os fatores determinantes subjacentes;

(PP4) Reafirmando o direito de todas as mulheres, crianças e adolescentes ao gozo do melhor estado de saúde que seja possível atingir, bem como os princípios e valores inter-relacionados adotados pelos Estados Membros da OPAS no marco da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2030, quais sejam: solidariedade, equidade em saúde, universalidade e inclusão social;

(PP5) Reconhecendo que a realização do Objetivo 3 da Agenda 2030 (ODS) e suas 13 metas, assim como muitos outros objetivos e metas relacionadas à saúde na agenda de 2030, exigirá a adoção de medidas intersetoriais para a saúde das mulheres, crianças e adolescentes;

(PP6) Considerando a importância de ter um novo plano de ação alinhado com a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030,

RESOLVE:

(OP)1. Aprovar o *Plano de Ação para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes 2018-2030* (Documento CD56/8, Rev. 1) no contexto das condições específicas de cada país.

(OP)2. Instar os Estados Membros a:

- a) fortalecer um ambiente transformador de política para reduzir as iniquidades em saúde entre as mulheres, crianças e adolescentes;
- b) promover saúde e bem-estar universais, efetivos e equitativos para todas as mulheres, crianças e adolescentes, em suas famílias, escolas e comunidades, ao longo do curso da vida;
- c) Expandir o acesso equitativo a serviços de saúde integrais, integrados e qualificados para mulheres, crianças, adolescentes e famílias, centrados nas pessoas, na família e na comunidade;
- d) fortalecer os sistemas de informação para assegurar a coleta, disponibilização, acessibilidade, qualidade e disseminação de informações estratégicas, inclusive dados de saúde e estatísticas sobre a saúde das mulheres, crianças e adolescentes, no marco dos princípios propostos neste Plano;
- e) investir em mecanismos para empoderar pessoas, famílias e comunidades para participar ativamente da proteção e promoção da saúde das mulheres, crianças e adolescentes, principalmente em situações de vulnerabilidade.

(OP)3. Solicitar à Diretora que:

- a) forneça cooperação técnica aos Estados Membros para a elaboração de planos de ação nacionais e para a divulgação de ferramentas que facilitem enfoques integrados, baseados em equidade e inovadores em prol da saúde das mulheres, crianças e adolescentes;
- b) fortalecer a coordenação do Plano de Ação com iniciativas semelhantes desenvolvidas por outros organismos financeiros e técnicos internacionais e com iniciativas globais para a saúde e bem-estar das mulheres, crianças e adolescentes;
- c) prestar contas periodicamente aos Órgãos Diretivos sobre o progresso obtido e os desafios enfrentados na implantação do Plano de Ação.



Relatório sobre as repercussões financeiras e administrativas do projeto de resolução para a Repartição

1. Tema da agenda: 4.4 - Plano de Ação para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente 2018-2030

2. Relação com o Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019:

a) **Categoria:** 3. Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida: Promover a boa saúde em fases-chave da vida, levando em conta a necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde (as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem) e adotar enfoques com base na igualdade de gênero, etnia, equidade e direitos humanos.

b) **Áreas programáticas e resultados intermediários:**
Área programática 3.1. Saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva.
Resultado intermediário 3.1: Saúde da mulher, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto.

3. Repercussões financeiras:

a) **Custo total estimado da aplicação da resolução no período de vigência (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):**

O custo total estimado para o Plano de Ação é de US\$208.150.000. Essa estimativa leva em conta a soma total necessária para as atividades da RSPA. Porém, os resultados só serão obtidos se os Estados Membros também aumentarem seus investimentos estratégicos na saúde das mulheres, crianças e adolescentes. Portanto, o montante total necessário para as atividades-chave em nível nacional não é refletido por essa estimativa. O montante calculado para Recursos Humanos (vide tabela abaixo) considera a equipe atual da OPAS dedicada à Área programática 3.1 nos níveis regional e nacional. Os valores estimados para atividades (capacitação, consultores, viagens e reuniões, publicações e provisões) foram calculados considerando fundos ordinários e contribuições voluntárias que precisarão ser mobilizados ao longo da vida útil do Plano de Ação.

Áreas	Custo estimado (em US\$)
Recursos humanos	\$56.700.000
Capacitação de pessoal	\$60.650.000
Consultores/contratos de serviços	\$30.300.000
Viagens e reuniões	\$38.000.000
Publicações	\$15.000.000
Provisões e outras despesas	\$7.500.000
Total	\$208.150.000

b) Custo estimado para o biênio 2018-2019 (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):

O custo estimado para o biênio 2018-2019 é de US\$16.875.000 (custo da implementação do Plano de Ação de outubro de 2018 até dezembro de 2019, 15 meses).

c) Parte do custo estimado no item b) que poderia ser incluída nas atuais atividades programadas: US\$14.000.000.

