



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

30^a CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA

74^a SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2022

Tema 4.2 da agenda provisória

CSP30/7, Add. I

1º de agosto de 2022

Original: inglês

RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DE FIM DO BIÊNIO DO ORÇAMENTO POR PROGRAMAS DA OPAS 2020-2021/ PRIMEIRO RELATÓRIO PROVISÓRIO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS 2020-2025

Relatório de resultados 2020-2021

Sumário

I.	Prefácio da Diretora	2
II.	Introdução	4
III.	Obtenção de resultados	5
	Visão geral	5
	Progresso rumo aos resultados do Plano Estratégico 2020-2025 e do Orçamento por Programas 2020-2021	5
	<i>Indicadores de impacto</i>	5
	<i>Classificações dos resultados intermediários</i>	11
	<i>Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários e imediatos</i>	12
	Principais realizações, desafios e êxitos dos países	13
	Emergências de saúde	14
	Sistemas e serviços de saúde	25
	Saúde ao longo de todo o ciclo de vida, determinantes da saúde e promoção da saúde	34
	Doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, má nutrição, saúde mental, violência e traumatismos	40
	Prevenção, controle e eliminação das doenças transmissíveis	51
	Sistemas de informação para a saúde, evidências e pesquisa	55
	Equidade, gênero, etnia e direitos humanos	63
	Liderança, governança e funções facilitadoras	67
	Melhoria da prestação de contas pelos resultados e recursos financeiros	72
IV.	Financiamento e execução do Orçamento por Programas da OPAS 2020-2021.....	74
	<i>Programas de base</i>	76
	<i>Programas especiais</i>	80
	<i>Principais fontes de financiamento para 2020-2021</i>	81
V.	Análise de risco	85
VI.	Lições extraídas e recomendações	91

I. Prefácio da Diretora

As circunstâncias enfrentadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2020-2021 foram mais difíceis do que quaisquer outras nos nossos 120 anos de história. Neste primeiro biênio do Plano Estratégico da OPAS 2020-2025, a pandemia de COVID-19 causou mortes, doença e convulsões sociais e econômicas sem precedentes nas Américas. Ao mesmo tempo, a OPAS se deparou com uma crise financeira que desafiou nossa capacidade de desempenhar funções básicas. Ainda assim, a Organização encontrou oportunidade em meio à crise, adaptou-se rapidamente às novas realidades e avançou com determinação, colaboração e solidariedade.

Juntos, a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), os Estados Membros e os parceiros enfrentaram essas duas crises, demonstrando uma resiliência extraordinária. Coletivamente, o planejamento ágil, a mobilização de recursos e a execução do orçamento permitiram à OPAS liderar com êxito a luta contra a pandemia e cumprir outras responsabilidades vitais.

Graças a sua resposta à pandemia, a OPAS salvou vidas e, ao mesmo tempo, continuou a promover a agenda da saúde pública regional. A Organização comprou \$2,8 bilhões em vacinas contra a COVID-19 e outras provisões médicas enquanto prestava apoio fundamental a todas as facetas da resposta à pandemia: medidas de saúde pública, testes e tratamento, vigilância e vacinação. As equipes técnicas da OPAS colaboraram com os Estados Membros para alcançar outros ganhos importantes na saúde, como a eliminação de doenças transmissíveis, a introdução de legislação abrangente para controlar o tabagismo e o aumento da cobertura da assistência médica.

Esses êxitos ressaltam o significado do 120º aniversário da fundação da OPAS neste ano. Ao longo de sua história, a OPAS tem exercido uma função catalisadora e pioneira no desenvolvimento da saúde. As conquistas recentes também demonstram que, se combinarmos a vontade e o compromisso da RSPA e dos Estados Membros, podemos melhorar a saúde e o bem-estar e reduzir as iniquidades na saúde, mesmo sob a pressão de uma pandemia histórica.

O relatório a seguir, sobre o primeiro biênio da implementação do Plano Estratégico 2020-2025, documenta nosso trabalho durante esses dois anos críticos. Além disso, identifica lições e recomendações que nos ajudarão a acelerar a recuperação da Região e a manter a trajetória rumo à consecução de nossos objetivos. Precisamos definir como e onde focar nossa atenção a fim de atingir as metas do Plano Estratégico até 2025 e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030.

À medida que avançamos para proteger, recuperar e construir para fortalecer em 2022-2023, precisamos continuar a enfrentar a pandemia com engenhosidade e determinação enquanto fortalecemos os sistemas de saúde da Região. É fundamental redobrar nossos esforços para construir sistemas de saúde resilientes, equitativos e bem financiados, com base na atenção primária à saúde. Mais importante ainda, é preciso buscar novos caminhos para alcançar as pessoas e as comunidades que ficaram para trás.

A pandemia nos deu uma oportunidade única de manter a saúde no topo da agenda política e no centro do desenvolvimento sustentável. É imperioso que a aproveitemos.

II. Introdução

1. A Resolução CD57.R2, adotada pelo 57º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2019, solicitou ao Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA ou a Repartição) que informasse sobre a implementação do Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025 (Documento Oficial 359),¹ incluídos os respectivos Orçamentos por Programas, por meio de relatórios bienais de avaliação do desempenho. Esta seção apresenta uma visão geral do relatório sobre a avaliação de fim do biênio do Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2021 (Documento Oficial 358),² que também serve como o primeiro relatório intermediário do Plano Estratégico 2020-2025 (PE20-25).

2. A avaliação de fim do biênio é um instrumento crucial de prestação de contas e transparência para a Organização. Considerando o impacto sem precedentes da pandemia de COVID-19, a crise financeira enfrentada pela Organização em 2020-2021 e a evolução do contexto socioeconômico e político nas Américas, esta avaliação proporciona a oportunidade de fazermos um balanço coletivo dos ganhos e lacunas restantes em matéria de saúde e analisarmos os desafios, as lições extraídas e as oportunidades. De acordo com a abordagem do foco nos países adotada pela OPAS, destacamos êxitos para mostrar as realizações nos países e as contribuições da RSPA por meio de sua cooperação técnica. O relatório também apresenta uma análise do desempenho programático e orçamentário da OPAS e discute a gestão de riscos. As lições extraídas e as recomendações serão importantes para orientar as intervenções durante o biênio 2022-2023 e nos seguintes, à medida que a Organização trabalha para alcançar os objetivos de seu Plano Estratégico 2020-2025 e da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA2030),³ bem como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

3. Um elemento-chave da avaliação de fim de biênio é uma análise do progresso rumo à consecução dos resultados definidos no PE20-25 e no Orçamento por Programas 2020-2021 (OP20-21). Este relatório apresenta aos Estados Membros uma atualização sobre a situação dos indicadores de impacto e apresenta os resultados finais da avaliação conjunta com os Estados Membros dos indicadores dos resultados intermediários e imediatos.

¹ Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025. 57º Conselho Diretor da OPAS, 71ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, DC: OPAS, 2019 (Documento Oficial 359). Disponível em:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51599?locale-attribute=pt>

² Organização Pan-Americana da Saúde. Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2021. 57º Conselho Diretor, 71ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, DC: OPAS, 2019 (Documento Oficial 358). Disponível em:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51602>

³ 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. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, DC: OPAS, 2017 (Documento CSP29/6, rev. 3). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49172>

III. Obtenção de resultados

Visão geral

4. O PE20-25 estabeleceu um conjunto de 28 indicadores de impacto com 35 metas.⁴ O PE20-25 também define 28 resultados intermediários, medidos por meio de 105 indicadores.⁵ O OP20-21 estabeleceu 102 resultados imediatos que contribuem para a consecução dos resultados intermediários e que são medidos e monitorados por meio de 148 indicadores.⁶ Segundo a definição constante da Cadeia de Resultados do PE20-25, tanto os impactos como os resultados intermediários e imediatos exigem a intervenção conjunta da RSPA e dos Estados Membros, junto com parceiros. Para contribuir para a consecução desses resultados, a Repartição proporciona produtos e serviços, definidos nos planos de trabalho bienais correspondentes ao período do Orçamento por Programas. Por meio da implementação do plano de trabalho bienal em todas as entidades, a RSPA contribuiu durante o biênio para a consecução dos resultados de nível mais elevado.

5. A Seção II apresenta uma análise da situação da saúde pública na Região e do progresso feito para alcançar os resultados definidos no PE20-25 e no OP20-21. Passa em revista os efeitos da pandemia de COVID-19 e da situação socioeconômica e política da Região no desempenho dos indicadores. A segunda parte da seção delineia as principais realizações, desafios e êxitos dos países no biênio 2020-2021, combinados em grupos de resultados intermediários. Por último, apresenta-se uma breve visão geral dos esforços da Repartição em termos de prestação de contas pelos resultados e recursos financeiros.

Progresso rumo aos resultados do Plano Estratégico 2020-2025 e do Orçamento por Programas 2020-2021

Indicadores de impacto

6. No contexto de uma situação sanitária em evolução, em que os países continuam a enfrentar a COVID-19 e outros desafios, o objetivo da análise dos indicadores de impacto do PE20-25 é fazer um balanço do progresso da Região e identificar ações para acelerar esse progresso. Ainda é muito cedo para determinar qual será a trajetória, dada a necessidade de dados mais atualizados. Contudo, no nível regional, os retrocessos observados neste relatório indicam que o progresso rumo às metas de impacto do PE20-25, bem como às respectivas metas da ASSA2030 e dos ODS, está em risco.

⁴ Os impactos são mudanças sustentáveis na saúde das populações, como a melhoria da saúde e do bem-estar e a redução da morbidade, da mortalidade e das lacunas em termos de equidade.

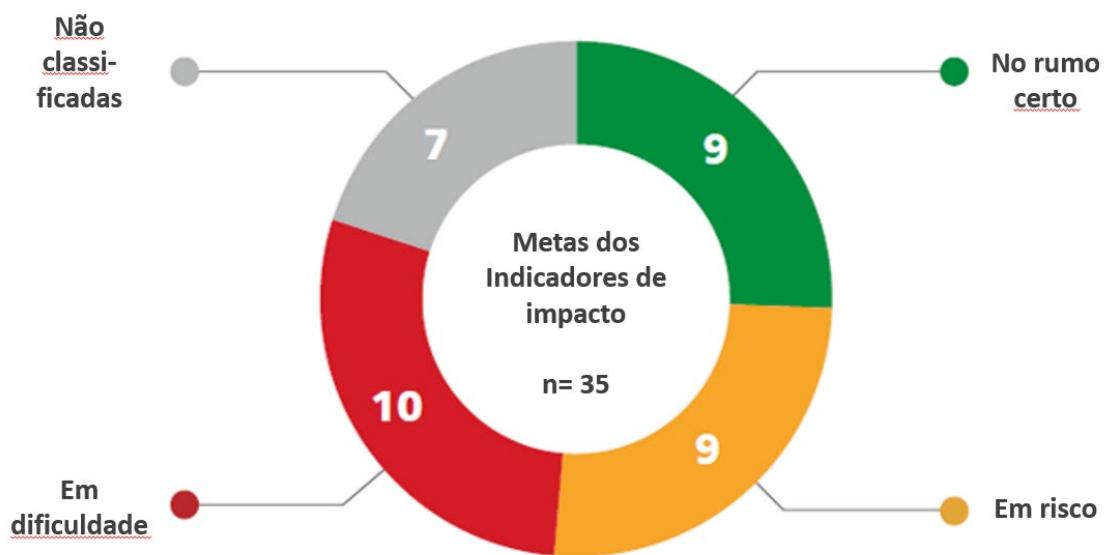
⁵ Resultados intermediários são mudanças coletivas ou individuais em fatores que afetam a saúde da população, como ampliação da cobertura dos serviços ou do acesso a serviços, aumento da capacidade dos sistemas de saúde e redução dos riscos relacionados à saúde.

⁶ Os resultados imediatos delineiam os resultados específicos a serem alcançados no biênio, como políticas, estratégias, planos, leis, programas, serviços, regras, normas e guias.

7. Conforme mostrado na Figura 1 e na Tabela 1 a seguir, estima-se que nove das 35 metas dos indicadores de impacto estejam no rumo certo para serem alcançadas até o fim de 2025. Nove indicadores foram classificados como em risco, o que significa que obstáculos estão impedindo o progresso no ritmo necessário para alcançar os resultados, mas esses obstáculos poderiam ser superados. Dez outros indicadores são motivo de preocupação, pois foram considerados como em dificuldade, o que significa que os obstáculos são grandes e que é improvável que as metas sejam atingidas. Sete indicadores não puderam ser classificados neste momento devido à falta de dados ou a outros fatores.

8. No caso dos indicadores classificados como em risco ou em dificuldade, a OPAS precisa tomar medidas corretivas urgentes para acelerar o progresso nos próximos anos. Compreender os vários fatores no nível programático que afetam os indicadores de impacto revelará oportunidades para melhorar o desempenho. Além disso, é necessário examinar as principais intervenções de saúde para determinar quais têm melhor relação custo-benefício e mais potencial para mudar as tendências em cada país. Além disso, os indicadores que se mostram no rumo certo ainda exigem um monitoramento cuidadoso das iniquidades entre os países e dentro deles.

Figura 1. Situação das metas dos indicadores de impacto em 2022



9. Atingir as metas agora exige a implementação sustentada de intervenções testadas e aprovadas que abordem os desafios subjacentes nos países. Para contribuir para os impactos na saúde, a RSPA trabalha em conjunto com os países e parceiros para alcançar os resultados intermediários e imediatos. Abordar os determinantes da saúde continua a ser uma das formas mais eficazes para produzir impactos de mais alto nível e é uma prioridade ao agir. No entanto, por estar fora da alcada dos ministérios da saúde, isso continua a ser um desafio para a OPAS. É necessário um enfoque em toda a Organização que leve em consideração os determinantes, as desigualdades persistentes em saúde e outras barreiras ao acesso aos serviços de saúde.

10. A fim de acelerar o progresso para atingir as metas, os dados e as evidências também precisam impulsionar as ações nos níveis nacional, sub-regional e regional. Entre as medidas cruciais, destacam-se ampliar os sistemas de informação para a saúde e fortalecer as estatísticas vitais e de saúde dos países para melhorar a qualidade dos dados em termos de completude, precisão, uniformidade e acessibilidade. As informações sobre a metodologia para a avaliação dos indicadores são apresentadas no Anexo.

Tabela 1. Situação das metas dos indicadores de impacto em 2022

Classificação	Indicador	Linha de base 2019*	Meta 2025	Situação 2022*
●	1. Redução das desigualdades em saúde dentro dos países	N/A	17	4 países
●	2. Expectativa de vida saudável	65,76 anos (2019)**	66,42 anos***	65,89 anos
●	3. Taxa de mortalidade neonatal	7,9 mortes por 1.000 nascidos vivos (2017)	6,9 mortes por 1.000 nascidos vivos ⁷	7,0 mortes por 1.000 nascidos vivos
●	4. Taxa de mortalidade de menores de 5 anos	14,3 mortes por 1.000 nascidos vivos (2017)**	11,8 mortes por 1.000 nascidos vivos***	12,3 mortes por 1.000 nascidos vivos
●	5. Proporção de crianças com menos de 5 anos com bom desenvolvimento em termos de saúde, aprendizado e bem-estar psicossocial	84,5% (levantamentos em 15 países de 2010 a 2016)	90%	Não classificado devido a limitações de dados
●	6. Taxa de mortalidade materna (mortes por 100.000 nascidos vivos)	59,4 mortes por 100.000 nascidos vivos (2015)**	35 mortes por 100.000 nascidos vivos	53,7 mortes por 100.000 nascidos vivos
●	7. Taxa de mortalidade por causas evitáveis mediante atenção à saúde (mortes por 100.000 habitantes)	137 mortes por 100.000 habitantes (2018)**	117,2 mortes por 100.000 habitantes***	125,8 mortes por 100.000 habitantes
●	8. Proporção de adultos com mais de 65 anos dependentes de cuidados	~8,0% (2010)	6,5%	Não classificado (mapeamento de fontes)
●	9. Probabilidade incondicional de morrer entre as idades de 30 e 70 anos em decorrência de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas	14,62% (2017)**	11,70%***	13,73%

⁷ Meta estabelecida com base numa variação percentual média anual de -2,1%, tomado como base as estimativas de 2017 do Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para a Estimação da Mortalidade Infantil (IGME, na sigla em inglês).

Classificação	Indicador	Linha de base 2019*	Meta 2025	Situação 2022*
●	10. Taxa de mortalidade causada por câncer do colo do útero	6,79 mortes por 100.000 mulheres (2018)**	4,60 mortes por 100.000 mulheres***	6,36 mortes por 100.000 mulheres
●	11. Taxa de mortalidade por homicídio entre jovens de 15 a 24 anos de idade	33,98 mortes para cada 100.000 jovens de 15 a 24 anos (2015)**	31,96 mortes para cada 100.000 jovens de 15 a 24 anos ***	34,07 mortes para cada 100.000 jovens de 15 a 24 anos
●	12. Proporção de mulheres e meninas com idades entre 15 e 49 anos que já tiveram um parceiro e foram vítimas de violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo atual ou anterior nos últimos 12 meses	7% (2018)**	7% (nenhum aumento)	Não classificado devido à falta de dados
●	13. Número de mortes em decorrência de traumatismos causados pelo trânsito ⁸	154.000 mortes; 15,5 mortes por 100.000 habitantes (2016)**	123.000 mortes; 10,85 mortes por 100.000 habitantes***	142.000 mortes; 14,31 mortes por 100.000 habitantes
●	14. Taxa de mortalidade em decorrência de suicídios	8,21 mortes por 100.000 habitantes (2014)**	7,54 mortes por 100.000 habitantes ***	9,15 mortes por 100.000 habitantes
●	15. Taxa de incidência do sarampo	16,69 casos por 1.000.000 de habitantes (2018)**	0 casos por 1.000.000 de habitantes	2,05 casos por 1.000.000 de habitantes
●	16. Taxa de incidência de infecções por HIV	0,16 caso por 1.000 habitantes (2017)**	0,08 caso por 1.000 habitantes***	0,15 caso por 1.000 habitantes
●	17. Taxa de transmissão materno-infantil do HIV	13,6% de partos de mulheres infectadas pelo HIV (2017)**	2,0% de partos de mulheres infectadas pelo HIV	11,1% de partos de mulheres infectadas pelo HIV
●	18. Taxa de incidência da sífilis congênita (incluídos os natimortos)	2,1 casos por 1.000 nascidos vivos (2017)**	0,5 caso por 1.000 nascidos vivos	3,3 casos por 1.000 nascidos vivos

⁸ A previsão é que o indicador seja reformulado devido a mudança na metodologia; portanto, uma nova linha de base e uma nova meta estão sendo propostas.

Classificação	Indicador	Linha de base 2019*	Meta 2025	Situação 2022*
●	19. Taxa de mortalidade causada por hepatites virais crônicas	9,73 mortes por 100.000 habitantes (2017)**	5,35 mortes por 100.000 habitantes***	10,32 mortes por 100.000 habitantes
●	20. Taxa de incidência de tuberculose	27,5 casos por 100.000 habitantes (2015)**	13,75 casos por 100.000 habitantes ***	27,9 casos por 100.000 habitantes
●	21. Taxa de incidência de malária	0,78 caso por 1.000 habitantes (2015)**	0,19 caso por 1.000 habitantes ***	1,01 caso por 1.000 habitantes
●	22. Número de países endêmicos que mantêm ou alcançam a eliminação da malária	3 dos 21 países e territórios que eram endêmicos em 2015 (2018)	6 dos 21 países e territórios que eram endêmicos em 2015	4 dos 21 países e territórios que eram endêmicos em 2015
●	23. Taxa de letalidade dos casos de dengue	0,056% (2012-2018)	0,050%	0,045%
-	24. Eliminação de doenças infecciosas negligenciadas nos países e territórios	-	-	-
●	a. Tracoma	1 de 5 (2019)	3 de 5	1 em risco
●	b. Doença de Chagas	17 de 21 (2019)	21 de 21	4 em risco
●	c. Raiva humana transmitida por cães	32 de 35 (2019)	35 de 35	No rumo certo
●	d. Hanseníase	17 de 23 (2019)	23 de 23	6 em risco
●	e. Teníase/cisticercose humana	0 de 16 (2019)	3 de 16	3 no rumo certo
●	f. Filariose linfática	3 de 7 (2019)	5 de 7	2 no rumo certo
●	g. Oncocercose	4 de 6 (2019)	6 de 6	2 em risco
●	h. Esquistossomose	3 de 10 (2019)	5 de 10	2 em risco

Classificação	Indicador	Linha de base 2019*	Meta 2025	Situação 2022*
●	25. Número de casos de infecção da corrente sanguínea por 1.000 pacientes/ano causados por organismos produtores de carbapenemase	1,185 infecção por 1.000 pacientes (2019)**	1,067 infecção por 1.000 pacientes (2019)***	Não classificado
●	26. Taxa de mortalidade atribuída à poluição do ar nos domicílios e no meio ambiente	32,2 mortes por 100.000 habitantes (2016)**	30,6 mortes por 100.000 habitantes***	Não classificado
●	27. Taxa de mortalidade atribuída à água insalubre, saneamento inadequado e falta de higiene	1,15 morte por 100.000 habitantes ⁹ (2016)**	0,92 morte por 100.000 habitantes***	Não classificado
●	28. Taxa de mortalidade causada por desastres (por 100.000 habitantes)	A ser determinada	Redução de pelo menos 10%	Não classificado

* Ou outro ano indicado; a coluna de situação em 2022 contém projeções.

