

## 162ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

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

---

Tema 7.12 da agenda provisória

CE162/INF/12  
7 de maio de 2018  
Original: espanhol

### **PLANO DE AÇÃO PARA ACELERAR A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E DA MORBIDADE MATERNA GRAVE: RELATÓRIO FINAL**

#### **Antecedentes**

1. Em 2011, o 51º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou o *Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e da morbidade materna grave* (documento CD51/12), por meio da resolução CD51.R12, com três objetivos principais: *a*) contribuir para acelerar a redução da mortalidade materna, *b*) prevenir a morbidade materna grave e *c*) fortalecer a vigilância da morbidade e mortalidade materna (1, 2). Em 2014, e em conformidade com a ferramenta de monitoramento e avaliação aprovada em 2011 (3), o 53º Conselho Diretor da OPAS tomou nota do relatório de progresso (documento CD53/INF/6) (4).

#### **Atualização do progresso alcançado**

2. Neste relatório apresenta-se a maneira como foram atualizados os planos nacionais de saúde materna dos Estados Membros, de acordo com a resolução CD51.R12. Além disso, mede-se a evolução dos cinco indicadores de impacto e dos 19 indicadores de progresso ou resultado, de acordo com o plano de monitoramento aprovado. Na análise utilizaram-se informações oficiais dos Estados Membros. A publicação dessas informações teve certo atraso e, por isso, os dados iniciais para criar a linha de base foram reunidos no início de 2012, mas correspondem a dados de 2010. Os dados finais foram reunidos entre dezembro de 2016 e outubro de 2017 e correspondem a dados de 2015. Usaram-se duas fontes de dados: *a*) para os indicadores que consideravam todos os países da Região, empregou-se a publicação *Indicadores básicos*, da OPAS (5, 6); *b*) para os dados de processo, usou-se a ferramenta de monitoramento e avaliação dirigida aos 27 países com mais de 7.000 nascimentos por ano. Em especial, a análise desses últimos dados é limitada por diversos problemas, como a notificação de baixa cobertura, incongruências ou países que só informaram seus dados no início (2010) ou no final (2015), o que impediu, nesses casos, a elaboração de relatórios das tendências.

3. No período abrangido pelo plano de ação, 38% dos países da Região atualizaram seus planos nacionais de redução das mortes maternas: sete países haviam feito isso até

---

2013, outros sete atualizaram os planos em 2015, e quatro deles o fizeram nos dois últimos anos (2016-2017). Apesar da aprovação unânime do plano, os Estados Membros alinharam-se parcialmente com seu conteúdo, razão pela qual o componente de sensibilização deverá ser crucial para obter uma convergência mais importante nos futuros planos. Essa sensibilização deverá se concentrar principalmente nos países que registram as maiores razões de mortalidade materna (RMM), porque são os que necessitam obter melhores resultados e representam maiores desafios.

4. Durante o período avaliado (2010-2015), conseguiu-se manter a tendência de redução da mortalidade materna e constatou-se redução de 11,1% da RMM, verificada em todas as faixas etárias. No entanto, essa redução ocorreu nos países que se encontram em melhor situação, já que a redução nos países com a maior RMM foi apenas um ponto percentual acima da redução média regional.

5. A taxa de notificação de alguns indicadores propostos no plano foi baixa e alguns não foram medidos nem notificados pelos países, sobretudo quando se reúnem informações desagregadas em diferentes subgrupos populacionais. Observou-se uma melhora da notificação por áreas geográficas (estados, províncias, municípios), bem como por lugar de residência; no entanto, não houve melhora da notificação por grupos étnicos. A falta de informações nessas áreas esconde as iniquidades existentes entre grupos populacionais; essas informações são necessárias para tornar mais eficazes as ações que reduzem a morbimortalidade materna. Isso é ainda mais grave nos dez países com maior RMM, onde essas informações são muito limitadas ou inexistentes.

6. Devido à disparidade nos critérios de definição da morbidade materna grave (MMG) usados pelos países, há uma grande variabilidade nos dados de notificação da MMG, razão pela qual é necessário padronizar e utilizar definições precisas no âmbito regional. Nos dez países<sup>1</sup> com maior RMM ainda não se avançou nesse sentido.

