PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS 2020-2025

"A equidade, o coração da saúde"

Compêndio de indicadores dos resultados intermediários

Janeiro de 2024

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

Sumário

Introdução 3
Resultado Intermediário 1. Acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade 4
Resultado Intermediário 2. Saúde ao longo de todo o ciclo de vida 12
Resultado Intermediário 3. Atenção de qualidade para os idosos 26
Resultado Intermediário 4. Capacidade resolutiva para as doenças transmissíveis 28
Resultado Intermediário 5. Acesso a serviços de saúde para DNTs e problemas de saúde mental 45
Resultado Intermediário 6. Capacidade resolutiva para a violência e os traumatismos 64
Resultado Intermediário 7. Força de trabalho em saúde 68
Resultado Intermediário 8. Acesso a tecnologias em saúde 73
Resultado Intermediário 9. Fortalecimento da gestão e governança 86
Resultado Intermediário 10. Aumento do financiamento público para a saúde 90
Resultado Intermediário 11. Fortalecimento da proteção financeira 95
Resultado Intermediário 12. Fatores de risco das doenças transmissíveis 103
Resultado Intermediário 13. Fatores de risco das doenças não transmissíveis 111
Resultado Intermediário 14. Má nutrição 122
Resultado Intermediário 15. Resposta intersetorial à violência e traumatismos 137
Resultado Intermediário 16. Ação intersetorial sobre a saúde mental 140
Resultado Intermediário 17. Eliminação de doenças transmissíveis 142
Resultado Intermediário 18. Determinantes sociais e ambientais 154
Resultado Intermediário 19. Promoção da saúde e ação intersetorial 175
Resultado Intermediário 20. Sistemas integrados de informação para a saúde 181
Resultado Intermediário 21. Dados, informação, conhecimento e evidência 184
Resultado Intermediário 22. Pesquisa, ética e inovação para a saúde 191
Resultado Intermediário 23. Preparação para situações de emergência e redução de riscos 196
Resultado Intermediário 24. Prevenção e controle de epidemias e pandemias 200
Resultado Intermediário 25. Detecção de emergências de saúde e respectiva resposta 204
Resultado Intermediário 26. Temas transversais: equidade, etnia, gênero e direitos humanos 208
Resultado Intermediário 27. Liderança e governança 210
Resultado Intermediário 28. Gestão e administração 217

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Escritório Regional para as Américas

Introdução

Este compêndio contém as especificações técnicas dos indicadores dos resultados intermediários do Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025. O compêndio apresenta definições e critérios de medição para todos os indicadores, a fim de facilitar uma abordagem sistemática para o monitoramento e a elaboração de relatórios sobre a implementação do Plano Estratégico.

O compêndio foi elaborado pela Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), em colaboração com o Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico (SPAG, na sigla em inglês) para o referido Plano Estratégico. Esse grupo foi criado pelo 162º Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Estavam representadas no Grupo Consultivo 21 Estados Membros de todas as sub-regiões da OPAS: Caribe (Antígua e Barbuda, Bahamas, Dominica, Guiana, Santa Lúcia e Trinidad e Tobago), América Central (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá), América do Norte (Canadá, Estados Unidos e México) e América do Sul (Argentina, Bolívia, Brasil, Equador, Paraguai e Venezuela). O Panamá foi nomeado Presidente e as Bahamas, Vice-Presidente.

Os indicadores abaixo estão sujeitos a mais revisões por parte da RSPA, a fim de manter o alinhamento com os indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e com os indicadores da estrutura de impacto do 13º Programa Geral de Trabalho 2019-2023 da Organização Mundial da Saúde (OMS). Existe também a possibilidade de a RSPA esclarecer mais ou refinar as especificações para a medição dos indicadores, conforme necessário. As linhas de base e as metas estão sujeitas a validação com informações atualizadas dos Estados Membros e da RSPA após a avaliação final do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019.

A versão mais recente do compêndio será publicada no site da OPAS, na seção "*Acerca de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)*", que pode ser acessada aqui.

Resultado Intermediário 1. Acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 1**: Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS), com ênfase no primeiro nível da atenção, a fim de ampliar o acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade que sejam equitativos, sensíveis ao gênero e à cultura, baseados em direitos e se centrem nas pessoas, famílias e comunidades, rumo à saúde universal
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 1.a:** Número de países e territórios que apresentam uma redução de pelo menos 10% nas hospitalizações por doenças que poderiam ser tratadas na atenção ambulatorial
Definição do indicador	Este indicador expressa o número de países e territórios que reduziram as hospitalizações para as 20 doenças a seguir que poderiam ser tratadas na atenção ambulatorial, na forma de porcentagem do total de altas hospitalares: 1. Doenças imunopreveníveis 2. Doenças evitáveis, como febre reumática, sífilis, tuberculose e tuberculose pulmonar 3. Gastroenterite infecciosa e complicações 4. Anemia 5. Deficiências nutricionais 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta 7. Pneumonia bacteriana 8. Asma 9. Doenças das vias respiratórias inferiores 10. Hipertensão arterial 11. Angina de peito 12. Insuficiência cardíaca 13. Doenças cerebrovasculares 14. Diabetes mellitus 15. Epilepsia 16. Infecções renais e urinárias 17. Infecção da pele e do tecido subcutâneo 18. Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos 19. Úlcera gastrointestinal 20. Doenças relacionadas à gravidez, parto e puerpério **Linha de base (2019):** 12 **Meta (2025):** 21
Finalidade do indicador	Este é um indicador substituto. As doenças que poderiam ser tratadas na atenção ambulatorial são doenças para as quais o primeiro nível de atenção, se oferecido com a capacidade resolutiva adequada, tem o potencial para evitar hospitalizações desnecessárias. Assim, as hospitalizações por essas doenças têm se revelado úteis como medida indireta do

<table>
<tr><td></td><td>funcionamento do primeiro nível da atenção. Um modelo de atenção centrado nas pessoas e na comunidade exige uma maior capacidade resolutiva no primeiro nível a fim de abordar adequadamente a promoção da saúde, a prevenção e a gestão oportuna dos problemas de saúde. Um primeiro nível de atenção robusto pode resultar em uma redução das hospitalizações evitáveis e desnecessárias e também pode fornecer oferecer serviços paliativos e de reabilitação mais próximos das comunidades. O indicador referente às doenças que poderiam ser tratadas na atenção ambulatorial avalia a capacidade resolutiva no primeiro nível em termos de hospitalizações evitáveis, sob a lógica de que as internações hospitalares no caso de doenças como a asma, o diabetes ou a hipertensão arterial, por exemplo, podem ser evitadas ou reduzidas com a melhoria dos programas de promoção da saúde e intervenções específicas para a prevenção e o acesso oportuno ao primeiro nível de atenção. A avaliação deste indicador pode oferecer evidências da qualidade técnica, eficácia e continuidade da atenção e, dessa forma, embasar o processo de tomada de decisões sobre a configuração das redes integradas de serviços de saúde. Cumpre notar que a sustentabilidade dos sistemas de saúde no longo prazo é reforçada se a economia gerada pela redução das hospitalizações for transferida como incentivos para fortalecer o primeiro nível de atenção, criando um círculo virtuoso em que a combinação de menos hospitalizações, menores custos agregados de hospitalização e primeiro nível de atenção de melhor qualidade aumenta a eficiência dos serviços de saúde e a qualidade dos resultados em matéria de saúde.</td></tr>
<tr><td>Nota técnica</td><td>A porcentagem de hospitalizações por doenças que poderiam ser tratadas na atenção ambulatorial é calculada da seguinte forma:

(altas hospitalares por doenças que poderiam ser tratadas na atenção ambulatorial/total de altas hospitalares) * 100

As doenças a seguir, designadas pelo código da CID-10, são as principais doenças que poderiam ser tratadas na atenção ambulatorial. Seu uso como indicadores encontra respaldo em amplas evidências científicas constantes da literatura internacional.

<table>
<tr><td>nº</td><td>Patologia</td><td>Classificação na CID-10</td></tr>
<tr><td>1</td><td>Doenças imunopreveníveis</td><td>A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Doenças evitáveis, como febre reumática, sífilis, tuberculose e tuberculose pulmonar</td><td>A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Gastroenterite infecciosa e complicações</td><td>E86, A00-A09</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Anemia</td><td>D50</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Deficiências nutricionais</td><td>E40-E46, E50-E64</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Infecções de ouvido, nariz e garganta</td><td>H66, J00-J03, J06, J31</td></tr>
<tr><td>7</td><td>Pneumonia bacteriana</td><td>J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Asma</td><td>J45-J46</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>9</td><td>Doenças das vias respiratórias inferiores</td><td>J20, J21, J40-J44, J47</td></tr>
<tr><td>10</td><td>Hipertensão arterial</td><td>I10-I11</td></tr>
<tr><td>11</td><td>Insuficiência cardíaca congestiva</td><td>I20</td></tr>
<tr><td>12</td><td>Insuficiência cardíaca</td><td>I50, J81</td></tr>
<tr><td>13</td><td>Doenças cerebrovasculares</td><td>I63-I67, I69, G45-G46</td></tr>
<tr><td>14</td><td>Diabetes mellitus</td><td>E10-E14</td></tr>
<tr><td>15</td><td>Epilepsia</td><td>G40-G41</td></tr>
<tr><td>16</td><td>Infecções renais e urinárias</td><td>N10-N12, N30, N34, N39</td></tr>
<tr><td>17</td><td>Infecção da pele e do tecido subcutâneo</td><td>A46, L01-L04, L08</td></tr>
<tr><td>18</td><td>Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos</td><td>N70-N73, N75-N76</td></tr>
<tr><td>19</td><td>Úlcera gastrointestinal</td><td>K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2</td></tr>
<tr><td>20</td><td>Doenças relacionadas à gravidez, parto e puerpério</td><td>O23, A50, P35.0</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Tipo de indicador</td><td>Relativo</td></tr>
<tr><td>Unidades de medição</td><td>Número de países e territórios</td></tr>
<tr><td>Frequência de medição</td><td>A cada dois anos, no fim do ano</td></tr>
<tr><td>Unidade da RSPA</td><td>Sistemas e Serviços de Saúde / Atenção Primária à Saúde e Prestação de Serviços Integrados (HSS/PH)</td></tr>
<tr><td>Fonte dos dados</td><td>Altas hospitalares, departamentos de estatística dos ministérios da saúde e estudos sobre a eficiência dos serviços de saúde.</td></tr>
<tr><td>Limitações</td><td>Os resultados deste indicador devem ser interpretados em relação à situação de cada país, pois a demanda por hospitalizações em alguns locais pode estar relacionada à disponibilidade de recursos e às deficiências do sistema de saúde. Portanto, na avaliação do indicador, é importante considerar outras questões que afetam a capacidade resolutiva da rede de serviços de saúde.</td></tr>
<tr><td>Referências</td><td>

1. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. Cad. Saúde Pública 2009;25(6):1337-49.
2. Aparicio Llanos A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: el caso de Costa Rica. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2012. Disponível em: http://publications.iadb.org/handle/11319/5735.
3. Arrieta A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: el caso de Perú. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 11 de dezembro de 2012. Disponível em: http://publications.iadb.org/handle/11319/5734.

</td></tr>
</table>

4. Arrieta, Alejandro e Ariadna García Prado. Series of avoidable hospitalizations and strengthening primary health care: the case of Chile. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 11 de dezembro de 2012. Disponível em: http://publications.iadb.org/handle/11319/5733.
5. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación con el indicador "hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria." Rev Esp Salud Pública 2002;76(3):189-96.
6. Caminal J, Casanova C. Primary care evaluation and hospitalization due to ambulatory care sensitive conditions. Conceptual 2003;31(1):61-5.
7. Caminal J, Mundet X, Ponsa JA, Sanchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. Framework. Aten Primaria 2003;31(1):6-14.
8. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Hermosilla E, Martín M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions. Rev Clin Esp 2001;201(9):501-7.
9. Ciapponi A, Glujovsky D, Daray F, López A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: revisión exploratoria de la evidencia de eficacia de la atención primaria en salud en la prevención de hospitalizaciones evitables. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2012. Disponível em: http://publications.iadb.org/handle/11319/5740.
10. Delgado EB, Peribañez JB, Lizaga NM, Abadía B, Villaverde MV. Grupo Atlas VPM. Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
11. Falik M, Needleman J, Wells BL, *et al.* Ambulatory care sensitive hospitalizations and emergency visits: experiences of Medicaid patients using federally qualified health centers. Med Care 2001;551(61).
12. Guanais FC, Goméz-Suárez R, Pinzón L. Series of avoidable hospitalizations and strengthening primary health care: primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2012. Disponível em: http://publications.iadb.org/handle/11319/5733.
13. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. Journal of Ambulatory Care Management 2009;32(2):115-122. doi:10.1097/JAC.0b013e31819942e51.
14. Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. Archives of Family Medicine 1998;352-357.
15. Gómez-Suárez R, Guanais FC. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: el caso de Paraguay. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2012. Disponível em: http://publications.iadb.org/handle/11319/5732.

	16. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Avoidable hospital admissions. In Health at a Glance, 108-109. Paris: OCDE; 2013. http://www.oecd-ilibrary.org/content/chapter/health_glance-2013-43-en. 17. Macinko J, de Oliveira VB, Turci M, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. Am J Public Health 2011;101(10). 18. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PdF, Lima-Costa MF, Medina MG, *et al.* Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. Health Aff 2010;29(12). 19. Macinko J, Dourado I, Guanais F. Chronic diseases, primary care and health systems performance diagnostics, tools and interventions. Novembro de 2011. Discussion paper. 20. Mendonca CS, Harzheim E, Duncan BB, *et al.* Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. Health Policy Plan 2011(043). 21. Rodríguez Abrego G, Zurita B, Ramírez Sánchez T, Herrera Rojas, Joaquín J. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: el caso de México. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2012. Disponível em: http://publications.iadb.org/handle/11319/5743. 22. Rodríguez J. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: el caso de Colombia. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2012. Disponível em: http://publications.iadb.org/handle/11319/5739. 23. Rubinstein A, López A, Caporale J, Valanzasca P, Irazola V, Rubinstein F. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: el caso de Argentina. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2012. http://publications.iadb.org/handle/11319/5741. 24. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. N Engl J Med 1996;10:1441-7. 25. Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA 1992.
Vinculação	• ASSA2030, meta 1.5 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 4.2.1 (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 1: Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS), com ênfase no primeiro nível da atenção, a fim de ampliar o acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade[a] que sejam equitativos, sensíveis ao gênero e à cultura, baseados em direitos e se centrem nas pessoas, famílias e comunidades, rumo à saúde universal**
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 1.b:** Número de países e territórios que implementaram estratégias para fortalecer a capacidade resolutiva no primeiro nível de atenção
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que demonstraram avanços no fortalecimento da capacidade resolutiva do primeiro nível de atenção, implementando todas as oito linhas estratégicas básicas a seguir: 1. Adotar um modelo de atenção centrado nas pessoas, famílias e comunidades. 2. Designar equipes básicas de saúde formadas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um agente ou técnico de promoção da saúde, com base em critérios de equidade, acessibilidade geográfica, perfil epidemiológico e prioridades de saúde. 3. Definir objetivos e metas para o primeiro nível de atenção com base nas necessidades da população, no perfil epidemiológico e nas prioridades de saúde em termos de cobertura, equidade e pessoas em condições de vulnerabilidade. 4. Estabelecer o plano de benefícios ou carteira de serviços integrais de saúde a serem prestados pelo primeiro nível de atenção (às pessoas, famílias e comunidades) de acordo com as necessidades da população, perfil epidemiológico e prioridades de saúde. 5. Estabelecer planos setoriais, intersetoriais e comunitários para o primeiro nível de atenção direcionados para a promoção da saúde, os determinantes sociais intervenientes e os fatores de risco para a saúde. 6. Manter plataformas e programas de gestão do conhecimento para o desenvolvimento de competências gerenciais, clínicas e interdisciplinares dos recursos humanos no primeiro nível de atenção, com base nas necessidades da população, perfil epidemiológico e prioridades de saúde. 7. Implementar plataformas tecnológicas, de comunicação e de informação no primeiro nível de atenção que facilitem: *a)* os sistemas de coordenação, comunicação e encaminhamento; *b)* as informações sobre pacientes, famílias e comunidades; *c)* a programação e coordenação de serviços especializados de diagnóstico e tratamento e de dispensação e distribuição de medicamentos; *d)* a coordenação e logística dos medicamentos e insumos; e *e)* a implementação das funções de saúde pública (como a vigilância e a análise das iniquidades e barreiras ao acesso). 8. Estabelecer mecanismos e processos que facilitem: *a)* o empoderamento das pessoas em relação à saúde e autocuidado; *b)* a participação social no planejamento, gestão, monitoramento e avaliação dos planos e intervenções de saúde; *c)* a promoção da saúde e

[a] Serviços de saúde integrais, apropriados, oportunos e de qualidade são ações dirigidas a populações e/ou indivíduos que sejam apropriadas dos pontos de vista cultural, étnico e linguístico, com uma abordagem de gênero, e que levem em conta as necessidades diferenciadas para promover a saúde, prevenir doenças, prestar atendimento no caso de doenças (diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos e reabilitação) e oferecer os cuidados necessários de curto, médio e longo prazo.

	vigilância, prevenção e controle de doenças no nível comunitário; e *d)* o controle social da saúde e a prestação de contas. **Linha de base (2019):** 0 **Meta (2025):** 34
Finalidade do indicador	A expectativa é que o primeiro nível de atenção seja o nó articulador da rede de serviços de saúde e o ponto do primeiro contato com o sistema de saúde para pessoas, famílias e comunidades. Proporciona atenção integral para responder à maioria das necessidades e demandas de saúde da população ao longo do tempo e do curso de vida. A configuração da equipe de saúde no primeiro nível de atenção e sua capacidade resolutiva podem variar de acordo com a situação da saúde, os determinantes sociais e as características demográficas do território e da população designada. A *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* define capacidade resolutiva como "capacidade dos serviços de saúde de prestar uma atenção de saúde condizente com as necessidades e demandas das pessoas, alinhada ao conhecimento científico e técnico atual e que leve à melhoria do estado de saúde". A capacidade resolutiva do primeiro nível de atenção envolve: *a)* o cumprimento das funções do primeiro nível e do conjunto de ações e serviços definidos como necessários para atender às necessidades de saúde da população; *b)* a capacidade para responder efetivamente à demanda por atenção e ao efeito produzido pelas ações do primeiro nível no processo contínuo da atenção em uma rede de serviços de saúde; e *c)* o cumprimento de metas que contribuam para a obtenção alcance dos resultados desejados em relação ao estado de saúde da população. A experiência da Região tem demonstrado que uma grande variedade de ações estratégicas pode melhorar a capacidade resolutiva do primeiro nível de atenção. Destacam-se: *a)* a provisão de recursos humanos suficientes em termos de quantidade, distribuição e competências necessárias; *b)* a provisão de recursos tecnológicos e financeiros suficientes; *c)* ações para assegurar a disponibilidade eficaz e oportuna de serviços de saúde abrangentes que respondam às exigências da população; *d)* mecanismos para facilitar a ação setorial e intersetorial; *e)* O conhecimento das características e necessidades da população e o estabelecimento de prioridades e objetivos com base nessas características e necessidades; *f)* o empoderamento das pessoas e comunidades para participarem da proteção e promoção da saúde; *g)* mecanismos e instrumentos para facilitar a coordenação, comunicação, informações para a saúde e logística de insumos e recursos.
Nota técnica	Este indicador é calculado por meio da contagem do número de países e territórios que fortaleceram o primeiro nível de atenção, implementando intervenções em todas as oito áreas prioritárias listadas acima. Um instrumento de autoavaliação, contendo meios de verificação, está sendo elaborado pela OPAS e será disponibilizado aos países no fim de 2019. Essa ferramenta lhes permitirá estabelecer linhas de base e metas para seus planos de fortalecimento do primeiro nível de atenção, bem como monitorar a implementação desses planos.
Tipo de indicador	Absoluto

Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois anos, no fim do ano
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Atenção Primária à Saúde e Prestação de Serviços Integrados (HSS/PH)
Fonte dos dados	Pesquisas concluídas pelas partes interessadas nos países e territórios; dados administrativos fornecidos pelas autoridades nacionais.
Limitações	Os dados baseiam-se em pesquisas de autoavaliação e talvez não contenham todas as informações necessárias para demonstrar que o primeiro nível de atenção foi efetivamente fortalecido.
Referências	1. Caminal A, Martin-Zurro A. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutiva del sistema de salud y su medición. Atención Primaria 2005:456-461. 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária à saúde nas Américas: um documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Washington, DC: OPAS; 2007. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31083. 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Redes Integradas de Serviços de Saúde. Conceitos, opções de política, folha de rota para sua implementação. Washington, DC: OPAS; 2010. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31216. 4. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 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). 5. Organização Pan-Americana da Saúde. Fortaleciendo el primer nivel de atención: elementos para la cooperación técnica desde la OPS. Washington, DC: OPAS; 2019. 6. López P, *et al*. Procedimiento para medir la capacidad resolutiva de los equipos básicos de salud. Revista Cubana de Salud Pública 2014;40(4):249-262.
Vinculação	• ODS 3, diversas metas • ASSA2030, meta 1.6

Resultado Intermediário 2. Saúde ao longo de todo o ciclo de vida

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 2:** Promoção de vidas mais saudáveis por meio do acesso universal a serviços de saúde integrais e de qualidade para todas as mulheres, homens, crianças e adolescentes na Região das Américas, com foco nos grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 2.a:** Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) cuja necessidade de planejamento familiar é satisfeita com métodos modernos
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que não querem (mais) filhos ou desejam adiar a próxima gravidez e estão atualmente usando um método contraceptivo moderno. **Linha de base (2019):** 60% **Meta (2025):** 68%
Finalidade do indicador	Este indicador é paralelo ao indicador 3.7.1 da meta 3.7 dos ODS, que insta pelo "acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para o planejamento familiar, informação e educação, e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais". Além disso, responde à meta da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes 2016-2030: "Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (incluindo o planejamento familiar) e aos direitos correspondentes". O indicador é útil para avaliar os níveis gerais de cobertura dos programas e serviços de planejamento familiar. O acesso e o uso de um meio eficaz de contracepção ajudam as mulheres e seus parceiros a exercer seu direito de decidir, de maneira livre e responsável, o número de filhos e o espaçamento entre eles, bem como a dispor das informações e meios para fazê-lo. Atender à demanda por planejamento familiar com métodos modernos contribui para a saúde materna e infantil ao prevenir gestações indesejadas e gestações estreitamente espaçadas, que apresentam riscos obstétricos maiores. A satisfação das necessidades de planejamento familiar é também um dos investimentos de melhor relação custo-benefício para aliviar a pobreza e melhorar a saúde.
Nota técnica	**Numerador:** Número de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que atualmente estão usando, ou cujo parceiro sexual está usando, pelo menos um método contraceptivo moderno.* **Denominador:** Demanda total por planejamento familiar, definida como a soma da prevalência de contraceptivos (qualquer método) e da necessidade não atendida de planejamento familiar.** As estimativas dizem respeito às mulheres casadas ou em uma união *de facto*. * Os métodos modernos de contracepção, conforme a definição da OMS, abrangem pílulas contraceptivas orais, o implante, os injetáveis, o adesivo transdérmico e o anel vaginal, o dispositivo intrauterino (DIU), a esterilização feminina e masculina, os preservativos masculinos e femininos, o método de amenorreia lactacional, as pílulas contraceptivas de emergência, o método dos dias fixos, o método da temperatura basal corporal, o método dos dois dias e o método sintotérmico.

	** Prevalência contraceptiva é a porcentagem de mulheres que estão usando, ou cujo parceiro sexual está usando, pelo menos um método de contracepção, independentemente do método utilizado. A necessidade não atendida de planejamento familiar é definida como a porcentagem de mulheres em idade reprodutiva, casadas ou em uma união *de facto*, que desejam interromper ou retardar a reprodução, mas não estão usando nenhum método contraceptivo.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Centro Latino-americano de Perinatalogia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (HSS/CLAP)
Fonte dos dados	Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População, conjunto de dados *World Contraceptive Use*.
Limitações	• As diferenças no desenho e implementação das pesquisas, bem como as diferenças na forma como os questionários das pesquisas são formulados e administrados, podem afetar a comparabilidade dos dados. As diferenças mais comuns dizem respeito à gama de métodos contraceptivos incluídos e às características (idade, sexo, estado civil ou união) das pessoas cuja prevalência contraceptiva é estimada (a população base). O período usado para avaliar a prevalência dos contraceptivos também pode variar. Na maioria das pesquisas, não se define o que se entende por "estar usando atualmente" um método contraceptivo. • A variabilidade da amostragem também pode ser um problema, sobretudo ao medir a prevalência contraceptiva de um subgrupo específico (de acordo com o método, a faixa etária, o nível de escolaridade, o local de residência, etc.) ou ao analisar tendências ao longo do tempo. • Deve-se evitar uma comparação rigorosa entre estimativas baseadas em definições diferentes.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018-2030. 56º Conselho Diretor da OPAS, 70º Comitê Regional da OMS para as Américas; 23 a 27 de setembro de 2018; Washington, DC: OPAS; 2018 (documento CD56/8). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49609/CD56-8-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y. 2. Divisão de Estatística das Nações Unidas – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) cuja necessidade de planejamento familiar é satisfeita com métodos modernos (3.7.1). 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Compendio de indicadores de impacto y resultados intermedios. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019. Outubro de 2014. Indicador de resultado intermediário 3.1.1. Necessidade insatisfeita em relação ao planejamento familiar. 4. Nações Unidas. World Contraceptive Use 2018 (POP/DB/CP/Rev2017), United Nations Publication. 5. Alkema, LA *et al.* (2013). National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and

	comprehensive analysis. The Lancet, Volume 381, Issue 9878, pp. 1642-1652. Consulte também os detalhes técnicos no apêndice na Internet.
Vinculação	• ASSA2030, meta 1.4 • ODS, indicador 3.7.1 • 13º PGT, estrutura de impacto

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 2:** Promoção de vidas mais saudáveis por meio do acesso universal a serviços de saúde integrais e de qualidade para todas as mulheres, homens, crianças e adolescentes na Região das Américas, com foco nos grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 2.b:** Taxa de fecundidade em mulheres de 10 a 19 anos (desagregada nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos) na América Latina e Caribe
Definição do indicador	Este indicador mede o número anual de nascimentos em que as mães são meninas adolescentes de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos por 1000 adolescentes do sexo feminino nessas faixas etárias. O indicador costumava ser aplicado apenas ao grupo de 15 a 19 anos, mas o indicador 3.7.2 dos ODS agora exige sua medição também na faixa de 10 a 14 anos. **Linha de base (2010-2015):** 66,5 partos por 1000 adolescentes **Meta (2025):** 59,9 partos por 1000 adolescentes
Finalidade do indicador	O indicador mostra avanços na melhoria da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em um país, território, área geográfica ou subgrupo em um período específico. É um indicador importante do ponto de vista do curso de vida, pois a gravidez na adolescência afeta profundamente as trajetórias em termos de saúde e desenvolvimento da mãe e de seus filhos. A gravidez na adolescência contribui para baixos resultados em matéria de saúde e elevado risco de mortalidade e morbidade materna e infantil. Muitas meninas que engravidam não estão mais na escola, ou são obrigadas a abandonar a escola, o que tem um grande impacto a longo prazo em suas oportunidades de educação e de emprego. Como resultado, a gravidez na adolescência contribui para a persistência de ciclos intergeracionais de pobreza, exclusão e baixos resultados em termos de saúde. Este indicador é paralelo ao indicador 3.7.2 dos ODS: "Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1000 mulheres destes grupos etários". É também um indicador da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes 2016-2030.
Nota técnica	A taxa de fertilidade entre adolescentes de uma idade específica é calculada como uma razão. O numerador é o número de nascidos vivos de adolescentes do sexo feminino de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos durante um período, e o denominador é o número de adolescentes do sexo feminino das mesmas faixas etárias durante o mesmo período, multiplicado por 1000. O numerador e o denominador são estabelecidos de forma diferente quando se empregam dados do registro civil, dados de pesquisas e dados censitários, conforme explicado a seguir. *Estatísticas vitais do registro civil*: O numerador é o número registrado de nascidos vivos de mulheres de 10 a 19 anos em um dado ano, e o denominador é a população estimada ou enumerada de mulheres de 10 a 19 anos. *Dados de pesquisas*: O numerador é o número de nascidos vivos obtidos a partir de histórias de nascimento retrospectivas das mulheres entrevistadas que tinham de 10 a 19 anos de idade à época dos partos durante um período de referência anterior à entrevista. O denominador é o número de

	pessoa-anos vividos entre 10 e 19 anos pelas mulheres entrevistadas durante o mesmo período de referência. O ano de observação reportado corresponde ao meio do período de referência. No caso de algumas pesquisas sem dados sobre histórias de nascimento retrospectivas, o cálculo da taxa de natalidade na adolescência baseia-se na data do último parto ou no número de nascimentos nos 12 meses anteriores à pesquisa. *Dados censitários*: O indicador é calculado com base na data do último nascimento ou no número de nascimentos nos 12 meses anteriores à enumeração. O censo fornece o numerador e o denominador das taxas. Em alguns casos, as taxas baseadas nos recenseamentos são ajustadas para o sub-registro com base em métodos indiretos de estimação. As estimativas mundiais e regionais são calculadas regularmente pela Divisão de População da ONU com base em médias ponderadas pela população e são normalmente expressas como taxas para um determinado período (p. ex., 2010 a 2015). As categorias de desagregação em potencial a serem consideradas para revelar desigualdades abrangem o local de residência, a raça/etnia, o nível de escolaridade e o nível de renda.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Razão
Frequência de medição	Anual, se forem empregados dados do registo civil; a cada 5 anos, se forem usadas estimativas da Divisão de População da ONU.
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Curso de Vida (HSS/HL)
Fonte dos dados	Registos civis nacionais; estimativas do Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População.
Limitações	• No caso dos dados do registo civil, as taxas podem ser afetadas pela integralidade do registro de nascimento, pelo tratamento das crianças nascidas vivas, porém morreram antes do registro ou nas primeiras 24 horas de vida, pela qualidade da informação reportada com relação à idade da mãe e pela inclusão de nascimentos de períodos anteriores. As estimativas da população podem ser prejudicadas por declarações errôneas de idade e cobertura incompleta. • No caso dos dados censitários e de pesquisas, tanto o numerador como o denominador provêm da mesma população. As principais limitações estão ligadas a declarações errôneas de idade, omissões de nascimentos, declarações errôneas dos dados de nascimento da criança e variabilidade da amostragem no caso de pesquisas.
Referências	1. Divisão de Estatística das Nações Unidas – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Número de nascidos vivos de mães adolescentes (3.7.2). 2. Organização Mundial da Saúde. Global Health Observatory – Indicator Metadata Registry – Adolescent Birth Rate. 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Compendio de indicadores de impacto y resultados intermedios. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019.

	Outubro de 2014. Indicador de resultado intermediário 3.1.6 – Taxa de fecundidade específica em mulheres de 15 a 19 anos. 4. Nações Unidas. Handbook on the Collection of Fertility and Mortality Data, United Nations Publication, Sales No. E.03.XVII.11. Disponível em: https://unstats.un.org/unsd/demographic/standmeth/handbooks/Handbook_Fertility_Mortality.pdf.
Vinculação	• ODS, indicador 3.7.2 • ASSA2030, meta 1.4 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 3.1.6 (adaptado) • *Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018-2030*

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 2:** Promoção de vidas mais saudáveis por meio do acesso universal a serviços de saúde integrais e de qualidade para todas as mulheres, homens, crianças e adolescentes na Região das Américas, com foco nos grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 2.c:** Proporção de partos em unidades de saúde
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem de nascimentos que ocorrem num hospital ou outra unidade de saúde ("nascimentos institucionais" ou "partos institucionais"). **Linha de base (2016):** 93,7% **Meta (2025):** 95,6%
Finalidade do indicador	Para reduzir a mortalidade materna e infantil, o objetivo de longo prazo ideal é que todos os partos ocorram em (ou muito perto de) unidades de saúde nas quais as complicações obstétricas possam ser tratadas se e quando surgirem. Este indicador procura identificar o acesso das mulheres às instituições de saúde para os partos. Cumpre notar que dar à luz em uma unidade de saúde não garante necessariamente cuidados de alta qualidade nem um bom resultado obstétrico. Este indicador não captura informações sobre a disponibilidade de equipamento nem de pessoal de saúde qualificado para o atendimento durante o parto. Assim, talvez sejam necessárias mais informações sobre a qualidade da atenção.
Nota técnica	**Numerador:** Número de nascimentos registrados em unidades de saúde* em uma determinada área em um dado ano. **Denominador:** Número esperado de nascidos vivos na mesma área e ano. O denominador é calculado multiplicando a população total da área pela taxa bruta de natalidade da mesma área. Os institutos nacionais de estatística tendem a basear as projeções populacionais nos resultados do seu censo mais recente ou de pesquisas recentes, como as Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS). Sempre que possível, devem ser usadas estimativas para a área geográfica específica em vez de aplicar a taxa bruta de natalidade nacional a todas as regiões. Este indicador é expresso como uma porcentagem para a Região, mas também pode ser calculado para uma determinada área. * As unidades de saúde são definidas como locais que oferecem atenção à saúde. Abrangem hospitais, clínicas, centros ambulatoriais e centros de atendimento especializado, tais como maternidades. Para os efeitos deste indicador, o numerador será calculado considerando apenas os nascimentos em unidades de saúde que disponham dos recursos necessários para oferecer atendimento materno seguro.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem

Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Centro Latino-americano de Perinatalogia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (HSS/CLAP)
Fonte dos dados	Os dados são fornecidos pela autoridade nacional de saúde, com base em dados recolhidos sistematicamente pelo sistema nacional de informação (epidemiologia, vigilância ou unidades, departamentos ou institutos de estatística), ou obtidos por meio de pesquisas.
Limitações	• As principais limitações são a confiabilidade e a disponibilidade oportuna dos dados. • Este indicador mede o acesso às unidades de saúde, mas não captura adequadamente o acesso das mulheres a atenção de qualidade.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores Básicos 2018. Situación de Salud en las Américas. Washington, DC: OPAS; 2018. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49511.
Vinculação	• ODS, indicador 3.1.2 • ASSA2030, meta 1.3 • Indicadores básicos da OPAS

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 2:** Promoção de vidas mais saudáveis por meio do acesso universal a serviços de saúde integrais e de qualidade para todas as mulheres, homens, crianças e adolescentes na Região das Américas, com foco nos grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 2.d:** Proporção de partos acompanhados por profissional qualificado
Definição do indicador	Este indicador mede a proporção de partos acompanhados por pessoal de saúde qualificado que presta atendimento durante o nascimento da criança (de acordo com a definição da OMS), independentemente do local onde esses partos ocorreram, expressa como uma porcentagem do total de nascidos vivos em um ano e país/território específicos. Pessoal qualificado abrange médicos obstetras, médicos com formação atendimento ao parto, parteiras com formação universitária e enfermeiras com formação em atendimento ao parto. Não se incluem parteiras tradicionais, quer tenham sido capacitadas ou não. **Linha de base (2016):** 96,4% **Meta (2025):** 98,3%
Finalidade do indicador	Para reduzir a mortalidade materna e infantil, o objetivo de longo prazo ideal é que todos os partos sejam acompanhados por pessoal qualificado em atendimento ao parto capaz de lidar com segurança com partos normais, gestações de alto risco e complicações graves que possam surgir durante o parto.
Nota técnica	**Numerador:** Número de partos acompanhados por pessoal qualificado em atendimento ao parto em uma determinada área e ano. **Denominador:** Número esperado de nascidos vivos na mesma área e ano. O denominador é calculado multiplicando a população total da área pela taxa bruta de natalidade da mesma área. Os institutos nacionais de estatística tendem a basear as projeções populacionais nos resultados do seu censo mais recente ou de pesquisas recentes, como as Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS). Sempre que possível, devem ser usadas estimativas para a área geográfica específica em vez de aplicar a taxa bruta de natalidade nacional a todas as regiões.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Centro Latino-americano de Perinatalogia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (HSS/CLAP) Evidências e Inteligência para a Ação em Saúde / Análise de Saúde e Equidade (EIH/HA)
Fonte dos dados	Os dados são fornecidos pela autoridade nacional de saúde, com base em dados coletados sistematicamente pelo sistema nacional de informação ou obtidos por meio de pesquisas.
Limitações	• Este indicador é uma medida da capacidade de um sistema de saúde para prestar atendimento adequado durante o parto, um período de elevado risco de mortalidade e morbidade tanto para a mãe como para o recém-nascido. Contudo, não é o único. Por si só,

	o indicador pode não capturar adequadamente o acesso das mulheres a atenção de boa qualidade, sobretudo quando surgem complicações. Para reduzir efetivamente as mortes maternas, as parteiras qualificadas devem dispor do equipamento necessário e de opções de encaminhamento adequadas. É impensável que uma parteira isolada sem acesso a tais recursos, mesmo uma profissional com excelentes qualificações técnicas, consiga rotineiramente obter excelentes resultados no caso de complicações obstétricas graves. • Por vezes, é difícil padronizar a definição de pessoal de saúde qualificado devido às diferenças na formação do pessoal nos diversos países. Embora tenham sido envidados esforços para padronizar as definições de médicos, enfermeiros, parteiras e parteiras auxiliares usadas na maioria das pesquisas domiciliares, ainda pode haver diferenças nas classificações que podem dificultar a comparação entre os países. • Os erros por falhas de memória são outra possível fonte de viés nos dados. Em pesquisas domiciliares, o entrevistado é questionado sobre cada nascido vivo por um período de até cinco anos anterior à entrevista. O entrevistado pode ou não saber ou se lembrar das qualificações de quem acompanhou o parto. • A maioria dos países usa os dados das unidades de saúde para a elaboração de relatórios. No entanto, esses dados podem superestimar a proporção de partos acompanhados por pessoal de saúde qualificado porque o denominador talvez não capture todas as mulheres que fazem o parto fora das unidades de saúde.
Referências	1. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Propuesta de fichas de metadatos de los indicadores para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Grupo de trabajo ad hoc encargado de elaborar una propuesta de indicadores para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 7 de agosto de 2017. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42335/S1700724_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
Vinculação	• ODS, indicador 3.1.2 • ASSA2030, meta 1.3 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 3.1.2 (adaptado) • 13º PGT, estrutura de impacto

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 2:** Promoção de vidas mais saudáveis por meio do acesso universal a serviços de saúde integrais e de qualidade para todas as mulheres, homens, crianças e adolescentes na Região das Américas, com foco nos grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 2.e:** Número de países e territórios com capacidade para implementar e monitorar políticas ou estratégias nacionais para melhorar a saúde e o desenvolvimento de crianças pequenas baseadas na estrutura da OMS/UNICEF *Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância*
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios com uma política ou estratégia nacional para melhorar a saúde e o desenvolvimento de crianças pequenas por meio da implementação e monitoramento de ações estratégicas multissetoriais compatíveis com as recomendadas no documento da OMS/UNICEF *Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância: Plano de vinculação dos objetivos de Sobreviver e Prosperar para transformar a saúde e o potencial humano*. Esse plano, baseado nas experiências dos países da Região, foi apresentado aos Estados Membros durante a Assembleia Mundial da Saúde de maio de 2018. **Linha de base (2019):** 19 **Meta (2025):** 23
Finalidade do indicador	De acordo com o documento da OMS/UNICEF, a situação do desenvolvimento de uma criança é um resultado alcançado como consequência de várias contribuições específicas do contexto: nutrição adequada, cuidado responsivo, segurança contra riscos ambientais, proteção contra a violência, oportunidades de aprendizagem precoce e serviços para a prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A criação de condições para que cada criança prospere implica ações coordenadas por parte de vários setores e níveis de governo, bem como da sociedade civil, comunidades e famílias. Nenhum sector que atue de maneira isolada assegurar que cada criança realize todo o seu potencial de desenvolvimento. A finalidade deste indicador é acompanhar o progresso dos países na formulação ou reforço de uma resposta nacional multissetorial destinada a melhorar a saúde e o desenvolvimento das crianças pequenas. Os países da Região encontram-se em diferentes níveis de progresso nessa área. Alguns já dispõem de estratégias ou políticas nacionais, mas enfrentam desafios em termos de qualidade dos serviços e acesso dos mais necessitados. Outros ainda têm de decidir sobre o momento certo para a formulação desse tipo de política ou estratégia. No caso deste indicador, as crianças pequenas são definidas como aquelas com menos de 5 anos de idade, incluídas as que ainda estão no útero. Reconhece-se que alguns países podem incluir crianças de outras faixas etárias ou não incluir o período da gravidez. Por esse motivo, o monitoramento e a prestação de contas deste indicador vão prever uma descrição das características da população-alvo, conforme indicado nos documentos oficiais.
Nota técnica	Este indicador é calculado por meio da contagem do número de países com uma política ou estratégia nacional que preencha todos os critérios a seguir: 1. A população-alvo são as crianças pequenas e suas famílias.

	2. A política ou estratégia é multissetorial: o setor da saúde e pelo menos outro setor do governo definiram um mecanismo formal de coordenação e colaboração. 3. Está centrado na família: o papel dos cuidadores é reconhecido explicitamente, os serviços e o apoio atendem às necessidades das crianças e dos cuidadores, e a participação da família e da comunidade é promovida. 4. Está voltado para a equidade, com orientação explícita para os mais vulneráveis. 5. É orientado por dados: estão definidas metas e um mecanismo para medir o progresso. A OPAS coletará documentos oficiais e examinará o conteúdo para verificar a presença das características acima. A unidade técnica responsável pela implementação da política ou estratégia nacional será contactada para fornecer informações e confirmar a avaliação final. A OPAS informará o número de países com uma política ou estratégia nacional e uma descrição qualitativa de suas principais características.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Curso de Vida (HSS/HL)
Fonte dos dados	• Em 2018, realizou-se a quinta rodada da pesquisa mundial da OMS sobre a política de saúde reprodutiva da mãe, do recém-nascido, da criança e do adolescente e 30 países da Região participaram e compartilharam diversos documentos oficiais. Essa base de dados será usada para recolher os documentos pertinentes a este indicador. A base de dados da pesquisa mundial sobre essa política será atualizada periodicamente pela OMS. • Outra fonte de dados serão os websites oficiais dos ministérios pertinentes. Esses websites serão examinados periodicamente e os documentos oficiais serão baixados. • No caso dos países onde as fontes de dados anteriores indicam que não foi formulada nenhuma estratégia ou política nacional, as unidades técnicas dos ministérios pertinentes serão contactadas para confirmar as informações. Nenhuma esperada.
Limitações	Nenhuma prevista.
Referências	1. OMS/UNICEF. Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância: Plano de vinculação dos objetivos de Sobreviver e Prosperar para transformar a saúde e o potencial humano: Disponível em: https://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/child/draft2-nurturing-care-framework-pt.pdf. 2. Organização Mundial da Saúde. Maternal, newborn, child and adolescent health: Policy monitoring and action. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/policy-monitoring-action/en/.

	3. Organização Mundial da Saúde. 2018-2019 Global reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health policy survey. Disponível em: https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/national-policies?selectedTabName=Documents.
Vinculação	• Não se aplica.

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 2:** Promoção de vidas mais saudáveis por meio do acesso universal a serviços de saúde integrais e de qualidade para todas as mulheres, homens, crianças e adolescentes na Região das Américas, com foco nos grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 2.f:** Número de países e territórios que formulam, implementam e monitoram políticas ou estratégias com um enfoque integrado para abordar a saúde do homem
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que dispõem de políticas e/ou estratégias específicas que apoiam abordagens integradas e centradas na pessoa para assegurar que as lacunas na saúde do homem sejam abordadas. A saúde do homem é definida como o resultado em termos da saúde dos homens na população. **Linha de base (2019):** 5 **Meta (2025):** 5
Finalidade do indicador	Em alguns aspectos da saúde, os resultados continuam a ser piores entre os homens do que entre as mulheres. A fim de melhorar a saúde do homem na Região, é importante compreender o número de países e territórios que vêm abordando a saúde do homem por meio de uma abordagem integrada.
Nota técnica	Será aplicada uma metodologia para a obtenção do inventário de recursos financeiros, humanos (profissionais e não profissionais) e de infraestrutura para a saúde masculina. Isso abrange consultas nos países com funcionários do governo, autoridades e médicos da atenção primária para determinar se a infraestrutura está disponível para oferecer aos homens a atenção à saúde adequada que aumente sua expectativa de vida saudável.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada cinco anos
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Curso de Vida (HSS/HL)
Fonte dos dados	Pesquisas preenchidas pelas partes interessadas nos países e territórios; sistemas administrativos de informações em saúde.
Limitações	• Este indicador não mede se a saúde dos homens está melhorando ou não, mas apenas se existem estratégias e políticas para abordar as lacunas. • Os dados deste indicador se basearão nas respostas das partes interessadas nos países. Portanto, os dados são subjetivos e podem estar incompletos.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Global Health Observatory - Indicator Metadata Registry. 2. Baker P, Dworkin S, Tong S, Banks I, Shand T, Yamey G. (2013). The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. Bulletin of the World Health Organization 2014;92:618-620. Disponível em: https://www.who.int/bulletin/volumes/92/8/13-132795/en/.
Vinculação	• Não se aplica.

Resultado Intermediário 3. Atenção de qualidade para os idosos

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 3:** Aumento da capacidade resolutiva dos sistemas de saúde para oferecer atenção integral, integrada e de qualidade aos idosos, a fim de superar as barreiras ao acesso, prevenir a dependência de cuidado e responder às demandas atuais e futuras
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 3.a:** Número de países e territórios com capacidade para prevenir a dependência de cuidados
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que demonstraram a capacidade para prevenir a dependência de cuidado. A dependência de cuidado é definida como a necessidade constante de um indivíduo de contar com o apoio parcial ou total de outros para atividades básicas da vida diária (como comer, tomar banho, vestir-se, cuidar da aparência, deslocar-se, usar o banheiro) devido a uma diminuição da função que resulta na perda da capacidade de autocuidado independente. O cuidado pode ser prestado em contextos formais (p. ex., estabelecimentos residenciais para idosos) ou em casa, por profissionais e/ou familiares. **Linha de base (2019):** 6 **Meta (2025):** 6
Finalidade do indicador	O indicador mede os avanços progressivos dos Estados Membros da OPAS no aumento da capacidade dos sistemas de saúde para responder às necessidades de uma população em processo de envelhecimento. O objetivo é melhorar a funcionalidade dos idosos (pessoas com 65 anos ou mais) a fim de reduzir sua dependência de outros e assegurar que suas necessidades sejam supridas. A funcionalidade é conceitualizada como uma interação dinâmica entre a condição de saúde de um indivíduo e fatores contextuais pertinentes (ou seja, circunstâncias ambientais e pessoais). A perda da capacidade funcional devido a uma incapacidade pode impedir uma pessoa de cumprir atividades básicas da vida diária e pode fazer com que a pessoa passe a depender de cuidados. Essa dependência aumenta a procura de cuidados de longa duração, o que, por sua vez, aumentar a pressão sobre as famílias, as comunidades e os sistemas sociais, econômicos e de saúde do país. Entre as estratégias para prevenir a dependência de cuidados, destacam-se a ampliação do acesso equitativo à atenção à saúde de qualidade e a serviços sociais e comunitários que ajudem as pessoas a manter a capacidade funcional e a possibilidade de interagir de forma autônoma com a comunidade.
Nota técnica	Para alcançar o indicador, um país precisa haver demonstrado a capacidade de prevenir a dependência de cuidado, fazendo pelo menos duas das seguintes ações: 1. Implementar uma política nacional para apoiar avaliações abrangentes dos idosos. 2. Coletar dados que permitam medir a funcionalidade dos idosos. 3. Estabelecer planos ou políticas baseados em evidências para aumentar a funcionalidade dos idosos. 4. Aumentar o número de profissionais capacitados que abordam a diminuição da funcionalidade dos idosos. Destacam-se os profissionais especializados em reabilitação (p.

	ex., fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais), os assistentes sociais e os geriatras, entre outros.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada três anos
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Curso de Vida (HSS/HL)
Fonte dos dados	Dados obtidos de pesquisas e sistemas administrativos de informações em saúde.
Limitações	Este indicador não é medido rotineiramente e exige respostas dos países.
Referências	1. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. Bull World Health Organ 2004;82(4):251-258. Disponível em: https://www.who.int/bulletin/volumes/82/4/251.pdf.
Vinculação	• Não se aplica.