** Linha de base atualizada com as informações mais recentes.

*** Considerando as informações atualizadas da linha de base e a natureza da meta original do PE20-25, a RSPA propõe atualizar a meta.

11. Desde a aprovação do PE20-25 em 2019, dados atualizados vieram à tona no caso de alguns indicadores. Como indicado acima, os números na linha de base foram atualizados para 20 indicadores. Isso resultou numa mudança proporcional nas metas de 2025 para 15 indicadores. Em outros casos, surgiram novas metodologias para medir os indicadores. Além disso, considerando que alguns indicadores já não estavam no rumo certo antes da pandemia de COVID-19 e mais informações são necessárias para avaliar inteiramente seu impacto, uma revisão abrangente das metas de 2025 deve ser feita à medida que essas informações se tornem disponíveis. Alguns desses indicadores estão destacados no Anexo.

12. Explicações detalhadas sobre as mudanças propostas são apresentadas no Anexo. Essas mudanças visam assegurar que a prestação de contas sobre os indicadores de impacto permaneça compatível com as últimas informações e métodos disponíveis, bem como com a ambição do Plano Estratégico de estabelecer metas de impacto realistas e mensuráveis. Dessa forma, a OPAS e seus Estados Membros podem tomar decisões mais bem informadas e implementar intervenções para acelerar o progresso rumo às metas, seguindo as boas práticas da gestão baseada em resultados.

⁹ Taxa calculada usando dados de 29 países.

Classificações dos resultados intermediários

13. Esta seção resume a avaliação interna dos resultados intermediários pela RSPA, com a contribuição da avaliação conjunta feita com os Estados Membros. Como mostrado na Figura 2, avalia-se que se cumpriram as expectativas para o biênio 2020-2021 em 17 dos 28 resultados intermediários (60%). Nos demais 11 resultados intermediários (40%) as expectativas foram cumpridas parcialmente. Entre os resultados intermediários que ficaram dentro do esperado, cinco eram classificados como de alta prioridade pelos Estados Membros: 1 (Acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade), 12 (Fatores de risco das doenças transmissíveis), 14 (Má nutrição), 24 (Prevenção e controle de epidemias e pandemias) e 25 (Detecção de emergências de saúde e respectiva resposta).

14. Apesar dos desafios sem precedentes durante o biênio 2020-2021, a Região conseguiu manter e alcançar ganhos significativos em matéria de saúde pública e produziu ações transformadoras em áreas fundamentais, como evidenciado pelos resultados intermediários que cumpriram as expectativas. A pandemia de COVID-19 serviu de impulso para melhorar as funções essenciais de saúde pública, sobretudo as relacionadas à resposta a emergências de saúde. Além disso, proporcionou uma oportunidade única para lançar luz sobre a importância da saúde, fortalecer a função de gestão das autoridades de saúde, melhorar a coordenação intersetorial e tomar outras medidas para suprir as necessidades das comunidades vulneráveis mais afetadas pela pandemia. Reconhecendo os vínculos entre a saúde e a economia, os países operacionalizaram mais recursos para aumentar e melhorar o investimento público em saúde. Ao mesmo tempo, a pandemia também destacou a fragmentação e as debilidades dos sistemas de saúde e a importância de esforços sustentados rumo à resiliência e à saúde universal.

15. A mudança súbita nas prioridades de saúde pública para se concentrar na resposta à pandemia significou que algumas áreas não receberam a atenção ou os recursos necessários durante o biênio, o que agravou ainda mais os desafios já existentes antes da pandemia. Em alguns países, a resposta à emergência ocorreu num contexto já prejudicado por um planejamento fragmentado e uma infraestrutura legal frágil ou inexistente para a preparação e implementação de medidas. Assim, a pandemia consumiu uma parcela desproporcional da atenção e dos recursos, dificultando o acesso aos sistemas e serviços de saúde.

16. Outros fatores que levaram à falta de progresso foram os baixos níveis de compromisso político para abordar áreas prioritárias; ausência ou insuficiência de ação intersetorial; debilidades nos sistemas de informação; progresso insuficiente na abordagem das desigualdades em saúde; capacidade institucional limitada e escassez de recursos humanos e financeiros devido, em parte, a prioridades concorrentes nas agendas regionais e nacionais. Serão necessários níveis significativos de compromisso político, colaboração e alocação estratégica de recursos para fortalecer as áreas que estão em defasagem. A seguir, detalham-se outras razões para resultados menos satisfatórios, bem como sugestões de como a RSPA pode virar a maré durante o próximo biênio.

Figura 2. Avaliação dos resultados intermediários*Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários e imediatos*

17. #No fim de 2021, a Região havia obtido avanços consideráveis rumo à consecução dos indicadores dos resultados intermediários e imediatos, como indicam os resultados da avaliação conjunta.¹⁰ Como mostrado na Figura 3, 11 dos 105 indicadores dos resultados intermediários (10%) foram alcançados ou superados, enquanto 56 (53%) revelaram um progresso significativo, 10 (10%) mostraram um progresso limitado e 21 (20%) não apresentaram progresso. Outros sete indicadores (7%) não puderam ser avaliados devido à indisponibilidade de dados. A Figura 3 também indica que 45 dos 148 indicadores dos resultados imediatos (30%) foram alcançados ou superados, enquanto 71 (48%) revelaram um progresso significativo, seis (4%) mostraram um progresso limitado e 26 (18%) não apresentaram progresso. Avaliações detalhadas dos indicadores estão disponíveis nos relatórios de grupos de resultados intermediários encontrados no Portal do Orçamento por Programas da OPAS.¹¹

18. Entre os indicadores dos resultados intermediários e imediatos classificados como superados pela RSPA, figuram marcos importantes para a Região. Por exemplo:

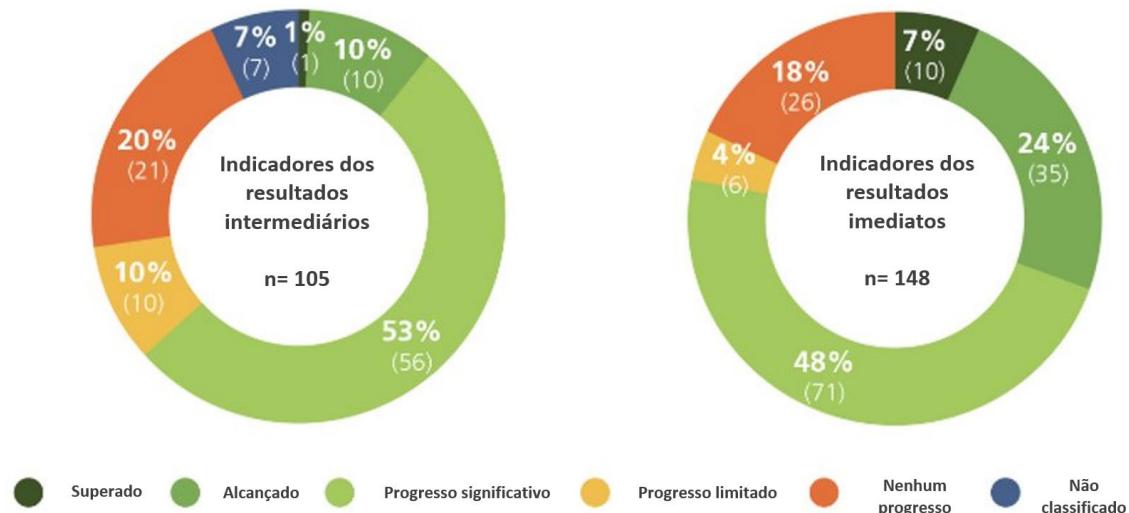
- A média regional da prevalência da emaciação em crianças menores de 5 anos de idade continua a diminuir, tendo passado de 0,8% em 2019 para 0,7% em 2021 (indicador de resultado intermediário 14.b).
- A Repartição desenvolveu e implementou as seguintes ferramentas para a geração, disseminação, preservação e acesso de dados, informações e evidências científicas e técnicas para a saúde: *i)* o repositório de conhecimento institucional interno sobre

¹⁰ A resolução CD57.R2 (2019) instava a Diretora da RSPA a “usar ferramentas de monitoramento e avaliação conjuntos... para prestar contas sobre a implementação do Plano Estratégico e seus orçamentos por programas”.

¹¹ O Portal do Orçamento por Programas, em inglês, pode ser visitado em <https://open.paho.org/>.

- a COVID-19; *ii) o sistema de rastreamento de publicações PubTrack; iii) a política de acesso aberto a todas as publicações da OPAS; iv) a ferramenta de tomada de decisão para apoiar a colaboração com os Centros Colaboradores da OPAS/OMS; e v) o sistema eLUNa para tradução assistida por computador para agilizar os processos linguísticos e servir como repositório multilíngue (indicador de resultado imediato 21.2.b).*
- c) A Repartição cumpriu pelo menos 70% dos padrões de desempenho delineadas na Estrutura de Resposta a Emergências em todas as respostas emergenciais a um perigo com consequências para a saúde pública (indicador de resultado imediato 25.2.a)
 - d) O número mediano de dias entre o início comprovado de um evento de importância para a saúde pública e a data de recebimento ou detecção da informação pela OPAS foi reduzido pela primeira vez de 47 para 21 dias (indicador de resultado imediato 25.1.a).
 - e) A Repartição cumpriu seus padrões de desempenho em todos os países com emergências prolongadas (indicador de resultado imediato 25.3.a).

Figura 3. Visão geral da avaliação dos indicadores dos resultados intermediários e imediatos



Principais realizações, desafios e êxitos dos países

19. Esta seção apresenta os destaques em termos de realizações, desafios e êxitos dos países em 2020-2021. Serão abordados os 28 resultados intermediários do Plano Estratégico 2020-2025, reunidos em grupos por área temática.

Emergências de saúde

Resultados intermediários 23 a 25

Preparação para situações de emergência e redução de riscos

Prevenção e controle de epidemias e pandemias

Detecção de emergências de saúde e respectiva resposta

Realizações

20. Os Estados Membros receberam continuamente informações atualizadas sobre a situação epidemiológica e operacional da Região na forma dos 649 relatórios de situação, 481 resumos diários e 76 alertas e atualizações epidemiológicas elaborados e divulgados pela RSPA durante o biênio. Foram publicados relatórios semanais com indicadores da vigilância do SARS-CoV-2, bem como indicadores relacionados aos vírus da gripe e de outras infecções respiratórias. Dados sobre a situação diária foram disseminados pelo site da OPAS desde o início da pandemia. Informações sobre as tendências da COVID-19 foram analisadas e divulgadas semanalmente na Região por meio da coleta de dados da lista de casos de COVID-19 e da coleta diária semiautomatizada de casos e mortes em websites oficiais. A RSPA estabeleceu uma base de dados com mais de 76 milhões de formulários de notificação de casos para 38 países, territórios e áreas das Américas, graças ao apoio prestado para estabelecer e gerenciar a vigilância nominal da COVID-19.

21. A Repartição elaborou, atualizou e divulgou mais de 197 documentos de orientação técnica sobre vigilância, laboratórios, gestão de informações de saúde, avaliação de riscos, manejo clínico e prevenção e controle de infecções visando a COVID-19. Esses documentos também são pertinentes a outras doenças com potencial epidêmico e aos esforços para fortalecer a segurança sanitária geral na Região e no nível dos países. Muitos desses documentos foram atualizados periodicamente para refletir as evidências emergentes à medida que a comunidade mundial aprendeu mais sobre o vírus e avaliou a eficácia das intervenções de saúde pública.

22. O diagnóstico molecular da COVID-19 fortaleceu a rede de laboratórios regional e ampliou a capacidade de detecção oportuna do vírus SARS-CoV-2 e o monitoramento do surto em 35 países e territórios. O Laboratório Central da Repartição de Saúde Pública do Suriname foi designado como centro nacional de influenza.

23. Foi criada a Rede Regional de Vigilância Genômica da COVID-19, envolvendo 15 países das Américas. Compreende seis laboratórios regionais de referência (no Brasil, Chile, Estados Unidos da América, México, Panamá e Trinidad e Tobago) e 14 laboratórios de sequenciamento em países (dois no Brasil e um na Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, México, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela [República Bolivariana da]). Além de manter a colaboração para apoiar o diagnóstico e testagem regulares da COVID-19, a implementação de protocolos de triagem para detectar precocemente variantes preocupantes foi especialmente útil, e material para a triagem da variante Ômicron foi distribuído a pelo menos 20 países. Até o momento, mais de 30 países

e 12 territórios submeteram sequências à plataforma GISAID, uma iniciativa mundial para o intercâmbio rápido de dados sobre os vírus da influenza e do coronavírus causador da COVID-19. Os Estados Membros da OPAS submeteram mais de 261 mil sequências do SARS-CoV-2 à GISAID.

24. Trinta e oito laboratórios informaram concordância de 100% na Avaliação Externa da Qualidade do SARS-CoV-2, com os outros dois alcançando entre 90% e 95% de concordância, graças ao apoio contínuo da RSPA para a implementação do diagnóstico molecular na Região. Quatro países (Argentina, Equador, México, Peru), usando uma ferramenta projetada para avaliar o excesso de mortalidade por todas as causas, estabeleceram capacidades para determinar possíveis impactos adicionais da COVID-19 sobre a mortalidade que não estavam sendo relatados por meio dos sistemas de vigilância normais.

25. Para assegurar a continuidade dos processos de diagnóstico e vigilância laboratorial, reagentes e provisões cruciais para a detecção molecular de arbovírus foram distribuídos a 11 países (Antígua e Barbuda, Barbados, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Granada, Peru, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Venezuela [República Bolivariana da]). Os Estados Membros receberam apoio na vigilância laboratorial dos arbovírus e na melhoria dos algoritmos para incluir os vírus emergentes (como Mayaro, Oropouche e o da encefalite equina). Os diagnósticos molecular e sorológico de arenavírus e hantavírus foram implementados com êxito no Estado Plurinacional da Bolívia.

26. Os Estados Membros melhoraram a capacidade de manejo de casos, investigação de cadeias de transmissão e vigilância de rastreamento de contatos para a COVID-19 e outras doenças emergentes em potencial. Isso foi conseguido graças ao uso, acima de tudo, da inteligência epidemiológica de fontes de livre acesso (EIOS, do inglês *Epidemic Intelligence from Open Sources*), ampliada em toda a Região para apoiar os Estados Membros na vigilância baseada em eventos. Contrapartes em seis países foram capacitadas para usar essa ferramenta (Argentina, Brasil, Dominica, Guatemala, Haiti, Santa Lúcia). No Brasil, o uso da EIOS foi estendido a todas as jurisdições do país. Além disso, um sistema de aviso, alerta e resposta rápidos foi implementado na Dominica, no Haiti (após o terremoto de 14 de agosto de 2021) e em São Vicente e Granadinas (após a erupção do vulcão La Soufrière). A RSPA capacitou 35 países no uso da Go.Data, uma ferramenta de investigação de surtos desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que agora é usada por 17 países e territórios para facilitar a coleta de dados em campo, o rastreamento de contatos e a visualização da cadeia de transmissão. Essas iniciativas ampliaram as capacidades dos países para operacionalizar e adaptar as operações de rastreamento de contatos.

27. Durante o biênio, 348 remessas internacionais totalizando 747 toneladas de estoques estratégicos mantidos no centro logístico da RSPA no Panamá foram entregues a 36 países. A natureza crucial desse mecanismo foi reconfirmada durante a pandemia de COVID-19 e a resposta a emergências simultâneas, situações em que a entrega rápida de medicamentos e provisões de saúde de grande demanda e baixa disponibilidade foi possível

graças à eficiência do estoque estratégico posicionado previamente pela RSPA. O estoque é mantido pela RSPA com o apoio de contribuições voluntárias e doações de parceiros. Além disso, foram estabelecidos centros de reserva para o preposicionamento estratégico de estoques de emergência no Equador e na República Dominicana, e foram estabelecidos ou mantidos acordos de logística com parceiros estratégicos como Direct Relief e DHL.

28. A Rede Interamericana de Assistência Humanitária em Saúde (RIAHS) foi ampliada com os centros de reserva recém-estabelecidos no Equador e na República Dominicana. O centro localizado na República Dominicana foi abastecido com estoques estratégicos preposicionados doados pela Direct Relief, o parceiro de prontidão para emergências da OPAS, enquanto os bens no centro de reserva temporário no Equador (desde então distribuídos inteiramente) foram retirados de recursos próprios da RSPA. A existência de uma reserva na República Dominicana foi um instrumento crucial para a rápida compra e mobilização de produtos de saúde que salvaram vidas humanas em resposta ao terremoto no Haiti em agosto de 2021.

29. Um total de 47 estabelecimentos de saúde mais seguros, ecológicos e “inteligentes” agora está prestando cuidados de saúde em sete países do Caribe (Belize, Dominica, Granada, Guiana, Jamaica, Santa Lúcia e São Vicente e Granadinas). Mais seis estabelecimentos de saúde estão sendo modernizados e foram concluídos os projetos de outros cinco. Vários estabelecimentos de saúde inteligentes reformados foram usadas como clínicas respiratórias ou locais para campanhas de vacinação contra a COVID-19 devido à localização estratégica, maior funcionalidade e capacidade para garantir a cadeia de frio para armazenar as vacinas com segurança (Grand Bay na Dominica, Princess Royal Hospital e Hillsborough Health Centre em Granada, Diamond na Guiana, Vieux Fort em Santa Lúcia, e Port Elizabeth e Chateaubelair em São Vicente e Granadinas). Muitos outros estabelecimentos do projeto foram usados para triagem, isolamento e atendimento de indivíduos com sinais e sintomas da COVID-19, com o posterior encaminhamento a outro centro de saúde ou hospital para um nível de atendimento mais elevado, se necessário.

30. O aumento da capacidade médica para responder a sobrecargas em 23 países foi alcançado por meio da implantação de equipes médicas de emergência (EMEs) e da seleção e operacionalização de locais alternativos de atendimento médico para casos de COVID-19. No total, 100 EME nacionais foram mobilizadas e 129 locais alternativos entraram em operação, oferecendo um total de 6.899 leitos de internação e 1.078 leitos de UTI. Muitas dessas EMEs facilitaram a instalação de locais de vacinação temporária contra a COVID-19 usando estruturas já existentes.

31. Todos os países e territórios das Américas foram impactados pela pandemia de COVID-19, mas todos conseguiram oferecer um pacote essencial de serviços de saúde que salvaram vidas durante 2020 e 2021. Pelo menos 15 países e territórios conseguiram oferecer operações que salvaram vidas em resposta a outras emergências de saúde que tiveram início durante esse biênio ou que já estavam em andamento, como emergências decorrentes de furacões e inundações, o terremoto no Haiti, a erupção do vulcão em São Vicente e a crise na República Bolivariana da Venezuela, entre outros. Nove países

monitoraram ativamente os movimentos migratórios nos pontos de entrada e asseguraram a prontidão para a possibilidade de emergências sanitárias causadas por súbitas migrações em massa (Brasil, Chile, Colômbia, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá e Peru). Os países ampliaram a vigilância epidemiológica da COVID-19, a atenção emergencial à saúde mental, as capacidades de apoio psicossocial e a disponibilidade de serviços de saúde para situações de pico.