4. Repercussões administrativas:

a) Níveis da Organização em que se seriam tomadas medidas:

Todos os níveis da Organização serão envolvidos: regional, nacional e sub-regional. A participação ativa dos Ministérios da Saúde dos Estados Membros, assim como de outros setores em nível nacional e local, também se fará necessária. A participação de outras agências do Sistema das Nações Unidas e organizações e mecanismos sub-regionais facilitará a implementação eficiente e harmonizada da ação multissetorial necessária.

b) Necessidades adicionais de pessoal (no equivalente de cargos a tempo integral, incluindo o perfil do pessoal):

Para apoiar a implementação do Plano de Ação, serão necessários um especialista em desenvolvimento da criança na primeira infância e um especialista em saúde e desenvolvimento positivos dos adolescentes, ambos em regime de tempo integral.

c) Prazos (prazos amplos para as atividades de aplicação e avaliação):

A implementação começará assim que o Plano de Ação seja aprovado pelo Conselho Diretor, de modo a assegurar sua inclusão no novo Plano Estratégico e no Programa e Orçamento.

Duas revisões intermediárias deste Plano de Ação serão realizadas, uma em 2022 e uma em 2026, para avaliar o progresso rumo às metas e, caso necessário, incorporar ajustes. Um relatório final será preparado para os Órgãos Diretores em 2031.



**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR OS TEMAS DA AGENDA
COM OS MANDATOS INSTITUCIONAIS**

1. Tema da agenda: 4.4 - Plano de Ação para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente 2018-2030

2. Unidade responsável: Família, Promoção da Saúde e Curso de Vida (FPL)

3. Preparado por: Dra. Sonja Caffè

4. Vínculo entre este tema e a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030:

O Plano de Ação proposto encontra-se plenamente alinhado com os princípios e valores da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA 2030), especialmente o direito de gozar do melhor estado de saúde que seja possível atingir, a universalidade da equidade em saúde e a inclusão social. O Plano de Ação procura realizar a visão da ASSA 2030 para todas as mulheres, crianças e adolescentes nas Américas.

O Plano de Ação articula-se com toda a ASSA 2030, com ênfase especial nas Metas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, e 11.

Igualmente, o Plano de Ação deve contribuir para a maioria das metas da ASSA 2030, com ênfase especial nas Metas 1.2, 1.3, 1.4, 1.6, 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 4.2, 4.3, 6.2, 6.3, 7.3, 9.1, 9.4, 9.5, 9.6, 9.7 e 11.1.

5. Vínculo entre este tema e o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (modificado):

O alcance do Plano de Ação está relacionado com as áreas de trabalho nas categorias 2, 3, e 4 do Plano Estratégico da OPAS, com ênfase especial nas categorias 3 e 4:

Categoria 2: Doenças não transmissíveis e fatores de risco;

Categoria 3: Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida;

Categoria 4: Sistemas de saúde.

6. Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema:

- **Para os países da Região.** Ministérios da Saúde, Ministérios da Educação, Ministérios de Proteção e Desenvolvimento Social, Ministérios e Secretarias de políticas para mulheres, institutos nacionais de estatística, registro civil, organizações da sociedade civil e redes (como grupos de mulheres e organizações lideradas por jovens) e instituições acadêmicas e de pesquisa.
- **Iniciativas sub-regionais.** Mercado Comum do Sul (Mercosul), Organização de Saúde Andina – Convênio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), Conselho de Ministros da Saúde da América Central e República Dominicana (COMISCA), Comunidade do Caribe (CARICOM).
- **Agências das Nações Unidas e parceiros de desenvolvimento.** O mecanismo interinstitucional coordenador da implementação da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes, com ênfase em redução das desigualdades em saúde; EWEC ALC, composto pelo Unicef, o Fundo de População das Nações Unidas (UNPF), o Banco Mundial, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).
- **Outros.** Aliança Neonatal para a América Latina e Caribe, Grupo de Trabalho Regional para Redução da Mortalidade Materna (GTR), Universidade Estadual de Iowa.

7. Boas práticas nesta área e exemplos de países da Região das Américas:

- Implementação sustentável e em escala de intervenções integrais de saúde e desenvolvimento da criança que envolvem as famílias e comunidades, como *Chile Crece Contigo* (Chile), *Cero a Siempre* (Colômbia), *Uruguay Crece Contigo* (Uruguai) e *Amor por los más Chiquitos y Chiquitas y* (Nicarágua), entre outras
- Implementação em escala do programa *Fuertes Familias* no Peru, Colômbia e Guatemala; trabalho com pais/cuidadores e adolescentes, que alcança mais de 200.000 famílias anualmente
- Projeto interprogramático para zerar a mortalidade materna, apoiado pela Diretora da OPAS
- Iniciativa de Maternidade Segura da OPAS, que documentou 121 experiências e boas práticas para melhorar a saúde materna, inclusive enfoques interculturais em prol da saúde materna
- Implementação do Sistema de Informação Perinatal (SIP) em nível populacional em Uruguai e El Salvador

8. Repercussões financeiras do tema:

O custo total estimado do Plano de Ação (2018-2030) é de US\$208.150.000. Esta estimativa leva em consideração a soma total para as atividades da RSPA, inclusive capacitação regional e apoio técnico aos Estados Membros. O custo estimado para o biênio 2018-2019 é de US\$16.875.000.

- - -