Resultado Intermediário 4. Capacidade resolutiva para as doenças transmissíveis

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 4**: Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS) para a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento e a atenção às doenças transmissíveis, incluídas as doenças imunopreveníveis
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 4.a:** Porcentagem de pessoas infectadas pelo HIV que foram diagnosticadas
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem de pessoas com o HIV que acessaram serviços de exame e receberam um diagnóstico de infecção pelo HIV. **Linha de base (2019):** 77% **Meta (2025):** 90%
Finalidade do indicador	O indicador mede o progresso no sentido de aumentar a proporção de pessoas com o HIV que conhecem seu estado sorológico; ele também reflete a eficácia das intervenções na forma dos exames para detectar o HIV. Por meio do exame do HIV, as pessoas podem descobrir seu estado de infecção e buscar os serviços de prevenção e tratamento necessários sem demora.
Nota técnica	**Numerador:** Número de pessoas que vivem com o HIV na América Latina e Caribe e conhecem seu estado sorológico. **Denominador:** Número de pessoas que vivem com o HIV na América Latina e Caribe. No caso do numerador: Nos países com sistemas de vigilância de casos do HIV que funcionam bem, o número de pessoas que vivem com o HIV que conhecem seu estado é igual ao número de pessoas diagnosticadas com o HIV e informadas ao sistema de vigilância que ainda estão vivas (se o sistema de vigilância não capturar o estado vital atualizado, os números precisam ser ajustados subtraindo o número estimado de mortes). No caso do denominador: modelos de estimação como o Spectrum são a fonte preferida para obter o número de pessoas que vivem com o HIV.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/HIV, Hepatite, Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CDE/HT)
Fonte dos dados	UNAIDS, OMS e os relatórios dos países sobre o monitoramento da AIDS em todo o mundo (*Global AIDS Monitoring – GAM*).
Limitações	Destacam-se a disponibilidade limitada de dados e a baixa qualidade dos dados informados quando os sistemas de vigilância não monitoram o estado vital. Pode ocorrer a contagem

	dupla de casos. As estimativas modeladas de pessoas com o HIV estão sujeitas a incertezas decorrentes das estimativas.
Referências	1. UNAIDS. Global AIDS Monitoring 2019: Indicators for monitoring the 2016 Political Declaration on Ending AIDS. Genebra: UNAIDS; 2018. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf.
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.1 • Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021 (CD55/14) (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 4:** Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS) para a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento e a atenção às doenças transmissíveis, incluídas as doenças imunopreveníveis
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 4.b:** Cobertura da terapia antirretroviral (TARV) nas pessoas infectadas pelo HIV
Definição do indicador	Este indicador mede a cobertura do acesso à terapia antirretroviral (TARV) entre todas as pessoas que vivem com o HIV. Uma cobertura de 80% ou superior é definida internacionalmente como acesso universal e está em linha com as metas internacionais de atenção e tratamento do HIV (90-90-90). Desde 2015, a Organização Mundial da Saúde recomenda a TARV para todas as pessoas com HIV, independentemente da contagem de CD4, no âmbito da política "Tratar a Todos". **Linha de base (2019):** 61% **Meta (2025):** 90%
Finalidade do indicador	O indicador proposto monitora o acesso e a cobertura da TARV, um elemento-chave no processo contínuo de prevenção–tratamento–atenção relacionado ao HIV. Uma cobertura elevada tem um forte impacto sobre os resultados em termos de saúde pública, ajudando a reduzir a morbidade e a mortalidade relacionadas com o HIV e a prevenir a transmissão.
Nota técnica	Cálculo no nível nacional (expresso como uma porcentagem): **Numerador:** Número de pessoas em terapia antirretroviral, derivado de relatórios fornecidos pelos ministérios da saúde. **Denominador:** Número estimado de pessoas com o HIV no país, independentemente da contagem de CD4. Os denominadores dos países são gerados pela UNAIDS, usando métodos e ferramentas de modelagem estatística padronizada. Cálculo no nível regional: Soma dos valores dos numeradores dos países dividida pela soma dos valores dos denominadores dos países, multiplicada por 100.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/HIV, Hepatite, Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CDE/HT)
Fonte dos dados	UNAIDS, OMS e os relatórios dos países sobre o monitoramento da AIDS em todo o mundo (*Global AIDS Monitoring – GAM*).

Limitações	• Existem algumas incertezas com respeito à precisão do modelo estatístico quando ele é aplicado aos países menores com epidemias concentradas. • Este indicador mede a cobertura global da terapia antirretroviral. Não mede as iniquidades em termos de cobertura, sobretudo as relacionadas ao gênero e a populações-chave, como homens que têm relações sexuais com homens, profissionais do sexo e pessoas transgênero. Questões locais, como a presença de imigrantes não documentados, também influenciarão a precisão do indicador. É crucial continuar a monitorar o acesso e a cobertura da TARV do ponto de vista do gênero e da equidade, com atenção para as populações-chave e para a qualidade da atenção que elas recebem.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH. 2014. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponível em https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-continuo-atencion-vih.pdf. 2. Organização Mundial da Saúde. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. 2015. Disponível em: https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/. 3. Organização Mundial da Saúde. Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. 2017.
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.1 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 1.1.1 (adaptado) • Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021 (CD55/14) (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 4:** Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS) para a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento e a atenção às doenças transmissíveis, incluídas as doenças imunopreveníveis
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 4.c:** Número de países e territórios com pelo menos 95% de cobertura do tratamento da sífilis em gestantes
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios onde pelo menos 95% das mulheres cujo exame de sífilis durante a gravidez foi positivo receberam tratamento adequado. O tratamento adequado para a sífilis em gestantes consiste em pelo menos uma dose de penicilina G benzatina intramuscular. **Linha de base (2017):** 19 **Meta (2025):** 29
Finalidade do indicador	Em 1995, os Estados Membros da OPAS adotaram, em âmbito regional, o *Plano de ação para a eliminação da sífilis congênita nas Américas* (resolução CD38.R8). Esse compromisso foi renovado em 2010 com a adoção da *Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita* (resolução CD50.R12) e, novamente, em 2016 com o *Plano de Ação para a Prevenção e Controle do HIV e das Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016-2021* (resolução CD55.R5). Para os fins deste indicador, a documentação de uma dose única de penicilina é suficiente para estabelecer o tratamento. Tratar uma gestante cujo exame de sífilis deu positivo com uma injeção única de 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina G antes das 24 semanas de idade gestacional é suficiente para evitar que a sífilis seja transmitida da mãe para o bebê. No entanto, são recomendadas três injeções em intervalos semanais para tratar a sífilis latente e prevenir a sífilis terciária na mãe. Este também é um indicador de processo para avaliar a validação da eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis.
Nota técnica	Este indicador monitora a cobertura do tratamento em gestantes cujo exame para detectar a sífilis foi positivo. Cálculo no nível nacional: **Numerador:** Número de gestantes cujo exame de sífilis durante a gravidez foi positivo e que receberam tratamento adequado. Esse número é agregado a partir dos registros das unidades de saúde. O tratamento pode ser fornecido a mulheres infectadas com sífilis em vários locais (p. ex., clínicas pré-natais ou clínicas de saúde sexual e reprodutiva) durante a gravidez. As mulheres não devem ser incluídas no numerador se não tiverem sido testadas ou tratadas, e o sistema de coleta e informação de dados deve passar para um cruzamento para minimizar o risco de dupla contagem.

	Denominador: Total de gestantes com sorologia positiva para a sífilis durante a gravidez. Esse número é extraído dos registros dos programas nacionais agregados com base nos registros das unidades de saúde. Nota: Como método alternativo, a cobertura nacional com base na população pode ser calculada usando o número de gestantes infectadas com sífilis que receberam tratamento adequado, dividido pelo número previsto de gestantes soropositivas. O número previsto de gestantes soropositivas pode ser estimado multiplicando o número estimado de mulheres que deram à luz nos últimos 12 meses pela estimativa nacional mais recente da prevalência de sífilis em gestantes. Cálculo no nível regional: Uma vez calculada a cobertura no nível nacional, o indicador regional é obtido por meio da contagem do número de países e territórios com cobertura igual ou superior a 95%.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual, no fim do ano civil
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/HIV, Hepatite, Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CDE/HT)
Fonte dos dados	Autoridades nacionais de saúde que informam dados para o processo de monitoramento mundial da AIDS.
Limitações	Este indicador reflete a cobertura entre as gestantes que fizeram o exame para detectar a sífilis e, portanto, não é um indicador de base populacional. Os cálculos baseados em uma cobertura elevadas do teste da sífilis em clínicas pré-natais aproximariam uma cobertura baseada na população.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Strategy and plan of action for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis. Regional Monitoring Strategy, 3rd Edition. Washington, DC: OPAS; 2013. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6083. 2. UNAIDS. Global AIDS monitoring 2019. Indicators for monitoring the 2016 Political Declaration on Ending AIDS. Genebra: UNAIDS; 2018. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf.
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.3 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 1.1.3 • *Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021* (CD55/14)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 4:** Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS) para a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento e a atenção às doenças transmissíveis, incluídas as doenças imunopreveníveis
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 4.d:** Cobertura do tratamento da tuberculose
Definição do indicador	Este indicador mede o número de casos novos e recidivados de tuberculose notificados e tratados, dividido pelo número estimado de casos de TB incidente em um determinado ano, expresso como uma porcentagem para a Região. **Linha de base (2019):** 81% **Meta (2025):** 90%
Finalidade do indicador	O indicador é usado para mostrar o progresso na detecção e tratamento da TB, com vista a atingir a meta estratégica da OMS para 2025. Este é um dos 10 indicadores prioritários da estratégia.
Nota técnica	**Numerador:** Número de pacientes com TB diagnosticados e tratados em um determinado ano. **Denominador:** Número de casos estimados de TB no mesmo ano. O número resultante é multiplicado por 100 para obter a porcentagem regional.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/HIV, Hepatite, Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CDE/HT)
Fonte dos dados	Sistema da OMS de coleta de dados mundiais sobre a tuberculose.
Limitações	O número de pacientes com TB diagnosticados e tratados só está disponível após um ano.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Global tuberculosis report 2018. Genebra: OMS; 2018. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. 2. Organização Mundial da Saúde. Implementación de la estrategia fin de la TB: aspectos esenciales. Genebra: OMS; 2015.
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.2 • *Plano de ação para a prevenção e controle da tuberculose* (CD54/11, Rev. 1) (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 4:** Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS) para a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento e a atenção às doenças transmissíveis, incluídas as doenças imunopreveníveis
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 4.e:** Número de países e territórios endêmicos com > 70% de casos de malária diagnosticados e tratados no prazo de 72 horas após o início dos sintomas
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios onde a malária é endêmica que oferecem diagnóstico e tratamento a pelo menos 70% dos casos de malária no prazo de 72 horas após o início dos sintomas. O tratamento da malária é indicado apenas para pessoas com diagnóstico parasitológico por microscopia ou teste rápido. **Linha de base (2017):** 5 de 19 países **Meta (2025):** 9 de 19 países
Finalidade do indicador	O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno são os principais meios para prevenir as complicações clínicas da malária. O tratamento precoce também é a principal ação para reduzir o reservatório humano do parasita e, assim, reduzir a transmissão. O tratamento deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento precoce depende da organização de redes de serviços de saúde nas áreas endêmicas. Assim, o indicador busca avaliar a capacidade do sistema de saúde para chegar às comunidades expostas ao risco da malária.
Nota técnica	Os sistemas de informação nos países em que a malária é endêmica costuma registrar as datas de início dos sintomas e de início do tratamento. A gestão das informações sobre a malária em bases de dados nominais indica se o tratamento foi iniciado no prazo de 72 horas após o início dos sintomas. O indicador é calculado por meio da contagem do número de casos que satisfazem essa condição no numerador e do número total de casos notificados no denominador. **Numerador:** Número de casos de malária (casos autóctones ou todos os casos) diagnosticados e tratados nas 72 horas seguintes ao início dos sintomas.* **Denominador:** Total de casos de malária (casos autóctones ou todos os casos) notificados.* * Os casos importados de outros países costumam ser de difícil detecção nos primeiros dias após o início, um período em que a pessoa infectada pode ainda ter estado no exterior. Portanto, a expectativa é que, em situações em que a maioria dos casos relatados são casos importados (como nos países próximos da eliminação), o indicador possa ser baixo, apesar da presença de bons processos de vigilância. Por esse motivo, sempre que o sistema de informação o permitir, sobretudo em países com poucos casos, o indicador será limitado aos casos de transmissão autóctone adquiridos localmente.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Número de países e territórios

Frequência de medição	Anual, no fim do ano
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/Doenças Negligenciadas, Tropicais e Transmitidas por Vetores (CDE/VT)
Fonte dos dados	Relatórios anuais dos países sobre a malária.
Limitações	• Nos países com uma elevada proporção de casos importados, a detecção da maioria dos casos pode sofrer atrasos em decorrência das pessoas infectadas em outro país. Isso afeta o desempenho global do indicador, mesmo nos países com processos de vigilância adequados. • Nos países com um número muito pequeno de casos autóctones, o atraso na detecção, mesmo de poucos casos, pode afetar negativamente o indicador. • Erros sistemáticos no registro ou notificação de datas de início dos sintomas ou do início do tratamento em municípios com uma carga elevada podem afetar significativamente a medição. • O ajuste intencional das datas para melhorar o desempenho do indicador foi observado no nível subnacional em alguns países.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Manual de referencia para la vigilancia, el seguimiento y la evaluación de la malaria. Genebra: OMS; 2019. 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Situación de la malaria en la Región de las Américas, 2000-2016. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-estadisticos-mapas-8110&alias=45343-situacion-malaria-region-americas-2000-2016-343&Itemid=270&lang=en.
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.6

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 4:** Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS) para a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento e a atenção às doenças transmissíveis, incluídas as doenças imunopreveníveis
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 4.f:** Número de países e territórios com capacidade para fazer a vigilância integrada dos casos de arboviroses
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que fazem uma vigilância epidemiológica integrada das arboviroses. **Linha de base (2019):** 0 **Meta (2025):** 20
Finalidade do indicador	O indicador reflete a capacidade do país ou território de gerar dados que orientem ações pontuais para a prevenção e controle das arboviroses.
Nota técnica	O indicador é calculado por meio da contagem de países e territórios que demonstram que seus programas de vigilância arboviral são capazes de gerar dados de qualidade para orientar ações oportunas de prevenção e controle.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Semestral, no meio e no fim do ano
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/Doenças Negligenciadas, Tropicais e Transmitidas por Vetores (CDE/VT)
Fonte dos dados	Relatórios de visitas de monitoramento e relatórios dos pontos focais da OPAS/OMS; informações epidemiológicas enviadas à OPAS/OMS.
Limitações	• Os países e territórios podem decidir não compartilhar informações epidemiológicas sobre as arboviroses com a OPAS/OMS ou publicar essas informações em domínios públicos. • A realização da vigilância integrada dos arbovírus não garante que a vigilância seja representativa dos vírus em circulação.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. IMS-arbovirus (publicação prevista para 2019). 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Tool for the evaluation of IMS-arbovirus (publicação prevista para 2019). 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Guidance/protocol for the integrated epidemiological surveillance of arboviral diseases (publicação prevista para 2019).
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.10

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 4:** Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS) para a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento e a atenção às doenças transmissíveis, incluídas as doenças imunopreveníveis
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 4.g:** Número de países e territórios que informam uma cobertura de pelo menos 95% no nível nacional da segunda dose da vacina contra o sarampo e a rubéola
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que informam uma cobertura média nacional de pelo menos 95% da segunda dose da vacina contra o sarampo e a rubéola. **Linha de base (2017):** 11 **Meta (2025):** 16
Finalidade do indicador	O indicador reflete o progresso rumo a uma cobertura elevada e uniforme da segunda dose da vacina contra o sarampo e a rubéola, recomendada como parte de uma série de duas doses, a fim de reduzir o risco de surtos dessas doenças em adolescentes e adultos.
Nota técnica	O indicador é calculado por meio da contagem do número de países e territórios que alcançaram uma cobertura média nacional de pelo menos 95% da segunda dose da vacina contra o sarampo e a rubéola. Além disso, essa informação também pode ser comparada com o total de países da Região que incluíram a segunda dose dessa vacina nos seus programas.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual. Os dados informados correspondem ao fim do ano e são recebidos em abril do ano seguinte.
Unidade da RSPA	Imunização Integral (CIM)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos de relatórios anuais dos países enviados à Unidade de Imunização Integral da Família da OPAS por meio do formulário conjunto para a notificação da OPAS/OMS-UNICEF.
Limitações	Os dados refletem apenas a cobertura administrativa, que pode variar de um ano para outro se os dados da população estiverem desatualizados ou se houver um grande volume de migração.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018–2023 [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana; 25 a 29 de setembro de 2019; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2017 [citado em 15 de janeiro de 2019]. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34446/CSP29-8-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.4 • 13º PGT, estrutura de impacto

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 4:** Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS) para a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento e a atenção às doenças transmissíveis, incluídas as doenças imunopreveníveis
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 4.h:** Número de países e territórios que informam uma cobertura de pelo menos 95% de três doses da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DPT3) em 80% dos municípios
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que informaram uma cobertura de pelo menos 95% de três doses de vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DPT3) entre crianças com menos de 1 ano de idade, em um ano específico, expresso como uma porcentagem da população em meados do ano correspondente, em pelo menos 80% dos municípios, distritos ou jurisdições semelhantes. **Linha de base (2017):** 7 **Meta (2025):** 27
Finalidade do indicador	O indicador demonstra se um país tem um programa de imunização altamente funcional como parte de um sistema de saúde integral e funcional, com planos de imunização tecnicamente sólidos que visam populações de difícil acesso para ampliar a cobertura da vacinação em todos os níveis, incluídos os municípios, distritos ou jurisdições semelhantes.
Nota técnica	O nível de cobertura é calculado dividindo o número de crianças com menos de 1 ano de idade que receberam três doses da vacina DPT pela população total de crianças com menos de 1 ano de idade em um país, território ou área geográfica em um momento específico. O indicador refere-se a unidades subnacionais no segundo nível administrativo, como municípios, distritos ou jurisdições semelhantes.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual. Os dados informados correspondem ao fim do ano e são recebidos em abril do ano seguinte.
Unidade da RSPA	Imunização Integral (CIM)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos de relatórios anuais dos países enviados à Unidade de Imunização Integral da Família da OPAS por meio do formulário conjunto para a notificação da OPAS/OMS-UNICEF.
Limitações	Os dados refletem apenas a cobertura administrativa, que pode apresentar problemas de qualidade de dados e pode variar se os dados da população estiverem desatualizados ou se houver um grande volume de migração.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para imunização [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 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 (resolução CD54.R8). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-p.pdf.
Vinculação	• ASSA2030, meta 5.2 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 1.5.1 (adaptado) • *Plano de ação para imunização* (CD54/7, Rev. 2) (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 4:** Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS) para a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento e a atenção às doenças transmissíveis, incluídas as doenças imunopreveníveis
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 4.i:** Número de países e territórios que informam uma cobertura de pelo menos 95% de três doses da vacina pneumocócica no nível nacional
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que informaram uma cobertura de pelo menos 95% de três doses da vacina pneumocócica conjugada em crianças com menos de 2 anos de idade, em um ano específico, expresso como uma porcentagem da população em meados do ano correspondente, em um determinado país, território ou área geográfica. **Linha de base (2017):** 5 **Meta (2025):** 14
Finalidade do indicador	Embora vacinas novas, seguras e eficazes sejam licenciadas e introduzidas no mercado internacional todos os anos, algumas delas ainda não se tornaram parte do calendário oficial de imunização em muitos países. Em alguns países que adotaram novas vacinas, a cobertura não é tão alta quanto a das vacinas "tradicionais". Este indicador ajuda a monitorar a introdução de novas vacinas nos calendários nacionais de imunização como um meio importante para fortalecer os programas de imunização na Região das Américas. O calendário desta vacina prevê três doses em crianças com menos de 2 anos de idade.
Nota técnica	Este indicador é calculado dividindo o número de crianças com menos de 2 anos de idade que receberam três doses da vacina pneumocócica (de acordo com o calendário nacional de imunização) pela população total de crianças com pelo menos 1 ano de idade e menos de 2 anos de idade, em um território ou área geográfica específica em um momento específico. Após os dados serem obtidos dos países, calcula-se uma média ponderada da população de crianças com menos de 2 anos de idade na Região. A cobertura de 100% ou mais é informada como 99%.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual. Os dados informados correspondem ao fim do ano e são recebidos em abril do ano seguinte.
Unidade da RSPA	Imunização Integral (CIM)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos de relatórios anuais dos países enviados à Unidade de Imunização Integral da Família da OPAS por meio do formulário conjunto para a notificação da OPAS/OMS-UNICEF.
Limitações	No caso da maioria dos países e territórios, os dados refletem apenas a cobertura administrativa, que pode apresentar problemas de qualidade de dados e pode variar se os dados da população estiverem desatualizados ou se houver um grande volume de migração.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para imunização [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 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 (resolução CD54.R8). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-p.pdf.
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.4

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 4:** Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS) para a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento e a atenção às doenças transmissíveis, incluídas as doenças imunopreveníveis
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 4.j:** Número de países e territórios que incorporaram vacinas contra o HPV em seu programa nacional de vacinação
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que introduziram a vacina contra o papilomavírus humano (HPV) em seu programa de vacinação regular para pelo menos uma coorte da população-alvo (meninas e adolescentes de 9 a 14 anos). **Linha de base (2017):** 34 **Meta (2025):** 44
Finalidade do indicador	O HPV é extremamente comum, e estima-se que 90% das pessoas serão infectadas em algum momento da vida, o que as submete ao risco de graves problemas de saúde, como o câncer do colo do útero. Em 2017, a OMS estimava que a prevalência mundial do HPV nas mulheres era de 11,7%. A América Latina e o Caribe têm uma prevalência de 16,1%, a segunda maior depois da encontrada na África Subsaariana (24%). Três vacinas atualmente no mercado podem ser usadas para prevenir tipos de HPV de alto risco. Dado o benefício substancial para a saúde decorrente da vacinação contra o HPV, e no intuito de eliminar o câncer do colo do útero, o Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE) da OMS e o Grupo Técnico Assessor sobre Doenças Imunopreveníveis da OPAS incentivam os Estados Membros a introduzir a vacina em seus calendários de vacinação de rotina caso ainda não o tenham feito. A vacina contra o HPV deve ser administrada a meninas de 9 a 14 anos antes de se tornarem sexualmente ativas.
Nota técnica	Este indicador conta o número de países e territórios em que a vacina contra o HPV consta de seus calendários de vacinação. Todas as vacinas contra o HPV são altamente eficazes na prevenção da infecção pelos tipos de vírus 16 e 18, que, juntos, são responsáveis por aproximadamente 70% dos casos de câncer do colo do útero em todo o mundo. As vacinas também são altamente eficazes na prevenção de lesões pré-cancerosas no colo do útero causadas por esses tipos de vírus. Dados de ensaios clínicos e da vigilância inicial pós-comercialização feita em vários continentes mostram que as três vacinas são seguras.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual. Os dados informados correspondem ao fim do ano e são recebidos em abril do ano seguinte.
Unidade da RSPA	Imunização Integral (CIM)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos de relatórios anuais dos países enviados à Unidade de Imunização Integral da Família da OPAS por meio do formulário conjunto para a notificação da OPAS/OMS-UNICEF.

Limitações	No caso da maioria dos países e territórios, os dados refletem apenas a cobertura administrativa, que pode apresentar problemas de qualidade de dados e pode variar se os dados da população estiverem desatualizados ou se houver um grande volume de migração.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para imunização [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 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 (resolução CD54.R8). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-p.pdf. 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatórios do Grupo Técnico Assessor sobre Doenças Imunopreveníveis da OPAS. Disponíveis em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1862&Itemid=2032.
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.4 • Plano de ação para prevenção e controle do câncer do colo do útero 2018-2030 (CD56/9) (adaptado)

Resultado Intermediário 5. Acesso a serviços de saúde para DNTs e problemas de saúde mental

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 5:** Ampliação do acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade visando a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos no caso de doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 5.a:** Número de países e territórios que alcançam a meta mundial de 2025 para as DNTs de conter o crescimento do diabetes avaliado pela prevalência, padronizada por idade, de hiperglicemia/diabetes entre pessoas com 18 anos ou mais
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que alcançaram a meta mundial de 2025 para as DNTs de conter o crescimento do diabetes. No nível nacional, isso pode ser acompanhado por meio do cálculo da porcentagem de pessoas com 18 anos ou mais com hiperglicemia/diabetes ou que estão tomando medicação para hiperglicemia, e da comparação dos dados com a linha de base de 2010 tomada como meta mundial para as DNTs. **Linha de base (2019):** 14 **Meta (2025):** 14
Finalidade do indicador	O diabetes figura entre as principais causas de morte prematura em decorrência de doenças não transmissíveis. Este indicador reflete a prevalência da hiperglicemia/diabetes na população adulta e a variação ao longo do tempo. Indica a magnitude do problema em termos do tamanho da população adulta que necessita de serviços de saúde e tratamento para controlar o diabetes.
Nota técnica	Cálculo no nível nacional (expresso como uma porcentagem): **Numerador:** Número total de pessoas com 18 anos ou mais com glicemia de jejum ≥7,0 mmol/L (126 mg/dl) ou que relatam estar tomando medicação para hiperglicemia. **Denominador:** Dimensão total da população com 18 anos ou mais. Considera-se que terão alcançado o indicador os países e territórios que registrarem um aumento zero na prevalência de hiperglicemia/diabetes em adultos entre o ano de referência e o ano de 2025, tomado como meta.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Os Estados Membros fazem pesquisas de base populacional (com representatividade nacional, de preferência) que medem o diabetes/hiperglicemia (p. ex., a pesquisa STEPS), normalmente a cada 4 ou 5 anos.
Unidade da RSPA	• Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Prevenção de Doenças Não Transmissíveis, Violência e Traumatismos (NMH/NV)

Fonte dos dados	Pesquisas nacionais de saúde de base populacional. A OPAS apoia os Estados Membros no uso da pesquisa STEPS, uma metodologia bem estabelecida e padronizada da OMS para a vigilância dos fatores de risco das DNTs.
Limitações	• As pesquisas nacionais de base populacional que medem as DNTs e seus fatores de risco não são feitas com a frequência recomendada. Em consequência, os dados nacionais e regionais para este indicador podem estar incompletos ou defasados em vários anos. • Também existem possíveis limitações decorrentes de erros de medição, falta de jejum antes do teste de glicemia ou validade limitada dos instrumentos de medição.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores Básicos 2018. Situación de Salud en las Américas, 2018. Washington, DC: OPAS; 2018. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49511.
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.1 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 2.1.5 (adaptado) • Plano de ação para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis (CD52/7, Rev. 1)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 5:** Ampliação do acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade visando a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos no caso de doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 5.b:** Número de países e territórios que alcançam a meta de 35% de prevalência de hipertensão controlada no nível populacional (< 140/90 mmHg) entre pessoas com hipertensão com 18 anos ou mais
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que têm pelo menos 35% de prevalência de hipertensão controlada no nível populacional (<140/90 mmHg) entre pessoas com hipertensão com 18 anos ou mais. **Linha de base (2019):** 3 **Meta (2025):** 12
Finalidade do indicador	A hipertensão arterial é o principal fator de risco para sofrer um evento cardiovascular e morrer em decorrência dele. Este indicador mede o controle da hipertensão no nível da população, usando os dados da pesquisa STEPS ou semelhantes, como medida da eficácia e eficiência do desempenho do sistema de saúde.
Nota técnica	Cálculo no nível nacional (expresso como uma porcentagem): **Numerador:** Número de pessoas com hipertensão controlada (pessoas com pressão arterial sistólica <140 mmHg e pressão arterial diastólica <90 mmHg (medida). **Denominador:** Total de pessoas com hipertensão (definidas como pessoas com pressão arterial sistólica ≥140 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥90 mmHg), ou que informam estar tomando medicamento para o tratamento da pressão arterial elevada prescrito por um profissional de saúde. Cálculo no nível regional: Uma vez que a prevalência de hipertensão controlada nos países tenha sido obtida usando dados da STEPS ou de pesquisas semelhantes, conforme descrito acima, o indicador regional será uma contagem do número de países/territórios que alcançaram a meta estabelecida de 35% de prevalência da hipertensão controlada.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada quatro ou cinco anos, coincidindo com a pesquisa de fatores de risco (ver abaixo a fonte dos dados). A expectativa é que os países consigam transmitir dados sobre este indicador seis meses após o fim da pesquisa.
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Prevenção de Doenças Não Transmissíveis, Violência e Traumatismos (NMH/NV)

Fonte dos dados	Pesquisas nacionais do tipo STEPS ou semelhantes. A expectativa é que os países empreguem a abordagem STEP, uma metodologia da OMS para a vigilância dos fatores de risco das DNTs. Os países podem usar outra metodologia para a vigilância dos fatores de risco das DNTs, mas isso exigiria uma revisão adicional por parte da OPAS.
Limitações	Com base no atual *Plano de ação para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis* (CD52/7, Rev. 1), espera-se que os países façam pesquisas a cada quatro ou cinco anos, mas isso não foi feito de forma sistemática no passado.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Enfermedades no transmisibles en la región de las Américas: hechos y cifras. Washington, DC: OPAS; 2019. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51482. 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Monitoring and evaluation framework for hypertension control programs. Washington, DC: OPAS; 2018. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34877.
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.1 • 13º PGT, estrutura de impacto • PE14-19, indicador de resultado intermediário 2.1.4 (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 5:** Ampliação do acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade visando a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos no caso de doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 5.c:** Número de países e territórios com programas de exame do colo do útero que alcançam, pelo menos, 70% de cobertura do exame em mulheres de 30 a 49 anos ou na faixa etária definida pela política nacional
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que informam ter um programa de exame do câncer do colo do útero com cobertura de pelo menos 70% entre as mulheres na faixa etária dos 30 aos 49 anos, ou na faixa etária definida em sua política nacional. Por definição, consideram-se examinadas as mulheres que tiverem feito o exame para detectar o câncer do colo do útero pelo menos uma ou mais vezes ao longo da vida, usando qualquer um dos seguintes métodos: inspeção visual com ácido acético, Papanicolau ou teste do papilomavírus humano (HPV). **Linha de base (2019):** 6 **Meta (2025):** 12
Finalidade do indicador	O câncer do colo do útero está entre os principais tipos de câncer das Américas e pode ser prevenido por meio da vacinação contra o HPV, exame para detecção e tratamento de lesões pré-cancerosas. Este indicador medirá a cobertura no nível populacional do programa de exame na faixa etária das mulheres com maior risco de desenvolver o câncer do colo do útero, que é um dos indicadores normalmente usados para medir a qualidade de um programa de exames. A OPAS/OMS recomenda pelo menos 70% de cobertura do exame, seguida de tratamento oportuno, para que os programas de exame para detecção do câncer sejam eficazes.
Nota técnica	Cada país monitora de forma independente sua própria cobertura do exame para detecção do câncer do colo do útero por meio do sistema de informação do programa nacional ou mediante pesquisas de base populacional que abrangem indicadores sobre o exame do câncer do colo do útero. Não existe um sistema de notificação sistemático estabelecido, e a qualidade e completude dos dados sobre a cobertura do exame variam muito de país para país. Os Estados Membros fornecem informações sobre a cobertura estimada do exame do seu programa para esse tipo de câncer por meio da pesquisa da OPAS/OMS sobre a capacidade dos países para enfrentar as DNTs.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A pesquisa da OPAS/OMS sobre a capacidade dos países para enfrentar as DNTs, a principal fonte de dados para este indicador, é feita a cada dois anos.
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Prevenção de Doenças Não Transmissíveis, Violência e Traumatismos (NMH/NV)

Fonte dos dados	Pesquisa da OPAS/OMS sobre a capacidade dos países para enfrentar as DNTs; pesquisas nacionais de base populacional que abrangem indicadores do exame para detecção do câncer do colo do útero (quando disponíveis).
Limitações	A principal limitação é a qualidade e completude dos dados da cobertura do exame. Isso continua a ser um desafio, pois requer um sistema de informação e um método sistemático e bem definido para capturar rotineiramente informações sobre as mulheres examinadas (em comparação com os exames realizados).
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para prevenção e controle do câncer do colo do útero 2018-2030. Washington, DC: OPAS; 2018.
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.1 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 2.1.7 (adaptado) • Plano de ação para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis (CD52/7, Rev. 1) • Plano de ação para prevenção e controle do câncer do colo do útero 2018-2030 (CD56/9) (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 5:** Ampliação do acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade visando a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos no caso de doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 5.d:** Número de países e territórios que aumentam o acesso a cuidados paliativos, avaliado pelo aumento do consumo de equivalentes de morfina de analgésicos opioides (excluindo a metadona)
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que aumentam o consumo de equivalentes de morfina de analgésicos opioides fortes (excluindo a metadona), como indicador substituto do acesso a cuidados paliativos. **Linha de base (2019):** 0 **Meta (2025):** 6
Finalidade do indicador	Milhares de pessoas com DNTs, sobretudo câncer, necessitam de cuidados paliativos para aliviar a dor e o sofrimento, e quando o tratamento curativo deixa de ser uma opção, para garantir a melhor qualidade de vida possível. Os serviços de cuidados paliativos são considerados parte integrante da universalização da cobertura e do acesso à saúde, mas a maioria das pessoas que deles necessitam não tem acesso a cuidados paliativos adequados e apropriados e, em consequência, enfrentam um sofrimento desnecessário. Este indicador mede o consumo de analgésicos opioides fortes como indicador substituto do acesso a serviços de cuidados paliativos.
Nota técnica	Os níveis de consumo de grupos de substâncias psicotrópicas são expressos para fins estatísticos como doses diárias definidas (DDD) por 1000 habitantes por dia. São calculados pelo Conselho Internacional de Controle de Narcóticos (INCB, na sigla em inglês) usando estatísticas da fabricação e do comércio fornecidas pelos Estados Membros da OPAS. O equivalente de morfina é uma métrica para padronizar as doses de opioides fortes e é retirado das proporções das DDD. Os dados relativos ao consumo de opioides são extraídos dos relatórios anuais do INCB.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Prevenção de Doenças Não Transmissíveis, Violência e Traumatismos (NMH/NV)
Fonte dos dados	Relatórios anuais do Conselho Internacional de Controle de Narcóticos sobre o consumo de narcóticos.
Limitações	Entre as possíveis limitações, destacam-se a má qualidade dos dados informados ao INCB.
Referências	1. Report of the International Narcotics Control Board for 2017 (internet) Disponível em: https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2017.html.

Vinculação	• Plano de ação para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis (CD52/7, Rev. 1), indicador 3.2.2 (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 5:** Ampliação do acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade visando a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos no caso de doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 5.e:** Número de países e territórios cujos sistemas de vigilância têm capacidade para informar sobre os principais indicadores do Quadro de Monitoramento Global das Doenças Não Transmissíveis
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que estabeleceram metas nacionais com prazos definidos para as doenças não transmissíveis e que dispõem de capacidade de vigilância para monitorar essas metas e informar sobre elas, em conformidade com as metas e indicadores do Quadro de Monitoramento Global das Doenças Não Transmissíveis da OMS. **Linha de base (2019):** 24 **Meta (2025):** 35
Finalidade do indicador	Para avaliar a capacidade de vigilância das DNTs, determina-se se os países estabelecem metas nacionais para essas doenças e produzem dados de qualidade; analisam e comunicam a mortalidade por DNTs; implementaram uma pesquisa populacional sobre as DNTs pelo menos nos últimos cinco anos; têm um registro de câncer e dispõem de um sistema de informação sólido no nível da atenção primária à saúde. O objetivo deste indicador é acompanhar a capacidade dos países para monitorar um conjunto mínimo de nove metas e 25 indicadores do Quadro de Monitoramento Global e informar sobre esse conjunto. Este indicador está alinhado com o indicador 1 da OMS para informar as Nações Unidas sobre o progresso em relação às DNTs: "O Estado Membro estabeleceu metas nacionais com prazos definidos com base nas orientações da OMS". Os 10 indicadores da ONU para o monitoramento desse progresso são usados para acompanhar a implementação das políticas e intervenções apresentadas no Plano de ação mundial para a prevenção e o controle das doenças não transmissíveis 2013-2020, da OMS.
Nota técnica	As informações necessárias para avaliar este indicador são coletadas de dois em dois anos, usando a pesquisa da OMS sobre a capacidade dos países para enfrentar as DNTs. Para alcançar o indicador, um país precisa: *a)* responder "Sim" à pergunta "Existe um conjunto de metas nacionais com prazos definidos para as DNTs com base nas nove metas globais voluntárias do Quadro de Monitoramento Global das DNTs da OMS?" e *b)* fornecer a documentação de apoio necessária. As metas precisam ter prazos definidos e basear-se nas nove metas globais, além de abordar a mortalidade em decorrência das DNTs e os principais fatores de risco no país e/ou em seu sistema de saúde. Solicita-se aos países que apresentem uma cópia de seus planos, metas e indicadores ao apresentarem suas respostas à pesquisa sobre a capacidade para enfrentar as DNTs. Quando são notadas discrepâncias, elas são devolvidas ao país para esclarecimentos e alteração. As nove metas voluntárias do Quadro de Monitoramento Global da OMS são:

	1. Uma redução relativa de 25% na mortalidade global por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas; 2. Uma redução relativa de pelo menos 10% do uso prejudicial de álcool, conforme o caso, dentro do contexto nacional; 3. Uma redução relativa de 10% na prevalência de atividade física insuficiente; 4. Uma redução relativa de 30% na ingestão média de sal/sódio pela população; 5. Uma redução relativa de 30% na prevalência do tabagismo observada atualmente; 6. Uma redução relativa de 25% na prevalência de hipertensão arterial ou a contenção da prevalência de hipertensão arterial, de acordo com as circunstâncias nacionais; 7. A interrupção do aumento do diabetes e da obesidade; 8. Pelo menos 50% das pessoas habilitadas recebem terapia na forma de medicamentos e aconselhamento (incluídos o controle da glicemia) para prevenir ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais; 9. Uma disponibilidade de 80% das tecnologias básicas e dos medicamentos essenciais a preços acessíveis, incluídos os genéricos necessários para tratar as principais doenças não transmissíveis, nas unidades de saúde públicas e privadas.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois anos
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Prevenção de Doenças Não Transmissíveis, Violência e Traumatismos (NMH/NV)
Fonte dos dados	Pesquisa da OMS sobre a capacidade dos países para enfrentar as DNTs
Limitações	• Como as informações são prestadas pelos próprios entrevistados, os dados podem ser afetados por tendenciosidade ou por uma má interpretação das perguntas. • A validade dos instrumentos de pesquisa pode variar.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde, 2013. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236. 2. Organização Pan-Americana da Saúde, 2013. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf. 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025: A equidade, o coração da saúde. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52968 4. Organização Mundial da Saúde. Technical Note (1). How WHO will report in 2017 to the United Nations General Assembly on the progress achieved in the implementation of

	commitments included in the 2011 UN Political Declaration and 2014 UN Outcome Document on NCDs. May 2015. 5. Organização Mundial da Saúde, 2020 – Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/330805 6. Organização Mundial da Saúde. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications.
Vinculação	• Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, da OMS • Plano de ação para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis nas Américas 2013-2019, da OPAS • Indicadores da ONU para o monitoramento do progresso na abordagem das DNTs • Quadro de Monitoramento Global das Doenças Não Transmissíveis da OMS • Metas de desenvolvimento sustentável

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 5:** Ampliação do acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade visando a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos no caso de doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 5.f:** Número de países e territórios que contam com centros de atendimento terciário que prestam serviços de reabilitação com equipes multidisciplinares para lesões complexas
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que dispõem de equipes de reabilitação multidisciplinares em 100% das suas unidades de saúde terciárias/de terceiro nível que lidam com lesões complexas. **Linha de base (2019):** 6 **Meta (2025):** 15
Finalidade do indicador	Este é um indicador traçador para monitorar a cobertura dos serviços de reabilitação. Todas as unidades terciárias que recebem pacientes com lesões complexas devem ter uma equipe de reabilitação. Pressupõe-se que, se um país tiver algum serviço de reabilitação, ele terá reabilitação para pessoas com necessidades complexas após uma lesão. Alcançar este indicador também pode indicar a disponibilidade de serviços para outras necessidades de saúde no nível terciário (p. ex., AVC).
Nota técnica	Cálculo no nível nacional (expresso como uma porcentagem): **Numerador:** Número de estabelecimentos de saúde terciários/de nível terciário* que lidam com lesões complexas** e que contêm equipes de reabilitação multidisciplinares.*** **Denominador:** Total de estabelecimentos de saúde terciários/de terceiro nível. Cálculo no nível regional: Conta-se o número de países e territórios que alcançam 100% no indicador. * As unidades terciárias ou de terceiro nível podem ser definidas de forma diferente em diferentes países, mas, em todos os casos, entende-se que são capazes de prestar cuidados altamente especializados. Tipicamente têm de 300 a 1500 leitos e podem ter instalações de ensino; costumam ser chamadas de hospitais nacionais, hospitais centrais ou hospitais-escola. Para este indicador, são os que recebem ou tratam pessoas com lesões complexas, conforme definido abaixo. ** Lesões complexas são as que causam problemas de saúde significativos ou múltiplos que têm impacto sobre vários domínios da função. Se a medida da função não for coletada ou disponibilizada rotineiramente, as seguintes lesões devem ser consideradas: lesões de medula espinhal, lesões cerebrais traumáticas, queimaduras graves.

	*** A reabilitação multidisciplinar abrange três ou mais das seguintes profissões de reabilitação: medicina de reabilitação (fisiatria), enfermagem de reabilitação, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, próteses/órteses e psicologia.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Saúde Mental e Uso de Substâncias (NMH/MH)
Fonte dos dados	Dados dos ministérios da saúde e das unidades de saúde; dados dos serviços de reabilitação, incluídas as avaliações STAR da OMS; bases de dados sobre lesões nos níveis regional e distrital.
Limitações	• Trata-se de um indicador ambicioso; ainda não foram compilados dados completos. • O pressuposto subjacente é que todas as pessoas com necessidades complexas após uma lesão teriam contato com uma unidade de saúde (provavelmente de nível terciário). • A disponibilidade de serviços não implica o acesso a esses serviços, e o acesso precisaria ser monitorado separadamente. • Não existe um padrão mundial para as profissões de reabilitação e, em alguns lugares, as suas funções podem ser cumpridas por outras profissões. • O indicador não captura a disponibilidade de reabilitação no nível secundário ou primário, que também são vitais para alcançar a cobertura das necessidades.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde, 2018. Rehabilitation indicator menu: A Component of the Framework for Rehabilitation Monitoring and Evaluation (FRAME) Tool, Version 1. (não publicado). 2. Organização Mundial da Saúde, 2017. Rehabilitation 2030: A call to action. Disponível em: https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030. 3. Organização Mundial da Saúde, 2019. Universal Health Coverage Index and Tracer Indicators. 4. Organização Mundial da Saúde, 2017. Rehabilitation in health systems. WHO Press, Genebra.
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.3

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 5:** Ampliação do acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade visando a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos no caso de doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 5.g:** Número de países e territórios que aumentaram a capacidade para tratar transtornos de saúde mental no primeiro nível da atenção
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que aumentaram a capacidade para tratar transtornos de saúde mental no primeiro nível da atenção. **Linha de base (2019):** 0 **Meta (2025):** 19
Finalidade do indicador	O indicador mede o grau de integração da saúde mental à atenção primária à saúde, o que está alinhado com os objetivos do *Plano de ação sobre saúde mental 2015-2020* da OPAS, no nível regional, e do plano de ação mundial de saúde mental 2013–2020 da OMS. O indicador é importante para monitorar a transição de um modelo altamente centralizado e especializado de atenção às pessoas com transtornos mentais para um modelo descentralizado e comunitário, ligado aos serviços de atenção primária à saúde.
Nota técnica	Cálculo no nível nacional: Para alcançar o indicador, um país precisa comunicar que seus planos de ação sobre a saúde mental estão atualizados e que cumpriu os dois critérios a seguir para demonstrar a ampliação da capacidade: 1. Aumento da porcentagem de pessoal de saúde primária capacitado em saúde mental de acordo com o padrão mhGAP-IG.* 2. Aumento do número de pessoas com transtornos mentais atendidas no primeiro nível da atenção.** É necessária uma avaliação anual e sequencial de ambos os critérios. * De acordo com o atlas de saúde mental 2017, da OMS, apenas a formação prática está incluída (um dia de formação equivale a pelo menos seis horas). A formação sobre o Guia de Intervenção do Programa de Ação para Superar as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP-IG) é um exemplo. ** O primeiro nível da atenção refere-se a profissionais não especialistas, como médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, em contextos de cuidados de saúde não especializados/gerais. Os serviços e profissionais especializados em saúde mental não devem ser considerados. Cálculo no nível regional:

	O indicador regional é calculado pela contagem do número de países e territórios que satisfazem os critérios acima.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Bienal. A OPAS solicitará informações aos países a cada dois anos por meio do atlas de saúde mental da OMS.
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Saúde Mental e Uso de Substâncias (NMH/MH)
Fonte dos dados	Serão consultados os relatórios das autoridades nacionais de saúde e os dados mais recentes do atlas. Os dados da publicação Saúde nas Américas fornecerão o número total de profissionais de saúde primária em cada país.
Limitações	• Há uma falta de informações sistemáticas e confiáveis em muitos países sobre os processos de formação em atenção primária à saúde. • O monitoramento e a avaliação do mhGAP-IG e de outras formações em saúde mental são limitados, e a supervisão dos profissionais da atenção primária à saúde que receberam essa formação é limitada. • A OPAS e a OMS sugerem que os países atualizem o atlas de saúde mental da OMS a cada dois anos (alguns países da Região já o fazem). No entanto, trata-se de uma iniciativa voluntária que depende dos países; a OPAS promove essa atualização periódica, mas não tem poder de decisão nesse sentido.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde, 2017. Mental Health Atlas 2017. Genebra: OMS. 2. Organização Mundial da Saúde, (2016). Guía de intervención mhGAP: Versión 2.0. Genebra: OMS. Disponível em:http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.6 • Atlas de saúde mental 2017 da OMS

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 5:** Ampliação do acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade visando a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos no caso de doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 5.h:** Número de países e territórios que aumentaram a taxa de pessoas admitidas com transtornos mentais em hospitais gerais
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que aumentaram a taxa de admissão de pessoas com transtornos mentais em hospitais gerais como opção aos hospitais psiquiátricos. **Linha de base (2019):** 10 **Meta (2025):** 23
Finalidade do indicador	Embora os serviços baseados na comunidade sejam amplamente considerados o melhor meio de oferecer atendimento e tratamento em matéria de saúde mental, muitos países nas Américas destinam a maioria dos recursos da saúde mental aos hospitais psiquiátricos. Este indicador é essencial para monitorar o andamento da transição dos países da prestação de serviços de saúde mental em unidades de internação centralizadas de saúde mental, como hospitais psiquiátricos, para serviços prestados por hospitais gerais baseados na comunidade.
Nota técnica	Cálculo no nível nacional: **Numerador:** Taxa de pessoas com transtornos mentais admitidas em hospitais gerais no último ano. **Denominador:** Taxa de pessoas com transtornos mentais admitidas em hospitais psiquiátricos no último ano. Cálculo no nível regional: O indicador regional é calculado contando o número de países com uma taxa mais elevada de pessoas com transtornos mentais admitidas em hospitais gerais no último ano em comparação com os hospitais psiquiátricos. Os hospitais gerais abrangem unidades públicas e privadas, com e sem fins lucrativos. O termo pode referir-se a uma enfermaria ou unidade psiquiátrica de um hospital geral ou a uma unidade de internação psiquiátrica comunitária para crianças e adolescentes, idosos ou outro grupo específico. Estão excluídos da definição os hospitais psiquiátricos, as instalações residenciais comunitárias e as instalações que tratem apenas pessoas com transtornos causados pelo abuso de álcool e substâncias psicoativas ou com deficiência intelectual.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Bienal. A OPAS solicitará informações aos países a cada dois anos por meio do atlas de saúde mental da OMS.

Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Saúde Mental e Uso de Substâncias (NMH/MH)
Fonte dos dados	Serão usados os dados mais recentes do atlas de saúde mental da OMS. Além disso, serão consultados os relatórios dos ministérios da saúde e os relatórios nacionais.
Limitações	• As deficiências nos sistemas nacionais de informação em saúde representam uma limitação fundamental. • A OPAS e a OMS sugerem que os países atualizem o atlas de saúde mental da OMS a cada dois anos (alguns países da Região já o fazem). No entanto, trata-se de uma iniciativa voluntária que depende dos países; a OPAS promove essa atualização periódica, mas não tem poder de decisão nesse sentido.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde, 2017. Mental Health Atlas 2017. Genebra: OMS.
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.6 • Atlas de saúde mental 2017 da OMS

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 5:** Ampliação do acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade visando a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos no caso de doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 5.i:** Número de países e territórios que aumentaram a taxa de pessoas que recebem intervenções (serviços farmacológicos, psicossociais e de reabilitação e pós-tratamento) para tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias na rede de serviços de saúde
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que aumentaram a taxa de pessoas que recebem intervenções (serviços farmacológicos, psicossociais e de reabilitação e pós-tratamento) para o tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias. A cobertura é medida pela taxa de pessoas com necessidade de tratamento para transtornos relacionados ao uso de substâncias que acessam serviços de tratamento. Nota: Foram envidados esforços para obter o alinhamento mais próximo possível com o indicador 3.5.1 dos ODS, que está sendo discutido atualmente. Espera-se que a metodologia atualizada esteja disponível quando a versão atualizada do questionário do relatório anual do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC) for aprovada pelos Estados Membros na Comissão de Narcóticos em março de 2020. **Linha de base (2019):** 6 **Meta (2025):** 14
Finalidade do indicador	O esforço para reduzir o impacto na saúde dos transtornos associados ao consumo de substâncias exige uma resposta reforçada do sistema de saúde em todos os níveis, incluída a atenção primária à saúde. Isso implica a formulação de políticas, diretrizes e legislação sobre o consumo de álcool e substâncias; o reforço das capacidades dos profissionais de saúde em estratégias e intervenções baseadas em evidências para prevenir o consumo de substâncias; e o tratamento dos transtornos relacionados na rede de serviços de saúde, dando ênfase aos grupos em condições de vulnerabilidade. A maioria dos países carece de informações atualizadas sobre o uso de substâncias e transtornos relacionados ao uso de substâncias, o que torna quase impossível obter dados confiáveis em um curto espaço de tempo para estabelecer uma linha de base para as necessidades de tratamento. O tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias é oferecido, sobretudo, por organizações não governamentais e outros prestadores independentes, com poucos vínculos com o setor de saúde e fraca supervisão. A integração do tratamento desses transtornos no sistema público de saúde em todos os níveis da atenção, passando por intervenções no primeiro nível e baseadas na comunidade, é um passo fundamental para melhorar a cobertura e a qualidade. Os países têm progredido no processo de regulamentação e controle da oferta de tratamento para a população com transtornos relacionados ao uso de substâncias. Muitos deles compilam relatórios anuais sobre a população em tratamento, usando bases de dados administradas pelos

	observatórios nacionais de drogas, dependendo das autoridades nacionais de controlo de drogas. A maioria das pessoas com transtornos relacionados ao consumo de substâncias que procuram atendimento na rede de serviços de saúde pública busca acesso por meio dos serviços de saúde mental.
Nota técnica	Cálculo no nível nacional (expresso como uma porcentagem): **Numerador:** Número de pessoas em contato com os serviços de tratamento de doenças relacionadas ao consumo de substâncias no último ano. **Denominador:** Número total de pessoas que necessitam de tratamento para transtornos relacionados ao uso de substâncias. Sempre que possível, a cobertura do tratamento deve ser desagregada em dois grupos de substâncias (substâncias ilícitas e álcool e outras substâncias psicoativas), bem como por tipo de intervenção de tratamento (serviços farmacológicos, psicossociais e de reabilitação e pós-tratamento).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Bienal. Os dados para o indicador são coletados e informados ao fim do biênio e informados no início do biênio seguinte.
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Saúde Mental e Uso de Substâncias (NMH/MH)
Fonte dos dados	Questionário do Relatório Anual do UNODC; relatórios dos ministérios da saúde e relatórios nacionais (dos observatórios nacionais de drogas).
Limitações	A disponibilidade e qualidade dos dados podem ser afetadas por deficiências nos sistemas nacionais de informação em saúde sobre transtornos relacionados ao consumo de substâncias, bem como por disparidades entre países na comunicação da cobertura e na qualidade das informações fornecidas.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia sobre o uso de substâncias e saúde pública [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1º de outubro de 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2010 (documento CD50/18, Rev. 1). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-p.pdf
Vinculação	• ODS, indicador 3.5.1 (adaptado) • 13º PGT, estrutura de impacto

Resultado Intermediário 6. Capacidade resolutiva para a violência e os traumatismos

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 6:** Melhoria da capacidade resolutiva dos serviços de saúde integrais e de qualidade para a violência e os traumatismos
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 6.a:** Número de países e territórios que minimizam o intervalo de tempo entre os acidentes de trânsito e a prestação dos primeiros cuidados de emergência profissionais
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que estabeleceram e alcançaram suas metas para minimizar o intervalo de tempo entre um acidente de trânsito que resulte em lesões graves e a prestação do primeiro atendimento de emergência profissional. **Linha de base (2019):** 0 **Meta (2025):** 5
Finalidade do indicador	O indicador ajuda a monitorar o número de países e territórios que oferecem atendimento adequado às vítimas de lesões não fatais causadas por acidentes de trânsito.
Nota técnica	Este indicador é fornecido pelos mecanismos nacionais de coordenação dos serviços de atendimento de emergência.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	O indicador é medido anualmente com informações coletadas dos países.
Unidade da RSPA	• Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental (NMH) • Sistemas e Serviços de Saúde (HSS)
Fonte dos dados	Dados coletados pelos mecanismos nacionais de coordenação dos serviços de atendimento pré-hospitalar e de emergência.
Limitações	Uma limitação é a dificuldade de recolher dados de todos os serviços de atendimento pré-hospitalar e de emergência.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Metas Globais de Desempenho para a Segurança no Trânsito. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/12GlobalRoadSafetyTargets_PT.pdf?ua=1. 2. Organização Mundial da Saúde. Developing voluntary global performance targets for road safety risk factors and service delivery mechanisms. 2017. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/WHODiscussionPaper-DevelopingVoluntaryGlobalPerformanceTargetsForRoadSafety_second_revision_22August2017.pdf?ua=1.
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.5 • Metas Globais de Desempenho para a Segurança no Trânsito

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 6:** Melhoria da capacidade resolutiva dos serviços de saúde integrais e de qualidade para a violência e os traumatismos
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 6.b:** Número de países e territórios que oferecem atendimento integral após um estupro, em serviços de saúde de emergência, de acordo com as diretrizes da OMS
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que integraram o atendimento após um estupro aos serviços de emergência, de acordo com as diretrizes da OMS. Para alcançar este indicador, um país precisa ter serviços de saúde de emergência que abarquem os cinco critérios pertinentes relacionados abaixo (ver a nota técnica). **Linha de base (2019):** 13 **Meta (2025):** 18
Finalidade do indicador	Este indicador mede se os países e territórios oferecem atendimento após um estupro, integrado aos serviços de emergência, de acordo com as normas internacionais de direitos humanos e as diretrizes da OMS, a fim de medir as mudanças na disponibilidade de atendimento após um estupro nos serviços de emergência para sobreviventes da violência sexual. O indicador usa o atendimento após um estupro como indicador substituto de uma resposta integral dos serviços de saúde à violência em todas as suas formas, devido à disponibilidade de dados. Reconhece-se que múltiplas formas de violência afetam as Américas e muitas vezes se cruzam. Portanto, a OPAS continuará a apoiar os esforços dos Estados Membros para fortalecer a prestação de serviços de saúde em unidades médicas para vítimas de todas as formas de violência, incluída a violência contra a mulher, a violência contra a criança, a violência contra o jovem, a violência armada e o abuso de idosos, entre outras. O documento de âmbito regional *Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher* (CD54/9, Rev. 2), aprovado pelos Estados Membros da OPAS em 2015, define essa área de trabalho como prioritária e emprega esse indicador para medir o progresso. Já o plano de ação mundial da OMS para fortalecer a função do sistema de saúde no âmbito de uma resposta nacional multissetorial para abordar a violência interpessoal, em particular contra as mulheres e meninas e contra as crianças em geral (documento A69/9), propõe um indicador semelhante.
Nota técnica	Em conformidade com as diretrizes da OMS e com a estratégia e plano de ação da OPAS aprovados pelos Estados Membros, o atendimento integral após um estupro abrange: 1. Apoio de primeira linha e primeiros socorros psicológicos; 2. Contracepção de emergência para mulheres que buscam atendimento em até cinco dias; 3. Encaminhamento para um aborto seguro se a mulher estiver grávida em consequência do estupro, quando esse tipo de atendimento for permitido pela legislação nacional; 4. Profilaxia pós-exposição a ISTs e/ou ao HIV, de acordo com os protocolos pertinentes; 5. Vacinação contra a hepatite B.

	Em 2013, a OMS publicou um conjunto de diretrizes baseadas em evidências sobre como o setor de saúde deve responder às sobreviventes da violência causada por parceiros íntimos e da violência sexual contra a mulher, em um documento em espanhol intitulado *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*. Em 2014, a OMS lançou um manual clínico para a atenção à saúde de mulheres que sofreram violência de parceiro ou violência sexual, que fornece orientação adicional aos profissionais de saúde. Mais detalhes e informações podem ser consultados nesses documentos disponíveis em espanhol (ver referências abaixo).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois anos
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Prevenção de Doenças Não Transmissíveis, Violência e Traumatismos (NMH/NV)
Fonte dos dados	• A OPAS tem coletado dados sobre este indicador a cada três anos (desde 2015) como parte dos requisitos de prestação de contas vinculados à *Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher* (CD54/9, Rev. 2). • Relatório de progresso da resposta do setor de saúde ao HIV da OMS, e no seu monitoramento mundial da AIDS, a UNAIDS coletam um indicador semelhante que contribuirá para a elaboração de relatórios. • Além disso, serão envidados esforços para fortalecer as fontes de informações e dados sobre melhorias na prestação de serviços de saúde em unidades médicas em todas as unidades territoriais e/ou administrativas para vítimas de todas as formas de violência.
Limitações	O fato de os serviços de emergência oferecerem atendimento após um estupro não garante que o atendimento seja de boa qualidade nem que todas as sobreviventes que necessitem de cuidados consigam ter acesso.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher (2015). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18386?locale-attribute=en. 2. Organização Mundial da Saúde. Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general (2016). Disponível em:http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_9-sp.pdf. 3. Organização Mundial da Saúde. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas (2013). Disponível em:http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1.

	4. Organização Mundial da Saúde. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o sexual. Manual clínico (2014). Disponível em:http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1.
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.4 • Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher, OPAS • Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, OMS

Resultado Intermediário 7. Força de trabalho em saúde

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 7:** Disponibilidade e distribuição adequadas de profissionais de saúde competentes
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 7.a:** Número de países e territórios que reduziram a lacuna da densidade com respeito a médicos, enfermeiras e parteiras, tendo alcançado pelo menos 25 profissionais de saúde por 10.000 habitantes em áreas subatendidas, levando em conta a meta mundial de 44,5 até 2030
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que reduziram a lacuna da densidade com respeito a médicos, enfermeiros e parteiras, tendo alcançado pelo menos 25 profissionais de saúde por 10.000 habitantes em áreas subatendidas. **Linha de base (2019):** 7 **Meta (2019):** 16
Finalidade do indicador	A densidade e a distribuição dos profissionais de saúde são fundamentais para a capacidade dos sistemas de saúde de prestar serviços de saúde à população com qualidade e equidade. Os dados sobre a disponibilidade, distribuição, qualidade e desempenho do pessoal de saúde são insumos essenciais para a formulação de políticas e planos nacionais de recursos humanos em saúde (RHS). Este indicador apoia o planejamento estratégico dos RHS visando a consecução da meta mundial de 44,5 profissionais de saúde por 10.000 habitantes até 2030 e, de forma mais ampla, a concretização da saúde universal na Região.
Nota técnica	**Numerador:** Número de profissionais de saúde,* definido pela contagem. **Denominador:** População total** nas áreas subatendidas. O número de profissionais de saúde é estimado por 10.000 habitantes. A desagregação é recomendada por ocupação, nível de atividade, nível nacional e nível subnacional (ou seja, região, estado, província, departamento, município, dependendo do país). * Os trabalhadores da saúde abrangem: *a)* médicos registrados (incluídos os médicos generalistas e especialistas) em contextos públicos e privados no país; *b)* os enfermeiros profissionais registrados em contextos públicos e privados (incluídos os enfermeiros e técnicos de enfermagem registrados, mas não o pessoal auxiliar e não licenciado) e *c)* parteiras profissionais registradas em contextos públicos e privados. Uma parteira profissional é "uma pessoa que concluiu com êxito um programa de formação na prática de parteira reconhecido no país correspondente e que se baseia nas competências essenciais para a prática básica da atividade de parteira da Confederação Internacional de Parteiras e no âmbito das normas globais para a formação de parteiras da Confederação; que obteve as qualificações necessárias para estar registrada ou obter uma licença para atuar como parteira legalmente e usar o título de "parteira"; e que demonstra competência no exercício de sua profissão."

	** População total estimada pela Divisão de Estatística das Nações Unidas. Nos casos em que outra metodologia seja usada, a OPAS/OMS recalcula as densidades de acordo com os dados populacionais da Divisão de Estatística das Nações Unidas, para harmonizar as densidades e assegurar a comparabilidade. Nota: As especificações deste indicador estão em fase de desenvolvimento com os Estados Membros como parte da implementação do *Plano de ação sobre recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde 2018-2023*.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde/Recursos Humanos para a Saúde (HSS/HR) Evidências e Inteligência para a Ação em Saúde / Análise de Saúde e Equidade (EIH/HÁ)
Fonte dos dados	Os dados serão fornecidos pelos ministérios da saúde ou pelos órgãos de saúde dos países. Outras possíveis fontes de dados são os registros ou bases de dados sobre a força de trabalho da saúde; dados agregados das unidades de saúde (registros administrativos de rotina, sistema de gestão de informações em saúde, recenseamento e/ou pesquisa do sistema de informação de saúde distrital); registros profissionais do conselho/câmara/associação; pesquisas com a força de trabalho; dados do recenseamento da população e dados populacionais da Divisão de Estatística das Nações Unidas.
Limitações	• Na maioria dos países, a cobertura e a disponibilidade de informações sobre os profissionais de saúde do setor privado que estão atualizadas e disponíveis no domínio público são limitadas. • O desenvolvimento de sistemas de informação sobre RHS é limitado em alguns países. • Em alguns países, falta pessoal especializado em sistemas de informação de RHS. • O investimento em sistemas e desenvolvimento de tecnologias da informação é insuficiente.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2019; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2017 (documento CSP29/10). Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-pt-9251&alias=41725-csp29-10-p-725&Itemid=270&lang=pt. 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde 2018-2030 [Internet]. 56º Conselho Diretor, 70ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 23 a 27 de setembro de 2018; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2018 (CD56/10) [citado em 12 de fevereiro de 2019]. Disponível em:

	https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45772&Itemid=270&lang=pt. 3. Organização Mundial da Saúde, 2016. National health workforce accounts: a handbook. Minuta para consulta.
Vinculação	• ODS, indicador 3.c.1 • ASSA2030, meta 3.1 • Plano de ação sobre recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde 2018-2023 (CD56/10, Rev. 1), indicador 2.1.3 • Indicadores básicos da OPAS • Contas nacionais do pessoal de saúde, indicadores 1-01 e 1-02 • 13º PGT, estrutura de impacto • PE14-19, indicador de resultado intermediário 4.5.1 (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 7:** Disponibilidade e distribuição adequadas de profissionais de saúde competentes
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 7.b:** Número de países e territórios que têm uma equipe de saúde interprofissional no primeiro nível de atenção, de forma compatível com seu modelo de atenção.
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que dispõem de uma norma técnica oficial, juntamente com um modelo nacional de atenção estabelecido com base em equipes interprofissionais no primeiro nível de atenção, de forma compatível com o modelo de atenção do país. **Linha de base (2019):** 12 **Meta (2025):** 21
Finalidade do indicador	O indicador promove a distribuição e retenção equitativas dos profissionais de saúde por meio da formulação de uma política de incentivos profissionais e econômicos que leve em consideração a perspectiva de gênero e seja compatível com as necessidades específicas de cada comunidade, sobretudo nas áreas subatendidas. A existência de normas, leis e/ou regulamentos é um critério crucial para avaliar a capacidade dos sistemas e serviços de saúde de implementar equipes interprofissionais na atenção primária à saúde.
Nota técnica	As especificações deste indicador estão em fase de desenvolvimento com os Estados Membros como parte da implementação do *Plano de Ação sobre Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde 2018-2023*. Critérios propostos: 1. Normas técnicas aprovadas oficialmente (ou leis) que definam a composição e a abrangência da prática das equipes interprofissionais na atenção primária à saúde; 2. Modelos nacionais de atenção baseados em equipes multidisciplinares que atuem na atenção primária à saúde e em redes integradas, oficialmente aprovados e estabelecidos.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Semestral
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde/Recursos Humanos para a Saúde (HSS/HR)
Fonte dos dados	Os dados serão fornecidos pelos ministérios da saúde ou pelos órgãos de saúde dos países. Outras possíveis fontes de dados são os registros ou bases de dados sobre a força de trabalho da saúde; dados agregados das unidades de saúde (registros administrativos de rotina, sistema de gestão de informações em saúde, recenseamento e/ou pesquisa do sistema de informação de saúde distrital); registros profissionais do conselho/câmara/associação; pesquisas com a

	força de trabalho; dados do recenseamento da população e dados populacionais da Divisão de Estatística das Nações Unidas.
Limitações	As definições de equipes interprofissionais (no tocante à composição e abrangência da prática), primeiro nível de atenção e redes integradas variam entre os países, dependendo do modelo de atenção adotado. Isso pode afetar a comparabilidade dos dados obtidos para este indicador.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2017 (documento CSP29/10) [citado em 12 de fevereiro de 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-pt-9251&alias=41725-csp29-10-p-725&Itemid=270&lang=pt. 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde [Internet]. 56º Conselho Diretor, 70ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 23 a 27 de setembro de 2018; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2018 (CD56/10, Rev. 1) [citado em 12 de fevereiro de 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45772&Itemid=270&lang=pt. 3. Organização Mundial da Saúde (2016). National health workforce accounts: a handbook. Minuta para consulta.
Vinculação	• Plano de ação sobre recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde 2018-2023 (CD56/10, Rev. 1), indicador 2.2.1

Resultado Intermediário 8. Acesso a tecnologias em saúde

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 8**: Ampliação do acesso equitativo a medicamentos essenciais, vacinas e outras tecnologias em saúde seguros, acessíveis, clinicamente eficazes, com boa relação custo benefício e de qualidade garantida, bem como a expansão do uso racional dos medicamentos, com sistemas regulatórios fortalecidos que ajudem a alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 8.a:** Número de países e territórios que garantem que os produtos constantes da lista de medicamentos essenciais estão disponíveis sem a necessidade de pagamento do próprio bolso nos locais de atendimento
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que dispõem de legislação, estratégias e programas que asseguram à população o acesso a produtos incluídos na lista nacional de medicamentos essenciais sem a necessidade de pagamento do próprio bolso nos locais de atendimento. **Linha de base (2019):** 4 **Meta (2025):** 10
Finalidade do indicador	Este indicador ajuda a avaliar componentes cruciais do acesso a medicamentos. Os países e territórios que alcançam o indicador disponibilizam medicamentos essenciais à população e fornecem proteção financeira para evitar um ônus financeiro que pode constituir uma barreira ao acesso, sobretudo no caso das populações que vivem em condições de vulnerabilidade, dos pacientes que sofrem de doenças crônicas e daqueles cujos tratamentos abrangem produtos de alto custo.
Nota técnica	Para verificar o cumprimento do indicador, serão considerados os seguintes tipos de documentos: leis, decretos, resoluções e outras normas e regulamentos emitidos por instituições públicas no exercício de funções legislativas delegadas.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Inovação, Acesso a Medicamentos e Tecnologias em Saúde (IMT)
Fonte dos dados	Legislação nacional; análise da organização do sistema e serviços de saúde; e, em alguns casos, acesso a estudos usando medicamentos traçadores.
Limitações	• A principal limitação é que a legislação não garante a implementação ou a disponibilidade de medicamentos gratuitos nos locais de atendimento; contudo, é um bom indicador substituto. • Outro desafio será medir o indicador em sistemas de saúde fragmentados. Os estudos sobre o acesso são mais informativos e precisos, mas sua realização é onerosa.

Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Acesso e uso racional dos medicamentos e outras tecnologias em saúde estratégicos e de alto custo. Washington, DC: OPAS; 2016 (documento CD55/10).
Vinculação	• ODS, indicador 3.b.1 • ASSA2030, meta 5.1 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 4.3.1 (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 8**: Ampliação do acesso equitativo a medicamentos essenciais, vacinas e outras tecnologias em saúde seguros, acessíveis, clinicamente eficazes, com boa relação custo benefício e de qualidade garantida, bem como a expansão do uso racional dos medicamentos, com sistemas regulatórios fortalecidos que ajudem a alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 8.b:** Número de países e territórios com sistemas regulatórios que atingem o nível 3 de acordo com a Ferramenta Global de Benchmarking (GBT) da OMS
Definição do indicador	Este indicador avalia as capacidades nacionais de regulação das tecnologias em saúde, empregando a Ferramenta Global de Benchmarking (GBT) da OMS. O indicador conta o número de países e territórios com sistemas regulatórios que atingem o nível 3 de acordo com a GBT. **Linha de base (2019):** 8 **Meta (2025):** 15
Finalidade do indicador	Os sistemas regulatórios cumprem um papel fundamental na garantia da qualidade, segurança e eficácia dos produtos médicos. Sistemas regulatórios eficazes são uma componente essencial dos sistemas de saúde e contribuem para os resultados e a inovação desejados em termos de saúde pública. Este indicador é útil para medir as capacidades dos sistemas regulatórios nacionais e sub-regionais para assegurar a qualidade, segurança e eficácia das tecnologias em saúde, incluídos os medicamentos e vacinas, ao longo de todo o ciclo de vida do produto. A ferramenta recomendada abrange funções reguladoras específicas, indicadores e subindicadores, de acordo com o contexto.
Nota técnica	As autoridades reguladoras nacionais protegem a segurança, a qualidade e a eficácia dos medicamentos e outras tecnologias em saúde e cumprem um papel crucial na determinação do ritmo de adoção de novos produtos. O setor farmacêutico e de tecnologias em saúde desempenha uma função essencial na promoção e proteção da saúde, zelando para que os produtos e tecnologias disponibilizados ao público por meio dos sistemas de saúde cumpram as normas internacionais de qualidade e segurança. O papel do governo, sobretudo do ministério da saúde, em conjunto com outras partes interessadas, é criar um ambiente regulador que garanta a qualidade durante toda a vida útil de um produto, zele pela segurança dos pacientes e otimize os resultados em termos de saúde. No 50º Conselho Diretor, em 2010, os Estados membros da OPAS reafirmaram seu compromisso de fortalecer a capacidade regulatória das tecnologias em saúde ao adotar a resolução CD50.R9, *Fortalecimento das autoridades reguladoras nacionais de medicamentos e produtos biológicos*. A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030, no documento CSP29/6, Rev. 3 (2017), propõe 2030 como a data limite para uma autoridade reguladora nacional de medicamentos ser classificada no nível 3, de acordo com a Ferramenta Global de Benchmarking da OMS. A GBT abarca todas as funções regulatórias recomendadas aos Estados Membros. A ferramenta e a sua metodologia de benchmarking permitem às autoridades reguladoras

	identificar pontos fortes e áreas a melhorar; facilitar a formulação de um plano de desenvolvimento institucional (PDI) para tirar partido dos pontos fortes e abordar as lacunas identificadas; dar prioridade às intervenções visando o PDI; e monitorar os avanços e realizações. A avaliação das capacidades regulatórias é feita por pares provenientes de outras autoridades regulatórias e é liderada pela sede, representações regionais e representações nos países da OMS. Para cada função regulatória, a ferramenta especifica um conjunto de indicadores e subindicadores necessários para alcançar os níveis 1, 2, 3 ou 4. O contexto e as especificidades nacionais são considerados, e existem fichas informativas disponíveis para orientar os países sobre como alcançar a implementação dos indicadores. O nível de implementação dos indicadores (não implementado; implementação parcial ou em andamento; implementado) definirá o nível de maturidade alcançado pelo sistema regulatório.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A avaliação das capacidades regulatórias deve ser feita regularmente pelos países no âmbito de seus sistemas de gestão da qualidade. Quando as capacidades forem reforçadas e o nível 3 for atingido, recomenda-se que as capacidades regulatórias sejam reavaliadas de três em três anos para que o sistema regulatório permaneça funcional e demonstre uma melhoria contínua. Todos os anos, o perfil regulatório do país é atualizado e disponibilizado por meio da Plataforma Regional de Acesso e Inovação para Tecnologias em Saúde (PRAIS).
Unidade da RSPA	Inovação, Acesso a Medicamentos e Tecnologias em Saúde (IMT)
Fonte dos dados	Plataformas regionais e mundiais que recolhem os resultados da avaliação comparativa do reforço dos sistemas regulatórios; dados nacionais fornecidos pelas autoridades regulatórias por meio de processos de autoavaliação e planos de desenvolvimento institucional.
Limitações	• Embora os Estados Membros tenham aprovado o reforço do sistema regulatório, a avaliação das capacidades regulatórias é voluntária e seu desempenho exige um compromisso político de cada Estado Membro. Isso pode restringir a consecução e prestação de contas do indicador. • Igualmente, existem limitações relacionadas com as categorias de produtos incluídas na versão atual do GBT, mais especificamente medicamentos e vacinas. Prevê-se que as futuras revisões abranjam também os produtos derivados do sangue (como o sangue total, os componentes do sangue e os medicamentos derivados do plasma) e os dispositivos médicos, incluídos os diagnósticos. Versões beta dessas ferramentas foram elaboradas e a previsão é que a OMS as finalize em 2019.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Global Benchmarking Tool (GBT). 2. Organização Mundial da Saúde. WHA67.20, Regulatory system strengthening for medical products.

	3. Organização Pan-Americana da Saúde. CD50/20 e CD50.R9, Fortalecimento das autoridades reguladoras nacionais de medicamentos e agentes biológicos. 4. Organização Pan-Americana da Saúde. CD53/5 e CD53.R14, Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 5. Organização Pan-Americana da Saúde. CD55.R12 e CD55/10, Rev. 1, Acesso e uso racional dos medicamentos e outras tecnologias em saúde estratégicos e de alto custo. 6. Organização Pan-Americana da Saúde. CD42/15, Funções essenciais de saúde pública. 7. Organização Pan-Americana da Saúde. CD42/13 e CD42.R11, Harmonização da regulamentação farmacêutica nas Américas.
Vinculação	• ASSA2030, meta 5.3 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 4.3.2 (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 8**: Ampliação do acesso equitativo a medicamentos essenciais, vacinas e outras tecnologias em saúde seguros, acessíveis, clinicamente eficazes, com boa relação custo benefício e de qualidade garantida, bem como a expansão do uso racional dos medicamentos, com sistemas regulatórios fortalecidos que ajudem a alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 8.c:** Número de países e territórios que aumentam o número de unidades de sangue disponíveis para transfusão por 1000 habitantes em pelo menos 5% ao ano até alcançar a meta de 30 unidades de sangue disponíveis por 1000 habitantes
Definição do indicador	O indicador conta o número de países e territórios que aumentam o número de unidades de sangue disponíveis para transfusão por mil habitantes (USDT) em pelo menos 5% ao ano. O número alvo de unidades para um país atingir é 30 USDT. No entanto, o indicador será alcançado quando os países obtiverem um aumento de 5% ao ano e atingirem pelo menos 20 USDT. **Linha de base (2019):** 7 **Meta (2025):** 16
Finalidade do indicador	O indicador mede a disponibilidade real de sangue e componentes, tendo em conta não apenas o número de unidades recolhidas, mas também a perda ou desperdício de unidades de sangue devido a causas como infecções transmitidas por transfusão, problemas de qualidade e expiração do sangue em estoque. A disponibilidade real é um indicador substituto da eficiência na coleta e organização dos serviços de sangue em um país. O acompanhamento desse indicador permite demonstrar a gestão da qualidade e a eficiência dos serviços de sangue na Região, conforme preconiza o plano regional de acesso ao sangue da OPAS para o período 2014-2019.
Nota técnica	Para calcular o indicador, cada país precisa calcular USDT/1000 habitantes em um determinado ano e depois medir a variabilidade percentual do USDT no ano seguinte. $\left(\frac{\text{Nº de unidades de sangue coletadas} - \text{Nº de unidades descartadas}}{\text{População (número de habitantes)}}\right) \times 1000 = \text{USDT/1000 habitantes/ano}$ USDT: unidades de glóbulos vermelhos e sangue total disponíveis no país para atender às necessidades regulares de 1000 habitantes em um determinado ano Nº de unidades de sangue colhidas: total de unidades colhidas pelo país nesse ano Nº de unidades descartadas: unidades descartadas por qualquer um dos seguintes motivos: • ITT: unidades de sangue descartadas devido a resultados de testes reagentes; • Qualidade: unidades de sangue descartadas devido a falhas no armazenamento, quebra na cadeia de frio ou outras falhas do sistema de controle de qualidade; • Expiração: unidades de sangue descartadas por terem ultrapassado a data de expiração. População: número de habitantes do país nesse ano
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios

Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Inovação, Acesso a Medicamentos e Tecnologias em Saúde (IMT)
Fonte dos dados	Os Estados Membros informam esses dados anualmente como parte de seu compromisso com o *Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro* (CD53.R6).
Limitações	Os países podem deixar de prestar informações.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro. Washington, DC: OPAS; 2014 (resolução CD53.R6).
Vinculação	• ASSA2030, meta 5.6

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 8**: Ampliação do acesso equitativo a medicamentos essenciais, vacinas e outras tecnologias em saúde seguros, acessíveis, clinicamente eficazes, com boa relação custo benefício e de qualidade garantida, bem como a expansão do uso racional dos medicamentos, com sistemas regulatórios fortalecidos que ajudem a alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 8.d:** Número de países e territórios que têm regulamentação e supervisão que garantem o acesso a serviços radiológicos seguros e de qualidade
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que dispõem de um sistema de regulamentação e capacidade supervisão dos serviços radiológicos com base no documento Proteção Radiológica e Segurança das Fontes de Radiação: Normas Básicas Internacionais de Segurança. Essas normas foram elaboradas e aprovadas pela Comunidade Europeia, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, Agência Internacional da Energia Atômica, Organização Internacional do Trabalho, Agência de Energia Nuclear da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, Organização Mundial da Saúde e Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, bem como pela OPAS, por meio da resolução CSP28.R15. **Linha de base (2019):** 0 **Meta (2025):** 13
Finalidade do indicador	Para garantir a qualidade e a segurança dos serviços radiológicos, é necessário implementar os requisitos pertinentes das Normas Básicas. O indicador acompanha o progresso da Região rumo ao cumprimento dessas normas.
Nota técnica	Embora as Normas Básicas abarquem todas as situações de exposição à radiação, apenas os requisitos pertinentes a todos os serviços médicos que usam radiação ionizante (serviços radiológicos) devem ser considerados na busca pelo indicador. Como parte desses requisitos, cada governo precisa estabelecer uma autoridade ou um sistema de autoridades com poderes legais para conduzir o processo regulatório, o que abrange a emissão de autorizações para os serviços. Isso significa que o país deve ser capaz de cumprir os Requisitos Gerais das Normas Básicas (2.1 a 2.52), que dizem respeito, sobretudo, às responsabilidades do governo e do órgão regulador, e os requisitos das Situações de Exposição Planejada (3.1 a 3.184), que dizem respeito às responsabilidades dos registrantes e licenciados no tocante à proteção dos trabalhadores da saúde, pacientes e pessoas do público.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Inovação, Acesso a Medicamentos e Tecnologias em Saúde (IMT)

Fonte dos dados	Sistemas de prestação de informações dos países; sistemas de informação da OPAS e da Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA).
Limitações	Alguns países não contam com um sistema formal de regulação e supervisão dos serviços radiológicos. Outros dispõem um sistema, mas os regulamentos e normas não foram atualizados de modo a cumprir as Normas Básicas e/ou a capacidade de supervisão é limitada. Muitos países, durante o processo de formação dessa capacidade, serão classificados como tendo alcançado parcialmente o indicador. Apenas os países que demonstrem uma conformidade suficiente com os requisitos acima mencionados devem ser considerados como tendo alcançado o indicador.
Referências	1. Agência Internacional de Energia Atômica. Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas básicas internacionales de seguridad. Viena: AIEA; 2016.Disponível em: https://www.iaea.org/publications/8930/radiation-protection-and-safety-of-radiation-sources-international-basic-safety-standards. 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Proteção radiológica e segurança das fontes de radiação: normas básicas internacionais de segurança. Washington, DC: OPAS; 2012 (resolução CSP28.R15). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28.R15-p.pdf. 3. Agência Internacional de Energia Atômica. Radiation protection and safety in medical uses of ionizing radiation. Viena: AIEA; 2018. Disponível em: https://www-pub.iaea.org/books/IAEABooks/11102/Radiation-Protection-and-Safety-in-Medical-Uses-of-Ionizing-Radiation.
Vinculação	• ASSA2030, meta 5.5

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 8**: Ampliação do acesso equitativo a medicamentos essenciais, vacinas e outras tecnologias em saúde seguros, acessíveis, clinicamente eficazes, com boa relação custo benefício e de qualidade garantida, bem como a expansão do uso racional dos medicamentos, com sistemas regulatórios fortalecidos que ajudem a alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 8.e:** Número de países e territórios que têm regulamentação e supervisão que garantem a disponibilidade de serviços farmacêuticos de qualidade
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que têm dispositivos para assegurar que os serviços farmacêuticos sejam parte integrante dos serviços de saúde e que esses serviços cumpram as normas pertinentes e funcionem sob uma supervisão farmacêutica profissional. **Linha de base (2019):** 3 **Meta (2025):** 7
Finalidade do indicador	O indicador é fundamental para apoiar o desenvolvimento, a colaboração e a integração dos serviços farmacêuticos como parte dos serviços de saúde.
Nota técnica	Para alcançar o indicador, um país precisa ter dispositivos oficiais que determinem a função e as normas dos serviços farmacêuticos integrados, funcionando sob a supervisão dos farmacêuticos, no âmbito da rede integrada de serviços de saúde. As normas devem seguir as recomendações dos documentos de referência mundiais (ver as Referências abaixo). Os dispositivos legais ou as normas oficiais devem estabelecer ou exigir o seguinte: 1. Os serviços farmacêuticos exigem a presença de um farmacêutico ou devem ser supervisionados por esse profissional. 2. Os serviços farmacêuticos atendem às normas nacionais ou locais de prática relativos: *a)* aos procedimentos obrigatórios para o gerenciamento de produtos médicos; *b)* ao papel dos serviços farmacêuticos nas atividades de prevenção e promoção; *c)* à prestação de informações ao paciente sobre os medicamentos; *d)* à participação em relatórios de farmacovigilância; *e)* ao acompanhamento farmacoterápico dos pacientes e *f)* à coordenação interprofissional de ações com o médico ou outros profissionais de saúde quando necessário.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois anos
Unidade da RSPA	Inovação, Acesso a Medicamentos e Tecnologias em Saúde (IMT)
Fonte dos dados	Legislação, normas e regulamentos dos países.

Limitações	Uma disposição legal não garante necessariamente a qualidade dos serviços, mas é tomada como um indicador substituto.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. WHO Technical Report Series, No. 961, 2011, Annex 8: Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services. 2. Organização Mundial da Saúde. Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente. OMS/FIP, 2006. https://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js14094e/. 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPAS; 2006. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANo6-2013.pdf.
Vinculação	Nenhuma.

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 8**: Ampliação do acesso equitativo a medicamentos essenciais, vacinas e outras tecnologias em saúde seguros, acessíveis, clinicamente eficazes, com boa relação custo benefício e de qualidade garantida, bem como a expansão do uso racional dos medicamentos, com sistemas regulatórios fortalecidos que ajudem a alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 8.f:** Número de países e territórios que implementaram quadros e estratégias institucionais ou arcabouços jurídicos para a avaliação, a seleção e o uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde, incluídos os antibióticos
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que implementaram um quadro e estratégias que usam mecanismos baseados em evidências para a avaliação e seleção de medicamentos e dispositivos médicos, sua incorporação ao sistema de saúde e a elaboração de diretrizes clínicas, bem como de estratégias para monitorar o uso de medicamentos e dispositivos médicos, incluídos os antibióticos. **Linha de base (2019):** 3 **Meta (2025):** 10
Finalidade do indicador	O indicador apoia a implementação de uma abordagem integrada e abrangente para a avaliação e uso de medicamentos e outras tecnologias em saúde, incluídos os produtos farmacêuticos e biológicos, os dispositivos médicos e os diagnósticos. O objetivo é assegurar o acesso a produtos de saúde eficazes e com boa relação custo-benefício, bem como uma destinação racional dos recursos que promova a sustentabilidade do sistema de saúde e melhore os resultados em termos de saúde.
Nota técnica	Para alcançar o indicador, um país precisa ter em vigor decretos, resoluções, normas ou regulamentos oficiais e válidos que estabeleçam estruturas e mecanismos baseados em evidências para a avaliação e seleção de medicamentos e outras tecnologias em saúde, sua incorporação ao sistema de saúde e indicadores para avaliação de seu uso de acordo com diretrizes clínicas.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois anos
Unidade da RSPA	Inovação, Acesso a Medicamentos e Tecnologias em Saúde (IMT)
Fonte dos dados	Arcabouços e disposições jurídicos nacionais.
Limitações	Uma disposição legal não garante necessariamente a eficácia da implementação, mas é tomada como um indicador substituto.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Resolução WHA60.16: Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos

	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/25841/A60_R16-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 2. Organização Mundial da Saúde. Resolução WHA67.22: Acceso a los medicamentos esenciales https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21453es/s21453es.pdf. 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CSP28.R9: Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde nos sistemas de saúde 4. http://redetsa.org/wp/wp-content/uploads/2016/08/CSP28.R9-PT.pdf. 5. Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CD55.R12: Acesso e uso racional dos medicamentos e outras tecnologias em saúde estratégicos e de alto custo. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R12-p.pdf.
Vinculação	• ASSA2030, meta 5.4 • 13º PGT, estrutura de impacto

Resultado Intermediário 9. Fortalecimento da gestão e governança

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 9:** Fortalecimento da gestão e governança por parte das autoridades nacionais de saúde, possibilitando que liderem a transformação dos sistemas de saúde e implementem as funções essenciais de saúde pública visando a saúde universal.
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 9.a:** Número de países e territórios que conseguiram alcançar, até 2025, uma redução de pelo menos 10 pontos percentuais da população que informa obstáculos ao acesso aos serviços de saúde em comparação com 2020
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que conseguiram alcançar, até 2025, uma redução de pelo menos 10 pontos percentuais da população que informa obstáculos ao acesso aos serviços de saúde em comparação com 2020. Esses obstáculos podem ser de natureza cultural, institucional, organizacional, econômica e/ou geográfica. **Linha de base (2019):** 0 **Meta (2025):** 12
Finalidade do indicador	A medição deste indicador ajudará a compreender os fatores que influenciam o acesso à saúde nas Américas e a eficácia dos esforços dos países para tornar o acesso mais equitativo. Alcançar a equidade de acesso exige intervenções que abordem determinantes modificáveis do acesso à saúde; nesse sentido, destacam-se características do sistema de saúde (p. ex., institucionais e organizacionais) e características dos indivíduos ou populações (p. ex., conhecimento e comunicação). Os sistemas de saúde podem aumentar as desigualdades em saúde se não forem levadas em consideração as necessidades e condições socioeconômicas das populações subatendidas.
Nota técnica	A porcentagem da população que aponta obstáculos ao acesso é definida como a porcentagem das pessoas que declaram haver tido um problema de saúde nos 30 a 90 dias anteriores e que não procuram serviços de saúde formais, em relação ao número total de pessoas consultadas que declararam haver tido um problema de saúde no mesmo período. **Numerador:** Número de pessoas que informar haver tido um problema de saúde nos 30 a 90 dias anteriores à pesquisa e que não procuraram serviços formais de saúde por motivos de natureza cultural, institucional, organizacional, econômica e/ou geográfica. **Denominador:** Total de pessoas que relatam haver tido um problema de saúde nos 30 a 90 dias anteriores à pesquisa. Os obstáculos ao acesso se enquadram nas seguintes categorias: • Institucionais: longas esperas, falta de solução do problema de saúde, escassez de recursos (medicamentos ou pessoal de saúde), estigma e discriminação; • Geográficos: falta de serviços de saúde próximos; • Econômicos: incapacidade de pagar pelos serviços; • Culturais: diferenças linguísticas; preferência por medicina indígena, homeopática ou alternativa; interferência de um membro da família para impedir o acesso ao atendimento.

Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois anos, no fim do ano
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Atenção Primária à Saúde e Prestação de Serviços Integrados (HSS/PH)
Fonte dos dados	Pesquisas de domicílios com um módulo especial sobre a saúde; dados administrativos das unidades de saúde.
Limitações	O comportamento na busca por atendimento está relacionado com as percepções gerais das pessoas sobre seu estado de saúde, a gravidade de sua doença e as consequências de não tratar um determinado problema. Além disso, pode refletir crenças sobre a qualidade dos serviços de saúde ou a capacidade de superar os obstáculos ao acesso percebidos. Entender melhor as razões pelas quais as pessoas não buscam serviços de saúde é importante para avaliar este indicador.
Referências	1. Báscolo E, Houghton N, del Riego A. Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e81. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.81. 2. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e126. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126. 3. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care 1981(19):127-140.
Vinculação	• ASSA2030, meta 2.1

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 9:** Fortalecimento da gestão e governança por parte das autoridades nacionais de saúde, possibilitando que liderem a transformação dos sistemas de saúde e implementem as funções essenciais de saúde pública visando a saúde universal.
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 9.b:** Número de países e territórios que alcançaram pelo menos 60% de sua capacidade para implementar as funções essenciais de saúde pública
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que atingiram pelo menos 60% de sua capacidade de exercer as seguintes funções essenciais de saúde pública (FESP): • Monitoramento e avaliação da saúde e bem-estar, equidade, determinantes sociais da saúde e desempenho dos sistemas de saúde; • Vigilância da saúde pública, controle e gestão de riscos e emergências de saúde; • Promoção e gestão da pesquisa e dos conhecimentos em matéria de saúde; • Formulação, implementação e supervisão da legislação, políticas e regulamentação na área da saúde; • Participação e mobilização social, incluídos os atores estratégicos e a transparência; • Desenvolvimento dos recursos humanos em saúde; • Acesso e qualidade dos medicamentos e outras tecnologias em saúde; • Financiamento para a saúde; • Acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade; • Acesso equitativo à população e a intervenções comunitárias para promover a saúde e prevenir doenças; • Gestão e promoção de intervenções para abordar os determinantes sociais da saúde. **Linha de base (2019):** 0 **Meta (2025):** 19
Finalidade do indicador	O indicador avaliará os progressos rumo ao fortalecimento da capacidade dos sistemas de saúde para levar a cabo ações integradas e abrangentes de saúde pública. A melhoria do desempenho das funções essenciais de saúde pública tornou-se uma estratégia fundamental para permitir que os sistemas de saúde abordem a complexidade e a multicausalidade dos problemas de saúde pública nas Américas.
Nota técnica	A capacidade de realizar ações integradas e abrangentes de saúde pública será considerada aceitável quando o país cumprir um conjunto de indicadores recomendados pela OPAS/OMS para cada uma das funções essenciais de saúde pública (FESP) acima mencionadas. Para verificar se os requisitos são cumpridos, um questionário elaborado pela OPAS será aplicado aos países. Atualmente, a OPAS está atualizando a metodologia de medição FESP, em consonância com uma revisão do marco conceitual levada a cabo em 2017-2018. Essa metodologia contém dois elementos: primeiro, o mapeamento das estruturas estatais responsáveis pela implementação das FESP; segundo, a análise do desempenho das 11 FESP, descritas acima, com base em uma combinação de métodos quantitativos e qualitativos. Essa metodologia promoverá a participação de várias partes interessadas, como o meio acadêmico, a sociedade civil e as

	entidades estatais responsáveis pela saúde pública, e terá flexibilidade suficiente para ser aplicada nos níveis nacional e subnacional. A metodologia e as ferramentas serão finalizadas até o fim de 2019 e a RSPA facilitará a orientação/formação dos Estados Membros na sua aplicação. Prevê-se que os países estabeleçam suas linhas de base em 2020, formulem um plano para melhorar o desempenho, com a definição de metas, e façam revisões periódicas.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois anos, comparando a situação na linha de base com o fim do período de avaliação
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Atenção Primária à Saúde e Prestação de Serviços Integrados (HSS/PH)
Fonte dos dados	Ferramenta de avaliação da OPAS/OMS das funções essenciais de saúde pública (versão 2019); ferramentas de avaliação dos Estados Membros das funções essenciais de saúde pública.
Limitações	A precisão do indicador depende de uma coordenação adequada com os países para fazer a avaliação, bem como da coleta e análise de dados atualizados.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Marco conceptual y metodológico de las funciones esenciales de salud pública. Documento de trabalho. Washington, DC: OPAS; 2018.
Vinculação	• ASSA2030, meta 2.2

Resultado Intermediário 10. Aumento do financiamento público para a saúde

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 10**: Aumento e melhoria do financiamento público sustentável para a saúde, com equidade e eficiência
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 10.a:** Número de países e territórios que aumentaram os gastos públicos em saúde para pelo menos 6% do produto interno bruto
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que aumentaram os gastos internos do governo geral em saúde pública (GIGGS) de modo a alcançar 6% do produto interno bruto (PIB). **Linha de base (2019):** 7 **Meta (2025):** 15
Finalidade do indicador	O indicador reflete o progresso dos países no sentido de aumentar os gastos públicos em saúde, com eficiência e equidade, como meio de avançar rumo à saúde universal. As evidências sugerem que os gastos públicos em saúde devem corresponder a pelo menos 6% do PIB para assegurar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade.
Nota técnica	Os gastos públicos em saúde abrangem os desembolsos das unidades institucionais em todos os níveis de governo (central, estadual, provincial e local), mais as despesas obrigatórias da seguridade social relacionadas com a saúde. São calculados com base em dados orçamentais e administrativos. O PIB representa um indicador da atividade econômica de um país em um determinado ano. Os gastos públicos em saúde de um país são calculados dividindo um componente pelo outro e multiplicando por 100. A fórmula é a seguinte $$\text{GIGGS como \% do PIB} = \frac{\text{GIGGS}}{\text{PIB}} * 100$$ onde GIGGS são os gastos internos do governo geral em saúde, e PIB é o produto interno bruto. Os países e territórios cujos gastos públicos em saúde atingem ou superam 6% do PIB serão contados como tendo atingido o indicador.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	O indicador é coletado anualmente, com defasagem de aproximadamente dois anos (p. ex., em dezembro de 2018, o ano de 2016 estava disponível).
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Atenção Primária à Saúde e Prestação de Serviços Integrados (HSS/PH)
Fonte dos dados	Os dados sobre os gastos em saúde dos governos centrais e dos governos regionais, provinciais, estaduais, locais e municipais dos países da América Latina e do Caribe provêm da base de

	dados online do Fundo Monetário Internacional sobre as estatísticas das finanças públicas; dos orçamentos nacionais fornecidos pelos ministérios da saúde; e dos dados orçamentais e demonstrações financeiras fornecidas pelos órgãos da seguridade social. Os dados sobre o PIB e as taxas de câmbio provêm da base de dados online do Fundo Monetário Internacional sobre as estatísticas financeiras internacionais. O processo de coleta de dados é liderado pela OMS, que publica os dados anualmente na sua base de dados dos gastos mundiais em saúde. O mesmo indicador é publicado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, que também coleta os dados. A partir dessas fontes, todos ou alguns dos dados são publicados em diferentes formatos pela OPAS, Banco Mundial e Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe.
Limitações	O Sistema de Contas da Saúde 2011 admite diferentes interpretações em alguns casos específicos com relação ao que é gasto público, o que pode originar diferentes resultados nesses casos.
Referências	1. Cid Pedraza C, Matus-López M, Báscolo E. Espacio fiscal para salud en las Américas: ¿es suficiente el crecimiento económico? Rev Panam de Salud Pública 2018;42:e86. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.86. 2. Cid Pedraza C, Pagano JP, Pescetto C, Prieto L. Espacio fiscal para el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y la salud universal. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e197. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.197. 3. Etienne CF. Investing in universal health in the Americas. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e90. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.90. 4. Matus-López M, Prieto Toledo L, Cid Pedraza C. Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú. Rev Panam Salud Pública 2016;40(1):64–69. 5. Matus-López M, Cansino Pozo D, Cid Pedraza C, Valdés Romero W. Evaluación del espacio fiscal para salud en Bolivia. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e4. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.4 6. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico 2014-2019. OD345. Washington, DC: OPAS; 2013. 7. Organização Pan-Americana da Saúde. Espacio fiscal para salud en América Latina y el Caribe. Serie Salud Universal. Washington, DC: OPAS; 2018. 8. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 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). 9. Organização Pan-Americana da Saúde. Health financing in the Americas. Health in the Americas 2017. Washington, DC: OPAS; 2017. 10. Prieto Toledo L, Montañez Ginocchio V, Cid-Pedraza C. Espacio fiscal para salud en Honduras. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e8. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.8. 11. Rathe M, Hernández P, Van Mosseveld C, Pescetto C, Van de Maele N. Health accounts from past to present for a political arithmetic. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e89. doi: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.8.