7. A falta de dados institucionais no âmbito nacional sobre a aplicação de intervenções de eficácia comprovada para a redução da mortalidade materna em seus componentes mais frequentes (hemorragia, estados hipertensivos e violência de gênero) pode ter impedido o desenvolvimento dos processos de melhora.

8. Os sistemas de informação e vigilância em saúde materna e perinatal não melhoraram o suficiente na Região no período avaliado. O número de países que informaram dispor de sistemas de informação perinatal e de morbidade materna em funcionamento permanece quase invariável em 2015 e, no caso dos dez países com maior RMM, somente quatro afirmam ter um sistema em funcionamento. A prestação de contas sobre saúde materna também registrou progressos mínimos no período estudado.

---

<sup>1</sup> Dez países com maior RMM: Bolívia, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru, República Dominicana e Suriname.

9. Adiante, os quadros apresentam o monitoramento, a análise e a avaliação dos indicadores de impacto, bem como os indicadores das quatro áreas estratégicas.

<b>Monitoramento, análise e avaliação dos indicadores de impacto</b>	
<b>Indicador de impacto, linha de base e meta</b>	<b>Situação de cumprimento do indicador</b>
<p><b>a) Razão de mortalidade materna (RMM), total por causas e por idade.</b></p> <p>Linha de base: 63,6 por 100.000 (2010).</p> <p>Meta: redução de 21% no período 2010-2017</p>	<p>Desde a aprovação do plano até o presente (2015), a RMM diminuiu 11%, passando de 63,6 por 100.000 nascidos vivos (2010) a 56,6 por 100.000 nascidos vivos (2015), segundo dados de 23 dos 27 países que informaram a RMM em 2010 e 2015. Dos dez países da América Latina e Caribe (ALC) com maior mortalidade materna, oito (Guatemala, Guiana, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru, República Dominicana e Suriname) analisaram a RMM e apresentaram dados nacionais relativos a todo o período. Nesses países, a redução da RMM foi de 12%, menor que as projeções, já que eles deveriam ter uma redução mais importante que a média regional. A morte materna por diversas causas indica que a hipertensão e a hemorragia ainda são as causas mais frequentes, e observou-se uma redução das mortes pela terceira causa (mortes associadas ao aborto), que passaram de 9% em 2010 a 7% em 2015. As mortes por causas diretas representaram quase 70% de todas as mortes; por outro lado, as mortes por causas indiretas corresponderam a 28% em todo o período. Dos 20 países que apresentaram relatórios, somente dois pertencem ao grupo de 10 países com elevada RMM, o que não permite uma análise específica.</p> <p>Dos 10 países com maior RMM na Região, só dois dispunham de dados de morte materna por faixa etária.</p>
<p><b>b) Razão de morbidade materna grave, total por causas e por idade.</b></p> <p>Linha de base: 8 países informam a RMMG no âmbito nacional.</p> <p>Meta: 16 países informam dados sobre a RMMG em 2017</p>	<p>Como recurso para avançar na identificação da morbidade materna grave, criou-se o indicador razão de morbidade materna grave (RMMG) por causa e por idade, notificado por 11 de 27 países (41%), que afirmaram ter dados nacionais, sendo as informações desagregadas por causa e idade em 10 dos 27 países (37%). A variabilidade da RMMG foi de grande magnitude, já que existem variações não só entre os países, mas também em diferentes anos em um mesmo país (Colômbia, Guiana, Haiti e Honduras).</p> <p>Os números demonstram grandes variações associadas a diferentes critérios de classificação da morbidade materna grave. A despeito da baixa confiabilidade dos dados, houve uma preocupação dos países de monitorar e informar esses dados, e com isso, a notificação aumentou 45% entre 2010 e 2015. Nenhum dos 10 países com elevada RMM dispõe de registros de RMMG.</p>