32. A Repartição apoiou 19 países e territórios na organização de simulações para identificar lacunas nas capacidades e sistemas nacionais necessários para a preparação e resposta a emergências. Além disso, dois exercícios de simulação voltados especificamente para aspectos epidemiológicos foram realizados no Brasil. Seis análises pós-ação foram apoiadas na Região: uma com múltiplos parceiros relacionada ao Furacão Dorian em janeiro de 2020, uma sobre os furacões Eta e Iota em 2021, uma na Costa Rica referente à resposta à COVID-19 em 2021 e três no Brasil (arenavírus, arbovírus e enchentes).

33. A Repartição elaborou novas ferramentas de preparação para emergências para fortalecer a capacidade dos países para responder a emergências. Entre essas ferramentas, destacam-se o desenvolvimento e/ou a atualização de planos de resposta a emergências e a implementação do Índice de Preparação para Emergências e Desastres (IPED, na sigla em inglês) e a Ferramenta Estratégica para Avaliação de Riscos (STAR, na sigla em inglês), com o objetivo de definir e priorizar os riscos e orientar o planejamento da resposta a emergências em saúde. O Estado Plurinacional da Bolívia, Chile, Equador, Nicarágua, Paraguai e Peru adotaram essas ferramentas durante o biênio 2020-2021.

34. Nenhum caso de cólera foi confirmado em Hispaniola durante o biênio e, assim, não se observa transmissão desde fevereiro de 2019. Isso foi o resultado de esforços conjuntos do Haiti e da cooperação técnica sustentada da RSPA e de outras agências parceiras para tratar as causas fundamentais da cólera, trabalhando para sua eliminação, mediante o aumento da vigilância para detectar e responder a possíveis surtos de cólera, a implementação de iniciativas de diagnóstico rápido e o tratamento dos casos com reidratação e cuidados adequados.

Desafios

35. A resposta à pandemia de COVID-19 representou o maior desafio para a implementação do programa durante o biênio 2020-2021. Exigiu que a RSPA e os Estados Membros repriorizassem quase que inteiramente seus recursos humanos, sociais, estruturais e financeiros durante uma parte significativa do biênio. O foco intenso na resposta à COVID-19 nos países e territórios reduziu a capacidade de absorver a cooperação técnica direcionada a outros patógenos de alto impacto, incluídos outros patógenos respiratórios e emergentes, como os da influenza, febre amarela, arbovírus e febres hemorrágicas virais. As mudanças nas prioridades nacionais, a pressão sobre os serviços de saúde e o número limitado de contrapartes nacionais em relação à escala das necessidades prejudicaram a entrega de produtos e serviços essenciais.

36. Alguns países criaram estruturas paralelas de resposta e controle da COVID-19 fora dos mecanismos estabelecidos de gestão de emergências de saúde e desastres. Ao criar dois canais para gerir emergências de saúde, surgiram sobreposições e ineficiências dentro dos ministérios da saúde, uma vez que unidades de gestão de desastres já existentes dentro desses ministérios não foram incluídas no planejamento e resposta à COVID-19.

37. Durante a pandemia, tornou-se evidente que os Estados Membros precisavam aumentar os investimentos em sistemas de vigilância mais robustos, capazes de detectar rapidamente eventos de saúde até o nível subnacional, a fim de produzir informações oportunas para a ação. Apesar dos esforços, o registro de dados nas plataformas nacionais da COVID-19 continua a enfrentar desafios, tais como a capacidade de detectar casos no primeiro nível da atenção, a disponibilidade de ferramentas de registro e fichas adaptadas a cada país para capturar informações e conhecimento da estratégia de vigilância da COVID-19. Entretanto, é feita uma gestão contínua dos dados da lista de casos de COVID-19 da Região, com dados nominais apresentados por 38 países, territórios e áreas.

38. A natureza extraordinária da pandemia exigiu que a RSPA aumentasse rapidamente suas capacidades de tecnologia da informação para elaborar e implementar novas ferramentas para apoiar a cooperação técnica. A Repartição continuará a reforçar essas áreas de conhecimento para melhor responder a emergências de saúde atuais e futuras, reconhecendo a necessidade de aumentar os investimentos em capacidade interna de armazenamento e em software especializado e colaborativo para a gestão e análise de dados.

Construção de um sistema de atenção à saúde mais bem preparado para emergências de saúde nas Bahamas



Vacinas contra a COVID-19 recebidas por meio do mecanismo COVAX.

Crédito fotográfico: Ministério da Saúde e Bem-estar das Bahamas.

As Bahamas contam com um sistema de saúde que visa oferecer acesso equitativo a atenção à saúde de qualidade a aproximadamente 389 mil pessoas. Contudo, a fragmentação da prestação de serviços constitui um desafio. Os recentes desastres naturais e a pandemia de COVID-19 pressionaram a capacidade do sistema de saúde, expondo deficiências estruturais e sistêmicas de longa data. A OPAS prestou cooperação técnica para aumentar a resiliência e detectar e responder rapidamente a futuras emergências de saúde, com foco em cinco áreas principais:

- Reforçar as normas e diretrizes técnicas e de política em áreas como manejo clínico; prevenção e controle de infecções; vigilância de doenças; manejo de casos e contatos; saúde mental e apoio psicossocial; implementação de medidas de saúde pública para viagens, locais de trabalho e escolas e apoio social a grupos vulneráveis.
- Reforçar a vigilância e a gestão de dados para a COVID-19, incluída a vigilância epidemiológica, o rastreamento de contatos, o isolamento de casos, a quarentena de contatos e a classificação de mortes decorrentes da COVID-19. Reforçar o Centro Operacional de Emergência do Ministério da Saúde e Bem-estar e a distribuição de vacinas.
- Ampliar a capacidade clínica e hospitalar para enfrentar sobrecargas e ampliar os serviços de terapia intensiva.
- Apoiar o Ministério da Saúde e Bem-estar na mobilização de recursos de outras agências das Nações Unidas, missões estrangeiras, setor público e sociedade civil para a resposta à COVID-19.
- Possibilitar a comunicação de riscos e a orientação sobre saúde mental, cibersegurança para crianças, prevenção da violência de gênero e do abuso de substâncias, puericultura durante a COVID-19 e dicas para o isolamento. Isso passa pela elaboração de produtos de comunicação em crioulo haitiano para uso com a comunidade migrante haitiana por meio da colaboração com outras agências da ONU.

Ao superar múltiplos desafios, entre eles a falta de recursos humanos, a escassez de recursos financeiros e a necessidade de realizar multitarefas, as Bahamas melhoraram consideravelmente suas capacidades em aspectos-chave do sistema de saúde para detectar e responder rapidamente a emergências de saúde futuras de forma sustentável. É provável que a maior capacidade de resposta do governo já tenha previnido milhares de infecções e mortes pela COVID-19. Ainda é necessário fortalecer-se em algumas áreas-chave, como a unidade de vigilância do Ministério da Saúde e Bem-estar com mais recursos humanos capacitados e mais apoio à gestão e análise de dados para sustentar o progresso obtido durante os últimos dois anos. Ao construir um sistema de saúde mais resistente, as Bahamas agora estão muito mais bem equipadas para detectar e responder a desastres naturais e surtos de doenças no futuro, o que deve salvar milhares de vidas.

Derrubar mitos sobre as vacinas contra a COVID-19 na Costa Rica



Líder de uma comunidade indígena onde foi realizada uma das oficinas.

Crédito fotográfico: Representação da OPAS/OMS na Costa Rica.

Quando a Costa Rica começou a adquirir vacinas contra a COVID-19 por meio do Mecanismo COVAX e de acordos bilaterais, informações abundantes, algumas equivocadas, alimentaram a incerteza, o ceticismo e a desconfiança, fazendo com que alguns costa-rienses rejeitassem vacinas seguras e eficazes contra a COVID-19. Para empoderar as pessoas para que façam escolhas fundamentadas em evidências, a OPAS lançou uma iniciativa de comunicação na Costa Rica para derrubar mitos sobre as vacinas contra a COVID-19. Foram veiculadas mensagens no rádio e televisão, em eventos presenciais e em plataformas virtuais, resultando em 29 oficinas virtuais em 2021, com 673 participantes e 7.794 visualizações de *lives* no Facebook.

A iniciativa foi bem recebida pelos membros da comunidade, e a OPAS recebeu muitos pedidos de participantes locais, regionais e nacionais para replicar as oficinas. Isso levou a um aumento na cobertura vacinal, sobretudo nos segmentos da população visados pela iniciativa. Os seguintes enfoques foram implementados:

- **Envolver diversas partes interessadas.** Novas parcerias foram estabelecidas nos níveis nacional e subnacional para estender o alcance da campanha. Além dos parceiros tradicionais, como o Ministério da Saúde e o Fundo de Seguridade Social da Costa Rica, novas parcerias foram estabelecidas com entidades como o Ministério da Justiça, o Ministério das Comunicações, a Comissão Nacional de Emergências e a Aliança Patriótica Nacional para a Vacinação contra a COVID-19, liderada pela Igreja Católica.

- **Alcançar as comunidades indígenas.** A OPAS colaborou com associações indígenas para adaptar as mensagens de maneira que pudessem ressoar. Dois programas de rádio e 37 oficinas presenciais foram montados em 11 comunidades indígenas.

- **Superar as barreiras ao acesso das pessoas com deficiências.** Juntamente com o Conselho Nacional de Pessoas com Deficiência, foram elaborados materiais multimídia em linguagem de sinais e foram organizadas oficinas com 31 pessoas com deficiência intelectual e cuidadores.
- **Capacitar profissionais de saúde.** Para enfrentar as baixas taxas de vacinação entre as gestantes, a OPAS montou um curso voltado para a gravidez e a lactação e o incorporou a um curso de educação continuada on-line no Hospital México. O curso foi ministrado a 150 enfermeiras obstétricas em todo o país.

O enfoque da OPAS foi exitoso porque reconheceu que os mitos e a desinformação sobre a COVID-19 atravessavam todos os segmentos da população. Foi adotado um enfoque colaborativo e participativo para abordá-los e levar informações vitais a mais pessoas.

Envolver interessados da comunidade para responder às ameaças à saúde pública no Equador



Crianças de uma comunidade indígena Shuar recebem o livro de histórias “Meu Herói é Você”, adaptado e traduzido para o idioma Shuar como “Naatka Muruitme”. O livro, elaborado por um comitê permanente interinstitucional, tem como objetivo ajudar as crianças a lidar com os efeitos da COVID-19.

Crédito fotográfico: Representação da OPAS/OMS no Equador.

equipar comunidades e agentes de saúde para prevenir, detectar e tratar a COVID-19 e fortalecer a resistência e prontidão das comunidades para enfrentar futuras emergências de saúde pública.

A OPAS e as organizações da sociedade civil implementaram as seguintes ações:

- **Fortaleceram as capacidades das mulheres indígenas da Amazônia para se tornarem agentes de mudança** que poderiam conseguir a participação de suas comunidades contra a COVID-19 e futuras emergências. Era importante incorporar seus conhecimentos devido a sua função como guardiãs dos valores culturais e ancestrais em suas comunidades.
- **Apoiaram oficinas comunitárias, com a presença de líderes indígenas**, sobre a gestão de riscos e o uso das diretrizes da OPAS. A inclusão dos líderes indígenas assegurou a integração de seus conhecimentos ancestrais e sua participação e inclusão efetiva nos planos de resposta e recuperação.
- **Trabalharam com organizações que já tinham uma presença nas comunidades**, bem como um bom relacionamento com a OPAS. Isso estimulou as comunidades a aceitar a implementação das ações.
- **Apoiaram a elaboração e a ampla divulgação de informações** para abordar a desinformação e a hesitação com respeito às vacinas. As mensagens foram adaptadas para serem culturalmente adequadas a mais de 200 comunidades indígenas.
- **Apoiaram a melhoria da higiene e a continuidade dos serviços essenciais de saúde.** Uma série de oficinas foi organizada para ampliar as capacidades das comunidades locais, com a capacitação de 223 agentes de saúde comunitários indígenas na Região amazônica. Foram distribuídos 400 kits de parto para apoiar a capacitação em partos seguros e, assim, evitar mortes maternas e neonatais. A conscientização sobre a COVID-19 e a promoção da saúde foram apoiadas por meio de cursos sobre a produção artesanal de sabonetes, permitindo que 20 mulheres locais se tornassem agentes de mudança em termos de higiene e, ao mesmo tempo, gerassem uma fonte de renda sustentável.
- **Ofereceram oficinas com inclusão de gênero.** Pela primeira vez, foi oferecida orientação apenas a homens indígenas sobre formas de pôr fim ao ciclo de violência e lidar melhor com a violência de gênero.

Em conjunto, essas ações se concentraram em melhorar o acesso à informação, prestar apoio contínuo aos serviços essenciais de saúde e promover a participação inclusiva na comunidade. A expectativa é que aumentem a aceitação das vacinas, entre elas as vacinas contra a COVID-19, entre as comunidades indígenas, e apoiem outras intervenções de saúde pública. No longo prazo, se prevê que as intervenções ajudem a construir comunidades mais resilientes e fortaleçam os sistemas de saúde visando uma melhor preparação e resposta a emergências de saúde. A iniciativa mostra a necessidade de um envolvimento comunitário sistemático, trabalhando com organizações da sociedade civil e líderes locais confiáveis para facilitar a prestação de serviços de qualidade às comunidades.

O Equador é um país multiétnico, com grande diversidade cultural e aldeias indígenas distribuídas por diversas áreas geográficas. Em muitos casos, as comunidades indígenas estão em locais remotos e o acesso aos serviços de saúde é limitado, deixando a população em alto risco devido à COVID-19 e outras ameaças à saúde pública.

Para mitigar o impacto da pandemia nessas comunidades, a OPAS se envolveu com duas organizações da sociedade civil locais, a Fundação Pachamama e a Confederação de Nações Indígenas da Amazônia Equatoriana. Essas organizações receberam apoio para ampliar seus programas de assistência comunitária por meio de intervenções planejadas conjuntamente. A OPAS prestou cooperação técnica como parte de uma iniciativa mundial com apoio financeiro do Fundo de Resposta Solidária à COVID-19, que visava capacitar e

equistar comunidades e agentes de saúde para prevenir, detectar e tratar a COVID-19 e fortalecer a resistência e prontidão das comunidades para enfrentar futuras emergências de saúde pública.

A OPAS e as organizações da sociedade civil implementaram as seguintes ações:

- **Fortaleceram as capacidades das mulheres indígenas da Amazônia para se tornarem agentes de mudança** que poderiam conseguir a participação de suas comunidades contra a COVID-19 e futuras emergências. Era importante incorporar seus conhecimentos devido a sua função como guardiãs dos valores culturais e ancestrais em suas comunidades.
- **Apoiaram oficinas comunitárias, com a presença de líderes indígenas**, sobre a gestão de riscos e o uso das diretrizes da OPAS. A inclusão dos líderes indígenas assegurou a integração de seus conhecimentos ancestrais e sua participação e inclusão efetiva nos planos de resposta e recuperação.
- **Trabalharam com organizações que já tinham uma presença nas comunidades**, bem como um bom relacionamento com a OPAS. Isso estimulou as comunidades a aceitar a implementação das ações.
- **Apoiaram a elaboração e a ampla divulgação de informações** para abordar a desinformação e a hesitação com respeito às vacinas. As mensagens foram adaptadas para serem culturalmente adequadas a mais de 200 comunidades indígenas.
- **Apoiaram a melhoria da higiene e a continuidade dos serviços essenciais de saúde.** Uma série de oficinas foi organizada para ampliar as capacidades das comunidades locais, com a capacitação de 223 agentes de saúde comunitários indígenas na Região amazônica. Foram distribuídos 400 kits de parto para apoiar a capacitação em partos seguros e, assim, evitar mortes maternas e neonatais. A conscientização sobre a COVID-19 e a promoção da saúde foram apoiadas por meio de cursos sobre a produção artesanal de sabonetes, permitindo que 20 mulheres locais se tornassem agentes de mudança em termos de higiene e, ao mesmo tempo, gerassem uma fonte de renda sustentável.
- **Ofereceram oficinas com inclusão de gênero.** Pela primeira vez, foi oferecida orientação apenas a homens indígenas sobre formas de pôr fim ao ciclo de violência e lidar melhor com a violência de gênero.

Em conjunto, essas ações se concentraram em melhorar o acesso à informação, prestar apoio contínuo aos serviços essenciais de saúde e promover a participação inclusiva na comunidade. A expectativa é que aumentem a aceitação das vacinas, entre elas as vacinas contra a COVID-19, entre as comunidades indígenas, e apoiem outras intervenções de saúde pública. No longo prazo, se prevê que as intervenções ajudem a construir comunidades mais resilientes e fortaleçam os sistemas de saúde visando uma melhor preparação e resposta a emergências de saúde. A iniciativa mostra a necessidade de um envolvimento comunitário sistemático, trabalhando com organizações da sociedade civil e líderes locais confiáveis para facilitar a prestação de serviços de qualidade às comunidades.

Lançamento de uma resposta rápida e abrangente após o terremoto para apoiar a recuperação da saúde no Haiti



Um ponto de encontro para pessoas desabrigadas pelo terremoto na comuna de Corail, departamento de Grand'Anse.

Crédito fotográfico: Representação da OPAS/OMS no Haiti.

Em 14 de agosto de 2021, um terremoto de magnitude 7,2 atingiu a península sul do Haiti, matando mais de 2 mil pessoas e ferindo mais de 12 mil. No total, 600 mil pessoas precisaram de assistência humanitária imediata, 150 mil lares foram destruídos e mais de 80 hospitais e centros de saúde sofreram danos.

A OPAS prestou apoio eficaz ao Haiti na resposta ao terremoto, tanto na fase de emergência como na recuperação imediata. Equipes multidisciplinares de resposta em campo continuaram o trabalho para manter e restabelecer os serviços essenciais de saúde três meses após o terremoto e, assim, facilitar a transição da resposta imediata para os esforços de recuperação. As áreas de foco foram as seguintes:

- **Entrega de provisões de emergência.** Durante a fase de emergência da resposta, mais de 80 toneladas de produtos e equipamentos médicos no valor de \$1,2 milhão foram recebidas e despachadas para as áreas afetadas, beneficiando mais de 70 estabelecimentos de saúde.
- **Avaliação dos danos.** A OPAS ajudou o Ministério da Saúde Pública e População (MSPP) a **avaliar** rapidamente os danos estruturais, hídricos e sanitários à infraestrutura de saúde nos três departamentos afetados pelo terremoto. Essas informações foram fundamentais para a avaliação das necessidades após o desastre e para o plano nacional de recuperação. A OPAS apoiou diretamente a reabilitação de sete estabelecimentos de saúde para facilitar a continuidade dos serviços essenciais.
- **Coordenação.** A OPAS apoiou o MSPP e a Diretoria-Geral de Proteção Civil organizando e facilitando reuniões semanais de coordenação da resposta sanitária. A OPAS também coordenou o **envio** de 18 equipes médicas de emergência de outros países, o atendimento de mais de 30 mil pessoas nos três departamentos afetados e o estabelecimento de equipes multidisciplinares de resposta local nas direções de saúde em cada um dos três departamentos. Essas equipes foram fundamentais para restabelecer os serviços essenciais de saúde, incluída a saúde materna e infantil, a saúde mental e a vacinação.
- **Um sistema de alerta para a detecção de surtos.** A OPAS apoiou o MSPP no estabelecimento do primeiro sistema de aviso, alerta e resposta no Haiti. Esse apoio abrangeu capacitação, entrega de dispositivos móveis de coleta de dados e acesso à Internet em 37 pontos de encontro e mobilização de enfermeiras para ajudar na triagem, coleta de amostras e teste de doenças infecciosas específicas, incluída a COVID-19. Mais de 2.800 pessoas passaram por testes de COVID-19 e doenças diarreicas, e mais de 100 alertas foram investigados.
- **Desenvolver a capacidade para prestar apoio à saúde mental e aos serviços de saúde prioritários no primeiro nível da atenção.** A OPAS prestou apoio técnico para estabelecer unidades de coordenação de saúde mental que organizaram clínicas móveis integradas para oferecer apoio psicológico imediato. Foi organizada a capacitação em primeiros socorros psicológicos de instrutores; 41 instrutores em quatro departamentos da Região Grande Sul do Haiti foram capacitados e 610 agentes comunitários de saúde receberam cursos de atualização em primeiros socorros psicológicos e nos outros programas prioritários do MSPP.