	12. Organização Mundial da Saúde. Global health expenditure database. Disponível em: http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en. 13. Organização Mundial da Saúde. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Genebra: OMS; 2010. 14. Xu K, Sakena P, Jowett M, Indikadhena Ch, Kutzin J, Evans D. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. World Health Report 2010, Background Paper No. 19.
Vinculação	• ASSA2030, meta 4.1 • Indicadores básicos da OPAS • PE14-19, indicador de resultado intermediário 4.1.2 • 13º PGT, estrutura de impacto

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 10**: Aumento e melhoria do financiamento público sustentável para a saúde, com equidade e eficiência
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 10.b:** Número de países e territórios que destinaram pelo menos 30% do gasto público em saúde para o primeiro nível de atenção
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que destinaram pelo menos 30% dos gastos públicos em saúde para intervenções no primeiro nível de atenção. A metodologia de cálculo da porcentagem de 30% pode variar de acordo com o contexto nacional, dada a estrutura do primeiro nível de atenção em cada país. **Linha de base (2019):** 0 **Meta (2025):** 8
Finalidade do indicador	A despesa na atenção primária reflete os recursos financeiros usados para pagar todos os insumos e funções necessários para prestar serviços no primeiro nível de atenção (recursos humanos, medicamentos e tecnologias em saúde, infraestrutura, melhoria da qualidade, serviços de saúde pública, gestão e coordenação, ação intersetorial, etc.). A estratégia para a saúde universal propõe que, no processo de aumento dos gastos públicos em saúde para pelo menos 6% do PIB, uma destinação equitativa e eficiente dos recursos deve dar prioridade ao primeiro nível de atenção, procurando melhorar sua capacidade resolutiva e sua capacidade para organizar a prestação de serviços de saúde de forma integrada. É consenso que o reforço do primeiro nível de atenção melhorará os resultados em termos de saúde e aumentará a eficiência dos gastos em saúde. Portanto, os gastos com o primeiro nível de atenção constituem um parâmetro fundamental na discussão sobre os recursos financeiros estarem sendo alocados de forma eficiente. É essencial monitorar o nível desses gastos para embasar a formulação de políticas, a tomada de decisões e o planejamento a fim de melhorar o desempenho dos sistemas de saúde com equidade, eficiência e sustentabilidade.
Nota técnica	Para medir a porcentagem dos gastos públicos em saúde de um país destinada ao primeiro nível de atenção, é necessário aprofundar o debate com os especialistas dos Estados Membros. A OPAS organizará consultas a esses profissionais para elaborar uma metodologia específica com base nas classificações do Sistema de Contas da Saúde 2011. Serão abordadas as diversas funções da saúde (saúde pública individual e coletiva), os regimes de financiamento da saúde pública e os prestadores no primeiro nível de atenção. O indicador está em fase de construção e precisa ser aperfeiçoado como parte deste processo de consulta. A fórmula é a seguinte: $$\text{GPPNA como \% dos GIGGS} = \frac{\text{GPPNA}}{\text{GIGGS}} * 100$$ onde GPPNA são os gastos públicos em saúde alocados para o primeiro nível da atenção, e GIGGS, os gastos internos do governo geral em saúde. Os países e territórios cujos GPPNA atingem ou superar 30% dos GIGGS serão contados como tendo atingido o indicador.

Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Os dados são coletados anualmente e publicados na base de dados dos gastos mundiais em saúde (GHED) da OMS na primeira quinzena de dezembro de cada ano, com uma defasagem de dois anos (t-2).
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Atenção Primária à Saúde e Prestação de Serviços Integrados (HSS/PH)
Fonte dos dados	Os dados são publicados na base de dados GHED da OMS.
Limitações	• A definição de serviços da atenção primária representa um desafio, pois os países podem ter definições diferentes de acordo com seu modelo de atenção e nível de desenvolvimento de seu sistema de saúde. • O indicador é obtido a partir dos dados das contas de saúde (2011) disponíveis. No entanto, atualmente, os dados atualizados sobre a classificação da saúde (gastos por função) só estão disponíveis para cinco países da Região; outros seis têm dados referentes a anos anteriores diversos. É preciso sensibilizar os países sobre a necessidade de produzir contas da saúde em uma base contínua, e é necessário apoio técnico para desenvolver a capacidade nacional para produzir e manter contas nacionais da saúde.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Global Health Expenditure Database. Disponível em: http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en. 2. Organização Mundial da Saúde. World Health Report 2008: primary health care (now more than ever). Genebra, 2008. 3. Organização Mundial da Saúde. Measuring primary health care expenditure in low and middle-income countries. Conference paper 25 e 26 de outubro de 2018. Disponível em: https://improvingphc.org/sites/default/files/Measuring%20PHC%20expenditure%20in%20LMIC_Conference%20paper-small.pdf. 4. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA2011 framework. Disponível em: https://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf. 5. Friedberg, M.W., Hussey P.S., and E.C. Schneider (2010). Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Affairs 29:766-72. Disponível em: https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2010.0025.
Vinculação	• ASSA2030, meta 4.1

Resultado Intermediário 11. Fortalecimento da proteção financeira

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 11**: Fortalecimento da proteção contra riscos e dificuldades de natureza financeira relacionados à saúde para todas as pessoas
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 11.a:** Número de países e territórios que reduziram em 20% a porcentagem de pessoas em domicílios que registram gastos catastróficos do próprio bolso com saúde
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que reduziram em 20% a porcentagem de pessoas nos domicílios que registram gastos com saúde catastróficos em decorrência de pagamentos diretos (despesas do próprio bolso com saúde) no local de atendimento. Os gastos com saúde dos domicílios são considerados "catastróficos" quando representam uma grande parcela da renda ou do consumo dos domicílios. **Linha de base (2019):** 0 **Meta (2025):** 12
Finalidade do indicador	O acesso à saúde deve ser concedido com base na necessidade e não na capacidade de pagar por ele. A falta de proteção financeira é considerada um dos mais importantes obstáculos ao acesso aos serviços de saúde e uma das principais fontes de desigualdade em saúde. Os pagamentos diretos são considerados a forma menos equitativa de financiar a saúde, uma vez que podem limitar a qualidade e a extensão do atendimento recebido. Os pagamentos diretos podem também representar uma fonte de ineficiência, pois desencorajam o acesso aos serviços de saúde quando necessário, o que pode levar as pessoas a adiar a procura por atendimento até que um problema ou afecção já seja grave e o tratamento seja mais caro e/ou menos eficaz. A estratégia da saúde universal propõe que o aumento da proteção financeira reduza a iniquidade no acesso à saúde e que os países avancem progressivamente rumo à eliminação dos pagamentos diretos no local de atendimento como fonte de financiamento. Um nível decrescente de pagamentos catastróficos é um indicador de proteção financeira, embora não seja o único.
Nota técnica	Para efeitos deste indicador, os gastos com saúde são definidos como catastróficos quando excedem 25% do consumo de um domicílio. Já o consumo de um domicílio é definido como equivalente ao total da renda domiciliar. A capacidade de pagar é definida como o rendimento total do domicílio menos os gastos não discricionários necessárias para cobrir as necessidades básicas da família (que vão além das despesas alimentares). A fórmula é a seguinte: $$\text{GCPB como \% do TOTD} = \frac{\text{GCPB}}{\text{TOTD}} * 100$$ onde GCPB é o número de domicílios com gastos catastróficos do próprio bolso com saúde e TOTD é o número total de domicílios. A seguir, apresenta-se uma explicação mais detalhada do método: usando as pesquisas, Wagstaff e van Doorslaer (2003) medem a incidência dos gastos catastróficos como a

	porcentagem da população que incorre em gastos do próprio bolso com saúde (GPB) que representam 25% ou mais do total dos gastos do domicílio. Os autores desenvolvem conceitualmente a medição dos gastos catastróficos com saúde da seguinte forma: $$O_i^x = \frac{T_i}{x_i} - z_{cat}^x$$ onde: O_i^x: GPB per capita do domicílio acima do limiar da pessoa i T_i: GPB per capita do domicílio da pessoa i x_i: Total dos gastos per capita do domicílio da pessoa i z_{cat}^x: Limiar dos gastos catastróficos com saúde (25%) Em seguida, o indicador das pessoas que incorreram em gastos catastróficos com saúde é: $$E_i^x = \begin{cases} 1 & \text{se } O_i^x > 0 \\ 0 & \text{se } O_i^x \leq 0 \end{cases}$$ Por último, a porcentagem de pessoas que incorreram em gastos catastróficos com saúde é calculada como: $$H_{cat} = \frac{\sum_{i=1}^{N} E_i^x}{N}$$ onde N é o total de pessoas.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Os dados são obtidos de pesquisas de domicílios feitas regularmente a cada 5 a 10 anos.
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Atenção Primária à Saúde e Prestação de Serviços Integrados (HSS/PH)
Fonte dos dados	As pesquisas de domicílios costumam ser feitas pelos institutos nacionais de estatística dos países.
Limitações	• O indicador não captura o atendimento de saúde perdido, ou seja, o atendimento que era necessário, mas não foi obtido porque seu custo era inacessível. • A incidência de gastos catastróficos é sensível à metodologia usada, desde que os limiares da renda e da capacidade de pagar usados sejam diferentes.
Referências	1. Cid C, Pescetto C, Pagano JP, Del Riego A, Fitzgerald J. Health Financing and Financial Protection in the Americas. Documento de trabalho do Escritório Regional da OMS para as Américas, AMRO/OPAS. Genebra: OMS; 2017. 2. Deaton A, Zaidi S. Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis. Living Standards Measurement Study Working Paper 135. Washington, DC: Banco Mundial; 2002. 3. Ferreira FHG. A global count of the extreme poor in 2012: data issues, methodology and initial results. Journal of Economic Inequality 2016;14(2):141-72.

4. Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, van Doorslaer E. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. Health Econ 2008(12):1393-412.
5. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Bitrán R, Campino AC, *et al.* Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean countries. Salud Pública de México 2011;53:S85–S95. 22.
6. O'Donnell, O. Financial protection against medical expense. Versão preliminar. Setembro de 2018.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Gasto catastrófico y empobrecedor en países de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPAS; 2017.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 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). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf.
9. Perticara M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe; 2008.
10. Petrera Pavone M, Jiménez Sánchez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud púbicos en Perú, 2010-2014. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e20. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20.
11. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. Public Health Panorama 2016;2(3):357-66.
12. Nações Unidas. SDG, indicators metadata repository. Disponível em: https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf.
13. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. Health Economics 2003;12(11):921-34.
14. Wagstaff A, Eozenou P. CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. Policy Research Working Paper 6861. Washington, DC: Banco Mundial; 2014.
15. Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending: results for 122 countries. A retrospective observational study. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-2.
16. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR, *et al.* Progress on catastrophic health spending: results for 133 countries: a retrospective observational study. Lancet Global Health. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214- 109X(17)30429-1.
17. Wagstaff A, *et al.* Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. Lancet, 6 de fevereiro de 2018. Disponível em: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2817%2930429-1
18. Organização Mundial da Saúde. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Genebra: OMS; 2010.

	19. Organização Mundial da Saúde e Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Genebra, 2017. 20. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003;362(9378):111-7. 21. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood) 2007;26(4):972-83. 22. A measured approach to ending poverty and boosting shared prosperity: concepts, data and the twin goals. Policy Research Report. Washington, DC: Banco Mundial; 2015.
Vinculação	• ODS, indicador 3.8.2 • ASSA2030, meta 4.2

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 11:** Fortalecimento da proteção contra riscos e dificuldades de natureza financeira relacionados à saúde para todas as pessoas
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 11.b:** Número de países e territórios que reduziram em 10% a porcentagem de pessoas em domicílios que passaram por empobrecimento devido a gastos do próprio bolso com saúde
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que reduziram em 10% a porcentagem de pessoas em domicílios cujos gastos do próprio bolso com saúde os empurraram para baixo da linha de pobreza. **Linha de base (2019):** 0 **Meta (2025):** 12
Finalidade do indicador	O indicador mede o progresso dos países rumo à eliminação dos pagamentos diretos por serviços de saúde no local de atendimento. Isso é fundamental porque esses pagamentos servem como um obstáculo ao acesso e uma fonte de empobrecimento das famílias.
Nota técnica	O indicador é calculado por meio da construção de uma razão entre os domicílios pesquisados que incorrem em gastos do próprio bolso com saúde que os empurram para baixo da linha de pobreza (o numerador) e o total de domicílios que incorrem em despesas do próprio bolso com saúde (o denominador). A fórmula é a seguinte: $$\text{DEGPB como \% do TDGPB } = \frac{\text{DEGPB}}{\text{TDGPB}} * 100$$ onde DEGPB é o número de domicílios em situação de empobrecimento em decorrência de gastos do próprio bolso com saúde, e TDGPB é o número de domicílios que incorrem em gastos do próprio bolso com saúde. Em mais detalhe, usando as pesquisas, Wagstaff e van Doorslaer (2003) propõem usar a linha internacional de pobreza absoluta (ou um conjunto dessas linhas de acordo com a classificação do país em termos de renda) como a linha internacional de US$ 1,90 per capita por dia (medida em dólares internacionais ajustados) pela paridade de poder de compra, em dólares constantes de 2011, de agora em diante, $int, Paridade do Poder de Compra (PPC), 2011. Wagstaff e van Doorslaer (2003) definem o número de pessoas pobres antes do pagamento como: $$H_{pov}^{pre} = \frac{\sum_{i=1}^{N} P_i^{pre}}{x_i} = \mu_{P^{pre}}$$ onde: H_{pov}^{pre}: número de pessoas abaixo da linha de pobreza antes do pagamento

	$$P_i^{pre} = \begin{cases} 1 & x_i < z_{pov}^{pre} \\ 0 & x_i \geq z_{pov}^{pre} \end{cases}$$: indicador de pobreza da pessoa i x_i: total dos gastos per capita do domicílio da pessoa i z_{pov}^{pre}: linha de pobreza antes do pagamento $$g_i^{pre} = x_i - z_{pov}^{pre}$$ onde: g_i^{pre}: hiato de pobreza antes do pagamento da pessoa i $$G_{pov}^{pre} = \frac{\sum_{i=1}^{N} g_i^{pre}}{N} = \mu_{g^{pre}}$$ onde: G_{pov}^{pre}: hiato de pobreza médio antes do pagamento normalizando: $$NG_{pov}^{pre} = \frac{G_{pov}^{pre}}{z_{pov}^{pre}}$$ e o hiato de pobreza positivo médio é: $$MPG_{pov}^{pre} = \frac{\sum_{i=1}^{N} g_i^{pre}}{\sum_{i=1}^{N} p_i^{pre}} = \frac{\mu_{g^{pre}}}{\mu_{P^{pre}}}$$ de tal maneira que: $$\mu_{g^{pre}} = \mu_{P^{pre}} \cdot MPG_{pov}^{pre}$$ $$PI^{H} = H_{pov}^{post} - H_{pov}^{pre}$$ $$PI^{G} = G_{pov}^{post} - G_{pov}^{pre}$$ considerando a linha de pobreza de $int 1,90 por dia: $$z_{pov}^{pre} = z_{pov}^{post} = \$int\ 1{,}90 \cdot 365\ \text{days} \cdot TC_{\$int\ (PPC,\ 2011)}^{MN} \cdot h_{tamanho}$$ onde: $TC_{\$int,PPC,2011}^{MN}$: taxa de câmbio moeda nacional por $int (PPC, 2011) $h_{tamanho}$: Tamanho do domicílio
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios

Frequência de medição	A frequência de cálculo dos dados depende da frequência com que são feitas as pesquisas sobre os gastos dos domicílios nos países. Alguns países fazem esse tipo de pesquisa todos os anos, enquanto outros o fazem a cada três, cinco ou até dez anos.
Unidade da RSPA	Sistemas e Serviços de Saúde / Atenção Primária à Saúde e Prestação de Serviços Integrados (HSS/PH)
Fonte dos dados	O indicador pode ser calculado e fornecido pelo país (ministério da saúde e/ou instituto de estatística).
Limitações	O indicador mostra quantos domicílios ingressam na pobreza devido aos gastos com saúde e quantos já não vivem em situação de pobreza, mas não fornece informações sobre domicílios já pobres que ficam ainda mais pobres devido aos gastos com saúde. Tampouco fornece informações sobre os que não têm acesso aos serviços de saúde devido à falta de dinheiro e que, portanto, não arcam com gastos com saúde empobrecedores.
Referências	1. Cid Pedraza C, Prieto Toledo L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. Rev Panam Salud Pública 2012;31(4):310-316. 2. Cid C, Pescetto C, Pagano JP, Del Riego A, Fitzgerald J. Health Financing and Financial Protection in the Americas. Documento de trabalho do Escritório Regional da OMS para as Américas, AMRO/OPAS. Genebra: OMS; 2017. 3. Deaton A, Zaidi S. Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis. Living Standards Measurement Study Working Paper 135. Washington, DC: Banco Mundial; 2002. 4. Ferreira FHG. A global count of the extreme poor in 2012: data issues, methodology and initial results. Journal of Economic Inequality 2016;14(2):141-72. 5. Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, van Doorslaer E. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. Health Econ 2008 Dec 17(12):1393-412. 6. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Bitrán R, Campino AC, *et al.* Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean countries. Salud Pública de México 2011;53:S85–S95. 22. 7. Organização Pan-Americana da Saúde. Gasto catastrófico y empobrecedor en países de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPAS; 2017. Forthcoming. 8. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 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). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf 9. Perticara M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe; 2008. 10. Petrera Pavone M, Jiménez Sánchez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud púbicos en Perú, 2010-2014. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e20. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20 11. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. Public Health Panorama 2016;2(3):357-66.

	12. Nações Unidas. SDG, indicators metadata repository. Disponível em: https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf. 13. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993- 1998. Health Economics 2003;12(11):921-34. 14. Wagstaff A, Eozenou P. CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. Policy Research Working Paper 6861. Washington, DC: Banco Mundial; 2014. 15. Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending: results for 122 countries: a retrospective observational study. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-2. 16. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR *et al.* Progress on catastrophic health spending: results for 133 countries: a retrospective observational study. Lancet Global Health 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214- 109X(17)30429-1. 17. Wagstaff A, *et al.* Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. Lancet, 6 de fevereiro de 2018. Disponível em: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2817%2930429-1. 18. Organização Mundial da Saúde, OMS. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage, Genebra, 2010. 19. Organização Mundial da Saúde e Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Genebra, 2017. 20. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003;362(9378):111-7. 21. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood) 2007;26(4):972-83. 22. A measured approach to ending poverty and boosting shared prosperity: concepts, data and the twin goals. Policy Research Report. Washington, DC: Banco Mundial; 2015.
Vinculação	• ODS, indicador 3.8.2 • ASSA2030, meta 4.2

Resultado Intermediário 12. Fatores de risco das doenças transmissíveis

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 12:** Redução dos fatores de risco das doenças transmissíveis ao abordar os determinantes da saúde por meio da ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 12.a:** Número de países e territórios que informam dados sobre discriminação nos serviços de saúde sofrida por homens que fazem sexo com homens nos últimos 12 meses
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que forneceram informações atualizadas por meio do processo de monitoramento mundial da AIDS sobre a porcentagem de homens gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) que sofreram discriminação nos serviços de saúde nos últimos 12 meses. Os países que forneceram informações dos três anos anteriores serão contados como tendo cumprido o indicador. **Linha de base (2019):** 9 **Meta (2025):** 11
Finalidade do indicador	Em 2013, os Estados Membros da OPAS reconheceram que o estigma e a discriminação enfrentados pelas pessoas LGBT muitas vezes as impedem de acessar os serviços de saúde necessários, como os de saúde mental e uma ampla gama de outros serviços, e que essa e outras formas de exclusão social e cultural resultam em iniquidade, desigualdade e maior vulnerabilidade a resultados adversos em termos de saúde. A resolução CD52.R6, *Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans* (LGBT), instou os Estados Membros a: *a)* promover a prestação de serviços de saúde a todas as pessoas; *b)* aprovar políticas, planos e leis que promovam a igualdade de acesso a serviços adaptados às necessidades e obstáculos específicos enfrentados pelas pessoas LGBT e *c)* coletar dados sobre o acesso dessa população a atendimento e unidades de saúde. Além disso, a discriminação agrava os riscos e priva as pessoas de seus direitos, alimentando assim a epidemia do HIV, entre outros problemas de saúde. O estigma relacionado ao HIV refere-se a crenças, sentimentos e atitudes negativas em relação a pessoas que vivem com o HIV, a grupos associados a pessoas que vivem com o HIV (p. ex., suas famílias) e a populações-chave exposta a um risco maior de infecção pelo HIV, como os homens que fazem sexo com homens. Esse indicador fornece uma medida importante de quantos países conseguem monitorar a proporção de homens que fazem sexo com homens que relataram ter sofrido discriminação nos serviços de saúde, envolvendo, por exemplo, o exame, atendimento médico e tratamento relacionados ao HIV.
Nota técnica	Solicita-se aos países que apresentem relatórios sobre os indicadores para monitorar a Declaração Política de 2016 da ONU sobre o Fim da AIDS. Isso é feito em anualmente. Os países que estão monitorando o indicador LAC2.3.1b (no conjunto de indicadores regionais

	para os países da América Latina e Caribe) e que transmitam novos dados serão contados como tendo alcançado o indicador de resultado intermediário 12.a do Plano Estratégico.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada três anos
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/HIV, Hepatite, Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CDE/HT)
Fonte dos dados	UNAIDS, OMS e os relatórios dos países sobre o monitoramento da AIDS em todo o mundo (Global AIDS Monitoring – GAM).
Limitações	Este indicador é usado como um indicador substituto dos esforços dos países para reduzir o estigma e a discriminação nos serviços de saúde. Como os dados baseiam-se em pesquisas ou entrevistas de saída com homens que fazem sexo com homens, a informação não é coletada regularmente e pode não ser representativa do país.
Referências	1. UNAIDS http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf. 2. UNAIDS http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/gam-lac-progress-zero-discrimination_en.pdf. 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório do diretor sobre o combate contra as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans. Documento CD56/INF/11, Corr. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49649/CD56-INF-11-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
Vinculação	• Global AIDS Monitoring, indicator LAC 2.3.1.b

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 12:** Redução dos fatores de risco das doenças transmissíveis ao abordar os determinantes da saúde por meio da ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 12.b:** Número de países e territórios onde todo o território ou unidade territorial endêmica (por transmissão vetorial) tem um índice doméstico de infestação (pela principal espécie de vetor triatomíneo ou pelo vetor substituto, conforme o caso) igual ou inferior a 1%
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que atingiram um determinado índice doméstico de infestação pelo vetor implícito, como expressão de um potencial declínio na transmissão vetorial para humanos. **Linha de base (2019):** 17 **Meta (2025):** 21
Finalidade do indicador	O indicador mostra o progresso alcançado pelo programa de controle de vetores (antitriatomíneo) em um país, território ou área geográfica onde a doença de Chagas é endêmica durante um período específico, onde o índice doméstico de infestação (pelas principais espécies de vetores triatomíneos ou por um vetor substituto, conforme o caso) é menor ou igual a 1% como resultado de uma redução ou interrupção da transmissão vetorial.
Nota técnica	Cálculo no nível nacional: O índice doméstico de infestação (pelas principais espécies de vetores triatomíneos ou por um vetor substituto, conforme o caso) é calculado para cada país dividindo o número de habitações infestadas pelo número de habitações pesquisadas em uma determinada área e depois multiplicando por 100. Cálculo no nível regional: O indicador regional é obtido por meio da contagem do número de países endêmicos em que o índice doméstico de infestação (pelas principais espécies de vetores triatomíneos ou por um vetor substituto, conforme o caso) é igual ou inferior a 1%.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/Doenças Negligenciadas, Tropicais e Transmitidas por Vetores (CDE/VT)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos dos relatórios anuais dos países recebidos para a reunião anual da iniciativa sub-regional para a doença de Chagas. Dados complementares também são obtidos por meio de relatórios de avaliação de campo feitas por missões internacionais, juntamente com o Programa Regional de Doença de Chagas da OPAS/OMS.

Limitações	Os dados geralmente mostram situações refletidas apenas em amostras representativas e levantamentos soroepidemiológicos entomológicos complementares.
Referências	1. Salvatella R, Irabedra P, Sánchez D, Castellanos LG, Espinal M. South-south cooperation for Chagas disease. Lancet, 3 de agosto de 2013; 382(9890):395-396. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61671-2/fulltext. 2. Salvatella R, Schmunis G. Chagas disease. In: Medcalf A, Bhattacharya S. Tropical diseases. Lessons from history. Ed. Orient Black Swan, Ed.I:88-90, Hyderabad, 2014. 3. Governments of El Salvador, Guatemala, Honduras, Japan, and Nicaragua. Buenas prácticas en el control de la enfermedad de Chagas en Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua. Tokyo: Ed. JICA; 2014. 4. Organização Pan-Americana da Saúde. Initiative of the countries of Central America for control of vector-borne and transfusional transmission and medical care for Chagas disease (IPCA). Historia de 12 años de una Iniciativa Subregional, 1998-2010. Washington, DC: OPAS; 2011 (OPPS/HSD/CD/005-11). Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6143&Itemid=4283. 5. Salvatella R, Irabedra P, Castellanos, LG. Interruption of vector transmission by native vectors and “the art of the possible”. Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 109(1):122-125, fevereiro de 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005527/
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.7 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 1.3.4 (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 12:** Redução dos fatores de risco das doenças transmissíveis ao abordar os determinantes da saúde por meio da ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 12.c:** Número de países e territórios em que houve um aumento da capacidade de vigilância da resistência antimicrobiana para orientar as intervenções de saúde pública a fim de reduzir o risco e evitar a transmissão de infecções multirresistentes, por meio de ação intersetorial
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios com um sistema nacional de vigilância da resistência antimicrobiana que fornece dados de qualidade sobre os perfis de resistência das bactérias, incluídas informações epidemiológicas (sexo, idade, infecção hospitalar ou adquirida na comunidade) sobre o doente. Os dados são analisados e informados para orientar as intervenções de saúde pública destinadas a reduzir o risco e prevenir a disseminação de infecções multirresistentes. **Linha de base (2019):** 24 **Meta (2025):** 25
Finalidade do indicador	A finalidade do indicador é demonstrar o progresso na implementação dos planos de ação nacionais contra a resistência antimicrobiana em países e territórios, mais especificamente por meio de esforços para "reforçar o conhecimento por meio da vigilância e da pesquisa", como preconizado no 2º Plano de Ação Global sobre Resistência Antimicrobiana. O êxito na implementação dos planos de ação nacionais deverá resultar em um aumento da capacidade de vigilância para responder e controlar a ameaça da resistência antimicrobiana. Os Estados Membros deverão criar ou reforçar a sua capacidade de vigilância da resistência antimicrobiana, partindo de uma sólida capacidade laboratorial e passando pela coleta dos dados epidemiológicos pertinentes. Isso permitirá aos países usar os dados da vigilância da resistência antimicrobiana para orientar e medir as intervenções, embasar as diretrizes de tratamento e apoiar os programas de prevenção e controlo das infecções, além de possibilitar que participem do Sistema Mundial de Vigilância da Resistência Antimicrobiana (GLASS, na sigla em inglês), da OMS.
Nota técnica	O indicador é calculado por meio da contagem do número de países e territórios com a capacidade de vigilância da resistência antimicrobiana necessária, conforme a definição acima. Um país alcançou o indicador se: • A análise de dados e os relatórios estão disponíveis em nível nacional para orientar as intervenções de saúde pública, contendo informações laboratoriais e epidemiológicas; • A avaliação externa da qualidade em nível nacional dos testes de suscetibilidade antimicrobiana dos laboratórios participantes da rede nacional de vigilância da resistência antimicrobiana é feita anualmente; • Os dados são informados à OPAS por meio da plataforma reforçada de vigilância da resistência antimicrobiana para infecções da corrente sanguínea.

Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/Programa Especial sobre a Resistência aos Antimicrobianos (CDE/AR)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos de formulários de coleta anual submetidos oficialmente pelos países à OPAS e/ou de outras fontes, coma pesquisas, bases de dados publicadas e relatórios de domínio público.
Limitações	Os dados dependem da qualidade do sistema de vigilância e da capacidade laboratorial para detecção da resistência antimicrobiana. Além disso, o alinhamento com o GLASS representará um desafio para a coordenação no nível nacional para assegurar a disponibilidade dos dados epidemiológicos e sistemas de informação necessários.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Dados da resistência antimicrobiana publicados na PLISA. 2. Organização Mundial da Saúde. Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos. Este manual trata da fase inicial da implementação do GLASS, com ênfase na vigilância da resistência em patógenos bacterianos humanos comuns.
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.8 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 1.6.1 (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 12**: Redução dos fatores de risco das doenças transmissíveis ao abordar os determinantes da saúde por meio da ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 12.d:** Número de países e territórios que contam com mecanismos adequados para prevenir ou mitigar os riscos para a inocuidade dos alimentos
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios com mecanismos intersetoriais adequados de controle de alimentos para prevenir ou mitigar os riscos para a inocuidade dos alimentos. **Linha de base (2019):** 5 **Meta (2025):** 22
Finalidade do indicador	O indicador mostra os avanços na implementação de uma abordagem baseada no risco para reforçar a Inocuidade dos alimentos em um país ou território.
Nota técnica	Este indicador é calculado por meio da contagem dos países e territórios que têm em vigor, ou em fase de implementação, mecanismos regulatórios intersetoriais, obrigatórios e baseados no risco, sistemas de monitoramento e vigilância dos alimentos, e qualquer outra prática destinada a proteger os consumidores de doenças transmitidas pelos alimentos por meio do reforço dos controles durante a produção, manipulação, armazenamento, processamento e distribuição, considerando o enfoque "Uma Saúde". Esses mecanismos devem conter os cinco componentes de um programa de segurança alimentar relacionados a seguir, bem como outras práticas que possam proteger a saúde contra doenças transmitidas pelos alimentos: 1. Leis, regulamentos e políticas de inocuidade dos alimentos; 2. Autoridades competentes; 3. Vigilância e controle; 4. Inspeção; 5. Educação. Especial atenção deve ser dada aos riscos associados às populações em condições de vulnerabilidade, sobretudo as crianças, e as situações de alto risco, como ambientes sem serviços formais de inspeção.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual. Os dados informados correspondem ao fim do ano e são recebidos em março do ano seguinte.
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/Centro Pan-Americano de Febre Aftosa – PANAFTOSA (CDE/AFT)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos de relatórios anuais submetidos pelas autoridades nacionais de saúde e agricultura ao PANAFTOSA usando a ferramenta *Desempenho, Visão e Estratégia*, bem como de outras fontes, como pesquisas, bases de dados de leis, etc.

Limitações	• Os dados refletem relatórios de autoavaliação de medições qualitativas. Precisam ser complementados por outras medidas de desempenho, como o número de doenças transmitidas pelos alimentos informadas e pesquisas com consumidores sobre questões de inocuidade dos alimentos. • O indicador também depende de diferentes autoridades, de acordo com os mecanismos nacionais de governança.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde e Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura. Desempeño, visión y estrategia (DVE) para los sistemas y servicios nacionales de control de inocuidad de alimentos. 3º ed. 2012; OPAS/OMS e IICA, 2012.
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.9 • PE14-19, indicador de resultado intermediário 1.7.1 (adaptado)

Resultado Intermediário 13. Fatores de risco das doenças não transmissíveis

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 13:** Redução dos fatores de risco das DNTs ao abordar os determinantes da saúde por meio da ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 13.a:** Prevalência de fumantes na população de 15 ou mais anos
Definição do indicador	Este indicador mede a prevalência, padronizada por idade, de tabagismo atual na população de 15 anos ou mais na Região, com base no autorrelato de uso de qualquer produto do tabaco (fumado ou não fumado) durante os 30 dias anteriores à pesquisa, incluindo uso diário e não diário. **Linha de base 2018:** 18,6%* **Meta (2025):** 16,2% * Age-standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older, both sex, 2018 estimates and projection for 2025 available at WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition; Geneva: WHO, 2019. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition
Finalidade do indicador	Este indicador permite o monitoramento do tabagismo na população de 15 anos ou mais nas Américas.
Nota técnica	Cálculo em âmbito nacional (expresso em porcentagem): **Numerador:** número total de tabagistas atuais* de 15 anos ou mais no país/território. **Denominador:** população total de 15 anos ou mais no país/território. Cálculo em âmbito regional: **Numerador:** número total de tabagistas atuais* de 15 anos ou mais na Região. **Denominador:** população padrão total de 15 anos ou mais na Região. *Os tabagistas atuais são definidos como pessoas que informam o uso de qualquer produto do tabaco, fumado ou não fumado, durante os 30 dias anteriores à pesquisa, incluindo o uso diário e não diário. Entre os produtos do tabaco fumado estão cigarros industrializados, *bidis*, charutos, cachimbos, cachimbos d'água (narguilé, *hookah*, *shisha*), cigarro enrolado à mão, cigarros de cravo e qualquer outra forma de tabaco para fumar. O tabaco não fumado é o que não é queimado e pode ser mascado, aplicado ou aspirado. Os produtos do tabaco não fumado incluem tabaco para mascar ou de uso oral, tabaco de cuspir, *snuff* — tabaco moído fino úmido ou seco (rapé) —, *snus* (sachês de tabaco umidificado), chimó e *dip*.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Pelo menos a cada 5 anos

Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Fatores de Risco e Nutrição (NMH/RF)
Fonte dos dados	Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos (GATS, na sigla em inglês); pesquisas nacionais de fatores de risco (STEPS ou semelhantes); outras pesquisas nacionais incluindo as Perguntas sobre Tabaco para Pesquisas (TQS, na sigla em inglês), pesquisas de saúde nacionais e pesquisas nacionais de abuso de drogas.
Limitações	• A maioria dos países da Região não tem um sistema nacional de vigilância implantado para o monitoramento sistemático e periódico da epidemia de tabagismo na população adulta. • Diferentes pesquisas podem usar diferentes faixas etárias. • A amostra de pesquisa pode ter representatividade limitada (nacional, subnacional). • Podem ser usadas diferentes metodologias de pesquisa (inquéritos domiciliares, pesquisas telefônicas). • Podem ser usadas diferentes perguntas de pesquisa; nem todas as pesquisas incluem todos os produtos do tabaco, tampouco informam o consumo diário e não diário. • A disponibilidade de dados desagregados para produzir estimativas padronizadas é limitada. • Como em todas as pesquisas com autorrelato, os dados estão sujeitos a viés, pois os entrevistados podem informar consumo de tabaco inferior ou superior ao real.
Referências	1. Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Global Tobacco Surveillance System. GTSS Data. Global Adult Tobacco Survey (GATS). Atlanta, GA: CDC. Disponível em: http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/Documentation.aspx?SUID=4&DOCT=1 2. Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Grupo Colaborativo para a Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos. Perguntas sobre tabaco para pesquisas: um subconjunto de perguntas-chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos (GATS), 2ª edição. Atlanta, GA: CDC; 2011. Disponível em: https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs_po_final.pdf?ua=1 3. Centros para Controle e Prevenção de Doenças. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Sample Design Manual, Version 2.0. Atlanta, GA: CDC; 2010. 4. Centros para Controle e Prevenção de Doenças. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Core Questionnaire with Optional Questions, Version 2.1. Atlanta, GA: CDC; 2014. 5. Centros para Controle e Prevenção de Doenças. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Indicator definitions. Atlanta, GA: CDC; 2012. 6. Organização Mundial da Saúde. Global Health Observatory. Disponível em: https://www.who.int/gho/en/ 7. Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Grupo Colaborativo para a Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos. Perguntas sobre tabaco para pesquisas: um subconjunto de perguntas-chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos (GATS), 2ª edição. Atlanta, GA: Centros para Controle e Prevenção de Doenças, 2011.
Vinculação	• ODS, indicador 3.a.1 • ASSA2030, meta 9.2 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 2.1.2 (adaptado) • 13º PGT, estrutura de impacto

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 13:** Redução dos fatores de risco das DNTs ao abordar os determinantes da saúde por meio da ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 13.b:** Consumo total (registrado e não registrado) de álcool per capita entre pessoas de 15 anos ou mais em um ano civil, em litros de álcool puro, ajustado pelo consumo por turistas
Definição do indicador	Este indicador mede o consumo total (registrado e não registrado) de álcool *per capita* entre pessoas de 15 anos ou mais em um ano civil, em litros de álcool puro, ajustado pelo consumo por turistas. **Linha de base 2016:** 8,0 L* **Meta (2025):** 8,0 L** * Sistema global de informação sobre álcool e saúde (GISAH, na sigla em inglês) da OMS, consumo regional de álcool *per capita* (15 anos ou mais), por região da OMS, 2018. ** A projeção da OMS para 2025 é que haja um aumento do consumo se nenhuma providência for tomada. A meta é o aumento zero, o que exigiria reformas políticas nos Estados Membros.
Finalidade do indicador	Reduzir a carga de doença atribuível ao álcool é uma prioridade de saúde pública mundial, conforme consta da estratégia mundial para reduzir o uso prejudicial de álcool publicada pela OMS. A estratégia define o uso prejudicial de álcool como o consumo que acarreta danos sociais e para a saúde da pessoa que bebe (consumo prejudicial), para as pessoas que a cercam e para a sociedade em geral, assim como os padrões de consumo associados a aumento do risco de resultados adversos para a saúde (consumo perigoso). Calcula-se que 2,3 milhões de mortes anuais, ou 3,8% das mortes em todo o mundo, sejam atribuíveis ao consumo de álcool, e mais da metade delas é causada por DNTs, entre as quais estão o câncer e as doenças cardiovasculares. O risco da maioria dos problemas de saúde atribuíveis ao álcool está relacionado aos níveis gerais de consumo de álcool, sem evidências de um efeito limiar para câncer e hipertensão. O consumo de álcool *per capita* é um indicador sensível a reformas políticas. Correlaciona-se com a mortalidade geral e com a mortalidade específica associada ao álcool, de acordo com a prevalência de bebedores pesados episódicos e de bebedores dependentes.
Nota técnica	O consumo *per capita* por adultos registrado é calculado como a soma do consumo de álcool puro específico por bebida (cerveja, vinho, licor e outros) durante determinado ano civil, a partir de dados de diversas fontes. Nos cálculos, têm prioridade as estatísticas do governo sobre venda de bebidas alcoólicas durante um ano civil ou dados sobre a produção, exportação e importação de álcool em diferentes categorias de bebida. Nos países em que não se dispõem de dados governamentais sobre as vendas ou produção, os cálculos baseiam-se em dados específicos por país e divulgados publicamente do setor privado, incluindo produtores de álcool, ou em dados específicos do país da base de dados estatística da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAOSTAT), que também pode incluir estimativas do consumo não registrado de álcool. Quanto às principais categorias de bebidas alcoólicas, “cerveja” refere-se a cervejas de malte, “vinho” é aquele feito de uvas, “destilados” abrangem todas as bebidas destiladas, e “outros” incluem várias outras bebidas alcoólicas, como bebidas fermentadas feitas de sorgo, milho, milheto ou arroz, além de cidra, vinho de frutas e vinho fortificado. As estimativas do consumo não registrado de álcool são baseadas principalmente em dados de pesquisa, dados da FAOSTAT e outras fontes como relatórios aduaneiros ou policiais e opinião de especialistas.

	O indicador é calculado pela soma total do consumo registrado e não registrado de álcool por uma população durante determinado ano civil, dividido pela população de 15 anos ou mais, residente no meio do ano, no mesmo ano civil. O consumo não registrado de álcool é estimado como uma porcentagem do consumo total de álcool. As proporções nacionais de consumo não registrado de álcool são calculadas por análise de regressão, a partir da avaliação de especialistas e de pesquisas pelo método STEPwise para vigilância (STEPS). As estimativas do consumo por turistas são obtidas do Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde (IHME), cujos cálculos são baseados em dados da Organização Mundial do Turismo (OMT). A estimativa de litros de álcool consumidos por turistas em um país é baseada no número de turistas que visita o país, no tempo médio de permanência no país e no consumo médio de bebida das pessoas nos países de origem dos turistas (calculado com base no consumo *per capita* registrado e não registrado de álcool no país de origem). Essas estimativas pressupõem: *a)* que as pessoas, quando são turistas, consomem a mesma quantidade de álcool que em seus países de origem, e *b)* que o consumo global por turistas é igual a 0 (e, portanto, o consumo líquido por turistas pode ser negativo ou positivo). Depois, o consumo *per capita* total é estimado pela soma do consumo registrado e não registrado de álcool, com ajuste pelo consumo de álcool por turistas. A OMS usa todas as informações regionais e nacionais disponíveis para fornecer estimativas do consumo *per capita* por país e na Região.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Litros de álcool puro (etanol) por pessoa de 15 anos ou mais, por ano
Frequência de medição	Anual. A OMS utiliza uma média trienal (p. ex., a estimativa de 2016 é a média dos dados de 2014, 2015 e 2016) para relatórios mundiais que incluem médias regionais e estimativas país por país.
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Saúde Mental e Uso de Substâncias (NMH/MH)
Fonte dos dados	Os sistemas de notificação administrativos são usados para o consumo registrado de álcool *per capita* (APC); os dados de pesquisa são as fontes preferidas para o consumo não registrado de APC. Na sua ausência, usam-se séries de dados da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e da Divisão de Estatística das Nações Unidas, além da opinião de especialistas sobre o consumo não registrado de álcool. A OMS também usa fontes de informações públicas da indústria do álcool e faz uma estimativa para cada país, que é enviada à respectiva autoridade nacional em saúde para aprovação. A OMS tem estimativas disponíveis para todos os países da Região no Sistema Global de Informação sobre Álcool e Saúde (GISAH), que tem uma interface com o Sistema Regional de Informação sobre Álcool e Saúde (AMRISAH, na sigla em inglês), o sistema para a Região das Américas. O relatório global sobre álcool e saúde 2018 da OMS é a fonte de dados para a linha de base deste indicador; é baseado na última repetição com os Estados Membros, em 2016, por meio de uma pesquisa global respondida pelos pontos focais oficiais em cada país. Os dados populacionais para o relatório foram obtidos principalmente da Divisão de População das Nações Unidas e referem-se à população total a partir de 15 anos, com apresentação separada dos dados relativos a homens e mulheres, sempre que disponíveis.

Limitações	• Atualmente, a maioria dos países na Região não fornece dados sobre a venda de bebidas alcoólicas; portanto, a OMS prepara estimativas a partir de dados da FAO e da indústria do álcool. As informações da indústria do álcool podem não ser comprováveis. Os dados sobre o consumo não registrado de álcool são em grande parte baseados em investigações empíricas e na avaliação de especialistas com auxílio de um modelo de regressão. • Com frequência, os registros administrativos são incompletos. • A subestimativa do consumo pelos entrevistados da pesquisa pode afetar os dados. • A falta de dados suficientes pode impor limitações metodológicas.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1. 2. Organização Mundial da Saúde. Global Status report on Alcohol and Health, Genebra: OMS; 2018. 3. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease - an overview. *Addiction* 2010; 105(5): 817-843. 4. GBD 2016. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, Lancet 2018; 392: 1015-35. 5. Organização Mundial da Saúde. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Disponível em: http://apps.who.int/gho/data/view.main?showonly=GISAH 6. Organização Mundial da Saúde. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) (Region of the Americas). Disponível em: http://apps.who.int/gho/data/?showonly=GISAH&theme=main-amro
Vinculação	• ODS, indicador 3.5.2 • ASSA2030, meta 9.1 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 2.1.1a • 13º PGT, estrutura de impacto

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 13:** Redução dos fatores de risco das DNTs ao abordar os determinantes da saúde por meio da ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 13.c:** Ingestão média de sal (cloreto de sódio), padronizada por idade, pela população, por dia, em gramas, entre pessoas com 18 anos ou mais
Definição do indicador	Este indicador mede a ingestão média de sal (cloreto de sódio), em gramas por dia, pela população de 18 anos ou mais. **Linha de base (2019):** 3,6 g de sódio/dia (Canadá/EUA), 3,2 g de sódio/dia (América Latina/Caribe) **Meta (2025):** < 2,0 g de sódio/dia
Finalidade do indicador	A ingestão média de sal/sódio está diretamente relacionada com os níveis médios de pressão arterial na população. A redução do consumo excessivo de sal é a intervenção mais custo-efetiva para prevenção da hipertensão arterial, o principal fator de risco para ocorrência de eventos cardiovasculares e morte por esses eventos.
Nota técnica	O padrão-ouro para calcular a ingestão de sal é a coleta de urina de 24 horas para medir a excreção de sódio/sal na urina. No entanto, outros métodos podem ser mais viáveis para aplicação populacional, como os exames de amostra aleatória de urina e as pesquisas de frequência de consumo de alimentos. Cálculo em âmbito nacional (em g/pessoa/dia): **Numerador**: soma de todos os níveis de sódio na urina de 24 horas na população adulta com 18 anos ou mais participante da população do estudo; OU nível de sódio na urina de 24 horas estimado a partir de exames de amostras aleatórias de urina, conforme descrição no protocolo PanAm STEPS; OU ingestão de sódio estimada a partir das pesquisas de frequência de consumo de alimentos ou múltiplos recordatórios de 24 horas, em gramas. **Denominador**: todos os participantes do estudo. A OPAS tem um protocolo para determinar os níveis de sódio na urina de 24 horas, a partir do exame de amostras aleatórias de urina e da equação do INTERSALT. Esse protocolo é oferecido os países para que o incluam em seus estudos nacionais de fatores de risco, principalmente pelo PanAm STEPS. Cálculo em âmbito regional: O cálculo da média populacional da ingestão de sal (cloreto de sódio), padronizada por idade, em gramas por dia, entre pessoas com 18 anos ou mais requer a aplicação da média populacional da ingestão de sal específica por idade à população mundial padrão da OMS, somadas todas as idades. O processo de padronização etária será feito pela OPAS no âmbito regional. A partir dos dados regionais fornecidos pela OPAS, a OMS produz as estimativas da porcentagem global de ingestão média de sal pela população.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Gramas de sal por pessoa por dia, com base na excreção de sódio na urina de 24 horas, em amostra aleatória de urina ou em pesquisas de frequência de consumo de alimentos ou múltiplos recordatórios de 24 horas.