<b>Monitoramento, análise e avaliação dos indicadores de impacto</b>	
<b>Indicador de impacto, linha de base e meta</b>	<b>Situação de cumprimento do indicador</b>
<p><b>c)</b> Taxa de mortalidade materna (mortes maternas por 100.000 mulheres de 15 a 44 anos).</p> <p>Linha de base: 4,4 por 100.000 mulheres de 15 a 44 anos Meta: redução de 10% em 2017</p>	<p>A taxa de mortalidade materna (TMM) de mulheres de 15 a 44 anos na América Latina e Caribe diminuiu de 4,4 (2010) para 4,1 (2015) por 100.000 mulheres em idade fecunda (redução de 7%), enquanto no grupo de mulheres de 15 a 49 anos a TMM caiu de 3,9 (2010) para 3,4 em 2015.</p>
<p><b>d)</b> Número de países com RMM inferior a 75 por 100.000 nascidos vivos.</p> <p>Linha de base: 16 países cumprem o indicador Meta: 20 países cumprirão esse indicador em 2017</p>	<p>Obteve-se uma melhora de 7,4%, passando de 16 países que cumpriam esse indicador em 2010 para 18 países em 2015.</p>
<p><b>e)</b> Número de países com subpopulações (segundo a etnia, localização geográfica ou divisão subnacional) com RMM acima de 125 por 100.000 nascidos vivos.</p> <p>Linha de base: 15 países que têm pelo menos um subgrupo com RMM acima de 125 por 100.000 nascidos vivos. Meta: 10 países que tenham pelo menos um subgrupo com RMM.</p>	<p>Incluiu-se esse indicador no plano de ação com a intenção de analisar as iniquidades internas do país. No subgrupo “Departamentos, províncias ou estados”, identificaram-se grupos por departamentos ou províncias com RMM acima de 125 por 100.000 nascidos vivos em 11 países em 2015.</p> <p>A análise do subgrupo “zona rural e urbana”, apesar da notificação muito baixa (5 e 2 países, respectivamente), mostrou que a morte materna nos poucos países que informaram esse indicador era quatro vezes mais frequente nas áreas rurais que nas áreas urbanas. Essa proporção de mortes maternas reduziu-se quase à metade em 2015.</p> <p>Na categoria “grupos étnicos”, três países notificaram grupos com mortes acima de 125 por 100.000 nascidos vivos na população afrodescendente e indígena, enquanto dois informaram esses números na população mestiça. Nenhum dos países que dispunha de informação constatou grupos de população branca/caucasiana nesse indicador.</p> <p>Nos 10 países com maior RMM, constatou-se que 80% identificam as mortes maternas por divisão política (departamentos, províncias, etc.) e metade desses países identifica as mortes segundo a residência rural ou urbana; apenas 20% identificam as mortes segundo a etnia, o que afeta</p>

Monitoramento, análise e avaliação dos indicadores de impacto	
Indicador de impacto, linha de base e meta	Situação de cumprimento do indicador
	a possibilidade de conhecer melhor o impacto da iniquidade e estabelecer medidas mais específicas para reduzir as mortes nesses grupos.

Área estratégica 1: Prevenção da gravidez indesejada e suas complicações		
Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
1. Aumentar o uso de métodos anticoncepcionais modernos nas mulheres em idade fecunda, enfatizando o grupo de adolescentes.	Taxa de uso de métodos anticoncepcionais modernos por mulheres em idade fecunda, classificadas conforme a idade e residência rural/urbana.  Linha de base: 60% Meta: 70%	A falta de informação sobre esse indicador, nas fontes disponíveis, não permitiu saber se foi cumprido ou não. Somente 4 países forneceram informação.
	Número de países que têm dados nacionais sobre aconselhamento e fornecimento de anticoncepcionais pós-parto e/ou pós-aborto pelos serviços de saúde.  Linha de base: 30% dos países Meta: 90% dos países.	Esse é um indicador complexo, que abrange 4 indicadores em um. Por isso, recalculou-se a linha de base para cada um deles. Em 2010, o aconselhamento pós-parto era de 25,9% (7/27 países); o aconselhamento pós-aborto era de 18,5% (5 em 27 países), a entrega de anticoncepcionais pós-parto era de 37% (10 em 27 países) e pós-aborto era de 29,6% (8 em 27 países). Os países ficaram longe de alcançar a meta nos 4 indicadores, mas houve melhoria em 3 deles, enquanto um se manteve igual.
	Redução de 50% na porcentagem de mortes maternas devidas ao aborto.  Linha de base: 13%. Meta: 7%.	A linha de base deve ser corrigida de 13% para 8,6%, já que somente 22 países forneceram informação que permitia recalculá-la. Em 2015, embora a proporção de mortes por aborto tenha caído a 6,5%, não se alcançou a meta estabelecida.