A OPAS apoiou uma rápida avaliação das necessidades, a coordenação dos parceiros do setor de saúde e a rápida mobilização de recursos humanos, financeiros e materiais, melhorando os resultados em termos de saúde física e mental de milhares de haitianos afetados. O impacto no longo prazo ainda precisa ser determinado, mas as muitas lições já extraídas da resposta ao terremoto devem fortalecer a preparação e a capacidade de resposta a múltiplos perigos no Haiti.

Resposta rápida a uma erupção vulcânica em meio a uma pandemia em São Vicente e Granadinas

Em 8 de abril de 2021, a atividade vulcânica do vulcão La Soufrière, na ilha principal de São Vicente e Granadinas, aumentou rapidamente. Uma ordem de evacuação no mesmo dia foi emitida pelo primeiro-ministro e o vulcão entrou em erupção no dia seguinte. Cinzas e gás impactaram os serviços básicos (água, transportes e comunicações), e muitos estabelecimentos de saúde foram evacuados. Houve um aumento na demanda por serviços de saúde nos demais estabelecimentos em operação, que já estavam enfrentando dificuldades devido ao alto número de casos de COVID-19. Um quinto da população da ilha foi afetada e deslocada pelo evento.



Vista de Kingstown, São Vicente, um dia após a erupção do vulcão La Soufrière em 9 de abril de 2021.

Crédito fotográfico: Alex Williams, consultor da OPAS

A OPAS prestou apoio abrangente, rápido e eficaz ao governo para ampliar o acesso e dar continuidade aos serviços de saúde na resposta, nas fases tanto de emergência como de recuperação. Esse apoio ajudou a melhorar os desfechos de saúde física e mental de milhares de pessoas afetadas pelo desastre natural. A cooperação concentrou-se na melhoria do acesso aos serviços de saúde integrados e nos esforços de longo prazo para fortalecer o sistema de saúde por meio das seguintes ações:

- **Mobilizar profissionais de saúde pública.** A OPAS mobilizou especialistas em água, saneamento e higiene, coordenação e logística de emergências sanitárias e avaliação de danos e necessidades.
- **Entregar provisões de emergência e fortalecer a cadeia de suprimento.** A OPAS prestou apoio para ter acesso inicial a 24 mil doses de vacinas contra a COVID-19 por meio do mecanismo COVAX, com a entrega de mais doses providenciadas para o fim do ano, no âmbito do mecanismo de assistência da Reserva Humanitária do COVAX. O Fundo Estratégico da OPAS também adquiriu e entregou provisões e equipamentos essenciais.
- **Garantir a segurança da infraestrutura vital para a saúde.** A OPAS ofereceu especialistas em água, saneamento e higiene, além de apoio financeiro, para a avaliação e melhoria de 20 estabelecimentos de saúde. Foi prestado apoio técnico para a vigilância sindrômica da COVID-19 e de outras doenças por meio da capacitação de 35 equipes de vigilância sanitária em sistemas de aviso, alerta e resposta. A OPAS também adquiriu inseticidas (e respectivo equipamento de aplicação) e raticidas para controlar e prevenir surtos de doenças transmitidas por vetores.
- **Oferecer atendimento para doenças não transmissíveis (DNTs) e a saúde mental.** A OPAS transportou nutricionistas para atender pessoas com DNTs em abrigos, forneceu medicamentos e material de diagnóstico, e capacitou mais de 40 profissionais de saúde para auxiliar no tratamento de diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares numa população de 10 mil pessoas durante três meses. A OPAS avaliou a capacidade da atenção à saúde mental e apoio psicossocial, formou um grupo de trabalho técnico nessa área para abordar as lacunas identificadas, e capacitou três gerentes superiores de saúde clínica em coordenação da atenção à saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias, possibilitando o atendimento desse tipo em 86 abrigos. A OPAS também ofereceu um curso on-line de atenção à saúde mental e apoio psicossocial e primeiros socorros psicológicos a trabalhadores na linha de frente, com 568 participantes de 22 países.
- **Comunicar-se com o público.** A OPAS formulou mensagens, elaborou material de comunicação, contratou um cinegrafista e imprimiu e distribuiu material ao público por meio das redes sociais (junto com o UNICEF) e por meio de anúncios de utilidade pública (junto com o Ministério da Saúde). O objetivo era ampliar a aceitação de vacinas e orientar sobre higiene e saneamento, a exposição a cinzas vulcânicas, saúde mental e alimentação saudável.

A forte coordenação foi vital para o êxito da resposta. A OPAS trabalhou em estreita colaboração com autoridades nacionais e locais, bem como com entidades de resposta a emergências como o Ministério da Saúde e o Escritório Nacional de Gestão de Emergências, entidades da ONU e outros parceiros da saúde e organizações internacionais.¹²

¹² Mais informações sobre a resposta da OPAS à erupção do vulcão La Soufrière podem ser encontradas em <https://youtu.be/HH-8EIpqhU8>.

Sistemas e serviços de saúde

Resultados intermediários 1 e 7 a 11

Acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade	Força de trabalho em saúde	Acesso a tecnologias em saúde
Fortalecimento da gestão e governança	Aumento do financiamento público para a saúde	Fortalecimento da proteção financeira

Realizações

39. Os países reorganizaram e ampliaram a prestação de serviços para responder às necessidades dos casos de COVID-19, incluída a terapia intensiva, sem deixar de manter os serviços essenciais, como o diagnóstico e tratamento de câncer, problemas de saúde mental e doenças não transmissíveis, além das imunizações e serviços de saúde sexual e reprodutiva, entre outros. O aumento substancial da capacidade hospitalar e de terapia intensiva num curto período foi uma conquista significativa na maioria dos países da Região. Um estudo feito em quatro países relatou um aumento sustentado que variou de 117% a 318% no número de unidades de terapia intensiva (UTIs) entre março de 2020 e janeiro de 2022. Apesar de muitos países terem atingido um ponto de ruptura na taxa de ocupação hospitalar, muito mais mortes teriam ocorrido sem esses esforços sustentados.

40. A maioria dos países adotou mudanças estratégicas nas plataformas de atendimento e nos serviços de saúde pública para evitar o colapso dos sistemas de saúde.

- a) Dezenove países formularam planos para a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19, e cinco planejam aumentar a resiliência e prontidão dos serviços de saúde a longo prazo.
- b) Dez países estão planejando formular um plano de recuperação, e 10 países alocaram mais recursos para a recuperação do sistema de saúde e a resiliência e preparação dos serviços de saúde no longo prazo.
- c) Nove países informaram ter feito investimentos para ampliar o acesso a medicamentos, provisões e outros produtos de saúde, bem como para fortalecer as capacidades dos profissionais de saúde.
- d) Oito países relataram ter feito investimentos em tecnologia digital de saúde, gestão da infodemia e novos estabelecimentos de saúde.
- e) Embora o tenham feito de forma desigual, todos os países evidaram esforços significativos para fortalecer as capacidades do primeiro nível da atenção com respeito à gestão de pacientes internados, diagnóstico, fornecimento de equipamentos de proteção individual e vacinação. Foram feitos investimentos em telemedicina e assistência domiciliar, na contratação de mais pessoal e em outras

medidas para ampliar a capacidade de compra de produtos essenciais, implementar estratégias de comunicação com o público e incorporar os serviços de saúde do setor privado para prestar serviços essenciais com financiamento público.

41. Alguns países, como a Guatemala, o México e o Paraguai, avançaram na reforma dos modelos de atendimento. Outros reativaram iniciativas nacionais para melhorar a qualidade da prestação de serviços de saúde, como a Argentina, a Costa Rica, o Equador e o Peru. O Paraguai e o Peru também implementaram intervenções para melhorar o acesso de populações em condições de vulnerabilidade a serviços essenciais de saúde, como a assistência à maternidade.

42. Os países do Compromisso Antecipado de Mercado (AMC, na sigla em inglês) do COVAX (Bolívia [Estado Plurinacional da], Dominica, El Salvador, Granada, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Santa Lúcia e São Vicente e Granadinas) receberam apoio para o desenvolvimento de subvenções do fundo de apoio ao fornecimento de vacinas contra a COVID-19 (CDS, na sigla em inglês) com a Aliança Gavi e o UNICEF. O objetivo desse novo pacote de recursos é assegurar a rapidez e o sucesso da distribuição das vacinas contra a COVID-19, da assistência técnica e do fortalecimento dos sistemas de saúde nos países.

43. O Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS foi adaptado rapidamente para a virtualização do trabalho de emergência da OPAS e a prestação de cooperação técnica estratégica. Mais de 30 cursos relacionados à COVID-19 foram ministrados a 1 milhão de profissionais de saúde nas Américas, e o Campus Virtual incorporou, em média, 40 mil novos profissionais de saúde por mês nos últimos dois anos. Esse esforço foi crucial para a distribuição rápida de vacinas como parte da resposta à COVID-19.

44. Dois importantes relatórios mundiais foram publicados com a participação proeminente dos Estados Membros da OPAS. *The State of the World's Nursing 2020* e *The State of the World's Midwifery 2021* apresentam as mais recentes evidências sobre as opções de políticas para a força de trabalho mundial em enfermagem e obstetrícia e defendem de maneira convincente um investimento substancial, porém viável, em educação, empregos e liderança na área de enfermagem.

45. Um estudo sub-regional investigou preocupações, posturas e práticas pretendidas com respeito às vacinas contra a COVID-19 entre 1.200 médicos, profissionais de enfermagem e outros profissionais do setor de saúde de 14 países do Caribe. O estudo foi publicado pela OPAS e seus resultados foram compartilhados em diversos fóruns e chegaram a chefes de Estado, ministros da saúde, diretores médicos e conselhos regionais de enfermagem. Os resultados apoiaram estratégias de comunicação e formulação de políticas, entre elas um resumo de políticas que abordou a hesitação quanto às vacinas contra a COVID-19 entre os trabalhadores do setor de saúde no Caribe. Esse resumo foi aprovado pelos ministérios da saúde e pela CARICOM, juntamente com outro resumo de políticas sobre o fortalecimento dos recursos humanos para que a saúde responda à COVID-19 e a outras pandemias emergentes no Caribe. A Força-Tarefa de Recursos Humanos para a Ação em Saúde no Caribe, lançada em abril de 2021, foi estendida para 15 países e dois territórios.

46. Na América Central, os sistemas de informação de recursos humanos foram essenciais durante a pandemia de COVID-19, com a Guatemala, Honduras, o Panamá e a República Dominicana tendo obtido avanços no desenvolvimento e melhoria de seus sistemas.

47. A Repartição possibilitou uma ampliação do acesso a provisões essenciais de saúde para a COVID-19 por meio do trabalho de defesa, coordenação e negociação no âmbito dos mecanismos mundiais, como o consórcio global de provisões para a COVID-19 e o Acelerador do Acesso às Ferramentas contra a COVID-19 (ACT A), cujos três pilares compreendem vacinas, diagnósticos e terapias. A OPAS estava representada formalmente no consórcio de fornecimento e em cada pilar do ACT A.

48. Em colaboração e coordenação com a OMS, a OPAS selecionou os fabricantes Bio-Manguinhos/Fiocruz (Brasil) e Sinergium Biotech (Argentina) para o desenvolvimento das vacinas de mRNA contra a COVID-19. Estão trabalhando com a Afrigen Biologics and Vaccines na África do Sul para receber capacitação na tecnologia de vacinas de mRNA, com o apoio da OMS, do Medicines Patent Pool (MPP) e da OPAS. Fabricantes de sete países da Região manifestaram interesse em produzir reagentes e provisões para vacinas de mRNA, e estas propostas estão sendo avaliadas atualmente pela OPAS, OMS e MPP.

49. O Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública da OPAS (Fundo Estratégico) adquiriu mais de \$550 milhões em medicamentos e provisões de saúde pública em nome de 31 entidades participantes, beneficiando mais de 70 milhões de pessoas. Isso representou um aumento de aproximadamente quatro vezes no uso do Fundo em comparação com o biênio 2018-2019. O Fundo Estratégico ajudou a mitigar grandes quebras nas cadeias de suprimento da saúde ao conseguir comprar mais de \$290 milhões em testes diagnósticos da COVID-19, equipamentos de proteção individual e medicamentos de uso crítico em UTI para 17 países da Região, somando mais de 38 milhões de habitantes. Além disso, no biênio 2020-2021 houve um progresso crucial na promoção de outras prioridades estratégicas, como a celebração de acordos de longo prazo para 15 medicamentos anti-hipertensivos e a incorporação do primeiro produto bioterapêutico similar para o tratamento do câncer de mama.

50. O Sistema Regulador do Caribe (CRS, na sigla em inglês) emitiu 145 recomendações de produtos para seus Estados Membros, incluindo nove vacinas contra a COVID-19 e seu primeiro medicamento órfão para uma doença rara. A análise das vacinas contra a COVID-19 pelo CRS foi fundamental para apoiar as decisões reguladoras e permitiu que as autoridades nacionais tomassem decisões sobre compras e sobre o recebimento de doações intermediadas pela Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA) e pela Comunidade do Caribe. Um mecanismo regulador centro-americano foi criado para examinar dossiês de novos medicamentos, com a participação da Costa Rica, Guatemala, Honduras e Panamá. Esse mecanismo está sendo usado para intercâmbio de informações sobre regulação durante a pandemia de COVID-19, sobretudo no que diz respeito a vacinas.

51. Dez instituições em oito países melhoraram as capacidades para uma estimativa precisa da demanda por antirretrovirais (ARV) com base na morbidade e usando a nova plataforma da OPAS chamada QUANTMET (Bolívia [Estado Plurinacional da], Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Paraguai). Isso gerou uma importante economia de recursos nas compras. Além disso, sete países usaram a QUANTMET para fortalecer as cadeias nacionais de abastecimento de ARV e promover a sustentabilidade (Bolívia [Estado Plurinacional da], Equador, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Venezuela [República Bolivariana da]).

52. Trinta e dois países tinham planos nacionais de preparação e resposta à COVID-19 em vigor, enquanto muitos melhoraram suas pesquisas e a vigilância epidemiológica. A pandemia despertou a consciência para a importância da pesquisa e de dispor de relatórios abrangentes sobre as condições de acesso e cobertura. Os países também reforçaram as capacidades para a vigilância epidemiológica da COVID-19, com repercussões positivas sobre as capacidades nacionais. Muitos também implementaram inovações na prestação de serviços de saúde individuais e para a população, usando tecnologias e melhorias no planejamento e distribuição de recursos humanos. Dos 17 países da Região que responderam à pesquisa nacional pontual sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia, feita no quarto trimestre de 2021, 57% relataram a alocação de mais financiamento do governo com o objetivo de garantir os serviços essenciais de saúde.

53. A Repartição apoiou os países na implementação de intervenções e medidas para promover e proteger a saúde e o bem-estar das populações migrantes. Em 2021, o Panamá aprovou uma norma técnica sobre a atenção à saúde mental para migrantes e refugiados. O Peru estabeleceu mecanismos para o atendimento de migrantes por meio de seu regime de Seguro de Saúde Integral no contexto da pandemia. Já a Guatemala formulou diretrizes para o atendimento e proteção de crianças e adolescentes não acompanhados que retornam à Guatemala no contexto da pandemia, e o Instituto Guatemalteco de Migração começou a formular uma política com o apoio do setor de saúde. Honduras, por sua vez, elaborou um guia para a atenção à saúde dos migrantes, e o Brasil lançou um plano de saúde mental e apoio psicossocial para migrantes, refugiados, solicitantes de refúgio e apátridas no contexto da pandemia.

54. Foi prestado apoio direto a vários países para a implementação de orientações éticas. Esses países fortaleceram ainda mais as capacidades éticas para a saúde pública em temas fundamentais, como a avaliação da ética da vacinação obrigatória contra a COVID-19 (Panamá) e a vigilância da vacina contra a COVID-19 (Peru). Os Estados Membros também estão fortalecendo suas capacidades éticas com orientações e ferramentas incorporadas a outras áreas da cooperação técnica da RSPA (por exemplo, imunização, doenças transmitidas por vetores, resposta a emergências). Estão sendo envidados esforços para abordar a ética com base num enfoque de saúde pública mais sistemático.

55. Os países deram continuidade aos esforços para fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde, aumentando o investimento na saúde em melhorias sustentadas rumo à saúde universal com equidade e eficiência. Vários países estão chegando perto ou ultrapassando o limiar recomendado de 6% do produto interno bruto (PIB) em gastos públicos com saúde.

56. Durante o biênio 2020-2021, recursos adicionais significativos foram reunidos a partir de diversas fontes para assegurar uma melhor provisão de serviços essenciais de saúde, a ampliação dos testes, a vigilância genômica, o aumento da cobertura da vacinação e o apoio à continuidade dos serviços essenciais de saúde. Destacam-se as fontes externas — empréstimos e subvenções por intermédio de instituições financeiras internacionais (IFIs) e doadores — e a emissão de dívida externa (títulos), bem como fundos para contingências e realocações, quando possível. Foi prestado apoio aos países para elaborar pedidos de subvenções especificamente relacionados à COVID-19, bem como para reprogramar empréstimos e subvenções existentes para redirecionar os recursos necessários para fazer face à COVID-19. IFIs — a saber, o Banco Mundial, o Banco de Desenvolvimento da América Latina (CAF), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Centro-American de Integração Econômica (BCIE) e o Banco de Desenvolvimento do Caribe (BDC) —, juntamente com doadores, continuaram a apoiar os esforços para enfrentar o impacto relacionado à COVID-19. No fim de 2021, 32 países haviam recebido financiamento externo aprovado para a saúde (tanto para gastos relacionados à COVID-19 como para outras áreas) de IFIs e doadores, perfazendo um compromisso estimado em quase \$7 bilhões. Desse total, o montante de empréstimos e subvenções adicionais aprovados (negociados pelos Estados Membros para fins relacionados à COVID-19, por intermédio, entre outros, do Compromisso Antecipado de Mercado do Mecanismo COVAX e do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária) chegou a quase \$5,0 bilhões. Quase 47% (\$2,4 bilhões) desses recursos foram usados para reforçar os programas de vacinação contra a COVID-19 e trabalhar com parceiros e o setor privado para abordar questões da cadeia de suprimento e entrega. O restante foi direcionado principalmente para reforçar a prestação de serviços relacionados à COVID-19, testagem, vigilância da doença e infraestrutura e equipamentos para a resposta à COVID-19.

57. O Panamá iniciou um processo de institucionalização das contas da saúde, e a Costa Rica continuou a melhorar e expandir esse processo em termos de amplitude e profundidade. A Costa Rica elaborou o primeiro relatório da Região sobre os gastos relacionados à COVID-19 de forma padronizada, usando a metodologia do Sistema de Contas de Saúde (2011) da OPAS (*PAHO System of Health Accounts 2011 – SHA 2011*). Isso desencadeou uma colaboração mais forte entre o Fundo de Seguridade Social da Costa Rica e o Ministério da Saúde, bem como intervenções de cooperação Sul-Sul com o Panamá.

Desafios

58. A necessidade primordial é manter e adaptar a capacidade dos serviços de saúde para responder à situação epidemiológica local e, ao mesmo tempo, assegurar o acesso a serviços de saúde essenciais de alta qualidade. Isso implica passar de uma reorganização reativa dos serviços de saúde para um modelo mais planejado e sustentável. Um desafio constante é a coordenação e integração das diversas partes interessadas — primeiro nível da atenção e hospitais, equipes médicas de emergência e locais alternativos de atendimento médico, incluídos os provedores públicos e privados — para manter o acesso a serviços de

saúde de qualidade. As dificuldades refletem a falta de uma gestão e governança robustas por parte da autoridade de saúde e a fraca coordenação intersetorial.

59. A ênfase na ampliação da capacidade clínica sem abordar completamente a qualidade e a segurança do atendimento afetou negativamente os pacientes e trabalhadores da saúde na maioria dos países. Da mesma forma, as intervenções concretas de prevenção e promoção da saúde foram subordinadas aos esforços para ampliar a capacidade de cuidar do crescente número de pacientes.

60. Apesar das demandas, foram tomadas decisões sólidas para manter com segurança os serviços de saúde essenciais e evitar impactos em cascata decorrentes de interrupções nos serviços de saúde. Isso exigiu adaptar políticas e regulamentos, bem como a prestação de serviços: o uso da telemedicina, a adoção de protocolos de segurança, o agendamento mais rigoroso e a modificação das condutas clínicas. Além disso, a composição das equipes de resposta à COVID-19 foi reforçada pela mobilização de trabalhadores baseados na comunidade, a otimização das funções e o envolvimento de aposentados e estudantes. Todas essas adaptações representaram um desafio significativo.