Frequência de medição	A cada quatro ou cinco anos, coincidente com a pesquisa de fatores de risco.
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Fatores de Risco e Nutrição (NMH/RF)
Fonte dos dados	Pesquisas nacionais (PanAm STEPS ou pesquisas nacionais de nutrição)
Limitações	A informação desse indicador pode ser pouco frequente, aproximadamente a cada quatro a cinco anos, se o país realizar sua pesquisa nacional.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom. Genebra: OMS; 2010. 2. Organização Mundial da Saúde. Prevention of cardiovascular disease: pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Genebra: OMS; 2007. 3. Brown IJ et al. Salt intakes around the world: implications for public health. International Journal of Epidemiology 2009; 38:791-813. 4. Cappuccio F et al. Policy options to reduce population salt intake. British Medical Journal 2011; 343:d499 5. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. Journal of Human Hypertension 2009;23:363-384. 6. Organização Mundial da Saúde. Strategies to monitor and evaluate population sodium consumption and sources of sodium in the diet. Report of a joint technical meeting convened by WHO and the Government of Canada, Canadá. Outubro de 2010. Genebra: OMS; 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501699_eng.pdf
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.1 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 2.1.7

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 13:** Redução dos fatores de risco das DNTs ao abordar os determinantes da saúde por meio da ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 13.d:** Número de países e territórios que eliminaram os ácidos graxos trans produzidos industrialmente
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que adotaram legislação que obriga a limitar o teor de ácidos graxos trans (AGT) de produção industrial a 2% das gorduras totais em óleos e todos os alimentos, ou que proíbe os óleos parcialmente hidrogenados. Desse modo, facilita também o acompanhamento da porcentagem da população protegida (o indicador da estrutura de impacto do 13º PGT), conforme explicado no tópico Finalidade. **Linha de base (2019):** 3 **Meta (2025):** 25
Finalidade do indicador	A finalidade do indicador é acompanhar a porcentagem da população nas Américas que vive em nações com regulamentação que obriga a limitar a quantidade de gorduras trans de produção industrial nos alimentos.
Nota técnica	Consideram-se que os países e territórios alcançaram esse indicador se adotaram legislação que obriga a limitar a quantidade de ácidos graxos trans (AGT) de produção industrial a 2% das gorduras totais em óleos e todos os alimentos, ou que proíbe os óleos parcialmente hidrogenados.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois ou três anos
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Fatores de Risco e Nutrição (NMH/RF)
Fonte dos dados	Sistema de monitoramento interno da OPAS para o *Plano de ação para eliminar os ácidos graxos trans de produção industrial*.
Limitações	Uma vez adotadas as regulamentações, o tempo até sua implementação pode ser considerável; portanto, a população pode não estar protegida assim que a regulamentação é adotada.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom. Genebra: OMS; 2010. 2. Organização Mundial da Saúde. Prevention of cardiovascular disease: pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Genebra: OMS; 2007. 3. Brown IJ et al. Salt intakes around the world: implications for public health. International Journal of Epidemiology 2009;38:791-813. 4. Cappuccio F et al. Policy options to reduce population salt intake. British Medical Journal 2011;343:d499 5. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. Journal of Human Hypertension 2009;23:363-384. 6. Organização Mundial da Saúde. Strategies to monitor and evaluate population sodium consumption and sources of sodium in the diet. Report of a joint technical meeting convened by WHO and the Government of Canada, Canadá. Outubro de 2010. Genebra: OMS; 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501699_eng.pdf

Vinculação	• ASSA2030, meta 9.1 • 13º PGT, estrutura de impacto

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 13:** Redução dos fatores de risco das DNTs ao abordar os determinantes da saúde por meio da ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 13.e:** Prevalência, padronizada por idade, de pessoas de 18 anos ou mais que não fazem atividade física suficiente
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem de adultos de 18 anos ou mais (padronizada por idade) que praticam menos de 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana, ou menos de 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa por semana, ou equivalente. **Linha de base 2016:** 39,3% **Meta (2025):** 35,0%
Finalidade do indicador	O indicador é usado para monitorar o progresso de cada país na melhoria dos níveis de atividade física entre adultos. A atividade física traz benefícios essenciais para a saúde, que incluem melhor condicionamento cardiovascular, redução da gordura corporal e um perfil de risco favorável para doenças cardiovasculares e metabólicas. A atividade física também reduz o estresse e os sintomas de depressão.
Nota técnica	Cálculo em âmbito nacional (expresso em porcentagem): **Numerador:** pessoas de 18 anos ou mais que não praticam a quantidade de atividade física recomendada. **Denominador:** número total de pessoas de 18 anos ou mais na pesquisa. As estimativas são baseadas no autorrelato de atividade física capturado por meio do questionário mundial de atividade física (GPAQ, na sigla em inglês), do questionário internacional de atividade física (IPAQ, na sigla em inglês) ou de um questionário semelhante que abranja a atividade no trabalho, em casa, no transporte e durante o lazer. Quando necessário, fazem-se ajustes para a definição descrita (quando é diferente da definição do indicador), para o autorrelato de atividade sabidamente exagerado ou para as limitações da cobertura geográfica (como no caso em que uma pesquisa abrange somente áreas urbanas) ou da cobertura de idade (quando a faixa etária é mais estreita que adultos com 18 anos ou mais) da pesquisa. Não são geradas estimativas para países sem dados. Há um guia sobre o método de autorrelato com uso do questionário mundial de atividade física padronizado (GPAQ) disponível em: http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf. O Questionário internacional de atividade física (IPAQ) A padronização é feita a partir da população mundial padrão da OMS.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Pelo menos a cada 5 anos, embora seja desejável o monitoramento anual, por pesquisa telefônica, das medições de sedentarismo.
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Fatores de Risco e Nutrição (NMH/RF)

Fonte dos dados	Os dados são obtidos do repositório de dados do Observatório de Saúde Global da OMS. Este contém pesquisas nacionalmente representativas realizadas cada 4 a 5 anos pelos países, que fornecem medidas exatas e amostras nacionais representativas.
Limitações	• Algumas amostras têm representatividade limitada (nacional, subnacional). • O acesso aos dados desagregados para produzir as estimativas padronizadas é limitado. • As estimativas são baseadas no autorrelato de dados. • Algumas estimativas contêm incerteza (refletida por grandes intervalos de confiança) em razão da falta de dados de qualidade.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1 2. Organização Mundial da Saúde. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud de 18 a 64 años. Disponível em: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/es/ 3. Organização Mundial da Saúde. Global strategy on diet, physical activity and health [Internet]. Genebra: OMS; 2004. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.1 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 2.1.3b • Quadro de Monitoramento Global das DNTs da OMS, meta 3, indicador 7 • Plano de ação mundial da OMS para a atividade física 2018-2030

Resultado Intermediário 14. Má nutrição

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 14:** Redução da má nutrição em todas as suas formas.
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 14.a:** Prevalência do atraso no crescimento em crianças menores de 5 anos de idade
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade afetadas por atraso no crescimento, definido como altura para a idade mais de dois desvios-padrão abaixo da mediana estabelecida pelos padrões de crescimento infantil da OMS. **Linha de base (2018):** 6,5% **Meta (2025):** 3,9% * * A meta é uma redução de 40%.
Finalidade do indicador	Este indicador pertence a uma série de indicadores cuja finalidade é medir o desequilíbrio nutricional e a má nutrição que acarretam subnutrição (avaliada por baixo peso, atraso no crescimento e emaciação) e sobrepeso em crianças pequenas. O atraso no crescimento, definido como baixa estatura para a idade, é o resultado da privação nutricional prolongada. É um fator de risco para mortalidade infantil e, com frequência, acarreta retardo do desenvolvimento mental, baixo rendimento escolar e redução da capacidade intelectual.
Nota técnica	O indicador é calculado a partir do peso e da altura de crianças de 0 a 59 meses de idade, medidos pelo método recomendado pela OMS, ou seja, crianças com menos de 24 meses são medidas em decúbito dorsal, e crianças a partir de 24 meses são medidas de pé. Diz-se que têm atraso do crescimento as crianças cuja altura para a idade está mais de dois desvios-padrão abaixo da mediana dos padrões de crescimento infantil da OMS. Cálculo em âmbito nacional (expresso em porcentagem): **Numerador:** número de crianças de 0-59 meses cuja altura para a idade está mais de dois desvios-padrão abaixo da mediana dos padrões de crescimento infantil da OMS. **Denominador:** número total de crianças de 0-59 meses cujas medidas foram verificadas. Cálculo em âmbito regional: A OMS mantém a Base de dados global sobre crescimento e má nutrição infantil, com inquéritos populacionais que atendem a uma série de critérios. Verificam-se a validade e a uniformidade dos dados e, por um procedimento padronizado, analisam-se séries de dados brutos para obter resultados comparáveis. As prevalências abaixo e acima dos limites definidos para quatro índices — peso para a idade, altura para a idade, peso para a altura e índice de massa corporal (IMC) para a idade — em crianças pré-escolares são apresentadas com uso de *z-scores* baseados nos padrões de crescimento infantil da OMS. Um artigo publicado por de Onis e Blössner no International Journal of Epidemiology (2003) contém uma descrição detalhada da metodologia e dos procedimentos da base de dados, incluindo fontes de dados, critérios para inclusão, controle de qualidade dos dados e fluxo de trabalho da base de dados.

	Tipo predominante de estatística: ajustada. De Onis et al. (2004a, 2004b) publicaram uma metodologia consagrada para calcular tendências mundiais e regionais e prever tendências futuras.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	A cada cinco anos
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Fatores de Risco e Nutrição (NMH/RF)
Fonte dos dados	Repositório de dados do Observatório de Saúde Global da OMS. As estimativas conjuntas de má nutrição infantil (UNICEF-OMS-Banco Mundial) usam dados de inquéritos populacionais como inquéritos nutricionais nacionais, inquéritos de demografia e saúde (DHS, na sigla em inglês), pesquisas de indicadores múltiplos por conglomerados (MICS, na sigla em inglês) e sistemas nacionais de vigilância.
Limitações	• Não há pesquisas nacionalmente representativas de todos os países. • Embora as pesquisas nacionalmente representativas sejam realizadas, em geral, a cada cinco anos, a frequência pode variar de acordo com as políticas do país e a disponibilidade de financiamento. • Os sistemas nacionais de vigilância geralmente não são confiáveis por causa dos frágeis procedimentos de coleta de dados. Desastres naturais podem impedir a conclusão das pesquisas. • Há um lapso temporal entre a coleta e a publicação de dados.
Referências	1. de Onis, M. and Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003;32:518-26. 2. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004a): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Rationale, Planning, and Implementation. 3. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004b): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. 4. Organização Mundial da Saúde. Nutrición. Metas globales 2025. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Genebra: OMS. [Internet.] 5. Organização Mundial da Saúde. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS . Genebra: OMS; 1995. (Série Relatórios Técnicos 854). Disponível em: https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/ 6. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial. Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, Nova York; OMS, Genebra; Banco Mundial, Washington, DC; 2012). Disponível em: http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1 7. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial. Joint child malnutrition estimates: Global and regional trends by UN Regions, 1990-2025. Stunting: 1990-2025. Disponível em: http://apps.who.int/gho/data/view.main.NUTUNSTUNTINGv?lang=en

	8. Organização Mundial da Saúde. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Genebra: OMS; outubro de 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1
Vinculação	• ODS, indicador 2.2.1 • ASSA2030, meta 9.7 • OPAS, indicador básico • PE14-19, indicador do resultado intermediário 2.5.1 • 13º PGT, estrutura de impacto • OMS, meta mundial de nutrição 1

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 14:** Redução da má nutrição em todas as suas formas.
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 14.b:** Prevalência da emaciação em crianças menores de 5 anos de idade
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade com emaciação, definida como peso para a altura mais de dois desvios-padrão abaixo da mediana estabelecida pelos padrões de crescimento infantil da OMS. **Linha de base (2018):** 0,8% **Meta (2025):** 0,8%
Finalidade do indicador	Este indicador faz parte de um conjunto de indicadores cuja finalidade é medir o desequilíbrio nutricional e a má nutrição que acarretam subnutrição (avaliada por baixo peso, atraso no crescimento e emaciação) e sobrepeso em crianças pequenas. A emaciação ocorre quando o peso de uma criança cai muito abaixo do peso esperado para uma criança de igual comprimento ou altura, em decorrência da ausência de ganho de peso ou da perda de peso. Indica má nutrição atual ou aguda. Entre as causas estão a ingestão insuficiente de alimentos, práticas incorretas de alimentação, doenças e infecções — ou, com maior frequência, uma combinação desses fatores.
Nota técnica	O indicador é calculado a partir do peso e da altura de crianças de 0 a 59 meses de idade, medidos pelo método recomendado pela OMS, ou seja, crianças com menos de 24 meses são medidas em decúbito dorsal, e crianças a partir de 24 meses são medidas de pé. Diz-se que têm emaciação as crianças cujo peso para a altura está mais de dois desvios-padrão abaixo da mediana dos padrões de crescimento infantil da OMS. Cálculo em âmbito nacional (expresso em porcentagem): **Numerador:** número de crianças de 0-59 meses cujo peso para a altura está mais de dois desvios-padrão debaixo da mediana dos padrões de crescimento infantil da OMS. **Denominador:** número total de crianças de 0-59 meses cujas medidas foram verificadas. Cálculo em âmbito regional: A OMS mantém a Base de dados global sobre crescimento e má nutrição infantil, que inclui inquéritos populacionais que atendem a uma série de critérios. Verificam-se a validade e a uniformidade dos dados e, por um procedimento padronizado, analisam-se séries de dados brutos para obter resultados comparáveis. As prevalências abaixo e acima de limites definidos de quatro índices — peso para a idade, altura para a idade, peso para a altura e índice de massa corporal (IMC) para a idade — em crianças pré-escolares são apresentadas por *z-scores* baseados nos padrões de crescimento infantil da OMS. Um artigo publicado por de Onis e Blössner no International Journal of Epidemiology (2003) contém uma descrição detalhada da metodologia e dos procedimentos da base de dados, incluindo fontes de dados, critérios para inclusão, controle de qualidade dos dados e fluxo de trabalho da base de dados. Tipo predominante de estatística: ajustada.

	De Onis et al. (2004a, 2004b) publicaram uma metodologia consagrada para calcular tendências mundiais e regionais e prever tendências futuras.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	A cada cinco anos
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Fatores de Risco e Nutrição (NMH/RF)
Fonte dos dados	Inquéritos nutricionais nacionais, inquéritos de demografia e saúde (DHS, na sigla em inglês), pesquisas de indicadores múltiplos por conglomerados (MICS, na sigla em inglês) e sistemas nacionais de vigilância.
Limitações	• Não há pesquisas nacionalmente representativas de todos os países. • Embora as pesquisas nacionalmente representativas sejam realizadas, em geral, a cada cinco anos, a frequência pode variar de acordo com as políticas do país e a disponibilidade de financiamento. • Os sistemas nacionais de vigilância geralmente não são confiáveis por causa dos frágeis procedimentos de coleta de dados. Desastres naturais podem impedir a conclusão das pesquisas. • Há um lapso temporal entre a coleta e a publicação de dados.
Referências	1. de Onis, M. and Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003; 32:518-26. 2. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004a): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Rationale, Planning, and Implementation. 3. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004b): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. 4. Organização Mundial da Saúde. Nutrición. Metas globales 2025. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Genebra: OMS. [Internet.] 5. Organização Mundial da Saúde. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS . Genebra: OMS; 1995. (Série Relatórios Técnicos 854). Disponível em: https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/ 6. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial. Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, Nova Yorк; OMS, Genebra; Banco Mundial, Washington, DC; 2012). Disponível em: http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1 7. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial. Joint child malnutrition estimates: Global and regional trends by UN Regions, 1990-2025. Stunting: 1990-2025. Disponível em: http://apps.who.int/gho/data/view.main.NUTUNSTUNTINGv?lang=en 8. Organização Mundial da Saúde. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Genebra: OMS; outubro de 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1
Vinculação	• ODS, indicador 2.2.2

	• ASSA2030, meta 9.7 • 13º PGT, estrutura de impacto • OMS, meta mundial de nutrição 6

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 14:** Redução da má nutrição em todas as suas formas.
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 14.c:** Prevalência de sobrepeso na infância (menores de 5 anos)
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem de crianças menores de 5 anos que têm sobrepeso, definido como o peso para a altura mais de dois desvios-padrão acima da mediana estabelecida pelos padrões de crescimento infantil da OMS. **Linha de base (2018):** 7,2% **Meta (2025):** 7,2%
Finalidade do indicador	Este indicador pertence a uma série de indicadores cuja finalidade é medir o desequilíbrio nutricional e a má nutrição que acarretam subnutrição (avaliada por baixo peso, atraso no crescimento e emaciação) e sobrepeso em crianças pequenas. O sobrepeso na infância está associado a uma maior probabilidade de sobrepeso na vida adulta, o que pode causar diversas incapacidades e doenças, como diabetes e doenças cardiovasculares. As crianças com sobrepeso estão em risco de sofrer *bullying* e ter baixa autoestima.
Nota técnica	O indicador é calculado a partir do peso e da altura em crianças de 0 a 59 meses de idade, medidos pelo método recomendado pela OMS, ou seja, crianças com menos de 24 meses são medidas em decúbito dorsal, e crianças a partir de 24 meses são medidas de pé. Diz-se que têm sobrepeso as crianças com peso para a altura mais de dois desvios-padrão acima da mediana dos padrões de crescimento infantil da OMS. Cálculo em âmbito nacional (expresso em porcentagem): **Numerador:** número de crianças de 0-59 meses cujo peso para a altura está mais de dois desvios-padrão acima da mediana dos padrões de crescimento infantil da OMS. **Denominador:** número total de crianças de 0-59 meses cujas medidas foram verificadas. Cálculo em âmbito regional: A OMS mantém a Base de dados global sobre crescimento e má nutrição infantil, com inquéritos populacionais que atendem a uma série de critérios. Verificam-se a validade e a uniformidade dos dados e, por um procedimento padronizado, analisam-se séries de dados brutos para obter resultados comparáveis. As prevalências abaixo e acima de limites definidos de quatro índices — peso para a idade, altura para a idade, peso para a altura e índice de massa corporal (IMC) para a idade — em crianças pré-escolares são apresentadas por *z-scores* baseados nos padrões de crescimento infantil da OMS. Um artigo publicado por de Onis e Blössner no International Journal of Epidemiology (2003) contém uma descrição detalhada da metodologia e dos procedimentos da base de dados, incluindo fontes de dados, critérios para inclusão, controle de qualidade dos dados e fluxo de trabalho da base de dados. Tipo predominante de estatística: ajustada. De Onis et al. (2004a, 2004b) publicaram uma metodologia consagrada para calcular tendências mundiais e regionais e prever tendências futuras.

Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	A cada cinco anos
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Fatores de Risco e Nutrição (NMH/RF)
Fonte dos dados	Inquéritos nutricionais nacionais, inquéritos de demografia e saúde (DHS, na sigla em inglês), pesquisas de indicadores múltiplos por conglomerados (MICS, na sigla em inglês) e sistemas nacionais de vigilância.
Limitações	• Não há pesquisas nacionalmente representativas de todos os países. • Embora as pesquisas nacionalmente representativas sejam realizadas, em geral, a cada cinco anos, a frequência pode variar de acordo com as políticas do país e a disponibilidade de financiamento. • Os sistemas nacionais de vigilância geralmente não são confiáveis por causa dos frágeis procedimentos de coleta de dados. Desastres naturais podem impedir a conclusão das pesquisas. • Há um lapso temporal entre a coleta e a publicação de dados.
Referências	1. de Onis, M. and Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003;32:518-26. 2. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004a): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Rationale, Planning, and Implementation. 3. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004b): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. 4. Organização Mundial da Saúde. Nutrición. Metas globales 2025. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Genebra: OMS. [Internet.] 5. Organização Mundial da Saúde. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS . Genebra: OMS; 1995. (Série Relatórios Técnicos 854). Disponível em: https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/ 6. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization 2007;85:660–667. 7. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial. Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, Nova York; OMS, Genebra; Banco Mundial, Washington, DC; 2012). Disponível em: http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1 7. Organização Mundial da Saúde. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Genebra: OMS; outubro de 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1
Vinculação	• ODS, indicador 2.2.2 • ASSA2030, meta 9.7 • OPAS, indicador básico • PE14-19, indicador do resultado intermediário 2.5.3 • 13º PGT, estrutura de impacto

	• OMS, meta mundial de nutrição 4

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 14:** Redução da má nutrição em todas as suas formas.
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 14.d:** Prevalência de obesidade na infância e adolescência (5 a 19 anos)
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem de crianças e adolescentes de 5-19 anos com índice de massa corporal (IMC) mais de um desvio-padrão acima da mediana estabelecida pelos padrões de crescimento infantil da OMS. **Linha de base 2016:** 33,6% **Meta (2025):** 33,6%
Finalidade do indicador	O indicador monitora as tendências de obesidade em crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos de idade. A obesidade na infância está associada a uma maior probabilidade de obesidade na vida adulta, o que pode causar diversas incapacidades e doenças, como diabetes e doenças cardiovasculares. As crianças obesas estão em risco de sofrer *bullying* e ter baixa autoestima.
Nota técnica	O indicador é calculado a partir do IMC, que é baseado na altura e no peso. Cálculo em âmbito nacional (expresso em porcentagem): Porcentagem de população definida com índice de massa corporal (IMC) mais de um desvio-padrão acima da mediana dos padrões de crescimento infantil da OMS. Cálculo em âmbito regional: A OMS mantém a Base de dados global sobre crescimento e má nutrição infantil, com inquéritos populacionais que atendem a uma série de critérios. Verificam-se a validade e a uniformidade dos dados e, por um procedimento padronizado, analisam-se séries de dados brutos para obter resultados comparáveis. As prevalências abaixo e acima de limites definidos de quatro índices — peso para a idade, altura para a idade, peso para a altura e índice de massa corporal (IMC) para a idade — em crianças pré-escolares são apresentadas por *z-scores* baseados nos padrões de crescimento infantil da OMS. Um artigo publicado por de Onis e Blössner no International Journal of Epidemiology (2003) contém uma descrição detalhada da metodologia e dos procedimentos da base de dados, incluindo fontes de dados, critérios para inclusão, controle de qualidade dos dados e fluxo de trabalho da base de dados. Tipo predominante de estatística: ajustada. De Onis et al. (2004a, 2004b) publicaram uma metodologia consagrada para calcular tendências mundiais e regionais e prever tendências futuras. Os dados inseridos e os métodos são descritos em DNT-RisC (2017).
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	A cada cinco anos

Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Fatores de Risco e Nutrição (NMH/RF)
Fonte dos dados	O Observatório de Saúde Global da OMS tem dados de inquéritos populacionais, como inquéritos nutricionais nacionais, inquéritos de demografia e saúde (DHS, na sigla em inglês), pesquisas de indicadores múltiplos por conglomerados (MICS, na sigla em inglês) e sistemas nacionais de vigilância.
Limitações	• Não há pesquisas nacionalmente representativas de todos os países. • Embora as pesquisas nacionalmente representativas sejam realizadas, em geral, a cada cinco anos, a frequência pode variar de acordo com as políticas do país e a disponibilidade de financiamento. • Os sistemas nacionais de vigilância geralmente não são confiáveis por causa dos frágeis procedimentos de coleta de dados. Desastres naturais podem impedir a conclusão das pesquisas. • Há um lapso temporal entre a coleta e a publicação de dados.
Referências	1. de Onis, M. and Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003; 32:518-26. 2. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004a): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Rationale, Planning, and Implementation. 3. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004b): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. 4. Organização Mundial da Saúde. Nutrición. Metas globales 2025. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Genebra: OMS. [Internet.] 5. Organização Mundial da Saúde. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS . Genebra: OMS; 1995. (Série Relatórios Técnicos 854). Disponível em: https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/ 6. De Onis M, Onyango AW, Borghi E,Siyam A, Nishidaa C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85:660–667. 7. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial. Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, Nova York; OMS, Genebra; Banco Mundial, Washington, DC; 2012). Disponível em: http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1 8. Organização Mundial da Saúde. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Genebra: OMS; outubro de 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1 9. NCD-RisC. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies with 128.9 million participants. Lancet 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.7 • 13º PGT, estrutura de impacto • Quadro de Monitoramento Global das DNTs da OMS, meta 7, indicador 13

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 14:** Redução da má nutrição em todas as suas formas.
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 14.e:** Prevalência de sobrepeso e obesidade em pessoas com 18 anos ou mais
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem da população adulta (18 anos ou mais) com sobrepeso ou obesidade, definidos como índice de massa corporal (IMC), padronizado por idade, igual ou superior a 25,0 kg/m^2 (sobrepeso) ou 30 kg/m^2 (obesidade). **Linha de base 2016:** 62,5% para sobrepeso e 28,6% para obesidade **Meta (2025):** 62,5% para sobrepeso e 28,6% para obesidade
Finalidade do indicador	O indicador monitora as tendências de sobrepeso e obesidade entre adultos de 18 anos ou mais. O sobrepeso e a obesidade em adultos estão associados a aumento da prevalência de incapacidade e doenças, como diabetes, câncer e doenças cardiovasculares.
Nota técnica	O indicador é calculado a partir do índice de massa corporal (IMC), definido pela OMS como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). Embora tenha limitações, o IMC é o indicador mais fácil de coletar e é o mais aceito para medir a gordura corporal. O sobrepeso é definido como IMC $\geq$ 25,0 kg/m ^{2}. A obesidade é definida como IMC $\geq$ 30,0 kg/m^2. Cálculo em âmbito nacional (expresso em porcentagem): **Numerador:** número de homens e mulheres com 18 anos ou mais com IMC igual ou superior a 25,0 kg/m^2. **Denominador:** número total de homens e mulheres com 18 anos ou mais cujas medidas foram verificadas. Cálculo em âmbito regional: Métodos estatísticos padronizados da OMS. A OMS mantém a Base de dados global sobre índice de massa corporal, que inclui inquéritos populacionais que atendem a uma série de critérios. Verificam-se a validade e a uniformidade dos dados e, por um procedimento padronizado, analisam-se séries de dados brutos para obter resultados comparáveis.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	A cada cinco anos
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Fatores de Risco e Nutrição (NMH/RF)
Fonte dos dados	O Observatório de Saúde Global da OMS usa os dados de inquéritos populacionais como inquéritos nutricionais nacionais, inquéritos de demografia e saúde (DHS, na sigla em inglês), pesquisas de indicadores múltiplos por conglomerados (MICS, na sigla em inglês) e sistemas nacionais de vigilância.
Limitações	• Não há pesquisas nacionalmente representativas de todos os países.

	• Embora as pesquisas nacionalmente representativas sejam realizadas, em geral, a cada cinco anos, a frequência pode variar de acordo com as políticas do país e a disponibilidade de financiamento. • Os sistemas nacionais de vigilância geralmente não são confiáveis por causa dos frágeis procedimentos de coleta de dados. Desastres naturais podem impedir a conclusão das pesquisas. • Há um lapso temporal entre a coleta e a publicação de dados.
Referências	1. de Onis, M. and Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003; 32:518-26. 2. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004a): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Rationale, Planning, and Implementation. 3. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004b): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. 4. Organização Mundial da Saúde. Nutrición. Metas globales 2025. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Genebra: OMS. [Internet.] 5. Organização Mundial da Saúde. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS . Genebra: OMS; 1995. (Série Relatórios Técnicos 854). 6. De Onis M, Onyango AW, Borghi E,Siyam A, Nishidaa C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization 2007; 85:660–667. 7. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial. Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, Nova York; OMS, Genebra; Banco Mundial, Washington, DC; 2012). Disponível em: http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1 8. Organização Mundial da Saúde. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Genebra: OMS; October 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.7 • OPAS, indicador básico • PE14-19, indicador do resultado intermediário 2.1.6b • Quadro de Monitoramento Global das DNTs da OMS, meta 7, indicador 14

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 14:** Redução da má nutrição em todas as suas formas.
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 14.f:** Porcentagem de lactentes com menos de 6 meses que são apenas amamentados
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem de lactentes com menos de 6 meses que são alimentados exclusivamente com leite materno. **Linha de base (2019):** 37,8% **Meta (2025):** 50,0%
Finalidade do indicador	Este indicador pertence a uma série de indicadores cuja finalidade é medir as práticas, políticas e programas de alimentação de lactentes e crianças pequenas. As práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas afetam diretamente o estado nutricional e a sobrevivência das crianças. A amamentação exclusiva é a intervenção isolada mais efetiva para melhorar a sobrevivência infantil. Portanto, a melhoria das práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas é crucial para a melhoria da nutrição, da saúde e do desenvolvimento infantil.
Nota técnica	A porcentagem de lactentes de 0-5 meses alimentados exclusivamente com leite materno é calculada a partir de pesquisas com perguntas sobre líquidos e alimentos dados a um lactente no dia anterior e sobre o número de alimentações com leite no dia anterior. Os inquéritos de demografia e saúde (DHS) e as pesquisas de indicadores múltiplos por conglomerados (MICS) incluem essas perguntas. **Numerador:** número de lactentes de 0-5 meses alimentados somente com leite materno durante o dia anterior. **Denominador:** número de lactentes de 0-5 meses.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	A cada cinco anos
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Fatores de Risco e Nutrição (NMH/RF)
Fonte dos dados	Indicadores básicos da OPAS, que usam dados do Observatório de Saúde Global da OMS. A OMS e o UNICEF coletam, em conjunto, dados sobre a alimentação de lactentes e crianças pequenas, reunindo informações de pesquisas nacionais. Muitos países desenvolvidos fornecem dados relativos à amamentação exclusiva aos 6 meses, o que produz estimativas menores que a medida padronizada da média de amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses. As duas fontes foram combinadas para apresentar todos os dados disponíveis sobre amamentação exclusiva.
Limitações	• Não há pesquisas nacionalmente representativas de todos os países. • Embora as pesquisas nacionalmente representativas sejam realizadas, em geral, a cada cinco anos, a frequência pode variar de acordo com as políticas do país e a disponibilidade de financiamento. • Os sistemas nacionais de vigilância geralmente não são confiáveis por causa dos frágeis procedimentos de coleta de dados. Desastres naturais podem impedir a conclusão das pesquisas. • Há um lapso temporal entre a coleta e a publicação de dados.

	• Este indicador só captura o comportamento nas últimas 24 horas e, às vezes, nos três dias anteriores à entrevista.
Referências	1. The WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding. 2. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 noviembre de 2007 en Washington D.C., EE.UU. 3. Indicadores básicos de la OPS: factores de riesgo. Disponível em: http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores/visualizacion.html 4. Organização Mundial da Saúde. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition: Genebra: OMS; 2014.
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.7 • OPAS, indicador básico • PE14-19, indicador do resultado intermediário 3.1.4 • OMS, meta mundial de nutrição 5

Resultado Intermediário 15. Resposta intersetorial à violência e traumatismos

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 15**: Melhoria da ação intersetorial para contribuir para a redução da violência e traumatismos
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 15.a:** Número de países e territórios com um comitê consultivo em operação ou um órgão de liderança na segurança no trânsito que apoio a formulação e/ou implementação de uma estratégia nacional de segurança no trânsito
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que dispõem de um comitê consultivo ou órgão de liderança responsável pela coordenação multissetorial de medidas para promover a segurança viária. **Linha de base (2019):** 25 **Meta (2025):** 28
Finalidade do indicador	Este indicador reflete o compromisso regional para formular e implementar políticas de segurança viária, assim como para minimizar a duplicidade de esforços na prevenção de traumatismos por acidentes de trânsito.
Nota técnica	Os países fornecem as informações por meio das respostas ao questionário para o Relatório global sobre o estado da segurança viária (OMS).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Os dados são coletados a cada 3 anos por meio de um questionário em uma reunião de consenso nacional. Os dados mais recentes (2016) constam do relatório parcial sobre o estado da segurança viária em 2018. Disponível em inglês em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/.
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Prevenção de Doenças Não Transmissíveis, Violência e Traumatismos (NMH/NV)
Fonte dos dados	Relatório global sobre o estado da segurança viária (OMS); informações reunidas por questionários nacionais sobre segurança viária.
Limitações	As equipes nacionais preenchem os questionários com base nas próprias percepções; desse modo, os dados podem ser influenciados pelo histórico dos participantes.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. 2004. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/726/92%2075%2031599%20X.pdf?sequence=1
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.5

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 15:** Melhoria da ação intersetorial para contribuir para a redução da violência e traumatismos
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 15.b:** Número de países e territórios que contem com um plano nacional ou multissetorial de combate à violência que abarque o sistema de saúde
Definição do indicador	O indicador expressa o número de países e territórios que estão implementando um plano nacional ou multissetorial de combate à violência contra mulheres e meninas que compreenda o sistema de saúde e pelo menos uma estratégia ou intervenção para prevenção. **Linha de base (2019):** 20 **Meta (2025):** 25
Finalidade do indicador	A prevenção da violência requer ação multissetorial. Este indicador medirá a existência de um plano nacional ou multissetorial que facilite a coordenação de esforços de múltiplos setores do governo e da sociedade civil. A violência contra mulheres e meninas será usada como indicador indireto, embora os países e territórios devam se esforçar para elaborar e implementar planos multissetoriais para a prevenção de múltiplas formas de violência, incluindo, entre outras, a violência contra mulheres, violência contra crianças, violência juvenil, violência armada e maus-tratos de idosos. A *Estratégia e plano de ação regional para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher* (CD54/9, Rev. 2), aprovada pelos Estados Membros em 2015, e o plano de ação mundial da OMS para fortalecer a função do sistema de saúde no âmbito de uma resposta nacional multissetorial para abordar a violência interpessoal, em particular contra as mulheres e meninas e contra as crianças em geral, aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2016, destacam essa área de trabalho como prioridade e propõem o uso de um indicador semelhante para medir o progresso.
Nota técnica	Para alcançar o indicador, é preciso que o país esteja implementando um plano nacional ou multissetorial de combate à violência contra mulheres e meninas que inclua o sistema de saúde e pelo menos uma estratégia ou intervenção de prevenção. Por multissetorial entende-se o reconhecimento explícito, no plano, das funções do setor de saúde e de pelo menos mais um setor governamental. Uma estratégia ou intervenção de prevenção compreende as sete estratégias identificadas na publicação intitulada *RESPECT Women: Preventing Violence against Women*, elaborada pela OMS e parceiros. Estas são: fortalecimento de habilidades de relacionamento, empoderamento das mulheres, garantia de serviços, redução da pobreza, ambientes protegidos, prevenção dos maus-tratos e do abuso de crianças e adolescentes, e transformação de atitudes, crenças e normas. Outros detalhes estão disponíveis no documento indicado na seção de Referências.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois anos
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Prevenção de Doenças Não Transmissíveis, Violência e Traumatismos (NMH/NV)
Fonte dos dados	• Os países já são obrigados a fornecer informações sobre um indicador semelhante como parte das exigências de notificação associadas à *Estratégia e plano de ação regional para*

	o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher (CD54/9, Rev. 2). • pesquisas de indicadores de políticas de saúde para a mãe, o recém-nascido, a criança e o adolescente da OMS começarão a coletar dados sobre esse indicador, inclusive nos Estados Membros da OPAS. • Outras informações podem ser obtidas no relatório mundial sobre a prevenção da violência contra crianças (OMS) a ser publicado. • Haverá também esforços para fortalecer as fontes de informações e dados sobre planos nacionais ou multissetoriais que combatem múltiplas formas de violência.
Limitações	• A existência de um plano nacional ou multissetorial é somente um passo no processo de fortalecimento da coordenação dos setores e entre instituições governamentais e organizações da sociedade civil. Não significa necessariamente que esteja havendo implementação efetiva das ações propostas. • Este indicador usa a violência contra mulheres e meninas como substituto da resposta do sistema de saúde a todas as formas de violência, em razão da disponibilidade de dados. Entretanto, diversas formas de violência afetam as Américas e, com frequência, se superpõem. Portanto, a OPAS continuará a apoiar os esforços dos Estados Membros para fortalecer a elaboração de planos nacionais ou multissetoriais de combate às múltiplas formas de violência.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher (2015). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18386?locale-attribute=pt 2. Organização Mundial da Saúde. Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general (2016). Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_9-sp.pdf 3. OMS, em colaboração com ONU Mulheres, Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), Governo dos Países Baixos, Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional), UK Aid, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e o Grupo Banco Mundial. RESPECT Women: preventing violence against women (2019). Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/respect-women-framework/en/
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.4 • Estratégia e plano de ação regional para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher (CD54/9, Rev. 2), indicador 4.1.1

Resultado Intermediário 16. Ação intersetorial sobre a saúde mental

Code and title of the outcom	**Resultado intermediário 16:** Aumento da promoção da saúde mental, redução dos transtornos causados pelo uso de substâncias, prevenção dos problemas de saúde mental e suicídio, e redução do estigma, por meio da ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 16.a:** Número de países e territórios em que há colaboração permanente entre os serviços públicos de saúde mental e outros departamentos, serviços e setores
Definição do indicador	O indicador conta o número de países e territórios em que há colaboração permanente entre os serviços públicos de saúde mental e outros departamentos, serviços e setores. **Linha de base (2019):** 9 **Meta (2025):** 22
Finalidade do indicador	O indicador avalia a existência de mecanismos formais de colaboração multissetorial para a promoção da saúde mental e prevenção de condições de saúde mental e suicídio.
Nota técnica	Para demonstrar a colaboração permanente na área de saúde mental entre serviços públicos de saúde mental e parceiros de outros departamentos, serviços e setores, um país ou território deve atender a todos os três critérios a seguir: 1. Existência de um acordo formal ou plano conjunto com o parceiro. 2. Existência de financiamento específico, proveniente do parceiro ou destinado ao parceiro, para a prestação de serviço. 3. Realização de reuniões periódicas com o parceiro (pelo menos anual). Parceiros de “outros departamentos” incluem, por exemplo, o ministério de desenvolvimento social ou de bem-estar social, o ministério da educação, o ministério da justiça e o ministério do interior ou de assuntos internos. Parceiros de “outros setores” incluem, por exemplo, organismos governamentais ou não governamentais do setor de habitação; organismos governamentais ou não governamentais do setor de trabalho; meios de comunicação; instituições acadêmicas; organizações não governamentais locais ou internacionais, ou organizações do setor privado que prestam ou promovem serviços de saúde mental; associações profissionais; organizações ou instituições de caráter religioso; curandeiros tradicionais ou indígenas; além dos usuários do serviço e suas famílias.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois anos, como parte da coleta de dados para o atlas de saúde mental da OMS
Unidade da RSPA	Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental/Saúde Mental e Uso de Substâncias (NMH/MH)
Fonte dos dados	Atlas de saúde mental da OMS.
Limitações	• As deficiências nos sistemas nacionais de informação em saúde são uma limitação importante.

	• A OPAS e OMS sugerem que o atlas de saúde mental da OMS seja atualizado a cada dois anos (alguns países da Região já fazem isso). Todavia, essa é uma iniciativa voluntária que depende dos países; a OPAS promove essa atualização periódica, mas não tem poder de decisão a respeito disso.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. (2017) Mental Health Atlas 2017. Genebra: OMS.
Vinculação	• ASSA2030, meta 9.6

Resultado Intermediário 17. Eliminação de doenças transmissíveis

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 17**: Fortalecimento dos sistemas de saúde para alcançar ou manter a eliminação da transmissão de doenças priorizadas
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 17.a:** Número de países e territórios que atingem a supressão viral de 90% (carga viral < 1000 cópias/ml) em pessoas em terapia antirretroviral (TARV)
Definição do indicador	O HIV pode ser suprimido pela terapia antirretroviral (TARV) combinada, com três ou mais antirretrovirais. Esse indicador conta o número de países e territórios nos quais pelo menos 90% das pessoas em TARV alcançaram supressão viral. **Linha de base (2019):** 6 **Meta (2025):** 15
Finalidade do indicador	A carga viral individual é a medida recomendada da eficácia da terapia antirretroviral e indica a adesão ao tratamento e o risco de transmitir o HIV. Um limiar de carga viral de < 1000 cópias/mL define o sucesso terapêutico. A supressão viral em pessoas vivendo com HIV é um dos 10 indicadores globais arrolados nas diretrizes consolidadas da OMS sobre as informações estratégicas relativas ao HIV no setor de saúde, de 2015. Esse indicador também ajuda a monitorar os esforços contínuos na Região para alcançar o terceiro 90 da meta 90-90-90 do UNAIDS, a saber, a supressão da carga viral em 90% das pessoas em terapia antirretroviral até 2020.
Nota técnica	A porcentagem de supressão viral nas pessoas em TARV é calculada do seguinte modo: **Numerador:** número de pessoas vivendo com HIV no período de notificação com carga viral suprimida (< 1000 cópias/mL). **Denominador:** número de pessoas vivendo com HIV em tratamento e submetidas a teste da carga viral no mesmo período. Os países que informarem esses dados serão avaliados quanto à supressão viral de 90% nas pessoas com HIV em TARV. A supressão da carga viral pode ser medida a partir de três fontes de dados: *a)* dados clínicos e do programa; *b)* pesquisas nacionalmente representativas; ou *c)* indicadores de alerta precoce das pesquisas sobre resistência do HIV aos medicamentos. Os países devem informar os dados da fonte mais recente e nacionalmente representativa. Os dados do teste de carga viral devem ser rotineiros, e não episódicos. Por exemplo, os resultados de uma pessoa não devem ser incluídos se o teste foi realizado antes do início do tratamento ou quando havia suspeita de insucesso do tratamento.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual

Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/HIV, Hepatite, Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CDE/HT)
Fonte dos dados	UNAIDS, OMS e os relatórios dos países sobre o monitoramento da AIDS em todo o mundo (Global AIDS Monitoring – GAM).
Limitações	• Uma dificuldade decorrente dos dados do programa é que o teste de carga viral pode ser realizado seletivamente para determinar quando iniciar o tratamento ou para identificar possíveis insucessos terapêuticos. Os dados do teste de carga viral em casos de suspeita de insucesso terapêutico subestimarão os níveis de supressão de carga viral. Se a cobertura do teste de carga viral for baixa, os níveis medidos de supressão viral podem superestimar o verdadeiro valor. • Outra limitação é que esse indicador não reflete a cobertura do tratamento antirretroviral. Portanto, os países poderiam ter um pequeno número de pessoas em tratamento, mas uma alta porcentagem de pessoas com carga viral suprimida entre aquelas em tratamento.
Referências	1. UNAIDS. Monitoreo Global del Sida 2019. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.1 • Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021 (CD55/14), indicador 3.2.2 • Monitoramento mundial da aids, indicador 1.4

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 17.** Fortalecimento dos sistemas de saúde para alcançar ou manter a eliminação da transmissão de doenças priorizadas
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 17.b:** Número de países e territórios com > 80% dos casos de malária investigados e classificados nas áreas assinaladas para a eliminação ou prevenção do restabelecimento da doença
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios cujo sistema de saúde incorporou uma das ações essenciais para a eliminação da malária: a investigação de casos. O objetivo dessa investigação é determinar se uma infecção foi contraída localmente e o local provável da infecção e, portanto, determinar se houve transmissão autóctone da malária ou se há fatores que podem levar à transmissão futura. A anamnese detalhada de um caso-índice em local de atendimento fixo, durante consulta com profissional da comunidade ou de estabelecimento de saúde, destinada a classificar o caso, é a base da investigação inicial de caso. Este indicador não se refere a essa ação inicial de investigação de caso, que deve fazer parte da rotina da atenção em todos os casos, qualquer que seja o nível de endemicidade; mas refere-se a uma ação de investigação epidemiológica subsequente no domicílio ou no local de trabalho do paciente. Esta deve ser realizada na primeira semana após a detecção de casos em países ou áreas com carga total de casos muito baixa (p. ex., não mais de três casos por equipe de investigação por semana) ou poucos focos de transmissão. Em países-alvo, ou áreas-alvo dentro de países endêmicos, definidos para eliminação, todos os casos devem ser objeto dessa investigação epidemiológica, que deve ser desencadeada pela detecção de cada caso. **Linha de base (2019):** 22 de 34 países **Meta (2025):** 28 de 34 países
Finalidade do indicador	Em países ou territórios em processo de eliminação da malária, a OMS recomenda que todos os casos sejam investigados e classificados. A investigação dos casos deve levar a conclusões acerca da existência de transmissão local e orientar respostas destinadas a detectar outros possíveis casos e prevenir a continuação da transmissão. A medição deste indicador contribuirá para operacionalizar o conceito de "vigilância como intervenção" nos programas de eliminação, promovidos pela *Estratégia técnica mundial para o paludismo 2016-2030* (OMS). A avaliação deste indicador e as ações destinadas a alcançar as metas procurarão promover medidas de políticas públicas e melhorias operacionais na intervenção-chave para eliminar a malária e prevenir o restabelecimento da transmissão.
Nota técnica	**Numerador:** número de casos de malária com investigação de casos em áreas-alvo para eliminação ou prevenção do restabelecimento da transmissão no país. **Denominador:** número total de casos de malária confirmados em áreas-alvo para eliminação ou prevenção do restabelecimento de transmissão. Na prática, as investigações de casos devem ser realizadas por visita domiciliar ou ao local de trabalho do caso nas áreas com carga total de casos muito baixa (p. ex., não mais de três casos por equipe de investigação por semana) ou poucos focos de transmissão. Para a finalidade de medida deste indicador, considera-se como área-alvo para eliminação a totalidade ou parte do território

	nacional que esteja nessas condições. Um caso investigado e classificado terá um formulário de investigação de caso.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual, medido no fim do ano
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/Doenças Negligenciadas, Tropicais e Transmitidas por Vetores (CDE/VT)
Fonte dos dados	Relatório nacional anual sobre malária e missões técnicas da OPAS/OMS; bases de dados de casos de malária e de detecção de casos; verificação no âmbito local e/ou nacional.
Limitações	• Em países com endemicidade considerável, onde nem todos os casos devem ser investigados, a determinação correta do numerador e denominador dependerá da estratificação apropriada do território. • O indicador atualmente informado pelos países no âmbito nacional deve agora passar a ser notificado pelas divisões administrativas secundárias (ADM2), ou seja, municípios ou distritos. Essa mudança no nível de notificação pode acarretar algumas limitações iniciais. • O indicador mede a cobertura da investigação de casos, não a qualidade das ações.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Manual de referencia para la vigilancia, el seguimiento y la evaluación de la malaria. Genebra: OMS; 2018. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50648/9789275320563_spa.pdf 2. Organização Mundial da Saúde. Estratégia técnica mundial para o paludismo 2016-2030. Genebra: OMS; 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176712/9789248564994_por.pdf?sequence=6
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.6

<table>
<tr><td>Código e título do resultado intermediário</td><td>Resultado intermediário 17: Fortalecimento dos sistemas de saúde para alcançar ou manter a eliminação da transmissão de doenças priorizadas</td></tr>
<tr><td>Código e título do indicador</td><td>Indicador do resultado intermediário 17.c (a-g): Interrupção da transmissão de doenças infecciosas negligenciadas (DINs) nos países, seguindo os critérios e diretrizes da OMS</td></tr>
<tr><td>Definição do indicador</td><td>Este indicador mede o sucesso dos países e territórios para alcançar a interrupção da transmissão de uma ou mais doenças infecciosas negligenciadas, conforme estabelecido no Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022 (OPAS), aprovado pela Resolução do Conselho Diretor da OPAS CD55.R9 em setembro de 2016. A interrupção da transmissão é uma etapa anterior à eliminação das doenças infecciosas negligenciadas.

<table>
<tr><th>Doença infecciosa negligenciada</th><th>Linha de base (2019)</th><th>Meta (2025)</th></tr>
<tr><td>a. Tracoma</td><td>1 de 4</td><td>3 de 4</td></tr>
<tr><td>b. Doença de Chagas</td><td>17 de 21</td><td>21 de 21</td></tr>
<tr><td>c. Raiva humana transmitida por cães</td><td>32 de 35</td><td>35 de 35</td></tr>
<tr><td>d. Teníase/cisticercose humana</td><td>0 de 16</td><td>5 de 16</td></tr>
<tr><td>e. Filariose linfática</td><td>3 de 7</td><td>6 de 7</td></tr>
<tr><td>f. Oncocercose</td><td>4 de 6</td><td>6 de 6</td></tr>
<tr><td>g. Esquistossomose</td><td>3 de 10</td><td>5 de 10</td></tr>
</table>

Linha de base (2019):
a. Tracoma: o México eliminou o tracoma em 2017.
b. Doença de Chagas: 17 países interromperam a transmissão da doença de Chagas na totalidade ou em parte de seu território.
c. Raiva humana transmitida por cães: até 2019, 32 de 35 países ou territórios haviam estabelecido capacidades e processos eficientes para eliminar a raiva humana transmitida por cães.
d. Teníase/cisticercose humana: nenhum dos 18 países endêmicos conhecidos na América Latina e no Caribe eliminaram a teníase/cisticercose como problema de saúde pública, e a maioria deles não dispõe de nenhum programa de controle.
e. Filariose linfática: Trinidad e Tobago, Suriname e Costa Rica foram retirados da lista de países endêmicos em 2011.
f. Oncocercose: Colômbia (2013), Equador (2014), México (2015) e Guatemala (2016) eliminaram a oncocercose. Espera-se que o Brasil e a Venezuela interrompam a transmissão até 2022 e eliminem a doença até 2025.
g. Esquistossomose: há algumas evidências de que alguns países do Caribe interromperam a transmissão da esquistossomose (Antígua e Barbuda, Santa Lúcia e Suriname), mas é preciso confirmar. Espera-se que pelo menos outros dois países alcancem a eliminação dessa doença como problema de saúde pública até 2025.