<b>Área estratégica 2: Acesso universal a serviços de maternidade acessíveis e de qualidade dentro do sistema coordenado de atenção à saúde</b>		
<b>Objetivo</b>	<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<b>2. Contar com serviços de atenção materna de qualidade dentro dos sistemas integrados de serviços de saúde.</b>	Número de países que têm 70% de cobertura pré-natal com quatro ou mais controles.  Linha de base: 50% Meta: 90%	A evolução dos países com relação a esse indicador mostrou que, em 2010, 24 países asseguravam estar acima de 70% e, em 2015, 36 países. Houve uma acentuada melhoria nesse indicador, mas só se alcançou 73%. Estima-se que a meta pode ter sido alcançada, porque se sabe que alguns dos 8 países que não forneceram informação têm níveis de cuidados pré-natais com 4 ou mais consultas, próximo ou acima de 90%. Além dessa melhoria no indicador, o plano de monitoramento não analisou a qualidade dos controles apresentados.
	Cobertura institucional do parto.  Linha de base: 89,8% Meta: 93%	A porcentagem de cobertura institucional do parto foi medida segundo dados da publicação <i>Indicadores básicos</i> , da OPAS (5, 6), passando de uma linha de base de 89,8% em 2010 a 94,8% em 2015. Há uma melhora do indicador de partos institucionais, mas não há elementos para avaliar a qualidade do atendimento.
	Número de países que têm no mínimo 60% de cobertura de controle do puerpério sete dias após o parto.  Linha de base: 5 países Meta: 22 países (80%)	Não houve informação sobre esse indicador, já que os países não apresentam habitualmente as informações.
	Número de países que usam oxitócicos em 75% dos nascimentos institucionais durante o terceiro período do trabalho de parto, uma vez que o cordão umbilical cessou de pulsar.  Linha de base: 2 países Meta: 24 países (90%)	Não foi possível obter informação sobre esse indicador e os subsequentes, que contribuem para medir a qualidade da atenção materna, em quase todos os países. Esse fato tem especial pertinência porque esses indicadores estão diretamente relacionados com as mortes maternas que ocorrem no puerpério, ou que têm causas como transtornos hipertensivos e

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
	<p>Número de países que usam sulfato de magnésio, além de interromper a gravidez em 95% dos casos de pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia atendidos em estabelecimentos de saúde.</p> <p>Linha de base: 1 país Meta: 24 países (90%)</p>	<p>hemorragia, ou violência de gênero, tema que adquiriu grande relevância na América Latina, algumas das quais se relacionam com as principais causas de mortalidade materna.</p>
	<p>Número de países com disponibilidade de sangue seguro em 95% dos estabelecimentos que oferecem cuidados de urgência no parto.</p> <p>Linha de base: 5 países Meta: 27 países (100%)</p>	
	<p>Número de países que vigiam a violência intrafamiliar durante a gravidez em 95% dos partos institucionais.</p> <p>Linha de base: 0 Meta: 22 países (80%)</p>	
	<p>Número de países com taxa de cesárea superior a 20% que reduzem sua taxa em pelo menos 20% até 2017.</p> <p>Linha de base: 17 países Meta: 100%</p>	<p>Durante a execução do plano, observou-se um índice de cesáreas estável ou em discreto aumento. O indicador foi informado por 17 países em 2010, quando 14 países tinham taxas de cesáreas acima de 20%. Em 2015, 18 países informaram sua taxa de cesárea e observou-se piora, já que mais 3 países (total de 17) haviam superado a taxa de 20% de cesáreas. Somente em 2015, e com relação a 2014, um país teve redução superior a 20% (32%), que não se manteve.</p>
	<p>Número de países com mortes maternas devidas a trabalho de parto obstruído.</p> <p>Linha de base: 15 Meta: 0</p>	<p>Em 2010, três países registraram mortes por trabalho de parto obstruído e, em 2015, sete países, uma evolução desfavorável, já que se pretendia eliminar as mortes por essa causa.</p>