61. A pandemia provocou retrocessos na melhoria das capacidades reguladoras nas Américas. Devido a pressões políticas e sociais, muitos países desconsideraram as vias formais de regulação e supervisão para a autorização e uso de medicamentos e outras tecnologias em saúde. Houve muitas situações em que a falta de aplicação da regulação permitiu que produtos fossem usados sem nenhuma evidência científica para recomendar seu uso. Apesar da produção, disseminação e disponibilidade de informações baseadas em evidências sobre a falta de opções terapêuticas específicas para a COVID-19, a maioria dos países permitiu, oficialmente ou não, o uso de produtos e intervenções que não eram comprovadamente eficazes no tratamento da COVID-19 ou eram até mesmo prejudiciais.

62. A pandemia limitou a disponibilidade de contrapartes nacionais, e as prioridades políticas foram reorientadas para a resposta imediata à pandemia. Essa situação interrompeu a execução das atividades programadas, como o lançamento da ferramenta essencial de avaliação das funções de saúde pública e das avaliações nacionais das barreiras ao acesso aos serviços de saúde. Existem preocupações sobre a estabilidade do pessoal das autoridades reguladoras nacionais e/ou a nomeação oportuna de pessoal gerencial.

63. Os países estão enfrentando desafios quanto à capacidade dos sistemas de informação para fornecer dados precisos e oportunos sobre as barreiras ao acesso e sobre a capacidade dos serviços e estabelecimentos de saúde na linha de frente para prestar serviços de saúde essenciais. Os sistemas de dados de rotina estão aquém da capacidade exigida para detectar e acompanhar a extensão das rupturas nos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19 — informações necessárias para embasar estratégias de mitigação, responder à evolução das necessidades da comunidade e reduzir as barreiras ao acesso à saúde.

64. A pandemia gerou circunstâncias complexas que agravaram os gargalos existentes na alocação de recursos. A rigidez e a multiplicidade dos sistemas de prestação de contas dificultam o acompanhamento dos gastos com saúde necessários para aumentar a transparência e torna os sistemas menos adequados às exigências da prestação de contas. Continua a ser difícil medir o progresso dos países no cumprimento dos compromissos regionais de financiamento da saúde porque as contas da saúde ainda estão se desenvolvendo como ferramenta para o rastreamento e alocação de recursos. Entre esses compromissos, destacam-se o aumento dos gastos públicos em saúde para pelo menos 6% do PIB, com 30% desses recursos investidos no primeiro nível da atenção.

65. A pandemia impactou de forma considerável a capacidade dos países de monitorar indicadores relacionados à proteção financeira. Esses indicadores dependem de pesquisas presenciais sobre as despesas domésticas que, em sua maioria, foram suspensas durante 2020 e 2021.

66. Outra dificuldade que afetou muitos países com sistemas de saúde segmentados foi a redução do emprego, que deixou muitas pessoas fora dos planos de contribuição. Isso as obrigou a recorrer aos regimes públicos baseados na tributação ou, na pior das hipóteses, as deixou sem cobertura alguma.

Introdução e extensão da oxigenoterapia para pacientes com COVID-19 no Estado Plurinacional da Bolívia



Paciente de COVID-19 recebe oxigenoterapia de alto fluxo no Hospital El Alto Sur.

Crédito fotográfico: Organização Mundial da Saúde.

saúde no valor aproximado de \$365 mil. No fim de novembro de 2021, a estratégia do Ministério da Saúde para lidar com casos moderados de COVID-19 foi reforçada com o apoio prestado aos hospitais com oxigenoterapia de alto fluxo. A OPAS doou 20 dispositivos de oxigenoterapia de alto fluxo (no valor aproximado de \$103 mil), distribuídos pelo Ministério da Saúde a quatro grandes hospitais urbanos. A OPAS também prestou apoio técnico, com formação prática para 120 profissionais de saúde (médicos especialistas e generalistas e profissionais de enfermagem) sobre o uso correto desses dispositivos.

Com o apoio constante da OPAS, o Estado Plurinacional da Bolívia fortaleceu sua capacidade de fornecer oxigênio de forma sustentável em estabelecimentos de saúde no primeiro nível da atenção, bem como nos principais hospitais nos níveis secundário e terciário. Os benefícios dessa estratégia devem se estender para além da pandemia de COVID-19, pois os bolivianos agora têm melhor acesso a oxigênio para uma ampla gama de necessidades. Essa abordagem integrada da rede de saúde aumenta a probabilidade de que menos pacientes precisem ser intubados e passar por unidades de terapia intensiva no futuro.

O primeiro caso de COVID-19 no Estado Plurinacional da Bolívia foi oficialmente notificado em 11 de março de 2020. Em dezembro de 2021, após quatro ondas de COVID-19 terem atingido o país, o número total de casos havia chegado a quase 600 mil. A situação pressionou o sistema nacional de saúde. Os esforços se concentraram em oferecer oxigenoterapia aos pacientes de COVID-19 no primeiro nível da atenção com o objetivo de reduzir o número de encaminhamentos de pacientes para hospitais de nível secundário e terciário e para unidades de terapia intensiva e, assim, aumentar a disponibilidade da oxigenoterapia. Além da necessidade de evitar a sobrecarga da capacidade, manter os pacientes perto de suas famílias e comunidades também gera benefícios sociais e psicológicos.

Em meados de maio de 2021, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado Plurinacional da Bolívia, o Ministério da Saúde do país, com a assistência técnica da OPAS, anunciou a implementação de um plano integral destinado a oferecer oxigenoterapia para todos os níveis da atenção no sistema de saúde pública. Em apoio a esse plano, e concentrando-se no primeiro nível da atenção, a OPAS doou 260 concentradores de oxigênio, 360 oxímetros portáteis, 592 oxímetros de dedo e outras provisões de

Projeto “Teletriagem na APS” no Chile: tecnologia a serviço da saúde em tempos de pandemia



Profissional da saúde responde a uma teleconsulta.

Crédito fotográfico: “Teletriage en APS”, Chile

A “Teletriagem na APS” (*Teletriage en APS*, no original em espanhol) oferece uma maneira de solicitar atendimento médico on-line, administrar a marcação de consultas médicas e priorizar a demanda por atendimento nos centros de atenção primária à saúde (APS) no Chile. A iniciativa é fruto da cooperação entre a OPAS, o Ministério da Saúde do Chile, a Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile e o grupo de consultoria Plataforma 360, e conta com apoio financeiro do fundo de emergência financiado pelos governos da Alemanha e do Japão para enfrentar a COVID-19.

Graças à teletriagem, os pacientes solicitam atendimento apenas preenchendo um único formulário on-line em um celular, tablet ou computador. Em seguida, o profissional responsável pela triagem examina a solicitação e determina como o atendimento será prestado. O projeto teve início em 2020 com o objetivo de manter a continuidade dos serviços de saúde durante a pandemia, prevenindo o contágio decorrente da aglomeração e melhorando a gestão da atenção primária à saúde. Ele tem contribuído para a transição de um sistema de atendimento presencial para um sistema de atendimento remoto.

Os bons resultados da experiência levaram à extensão da teletriagem a oito centros de saúde familiar pertencentes ao Serviço de Saúde Metropolitano Sul, que receberam da OPAS o equipamento e a tecnologia necessários. Esses resultados demonstram a importância da inovação tecnológica na atenção à saúde, sobretudo em situações de pandemia.

Os sistemas de teletriagem melhoram a experiência dos usuários com o primeiro nível da atenção. Ademais, permitem aos funcionários da saúde implementar novos processos e métodos organizacionais, e fortalecem o processo de tomada de decisões, sobretudo com respeito à alocação de recursos e à manutenção de um bom equilíbrio entre a oferta e a demanda.¹³

¹³ Mais informações, em espanhol, podem ser encontradas em <https://teletriage.cl> e <https://www.youtube.com/watch?v=0357yKUY57s>.

Saúde ao longo de todo o ciclo de vida, determinantes da saúde e promoção da saúde

Resultados intermediários 2, 3, 18 e 19

Saúde ao longo de todo o ciclo de vida	Atenção de qualidade para os idosos	Determinantes sociais e ambientais	Promoção da saúde e ação intersetorial
-----------------------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------------------------

Realizações

67. A Repartição prestou apoio técnico para a implementação do programa Famílias Fortes, resultando na adoção dessa intervenção como uma estratégia nacional no México e no Uruguai. O programa também foi adaptado para implementação virtual no contexto da pandemia de COVID-19, alcançando mais de 60 mil famílias durante o biênio.

68. A análise atualizada da transmissão materno-infantil da sífilis foi concluída na Argentina, no Estado Plurinacional da Bolívia, Honduras, Paraguai e Peru, medindo o impacto da pandemia usando o Sistema de Informação Perinatal Plus. Esse sistema contém novos registros para monitorar programas de saúde sexual, reprodutiva, materna e neonatal, como os que tratam da contracepção, violência de gênero e COVID-19 neonatal e materna.

69. O Estado Plurinacional da Bolívia e o Brasil participaram de um projeto mundial da OMS financiado pela Fundação Bill e Melinda Gates e fizeram progressos para assegurar a continuidade dos serviços de saúde materno-infantil e do adolescente como uma parte da resposta à pandemia. O projeto conseguiu elevar o nível de prioridade atribuído à manutenção dos serviços no nível nacional. Esses dois países estão usando dados administrativos para monitorar os efeitos da pandemia nos serviços de saúde e embasar as decisões para manter a continuidade dos serviços de saúde reprodutiva, da mãe, da criança, do adolescente e do idoso.

70. Foi oferecida capacitação em atendimento pré-natal a parteiras tradicionais e agentes comunitários na Colômbia, Equador e Peru. Enfatizaram-se a identificação precoce e o tratamento oportuno de emergências obstétricas, de acordo com as orientações fornecidas pelas entidades reguladoras de cada país, com o objetivo de fortalecer as redes que conectam a comunidade a centros do primeiro nível da atenção e centros de encaminhamento.

71. Foram elaborados perfis de equidade para as desigualdades sociais nos indicadores da saúde da mãe, da criança e do adolescente para 21 países da América Latina e do Caribe.

72. Foi estabelecido um mecanismo para monitorar os desfechos de mulheres e recém-nascidos por meio de uma base de dados colaborativa sobre a saúde materna e a COVID-19. Realizou-se uma análise dos efeitos diretos e indiretos da COVID-19 em oito países (Bolívia [Estado Plurinacional da], Colômbia, Costa Rica, Equador, Honduras,

Paraguai, Peru e República Dominicana).¹⁴ Essa base de dados é a maior já publicada sobre a mortalidade materna e o vírus e permite a tomada de decisões com base em evidências.

73. Um protocolo de pesquisa foi implementado para avaliar o impacto das vacinas contra a COVID-19 administradas a gestantes sobre os desfechos maternos e perinatais. O estudo foi realizado por intermédio da rede do Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) formada por centros-sentinela para a vigilância da saúde materna em 15 países.

74. A Repartição promoveu o uso de vacinas de eficácia comprovada para imunizar profissionais que cuidam de gestantes e prestou apoio técnico aos países para administrar vacinas contra a COVID-19 a gestantes. Foram organizados webinários com associações profissionais de ginecologistas e obstetras, parteiras e enfermeiras obstétricas, bem como com os programas de saúde materna dos ministérios da saúde em países como Colômbia, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai. Além disso, foi incentivada a divulgação de um guia de campo sobre imunização materna e neonatal para a América Latina e o Caribe. Atividades semelhantes foram desenvolvidas no âmbito da Força-Tarefa Regional para a Redução da Mortalidade Materna, uma iniciativa interinstitucional.

75. A Década do Envelhecimento Saudável da ONU (2021-2030) foi lançada na Região com forte apoio dos Estados Membros e a integração com diversos organismos dos sistemas interamericano e da ONU. A RSPA foi a sede do pontapé inicial na Região, com a participação do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização dos Estados Americanos (OEA). Junto com a CEPAL e o Governo do Chile, a RSPA organizou um fórum regional com a participação da Argentina, de Barbados, do Chile, da Costa Rica, do México, do Paraguai, de Suriname e do Uruguai. Os participantes compartilharam suas percepções e compromissos em torno do desenvolvimento da Década do Envelhecimento Saudável e a importância desse movimento mundial para a Região no contexto da transição demográfica. Muitos Estados Membros estão formulando planos de ação para estabelecer prioridades no nível nacional, o que levou a um aumento da cooperação técnica sobre o envelhecimento saudável.

76. A Repartição apoiou a ratificação pelo Peru da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos e prestou cooperação técnica e jurídica para permitir que o Congresso colombiano aprovasse uma lei ratificando essa convenção.

77. O curso virtual ACAPEI-B (Acreditação Internacional na Atenção a Pessoas Idosas – Nível Básico) foi lançado em português. O curso agora está disponível em três idiomas (inglês, espanhol e português) e já alcançou profissionais de saúde em todo o mundo. De janeiro de 2020 a dezembro de 2021, foram mais de 41 mil participantes em 80 países,

¹⁴ Maza-Arnedo F, et al. Maternal Mortality Linked to COVID-19 in Latin America: Results from a Multi-country Collaborative Database of 447 Deaths. *The Lancet* 2022;12 (100269). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00086-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00086-2/fulltext).

um aumento significativo em relação aos 11 mil participantes em 55 países registrados no biênio anterior.

78. A implementação de medidas não farmacológicas de saúde pública entre populações vulneráveis no contexto da COVID-19 melhorou por meio de um convite regional para a apresentação de propostas para implementar as orientações elaboradas pela OPAS. Mais de 146 propostas foram recebidas, das quais 43 foram selecionadas de 23 países e foram implementadas nas áreas de comunicação, adaptação e avaliação. Isso destacou a riqueza da experiência na Região com respeito à inovação, soluções e adaptação de produtos desenvolvidos pela Organização para beneficiar as populações nas comunidades locais e em todo o país.

79. Como parte da resposta à COVID-19 e posterior recuperação, uma iniciativa foi implementada no Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador e Peru para promover políticas e práticas que abordem os determinantes sociais da saúde visando a promoção da equidade em saúde. Em cada um desses países, foram elaborados estudos de caso para mapear políticas e programas relacionados a temas como proteção social, desemprego, trabalho, gênero, moradia e migração. Além disso, fizeram-se revisões sistemáticas sobre o desemprego, a situação da migração e os trabalhadores informais e o impacto das intervenções de saúde e de política.

80. Duas estratégias ambientais foram incluídas na Iniciativa de Eliminação da OPAS: a eliminação de combustíveis poluentes para cozinhar e a eliminação da defecação a céu aberto. Foram lançados roteiros para eliminar gradualmente o uso de combustíveis poluentes para cozinhar em Honduras, Panamá, Paraguai e Peru.

81. Vinte países analisaram a governança do setor de água, saneamento e higiene como parte da Análise e Avaliação Mundiais do Saneamento e Água Potável. Além disso, foi publicado em 2021 um documento de orientação intitulado *Guía para el análisis y la cuantificación del SARS-CoV-2 en aguas residuales*.

82. A atuação visando ambientes saudáveis abrangeu o progresso rumo a escolas saudáveis por meio da elaboração de documentos de orientação abordando o tema tanto em termos gerais quanto no contexto da COVID-19 (como o retorno à escola de populações em situação de vulnerabilidade). O Paraguai é um dos primeiros países a adotar normas mundiais sobre escolas promotoras da saúde. Orientações sobre feiras livres e a COVID-19 foram elaboradas e postas em prática no Peru, e a Nicarágua organizou atividades em torno de mercados saudáveis.

Desafios

83. A pandemia intensificou as barreiras preexistentes ao progresso na sobrevivência infantil e no bem-estar com equidade. Além disso, demonstrou a importância do trabalho sistemático e uniforme da OPAS com setores cruciais não relacionados à saúde, como

educação e proteção social. Tratar as desigualdades dentro dos países implica um apoio contínuo aos níveis subnacional e local, usando um enfoque intersetorial.

84. Os sistemas de saúde e proteção social foram sobrecarregados com a demanda por atendimento, resultando em vários casos de idadismo e decisões discriminatórias que afetaram pessoas idosas, sobretudo as mais vulneráveis. A falta de recursos humanos capacitados, sobretudo os que prestam cuidados de longo prazo, afetou a capacidade de proteger as pessoas idosas. Além disso, a fraca coordenação entre os serviços sociais e de saúde também prejudicou os cuidados com as pessoas idosas.

85. Os serviços de saúde ainda carecem de uma abordagem centrada nas pessoas na atenção primária, dificultando os esforços para oferecer cuidados abrangentes que atendam plenamente às necessidades dos idosos. Isso solapa a implementação de programas de autocuidado e autogestão na comunidade, importantes para o sucesso dos cuidados com as pessoas idosas.

86. A debilidade dos serviços de saúde e segurança ocupacional disponíveis nos países fez com que fossem necessários esforços adicionais para lidar com o contágio no local de trabalho e a propagação do coronavírus. Os países precisam fortalecer as políticas e programas de saúde e segurança no trabalho, tratando a saúde dos trabalhadores com um nível mais alto de atenção e comprometimento.

87. As funções e responsabilidades do setor de saúde com respeito à mudança do clima e aos determinantes ambientais da saúde sofrem de uma falta de clareza, devido, em parte, à debilidade dos mecanismos de governança em saúde pública ambiental e ao tamanho limitado da força de trabalho capacitada em saúde pública ambiental. Para fazer face a esse desafio, a RSPA intensificou a cooperação técnica para esclarecer e fortalecer as funções e responsabilidades do setor de saúde por meio das funções essenciais de saúde pública ambiental, alinhadas com as funções essenciais de saúde pública da OPAS renovadas para o século XXI.

88. Os países não priorizaram a promoção da saúde, a ação intersetorial e a participação da comunidade nos processos de planejamento, devido, em parte, à sua natureza transversal. Isso significa que sua pertinência é diluída e nem sempre visível. Contudo, no contexto da resposta à pandemia de COVID-19, essas áreas despontaram como prioridades que devem ser reforçadas durante a pandemia e no futuro.

Uso de um sistema de informação baseado em evidências para fortalecer os serviços de saúde materno-infantil na Dominica



Enfermeira preenche ficha de paciente do Sistema de Informações Perinatais.

Crédito fotográfico: Anneke Wilson, especialista nacional para a Dominica.

O Governo da Dominica priorizou a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis como uma iniciativa de política estratégica para melhorar a qualidade dos serviços de saúde materna e infantil. A disponibilidade insuficiente de informações de saúde oportunas, confiáveis e de qualidade sobre gestantes e recém-nascidos há muito tempo impedia que esse marco fosse alcançado.

Em 2021, em meio à pandemia, os esforços combinados das equipes do Ministério da Saúde e da OPAS renderam frutos quando a Dominica recebeu a certificação da OMS por eliminar a transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis. O país se uniu a outros sete países do Caribe que receberam a dupla validação. A adoção e implantação do Sistema de Informação Perinatal, desenvolvido pelo CLAP/SMR, foi fundamental para obter a certificação. A OPAS prestou apoio técnico e financeiro, incluindo capacitação, monitoramento, instalação de software, consultas, delineamento do registro pré-natal, atualização de dados no sistema e estratégia de implantação.

O Sistema de Informação Perinatal foi criado para melhorar o monitoramento dos dados da saúde materna e infantil, contendo relatórios sobre a transmissão materno-infantil da sífilis, do HIV, da Doença de Chagas e da hepatite B. Dez países da Região usam esse sistema, que permite aos administradores da saúde aprender sobre os fatores relacionados às mortes maternas e neonatais e fazer um acompanhamento para melhorar a saúde materna e neonatal. Na Dominica, as ações concentraram-se no seguinte:

- **Compromisso no nível nacional.** Os esforços para que nenhuma criança nasça com HIV ou sífilis congênita deve ter como raízes a atenção pré-natal, o acesso equitativo à atenção para as mulheres com HIV, e os direitos humanos. O Ministério da Saúde assumiu o Sistema de Informação Perinatal para fortalecer a atenção perinatal.
- **Implantação do Sistema de Informação Perinatal Plus.** A implantação permitiu que os dados da saúde materna e infantil fossem coletados de forma sistemática e usados para embasar o planejamento e a programação e para monitorar e melhorar a atenção à saúde materna e infantil. O sistema é de baixo custo e de fácil uso.
- **Capacitação de profissionais da saúde.** A capacitação no uso do sistema envolveu os profissionais da saúde na coleta e análise de dados, permitindo que melhorassem a saúde materna e infantil por meio do monitoramento e avaliação, da avaliação da qualidade da atenção e de procedimentos diagnósticos.