Meta (2019):
a. Tracoma: até 2025, Brasil, Colômbia e Guatemala podem apresentar evidências de que alcançaram uma prevalência de inflamação tracomatosa folicular (TF) < 5% em crianças de 1-9 anos e de que iniciaram a vigilância após administração em massa de medicamentos em cada distrito endêmico. A iniciativa da OPAS de eliminação de doenças apela para que o tracoma seja eliminado até 2022, conforme as metas da OMS. Entretanto, os países na</td></tr>
</table>

	Região necessitarão de mais tempo, pois houve alguns atrasos e os países carecem de financiamento ou capacidade de acelerar os esforços rumo à eliminação. b. Doença de Chagas: a meta é que 21 países tenham interrompido a transmissão da doença de Chagas na totalidade ou em parte de seu território até 2025. c. Raiva humana transmitida por cães: a meta é que 35 de 35 países ou territórios tenham estabelecido capacidades e processos eficientes para eliminar a raiva humana transmitida por cães. d. Teníase/cisticercose humana: a iniciativa de eliminação declara que o objetivo é eliminar as mortes de crianças, a morbidade em comunidades em risco e a incapacidade de crianças até 2030. A meta de resultado intermediário é um passo para alcançar os objetivos da iniciativa de eliminação. e. Filariose linfática: considera-se muito provável que o Brasil e a República Dominicana alcancem a interrupção da transmissão até 2022. f. Oncocercose: espera-se que o Brasil e a Venezuela interrompam a transmissão até 2022. g. Esquistossomose: a Iniciativa de Eliminação afirma que a meta da OMS para 2020 é a eliminação da transmissão em toda a América Latina e o Caribe. Essa meta não será alcançada. Porto Rico, República Dominicana, Antígua e Barbuda, Monserrat e Guadalupe são candidatos a alcançar a interrupção da transmissão até 2022.
Finalidade do indicador	O objetivo de eliminar as doenças infecciosas negligenciadas foi determinado tanto por mandatos mundiais, como as resoluções da Assembleia Mundial da Saúde, como por mandatos regionais, como a Resolução do Conselho Diretor da OPAS CD55.R9. Está incluído também na meta 3.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: "até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis". A finalidade do indicador é medir o progresso rumo a essas metas de saúde pública, considerando que a interrupção da transmissão é um passo rumo à eliminação das doenças infecciosas negligenciadas.
Nota técnica	O cálculo do indicador é baseado em critérios e procedimentos da OPAS e da OMS para a comprovação ou validação da eliminação de cada uma das doenças
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	• Raiva humana transmitida por cães e doença de Chagas: uma vez ao ano • Teníase/cisticercose humana, filariose linfática, oncocercose, esquistossomose e tracoma: a cada 2 a 3 anos
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/Doenças Negligenciadas, Tropicais e Transmitidas por Vetores (CDE/VT)
Fonte dos dados	Dados oficiais fornecidos aos países pelas autoridades sanitárias nacionais; resultados de pesquisas, estudos de vigilância e sistemas regionais de vigilância, como o SIRVERA (Sistema Regional de Informação para a Vigilância Epidemiológica de Raiva).
Limitações	A OPAS/OMS ainda precisa elaborar diretrizes sobre os critérios e procedimentos para a comprovação ou validação da eliminação de várias das doenças enumeradas, como a esquistossomose e a teníase/cisticercose humana.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022. 55º Conselho Diretor. CD55/15 Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31434/CD55-15-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y

	2. Organização Mundial da Saúde. Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem. Genebra: 2017. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254377/9789241511957-eng.pdf?sequence=1 3. Organização Mundial da Saúde. Validação da eliminação do tracoma como problema de saúde pública. Genebra: 2016. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33656/9789275719237-por.pdf?ua=1 4. Organização Mundial da Saúde. Guidelines for stopping mass drug administration and verifying elimination of human onchocerciasis. Genebra: 2016. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204180/9789241510011_eng.pdf?sequence=1 5. Organização Mundial da Saúde. WHO expert consultation on rabies: WHO TRS N°1012. Third report. Genebra: 2018. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272364/9789241210218-eng.pdf
Vinculação	• ODS, meta 3.3 • ASSA2030, meta 10.7 • Plano de ação da OPAS para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022 (CD55.R9) • WHA66.12, Resolução sobre doenças tropicais negligenciadas • 13º PGT, estrutura de impacto

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 17:** Fortalecimento dos sistemas de saúde para alcançar ou manter a eliminação da transmissão de doenças priorizadas
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 17.d:** Número de países e territórios com capacidade estabelecida e processos eficazes para eliminar a raiva humana transmitida por cães
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que estabeleceram capacidade e processos efetivos para eliminar a raiva humana transmitida por cães, tanto da perspectiva da saúde pública quanto da saúde animal, com base em uma estrutura-modelo atualmente em desenvolvimento. Com relação à saúde pública, o modelo compreende seis capacidades: análise de riscos, profilaxia pré-exposição, profilaxia pós-exposição, atividades de controle relacionadas a casos, educação e vigilância. Com relação à saúde animal, o modelo também considera seis capacidades: análise de risco, vacinação, controle da população, controles de importação, vigilância e atividades de controle relacionadas a casos. Para cada capacidade há até três níveis de desempenho a serem avaliados. A avaliação de desempenho com relação a cada capacidade é realizada como parte de avaliações periódicas de programas nacionais contra a raiva. **Linha de base (2019):** 30 **Meta (2025):** 35
Finalidade do indicador	Este indicador demonstra o progresso do país no fortalecimento de capacidades básicas rumo à eliminação da raiva humana transmitida por cães. Um país pode usar esses resultados para informar a alocação de recursos do programa de combate à raiva (p. ex., investimentos em capacidade específica quando o desempenho de uma função está abaixo do esperado). A ferramenta então é capaz de oferecer o perfil ideal de investimento.
Nota técnica	Cálculo em âmbito nacional: As melhorias de capacidade são avaliadas por revisão das pontuações ponderadas específicas das capacidades, por país, resultantes do modelo, para obter uma pontuação total do país. Cálculo em âmbito regional: O indicador regional é calculado pela contagem dos países que melhoraram suas capacidades e se comprometeram a eliminar a raiva humana transmitida por cães.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual, no fim do ano civil
Unidade da RSPA	Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Transmissíveis/Centro Pan-Americano de Febre Aftosa — PANAFTOSA (CDE/AFT)
Fonte dos dados	Autoridades sanitárias nacionais (resultados de avaliações do programa contra a raiva).
Limitações	Nem todos os países fornecem as informações necessárias a tempo de avaliar para inclusão no cálculo de indicador.
Referências	1. Del Rio Vilas VJ, Burgeño A, Montibeller G, Clavijo A, Vigilato MA, Cosivi O. Prioritization of capacities for dog mediated human rabies in the Americas: building the framework. Pathogens and Global Health 2013;107(7):340-345.

	2. Organização Pan-Americana da Saúde. Meeting of Rabies Program Directors in the Americas (REDIPRA) - http://www.panaftosa.org/redipra16/index.php?lang=en 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe de resultados de la encuesta sobre la situación de los programas nacionales de rabia en las Américas: 2015-2016. Available in Spanish at: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51720 4. Organização Pan-Americana da Saúde. Regional Information System for Epidemiological Surveillance of Rabies (SIRVERA) - https://sirvera.panaftosa.org.br/login
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.4 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 1.4.8

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 17:** Fortalecimento dos sistemas de saúde para alcançar ou manter a eliminação da transmissão de doenças priorizadas
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 17.e:** Número de países e territórios em que a transmissão endêmica do vírus do sarampo ou da rubéola foi restabelecida
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios onde há uma cadeia de transmissão ininterrupta de uma cepa do vírus do sarampo ou da rubéola por > 12 meses em uma região geográfica definida. **Linha de base (2019):** 2 **Meta (2025):** 0
Finalidade do indicador	O indicador mostra a capacidade dos programas nacionais de vacinação de manter a eliminação do sarampo e da rubéola ao longo do tempo.
Nota técnica	O indicador é calculado como o número de países e territórios com restabelecimento de transmissão endêmica do vírus do sarampo ou da rubéola em um ano específico, em determinado país, território ou região geográfica.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Semanal
Unidade da RSPA	Imunização Integral (CIM)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos a partir de relatórios semanais dos países à Unidade de Imunização Integral da Família da OPAS via Sistema de Vigilância para a Eliminação do Sarampo e Sistema Integrado de Informação de Vigilância (MESS-ISIS).
Limitações	Os dados dependem da qualidade do sistema de vigilância, bem como da capacidade laboratorial de cada país.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para imunização [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 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 (Resolução CD54.R8) [consultado em 3 de março de 2017]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-p.pdf
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.4 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 1.5.2 • Plano de ação para imunização (CD54/7, Rev. 2), indicador 1.2.1

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 17:** Fortalecimento dos sistemas de saúde para alcançar ou manter a eliminação da transmissão de doenças priorizadas
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 17.f:** Cobertura regional média de recém-nascidos com a vacina contra a hepatite B durante as primeiras 24 horas de vida
Definição do indicador	Este indicador mede a cobertura de recém-nascidos com a vacina contra hepatite B durante as primeiras 24 horas de vida, expressa como média regional ponderada. **Linha de base (2017):** 76% **Meta (2025):** 95%
Finalidade do indicador	A cobertura adequada da vacina para todos os recém-nascidos nas primeiras 24 horas de vida ajuda a prevenir a hepatite B perinatal. Este indicador mostra o estado vacinal da coorte de recém-nascidos em determinado ano.
Nota técnica	O indicador é calculado dividindo-se o número de recém-nascidos que receberam a vacina contra hepatite B durante as primeiras 24 horas de vida pelo número de crianças com menos de um ano de idade (população no meio do ano) em determinado país, território ou região geográfica em um momento específico. Quando os dados foram obtidos com os países, calcula-se a média ponderada da população de crianças com menos de um ano na Região.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Anual. Os dados informados correspondem ao período até o final do ano e são recebidos até abril do ano seguinte.
Unidade da RSPA	Imunização Integral (CIM)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos a partir de relatórios semanais dos países à Unidade de Imunização Integral da Família da OPAS via formulário de notificação conjunta da OPAS/OMS-UNICEF.
Limitações	Os dados refletem apenas a cobertura administrativa, que pode variar se os dados da população estiverem desatualizados ou se houver migração intensa.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para imunização [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 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 (Resolução CD54.R8) [consultado em 3 de março de 2017]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-p.pdf
Vinculação	• ASSA, meta 10.5 • Plano de ação para imunização (CD54/7, Rev. 2), indicador 1.3.3 (adaptado) • Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais (CD54/13, Rev. 1), indicador 2.1.2 (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 17:** Fortalecimento dos sistemas de saúde para alcançar ou manter a eliminação da transmissão de doenças priorizadas
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 17.g:** Número de países e territórios que notificaram casos de paralisia devido ao vírus selvagem da pólio ou à circulação de um vírus da pólio derivado da vacina no ano anterior
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que notificaram casos de paralisia causada por poliovírus selvagem ou poliovírus circulante derivado da vacina (cPVDV) no último ano. **Linha de base (2018):** 0 **Meta (2025):** 0
Finalidade do indicador	O indicador demonstra se um país notificou, investigou e confirmou casos de paralisia causada por poliovírus selvagem ou poliovírus circulante derivado da vacina como parte de um programa de vigilância em funcionamento adequado.
Nota técnica	A vigilância da paralisia flácida aguda (PFA) em crianças com menos de 15 anos permite identificar a presença de casos de paralisia causados por poliovírus selvagem ou por cPVDV em um país ou território. Há diretrizes específicas de vigilância que são implementadas em todos os países e territórios para identificar, notificar, investigar e relatar um caso de paralisia por poliovírus selvagem ou cPVDV.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Semanal
Unidade da RSPA	Imunização Integral (CIM)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos a partir de relatórios semanais dos países à Unidade de Imunização Integral da Família da OPAS via Sistema de Vigilância para a Erradicação da Poliomielite e Sistema Integrado de Informação de Vigilância (PESS-ISIS).
Limitações	Os dados dependem da qualidade do sistema de vigilância, bem como da capacidade laboratorial de cada país.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para imunização [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS, 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 (Resolução CD54.R8) [consultado em 3 de março de 2017]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-p.pdf
Vinculação	• ASSA2030, meta 10.4 • Plano de ação para imunização (CD54/7, Rev. 2), indicador 1.1.1 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 1.5.4 • 13º PGT, estrutura de impacto

Resultado Intermediário 18. Determinantes sociais e ambientais

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 18**: Aumento da capacidade dos atores do setor de saúde para abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde com um foco intersetorial, priorizando os grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 18.a**: Número de países e territórios com capacidade para implementar e monitorar políticas para abordar os determinantes sociais da saúde
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que demonstraram capacidade para abordar os determinantes sociais da saúde. Para demonstrar isso, os países definirão os dois determinantes sociais da saúde de maior impacto segundo o contexto nacional, voltados para grupos em condições de vulnerabilidade, e elaborarão e implementarão políticas para abordar esses determinantes. **Linha de base (2019):** 6 **Meta (2025):** 9 Atualmente, os países na Região estão em um processo para formular linhas de base e metas do indicador para a proposta de *Estratégia e plano de ação para a promoção da saúde*. A linha de base e a meta para este indicador serão atualizadas quando o processo estiver completo.
Finalidade do indicador	O indicador medirá os avanços progressivos dos Estados Membros da OPAS na formulação e implementação de políticas voltadas para os determinantes sociais da saúde prioritários.
Nota técnica	Os determinantes sociais da saúde são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que definem as condições da vida cotidiana. Essas forças e sistemas compreendem políticas e sistemas econômicos, agendas de desenvolvimento, normas e políticas sociais, bem como sistemas políticos. Essas condições podem ser extremamente desiguais e acarretar diferenças nos resultados intermediários da saúde. Os determinantes da saúde importantes incluem, entre outros, educação, emprego (trabalho digno), renda, proteção social, violência, condições de moradia, gênero, grupo étnico e raça, e incapacidades. Cabe a cada país identificar os determinantes sociais que têm maior impacto no contexto nacional, com ênfase específica nos grupos em condições de vulnerabilidade, e formular e implementar políticas direcionadas a eles. A maioria dessas políticas demandará ação intersetorial, mas algumas estão sob a responsabilidade direta do setor de saúde. Entre as condições necessárias para demonstrar a capacidade de abordar os determinantes sociais estão: • Pessoal e orçamento específico para abordar e monitorar os determinantes sociais da saúde. • Pelo menos um curso de capacitação a cada três anos para o desenvolvimento e a implementação de políticas voltadas para os determinantes sociais da saúde, com um componente de monitoramento e avaliação. • Coordenação funcional entre o setor de saúde e outros setores. • Ações intersetoriais documentadas voltadas para os determinantes sociais da saúde, levando em conta o monitoramento e a avaliação.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios

Frequência de medição	Em ciclos bianuais, com uma última avaliação no fim de 2025
Unidade da RSPA	Determinantes Sociais e Ambientais para a Equidade em Saúde / Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da Saúde (DHE/HP)
Fonte dos dados	Os dados serão obtidos a partir de diferentes fontes, como: • Pesquisas autoadministradas • Observatórios • Políticas públicas de saúde aprovadas • Relatórios do país apresentados aos organismos de Tratados das Nações Unidas • Relatórios do país apresentados à Unidade de Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da OPAS • Relatórios do país sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
Limitações	• Este indicador não é acompanhado habitualmente pelos sistemas de saúde. • Os dados refletirão o número de países e territórios que implementaram e monitoraram políticas voltadas para os determinantes da saúde; os dados, porém, não especificarão o impacto e os resultados dessas políticas.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Determinantes sociales de la salud [Internet]; 2017. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/es/ 2. Organização Mundial da Saúde. Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde [Internet]. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde; 19-21 outubro de 2011; Rio de Janeiro (Brasil). Rio de Janeiro: OMS; 2011. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf 3. Organização Mundial da Saúde. WHA62.14. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Genebra: OMS; 2009 [consultado em 21 de novembro de 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf.
Vinculação	• ASSA2030, meta 11.1

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 18**: Aumento da capacidade dos atores do setor de saúde para abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde com um foco intersetorial, priorizando os grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 18.b**: Número de países e territórios com capacidade para prevenir as principais doenças ocupacionais
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que estão implementando serviços de saúde ocupacional, capacitação e programas de educação, assim como programas de vigilância ocupacional, concentrados em setores essenciais da economia (como os setores informal, sanitário, minerador e agrícola), e que efetivamente aumentem as atividades de prevenção, diagnóstico e registro de doenças ocupacionais de 2020 a 2025. **Linha de base (2019):** 3 **Meta (2025):** 7
Finalidade do indicador	A "epidemia invisível" de doenças ocupacionais causada por subdiagnóstico e sub-registro desses eventos exige a capacitação para assegurar a detecção, o diagnóstico e o registro tempestivos; a melhoria dos sistemas nacionais de informação em saúde dos trabalhadores; e a busca da prevenção primária pelo controle de condições perigosas no local de trabalho. A implementação de serviços específicos de saúde, educação e capacitação dos trabalhadores, associada a programas de vigilância ocupacional concentrados em setores de alto risco e ao controle adequado das condições de trabalho perigosas, deve promover a diminuição do número, das tendências e da carga de doenças ocupacionais, acidentes, incapacidades e mortes. Além disso, a implementação de intervenções de prevenção primária (avaliações de riscos ocupacionais, controles de engenharia e controles administrativos) evitará perdas econômicas consideráveis para trabalhadores, suas famílias e empregadores.
Nota técnica	Os sistemas de vigilância que incorporam capacitação e educação demonstraram: a) ser um método efetivo para detectar, controlar ou eliminar condições de trabalho perigosas; b) prevenir doenças ocupacionais, acidentes, incapacidade e mortes; e c) diminuir a carga de mortalidade causada por essas condições. Ao estabelecerem esses sistemas, os países contribuem para a produtividade individual, familiar e nacional. As doenças ocupacionais crônicas não transmissíveis e as ameaças compreendem, entre outras, a silicose, as doenças relacionadas ao asbesto, a doença renal crônica de causas não tradicionais (DRCnt), além da exposição a carcinógenos. Há muito se sabe que a avaliação de riscos e as intervenções de controle de ameaças que aplicam uma hierarquia de controles determinada por higienistas ocupacionais (prevenção primária) são a melhor maneira de prevenir essas doenças e exposições e seus impactos na saúde. Isso ajuda a reduzir ou evitar a necessidade de atenção a longo prazo com elevados custos sanitários e sociais, principalmente para o setor de saúde. Essas intervenções de prevenção primária também permitem transferir o custo dos riscos ocupacionais para a previdência social e os planos de seguro dos trabalhadores. Como a saúde dos trabalhadores tem uma natural composição intersetorial, multidisciplinar e multipartite de interessados diretos, sua prática requer a participação do setor trabalhista e de outros setores estratégicos, como mineração, agricultura, meio ambiente, indústria, construção civil e transporte, entre outros. O *Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores 2015-2025* da OPAS compreende essas atividades em sua segunda linha estratégica de ação. Haverá oferta de assistência técnica e diretrizes para obter relatórios dos países com dados sobre frequência e tendências de doenças ocupacionais, incapacidade e mortes causadas pelas principais doenças, classificados por

	idade, sexo e setor econômico. Os países também informarão sobre programas de vigilância, capacitação ou educação implantados. Como o setor de saúde é responsável pela proteção da vida e da saúde de todas as populações, as autoridades sanitárias nacionais são chamadas a assumir a liderança na notificação de acidentes, doenças e mortes ocasionados pelo trabalho. Deve-se dar atenção especial às condições que contribuem para doenças ocupacionais não transmissíveis, como as pneumoconioses (doenças relacionadas ao asbesto, silicose), doenças cardiovasculares, cânceres ocupacionais e DRCnt em diferentes tipos de local de trabalho na região.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Determinantes Sociais e Ambientais para a Equidade em Saúde / Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da Saúde (DHE/HP)
Fonte dos dados	Os dados serão obtidos de relatórios anuais do país, com uso dos modelos definidos pelo *Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores*.
Limitações	• Este indicador não é acompanhado habitualmente pelos sistemas de saúde. • Os dados refletirão o número de países que fortaleceram suas capacidades de prevenir as principais doenças ocupacionais por meio de sistemas de vigilância ocupacional e sistemas de saúde ocupacional; entretanto, os dados não especificarão condições perigosas nem seus efeitos na saúde dos trabalhadores. Nos países em que os dados relativos à saúde ocupacional são coletados por instituições de previdência social ou de outro tipo, é necessária coordenação adicional para obter essas informações.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CD54.R6 (2015). Plano de Ação sobre a Saúde dos Trabalhadores 2015-2025. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28387/CD54-R6-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CE52.25 (2013) Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CE152-25-p.pdf 3. Organização Mundial da Saúde. Global plan of action on workers' health: baseline for implementation 2008-2017. Genebra: OMS; 2008. Disponível em: https://www.who.int/occupational_health/who_workers_health_web.pdf 4. Organização Pan-Americana da Saúde. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf
Vinculação	• ASSA2030, meta 11.5 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 3.5.4

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 18**: Aumento da capacidade dos atores do setor de saúde para abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde com um foco intersetorial, priorizando os grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 18.c**: Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura
Definição do indicador	Este indicador mede a proporção da população que usa uma fonte melhorada de água (água encanada dentro de casa ou no terreno; torneiras ou fontes públicas; poço perfurados ou tubulares; poços escavados protegidos; nascentes protegidas e água de chuva) localizada na propriedade, disponível quando necessário e livre de contaminação fecal e por contaminantes químicos prioritários. **Linha de base (2019):** 57,5% em 8 países e territórios **Meta (2025):** 75%
Finalidade do indicador	Este indicador baseia-se no indicador dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio "proporção da população que usa uma fonte melhorada de água". A "fonte melhorada" foi usada como substituto da água segura, em razão da falta de dados sobre a qualidade da água consumida. O indicador do Plano Estratégico também incorpora aspectos de qualidade ("segura", "livre de contaminação"), acessibilidade ("localizado na propriedade") e disponibilidade ("disponível quando necessário") para aprofundar ainda mais os critérios normativos do direito humano à água. Com a análise de todos esses aspectos, formuladores de políticas e responsáveis por decisões podem definir o que priorizar em suas intervenções: por exemplo, tratamento para melhorar a qualidade, ampliação das redes de distribuição para melhorar a acessibilidade ou reabilitação da rede de distribuição existente para melhorar a disponibilidade e preservar a qualidade. A desagregação dos dados por critérios geográficos e estratos socioeconômicos permite identificar que segmentos da população estão ficando para trás no acesso a fontes melhoradas.
Nota técnica	Segundo o Programa de Monitoramento Conjunto da OMS/UNICEF para o Abastecimento de Água, Saneamento e Higiene (JMP, na sigla em inglês), para satisfazer o patamar de um serviço "gerenciado com segurança", a fonte melhorada deve satisfazer três condições: • Acessibilidade: a fonte deve estar localizada na propriedade (dentro de casa ou no terreno); • Disponibilidade: a água deve estar disponível quando necessário; e • Qualidade: a água fornecida deve estar livre de contaminação fecal e por contaminantes químicos prioritários. Esses critérios são definidos do seguinte modo no documento de metodologia do JMP. *Acessibilidade:* a água para consumo está localizada na propriedade, ou o tempo necessário para coleta em outra fonte é de 30 minutos no máximo. *Disponibilidade:* a água está "disponível continuamente e em quantidade suficiente para beber e fazer a higiene pessoal, bem como para outros usos pessoais e domésticos, como cozinhar e preparar alimentos, lavar pratos, lavar roupas e limpar a casa. O suprimento tem que ser contínuo o bastante para permitir a coleta de quantidades suficientes para satisfazer todas as necessidades, sem comprometedor a qualidade da água." A "disponibilidade de água quando necessário" é complexa e depende da quantidade de água necessária, da quantidade de água disponível, da continuidade e confiabilidade dos

	suprimentos, e da capacidade de armazenamento domiciliar. Quando disponível, o JMP usa os dados de fontes populacionais e várias perguntas que foram incluídas em inquéritos domiciliares nacionais até o momento. Nos casos em que os entrevistados domésticos informam ter acesso a água suficiente quando necessário ou ter água disponível em 50% do tempo no mínimo (ou seja, pelo menos 12 horas por dia ou quatro dias por semana), o JMP classifica-os como tendo serviços de água para consumo disponíveis quando necessário. Na ausência de dados de fontes populacionais, também foram usados dados de fontes administrativas. Os sistemas de água encanada que fornecem água durante pelo menos 12 horas por dia ou quatro dias por semana são classificados pelo JMP como "disponíveis quando necessário," embora se reconheça que isso esteja aquém da plena concretização do direito humano. *Qualidade:* para que a água seja considerada segura, deve estar sempre livre de patógenos e de níveis elevados de substâncias nocivas. Para o monitoramento global, o padrão microbiológico aplicado é a ausência de *E. coli* em uma amostra de 100 mL. A contagem de coliformes termotolerantes é outro indicador fecal de uso comum e é considerada uma alternativa aceitável à *E. coli*. Dados sobre o cumprimento de padrões de cloro residual, embora úteis para monitoramento e vigilância operacional, não são considerados pelo JMP como indicativos do cumprimento de padrões microbiológicos. No âmbito global, os contaminantes químicos prioritários são arsênio e fluoreto. O JMP coleta dados sobre o cumprimento de padrões nacionais pertinentes e, onde possível, usa o cumprimento dos valores da diretriz da OMS (10 µg/L e 1,5 mg/L, respectivamente). **Numerador:** população que usa uma fonte melhorada de água (água encanada dentro de casa ou no terreno; torneiras ou fontes públicas; poços perfurados ou tubulares; poços escavados protegidos; nascentes protegidas e água de chuva) localizada na propriedade e disponível quando necessário, e livre de contaminação fecal e por contaminantes químicos prioritários. **Denominador:** população total do país segundo a estimativa anual oficial.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Determinantes Sociais e Ambientais para a Equidade em Saúde / Mudanças Climáticas e Determinantes Ambientais (DHE/CE)
Fonte dos dados	Os dados serão extraídos de relatórios anuais do JMP disponíveis em https://washdata.org/.
Limitações	• Os dados sobre disponibilidade e acessibilidade da água potável estão cada vez mais acessíveis graças a uma combinação de inquéritos domiciliares e fontes administrativas, incluindo reguladores, mas ainda é preciso padronizar as definições. • Os dados sobre qualidade (contaminação fecal e química), extraídos de inquéritos domiciliares e bases de dados reguladoras, não abrangerão todos os países de imediato e terão que ser desenvolvidos.

Referências	1. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 6 e suas metas e indicadores. Disponível em: http://www.sdg6monitoring.org/indicators/ 2. Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. JMP Methodology 2017 Update and SDG Baselines (março de 2018). Disponível em: https://washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2018-04/JMP-2017-update-methodology.pdf 3. Organização Mundial da Saúde. Guidelines for drinking-water quality, 4th edition, incorporating the 1st addendum. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549950
Vinculação	• ODS, indicador 6.1.1 • ASSA2030, meta 11.3 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 3.5.1 (adaptado) • 13º PGT, estrutura de impacto

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 18**: Aumento da capacidade dos atores do setor de saúde para abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde com um foco intersetorial, priorizando os grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 18.d**: Proporção da população que utiliza serviços de saneamento gerenciados de forma segura e instalações para lavagem das mãos com água e sabão
Definição do indicador	Este indicador mede a proporção da população que usa instalações sanitárias melhoradas no ambiente doméstico, que não sejam compartilhadas com outros domicílios e nas quais os excrementos sejam eliminados com segurança *in situ* ou transportados e tratados em outro lugar, e que inclua lavatório com água e sabão no domicílio. As instalações sanitárias melhoradas compreendem privada com descarga ou outra forma que possibilite ao usuário adicionar líquidos e direcionar ao sistema de coleta de esgoto, fossas sépticas ou rudimentares, fossas rudimentares melhoradas (com laje ou ventiladas) e banheiros de compostagem. Lavatório é o equipamento que contém, transporta ou regula o fluxo de água para facilitar a lavagem das mãos. **Linha de base (2019):** 38% em 11 países e territórios **Meta (2025):** 50%
Finalidade do indicador	Este indicador baseia-se no indicador do ODM "proporção da população que usa instalações sanitárias melhoradas" e incorpora aspectos de acessibilidade (no âmbito doméstico), aceitabilidade e segurança (não compartilhamento com outros domicílios) para aprofundar os critérios normativos do direito humano à água. Para assegurar a saúde pública além do âmbito doméstico, esse indicador incorpora o manejo seguro do material fecal ao longo da toda a cadeia de saneamento, desde a contenção até o tratamento e disposição final e, portanto, é um indicador polivalente que contribui para o indicador 6.3.1 dos ODS sobre o tratamento de águas residuais. É consenso que a lavagem das mãos com sabão é a prioridade máxima de higiene para melhorar os desfechos em saúde, e a disponibilidade de instalações para lavagem das mãos com água e sabão é usada como substituto do comportamento de lavagem das mãos. Este indicador é incluído como elemento padrão em muitos inquéritos domiciliares e é registrado por observação da equipe de campo, e não por autorrelato dos entrevistados na pesquisa. Por meio da incorporação da análise de todos esses aspectos, o indicador 6.2.1 dos ODS concentra a atenção de formuladores de políticas e responsáveis por decisões em áreas que demandam mais investimentos para obter resultados em termos de saúde, igualdade de gênero e meio ambiente. A desagregação dos dados por critérios geográficos e classes socioeconômicas permite identificar quais segmentos da população estão atrasados no tocante ao acesso a serviços de saneamento seguros.
Nota técnica	A definição do indicador "serviços de saneamento gerenciados de forma segura" é informada pelo conceito do fluxograma de esgotamento, no qual o material fecal de diferentes tipos de instalações sanitárias é rastreado ao longo das etapas de contenção, esvaziamento, transporte, tratamento e reutilização ou disposição final. O documento de metodologia do Programa de Monitoramento Conjunto da OMS/UNICEF para o Abastecimento de Água, Saneamento e Higiene (JMP) descreve essas etapas do seguinte modo: *Contenção:* diz respeito ao grau em que as instalações sanitárias usadas pelas pessoas garante que os excrementos sejam separados com segurança do contato humano no domicílio e na comunidade. Nos casos em que existem dados sobre a proporção de pessoas que usam sistemas sanitários melhorados que não contêm efetivamente o material fecal (p. ex., redes de esgoto,

	fossas rudimentares ou fossas sépticas que permitem a passagem das fezes para o ambiente), o JMP ajusta as estimativas de saneamento gerenciado de forma segura em conformidade. *Esvaziamento de instalações com armazenamento local:* o JMP busca dados sobre a proporção de pessoas que usam instalações sanitárias com armazenamento local (fossas sépticas ou rudimentares) que já foram esvaziadas alguma vez. Esses dados podem vir de fontes de dados populacionais, como inquéritos domiciliares, ou de registros administrativos. Informações sobre o tempo decorrido desde o último esvaziamento, o método de esvaziamento ou o uso de equipamento de proteção para evitar a exposição ocupacional durante o esvaziamento podem ser coletadas dessas bases de dados, mas não foram usadas no cálculo das estimativas. *Tratamento e disposição de excrementos de instalações com armazenamento local:* refere-se à proporção de excrementos esvaziados de instalações com armazenamento local (fossas sépticas ou rudimentares) que é enterrada no local; transportada, geralmente por carro, caminhão ou caminhão-tanque, até as estações de tratamento (qualquer que seja o tipo de estação de tratamento); ou lançada na rede de esgoto. Alguns inquéritos domiciliares e fontes administrativas coletam informações sobre a frequência e o método de esvaziamento de sistemas sanitários locais e se os excrementos são enviados a tratamento ou descartados de maneira insegura. Os excrementos de instalações sanitárias locais podem ser transportados para estações de tratamento de águas residuais ou estações especiais de tratamento de lodo fecal. Os excrementos levados às estações de tratamento de águas residuais que oferecem pelo menos tratamento secundário são classificados como gerenciados de forma segura. Os excrementos levados a estações de tratamento de lodo fecal são classificados como gerenciados de forma segura se forem tratadas tanto as frações líquidas quanto sólidas. *Águas residuais transportadas para tratamento:* refere-se à proporção de excrementos lançados nos sistemas de esgoto que são transportados com as águas residuais e enviados a estações de tratamento (de qualquer tipo). As águas residuais podem não ser transportadas para tratamento em razão de exfiltração, falha de bombeamento ou interrupções ou bloqueios na rede de esgoto, ou podem ser lançadas diretamente em valas de drenagem, corpos de água ou campo aberto. É raro haver dados sobre a proporção de águas residuais perdidas no transporte. *Águas residuais tratadas:* refere-se à proporção das águas residuais que chegam às estações de tratamento e recebem pelo menos tratamento secundário (biológico). As águas residuais que recebem tratamento primário não são consideradas gerenciadas de forma segura, exceto se o efluente for despejado de uma maneira que exclua o contato humano adicional (p. ex., por um longo emissário submarino). Caso se disponham de dados sobre as classes convencionais (primária, secundária, terciária, avançada) e também sobre as categorias ambíguas (p. ex., "outras"), as categorias ambíguas geralmente não são consideradas como gerenciamento de forma segura. Quando as únicas informações disponíveis sobre o tratamento forem ambíguas (p. ex., "tratadas"), o JMP presume que haja pelo menos tratamento secundário, mas busca esclarecimento em consultas ao país. **Numerador:** população usuária de serviços de saneamento gerenciados de forma segura, que inclua lavatório com água e sabão. **Denominador:** população total do país segundo a estimativa anual oficial.
Tipo de indicador	Relativo

Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Determinantes Sociais e Ambientais para a Equidade em Saúde / Mudanças Climáticas e Determinantes Ambientais (DHE/CE)
Fonte dos dados	Os dados serão extraídos de relatórios anuais do JMP disponíveis em https://washdata.org/
Limitações	Nem todos os países dispõem de dados sobre disposição e tratamento seguros. Os dados relativos a sistemas rurais de saneamento também são limitados.
Referências	1. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 6 e suas metas e indicadores globais. Disponível em: http://www.sdg6monitoring.org/indicators/ 2. JMP Methodology 2017 Update and SDG Baselines (março de 2018). Disponível em: https://washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2018-04/JMP-2017-update-methodology.pdf 3. Organização Mundial da Saúde. WHO Guidelines on sanitation and health. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274939/9789241514705-eng.pdf
Vinculação	• ODS, indicador 6.2.1 • ASSA2030, meta 11.3 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 3.5.2 (adaptado) • 13º PGT, estrutura de impacto

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 18**: Aumento da capacidade dos atores do setor de saúde para abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde com um foco intersetorial, priorizando os grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 18.e**: Porcentagem da população com acesso primário a combustíveis e tecnologias limpos
Definição do indicador	Este indicador mede a proporção da população com acesso primário a combustíveis e tecnologias limpos. É calculado como o número de pessoas que usam combustíveis e tecnologias limpos para cozimento, aquecimento e iluminação dividido pelo total da população que informou sobre cozimento, aquecimento e iluminação, expresso em porcentagem. O termo "limpo" é definido pelas metas para taxas de emissões e por recomendações específicas para combustíveis (ou seja, contrária ao carvão não processado e ao querosene) incluídas nas diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar em locais fechados e a queima doméstica de combustíveis. **Linha de base (2019):** 87%* **Meta (2025):** 89% *Esse valor considera estes 23 países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname, Uruguai e Venezuela.
Finalidade do indicador	A poluição do ar doméstico é uma das principais causas de doença e morte prematura no mundo em desenvolvimento (consulte a base de dados sobre energia doméstica da OMS) e é um risco para a saúde evitável. Nas Américas, a OMS calcula que tenham ocorrido cerca de 82.000 mortes em países de baixa e média renda, em 2016, em razão do uso de combustíveis e tecnologias poluentes para cozimento, aquecimento e iluminação (OMS, 2018). Entre os problemas de saúde relacionados à poluição do ar doméstico por uso de combustível sólido estão infecções agudas das vias respiratórias inferiores, em crianças menores de 5 anos, e cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer de pulmão, em adultos (Lim et al., 2012). As diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar em locais fechados e a queima doméstica de combustíveis (2014) advertem sobre os riscos do uso de combustíveis sólidos e querosene, além de definirem objetivos para reduzir as emissões de poluentes nocivos por fogos abertos, fogões e iluminação doméstica. O acesso precário à energia limpa concentra-se em populações marginalizadas. Esse fato indica a necessidade de conceber intervenções políticas que reduzam a exposição a poluentes domésticos, levando em consideração seus efeitos sobre a saúde e sua contribuição para as desigualdades em saúde. A aceleração da transição para energias limpas para todos é uma intervenção de saúde pública necessária e urgente na Região das Américas, e é indispensável incluir o setor de saúde na busca de soluções que produzam o melhor resultado. O fortalecimento da capacidade dos Estados Membros da OMS para enfrentar a poluição do ar doméstico está em conformidade com o roteiro da OMS e OPAS aprovado pela 69ª Assembleia Mundial da Saúde. A OMS é o guardião que supervisiona o monitoramento global do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 7, indicador de meta 7.1.2: "porcentagem da população com acesso primário a combustíveis e tecnologia limpos". O ODS 3 também inclui o indicador 3.9.1, "taxa de mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica) do ar". A OPAS está empenhada em contribuir para iniciativas globais com a finalidade de alcançar esses objetivos.

	Além disso, a redução do uso de combustíveis e tecnologias poluentes para cozimento, aquecimento e iluminação domésticos ajuda a reduzir as emissões de carbono negro, um poluente que contribui para a mudança climática. Por conseguinte, há benefícios tanto para a saúde quanto para o ambiente, e entre esses benefícios está a contribuição para alcançar o ODS 13 e implementar o Acordo de Paris sobre mudança climática.
Nota técnica	O indicador é calculado com dados de inquéritos domiciliares compilados pela OMS. As informações sobre o uso de combustíveis para cozinhar e as práticas de cocção provêm de cerca de 800 inquéritos e censos nacionalmente representativos. Entre as fontes estão inquéritos de demografia e saúde (DHS), pesquisas sobre padrões de vida (PPV), pesquisas de indicadores múltiplos por conglomerados (MICS), a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) e outras pesquisas concebidas e implementadas em âmbito nacional. As estimativas da energia primária usada para cocção pela população total, urbana e rural em determinado ano são obtidas em separado, com uso de um modelo multinível. O modelo só contabiliza regiões, países e tempo como uma função *spline*, e as estimativas são restritas a valores de zero a um. Outra publicação (Bonjour et al. 2013) contém mais detalhes sobre o modelo. As estimativas para países sem pesquisas disponíveis são obtidas do seguinte modo: • Quando não há dados de pesquisa sobre um país, usa-se a média regional ponderada pela população para obter as estimativas em âmbito regional ou global, mas não se fornece nenhuma estimativa nacional para aquele país. • Pressupõe-se que os países classificados como de alta renda, com renda nacional bruta superior a 12.746 dólares per capita, tenham feito uma transição completa para o uso de combustíveis e tecnologias limpos como fonte energética doméstica primária para cozimento. Nesses países, a dependência primária de combustíveis e tecnologias poluentes (sujos) informada é inferior a 5% e considerada como zero para fins de estimativas regionais e globais. • Para calcular a fração da população que usa combustíveis e tecnologias limpos para aquecimento e iluminação, será aplicada a mesma metodologia, com uso de dados de pesquisas para obter as estimativas do país em determinado ano, com as mesmas presunções supracitadas. • É possível desagregar os dados sobre o acesso a combustíveis e tecnologias limpos para cozimento por local de residência rural ou urbano em todos os países. • Com as melhorias esperadas nos inquéritos domiciliares, estarão disponíveis dados desagregados por sexo sobre o principal usuário da energia para cozimento (ou seja, o cozinheiro). • Estão disponíveis dados desagregados por sexo do chefe de família relativos a cozimento, iluminação e aquecimento. Em âmbito nacional: • Não há informe sobre países de baixa e média renda sem dados. • No caso de países de alta renda sem dados, pressupõe-se que tenham feito a transição para combustíveis e tecnologias limpos e, portanto, > 95% de sua população use combustíveis e tecnologias limpos. Em âmbito regional e global: • No caso de países de baixa e média renda sem dados, usam-se as médias regionais ponderadas pela população para calcular as estimativas regional e global.

	• No caso de países de alta renda sem dados, pressupõe-se que tenham feito a transição para combustíveis e tecnologias limpos e, portanto, > 95% de sua população use combustíveis e tecnologias limpos.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Determinantes Sociais e Ambientais para a Equidade em Saúde / Mudanças Climáticas e Determinantes Ambientais (DHE/CE)
Fonte dos dados	Os dados sobre combustíveis e tecnologias domésticos primários, sobretudo para cozimento, são coletados rotineiramente em âmbito nacional na maioria dos países, por meio de censos e inquéritos. Entre os inquéritos domiciliares usados estão inquéritos de demografia e saúde (DHS), apoiados pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional; pesquisas de indicadores múltiplos por conglomerados (MICS), apoiadas pelo UNICEF; pesquisas de saúde mundiais, apoiadas pela OMS; e outras pesquisas nacionais confiáveis e representativas do país. A Organização Mundial da Saúde compilou uma base de dados de estatísticas sobre o acesso a combustíveis e tecnologias limpos e poluentes, extraídas de todo o conjunto mundial de inquéritos domiciliares sobre cozimento, aquecimento e iluminação. A base de dados sobre energia doméstica da OMS é atualizada periodicamente e está disponível para o público. No quesito energia para cozimento, a base de dados abrange 157 países e um território no período de 1970-2015; para iluminação, 76 países no período de 1963-2014; e para aquecimento, 16 países no período de 1986-2012. Atualmente, a OMS está trabalhando com organismos de pesquisa nacionais, institutos de estatística dos países, pesquisadores e outros interessados diretos para melhorar instrumentos polivalentes de inquérito domiciliar de modo que coletem dados sobre combustíveis e tecnologias usadas para aquecimento e iluminação. A OMS calcula a proporção da população com acesso primário a combustíveis e tecnologias limpos a cada dois anos.
Limitações	Primeiro, as autoridades nacionais de energia geralmente são responsáveis pela melhoria do acesso a serviços energéticos, incluindo combustíveis e tecnologias limpos para iluminação, cozimento e aquecimento. As autoridades sanitárias nacionais podem não participar do processo decisório das soluções implementadas. Esse indicador pode só refletir a capacidade do país de melhorar o acesso à energia limpa; não avalia necessariamente a função do setor de saúde do país na promoção de soluções energéticas limpas, por exemplo, para o cozimento, como importante intervenção de saúde pública. Pode refletir os esforços da OMS para incluir este indicador como um indicador do ODS vinculado à saúde (a OMS é o guardião do indicador 7.1.2 dos ODS, necessário para calcular o indicador 3.9.1 dos ODS). Em segundo lugar, pode haver discrepâncias entre dados internacionais e nacionais, por várias razões: • Podem-se usar estimativas modeladas em alguns casos, e pontos de dados de pesquisa em outros.