<b>Área estratégica 3: Recursos humanos qualificados</b>		
<b>Objetivo</b>	<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<b>3. Aumentar o número de recursos humanos qualificados para a atenção pré-gestacional, pré-natal, durante o parto e o puerpério nos estabelecimentos de saúde.</b>	Número de países que têm uma cobertura de atenção ao parto de 80% por pessoal qualificado, de acordo com a definição da OMS.  Linha de base: 43 Meta: 48	Este indicador, que em 2010 contava com 43 países em sua linha de base, passou a 44 países em 2015. Somente Aruba não apresentou dados sobre esse indicador, e quando o fez em anos anteriores esteve sempre perto de 100%. Portanto, não se cumpriu esse indicador e o progresso foi pequeno.
	Número de países que têm taxas de cobertura da atenção ao puerpério iguais ou superiores a 80% por pessoal qualificado, capaz de cuidar tanto da mãe quanto do recém-nascido, de acordo com a definição da OMS.  Linha de base: 23 Meta: 48	A medição não foi confiável, porque a maioria dos países não reuniu essa informação de maneira sistemática. A linha de base foi ajustada de 23 para 10 países, e em 2015, embora tenha aumentado o número de países que informaram, o cumprimento piorou, diminuindo de 10 para 9 países que cumpriam esse indicador. Esse fato é especialmente grave quando uma grande porcentagem de mortes maternas ocorre no puerpério.
	Porcentagem de instituições de atenção obstétrica de urgência (básica e ampliada) que realizam auditorias de todas as mortes maternas.  Linha de base: 22,5% Meta: 90%	A resposta dos países para a medição desse indicador foi muito baixa e pouco confiável. Considerando todos os países, em 2010, 1.576 instituições (total de 12 países) realizaram auditorias das mortes maternas em um total de 7.020 instituições de atenção obstétrica de urgência (22,5%). Em 2015, receberam-se informações de 1.606 instituições (11 países) que fizeram auditorias das mortes maternas em um total de 6.692 instituições (24%) e, portanto, quase não houve melhoria. Apesar das dificuldades de obter dados de qualidade, já mencionados, o indicador teve uma melhora mínima, quase desprezível em termos estatísticos.



<b>Objetivo</b>	<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
	Número de países que apresentam anualmente relatórios públicos sobre saúde materna que incluem estatísticas de mortalidade materna e a RMM em âmbito nacional. Linha de base: 60% Meta: 100%	Esse indicador manteve-se constante. Em 2010, de 27 países consultados somente 18 forneceram informação e 16 informaram ter apresentado relatórios públicos anuais de mortalidade materna; em 2015, 21 países forneceram a informação solicitada, mas os mesmos 16 países continuavam cumprindo.

<b>Área estratégica 4: Informação estratégica para a ação e a prestação de contas</b>		
<b>Objetivo</b>	<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<b>4.</b> Fortalecer os sistemas de informação e vigilância da saúde materna e perinatal e as estatísticas vitais no contexto dos sistemas de informação e estatísticas vitais.	Número de países onde o sistema de saúde tem um sistema de informação perinatal funcionando.  Linha de base: 16 Meta: 27	A linha de base precisou ser ajustada e, de 16 países, passou a 12 países, de acordo com a informação disponível. Em 2015, receberam-se relatórios de 24 países e somente 14 deles cumpriam o indicador. A melhora do indicador foi muito pequena, com superação de apenas metade da meta proposta. Dos 14 países que contam com sistema de informação perinatal em operação, somente 4 pertenciam ao grupo de 10 países com alta RMM.
	Número de países onde o sistema de saúde mantém um registro da morbidade materna grave.  Linha de base: 2 países notificam esse dado. Meta: 80%	Quanto aos países que apresentaram um registro da morbidade materna grave (não importa se classificada como grave ou extremamente grave), de um total de 23 países em 2015, somente três informaram tê-lo. Esse dado não condiz com o relatório de dados sobre morbidade materna grave elaborado por 10 países (3 países confirmaram ter um sistema de registro de morbidade materna grave, mas 10 informaram dados de 2015).
	Número de países cuja cobertura de mortes maternas nos sistemas de registros vitais é de 90% ou mais.  Linha de base: não definida Meta: 100%	Não houve informação disponível para avaliar o progresso.

**Ação necessária para melhoria da situação**

10. Em virtude dos resultados alcançados e dos desafios persistentes, é essencial manter o compromisso e os esforços, tanto dos Estados Membros quanto da Repartição Sanitária Pan-Americana, para conservar e aprofundar os êxitos alcançados e avançar na agenda inconclusa.