O êxito da Dominica em assegurar que nenhuma criança nasça com HIV ou sífilis permitiu ao país dar mais um passo para alcançar uma geração livre da aids e, assim, pôr fim à doença. Esse êxito foi resultado da forte liderança do governo e das contribuições técnicas e de recursos da OPAS, em especial, para desenvolver, implementar e garantir o bom funcionamento do Sistema de Informação Perinatal Plus.

Adaptação das medidas de saúde pública visando à COVID-19 para os grupos vulneráveis

A pandemia de COVID-19 destacou grandes desigualdades, com destaque para a maior exposição dos grupos vulneráveis ao vírus e a existência de barreiras específicas à implementação de medidas de saúde pública não farmacológicas para controlar a pandemia.

A OPAS elaborou um guia de orientação para a aplicação de medidas de saúde pública não farmacológicas em grupos populacionais vulneráveis no contexto da pandemia e fez uma convocação para a apresentação de propostas destinadas a promover sua implementação. Foram recebidas mais de 120 propostas de ação, e foram selecionadas 40 iniciativas de 19 países. As iniciativas abrangiam as áreas de capacitação, comunicação e adaptação de medidas para a implementação. As ações se voltaram a grupos como crianças e adolescentes vítimas de violações de direitos, pessoas com deficiência, trabalhadores informais e a população LGBTQI+.

As principais lições extraídas dessa experiência são as seguintes:

- É importante considerar e respeitar as opiniões dos grupos vulneráveis e fomentar a participação da comunidade na priorização e no desenho das intervenções.
- A comunicação oportuna e adaptada às realidades sociais e locais é crucial para a organização, a implementação e a eficácia das ações destinadas aos grupos vulneráveis.
- O uso de medidas de saúde pública não farmacológicas e a adesão às recomendações exigem a participação ativa das comunidades, para torná-las próximas e adaptá-las aos diversos contextos de vulnerabilidade.
- O trabalho com grupos e territórios vulneráveis deve ser contínuo, e não ocorrer apenas em tempos de crise, a fim de estabelecer processos sustentáveis.

Com base nesta experiência liderada pela OPAS, uma rede de ação e cooperação está sendo construída para aproveitar as lições extraídas e promover sua escalabilidade para outros contextos na Região.

Doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, má nutrição, saúde mental, violência e traumatismos

Resultados intermediários 5, 6 e 13 a 16

Acesso a serviços de saúde para doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental	Capacidade resolutiva para a violência e os traumatismos	Fatores de risco das DNTs
Má nutrição	Resposta intersetorial à violência e traumatismos	Ação intersetorial sobre a saúde mental

Realizações

89. Foram gerados novos conhecimentos sobre as ligações entre as doenças não transmissíveis (DNTs) e a COVID-19, e foram fornecidos material didático e orientações técnicas para ajudar os profissionais de saúde a lidar com as DNTs no contexto da pandemia de COVID-19. Destacam-se informações sobre adaptações dos serviços para garantir a continuidade da atenção para pessoas com DNTs, o uso da telemedicina e da saúde digital para minimizar a interrupção do atendimento das DNTs, a priorização dos serviços de oncologia e o oferecimento de cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19. Uma série de folhetos informativos também foi elaborada e divulgada amplamente para oferecer orientação confiável sobre o controle das DNTs durante a pandemia. Além disso, foram organizados webinários de alto nível com autoridades governamentais de alto escalão para mostrar estratégias eficazes e inovadoras para as DNTs e a atenção à saúde mental e para demonstrar como as DNTs e a saúde mental foram incorporadas às transformações do sistema de saúde durante a COVID-19.

90. Como parte da expansão da iniciativa HEARTS nas Américas, 21 países implementaram as ferramentas baseadas em evidências contidas no pacote técnico da HEARTS durante o biênio. Um total de 1.045 centros de atenção primária estão participando do programa, com 306 novos centros de saúde acrescidos em 2021. Esses centros cobrem uma população somada de 8,2 milhões nas áreas de captação, com 2,1 milhões de pessoas a mais em 2021. Foram elaboradas ferramentas técnicas como a linha de cuidado clínica, o calculador do risco de doenças cardiovasculares e a estrutura reguladora para dispositivos de pressão arterial. Junto com os cursos virtuais da HEARTS, essas ferramentas beneficiaram mais de 182 mil usuários em 2021.

91. Módulos de diabetes foram incorporados à iniciativa HEARTS e aos programas de tuberculose em três países (Brasil, México e Peru). Uma análise regional sobre a prevalência e controle do diabetes foi concluída e embasou dois relatórios: *Panorama of Diabetes in the Americas* (no prelo), sobre o panorama do diabetes no continente, e *Country*

Snapshot of Diabetes Prevention and Control in the Americas, que retrata a prevenção e o controle do diabetes nos países das Américas. Um grupo regional de partes interessadas foi criado para ampliar as parcerias e colaborações sobre o diabetes na Região, e uma campanha de comunicação com mensagens nas redes sociais e outros meios de comunicação foi amplamente divulgada em toda a Região para conscientizar sobre a doença. Os programas de diabetes foram fortalecidos com diretrizes, provisões e monitoramento em três países (Bolívia [Estado Plurinacional da], Honduras e Paraguai).

92. A estratégia regional para a eliminação do câncer do colo do útero foi lançada em novembro de 2020 com grande apoio dos ministérios da saúde de toda a Região, bem como de associações profissionais e organizações não governamentais. A RSPA forneceu diversas ferramentas técnicas e assistência aos Estados Membros, como um programa de telementoria mensal virtual para apoiar intervenções destinadas a alcançar as metas de cobertura do câncer do colo do útero de 90% de vacinação contra o HPV (papilomavírus humano), 70% de triagem e 90% de tratamento. Uma campanha de comunicação foi desenvolvida com o Chile, e os testes de HPV estão sendo adotados, com apoio para a aquisição e capacitação, em Antígua e Barbuda e no Paraguai.

93. Com respeito ao câncer infantil, a OPAS implementou a iniciativa CureAll Americas em colaboração com o St. Jude Children's Research Hospital para apoiar a formulação de planos nacionais, organizar diálogos com múltiplos agentes e ajudar a melhorar a organização e a prestação de atendimento para o câncer infantil. Essa iniciativa foi implementada em mais de uma dezena de países (Brasil, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e República Dominicana). O Peru tem se destacado e estabeleceu uma nova lei sobre o câncer em setembro de 2020, garantindo o acesso e a cobertura universais para o câncer infantil. Várias ferramentas foram elaboradas para apoiar a capacitação, como um manual sobre o apoio psicossocial para crianças com câncer e um curso virtual sobre o diagnóstico precoce do câncer infantil.

94. Foi elaborado um enfoque inovador para dar continuidade à vigilância das DNTs durante a pandemia de COVID-19, usando pesquisas por telefone celular. Essas pesquisas foram feitas em cinco países (Antígua e Barbuda, Belize, Bolívia [Estado Plurinacional da], Honduras e Paraguai) e geraram dados sobre como as pessoas com DNTs foram afetadas pela COVID-19. Na expectativa do início das pesquisas sobre DNTs na era pós-COVID, prestou-se assistência técnica a vários países para planejar futuras pesquisas STEPS sobre fatores de risco das DNTs (Granada, Paraguai, Santa Lúcia e Suriname).

95. Os serviços de reabilitação e tecnologia assistiva foram avaliados em âmbito nacional no Estado Plurinacional da Bolívia, em El Salvador e na República Dominicana, com a implementação de ferramentas da OPAS/OMS e o apoio da RSPA. Essas avaliações estabelecerão as bases para a formulação de novos planos e políticas nessas áreas em 2022. As avaliações também incorporaram o aprendizado sobre como a pandemia de COVID-19 impactou os serviços de reabilitação e as implicações para reconstruir melhor. Dois fóruns regionais importantes foram criados: uma mesa redonda de liderança em reabilitação com

os pontos focais para reabilitação nos ministérios da saúde de 12 países e uma comunidade de prática sobre deficiências. Essa comunidade é formada por pessoas com deficiência e suas organizações representativas e trabalha para que a programação da OPAS sobre deficiência seja diretamente orientada e informada pelos membros da comunidade de pessoas com deficiência da Região.

96. O uso de substâncias psicoativas é uma área que tem despertado mais atenção, e a RSPA mobilizou recursos financeiros para a implementação de programas de controle do uso de substâncias em oito países. A RSPA criou e implantou o primeiro especialista em saúde digital sobre tópicos relacionados ao álcool para orientar o público sobre os danos causados pelo álcool e a saúde. A profissional da saúde digital, chamada Pahola, conversa com usuários em inglês, espanhol e português para ajudá-los a avaliar seus riscos pessoais com relação ao álcool e elaborar um plano para reduzir o consumo. Pahola também oferece recursos específicos para cada país a fim de facilitar o acesso a tratamento e apoio para os distúrbios relacionados ao uso do álcool. A respectiva campanha de comunicação possivelmente atingiu 61 milhões de pessoas durante os dois meses de implementação, e mais de 236 mil pessoas visitaram a página on-line, mostrando que Pahola tem o potencial de se tornar uma ferramenta eficaz para a alfabetização em saúde e a comunicação de riscos para os países. Os cinco principais países que acessaram Pahola foram (em ordem decrescente) os Estados Unidos, o Canadá, a Colômbia, a Argentina e o Haiti.

97. Por toda a América do Sul foram criados ambientes livres do fumo durante o biênio. Apesar dos desafios impostos pela COVID-19 e pelos esforços da indústria do tabaco para usar a pandemia como uma oportunidade de interferir nos processos de política, vários Estados Membros elaboraram regulamentações mais fortes para o controle do tabaco, alinhadas com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da OMS. Entre esses avanços, o Estado Plurinacional da Bolívia aprovou uma nova lei em fevereiro de 2020 e o Paraguai e Santa Lúcia aprovaram novas regulamentações, todas estabelecendo ambientes livres do fumo em locais públicos e locais de trabalho fechados. Com isso, o total de países com regulamentos desse tipo nas Américas subiu para 23. Com a nova regulamentação adotada no Paraguai em dezembro de 2020, todos os países da América do Sul agora estão em conformidade com a CQCT, um marco importantíssimo para a Região. Além disso, no México, o Congresso aprovou um projeto de lei para modificar a lei nacional sobre o controle do tabaco e estabelecer ambientes 100% livres de fumo em locais públicos e de trabalho, e adotar a proibição total da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, de acordo com as determinações da CQCT.

98. Continuaram os avanços na aplicação de impostos sobre consumos específicos para reduzir o consumo de tabaco, álcool e bebidas açucaradas. O Peru estabeleceu a indexação automática anual de seu imposto de montante específico sobre cigarros e bebidas alcoólicas. Essa medida ajudará a assegurar que a eficácia do imposto seletivo na redução da acessibilidade de cigarros e bebidas alcoólicas não diminua com o aumento dos preços. A OPAS também liderou um trabalho pioneiro no cálculo da parcela do imposto sobre as bebidas açucaradas e as bebidas alcoólicas, aprendendo com o bem-estabelecido protocolo da OMS para monitorar os impostos sobre o tabaco e adaptando-o. Um indicador

padronizado da parcela do imposto sobre as bebidas açucaradas e alcoólicas possibilitará aos países avaliar melhor sua situação com respeito às alíquotas dos impostos, fazer comparações com outros países e propor mudanças na tributação com o objetivo de reduzir o consumo desses produtos, contribuindo assim para a consecução dos objetivos de saúde.

99. Houve avanços na rotulagem frontal de embalagens nas Américas. O México e o Uruguai juntaram-se aos três países da Região (Chile, Equador e Peru) que já estão aplicando essa rotulagem para desestimular o consumo de produtos processados ou ultraprocessados com alto teor de açúcar, gorduras e/ou sal. A Argentina aprovou uma lei sobre a alimentação saudável, incorporando os mais altos padrões recomendados para a rotulagem frontal de embalagens e a regulamentação da comercialização de alimentos e do ambiente alimentar nas escolas.

100. Com a atual “pandemia de saúde mental” e a crescente preocupação com o impacto sobre os grupos vulneráveis, o apoio aos países para a elaboração e implementação de políticas, planos, leis e capacitação em saúde mental foi intensificado em toda a Região. Trabalhando com o Parlamento Centro-Americano (PARLACEN) e a Secretaria Executiva do Conselho de Ministros da Saúde da América Central (COMISCA), a OPAS elaborou legislação-modelo para a saúde mental, promovendo uma perspectiva baseada em direitos e estabelecendo uma ampla estrutura conceitual para promover a saúde mental e o bem-estar para todos. Essa lei-modelo incorpora princípios importantes da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Foi aprovada pelo plenário do Parlamento, e a Nicarágua a apresentou como uma iniciativa a sua Assembleia Nacional. Além disso, o Organismo Andino de Saúde – Convênio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) publicou uma nova política de saúde mental. Essas duas iniciativas se baseiam em recomendações da OPAS/OMS.

101. Um total de 34 países e territórios agora conta com uma política ou plano de saúde mental aprovado, com ênfase no desenvolvimento da atenção à saúde mental baseada na comunidade. A integração dos serviços de saúde mental na atenção primária por meio do Programa de Ação para Superar as Lacunas em Saúde Mental da OMS (mhGAP, na sigla em inglês) continua. Provedores de 34 países e territórios participaram de iniciativas de capacitação destinadas a destacar a importância da descentralização dos serviços de saúde mental, que ainda costumam estar disponíveis exclusivamente em estabelecimentos especializados. Devido à crescente taxa de suicídios na Região, a prevenção de suicídios é um foco, e atividades nesse sentido foram implementadas em cinco países (Argentina, Costa Rica, Guiana, Suriname e Trinidad e Tobago). Essas atividades abrangem uma avaliação da situação, bem como a formulação de planos e a melhoria dos mecanismos de vigilância.

102. Foi fornecida orientação técnica atualizada sobre a proteção, a promoção e o apoio à amamentação durante a pandemia de COVID-19. A disseminação de orientações técnicas sobre a implementação da Iniciativa Hospital Amigo do Bebê (IHAB) foi mantida e ampliada de modo a levar em conta o contexto da pandemia, em especial por meio das redes da IHAB na América Latina e no Caribe.

103. Após a publicação e divulgação de novas ferramentas para os sistemas de saúde pela OPAS/OMS, vários Estados Membros manifestaram interesse em atualizar suas orientações clínicas sobre a resposta à violência. Entre os exemplos, destacam-se novas orientações sobre uma resposta integrada à violência sexual no Estado Plurinacional da Bolívia, a conclusão de uma avaliação situacional dos serviços e novos procedimentos operacionais padronizados em Granada, o início do processo de adaptação do manual clínico da OMS na Argentina e revisões do protocolo de violência interpessoal na Jamaica.

104. No contexto da COVID-19, surgiu um novo impulso para reforçar as qualificações dos trabalhadores da saúde, sobretudo dos profissionais na linha de frente, para a identificação de sobreviventes da violência e a prestação de apoio de primeira linha. A parceria da OPAS com o UNFPA foi fortalecida para elaborar um novo curso virtual para trabalhadores da saúde na América Latina, em colaboração com parceiros nos países, com uma parceria similar estabelecida no Caribe para avaliar e promover a capacitação institucional na área da saúde no fim de 2021.

105. A pandemia de COVID-19 também reafirmou a necessidade de melhores dados administrativos sobre a violência, passando pela coleta, análise e uso de dados dos sistemas de informação em saúde. No Peru e em Trinidad e Tobago, avançou o trabalho para fortalecer a elaboração de uma metodologia de coleta de dados e respectivas ferramentas. Isso abrangeu esforços para elaborar um registro clínico on-line para sobreviventes da violência contra a mulher e sua incorporação como um novo módulo dentro do Sistema de Informação Perinatal da OPAS.

106. As parcerias envolvendo múltiplos setores e partes interessadas continuam a ser essenciais para a promoção do trabalho sobre a violência e traumatismos. Fortaleceu-se a colaboração sobre o INSPIRE, um pacote de sete estratégias baseadas em evidências para reduzir a violência contra crianças e jovens. Destaca-se uma série de workshops para autoridades de 10 países sul-americanos (Argentina, Bolívia [Estado Plurinacional da], Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela [República Bolivariana da]), organizada sob os auspícios do governo colombiano e em colaboração com parceiros do INSPIRE.

107. As evidências foram reforçadas para informar as medidas contra a violência, como a elaboração de duas minutas de documentos sobre o impacto da COVID-19 na violência, um estudo de escopo sobre a etnia e a violência contra a mulher e uma síntese de evidências para políticas sobre o álcool e a violência.

108. Vários países avançaram no desenvolvimento e fortalecimento de seus quadros legais para a segurança viária, considerando as recomendações da OPAS/OMS sobre as melhores práticas. Destacam-se o estabelecimento de um órgão para comandar a segurança viária no Suriname (publicação em setembro de 2019 e incorporação em agosto de 2021); melhoria dos padrões de segurança veicular na Argentina e no México; e mudanças na legislação sobre fatores de risco para a segurança viária no Brasil (cadeirinhas para o transporte de crianças nos veículos). Essas medidas têm grande potencial para melhorar a

segurança viária nesses países e para incentivar outros países a avançar. Como parte da Iniciativa Bloomberg para a Segurança Global no Trânsito, a OPAS e outros parceiros trabalharam com autoridades de nível municipal em cinco países (Argentina, Brasil, Colômbia, Equador e México) para implementar um programa de segurança viária multifacetado.

109. No tocante à segurança viária, o Estado Plurinacional da Bolívia criou um número de telefone único e gratuito para atendimento a emergências, com cobertura em todo o território nacional. Trata-se de um mecanismo fundamental para o despacho coordenado e centralizado de ambulâncias e outras equipes de emergência para o atendimento de ferimentos e lesões em acidentes de trânsito e outros problemas médicos agudos que exijam intervenção rápida. Essa é uma medida essencial para melhorar a resposta após acidentes e está incluída no Plano Mundial para a Década de Ação das Nações Unidas para a Segurança no Trânsito 2021-2030, lançado recentemente pela ONU.

Desafios

110. A resposta à COVID-19 resultou em grandes interrupções nos serviços relacionados às DNTs. Apenas um terço dos Estados Membros relatou que os serviços ambulatoriais para DNTs estavam funcionando normalmente e apenas um em cada quatro países não relatou nenhuma interrupção. Grande parte do pessoal foi remanejado para trabalhar na resposta à pandemia, em tempo integral ou em meio período, reduzindo os recursos humanos disponíveis para as DNTs. Seis países relataram que a falta de estoque de medicamentos e/ou de diagnósticos essenciais de DNTs nos estabelecimentos de saúde afetou a continuidade dos serviços. As atividades de DNTs, mais comumente a triagem de câncer, diabetes e outras DNTs, foram prejudicadas em metade dos países. Muitos países implementaram estratégias de mitigação para assegurar a continuidade do atendimento às pessoas com DNTs, em especial a triagem de pacientes, a telemedicina e teleconsultas, e prescrições eletrônicas e outras práticas novas de prescrição.

111. Os governos enfrentaram dificuldades em fazer os investimentos necessários e mudanças no sistema para melhorar os serviços e a qualidade da atenção às DNTs, saúde mental, deficiências e reabilitação, uso de substâncias psicoativas e cuidados paliativos. A vigilância de base populacional das DNTs por meio de pesquisas domiciliares foi interrompida. A necessidade de fortalecer os serviços de saúde mental está aumentando desde que a pandemia de COVID-19 elevou os níveis de depressão, ansiedade e outros problemas de saúde mental, sobretudo entre populações vulneráveis, os jovens e os trabalhadores da saúde.

112. Antes da pandemia de COVID-19, a redução do sal e a eliminação dos ácidos graxos trans de produção industrial eram temas relativamente novos que não tinham sido priorizados. Os países tendem a se concentrar mais no controle e manejo de doenças do que na prevenção e promoção da saúde. Já o pessoal encarregado da nutrição ainda se concentra fortemente em intervenções educacionais e não tem o mandato necessário para estabelecer acordos intersetoriais sobre intervenções como a reformulação de alimentos.

Com respeito à atividade física, a maioria dos países não tem planos alinhados com o Plano de Ação Mundial da OMS sobre Atividade Física 2018-2030 nem tem um ponto focal específico para atividade física. As responsabilidades são divididas entre os departamentos de DNTs, nutrição e promoção da saúde e são, em sua maioria, descoordenadas.