	• Diferentes cálculos podem usar diferentes definições de combustíveis "poluentes" (ou anteriormente, "sólidos") (somente madeira, ou madeira e alguma outra biomassa, p. ex., esterco; inclusão ou não do querosene entre os combustíveis poluentes). • Os cálculos podem usar diferentes estimativas da população total. • As estimativas podem ser expressas na forma de porcentagem da população que usa combustíveis poluentes (ou sólidos), conforme o indicador do ODS 7, ou como porcentagem de domicílios que usam combustíveis poluentes (ou sólidos), avaliada por pesquisas como DHS ou MICS. • Valores de uso de combustível poluente acima de 95% são informados como > 95%, e valores abaixo de 5% são informados como < 5%.
Referências	1. Lim, S. S. et al., 2012. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 380(9859):2224-2260. 2. Nações Unidas. UN Sustainable Development Goals 2015-2030. SDG Indicators. Disponível em: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/ 3. Organização Mundial da Saúde. Salud y medio ambiente: Proyecto de hoja de ruta para reforzar la respuesta mundial a los efectos adversos de la contaminación del aire en la salud: Informe de la Secretaría. 69ª Assembleia Mundial da Saúde. 2016. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_18-sp.pdf 4. Organização Mundial da Saúde. 2018. WHO Household Energy Database. 5. Organização Mundial da Saúde, 2014b. Directrices de la OMS sobre la calidad del aire de interiores: quema de combustibles en los hogares (Resumen de orientación). Genebra: OMS. 6. Bonjour S, Adair-Rohani H, Wolf J, Bruce NG, Mehta S, Prüss-Ustün A, Lahiff M, Rehfuess EA, Mishra V, Smith KR. Solid fuel use for household cooking: country and regional estimates for 1980-2010. Environ Health Perspect 2013;121(7). doi:10.1289/ehp.1205987
Vinculação	• ODS, indicadores 3.9.1 e 7.1.2 • ASSA2030, meta 11.2 • 13º PGT, estrutura de impacto

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 18**: Aumento da capacidade dos atores do setor de saúde para abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde com um foco intersetorial, priorizando os grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 18.f**: Número de cidades com ≥ 500.000 habitantes (ou pelo menos a cidade principal do país) em cada país e território que apresentam um nível adequado de progresso ou estão avançando rumo ao cumprimento das diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar com respeito aos níveis médios anuais de partículas finas em suspensão (2,5 µm, MP2,5)
Definição do indicador	Este indicador conta o número de grandes cidades na Região que estão cumprindo ou avançando rumo ao cumprimento das diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar com relação ao material particulado fino. A concentração média anual de partículas finas em suspensão com diâmetro inferior a 2,5 micrômetros (MP2,5) é uma medida comum de poluição do ar e um bom indicador da qualidade do ar. O MP2,5 também pode ser calculado com base nas medições de MP10 realizadas. A média anual é uma média ponderada por área da qualidade do ar urbano, com base em medições diárias em um ou mais locais de monitoramento ou estimativas por modelagem, e é expressa em microgramas por metro cúbico (µg/m^3). **Linha de base (2019):** a ser determinada com base no cálculo para 45 cidades* **Meta (2025):** uma redução de 20% da concentração média anual de MP2,5, em comparação com 2019, em pelo menos 35 das 45 cidades *A linha de base para a concentração média anual de partículas finas em suspensão com diâmetro inferior a 2,5 micrômetros (MP2,5) será calculada nas seguintes cidades da Região que fazem a medição de MP2,5 ou MP10 em 2019: Argentina (Buenos Aires, Córdoba, Rosário), Bolívia (Cochabamba, La Paz, Santa Cruz), Brasil (Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Guarulhos, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador), Chile (Santiago), Colômbia (Barranquilha, Bogotá, Cáli, Manizales, Medellín), Costa Rica (San José), Cuba (Havana), República Dominicana (Santo Domingo), Equador (Guaiaquil, Quito), El Salvador (San Salvador), Guatemala (Guatemala), Honduras (San Pedro Sula, Tegucigalpa), México (Cidade do México, Guadalajara, Juarez, León, Monterrey, Tijuana), Panamá (Cidade do Panamá), Peru (Lima-Calhau), Uruguai (Montevidéu) e Venezuela (Caracas).
Finalidade do indicador	Este indicador reflete os esforços da Região para alcançar a meta 11.6 dos ODS: "até 2030, reduzir o impacto ambiental negativo *per capita* das cidades, inclusive prestando especial atenção à qualidade do ar, gestão de resíduos municipais e outros". É necessário também calcular o nível anual médio no país, ponderado por área e distribuição da população, que será usado medir o indicador 3.9.1 do ODS, "taxa de mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica) do ar". Por meio da adoção da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável pelas Nações Unidas, em 2015, e da aprovação do guia de resposta à poluição do ar pela Assembleia Mundial da Saúde, em 2016, a Região das Américas mostrou seu compromisso em reduzir o impacto negativo da poluição do ar sobre a saúde. Para cumprir esses compromissos, um importante desafio será reforçar as respostas regional, nacionais e locais pela inclusão da saúde na gestão da qualidade do ar. As ações específicas incluem a ampliação e garantia da acessibilidade de informações e evidências regionais sobre os impactos da poluição do ar sobre a saúde, bem como sobre a

	efetividade de políticas e intervenções para enfrentar esses impactos; a melhoria dos esforços regionais para monitorar e relatar tendências associadas à exposição humana à poluição atmosférica, em particular a MP2,5 e MP10; o engajamento dos agentes da saúde na ação coordenada com os interessados diretos pertinentes a fim de possibilitar uma resposta apropriada para reduzir os efeitos adversos para a saúde da poluição atmosférica nas Américas e, ao mesmo tempo, assegurar sinergias; e o fortalecimento da capacidade dos setores responsáveis. A Região das Américas é muito urbanizada. A ênfase na necessidade de controlar a qualidade do ar em grandes cidades como objetivo de saúde pública vinculará o indicador diretamente às ações necessárias para reduzir a exposição à poluição atmosférica e ajudará a acompanhar o progresso alcançado nessa direção. A expressão do indicador em termos das diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar, e não como um parâmetro específico, facilita possíveis mudanças nas diretrizes da OMS no período de uso do indicador.
Nota técnica	Cálculo em âmbito regional: Este indicador conta o número de cidades com população ≥ 500.000 habitantes que apresentam um nível adequado de progresso ou estão avançando rumo ao cumprimento das diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar com respeito aos níveis médios anuais de material particulado fino (MP2,5). Se um país ou território não tiver uma cidade com ≥ 500.000 habitantes, o indicador avaliará a situação na principal cidade ou na capital. Cálculo em âmbito nacional: • Método de cálculo: a concentração média anual urbana de MP2,5 é estimada com base em estações de monitoramento terrestre da qualidade do ar, usando modelagem melhorada que integra dados de sensoriamento remoto por satélite, estimativas populacionais, topografia e medições terrestres (OMS, 2016; Shaddick et al., 2016) • Desagregação: quando não houver cálculo terrestre, o indicador está disponível em um mapa mundial com grelha de 0,1° × 0,1° na Plataforma Global da OMS sobre Qualidade do Ar e Saúde. • Tratamento de valores faltantes em âmbito nacional: os valores faltantes são deixados em branco. • Fontes de discrepância: a origem de diferenças entre valores globais e nacionais são as estimativas modeladas *versus* as concentrações médias anuais obtidas por medições terrestres. • Métodos e orientação disponíveis para os países para compilação dos dados no âmbito nacional: os países que contam com redes de monitoramento da qualidade do ar em áreas urbanas podem usar as concentrações médias anuais das medições terrestres e o número correspondente de habitantes para calcular a exposição, ponderada pela população, a material particulado nas cidades. • Garantia da qualidade: as entradas de dados no modelo são dados oficiais ou publicados sobre a qualidade do ar ou outros temas pertinentes. As estimativas modeladas passam por cuidadosa verificação cruzada e comparação com as medições terrestres oficiais. • Processo de consulta/validação para ajustes e estimativas com os países: entradas de dados, métodos e estimativas finais são compartilhados com os países antes da publicação pelos canais de comunicação oficiais da OMS com seus Estados Membros.
Tipo de indicador	Absoluto

Unidades de medição	Número de cidades
Frequência de medição	Anual ou semestral (dependendo da frequência com que a informação é apresentada e disponibilizada na base de dados global sobre a qualidade do ar ambiental da OMS).
Unidade da RSPA	Determinantes Sociais e Ambientais para a Equidade em Saúde / Mudanças Climáticas e Determinantes Ambientais (DHE/CE)
Fonte dos dados	Na América Latina e no Caribe, somente 37 de 100 cidades com população de 500.000 habitantes ou mais fizeram alguma medição da poluição do ar nos últimos anos (Riojas et al., 2016). Portanto, as fontes de dados incluirão medições terrestres das redes de monitoramento, mas também sensoriamento remoto por satélite, estimativas populacionais, topografia, informações sobre redes locais de monitoramento e medidas de elementos específicos que contribuem para a poluição do ar. O processo de coleta de dados para medições terrestres inclui relatório oficial dos países e buscas na internet. As medições de MP10 e MP2,5 são de relatórios e *sites* nacionais e subnacionais oficiais ou são informadas por redes regionais ou dados de organismos das Nações Unidas, organismos de desenvolvimento, artigos de periódicos revistos por pares e medições terrestres compiladas na estrutura do Estudo da Carga Global de Doenças.
Limitações	Este indicador não é monitorado habitualmente por todos os países. Os dados provêm dos sistemas de monitoramento de países e de modelagem da OMS, o que pode restringir a frequência de medição do indicador.
Referências	1. Shaddick G et al (2016). Data integration model for air quality: a hierarchical approach to the global estimation of exposures to ambient air pollution. Royal Statistical Society, arXiv:1609.0014. 2. Nações Unidas. SDG Indicators. Disponível em: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/ 3. Organização Mundial da Saúde. Salud y medio ambiente: Proyecto de hoja de ruta para reforzar la respuesta mundial a los efectos adversos de la contaminación del aire en la salud: Informe de la Secretaría. 69ª Assembleia Mundial da Saúde. 2016. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_18-sp.pdf 4. Organização Mundial da Saúde. Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. 2016. 5. Organização Mundial da Saúde. WHO Global Ambient Air Quality Database. 6. Riojas-Rodríguez, H; Soares da Silva A; Texcalac-Sangrador JL; Moreno-Banda GL. Air pollution management and control in Latin America and the Caribbean and implications for climate change. Rev Panam Salud Pública 2016.
Vinculação	• ODS, indicadores 3.9.1 e 11.6.2 • ASSA2030, meta 11.2 • 13º PGT, estrutura de impacto

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 18**: Aumento da capacidade dos atores do setor de saúde para abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde com um foco intersetorial, priorizando os grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 18.g**: Número de países e territórios com capacidade para abordar a saúde na segurança química (incluída a exposição da saúde humana a metais e/ou pesticidas)
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que estão elaborando políticas e implementando programas para abordar a saúde na segurança química, inclusive com treinamento do pessoal do setor de saúde, serviços de saúde e vigilância, e promoção da saúde voltada para as pessoas expostas, principalmente as que estão em condições de vulnerabilidade. **Linha de base (2019):** 6 **Meta (2025):** 22
Finalidade do indicador	A segurança química demanda um enfoque multissetorial no qual o setor de saúde é um participante essencial, dada a necessidade de uma boa gestão para prevenir os efeitos sobre a saúde que contribuem para a carga de doenças e as demandas dos serviços de saúde. É necessário elaborar políticas e implementar programas, compatíveis com diferentes estruturas e acordos relacionados com produtos químicos, para fortalecer a participação do setor de saúde na segurança química.
Nota técnica	O guia sobre produtos químicos da OMS foi implementado para dar seguimento à Resolução 69.4 da Assembleia Mundial da Saúde (2016) sobre a função do setor de saúde no enfoque estratégico da gestão internacional de produtos químicos rumo ao objetivo fixado para 2020 e anos posteriores. O guia também contribui para alcançar as metas 3.9, 6.3 e 12.4 da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. As áreas de ação no guia abrangem redução de risco, conhecimento e evidências, capacidade institucional, e liderança e coordenação, sob a responsabilidade dos Estados Membros da OMS e da Secretaria da OMS. Para a implementação, há também um livro de exercícios para ajudar os países a priorizarem e planejarem o trabalho nas ações descritas no guia. O livro de exercícios pode ser usado no preparo de um plano de alto nível para implementação, com a identificação de áreas de concentração e oportunidades de colaboração, além de destacar onde é necessário apoio. Os centros de controle de intoxicação, serviços clínicos e vigilância, e educação pública são algumas das áreas que pertencem diretamente à alçada do setor de saúde. Este indicador é calculado contando-se o número de países e territórios que implementaram atividades relacionadas com a exposição a produtos químicos incluídos nas quatro áreas de ação do guia da OMS: redução de risco, conhecimento e evidências, capacidade institucional, e liderança e coordenação (dentro do setor de saúde e com outros setores). Para alcançar o indicador, um país deve ter implementado pelo menos uma atividade relacionada à exposição a produtos químicos em cada uma das quatro áreas de ação.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual, combinada com relatórios contínuos específicos para atividades do setor de saúde
Unidade da RSPA	Determinantes Sociais e Ambientais para a Equidade em Saúde / Mudanças Climáticas e Determinantes Ambientais (DHE/CE)

Fonte dos dados	Os dados serão obtidos a partir de relatórios de país sobre a participação em atividades de segurança química, incluindo treinamento do setor de saúde e reuniões internacionais, regionais e nacionais sobre segurança química, como atividades e reuniões relacionadas com a Convenção de Minamata sobre Mercúrio e o Enfoque Estratégico para a Gestão Internacional de Produtos Químicos (SAICM, na sigla em inglês).
Limitações	É possível que os países participem de atividades de segurança química, com frequência em colaboração com outros setores e instituições, mas não estejam informando essas atividades, que são abordadas nas várias ferramentas disponíveis no *Guia sobre produtos químicos*.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Hoja de ruta sobre los productos quimicos.
Vinculação	• ODS, metas 3.9, 6.3 e 12.4 • ASSA2030, meta 11.2

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 18:** Aumento da capacidade dos atores do setor de saúde para abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde com um foco intersetorial, priorizando os grupos em condições de vulnerabilidade
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 18.h:** Número de países e territórios com capacidade para abordar os efeitos da mudança climática relacionados à saúde
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que demonstram capacidade no âmbito da autoridade sanitária nacional para abordar os efeitos da mudança climática relacionados à saúde. No âmbito nacional, essa capacidade é definida por inclusão política do setor de saúde no debate nacional sobre mudança climática e pela existência de um ponto focal para mudança climática que recebeu treinamento aprovado pela OPAS. **Linha de base (2017):** 12 **Meta (2025):** 23
Finalidade do indicador	Este indicador reflete a capacidade do setor de saúde da Região para elaborar e implementar estratégias e programas intersetoriais para abordar os impactos sanitários da mudança climática.
Nota técnica	Para alcançar o indicador, um país deve ter ambos: *a)* um representante da autoridade sanitária nacional participante de comitê interministerial nacional sobre mudança do clima, e *b)* um ponto focal que seja responsável por coordenar a resposta do setor de saúde aos efeitos da mudança climática relacionados à saúde e tenha as competências necessárias. A criação de um comitê interministerial nacional é um forte indicador de que um país identificou prioridades de políticas públicas para mitigação da mudança climática e adaptação. A representação do setor de saúde em comitês interministeriais sobre mudança do clima melhora a coordenação das políticas com outros setores, facilita a implementação de ações benéficas para a saúde e contribui na preparação do setor de saúde para os impactos da mudança climática. Além disso, um comitê interministerial pode garantir a inclusão de considerações sobre a saúde nos relatórios nacionais sobre mudança climática para a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (UNFCCC), como comunicações nacionais, relatórios de inventário nacional, contribuições nacionalmente determinadas, ações de mitigação nacionalmente apropriadas e planos nacionais de adaptação. Os países são incentivados a nomear um funcionário para representar a autoridade sanitária nacional no comitê interministerial, como instrumento de continuidade, gestão e representação da autoridade sanitária nacional nas atividades nacionais de mudança climática. A designação de um ponto focal também melhora a coordenação do trabalho interprogramático dos departamentos e unidades no âmbito da autoridade sanitária nacional, e serve como pessoa para receber, coletar e difundir informações relevantes, inclusive entre outros setores e interessados diretos. Para fortalecer sua participação, esse ponto focal designado também deve receber treinamento reconhecido pela OPAS sobre mudança climática, sua conexão com a saúde, oportunidades para mitigação e estratégias de adaptação. Os treinamentos válidos para alcançar este indicador são:

	• Curso virtual sobre mudança climática e saúde (OPAS) • Treinamentos sobre a elaboração de planos nacionais de adaptação para o setor de saúde (PNA-S) liderados pela OPAS • Treinamentos sobre planos nacionais de adaptação com um componente sobre planos setoriais (UNFCCC/PNUMA/PNUD) • Treinamentos do sobre o acesso a recursos do Fundo Verde para o Clima (GCF, na sigla em inglês) por meio de autoridades nacionais indicadas (GCF) • Curso sobre saúde humana e mudança climática (OMS/UNITAR)
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Determinantes Sociais e Ambientais para a Equidade em Saúde / Mudanças Climáticas e Determinantes Ambientais (DHE/CE)
Fonte dos dados	Os dados serão obtidos de pesquisas da OPAS no país sobre saúde e mudança climática, listas de certificação de cursos e listas de participação em treinamentos.
Limitações	Embora não seja monitorado ativamente em todos os países, deve haver dados fidedignos para o correto acompanhamento pela OPAS. Por conseguinte, não se identificam limitações na capacidade de acompanhar o progresso em direção a este indicador.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. 2019. Plan de acción del Caribe sobre la salud y el cambio climático. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/38566?locale-attribute=es 2. Organização Mundial da Saúde. 2015. Marco operacional para el desarrollo de sistemas de salud resilientes al clima. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259518/9789243565071-spa.pdf?sequence=1
Vinculação	• ODS, indicadores 13.2.1 e 13.3.2 • ASSA2030, meta 11.2 • Plano de ação do Caribe sobre a saúde e a mudança climática, indicador I.1.1

Resultado Intermediário 19. Promoção da saúde e ação intersetorial

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 19**: Fortalecimento da promoção da saúde e redução das iniquidades mediante o enfoque da saúde em todas as políticas, a diplomacia da saúde e a ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 19.a**: Número de países e territórios que implementam a estrutura Saúde em Todas as Políticas para melhorar tanto a equidade em saúde como a saúde e o bem-estar
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que implementam a estrutura Saúde em Todas as Políticas para melhorar tanto a equidade em saúde como a saúde e o bem-estar. **Linha de base (2019):** 6 **Meta (2025):** 16 Atualmente, os países na Região estão passando por um processo para desenvolver linhas de base e metas do indicador para a proposta de *Estratégia e plano de ação para a promoção da saúde*. A linha de base e a meta para este indicador serão atualizadas quando o processo estiver completo.
Finalidade do indicador	O indicador mede os avanços dos Estados Membros da OPAS para melhorar a saúde e a equidade em saúde pela implementação intersetorial da estrutura Saúde em Todas as Políticas.
Nota técnica	A Saúde em Todas as Políticas (STP) é definida na Declaração de Helsinque (2013) como "uma abordagem para as políticas públicas em todos os setores, que leva em conta as implicações das decisões para a saúde e a busca de sinergias, e evita impactos prejudiciais sobre a saúde, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde". A interface entre saúde, bem-estar e desenvolvimento econômico foi elevada à agenda política de países na Região, com reconhecimento da necessidade de ação pública coordenada pela perspectiva da STP. Os municípios estão especialmente bem posicionados para aplicar a estrutura da STP com a finalidade de promover saúde e equidade em saúde. Os países devem estabelecer mecanismos como comitês intersetoriais, mesas-redondas e gabinetes sociais para colaborar com outros setores na promoção da saúde e do bem-estar. A coordenação e avaliação da ação intersetorial, usando a estrutura da STP, podem ser lideradas pelo setor de saúde, embora não tenha que ser necessariamente assim. Para alcançar o indicador, um país precisa: • estabelecer um mecanismo de coordenação intersetorial com termos de referência, reuniões periódicas e relatórios; • elaborar políticas ou estratégias de saúde nacionais, subnacionais e locais com aplicação da estrutura Saúde em Todas as Políticas com a finalidade de promover a saúde e abordar as iniquidades em saúde; e • realizar avaliações periódicas do impacto das políticas, planos, programas e projetos intersetoriais na saúde.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios

Frequência de medição	Bienal, com uma última avaliação no fim de 2025
Unidade da RSPA	Determinantes Sociais e Ambientais para a Equidade em Saúde / Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da Saúde (DHE/HP)
Fonte dos dados	Os dados serão obtidos de diferentes fontes, como observatórios, estudos de casos e relatórios do país apresentados à Unidade de Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da OPAS.
Limitações	Este indicador não é acompanhamento habitualmente pelos sistemas de saúde ou outros setores.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. The Ottawa charter for health promotion. First International Conference on Health Promotion [Internet]. 1986 Nov 21; Ottawa, Canadá. Genebra: OMS; 1986. Disponível em: http://www1.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/1986-OttawaCharterEN2.pdf. 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014. CD/53/10, Rev 1. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-10-p.pdf 3. Organização Mundial da Saúde. The Helsinki statement on health in all policies [Internet]. 8th Global Conference on Health Promotion; 2013 Jun 10-14; Helsinki. Genebra: OMS; 2013. 4. Organização Mundial da Saúde. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde [Internet]. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde; 19 a 21 de outubro de 2011; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: OMS; 2011. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf 5. Organização Mundial da Saúde. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; 21 a 24 de noviembre de 2016; Shanghai. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 21 Nov 2018]. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf
Vinculação	• ASSA2030, meta 2.5 • Plano de ação para a promoção da saúde (para aprovação em 2019)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 19**: Fortalecimento da promoção da saúde e redução das iniquidades mediante o enfoque da saúde em todas as políticas, a diplomacia da saúde e a ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 19.b**: Número de países e territórios que incorporaram a promoção da saúde aos serviços de saúde com base nos princípios da atenção primária à saúde
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que incorporam a promoção da saúde aos serviços de saúde com ênfase na atenção primária à saúde. **Linha de base (2019):** 7 **Meta (2025):** 14 Atualmente, os países na Região estão passando por um processo para desenvolver linhas de base e metas do indicador para a proposta de *Estratégia e plano de ação para a promoção da saúde*. A linha de base e a meta para este indicador serão atualizadas quando o processo estiver concluído.
Finalidade do indicador	O indicador mede os avanços progressivos dos Estados Membros da OPAS rumo à integração de estratégias e ações de promoção da saúde aos serviços de saúde, de acordo com os princípios da atenção primária à saúde. A promoção da saúde é uma estratégia muito custo-efetiva, pois mantém as pessoas saudáveis e evita a enorme carga de doença e custo do tratamento. Esse ponto foi destacado na Declaração de Alma-Ata de 1978 e, mais recentemente, na Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde de 2018, e é um componente essencial da *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*.
Nota técnica	Para alcançar o indicador, um país deve satisfazer pelo menos três dos quatro critérios adiante. O país: 1. Está formulando e implementando diretrizes nacionais para incorporação da promoção da saúde ao planejamento e prestação de serviços de saúde, com base nos princípios de atenção primária à saúde, com um componente de monitoramento e avaliação. 2. Tem pelo menos 30% do pessoal com capacitação em promoção da saúde e determinantes sociais da saúde para reflexão a montante e participação da comunidade. 3. Integrou promotores de saúde a uma equipe institucional multidisciplinar. 4. Realiza avaliações comunitárias que analisam o impacto das políticas de promoção da saúde no enfrentamento às iniquidades e obtenção da participação ativa da comunidade.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois anos
Unidade da RSPA	Determinantes Sociais e Ambientais para a Equidade em Saúde / Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da Saúde (DHE/HP)
Fonte dos dados	Observatórios; relatórios sobre o progresso rumo à universalização da saúde e da atenção primária à saúde; relatórios do país.
Limitações	Este indicador não é acompanhado habitualmente pelos sistemas de saúde.

Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Declaración de Alma-Ata [Internet]. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud,; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata (URSS). Genebra: OMS; 1978. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf 2. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. [Internet]. 21 Nov 1986; Ottawa, Ontario, Canadá. Genebra: OMS; 1986. Disponível em: http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf?ua=1 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 2014 29 de setembro a 3 de outubro; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (Documento CD53/5, Rev. 2). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf 4. Organização Mundial da Saúde. Declaración de Astaná: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet]. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud; 26-28 de outubro de 2018; Astana, Cazaquistão: OMS; 2018. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf?ua=1
Vinculação	• ASSA2030, metas 2.1 e 2.5 • Plano de ação para a promoção da saúde (para aprovação em 2019)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 19**: Fortalecimento da promoção da saúde e redução das iniquidades mediante o enfoque da saúde em todas as políticas, a diplomacia da saúde e a ação intersetorial
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 19.c**: Número de países e territórios que estão implementando políticas ou estratégias com base na orientação regional sobre escolas saudáveis
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que estão implementando políticas ou estratégias com base na orientação regional para escolas saudáveis. **Linha de base (2019):** 8 **Meta (2025):** 13 Atualmente, os países na Região estão passando por um processo para desenvolver linhas de base e metas do indicador para a proposta de *Estratégia e plano de ação para a promoção da saúde*. A linha de base e a meta para este indicador serão atualizadas quando o processo estiver concluído.
Finalidade do indicador	Este indicador mede os avanços de países e territórios na adoção da orientação regional para escolas saudáveis pela implementação de políticas ou estratégias que criam e mantêm ambientes de promoção da saúde das crianças e adolescentes. A saúde da população tem muito a ganhar com a garantia de que crianças e adolescentes passem tempo em ambientes que promovam a saúde enquanto eles estão na escola. A finalidade das escolas promotoras de saúde é criar ambientes favoráveis para as futuras gerações, possibilitando que crianças e adolescentes mantenham e melhorem a própria saúde, bem como a saúde de suas famílias e comunidades pela aplicação dos princípios de promoção da saúde.
Nota técnica	Para alcançar o indicador, um país tem de aplicar políticas ou estratégias com características relacionadas a pelo menos cinco destas seis áreas: 1. Escolas saudáveis (p. ex., liderança, capacidade institucional, alimentos saudáveis) 2. Ambiente físico da escola (p. ex., *playgrounds* seguros, instalações sanitárias limpas, seguras e separadas por sexo, acesso à água potável) 3. Ambiente social escolar (p. ex., ambiente contra o *bullying*, equidade) 4. Habilidades em saúde e educação (p. ex., educação sobre habilidades de vida) 5. Vínculos com os pais e a comunidade (p. ex., mecanismos de participação da comunidade) 6. Acesso a serviços de saúde (p. ex., serviço de saúde na escola, vinculação entre escola e atenção primária à saúde)
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada três anos
Unidade da RSPA	Determinantes Sociais e Ambientais para a Equidade em Saúde / Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da Saúde (DHE/HP)
Fonte dos dados	Iniciativa mundial de saúde escolar da OMS; relatórios nacionais das escolas promotoras de saúde.
Limitações	Este indicador geralmente não é acompanhado pelo setor de saúde e demandará a colaboração com o setor de educação.

Referências	1. Organização Mundial da Saúde. WHO's Global School Health Initiative. Health-Promoting Schools: A healthy setting for living, learning and working. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33407&lang=en 2. Organização Mundial da Saúde. What is a health promoting school? 3. Organização Mundial da Saúde. Resources and tools for assessment and monitoring. 4. Organização Pan-Americana da Saúde. FRESH: a comprehensive school health approach to achieve EFA. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33390&lang=en 5. Organização Mundial da Saúde. Global Standards for Health Promoting Schools: Concept Note.
Vinculação	• ASSA2030, meta 2.5 • Plano de ação para a promoção da saúde (para aprovação em 2019)

Resultado Intermediário 20. Sistemas integrados de informação para a saúde

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 20:** Desenvolvimento e implementação de sistemas de informação integrados para a saúde, com o fortalecimento das capacidades nos Estados Membros e na Repartição Sanitária Pan-Americana
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 20.a:** Número de países e territórios que implementam sistemas de informação integrados e interoperáveis para a saúde que façam a desagregação subnacional
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que implementam sistemas de informação para a saúde (IS4H) integrados e interoperáveis que façam a desagregação subnacional. **Linha de base (2019):** 7 **Meta (2025):** 7
Finalidade do indicador	Este indicador revela progresso rumo à adoção de novas tecnologias para a saúde digital e à implementação de mecanismos de governança no âmbito nacional e subnacional para aperfeiçoar a gestão dos dados e da informação. Essas mudanças capacitam melhor os países e territórios para formular, implementar, monitorar e avaliar políticas no âmbito nacional e sub-regional. A estrutura dos sistemas de informação para a saúde contribui para os esforços dos países e territórios a fim de alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde por meio do fortalecimento de sistemas de informação interconectados e interoperáveis relacionados com a saúde, que garantem acesso efetivo e eficiente a dados de qualidade, informações estratégicas, e ferramentas de tecnologia de informação e comunicação (TIC) para a tomada de decisão e o bem-estar. Essa é uma complementação das intervenções propostas no atual *Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022* (CSP29.R4). As intervenções para satisfazer esses critérios serão incluídas em guias e planos de ação regionais, sub-regionais e nacionais com programação de atividades, tarefas, objetivos e resultados-chave (OKRs, na sigla em inglês) e indicadores-chave de desempenho (KPIs, na sigla em inglês) que são parte da estrutura de monitoramento e avaliação do IS4H.
Nota técnica	Para alcançar este indicador, um país deve ter implantado todos estes três mecanismos de governança do IS4H: 1. Políticas (dados abertos, acordos de compartilhamento de dados e/ou legislação que permita a liberdade de informação) 2. Adoção de padrões para interoperabilidade* 3. Plano de ação implementado Esses critérios foram definidos com os Estados Membros depois de três consultas de alto nível. Eles são o resultado de iniciativas para fortalecer ações dos Estados Membros que permitam a implementação e o monitoramento dos ODS pela gestão de sistemas de informação para a saúde, assegurando o funcionamento interconectado e interoperável desses sistemas. A Ferramenta de avaliação de maturidade do IS4H será usada para coletar e analisar informações essenciais, aí incluídas as informações sobre regimes jurídicos, memorandos para troca interinstitucional de dados, modelos de governança e liderança, mecanismos para a coleta

	de dados, dicionários de dados com dados de saúde padronizados, além de outros indicadores. Isso também pressupõe padrões e processos que permitam a medição, o monitoramento e a melhoria contínua de informações de alta qualidade, além de política e tomada de decisão informadas. A ferramenta de avaliação é concebida para assegurar que os dados sejam desagregados por renda, sexo, idade, raça, etnia, situação migratória, deficiência, localização geográfica e outras características pertinentes ao contexto nacional, em vista da necessidade de dados no âmbito subnacional. Ainda é um desafio assegurar a pronta disponibilidade de dados relativos à saúde e de dados sobre outros assuntos que afetam a saúde, bem como seu uso ético e baseado em evidências para tomada de decisão, formulação de políticas, monitoramento e avaliação, bem como para produzir discernimento que oriente as ações. O desafio e a oportunidade adicionais criados pela revolução de dados de massa acessíveis na internet, usados com respeito à ética, trarão benefícios para a saúde pública nos Estados Membros, como nunca antes na história da humanidade. *A interoperabilidade é definida como o intercâmbio de dados entre sistemas, bases de dados e dispositivos. Para que dois sistemas sejam interoperáveis, é preciso que tenham a capacidade de trocar dados e, posteriormente, apresentar os dados de maneira compreensível para o usuário (definição adaptada da Sociedade de Sistemas de Informação e Gestão em Saúde).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual. Os dados notificados correspondem à aplicação da Ferramenta de avaliação de maturidade do IS4H, discutida anteriormente com os Estados Membros.
Unidade da RSPA	Evidências e Inteligência para a Ação em Saúde / Sistemas de Informação para a Saúde (EIH/IS)
Fonte dos dados	Relatórios de avaliação de maturidade do IS4H dos países; relatórios de monitoramento para o plano de ação regional e guias nacionais.
Limitações	• Os países podem não alcançar interoperabilidade entre aplicações tecnológicas. • As capacidades de recursos humanos para adoção de novas tecnologias para os sistemas de informação, gestão de dados e análise de saúde podem ser insuficientes.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plataforma en linea de información en sistemas de información para la salud de la OPS. Disponível em: https://www.paho.org/ish/index.php/es/ 2. Relatório final das consultas com os Estados membros do Caribe (7-9 de novembro de 2016) 3. Relatório final das consultas com os Estados membros da América Central (11-12 de dezembro de 2017) 4. Relatório final das consultas com os Estados membros da América do Sul (17-19 de julho de 2018) 5. HIMSS. Definição de interoperabilidade. HIMSS (2013). Disponível em: https://www.himss.org/library/previous-himss-interoperability-definitions [consultado em 26 de abril de 2019] 6. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022 (CSP29.R4). Disponível em:

	http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34424/CSP29.R4-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y
Vinculação	• ASSA2030, metas 6 e 7, e especificamente metas 6.1, 6.2 e 7.3 • Plano de ação para o fortalecimento dos sistemas de informação para a saúde da OPAS (CE164), para aprovação pelo 57º Conselho Diretor • Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022 da OPAS (CSP29.R4) • Este indicador contribui para a disponibilidade de dados usados para medir a saúde e os indicadores relacionados com a saúde do ODS 3, além do indicador 17.18.1 (“proporção de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos a nível nacional com desagregação completa quando relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais”) e do indicador 16.10.2 (“número de países que adotam e implementam garantias constitucionais, estatutárias e/ou políticas para acesso público à informação”) dos ODS.

Resultado Intermediário 21. Dados, informação, conhecimento e evidência

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 21**: Aumento da capacidade dos Estados Membros e da Repartição Sanitária Pan-Americana para gerar, analisar e disseminar evidências no âmbito da saúde e traduzir o conhecimento para a tomada de decisões nos níveis nacional e subnacional
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 21.a**: Número de países e territórios com governança funcional para gerar e usar evidências integradas aos sistemas de saúde
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que tenham pelo um dos seguintes: 1. Programas nacionais para a elaboração de diretrizes informadas por evidências no âmbito da saúde pública 2. Mecanismos nacionais formais estabelecidos para a geração e o uso evidências na formulação de políticas **Linha de base (2019):** 7 **Meta (2025):** 15
Finalidade do indicador	O indicador mede os principais aspectos da governança informada por evidências dentro de um sistema de saúde. A governança funcional consta de uma estrutura institucional formal com prioridades, requisitos e padrões definidos — juntamente com mecanismos para apresentá-los — para a produção, a difusão e o uso de evidências. Portanto, é preciso que haja um processo formal e padronizado de tradução do conhecimento para que o país possa ampliar a integração sistemática das evidências à política, aos sistemas e à prática no âmbito nacional. A geração e o uso de evidências para formulação de políticas e tomada de decisão em sistemas, programas e práticas de saúde atuam mediante diversos mecanismos padronizados estabelecidos em diferentes estruturas do sistema de saúde (p. ex., em diretrizes e programas de regulamentação nacionais, organismos de avaliação de tecnologias em saúde, decisões de planos de saúde, agências reguladoras de medicamentos e outras tecnologias, etc.) e em diferentes níveis (nacional, regional e municipal). O conceito de governança funcional reconhece a necessidade de articular esses mecanismos da tradução do conhecimento para contemplar a fragmentação e segmentação da governança informada por evidências nos sistemas de saúde.
Nota técnica	Definições práticas de cada elemento do indicador: 1. Os programas nacionais instituídos para formular diretrizes informadas por evidência para a saúde pública devem incluir: *a)* uma estrutura institucional nacional formal; *b)* prioridades definidas para a formulação de diretrizes ou políticas no âmbito nacional; *c)* requisitos e padrões (métodos definidos para o desenvolvimento de produtos informados por evidências, incluindo o sistema GRADE); *d)* número de diretrizes informadas por evidências publicamente disponíveis em BIGG (Base de dados internacional de diretrizes GRADE). 2. Os mecanismos nacionais formais de evidências para a formulação de políticas instituídos devem incluir: *a)* uma estrutura institucional formal; *b)* prioridades definidas para a formulação de políticas; e *c)* requisitos e padrões (métodos para a elaboração de sínteses de evidências). Para alcançar o indicador, o país deve satisfazer todos os critérios descritos no item 1 ou 2.
Tipo de indicador	Absoluto

Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Os dados são coletados e apresentados no final de cada ano, em novembro.
Unidade da RSPA	Evidências e Inteligência para a Ação em Saúde / Ciência e Conhecimento para Impacto (EIH/SK)
Fonte dos dados	Autoridades sanitárias nacionais, atualizados com apoio da RSPA com informações dos Estados Membros; Base de dados internacional de diretrizes GRADE da OPAS/OMS (BIGG).
Limitações	A governança funcional informada por evidências em saúde pressupõe um sistema adaptativo complexo que pode não ser medido pelos dois elementos do indicador (p. ex., se não forem seguidas as prioridades ou os padrões).
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. Washington, DC: OPAS; 2018. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49145/9789275320167_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y 2. Organização Mundial da Saúde. Manual para la elaboración de directrices. 2.ª ed. OMS (2014). Disponível em: https://www.who.int/publications/guidelines/WHO_hb_for_guideline_development_2ed_Spanish.pdf?ua=1 3. Organização Mundial da Saúde. EVIPNet in action: 10 years, 10 stories. Genebra: OMS; 2016. WHO/HIS/IER/REK/16.02. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250581/1/WHO-HIS-IER-REK-16.02-eng.pdf?ua=1
Vinculação	• ASSA2030, meta 6.3 • PE14-19, resultado intermediário 4.4 • Programa e Orçamento 2018-2019, resultado imediato 4.4.6

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 21**: Aumento da capacidade dos Estados Membros e da Repartição Sanitária Pan-Americana para gerar, analisar e disseminar evidências no âmbito da saúde e traduzir o conhecimento para a tomada de decisões nos níveis nacional e subnacional
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 21.b**: Número de países e territórios que geram, analisam e usam dados e informações de acordo com as prioridades de saúde, desagregados por estratos geopolíticos e demográficos, conforme apropriado ao contexto nacional
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que geram, analisam e usam dados e informações de acordo com as prioridades de saúde, desagregados por estratos geopolíticos e demográficos, conforme apropriado ao contexto nacional. **Linha de base (2019):** 6 **Meta (2025):** 51
Finalidade do indicador	A análise de saúde está vinculada estrategicamente ao processo decisório na gestão de políticas, programas e intervenções na saúde, bem como em outros setores que afetam a saúde. O objetivo deste indicador é estimular a capacitação em análise de saúde, análise e interpretação de dados, tradução do conhecimento, produção de evidências do impacto e comunicação. A capacidade de produzir e usar dados fidedignos sobre o país está alicerçada em um sistema e estrutura de avaliação nacional capaz de produzir análises integrais e robustas para avaliar prioridades de saúde nacionais, seus fatores determinantes e o impacto dos programas de saúde. Os países podem usar dados desagregados nos âmbitos nacional e subnacional para monitorar e avaliar suas necessidades e elaborar estratégias e metodologias apropriadas para suprir essas necessidades. Esse processo também inclui um sistema de difusão e *feedback* de rotina para identificar progressos e lacunas nos programas. O conhecimento gerado por essas análises ajuda os responsáveis pelas decisões a selecionar e priorizar as melhores intervenções possíveis e a avaliar seu impacto, o que tem um efeito positivo nos resultados intermediários da saúde.
Nota técnica	O indicador é calculado pela contagem dos Estados Membros que produzem e difundem análises de saúde integrais rotineiramente. Para alcançar o indicador, um país deve gerar relatórios que satisfaçam um destes dois critérios: 1. Pelo menos dois relatórios, no período de 2020-2025, que abranjam todos os aspectos essenciais da situação da saúde no país (demográfico, epidemiológico, socioeconômico, etc.). Os Estados Membros podem produzir relatórios que satisfaçam esse critério como parte de um processo de rotina para o desenvolvimento de seus planos estratégicos nacionais para a saúde e das correspondentes estruturas de monitoramento e avaliação; outra opção é a produção de relatórios independentes para apoiar a tomada de decisão relativa a programas de saúde. 2. Pelo menos seis relatórios no período de 2020-2025, cada um deles acerca de uma prioridade de saúde específica (p. ex., zika, influenza, infecção pelo HIV/AIDS), em conformidade com o plano estratégico nacional ou a estratégia de cooperação do país, ou que aborde uma ameaça de saúde pública emergente. Esses relatórios devem discutir fatores determinantes pertinentes, necessidades de saúde, carga de doença atual e esperada, desempenho do sistema de saúde e capacidade do país de atender efetivamente suas necessidades de saúde. Espera-se que os países usem nas análises dados desagregados por nível geopolítico e por estrato demográfico, que incluem, entre outros, sexo, idade e grupo étnico.

	Sabe-se que os Estados Membros não produzem necessariamente toda as informações ou os recursos necessários para gerar análises completas e detalhadas da situação da saúde. Espera-se que os países continuem a aumentar a capacidade para cumprir esse compromisso nos próximos anos.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Os dados são coletados e notificados anualmente, no final do ano.
Unidade da RSPA	Evidências e Inteligência para a Ação em Saúde / Análise de Saúde e Equidade (EIH/HÁ)
Fonte dos dados	Publicações e relatórios oficiais do país sobre a conjuntura nacional ou estadual de prioridades de saúde específicas.
Limitações	A competência técnica limitada e a grande instabilidade de recursos humanos estão entre os principais desafios para a produção sistemática de relatórios de análise da saúde.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Portal da Unidade EIH/HA na internet.
Vinculação	• Este indicador contribui para a disponibilidade de dados a serem usados na medição da saúde e de indicadores do ODS 3 relacionados com a saúde. Contribui também para o indicador 17.18.1 do ODS (“proporção de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos no âmbito nacional com desagregação completa quando relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais”) • ASSA2030, metas 6.2 e 6.3 • *Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022 da OPAS* (CSP29.R4) • Resolução CD7.R23 da OPAS, que solicita a apresentação de relatórios de saúde a cada quatro anos na Conferência Sanitária Pan-Americana (precursor da Saúde nas Américas), outubro de 1953 • Iniciativa regional de dados básicos em saúde e perfis de país (CD40/19) • PE14-19, resultado intermediário 4.4 • *Programa e Orçamento 2018-2019*, resultado imediato 4.4.1

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 21**: Aumento da capacidade dos Estados Membros e da Repartição Sanitária Pan-Americana para gerar, analisar e disseminar evidências no âmbito da saúde e traduzir o conhecimento para a tomada de decisões nos níveis nacional e subnacional
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 21.c**: Número de países e territórios com mecanismos estabelecidos sobre a gestão do conhecimento, o multilinguismo, o acesso aberto e a publicação
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que estabeleceram políticas, planos, padrões, diretrizes, metodologias e/ou ferramentas que consideram os seguintes elementos: • Produção de informações científicas e técnicas segundo padrões internacionais, com base em acesso aberto e fonte aberta • Visibilidade e disponibilidade de informações científicas e técnicas em saúde multilíngues em apoio ao multilinguismo no âmbito regional e global • Plataformas interoperáveis para facilitar o acesso, a difusão e a circulação de literatura técnica e científica e do conhecimento em saúde • Colaboração horizontal, parcerias e redes estratégicas que facilitam o compartilhamento de conhecimento e a colaboração efetiva, sobretudo entre países e territórios, no espírito do pan-americanismo • Capacitação e aprendizagem organizacional com base em comunidades de prática, lições aprendidas e boas práticas • Preservação da literatura científica e técnica como parte da herança cultural de saúde pública nas Américas **Linha de base (2019):** 10 **Meta (2025):** 22
Finalidade do indicador	A *Estratégia e plano de ação sobre gestão do conhecimento e comunicações 2013-2018* regional afirma que a Região das Américas teve avanços significativos na área do conhecimento e comunicações. Identifica a Região como pioneira na "implementação de novos paradigmas relacionados com a geração, circulação, preservação e difusão das informações de saúde pública". O relatório final incentiva a RSPA e os Estados Membros da OPAS a continuarem investindo nesses objetivos além do prazo da estratégia. Este indicador mede os esforços nesse sentido e apoia a consecução dos objetivos 6 e 7 da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030. O propósito é reduzir as lacunas persistentes no acesso a informações científicas e técnicas decorrentes das barreiras linguísticas e dos custos relacionados, bem como fortalecer a capacidade de publicar literatura que atenda os padrões internacionais e aumente a visibilidade das publicações científicas e técnicas na Região.
Nota técnica	Para alcançar o indicador, um país deve ter cumprido pelo menos dois destes critérios: 1. Programas, políticas, metodologias e/ou ferramentas sobre gestão do conhecimento ou compartilhamento do conhecimento (incluindo aprendizagem organizacional, boas práticas, lições aprendidas e comunidades de prática) 2. Estruturas de fomento à disponibilidade de literatura e informações técnicas e científicas multilíngues, inclusive revistas científicas sobre saúde pública e áreas relacionadas, que contribuirão para o intercâmbio de informações multilíngues entre países e territórios no âmbito regional e global 3. Plataformas para difundir, preservar e dar acesso à produção local de literatura científica e técnica em saúde (incluindo a Biblioteca Virtual em Saúde, o programa Research4Life, repositórios institucionais e iniciativas semelhantes)

	4. Redes intersetoriais ativas (entre governos, organizações internacionais, instituições acadêmicas, sociedade civil, etc.) que participam de processos de formulação de políticas, geração de padrões e difusão de boas práticas sobre cooperação técnica e inovação em saúde 5. Guias para plataformas de acesso aberto e fonte aberta, principalmente para literatura financiada com recursos públicos A RSPA realizará avaliações com o apoio de representantes da OPAS/OMS e pontos focais nos países e territórios. As informações serão atualizadas nos perfis dos países sobre gestão do conhecimento e acesso à informação e serão disponibilizadas no *site* da OPAS.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios.
Frequência de medição	Os dados são coletados no final do ano.
Unidade da RSPA	~~Escritório de Gestão do Conhecimento e Publicações (KMP)~~ Evidência e Inteligência para Ação em Saúde/Ciência e Conhecimento para Impacto (EIH/SK)
Fonte dos dados	Avaliações anuais serão realizadas por autoridades nacionais nos países e territórios (autoridades sanitárias nacionais, institutos de saúde, instituições acadêmicas, editores científicos e agregadores) e atualizadas com o apoio da RSPA. As fontes de informações a serem reunidas devem incluir, entre outras: • Instituições de países/territórios elegíveis registradas e ativas no programa Research4Life-HINARI • Bibliotecas Virtuais em Saúde nacionais, temáticas e institucionais nos países e territórios • Literatura científica e técnica indexada em LILACS e bases de dados e recursos semelhantes • Revistas científicas em saúde e áreas relacionadas com informações multilíngues (p. ex., artigos completos ou resumos disponíveis em mais de um idioma) e que apliquem políticas de acesso aberto e fonte aberta • Repositórios digitais da comunidade acadêmica e/ou instituições na área de saúde pública • Disponibilidade de listas de distribuição, comunidades de prática e repositórios sobre lições aprendidas
Limitações	O indicador mede o progresso no estabelecimento de guias (políticas, planos, padrões, diretrizes, metodologias e/ou ferramentas) na gestão do conhecimento, multilinguismo, acesso aberto e publicação. Porém, não captura necessariamente a implementação no âmbito nacional. A baixa implementação pode refletir limitações da capacidade local, falta de recursos ou uma decisão de não priorizar essa área.
Referências	1. Declaração de São Paulo em prol da Democratização do Conhecimento Científico para Alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 10º Congresso Regional de Informação em Saúde (CRICS10); 4-6 de dezembro de 2018, São Paulo, S.P.: BIREME; 2018. Disponível em: https://www.crics10.org/pt/declaracao-de-sao-paulo-em-prol-da-democratizacao-do-conhecimento-cientifico-para-alcance-dos-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/ 2. Organização Mundial da Saúde. Multilingüismo: Informe del Director General [Internet]. 144.ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS; 23 de novembro de 2018; Genebra. Genebra: OMS; 2018 (Documento EB144/38). Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_38-sp.pdf

	3. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação sobre gestão de conhecimento e comunicações: relatório final [Internet]. 56º Conselho Diretor da OPAS, 70ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 23-27 de setembro de 2018; Washington, C. Washington, D.C: OPAS; 2018 (Documento CD56/INF/18). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49703/CD56-INF-18-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y 4. Organização Mundial da Saúde. Multilingüismo: respeto de la igualdad entre los idiomas oficiales. 71ª Assembleia Mundial da Saúde, 26 de maio de 2018, Genebra. Genebra: OMS; 2018 (Documento WHA71.15). Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R15-sp.pdf 5. Nações Unidas. Gestión de los conocimientos en el sistema de las Naciones Unidas [Internet]. Asamblea General, Septuagésimo Segundo Período de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 12-25 de setembro de 2017; Nova York, NY. Nova York, NY: UN; 2017 (Documento A/72/325). Disponível em: https://undocs.org/es/A/72/325 6. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação sobre gestão de conhecimento e comunicações [Internet]. 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 64ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 17-21 de setembro de 2012; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2012 (Documento CSP 28/12 Rev. 1). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4455/CSP28-12-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y 7. 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. Washington, DC: OPAS; 2017 (Documento CSP29/12 Rev. 1). Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49172
Vinculação	• A maior disponibilidade de conhecimentos contribui para todos os indicadores de saúde e relacionados com a saúde, principalmente para os ODS 3, 16 e 17. • ASSA2030, objetivos 6 e 7, principalmente a meta 7.2 (“desenvolver capacidade institucional, infraestrutura, tecnologia e recursos humanos capacitados para pesquisa em saúde pública e sua difusão, de acordo com a política nacional de saúde”) • Estratégia e plano de ação regional sobre gestão do conhecimento e comunicações 2013-2018 • OMS, Multilinguismo: Relatório do diretor-geral [Internet]. 144ª Reunião do Conselho Executivo da OMS, 2018

Resultado Intermediário 22. Pesquisa, ética e inovação para a saúde

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 22**: Fortalecimento da pesquisa e inovação a fim de gerar soluções e evidências para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades em saúde
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 22.a**: Número de países e territórios que estão implementando uma política, estratégia e/ou agenda financiada de pesquisa e inovação em saúde
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que estão implementando uma política, estratégia e/ou agenda financiada de pesquisa e inovação em saúde para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades em saúde. **Linha de base (2019):** 10 **Meta (2025):** 21
Finalidade do indicador	O indicador avalia o número de países e territórios que relatam ter alocado financiamento para cumprir, de maneira sustentável, a agenda nacional publicada sobre pesquisa e inovação para a saúde.
Nota técnica	O indicador conta o número total de países e territórios com mecanismos de financiamento para prioridades nacionais na área de pesquisa e desenvolvimento em saúde. Para alcançar o indicador, um país deve ter cumprido estes dois critérios: 1. Publicação oficial de prioridades de pesquisa nacional válidas e definidas para a saúde [Health Research Web e *Política de pesquisa para a saúde* (CD49/10)]. Essas prioridades de pesquisa ou agendas nacionais definidas precisam ser atualizadas, disponibilizadas publicamente no âmbito nacional e ter mecanismos de financiamento sustentáveis para pesquisa e desenvolvimento (P&D). 2. Financiamento definido (p. ex., fundos setoriais) alocado para a agenda nacional de pesquisa e inovação para a saúde (*Política de pesquisa para a saúde* da OPAS e Observatório Global de P&D em Saúde da OMS).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual. Os dados são coletados no fim do ano e em pesquisas anuais.
Unidade da RSPA	Evidências e Inteligência para a Ação em Saúde / Ciência e Conhecimento para Impacto (EIH/SK)
Fonte dos dados	Pesquisas realizadas periodicamente pela RSPA, estendendo-se aos interessados diretos pertinentes; Observatório Global de P&D em Saúde da OMS; autoridades nacionais para saúde e ciência/tecnologia; institutos nacionais de saúde; plataforma Health Research Web do Conselho de Investigação em Saúde para o Desenvolvimento (COHRED), com atualizações pela RSPA e pelos Estados Membros; Organização dos Estados Americanos (OEA); Rede Ibero-Americana Ministerial de Aprendizagem e Investigação em Saúde (RIMAIS).
Limitações	• O financiamento para a pesquisa pode ter sido retirado ou desviado. • As agendas de pesquisas em saúde financiadas podem não ter sido plenamente implementadas, mantidas atualizadas, adequadas à medida que evoluem ou elaboradas de maneira inclusiva.