11. Devido às iniquidades existentes na região e às diferentes necessidades de cuidados nos grupos com maior condição de vulnerabilidade, é necessário que os Estados Membros incorporem a seus sistemas de vigilância e monitoramento, bem como às análises epidemiológicas, medidas dos indicadores segundo diferentes variáveis epidemiológicas, tais como idade, etnia, residência, renda, etc. Isso facilitará a concentração em ações que contribuam para superar as deficiências existentes, em especial nos dez países com as maiores RMM, mediante a concepção de intervenções dirigidas às mulheres (pré-concepção, parto e puerpério), a fim de reduzir a morbidade materna grave e a mortalidade materna. A título de exemplo, a OPAS liderou processos que contribuíram para a redução das mortes maternas, como aconteceu com: *a)* o projeto Zero Morte Materna por Hemorragia, destinado a regiões de países com altos níveis de morte materna por hemorragia pós-parto; *b)* os processos de busca intencional de mortes maternas, que contribuíram para reduzir o sub-registro de mortes; *c)* a implementação da vigilância e da resposta às mortes maternas naqueles países onde existe uma repetição das mortes maternas pelas mesmas causas; e *d)* o fortalecimento do uso de métodos contraceptivos de longa duração, especialmente dirigido a populações de adolescentes em condição de maior vulnerabilidade.

12. A garantia e a medição da qualidade são insumos necessários que deverão ser levados em consideração na concepção e execução de futuras intervenções.

13. Em vista dos dados obtidos pelos Estados Membros relativos a todo o período, recomenda-se estabelecer indicadores de monitoramento, provenientes de fontes já existentes nos países, que permitam melhorar as informações reunidas habitualmente e ampliar a análise do processo da atenção à saúde da mulher. O monitoramento dos determinantes sociais, por exemplo, permitiria estabelecer medidas mais eficientes para as populações em condição de maior vulnerabilidade.

14. O intuito é que os resultados deste relatório, bem como as diversas iniciativas e estratégias regionais e mundiais nas quais se enfatiza a necessidade de concentrar as atividades na saúde das mulheres — como a *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes 2016-2030*, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 — estejam em consonância com os futuros planos regionais que tratem da saúde das mulheres, incluindo o *Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018-2028 (7-9)*.

## Ação pelo Comitê Executivo

15. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório e faça as observações que considerar pertinentes.

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2011; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2011 (resolução CD51.R12) [consultado em 11 de janeiro de 2018]. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=15036&Itemid=270](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15036&Itemid=270)
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Materna Grave [Internet]. 51.º Conselho Diretor da OPS, 63.ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2011; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2011 (documento CD51/12) [consultado em 11 de janeiro de 2018]. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=14756&Itemid=270](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14756&Itemid=270)
3. Centro Latino-americano de Perinatología, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave: estratégia de monitoramento e avaliação [Internet]. Montevideu; 2010. (CLAP/SMR. Publicação Científica 1593) [consultado em 11 de janeiro de 2018]. Disponível em: [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=180:plano-reducao-da-morbimortalidade-materna-grave-estrategia-de-monitoramento-e-avaliacao&Itemid=234&lang=en](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=180:plano-reducao-da-morbimortalidade-materna-grave-estrategia-de-monitoramento-e-avaliacao&Itemid=234&lang=en)
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave. 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/INF/6) [consultado em 11 de janeiro de 2018]. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=27156&Itemid=270&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27156&Itemid=270&lang=pt)
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas. Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2013 [consultado em 11 de janeiro de 2018]. Disponível em espanhol em: [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-relacionados-39&alias=232-indicadores-basicos-2013-232&Itemid=231&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-relacionados-39&alias=232-indicadores-basicos-2013-232&Itemid=231&lang=es)

6. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas. Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2017 [consultado em 11 de janeiro de 2018]. Disponível em espanhol em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34330?locale-attribute=pt>
7. Cada mulher, cada criança. Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030). Sobreviver, prosperar, transformar. [Internet] S.l., 2015 [consultado em 11 de janeiro de 2018]. Disponível em: [http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC\\_Global\\_Strategy\\_PT\\_inside\\_LogoOK2017\\_web.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf)
8. Nações Unidas. Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. Nova York: Nações Unidas; 2016 [consultado em 11 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em: <https://sustainabledevelopment.un.org>
9. 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 11 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](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42117&Itemid=270&lang=pt)

- - -