113. Apoiar a capacitação contínua do pessoal da OPAS nos países e nas sub-regiões em nutrição, alimentação saudável e atividade física, bem como executar as atividades necessárias para atingir a amplitude regional necessária, tem sido um desafio. Além disso, é limitada a capacidade de comunicar-se em espaços virtuais de maneira oportuna e eficaz e de elaborar e manter ferramentas on-line para a capacitação e cooperação técnica em nutrição, alimentação saudável e atividade física.

114. As interrupções nos serviços de saúde devido à pandemia de COVID-19 agravaram a necessidade de agir e, ao mesmo tempo, criaram outros desafios e riscos, como o aumento do risco de violência doméstica. Os serviços relacionados à violência sexual provavelmente serão afetados de forma específica, exigindo uma ênfase renovada nessa área de trabalho. Com base em dados anteriores à pandemia, o relatório regional sobre a situação da violência contra a criança também alerta para as principais barreiras ao acesso a atendimento, com diferenças substanciais observadas entre grupos populacionais. Embora a pandemia tenha lançado luz sobre o aumento do risco de violência, existe a necessidade de fortalecer a sensibilização em favor da prevenção. A resposta dos sistemas de saúde à violência vem sendo há muito tempo um pilar central da agenda mais ampla da prevenção. O setor de saúde tem uma função importante a desempenhar ao reunir parceiros, defender um enfoque de saúde pública e orientar as respostas com base nas melhores evidências disponíveis. O acesso a serviços de resposta de qualidade atende às necessidades imediatas do sobrevivente da violência e também é uma medida fundamental para a prevenção da vitimização secundária ou revitimização. Contudo, o envolvimento e a capacidade institucional limitados do setor de saúde nesses temas em muitos países continua a constituir barreiras ao progresso. A situação atual exige mais atenção para assegurar o acesso a apoio adequado, sobretudo para os grupos em situação de vulnerabilidade, levando em conta o aumento do risco e das barreiras ao acesso que eles enfrentam.

115. As informações necessárias para monitorar o progresso da segurança viária vêm do relatório mundial da OMS sobre este tema, cuja publicação foi adiada por causa da pandemia. As informações sobre a violência também se baseiam em dados informados pelos países em relação à estratégia regional sobre violência contra a mulher. Um mecanismo para receber sistematicamente atualizações do progresso em intervalos regulares poderia disponibilizar informações sobre a segurança viária e a violência de forma mais oportuna. Continuam a existir grandes lacunas nos dados e nas informações nessas duas áreas, dificultando o monitoramento eficaz do progresso e impedindo a ampla implementação de políticas e programas baseados em evidências.

116. Com respeito à segurança viária, a resposta dos serviços de saúde tradicionalmente recebeu menos atenção do que a agenda mais ampla da prevenção. Em consequência, o atendimento após acidentes continua limitado em muitos países, e tem havido pouco

progresso na criação de serviços telefônicos de emergência de âmbito nacional. Em estreita coordenação com esforços mais amplos para fortalecer os sistemas de saúde, é necessária uma orientação mais prática e direcionada para melhorar a atenção após acidentes, adaptada ao contexto regional. Cumpre notar que o trabalho técnico nessa área é complicado por grandes lacunas nas informações sobre a atenção após acidentes, como dados sobre os intervalos de tempo até o acesso a atendimento, bem como a qualidade do atendimento aos sobreviventes.

Resposta às necessidades de saúde mental durante a COVID-19 em comunidades indígenas na Guatemala



Curso de saúde mental e apoio psicossocial para líderes comunitários.

Crédito fotográfico: Cesar Gonzalez, OPAS/OMS

histórico profundamente enraizado de colonialismo e racismo estrutural.

Uma avaliação da situação e um mapeamento dos recursos em termos de saúde mental e apoio psicossocial na Guatemala foram realizados pela OPAS, pelo Ministério da Saúde e pela Associação IDEI, uma ONG nacional especializada em treinamento e intervenções culturalmente adaptadas nessa área da saúde. Com os resultados dessas atividades, identificou-se e formulou-se um plano de ação sob medida concentrado na avaliação das necessidades de saúde mental e apoio psicossocial para as comunidades-alvo.

Como parte desse plano, foram organizadas atividades de formação intercultural em saúde mental e primeiros socorros psicológicos (PSP) em idiomas locais (Maya Mam para San Marcos e Maya Ixil para Quiche). Além disso, um total de 38 profissionais de saúde (27 mulheres e 11 homens) de 19 centros de saúde abrangendo 24.961 pessoas recebeu capacitação em PSP usando a metodologia culturalmente adaptada da IDEI.

O plano de ação também previa a formulação de uma estratégia de comunicação para conscientizar as comunidades-alvo sobre saúde mental durante a pandemia de COVID-19. A estratégia de comunicação estabeleceu ações para a disseminação eficaz de informações na mídia digital, impressa e radiofônica entre as comunidades indígenas a fim de conscientizar, reduzir o estigma e ampliar o acesso aos serviços de saúde mental. Como parte dessa estratégia, 50 líderes comunitários dos territórios de Nebaj e Comitancillo foram capacitados em saúde mental e apoio psicossocial.

A OPAS e o Ministério da Saúde darão apoio contínuo aos membros da comunidade que receberam formação, com o objetivo de criar redes comunitárias sólidas de saúde mental e apoio psicossocial, em um esforço para sustentar os resultados obtidos.

Na Guatemala, os distúrbios de saúde mental e decorrentes do uso de substâncias psicoativas representam 14% da carga de doença e 32% da carga de incapacidade. A pandemia de COVID-19 ampliou as vulnerabilidades existentes aos problemas de saúde mental dentro da população indígena dos departamentos de Quiché e San Marcos. Historicamente, as populações indígenas da Região sofrem com taxas mais altas de mortalidade materna e de menores de 5 anos, atraso no crescimento e incapacidade, impulsionadas por desigualdades políticas, sociais, culturais e econômicas e por um

Lei pioneira de segurança no trânsito no México



Membros da Coalizão Mobilidade Segura no Senado Mexicano após a lei ter sido finalmente aprovada, em abril de 2022.

Crédito fotográfico: Agustín Martínez Monterrubio/Coalizão Mobilidade Segura

Em abril de 2022, a Lei Nacional sobre Mobilidade e Segurança no Trânsito foi aprovada pelo Congresso do México, marcando um grande avanço nos esforços do país para reduzir as mortes no trânsito e promover a mobilidade sustentável e equitativa para todos. A lei exige o estabelecimento do enfoque “Sistemas Seguros”, totalmente alinhada com o Plano Global para a Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2021-2030. Ela prioriza a segurança dos usuários mais vulneráveis do trânsito, amplia o acesso equitativo e sustentável aos serviços de transporte, esclarece as funções e responsabilidades dentro do governo e exige a criação de uma base de dados unificada para multas, licenças e placas de veículos. A lei incorpora a maioria das recomendações da OMS para promover o uso seguro de dispositivos e reduzir a exposição dos usuários do trânsito aos principais fatores de risco.

A OPAS tem sido fundamental para o progresso na mobilidade e segurança no trânsito, trabalhando com parceiros para construir os sistemas, as capacidades e a consciência necessários. A Organização concentrou sua atuação nos seguintes pontos:

- Empoderar a comunidade na sua participação, apoiando e fortalecendo a Coalizão Mobilidade Segura, que cumpriu um papel fundamental na emenda da Constituição e na aprovação da nova lei. Essa coalizão reuniu 70 organizações da sociedade civil de 25 dos 32 estados mexicanos.
- Defender a causa no mais alto nível para moldar o projeto de lei e criar um impulso para sua aprovação, colaborando estreitamente com funcionários do governo, em coordenação com o sistema ONU em todos os níveis.
- Prestar apoio técnico e jurídico para a formulação do Plano de Mobilidade do México para uma Nova Normalidade em 2020.
- Aconselhar as autoridades locais sobre a elaboração de documentos técnicos para promover a fiscalização policial da regulamentação sobre a segurança no trânsito.
- Apoiar campanhas de marketing social e treinamento de mídia para conscientizar a população sobre a segurança no trânsito.

Um sistema de mobilidade mais seguro para o México beneficiará a saúde humana e o meio ambiente, reduzindo o custo social e econômico das tragédias no trânsito e ampliando o acesso equitativo à mobilidade segura para todos.

O número de mortes no trânsito tem se mantido constantemente elevado nos últimos anos no México. A responsabilidade limitada dentro dos setores pertinentes e do governo federal, e as diferenças no nível subnacional em relação às leis sobre o excesso de velocidade, os limites de ingestão de álcool e o licenciamento têm dificultado a coordenação intersetorial e os esforços para evitar lesões fatais e não fatais no trânsito.

Em 2020, foi apresentada uma emenda constitucional que reconhecia a mobilidade em condições de segurança, acessibilidade, eficiência, qualidade, sustentabilidade, inclusão e equidade como um direito universal. A emenda reconhecia a segurança no trânsito como a chave para salvar vidas e avançar rumo à consecução dos ODS.

Empoderamento de comunidades para prevenir e autogerir DNTs em Trinidad e Tobago



Centro de Saúde Freeport, Trinidad e Tobago, junho de 2021.

Crédito fotográfico: Denith McNicolls, OPAS/OMS

Assim como muitos países em todo o mundo, Trinidad e Tobago enfrenta uma carga crescente de doenças não transmissíveis. Esses problemas crônicos são responsáveis por mais de 62% das mortes a cada ano no país, com três quartos ocorrendo em pessoas com menos de 70 anos. Mais da metade da população do país tem três ou mais fatores de risco de doenças não transmissíveis, como o tabagismo, a alimentação pouco saudável, o sedentarismo e o uso prejudicial de álcool, o que aumenta o risco de desenvolver uma doença crônica. A experiência do país mostra que dotar e empoderar as comunidades para se encarregarem de sua saúde por meio da prevenção e autogestão de problemas crônicos é uma maneira eficaz de construir populações mais saudáveis e alcançar a saúde para todos.

Um curso de autogestão de doenças crônicas foi implementado pela OPAS, com o apoio da Parceria para a Cobertura Universal de Saúde. O Ministério da Saúde, apoiado pela OPAS, projetou o curso. Trabalhando em grupos de apoio, cada participante é incentivado a cuidar de sua própria situação em termos de DNTs e ajudar outras pessoas a escolher um estilo de vida mais saudável. Esse enfoque é integrado ao sistema de saúde para que as pessoas possam buscar apoio apropriado quando necessário.

Representantes de organizações governamentais e não governamentais de Trinidad e Tobago participaram desse curso para administrar suas próprias DNTs ou se tornar instrutores líderes que compartilharão conhecimentos em suas comunidades. Os centros de saúde locais também encaminharam algumas pessoas para o curso. Esse enfoque baseado na comunidade aumentou o conhecimento, as habilidades e a confiança das pessoas para cuidar de si mesmas e administrar seus problemas de saúde de maneira eficaz.

Até o momento, o curso de autogestão de doenças crônicas capacitou 75 pessoas que vivem com DNTs. Com o tempo, a iniciativa será estendida a todo o país para atingir todas as comunidades, com um plano para capacitar mais instrutores líderes nos próximos dois anos. A OPAS está trabalhando com vários participantes para documentar o impacto do curso em suas vidas.

Alcançar a saúde para todos começa com o fortalecimento da atenção primária à saúde, ao mesmo tempo em que se capacitam as comunidades para melhorar e proteger a saúde. Trinidad e Tobago está entre os 115 países onde a Parceria para a Cobertura Universal de Saúde ajuda a prestar apoio e oferecer conhecimentos técnicos da OMS, em conjunto com a OPAS.

Prevenção, controle e eliminação das doenças transmissíveis

Resultados intermediários 4, 12 e 17

Capacidade resolutiva para as doenças transmissíveis	Fatores de risco das doenças transmissíveis	Eliminação de doenças transmissíveis
------------------------------------------------------	---------------------------------------------	--------------------------------------

Realizações

117. Na América Latina e no Caribe (ALC), 91% das pessoas com HIV em terapia antirretroviral (TARV) alcançaram a supressão viral em 2020. No total, sete países alcançaram o patamar de mais de supressão viral em mais de 90% das pessoas em uso de TARV (Brasil, Canadá, Chile, Panamá, República Dominicana, Trinidad e Tobago, e Uruguai). Nove outros países estão perto de atingir esse indicador. Foi validada a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita na Dominica. Dezenove países e territórios alcançaram 95% de cobertura do tratamento adequado da sífilis entre as gestantes.

118. Trinta e quatro dos 35 Estados Membros adotaram a política da OMS de “tratar todos” e 71% (25/35) usam um regime de primeira linha baseado no dolutegravir (DTG) para o tratamento do HIV, como recomendado pela OMS. Quatorze Estados Membros adotaram a profilaxia pré-exposição (PrEP) como uma política pública, embora a implementação ainda seja baixa. Na ALC, 81% das pessoas com HIV foram diagnosticadas, contra 77% em 2018. Dez países implementaram o autodiagnóstico do HIV em 2021, e essa estratégia tem o potencial de aumentar ainda mais o número de pessoas com HIV que sabem de sua condição.

119. El Salvador foi certificado como livre de malária. A Iniciativa Regional para Eliminação da Malária na América Central e em três outros países está avançando nos esforços para eliminar essa doença nessa sub-região com o apoio do BID, do Fundo Global, da Fundação Bill e Melinda Gates, da Fundação Clinton e da OPAS.

120. Graças à bem-estabelecida Rede Latino-Americana e Caribenha de Vigilância da Resistência Antimicrobiana da OPAS (ReLAVRA+, na sigla em espanhol), os países conseguiram detectar o surgimento de micro-organismos amplamente resistentes a antimicrobianos. A Organização trabalhou com países para fortalecer as práticas de prevenção e controle de infecções com o uso apropriado dos antimicrobianos e para desenvolver as capacidades dos laboratórios de análise de alimentos para a detecção da resistência aos antimicrobianos, por intermédio da Rede Interamericana de Laboratórios de Análise de Alimentos.

121. Uma resolução sobre o revigoramento dos programas de imunização na Região foi aprovada pelo 59º Conselho Diretor em 2021. Destaca-se uma linha estratégica de ação na política correspondente — a saber, “fortalecer a integração dos programas de imunização

no sistema de atenção primária à saúde rumo à saúde universal” — que ressalta a importância dos cuidados maternos e neonatais e oferece uma plataforma para a integração da imunização no sistema de atenção primária à saúde.

122. O novo Plano de Ação 2021-2025 do Programa Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa foi aprovado pelo Comitê Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa. Sua implementação está em andamento.

123. Trinta e três dos 35 Estados Membros sustentaram a eliminação do sarampo, e todos os Estados Membros sustentaram a eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita. A implementação da primeira fase de um projeto para a eliminação da tuberculose foi executada em três países de baixa incidência (Costa Rica, Cuba e Jamaica).

124. Quinze dos 17 países com transmissão vetorial do *T. cruzi* conseguiram manter o controle dos principais vetores. A RSPA intensificou os esforços no Estado Plurinacional da Bolívia e na Colômbia, onde o número de municípios com interrupção da transmissão vetorial domiciliar aumentou durante o biênio.

125. Foram elaboradas novas ferramentas para colaboração técnica virtual, como boletins epidemiológicos automatizados para os níveis regional e nacional e painéis de controle epidemiológico com informações em tempo real. Guias para diagnóstico clínico e tratamento da dengue, chikungunya e zika foram finalizados, publicados e lançados por meio de um webinário, e 15 mil profissionais de saúde receberam capacitação.

126. Os países beneficiários do Fundo Fiduciário do Codex (Bolívia [Estado Plurinacional da], El Salvador, Guatemala, Guiana e Honduras) fizeram avaliações da estrutura de Análise de Riscos para a Inocuidade dos Alimentos a fim de identificar pontos fortes e fracos.

127. O sistema regional de Vigilância de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) está avançando bem. Dezesseis países da América Latina estão transferindo dados para a base de dados regional, e oito países e 20 hospitais fazem parte da rede de vigilância regional de ESAVI e EAIE (eventos adversos de interesse especial).

128. A Repartição prestou assistência técnica aos países para prepará-los para a adoção das vacinas contra a COVID-19. Por exemplo, foram feitos testes de controle de qualidade para verificar o cumprimento das normas da Organização Internacional de Normalização (ISO) pelas seringas adquiridas por meio do Fundo Rotativo para Acesso a Vacinas (Fundo Rotativo) da OPAS para atender à demanda pela aplicação das vacinas contra a COVID-19. Estudos sobre a eficácia das vacinas foram feitos na Argentina, Brasil, Chile e Colômbia.

Desafios

129. A evolução dos contextos políticos em muitos países acarretou mudanças de pessoal e afetou a liderança e a governança para a prevenção, controle e eliminação das

doenças transmissíveis. Houve grande rotatividade de pessoal em programas prioritários dentro dos ministérios da saúde, causando uma interrupção significativa e perda de continuidade na prestação de serviços essenciais para todos os programas de saúde pública.

130. Um desafio enfrentado pelos programas voltados para a eliminação foi a alocação de recursos insuficientes, o que abrange a infraestrutura nos países e, dentro das representações da OPAS/OMS, os recursos humanos. Houve interrupções no financiamento por parte de importantes agências doadoras. Além disso, o custo das intervenções, incluídas as intervenções baseadas na comunidade, aumentou devido à COVID-19 e suas exigências. Isso também afetou os custos de compra e transporte de medicamentos, vacinas, provisões e equipamentos. A pandemia de COVID-19 afetou o acesso a tratamentos que salvam vidas para doenças que estão em vias de eliminação, como o HIV/aids, as hepatites virais, as infecções sexualmente transmissíveis, a tuberculose e as doenças infecciosas negligenciadas.

131. A atenção às questões de saúde dos migrantes, incluído o tratamento de doenças infecciosas, foi interrompida pela COVID-19. As diferenças nos protocolos de tratamento entre os países afetaram ainda mais a cobertura do tratamento entre os migrantes.

132. As restrições às viagens e a mobilidade limitada em decorrência da COVID-19 impactaram as intervenções para a prevenção de doenças transmissíveis, o que deve impulsionar um aumento do número de casos num futuro próximo. Além disso, surtos de organismos multirresistentes em unidades de terapia intensiva que afetaram os pacientes de COVID-19 foram notificados em vários países. De modo geral, os relatos de resistência emergente aos antimicrobianos estão aumentando, e certos patógenos multirresistentes se espalharam para áreas onde não haviam sido detectados anteriormente.

133. Manter a vigilância epidemiológica das arboviroses e de outras doenças no contexto da pandemia tem sido um desafio constante, pois as equipes epidemiológicas nacionais costumam ser formadas pelo mesmo pessoal que trabalha na COVID-19 nos níveis nacional e local.

134. Fortes determinantes sociais em contextos com estruturas de saúde pública frágeis continuam a impulsionar a transmissão da malária. A pandemia de COVID-19 interrompeu o acesso precoce ao atendimento da malária, agravando a situação.

135. No Brasil, o sarampo continua a circular há quase quatro anos e, portanto, a transmissão endêmica da doença foi restabelecida há três anos. A República Bolivariana da Venezuela interrompeu a circulação do sarampo após dois anos, mas só será recertificada pelo comitê regional de monitoramento e reverificação da eliminação após as campanhas de sarampo e rubéola planejadas para 2022.

136. As taxas de vacinação com a primeira e a segunda dose da tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) diminuíram devido à COVID-19, e houve um impacto negativo sobre a vigilância epidemiológica do sarampo e da rubéola. Isso pode desencadear surtos dessas doenças se o programa de vacinação não for reforçado.

Enfrentar as dificuldades socioeconômicas associadas à tuberculose no Brasil

As pessoas com tuberculose costumam incorrer em custos substanciais relacionados à busca e recebimento de diagnóstico, tratamento e cuidados, o que pode criar barreiras ao acesso que afetam negativamente os resultados em termos de saúde e aumentam o risco de transmissão da doença. Eliminar os custos catastróficos para as pessoas com tuberculose e suas famílias mediante a aplicação de estratégias e políticas eficazes de mitigação está no centro da estratégia da OMS para acabar com a tuberculose.

A OPAS, em colaboração com o Programa Mundial de Tuberculose da OMS, prestou assistência técnica direta para uma pesquisa nacional dos custos dos pacientes com tuberculose no Brasil. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose, em colaboração com a Universidade Federal do Espírito Santo, fez a pesquisa entre 2019 e 2021. Ouviu-se um total de 603 pessoas diagnosticadas com tuberculose, apesar das interrupções na coleta de dados devido à pandemia de COVID-19.