	• O desenvolvimento de agendas pode não ter incluído todos os interessados diretos pertinentes e as disciplinas necessárias para abordar prioridades de saúde pública e condições negligenciadas. • A avaliação pode não considerar a robustez das capacidades de pesquisa e resultados imediatos. • As agendas de pesquisa podem evoluir e expirar por razões válidas (p. ex., prioridades nacionais modificadas, novas questões surgidas, perfil epidemiológico ou outras circunstâncias modificadas, novas soluções/tecnologias disponíveis, questões que se tornaram irrelevantes, perguntas de pesquisa respondidas). • A implementação pode ser prejudicada pela capacidade insuficiente; falta de investimento em painéis que integrem informações em tempo real sobre investimentos nacionais, resultados imediatos e capacidades; uso limitado de aprendizado de máquina; ou automatização e algoritmos de busca que perpetuam processos complexos, problemas de qualidade de dados e variações de critérios e padrões. • A governança de pesquisa pode ser fragmentada, de modo que prioridades e financiamento sejam desenvolvidos com coordenação insuficiente entre as instituições (p. ex., ciência e tecnologia, saúde, pesquisa em saúde pública). • A responsabilidade e a notificação podem ser deficientes e pode não haver adesão a boas práticas ou procedimentos que aumentam o valor da pesquisa e reduzem o desperdício na pesquisa.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Política de pesquisa para a saúde. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, DC: OPAS; 2009 (Documento CD49/10). Disponível em: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-10-p.pdf?ua=1 2. Organização Mundial da Saúde. 63ª Assembleia Mundial da Saúde. Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud; Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias: documento WHA63.21 y Resolución. Genebra, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-sp.pdf. Consultado em 9 de julho de 2015. 3. Organização Pan-Americana da Saúde. 46.ª sesión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. (Washington, DC, 28-30 de novembro de 2016). Washington, DC: OPAS; 2017. (e.g. item 5.1) Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34530 4. Bernake BS. Promoting research and development: the government's role. Issues in Science and Technology 2011;27(4). Disponível em: https://issues.org/bernanke/ 5. Salicrup LA, Cuervo LG, Cano Jiménez R, Salgado de Snyder N, Becerra-Posada F. Advancing health research through research governance. BMJ 2018;362:k2484. Disponível em: https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2484 6. Reveiz L, Elias V, Terry RF, Alger J, Becerra-Posada F. Comparison of national health research priority-setting methods and characteristics in Latin America and the Caribbean, 2002-2012. Rev Panam Salud Pública 2013 Jul;34(1):1-13. 7. Organização Mundial da Saúde. Indicator Global Observatory on Health R&D: 9.5.1 Research and development expenditure as a proportion of GDP; Gross domestic expenditure in the health and medical sciences (health GERD) as a proportion of gross domestic expenditure on R&D. Disponível em: https://www.who.int/research-observatory/indicators/en/
Vinculação	• Este indicador contribui para a disponibilidade de pesquisas que possibilitem a medição da saúde e de indicadores relacionados com a saúde no ODS 3. O tema também contribui para o indicador 9.5.1 dos ODS ("dispêndio em pesquisa e desenvolvimento em proporção do PIB") em termos do investimento em P&D para a saúde.

	• O indicador também apoia a medição do indicador de dispêndio doméstico bruto com saúde e ciências médicas (GERD com saúde) como uma proporção do dispêndio doméstico bruto com pesquisa e desenvolvimento, que é acompanhado pela OMS. • ASSA2030, meta 7.1 • PE14-19, resultado intermediário 4.4 • Programa e Orçamento 2018-2019, resultado imediato 4.4.1

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 22**: Fortalecimento da pesquisa e inovação a fim de gerar soluções e evidências para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades em saúde
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 22.b**: Número de países e territórios que têm normas éticas para fazer pesquisas com seres humanos
Definição do indicador	Conforme definido na compilação internacional de normas de pesquisa com seres humanos, as normas para pesquisa com seres humanos incluem leis, regulamentações e diretrizes nacionais com o objetivo de assegurar a proteção adequada de todos os participantes de pesquisas. Este indicador conta o número de países e territórios que sancionaram essas normas. **Linha de base (2019):** 13 **Meta (2025):** 21
Finalidade do indicador	A pesquisa é essencial para melhorar a saúde e o bem-estar das populações, mas deve observar a ética. As normas éticas para a realização de pesquisa com seres humanos são componentes essenciais de um sistema de ética em pesquisa. Elas devem se alinhar com normas éticas internacionais, com necessidade de revisão ética por um comitê independente.
Nota técnica	Para alcançar o indicador, um país deve ter legislação, regulamentações ou diretrizes nacionais com o objetivo de garantir o respeito à ética nas pesquisas com seres humanos. A simples referência à pesquisa com seres humanos na lei geral de saúde de um país ou em sua constituição não serão consideradas suficientes. As normas éticas devem reger toda a pesquisa em saúde com seres humanos, o que significa que normas voltadas apenas para um subgrupo das pesquisas com seres humanos (p. ex., ensaios clínicos) não serão consideradas suficientes para o propósito do indicador. O número de países e territórios que satisfazem os critérios do indicador será somado.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Os dados são coletados no fim do ano.
Unidade da RSPA	Evidências e Inteligência para a Ação em Saúde / Ciência e Conhecimento para Impacto (EIH/SK)
Fonte dos dados	• Compilação internacional de normas de pesquisa com seres humanos, publicada anualmente pelo Agência de Proteção à Pesquisa com Seres Humanos, Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, e atualizada com apoio da RSPA, usando informações dos Estados Membros. • Autoridades sanitárias nacionais, atualizado com apoio da RSPA.
Limitações	A existência de normas éticas para a pesquisa com seres humanos não significa necessariamente que essa pesquisa seja sempre realizada de maneira ética. Para isso, são necessários outros componentes de um sistema de ética em pesquisa, a saber, um organismo nacional encarregado da vigilância dos comitês de revisão ética, políticas que apoiem a capacitação em ética para pesquisa de pesquisadores e comitês, registro antecipado de ensaios clínicos e políticas sobre conduta responsável em pesquisa.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Bioética: rumo à integração da ética na saúde. 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 64ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 17–20 de setembro de 2012; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2012 (Documento CSP28/14, Rev. 1). Disponível em:

	https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CSP28-14-p.pdf [consultado em 12 de setembro de 2019]. 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Bioética: rumo à integração da ética na saúde. 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 64ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 17–20 de setembro de 2012; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2012 (Resolução CSP28.R18). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28.R18-p.pdf [consultado em 12 de setembro de 2019]. 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Bioética: rumo à integração da ética na saúde: relatório final. 56º Conselho Diretor, 70ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 23–27 de setembro de 2018; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2018 (Documento CD56/INF/21). Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45994&Itemid=270&lang=pt [consultado em 12 de setembro de 2019]. 4. Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS). Diretrizes éticas internacionais para pesquisas relacionadas à saúde envolvendo seres humanos. 4ª ed. Genebra: 2016. Disponível em: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2018/11/CIOMS-final-Diretrizes-Eticas-Internacionais-Out18.pdf [consultado em 12 de setembro de 2019]. 5. Office of Human Research Protections, U.S Department of Health and Human Services. International Compilation of Human Research Standards. 2019 Edition. Washington, DC: 2019 [consultado em 12 de setembro de 2019].
Vinculação	• ASSA2030, meta 7, meta 7.2 • Resolução CSP28.R18 e documento conceitual associado CSP28/14, Rev. 1: Bioética: rumo à integração da ética na saúde • Relatório final CD56/INF/21: “Bioética: rumo à integração da ética na saúde” • PE14-19, resultado intermediário 4.4, indicador do resultado intermediário 4.4.2 • Programa e Orçamento 2018-2019, resultado imediato 4.4.4

Resultado Intermediário 23. Preparação para situações de emergência e redução de riscos

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 23:** Fortalecimento da capacidade dos países para o gerenciamento do risco de desastres e emergências de saúde que abarque todos os tipos de ameaça, para tornar o setor de saúde resiliente aos desastres
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 23.a:** Número de países e territórios que reúnem ou excedem as capacidades mínimas para gerenciar os riscos para a saúde pública associados às emergências
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que informam à OPAS ter implantado um programa para desastres sanitários, com pessoal em regime de tempo integral e orçamento específico, a fim de implementar planos de preparação e resposta a desastres. Os planos de preparação e resposta a emergências devem ser baseados na avaliação de ameaças e vulnerabilidades, ser sensíveis ao gênero e considerar grupos e comunidades em condições de vulnerabilidade. **Linha de base (2019):** 43 **Meta (2025):** 45
Finalidade do indicador	O indicador mostra o progresso dos países da Região rumo à autossuficiência e à coordenação nacional da preparação e resposta a desastres por todas as ameaças.
Nota técnica	O indicador é calculado a partir de dados coletados por uma ferramenta de avaliação da capacidade de preparação e resposta a desastres por todas as ameaças aprovada pela OPAS. Entre as ferramentas já disponíveis ou em desenvolvimento estão o índice de preparativos para emergências e desastres em saúde, a pesquisa de monitoramento do *Plano de ação para a redução do risco de desastres* da OPAS e a ferramenta de autoavaliação do setor de saúde para a redução do risco de desastres. Essas ferramentas procuram identificar a situação de parâmetros estratégicos da gestão do risco de emergências e desastres no setor de saúde. As reuniões bienais de coordenadores de desastres em saúde também podem fornecer informações úteis para esse indicador. O *Plano de ação para a pesquisa de monitoramento de redução do risco de desastres* da OPAS é implementado a cada dois anos; o índice de preparativos para emergências e desastres em saúde, pelo menos a cada dois anos; e a ferramenta de autoavaliação do setor de saúde para a redução do risco de desastres, a cada três a cinco anos. Estão também disponíveis para os países uma estrutura de resposta do setor da saúde a múltiplas ameaças e um modelo operacional de resposta a emergências em saúde (plano contra múltiplas ameaças).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois anos, ao final do ano
Unidade da RSPA	Emergências de Saúde/Preparação do País e Regulamento Sanitário Internacional (PHE/CPI)
Fonte dos dados	Relatório de pesquisa dos países e territórios; ferramentas de autoavaliação; encontro de coordenadores sobre desastres em saúde.

Limitações	• Por enquanto, a ferramenta de autoavaliação do setor de saúde para *a* redução do risco de desastres só está disponível em inglês. • Em muitos países, a fadiga de avaliação pode afetar o processo de coleta de dados, e até mesmo a taxa de resposta.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Reporte de avances en salud 2006: Preparativos y respuesta para desastres. Washington, DC: OPAS; 2006. Disponível em: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=program-documents&alias=1959-reporte-de-avances-en-salud-2006-preparativos-y-respuesta-para-desastres&Itemid=1179&lang=es 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Herramienta de autoevaluación del sector de la salud para la reducción del riesgo de desastres. Washington, DC: OPAS; 2010. 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Índice de preparativos ante emergencias y desastres en salud. Washington, DC: OPAS; 2019. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51450/9789275320754-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y 4. Organização Pan-Americana da Saúde. Multi-Hazard Health Response Framework: Health Emergencies Response Operative Model (multi-hazard plan). Washington, DC: PAHO; 2019.
Vinculação	• ASSA2030, metas 8.2, 8.3 e 8.4 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 5.2.1

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 23:** Fortalecimento da capacidade dos países para o gerenciamento do risco de desastres e emergências de saúde que abarque todos os tipos de ameaça, para tornar o setor de saúde resiliente aos desastres
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 23.b:** Número de Estados signatários que têm e mantêm as capacidades básicas previstas no Regulamento Sanitário Internacional (RSI)
Definição do indicador	Este indicador conta o número de Estados Partes do RSI que informam à OMS ter desenvolvido e mantido as capacidades básicas descritas nos artigos 5 e 13 e no Anexo 1 do RSI. **Linha de base (2019):** não se aplica **Meta (2025):** 35
Finalidade do indicador	Trinta e cinco Estados Membros da OPAS (definidos como Estados Partes no RSI) estão obrigados pelo RSI (pela Resolução WHA58.3) a ter ou a desenvolver e manter capacidades básicas, conforme descrição nos artigos 5 e 13 e no Anexo 1 do RSI. A finalidade e o escopo do Regulamento são prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais. Este indicador propõe-se a mostrar o progresso dos Estados Partes na Região para a aplicação e o cumprimento do RSI.
Nota técnica	O indicador está plenamente alinhado com a medição global da OMS e é calculado a partir da pontuação das capacidades básicas, expressas em porcentagem, no Relatório anual dos Estados Partes à Assembleia Mundial da Saúde (AMS). Para alcançar este indicador, um Estado Parte deve ter melhorado ou mantido (quando for maior que 0%) a pontuação relativa a **pelo menos 12 das 15 capacidades básicas**. Esse critério está de acordo com a Decisão WHA71(15) e leva em conta a Resolução WHA68.5 que ratifica o Documento A68/22, Add.1 ("o trabalho para desenvolver, fortalecer e manter as capacidades básicas previstas no RSI deve ser entendido como um processo contínuo em todos os países"). A pontuação relativa às capacidades básicas de um Estado Parte que não apresenta o Relatório anual de Estado Parte à AMS em determinado ano será considerada como 0%. A pontuação das capacidades básicas da apresentação posterior daquele Estado será avaliada em relação à apresentação mais recente. Como resultado de um processo formal de consulta global realizado em 2018, uma versão revisada da ferramenta proposta para apresentação do Relatório anual do Estado Parte à AMS foi introduzida em 2019. Esta abrange 15 capacidades revisadas, com 35 indicadores (Disponível em: https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240040120). Desse modo, não há "linha de base (2019)".
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Estados Partes do RSI na Região das Américas
Frequência de medição	Anual; o prazo para entrega coincide com a AMS
Unidade da RSPA	Emergências de Saúde/Preparação do País e Regulamento Sanitário Internacional (PHE/CPI)
Fonte dos dados	As informações contidas nos Relatórios anuais dos Estados Partes apresentados à AMS são resumidas sistematicamente no relatório de progresso do RSI aos Órgãos Diretores da OMS e da OPAS (atualizado anualmente e disponível nos *sites* da OMS e da OPAS: http://apps.who.int/gb/s/index.html (em espanhol) http://apps.who.int/gb/e

	https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=42:governing-bodies&Itemid=419&lang=pt).
Limitações	• Diferenças na capacidade intrínseca dos Estados Partes, nos mecanismos de governança, nas estruturas organizacionais, no nível de conscientização sobre o alcance e a finalidade do RSI e na perícia técnica dificultam a implementação do RSI no âmbito nacional. • De modo semelhante, no âmbito regional há trabalho a fazer para melhorar a colaboração inter e intrassetorial, otimizar o uso de recursos já disponíveis para aprimorar a aplicação e o cumprimento do RSI, bem como assegurar a sustentabilidade das capacidades básicas alcançadas.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Reglamento Sanitario Internacional (2005), 3ª edición. Genebra: OMS; 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246186/1/9789243580494-spa.pdf?ua=1
Vinculação	• ODS, indicador 3.d.1 • ASSA2030, metas 8.2, 8.3 e 8.4 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 5.2.2 • 13º PGT, estrutura de impacto

Resultado Intermediário 24. Prevenção e controle de epidemias e pandemias

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 24:** Fortalecimento das capacidades dos países para prevenir e controlar epidemias e pandemias causadas por patógenos de alto impacto ou de graves consequências
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 24.a:** Número de países e territórios com capacidade para responder de forma eficaz a epidemias e pandemias graves
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios com capacidade instalada para responder efetivamente a epidemias e pandemias. Esta é definida como a existência de fortes sistemas nacionais de saúde pública capazes de manter a vigilância ativa de doenças e eventos de saúde pública, investigar rapidamente eventos detectados, informar e avaliar o risco para a saúde pública, compartilhar informações e implementar medidas de controle em saúde pública. **Linha de base (2019):** não se aplica **Meta (2025):** 35
Finalidade do indicador	Este indicador propõe-se a medir e acompanhar a capacidade dos países e territórios de responder a epidemias e pandemias graves e de assegurar um rápido intercâmbio de informações sobre ameaças de saúde pública iminentes e, por conseguinte, aumentar a segurança e a confiança entre todas as partes.
Nota técnica	O indicador está plenamente alinhado com a medição global da OMS e é calculado a partir da pontuação das capacidades básicas, expressas em porcentagem, no Relatório anual dos Estados Partes à Assembleia Mundial da Saúde (AMS). Para alcançar este indicador, um Estado Parte deve ter melhorado ou mantido (quando for maior que 0%) a pontuação relativa a **pelo menos 8 destas 11 capacidades básicas, consideradas fundamentais para a prevenção e o controle de epidemias e pandemias:** legislação e financiamento do RSI, coordenação do RSI e funções do ponto focal nacional para o RSI, eventos zoonóticos e interface homem-animal, segurança dos alimentos, laboratório, vigilância, recursos humanos, estrutura nacional de emergência em saúde, prestação de serviços de saúde, comunicação de riscos e pontos de entrada. Isso é compatível com a Decisão WHA71(15) e leva em conta a Resolução WHA68.5 que aprova o Documento A68/22, Add.1 (“o trabalho para desenvolver, fortalecer e manter as capacidades básicas previstas no RSI deve ser entendido como um processo contínuo em todos os países”). A pontuação relativa às capacidades básicas de um Estado Parte que não apresenta o Relatório anual de Estado Parte à AMS em determinado ano será considerada como 0%. A pontuação das capacidades básicas da apresentação posterior daquele Estado será avaliada em relação à apresentação mais recente. Como resultado de um processo formal de consulta global realizado em 2018, uma versão revisada da ferramenta proposta para apresentação do Relatório anual do Estado Parte à AMS foi introduzida em 2019. Esta abrange 13 capacidades revisadas, com 24 indicadores (disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272956/WHO-WHE-CPI-2018.16-spa.pdf?sequence=1). Portanto, não há “linha de base (2019).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Anual; o prazo para entrega coincide com a AMS

Unidade da RSPA	Emergências de Saúde/Gestão de Ameaças Infecciosas (PHE/IHM)
Fonte dos dados	Os Estados Partes informam à AMS sobre a situação de implementação do RSI, resumida no relatório de progresso do RSI à AMS (atualizado anualmente).
Limitações	• A natureza diversa de cada epidemia e pandemia cria novos desafios para os países e territórios; portanto, há uma necessidade permanente de fortalecer sistemas de vigilância sensíveis e capacitar recursos humanos em ameaças à saúde pública novas ou remotas. • As características intrínsecas e o e financiamento de cada condado ou território para alcançar e manter a capacidade instalada também podem ser limitações para o alcance deste indicador.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. Reglamento Sanitario Internacional (2005), segunda edición. Genebra: OMS; 2008. Disponível em: https://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf
Vinculação	• ASSA2030, metas 8.2, 8.3 e 8.4 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 5.1.1

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 24:** Fortalecimento das capacidades dos países para prevenir e controlar epidemias e pandemias causadas por patógenos de alto impacto ou de graves consequências
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 24.b:** Número de países e territórios endêmicos com uma cobertura de 80% da vacinação contra a febre amarela
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios que alcançam e mantêm o limiar de ≥ 80% de cobertura vacinal acumulada em todas as faixas etárias em áreas endêmicas de febre amarela ao fim do ano de acompanhamento específico. A cobertura vacinal é calculada com base em dados sobre imunização e censitários específicos de áreas endêmicas. **Linha de base (2019):** 0 **Meta (2025):** 5
Finalidade do indicador	Este indicador acompanhará o progresso da redução do risco de febre amarela urbana. Com uma cobertura vacinal ≥ 80%, o risco de febre amarela urbana (grandes surtos com transmissão do vírus de uma pessoa para outra, tendo como vetores espécies de *Aedes*) em áreas endêmicas é minimizado.
Nota técnica	A endemicidade de febre amarela é definida como a confirmação de casos humanos nos últimos 20 anos por exposição autóctone. O risco de transmissão de febre amarela é definido como a notificação de febre amarela no passado associada à presença de vetores e animais reservatórios que representam um risco em potencial de infecção e transmissão. Desde 2019, oito países nas Américas são considerados endêmicos para febre amarela (Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru e Venezuela), e cinco países e territórios são considerados em risco de transmissão de febre amarela (Guiana, Guiana Francesa, Panamá, Suriname, Trinidad e Tobago). Somente os países endêmicos são considerados na definição da linha de base e da meta. Cálculo em âmbito nacional (expresso em porcentagem): **Numerador:** número de pessoas < 60 anos residentes em áreas endêmicas para febre amarela que receberam pelo menos uma dose de vacina em qualquer período da vida. **Denominador:** número de pessoas < 60 anos residentes em áreas endêmicas para febre amarela durante o ano de avaliação. Cálculo em âmbito regional: Número de países ou territórios com cobertura vacinal acumulada ≥ 80,0%.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios endêmicos para febre amarela
Frequência de medição	Anual. Os dados notificados correspondem ao fim do ano e são recebidos em abril do ano subsequente.
Unidade da RSPA	Emergências de Saúde/Gestão de Ameaças Infecciosas (PHE/IHM) Imunização Integral (CIM)

Fonte dos dados	Os países e territórios calculam a cobertura vacinal com base em registros nacionais de imunização e estimativas censitárias no âmbito subnacional. A cobertura acumulada nacional em áreas endêmicas é notificada por países e territórios ao programa de Emergências de Saúde da OPAS com o formulário de notificação conjunta da OPAS/OMS-UNICEF e relatórios mais detalhados no âmbito subnacional.
Limitações	• O cálculo da cobertura vacinal depende da disponibilidade, acurácia e sistematização dos registros de imunização e dados censitários no âmbito nacional e subnacional. Os registros de vacinação de várias décadas anteriores de jovens e adultos podem não estar disponíveis ter acurácia limitada. Estimativas censitárias subnacionais desatualizadas ou não confiáveis, além da migração, podem influenciar a estimativa da cobertura administrativa da vacinação. Em alguns países, podem ser necessárias pesquisas para estabelecer a cobertura histórica em adultos. • A melhoria da cobertura depende da disponibilidade global de estoque suficiente de vacinas. Durante o período de acompanhamento, há expectativa de uma competição pelas vacinas entre países e territórios das Américas e países africanos, onde grandes campanhas de vacinação são planejadas. Além disso, a aceitação da vacina varia entre os países e os grupos populacionais e depende da percepção do risco. • A endemicidade da febre amarela e o risco de transmissão podem variar durante o período de acompanhamento. A linha de base e a meta são baseadas em países endêmicos em 2019, embora outros países e territórios possam se tornar endêmicos nos anos subsequentes.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância e Gavi, 2018. Eliminate Yellow Fever Epidemics (EYE): a global strategy, 2017–2026. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272408/9789241513661-eng.pdf (01/04/2019) 2. Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Control de la fiebre amarilla: guía práctica. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/722/9275316031.pdf?sequence=1&isAllowed=y (01/04/2019). 3. Organização Mundial da Saúde, 2019. Países con riesgo de transmisión de la fiebre amarilla y países que exigen la vacunación contra la fiebre amarilla. Disponível em: https://www.who.int/ith/ITH2017-Annex1-sp.pdf (01/04/2019) 4. Gavi, the Vaccine Alliance, 2018. Immunization's key role in achieving 14 of the 17 Sustainable Development Goals. Disponível em: https://www.gavi.org/about/ghd/sdg/ (01/04/2019) [Conforme o ODS13, ação contra a mudança global do clima, "as vacinas são essenciais para tornar as pessoas resilientes e mitigar o risco de surtos de doenças associadas à mudança climática, como febre amarela e cólera, principalmente em contextos urbanos ou pós-desastres."]
Vinculação	• ASSA2030, metas 8.2, 8.3, 8.4 e 10.10 • 13º PGT, estrutura de impacto

Resultado Intermediário 25. Detecção de emergências de saúde e respectiva resposta

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 25:** Detecção, avaliação e resposta rápidas às emergências de saúde
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 25.a:** Porcentagem de eventos de saúde pública agudos para os quais uma avaliação de risco é concluída em até 72 horas
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem de eventos agudos em saúde pública para os quais se conclui uma avaliação de risco em até 72 horas após a detecção. **Linha de base (2019):** 75% **Meta (2025):** 100%
Finalidade do indicador	A OPAS apoia os Estados Partes do RSI no cumprimento do compromisso de prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças. O indicador mede a capacidade de organização na OPAS para identificar e avaliar eventos de saúde pública de possível interesse internacional e para orientar a tomada de decisão sobre preparativos, resposta e recuperação de surtos e emergências.
Nota técnica	Este indicador é calculado a partir dos eventos registrados no sistema de gestão de eventos da OMS (EMS, na sigla em inglês), que é usado para identificação, documentação e manejo de eventos agudos em saúde pública que constituam uma possível emergência de saúde pública de interesse internacional. Cada evento é classificado em uma destas categorias: • Comprovado, quando a presença de um perigo é confirmada ou o número de casos humanos excede os limiares normais. • Descartado, quando não há risco internacional e não há expectativa de risco internacional (portanto, esses eventos são fechados). • Não há surto, quando o número de casos humanos ou o perigo notificado está dentro de limites normais de ocorrência. • Não comprovável, quando não há informações do ponto focal nacional (PFN) para o RSI ou da autoridade nacional responsável para comprovar sua ocorrência, apesar dos melhores esforços envidados para obter essas informações. Este indicador é calculado pelo número de eventos avaliados no prazo de 72 horas e classificados como confirmados, dividido pelo número total de eventos confirmados. **Numerador:** número total de eventos avaliados em um prazo de 72 horas após a classificação. **Denominador:** número total de eventos confirmados.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Anual. A estimativa será atualizada anualmente, com base nos dados coletados de janeiro a dezembro no EMS, e estará disponível até junho do ano seguinte.
Unidade da RSPA	Emergências de Saúde/Informações sobre Emergências de Saúde e Avaliação de Risco (PHE/HIM)
Fonte dos dados	Sistema de gestão de eventos (EMS, na sigla em inglês), um sistema da OMS protegido por senha e usado sistematicamente pela OPAS/OMS para gestão e compartilhamento de

	informações sobre riscos em saúde pública de maneira colaborativa nos três níveis da Organização.
Limitações	Nem todas as variáveis básicas para a medição adequada de um evento são registradas.
Referências	1. Organização Mundial da Saúde. WHO event management for international public health security. Operational Procedures – working document. Disponível em: http://www.who.int/csr/HSE_EPR_ARO_2008_1.pdf. 2. Organização Mundial da Saúde. Reglamento Sanitario Internacional (2005). Disponível em: https://www.who.int/ihr/es/ 3. Organização Mundial da Saúde. EMS instructional guide. Disponível em: http://ems.who.int
Vinculação	• ASSA2030, metas 8.2, 8.3 e 8.4 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 5.3.1 (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 25:** Detecção, avaliação e resposta rápidas às emergências de saúde
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 25.b:** Porcentagem de países e territórios que fornecem um pacote essencial de serviços de saúde que salvam vidas em todas as emergências classificadas
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem de países e territórios que prestaram serviços de saúde essenciais às populações afetadas em todas as emergências de graus 2 e 3 (conforme a estrutura de resposta a emergências da OMS). **Linha de base (2019):** 75% **Meta (2025):** 85%
Finalidade do indicador	O indicador revela a capacidade dos países de oferecer satisfatoriamente às populações afetadas por emergências de saúde acesso a serviços de saúde e intervenções de saúde pública essenciais que salvam vidas. Mede o alcance dos serviços de saúde em países selecionados cujos dados estão disponíveis atualmente.
Nota técnica	Este indicador mede a porcentagem de países e territórios que ofereceram serviços de saúde essenciais às populações afetadas em todas as emergências de graus 2 e 3. É um indicador percentual, porque não é possível prever o número de países com emergências classificadas. É calculado pela contagem do número de países e territórios que oferecem serviços de saúde essenciais às populações afetadas em TODAS as emergências de graus 2 e 3 (definidas conforme a estrutura de resposta a emergências da OMS), com base na avaliação da emergência. Esses serviços podem incluir consultas ambulatoriais e qualquer um dos serviços a seguir, conforme o caso: • Serviços clínicos gerais e atenção a traumatismos • Atenção à saúde da criança • Doenças transmissíveis • ISTs e infecção pelo HIV/AIDS • Saúde materna e do recém-nascido • Violência sexual • Doenças não transmissíveis • Saúde mental • Atenção hospitalar específica Uma **emergência de grau 2** é um evento que ocorre em um ou vários países, com consequências moderadas para a saúde pública, que demanda uma resposta moderada da representação da OPAS/OMS no país ou resposta internacional moderada da OMS. Uma **emergência de grau 3** é um evento que ocorre em um ou vários países, com consequências moderadas para a saúde pública, que demanda uma resposta substancial da representação da OPAS/OMS no país ou resposta internacional substancial da OMS. **Numerador:** número total de países e territórios que ofereceram às populações afetadas consultas ambulatoriais e QUALQUER UM dos serviços supracitados, conforme o caso, em TODAS as emergências de graus 2 e 3. **Denominador:** número total de países e territórios afetados por uma ou mais emergências ou desastres durante o ano.

Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Emergências de Saúde/Operações de Emergência (PHE/EMO)
Fonte dos dados	Relatórios pós-desastre de autoridades sanitárias nacionais, organismos nacionais de gestão de emergência, Escritório das Nações Unidas de Coordenação de Assuntos Humanitários (UNOCHA) e OPAS/WHO.
Limitações	Não é fácil monitorar a disponibilidade de serviços de saúde durante uma emergência. Com frequência, incertezas acerca do acesso, a segurança e as limitações de tempo impedem a coleta sistemática de informações.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa de Emergencias en Salud. 2. Organização Mundial da Saúde. Health Resources Availability Monitoring System (HeRAMS). Disponível em: https://www.who.int/hac/herams/en/
Vinculação	• ASSA2030, metas 8.2, 8.3 e 8.4 • PE14-19, indicador do resultado intermediário 5.4.1

Resultado Intermediário 26. Temas transversais: equidade, etnia, gênero e direitos humanos

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 26**: Fortalecimento da liderança e da capacidade dos países para promover a equidade na saúde e a igualdade étnica e de gênero na saúde, dentro de um marco de direitos humanos
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 26.a:** Número de países e territórios com respostas institucionais e mecanismos de prestação de contas que estão avançando rumo à equidade em saúde, à igualdade étnica e de gênero em saúde, e aos direitos humanos
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios na Região que estabeleceram ou fortaleceram respostas institucionais e mecanismos de responsabilidade que, alicerçados nos direitos humanos, estão contribuindo para alcançar a equidade em saúde e gênero e a igualdade étnica na saúde. **Linha de base (2019):** não se aplica **Meta (2025):** 18* *A meta incluirá os países que participaram da Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas da OPAS, além de outros três a serem identificados posteriormente.
Finalidade do indicador	O indicador propõe-se a medir avanços dos Estados Membros da OPAS com relação à equidade em saúde, igualdade étnica e de gênero na saúde, e direitos humanos mediante a avaliação do grau de respostas institucionais instaladas e mecanismos que promovem a liderança e a responsabilidade nessas áreas.
Nota técnica	Para alcançar o indicador, o país deve satisfazer dois destes três critérios: 1. Existência de arquitetura institucional em nível de liderança para tomada de decisão e responsabilização por equidade, igualdade étnica e de gênero, e direitos humanos em saúde 2. Observatórios e relatórios nacionais sobre equidade, igualdade étnica e de gênero e/ou direitos humanos em saúde. 3. Inclusão de pelo menos um resultado transformador de alto nível em equidade em saúde, igualdade étnica e de gênero, e direitos humanos em um documento principal de planejamento estratégico no nível mais elevado para o setor de saúde. A "arquitetura institucional" diz respeito a organismos e mecanismos cuja concepção e situação institucional melhoram a capacidade de um país de empreender mudanças relativas à equidade em saúde, à igualdade étnica e de gênero e aos direitos humanos. Isso inclui a existência de: • Um organismo administrativo no nível mais elevado da tomada de decisão dentro da autoridade sanitária nacional, de acordo com a estrutura no contexto nacional. • Um mecanismo institucionalizado ou organismo dentro da autoridade sanitária nacional que coordene, informe e participe de comissões pertinentes, gabinetes intersetoriais e outros organismos externos incluindo, entre outros, comissões de direitos humanos de alto nível, instituições nacionais de direitos humanos, igualdade de mulheres/gênero, equidade, povos indígenas e outras populações em condições de vulnerabilidade. • Mecanismos de participação da sociedade civil com capacidade decisória na política e responsabilização. • Designação, implementação e monitoramento de orçamento(s) específico(s) para equidade, igualdade étnica e de gênero, e/ou direitos humanos em saúde.

	"Resultados transformadores de alto nível" são desfechos ou realizações esperadas que norteiam a orientação estratégica. Esses resultados devem ser incluídos no documento principal de planejamento estratégico no nível mais elevado da autoridade sanitária nacional. Os resultados transformadores contribuem para mudanças nas causas-raiz das desigualdades e discriminação com relação à saúde pela modificação de normas, valores e estruturas de poder dentro e fora do setor de saúde.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	Os dados serão coletados após o término de cada biênio e avaliados nos anos estipulados no Plano estratégico para ajustar a linha de base (2022, 2024 e 2026).
Unidade da RSPA	Determinantes Sociais e Ambientais para a Equidade em Saúde / Equidade, Gênero, Direitos Humanos e Diversidade Cultural (DHE/EG)
Fonte dos dados	As informações são fornecidas por uma pesquisa qualitativa com autoridades sanitárias nos Estados Membros, a ser desenvolvida pelas unidades responsáveis. Outras fontes são relatórios nacionais e outros relatórios oficiais, como os de mecanismos convencionais e não convencionais das Nações Unidas (p. ex., organismos de tratados, relatores especiais e revisão periódica universal).
Limitações	• Este é um indicador combinado com responsabilidade intersetorial. • O monitoramento e a avaliação dos quatro temas transversais podem ser restringidos por informações limitadas e falta de vontade política. • Os três critérios serão medidos de acordo com o contexto nacional. • Informações quantitativas também serão usadas quando disponíveis.
Referências	1. ONU Mulheres. UN-SWAP 2.0 Framework and Technical Guidance.
Vinculação	• ODS, metas 3.1, 3.7, 3.8, 5.1, 5.2, 5.4, 5.6, 5.C, 10.2, 10.3 e 17.18 • ASSA2030, meta 11.1 • Orçamento por programas da OMS 2020-2021, resultado imediato 4.2.6 • Política de igualdade de gênero (CD46.R16) • Política sobre etnia e saúde (CSP29/7) • Saúde e direitos humanos (CD50/12 e CD50.R8)

Resultado Intermediário 27. Liderança e governança

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 27**: Fortalecimento das funções de liderança, governança e defesa da saúde na Repartição Sanitária Pan-Americana
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 27.a:** Proporção de países e territórios onde a autoridade nacional de saúde informa que estão satisfeitas com a função de liderança da OPAS/OMS nos temas de saúde mundiais e regionais
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios onde a autoridade sanitária nacional informa satisfação com a função de liderança da OPAS/OMS nos temas de saúde mundiais e regionais, expresso como porcentagem dos países e territórios que respondem à avaliação deste indicador por meio das avaliações de fim do biênio a cada dois anos. **Linha de base (2019):** não há dados **Meta (2025):** 100%
Finalidade do indicador	Este indicador mede a percepção das autoridades sanitárias nacionais sobre o trabalho da Organização e sua função no engajamento dos países na agenda de saúde pública regional e mundial no nível mais elevado (do ponto de vista político, estratégico e técnico).
Nota técnica	Durante a avaliação de fim do biênio, cada país/território será solicitado a responder a este indicador. O indicador é calculado como a porcentagem que declara satisfação em relação ao número total dos que respondem. Nota: O país deve classificar o indicador como atingido se relatar satisfação com o papel de liderança da OPAS/OMS em questões de saúde globais e regionais.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	A cada dois anos
Unidade da RSPA	Departamento de Planejamento, ~~e~~ Orçamento e Avaliação (PBE~~U~~)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos a partir da avaliação conjunta de fim do biênio.
Limitações	O uso da avaliação conjunta com os Estados Membros para realizar uma pesquisa desse tipo ainda não foi testado.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano estratégico da OPAS 2020-2025. Washington, DC: OPAS; 2019 (documento OD359). Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=50292-cd57-od359-p-plano-estrategico-opas&category_slug=cd57-pt&Itemid=270&lang=pt
Vinculação	• PE14-19, indicador do resultado intermediário 6.1.1 (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 27**: Fortalecimento das funções de liderança, governança e defesa da saúde na Repartição Sanitária Pan-Americana
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 27.b:** Número de países e territórios para os quais existe um alinhamento entre a política, estratégia ou plano nacional de saúde e os resultados intermediários definidos no Plano Estratégico da OPAS 2020-2025
Definição do indicador	Este indicador conta o número de países e territórios com as políticas, estratégias ou planos nacionais de saúde que são compatíveis com os resultados intermediários definidos no Plano Estratégico da OPAS 2020-2025. **Linha de base (2019):** 20 **Meta (2025):** 51
Finalidade do indicador	Este indicador propõe-se a monitorar o alinhamento entre as prioridades nacionais de saúde estipuladas pelos países em suas políticas, estratégias ou planos nacionais de saúde e o Plano Estratégico da OPAS 2020-2025 a fim de avaliar a função de liderança e promoção da causa da RSPA.
Nota técnica	O alinhamento será estabelecido com base nos seguintes critérios: 1. Os países contam com políticas, estratégias ou planos nacionais de saúde. 2. Todos os 26 resultados intermediários técnicos no Plano Estratégico da OPAS são refletidos nessas políticas, estratégias ou planos. A RSPA fará uma revisão das políticas, estratégias e planos nacionais de saúde para identificar se estão alinhados com o Plano Estratégico da OPAS. Criou-se uma planilha de Excel para monitorar o alinhamento de cada um dos 26 resultados intermediários técnicos do Plano nos Estados Membros a fim de assegurar a uniformidade da revisão e a análise das informações disponíveis.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medição	Número de países e territórios
Frequência de medição	A cada dois anos, como parte da avaliação do orçamento por programas de fim de biênio
Unidade da RSPA	Gabinete da Diretora/Escritório de Coordenação de Países e Sub-Regiões (D/CSC) em colaboração com todas as Representações da OPAS/OMS nos países.
Fonte dos dados	Políticas, estratégias ou planos nacionais de saúde.
Limitações	Uniformidade de conteúdo limitada e variação do ciclo de vida de processos nacionais de planejamento.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da OPAS 2020-2025. Washington, DC: OPAS; 2019 (documento OD359). Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=50292-cd57-od359-p-plano-estrategico-opas&category_slug=cd57-pt&Itemid=270&lang=pt
Vinculação	• PE14-19, indicador do resultado intermediário 6.1.2

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 27**: Fortalecimento das funções de liderança, governança e defesa da saúde na Repartição Sanitária Pan-Americana
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 27.c**: Proporção de riscos institucionais com um plano de mitigação aprovado
Definição do indicador	Este indicador mede a porcentagem de riscos institucionais que foram identificados, avaliados e priorizados, com planos de mitigação instituídos para reduzir esses riscos. **Linha de base (2019):** 50% **Meta (2025):** 100%
Finalidade do indicador	O indicador serve identificar as medidas que a Organização está tomando para avaliar e mitigar o impacto de riscos programáticos e operacionais institucionais a fim de assegurar uma implementação efetiva e eficiente da cooperação técnica da OPAS. Isso contribuirá para alcançar os resultados estipulados nos orçamentos por programas da OPAS e no Plano Estratégico 2020-2025.
Nota técnica	Uma revisão anual das ações será implementada de acordo com os planos de mitigação de riscos institucionais a fim de avaliar o grau de sua implementação. Isso será feito segundo a política de gestão de riscos institucionais da OPAS (ERM).
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Anual
Unidade da RSPA	Gabinete do Diretor de Administração (AM)
Fonte dos dados	Relatórios do gerenciamento de risco institucional.
Limitações	Pode haver aceitação limitada por alguns gerentes da gestão de riscos institucionais como ferramenta útil que deve ser mantida e atualizada.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Política de gestão de riscos institucionais da OPAS (interna).
Vinculação	• PE14-19, indicador do resultado intermediário 6.2.1

<table>
<tr><td>Código e título do resultado intermediário</td><td>Resultado intermediário 27: Fortalecimento das funções de liderança, governança e defesa da saúde na Repartição Sanitária Pan-Americana</td></tr>
<tr><td>Código e título do indicador</td><td>Indicador do resultado intermediário 27.d: Porcentagem do orçamento aprovado da OPAS (excl. a AMRO) financiado para cada orçamento por programas bienal</td></tr>
<tr><td>Definição do indicador</td><td>Este indicador mede a disponibilidade de recursos financeiros para financiar o orçamento por programas da OPAS, com exceção da parte da AMRO. Inclui somente fundos flexíveis e contribuições voluntárias que apoiam a implementação do orçamento por programas.

Linha de base (2019): a ser determinada
Meta (2025): 100%</td></tr>
<tr><td>Finalidade do indicador</td><td>O indicador mostra o grau de sucesso no financiamento do orçamento por programas aprovado pela OPAS para cada biênio — uma medida essencial da capacidade da Organização de mobilizar recursos para aplicar nas prioridades do Estado Membro e nos resultados acordados.</td></tr>
<tr><td>Nota técnica</td><td>O indicador é calculado como a porcentagem do orçamento aprovado da OPAS (com exclusão da AMRO) para cada biênio que é financiada.

A tabela a seguir explica o cálculo, usando o Orçamento Aprovado, bem como os valores Financiados para o Orçamento-Programa 2018-2019 como referência.

<table>
<tr><th>Source of Financing</th><th>2018-2019 Approved</th><th>2018-19 Financed</th></tr>
<tr><td></td><td>(1)</td><td>(2)</td></tr>
<tr><td>PAHO Budget (Base Programs)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>(a) PAHO Assessed Contributions and Miscellaneous Revenue</td><td>214.3</td><td>214.3</td></tr>
<tr><td>(b) Other Sources</td><td>215.2</td><td>290.1</td></tr>
<tr><td>(c) Total PAHO Budget (Excluding WHO)</td><td>429.5</td><td>504.4</td></tr>
<tr><td>AMRO Budget (Base Programs)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>(d) WHO Allocation to the Americas</td><td>190.1</td><td>154.3</td></tr>
<tr><td>(e) TOTAL PAHO+WHO Budget</td><td>619.6</td><td>658.7</td></tr>
</table>

Numerador: fundos totais disponíveis da OPAS (não AMRO) (coluna 2, linha c)
Denominador: orçamento total aprovado da OPAS (não AMRO) (coluna 1, linha c)</td></tr>
<tr><td>Tipo de indicador</td><td>Relativo</td></tr>
<tr><td>Unidades de medição</td><td>Porcentagem</td></tr>
<tr><td>Frequência de medição</td><td>Anual</td></tr>
<tr><td>Unidade da RSPA</td><td>Departamento de Planejamento, Orçamento e Avaliação (PBE)</td></tr>
<tr><td>Fonte dos dados</td><td>Avaliações de fim do biênio dos orçamentos por programas, com uso de informações extraídas do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS, na sigla em inglês).</td></tr>
</table>

Limitações	• Este indicador não mede o financiamento do orçamento para resultados intermediários específicos, o grau de sucesso na atração de contribuições voluntárias para prioridades do Estado Membro nem a implementação de recursos. Entretanto, essas informações serão acompanhadas e comunicadas como parte da análise do orçamento para as avaliações de fim do biênio.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Documentos do orçamento por programas aprovado.
Vinculação	• PE14-19, indicador do resultado intermediário 6.3.1 (adaptado)

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 27**: Fortalecimento das funções de liderança, governança e defesa da saúde na Repartição Sanitária Pan-Americana
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 27.e**: Porcentagem das metas dos indicadores dos resultados intermediários do Plano Estratégico da OPAS para 2020-2025 que foram alcançadas
Definição do indicador	Este indicador mede o progresso rumo ao cumprimento das metas dos indicadores dos resultados intermediários do Plano Estratégico 2020-2025, expresso como porcentagem das metas alcançadas. **Linha de base (2019):** a ser determinada, com base na avaliação final do Plano Estratégico 2014-2019 **Meta (2025):** 90%
Finalidade do indicador	O indicador medirá o progresso no cumprimento das metas dos indicadores dos resultados intermediários aprovadas da Organização, conforme detalhado no Plano Estratégico 2020-2025, e indicará onde são necessárias medidas corretivas ao longo do período.
Nota técnica	Para as avaliações de fim do biênio dos orçamentos por programas para 2020-2021 e 2022-2023, a taxa de cumprimento das metas dos indicadores dos resultados intermediários é calculada pela divisão do número total de metas dos indicadores dos resultados intermediários alcançadas e em progresso no fim do biênio pelo número total de indicadores dos resultados intermediários aprovados no Plano Estratégico da OPAS. A maioria dos indicadores provavelmente estará em progresso, e a meta será alcançada ao fim do período do Plano Estratégico. Para a avaliação de fim do biênio do orçamento por programas 2024-2025, que ocorrerá no final do período, a taxa é calculada dividindo-se o número total de metas dos indicadores dos resultados intermediários alcançadas ou parcialmente alcançadas pelo número total de indicadores. A avaliação das metas dos indicadores dos resultados intermediários requer monitoramento e notificação conjunta pelos Estados Membros e RSPA. O monitoramento e a avaliação dos indicadores dos resultados intermediários serão realizados pelo Sistema de Monitoramento do Plano Estratégico da OPAS (SPMS). Os critérios usados para avaliar o desempenho dos indicadores dos resultados intermediários serão: • Alcançado: consecução de 90%-100% da meta • Em progresso (biênios 20-21 e 22-23): houve avanço em relação à linha de base, mas está abaixo de 90% da meta. • Parcialmente alcançado (biênio 24-25): houve avanço em relação à linha de base, mas está abaixo de 90% da meta. • Nenhum progresso: não houve avanço em relação à linha de base, ou houve redução em relação à linha de base.
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Bienal

Unidade da RSPA	Departamento de Planejamento, Orçamento e Avaliação (PBE)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos a partir da avaliação de indicadores dos resultados intermediários realizada para os relatórios de fim de biênio. Os indicadores sujeitos à avaliação conjunta com os Estados Membros são informados pelo SPMS.
Limitações	• O cumprimento dos indicadores depende dos esforços conjuntos da RSPA e dos Estados Membros. Para os indicadores sujeitos à avaliação conjunta com os Estados Membros, a experiência mostrou uma tendência de subestimação pelos Estados Membros, que pode não refletir o verdadeiro nível de consecução em alguns casos. • Todos os indicadores são avaliados com base em fontes de dados reconhecidas. Lacunas nessas fontes de dados podem dificultar a informação sobre alguns indicadores.
Referências	1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano estratégico da OPAS 2020-2025. Washington, DC: OPAS; 2019 (documento OD359). Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=50292-cd57-od359-p-plano-estrategico-opas&category_slug=cd57-pt&Itemid=270&lang=pt 2. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliações de fim de biênio dos orçamentos por programas. 3. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório da avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019/Relatório final da implementação do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019
Vinculação	• PE14-19, indicador do resultado intermediário 6.3.2 (adaptado)

Resultado Intermediário 28. Gestão e administração

Código e título do resultado intermediário	**Resultado intermediário 28:** Uso cada vez mais transparente e eficiente dos recursos, com a melhoria da gestão dos recursos financeiros, humanos e administrativos pela Repartição Sanitária Pan-Americana
Código e título do indicador	**Indicador do resultado intermediário 28.a:** Proporção do total dos gastos com recursos humanos destinados a funções de gestão e administração
Definição do indicador	Este indicador mede a proporção do total dos gastos com recursos humanos destinados a funções de gestão e administração, expressa como porcentagem. **Linha de base (2019):** US$ 69 milhões de US$ 192 milhões (36%) **Meta (2025):** redução de 10%
Finalidade do indicador	Este indicador propõe-se a medir a eficiência e efetividade do apoio de gestão e administração.
Nota técnica	Este indicador calcula a porcentagem dos gastos com pessoal com contrato por prazo determinado e associado às funções de gestão e administração, do seguinte modo: **Numerador:** gasto com cargos por prazo determinado associados às funções de gestão e administração (resultado intermediário 28 do Plano Estratégico 2020-2025 e resultado imediato 27.2 do orçamento por programas 2020-2021) **Denominador:** gasto total com cargos por prazo determinado
Tipo de indicador	Relativo
Unidades de medição	Porcentagem
Frequência de medição	Semestral
Unidade da RSPA	Gabinete do Diretor de Administração (AM)
Fonte dos dados	Os dados são obtidos a partir do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS)
Limitações	• Exatidão dos dados.
Referências	N/D
Vinculação	• Nenhuma