A OPAS ofereceu amplo apoio técnico à execução da pesquisa e à resolução dos gargalos impostos pela COVID-19. Destacam-se a obtenção de financiamento para a pesquisa, o monitoramento da implementação da pesquisa e a organização de eventos posteriores, com o objetivo de destacar estudos que levassem à formulação de políticas e recomendações.

Os resultados da pesquisa mostraram que cerca da metade (48%) dos lares afetados pela tuberculose enfrentam custos catastróficos, definidos como custos acima de 20% da renda familiar anual, durante o episódio de tuberculose. Para mitigar esses custos, um terço das famílias afetadas teve que pedir dinheiro emprestado ou vender bens para mitigar os custos desde o início dos sintomas até a conclusão do tratamento, segundo a pesquisa.

Os níveis de pobreza quase dobraram entre as famílias ouvidas, com um em cada quatro pacientes afetados pela tuberculose vivendo abaixo da linha de pobreza internacional. O risco de ficar desempregado foi consideravelmente maior para os pacientes com tuberculose também infectados pelo HIV, profissionais autônomos e/ou pessoas com níveis mais baixos de escolaridade.

A tuberculose tem consequências sociais e em termos de renda, emprego e pobreza, algumas das quais podem ser duradouras, e todas elas exigem uma resposta multisectorial. Os resultados da pesquisa e as respectivas recomendações de políticas estão sendo divulgadas entre uma ampla gama de partes interessadas em colaboração com a OPAS. As evidências que emanam dessa pesquisa estão sendo usadas para elaborar intervenções, oferecer estudos de casos baseados em evidências com vistas a mudanças nas políticas sociais e de saúde e promover a colaboração multisectorial para aliviar a carga da doença sobre os pacientes com tuberculose e suas famílias.



Paciente de tuberculose manuseia o remédio que precisa tomar como parte do tratamento.

Crédito fotográfico: Representação da OPAS/OMS no Brasil.

infectados pelo HIV, profissionais autônomos e/ou pessoas com níveis mais baixos de escolaridade.

Sistemas de informação para a saúde, evidências e pesquisa

Resultados intermediários 20 a 22

Sistemas integrados de informação para a saúde

Dados, informação, conhecimento e evidências

Pesquisa, ética e inovação para a saúde

Realizações

137. Foram realizadas e concluídas avaliações de maturidade dos sistemas de informação para a saúde (IS4H, na sigla em inglês) em todos os países e territórios. Com base nessas avaliações, foram elaborados roteiros para revisar e modernizar as estruturas legais e regulamentares, com foco na coleta de dados do setor privado e na privacidade, confidencialidade e segurança. A maioria dos países incluiu estratégias de capacitação e gestão de mudanças em todos os níveis nos roteiros nacionais para a implementação de soluções e estratégias digitais de saúde.

138. Os Estados Membros adotaram duas políticas: o *Roteiro para a transformação digital do setor da saúde nas Américas* e a *Política sobre a aplicação da ciência de dados na saúde pública usando inteligência artificial e outras tecnologias emergentes*. Com isso, as Américas se tornaram a primeira Região a acelerar processos inovadores para a transformação digital do setor da saúde. Em apoio à implementação de políticas, foi elaborado um conjunto abrangente de ferramentas de transformação digital. Obteve-se um progresso significativo na prestação de cooperação técnica sobre estruturas legais para apoiar a transformação digital. Foram tomadas medidas para adotar normas internacionais sobre a interoperabilidade, a cibersegurança, o gerenciamento de dados e o uso ético da inteligência artificial (IA), entre outras questões.

139. Envidaram-se esforços para melhorar a infraestrutura dos IS4H e, de forma mais geral, a tecnologia da informação e comunicação. A ênfase recaiu sobre o aumento da largura de banda e da conectividade para reduzir abismos digitais e melhorar o acesso a dados estruturados e não estruturados. Deu-se atenção especial à busca de soluções digitais baseadas na IA para apoiar os Estados Membros na luta contra a infodemia.

140. Três plataformas cruciais avançaram: *a)* Saúde nas Américas,¹⁵ com uma análise da mortalidade prematura possivelmente evitável usando dados regionais, sub-regionais e nacionais de 33 países; *b)* a atualização dos Indicadores Básicos para todos os países e territórios¹⁶ e *c)* o portal de monitoramento dos ODS.¹⁷ Esse portal contém um painel regional com dados sub-regionais e nacionais, perfis de 25 países, ferramentas metodológicas e um repositório de evidências para monitorar o progresso regional, nacional e subnacional rumo à consecução dos ODS.

¹⁵ Mais informações estão disponíveis em espanhol no endereço <https://hia.paho.org/es>.

¹⁶ Mais informações estão disponíveis em espanhol no endereço <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>.

¹⁷ Mais informações estão disponíveis em espanhol no endereço <https://www3.paho.org/ods3/en/home/>.

141. O Repositório Institucional para o Intercâmbio de Informações (IRIS, na sigla em inglês) e o repositório de conhecimento institucional sobre a COVID-19 (IKR, na sigla em inglês), na intranet da Organização, proporcionaram acesso fácil e constante à literatura e outros documentos institucionais e técnico-científicos. Durante o biênio, o IRIS, também conhecido como a Biblioteca Digital da OPAS, disponibilizou 2.834 documentos, com mais de 39 milhões de acessos/interações. Desses documentos, 2.101 eram sobre a COVID-19, incluídos os artigos da Revista Pan-Americana de Saúde Pública (RPSP). Já o IKR tornou-se uma plataforma pesquisável e um centro para o trabalho coletivo entre os três níveis da RSPA na resposta à pandemia. Lançado em março de 2020, continha um total de 2.947 itens em dezembro de 2021. A Revista Pan-Americana de Saúde Pública, que completa 100 anos de publicação ininterrupta em 2022, aumentou seu fator de impacto para 1,46 (fonte: Web of Science, 2021). A Revista recebeu 2.900 manuscritos, um recorde, e publicou cerca de 300. Foi usado um processo acelerado para agilizar a revisão por pares de artigos relacionados à COVID-19, permitindo que a Revista fosse um instrumento importante para a produção e disseminação de evidências de saúde pública na Região das Américas.

142. Mais uma vez, a Organização implementou formas inovadoras de envolver-se com os Centros Colaboradores da OPAS/OMS a fim de melhor responder às prioridades e mandatos, bem como compartilhar e disseminar boas práticas de cooperação técnica e de resposta à COVID-19. Em abril de 2021, foi organizado um webinário regional com mais de 340 participantes de 183 Centros Colaboradores.

143. O aplicativo e-BlueInfo 2.0 oferece acesso a documentos e evidências científicas na Biblioteca Virtual de Saúde para apoiar a tomada de decisões, usando os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o identificador ou descritor único do DeCS/MeSH. A edição 2021 do DeCS/MeSH foi publicada, destacando os termos relacionados à COVID-19. O DeCS/MeSH Finder foi elaborado como um serviço on-line inovador para que pesquisadores, organizadores e bibliotecários consigam localizar qualquer descritor, sinônimo ou qualificador do vocabulário controlado do DeCS/MeSH em qualquer texto numa fração de segundo.

144. A comunidade científica e os governos aceleraram a pesquisa e a inovação com o objetivo de conter a propagação da COVID-19, proporcionar o atendimento ideal, fortalecer os sistemas de saúde e proteger os trabalhadores da saúde e de áreas essenciais. Um número considerável de estudos sobre a COVID-19, entre eles ensaios clínicos, foram realizados na maioria dos países da Região. A RSPA prestou apoio técnico para a priorização da pesquisa ética, a elaboração e implementação de normas, a coordenação e harmonização de estudos, o desenvolvimento dos resultados dos estudos e sua integração aos sistemas de saúde, entre outras atividades. Estudos de pesquisa colaborativa multinacional e internacional sobre a COVID-19, como a Plataforma Clínica Mundial, o estudo respiratório sobre a COVID-19 (O2CoV2) e os ensaios Solidarity, todos da OMS, foram promovidos e apoiados pela RSPA na Região.

145. A coordenação de pesquisa, síntese de evidências e tradução de conhecimentos facilitou a resposta à pandemia nos níveis mundial e regional. Destacam-se a harmonização de normas e padrões, o desenvolvimento de bens públicos (políticas e recomendações embasadas por evidências), o fortalecimento da capacitação no uso de evidências para a tomada de decisões e o apoio à pesquisa colaborativa entre países. A RSPA reforçou o desenvolvimento de redes de profissionais e estabelecimentos de saúde para apoiar a caracterização, diagnóstico e manejo das afecções agudas durante a COVID-19 e pós-COVID-19. A Repartição também desenvolveu formação para profissionais de saúde em questões associadas a manejo clínico e sistemas de saúde; apoiou o tratamento de pacientes por meio do Acelerador do Acesso às Ferramentas contra a COVID-19 (ACT A) e de outros mecanismos; e prestou apoio técnico para a preparação dos sistemas de saúde. A RSPA também ofereceu apoio técnico para a implementação da Plataforma Clínica Mundial da OMS para a COVID-19 em países da Região, plataforma esta que inclui mais de 500 mil casos de COVID-19 em âmbito global.

146. A RSPA prestou apoio técnico para a elaboração de evidências, pesquisa e recomendações de saúde pública, oportunas e orientadas pela demanda, sobre a COVID-19, os ODS e outras prioridades de saúde. A Organização também apoiou processos de envolvimento para possibilitar que partes interessadas entendessem e moldassem a dinâmica política e de políticas, práticas e sistemas para fortalecer os sistemas de saúde e melhorar programas e serviços. A RSPA produziu e atualizou continuamente evidências e recomendações para o manejo de pacientes infectados pela COVID-19, e a cooperação técnica foi reforçada graças à elaboração de mais de 40 publicações de evidências sobre a COVID-19 e outras prioridades.

147. Foram desenvolvidos recursos cruciais para promover a transformação de evidências e a tradução de conhecimentos. Destacam-se *a)* BIGGREC, uma base de dados que incorpora todas as recomendações de evidências formuladas pela OPAS e pela OMS, classificadas por meta do ODS 3; *b)* BIGG, uma base de dados com todas as diretrizes embasadas por evidências produzidas por diversas organizações internacionais; *c)* EVID@EASY, uma ferramenta de busca orientada de evidências na Biblioteca Virtual em Saúde, que oferece caminhos para localizar evidências científicas de acordo com o estágio do processo de tomada de decisão e *d)* uma coleção de evidências que sintetiza recomendações sobre saúde produzidas pela OPAS/OMS.

148. Em parceria com a Health Systems Global, a OPAS montou webinários em espanhol e inglês para ampliar a capacidade dos países para produzir e disseminar evidências de pesquisa sobre a resposta dos sistemas de saúde à pandemia de COVID-19. Além disso, foram elaborados quatro documentos de pesquisa examinando aspectos estruturais da resiliência dos sistemas de saúde na América Latina e no Caribe.

149. A mobilidade dos profissionais de saúde (sobretudo de enfermagem) do Caribe de língua inglesa para a América do Norte, Europa e Austrália foi agravada pela pandemia. Em colaboração com a Universidade das Índias Ocidentais e 18 países e territórios, a RSPA, desenvolveu um estudo para quantificar os recursos humanos para a saúde no

Caribe e compreender a magnitude e os padrões da emigração de profissionais de saúde antes e durante a pandemia. Esse projeto busca produzir as evidências necessárias para embasar as decisões e a formulação de políticas sobre recursos humanos em saúde, migração e sistemas e políticas de saúde para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades nessa sub-região.

150. A pandemia focalizou a atenção na necessidade urgente de catalisar a pesquisa ética. A RSPA publicou sete documentos sobre a orientação ética com relação à COVID-19, em inglês e espanhol. Esses documentos foram acessados mais de 50 mil vezes no IRIS e estão sendo aplicados em toda a Região. A orientação ética da OPAS a respeito do uso de intervenções não comprovadas para enfrentar a COVID-19 continua a ser a referência mundial sobre esse tópico. Onze países receberam apoio direto para fortalecer seus sistemas de ética em pesquisa, aplicando um enfoque baseado em indicadores¹⁸ usado numa avaliação de 22 países (executada em 2021 e publicada em 2022).¹⁹ Além disso, 18 sessões regionais de discussão bilíngue e atividades de formação virtual em ética foram organizadas, com quase 2.400 participantes e mais de 19.400 visualizações adicionais no YouTube.

151. O Comitê de Ética da OPAS realizou 38 reuniões no biênio para fazer face à crescente demanda por revisão de pesquisas. O Comitê da OPAS está apoiando o Comitê de Ética em Pesquisa sobre a COVID-19 da OMS na implementação da plataforma ProEthos da OPAS, adaptada para atender aos padrões de cibersegurança da OMS.

152. Os pedidos de *crowdsourcing* possibilitaram identificar inovações sociais para a saúde em toda a Região que apoiaram a resposta dos sistemas de saúde à COVID-19 e a continuidade dos serviços regulares. Pesquisas estão mostrando o impacto dessas inovações e as maneiras como podem ser adaptadas e replicadas. Um pedido de *crowdsourcing* em 2021 recebeu mais de 100 candidaturas habilitadas de 17 países, dos quais cinco países prioritários. Oito foram reconhecidas ou receberam uma menção especial. Uma análise feita em 2021 das inovações reconhecidas anteriormente mostrou como elas foram ampliadas em apoio aos sistemas de saúde, liderando as respostas locais à pandemia e garantindo a continuidade do atendimento.

153. A OPAS colaborou com o Observatório Mundial de P&D em Saúde da OMS e recorreu a contrapartes na UNESCO, na Rede Ibero-Americana de Indicadores de Ciência e Tecnologia e na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para possibilitar a elaboração de relatórios simplificados sobre indicadores comuns. Isso aumentou a uniformidade, reduziu a carga sobre os países decorrente da produção de relatórios e permitiu atualizar dados sobre fluxos financeiros para a pesquisa em saúde e recursos humanos para a saúde. Até o fim de 2021, 13 países haviam prestado informações

¹⁸ Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores para o fortalecimento dos sistemas nacionais de ética em pesquisa. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55915>.

¹⁹ Aguilera B, et al. *Research ethics systems in Latin America and the Caribbean: a systematic assessment using indicators*. *The Lancet* 2022. Disponível em:
[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00128-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00128-0/fulltext).

sobre os fluxos financeiros para pesquisa. Oito deles atualizaram seus dados durante o biênio (Argentina, Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Paraguai, Trinidad e Tobago, e Uruguai).

154. Foi concluída uma avaliação das políticas e agendas nacionais sobre a pesquisa para a saúde. Identificou-se um aumento no número de países e territórios com uma política e/ou agenda nacional ativa (Argentina, Brasil, Canadá, Colômbia, Estados Unidos da América, Guadalupe, Guiana Francesa, Haiti, Martinica, México, Panamá, Paraguai, Peru e Porto Rico). Para apoiar os países na formulação ou atualização de políticas ou agendas, foi elaborada uma lista de verificação de boas práticas.

155. A OPAS documentou os esforços para a compra conjunta de medicamentos essenciais e provisões estratégicas de saúde pública. Um artigo recente publicado na revista *The Lancet* analisa as compras conjuntas — e, mais especificamente, o Fundo Estratégico da OPAS — como um meio de controlar a pandemia e minimizar as respectivas perturbações ao assegurar o fornecimento de produtos essenciais de saúde para emergências de saúde e serviços de saúde de rotina. Além disso, as compras conjuntas são fundamentais para melhorar o acesso equitativo a medicamentos e provisões e eliminar doenças.

Desafios

156. O estabelecimento de medidas eficazes de saúde pública, sem deixar ninguém para trás, exige que todas as pessoas tenham acesso à Internet com boa conectividade e largura de banda. Isso lhes permite não apenas continuar seu trabalho ou atividades educacionais, mas também acessar serviços de saúde e manter a continuidade do atendimento por meio da telemedicina e de outras tecnologias. Contudo, a conectividade e a largura de banda ainda são aspectos importantes a serem resolvidos no que diz respeito ao acesso à informação.

157. Embora os países gerem, analisem e divulguem dados, informações, conhecimentos e evidências de saúde desagregados por determinantes sociais de saúde e outros estratificadores sociodemográficos, é preciso melhorar a disponibilidade, a acessibilidade e o uso dessas informações.

158. A pandemia acelerou a inovação, a pesquisa e o uso de evidências para a tomada de decisões. No entanto, a priorização da resposta também causou atrasos e dificuldades na implementação das atividades planejadas, assim como na aceitação e uso apropriado das evidências científicas. Alguns países enfrentaram desafios relacionados à distorção ou mau uso de evidências, à negação do processo científico gerador de evidências, ao questionamento das instituições científicas geradoras de evidências e à falta de uma autoridade científica integrada sobre a COVID-19. Dois problemas relacionados são a falta de confiança da população no governo e o uso excessivo, pelo público, de informações de fontes não confiáveis.

159. As mudanças de pessoal nas administrações públicas nacionais e nas equipes pertinentes acarretaram uma falta de continuidade, ao passo que as demandas impostas pela pandemia às vezes sobrecregaram o trabalho dos comitês de ética em pesquisa e dos entes fiscalizadores. Isso dificultou a conclusão de iniciativas importantes.

160. A avaliação dos fluxos financeiros para a pesquisa em saúde exige colaboração intersetorial, visto que vários setores fornecem dados que precisam ser integrados. Em vista da pandemia de COVID-19, foi difícil alcançar essa colaboração. Um exercício de mapeamento feito em 2021 identificou instituições e pontos focais, e a análise destacou oportunidades e desafios no uso do Manual de Frascati da OCDE ou do Sistema de Contas de Saúde (2011) da OPAS. Isso gerou recomendações para promover esse campo no biênio 2022-2023. Em consequência das mudanças nas prioridades nacionais desencadeadas pela pandemia, a formulação de políticas e agendas nacionais de pesquisa para a saúde estagnou em alguns países. Com isso, foi difícil monitorar o progresso da implementação da *Política de pesquisa para a saúde* (documento CD49/10).

Quando um nome define a trajetória: Por que sistemas de informação para a saúde em vez de sistemas de informação em saúde?



Enfermeiras da atenção primária na Dominica discutem avanços com uma equipe da OPAS.

Crédito fotográfico: Marcelo D'Agostino, OPAS

Os países das Américas fizeram avanços substanciais na rápida adoção de soluções digitais de saúde. Contudo, enfrentam desafios para garantir investimentos sustentáveis e acesso aberto a dados confiáveis, seguros e de qualidade, no tempo e formato apropriados, para embasar a tomada de decisões, a formulação de políticas, o monitoramento e a avaliação, e a produção de inteligência para a ação em saúde. Ao mesmo tempo, tecnologias emergentes como *big data*, a inteligência artificial para a ciência dos dados e a interdependência digital podem oferecer benefícios à saúde pública nunca antes vistos.

A mudança de “sistemas de informação em saúde” para “sistemas de informação para a saúde” (IS4H, na sigla em inglês), que parecia ser apenas uma mudança de nome, foi na verdade um avanço conceitual que apontou para uma nova visão, estrutura, definição e modelo de trabalho. Uma forma holística de cooperação técnica, o modelo IS4H vai além da noção de sistemas de informação em saúde limitados a aplicações tecnológicas projetadas para resolver problemas com prontuários médicos. Ele contém uma ampla gama de mecanismos para capturar, analisar, informar e usar dados da saúde e de outros setores, com a participação do governo, da sociedade civil, do meio acadêmico, das redes sociais e do setor privado. Contribui para o progresso rumo à saúde e ao bem-estar universais, fortalecendo sistemas de informação interconectados e interoperáveis que oferecem acesso a dados abertos e de qualidade, informações estratégicas e ferramentas digitais de saúde para a tomada de decisões.

Lançado em 2016, o modelo IS4H se espalhou pela Região nos cinco anos seguintes. Convocadas pela Diretora da OPAS, lideranças da OPAS e do Caribe se reuniram em Kingston, Jamaica, em novembro de 2016, para criar uma visão renovada, um plano sub-regional e a primeira estrutura estratégica para o avanço do IS4H nas Américas. Com base nessa experiência, foram mantidas reuniões de alto nível em 2017, com a América Central, e em 2018, com a América do Sul. Isso culminou na aprovação do *Plano de ação para o fortalecimiento dos sistemas de informação para a saúde* pelo 57º Conselho Diretor da OPAS de 2019. O 4º Conselho de Ministros dos Estados do Caribe Oriental aprovou uma resolução com o mesmo objetivo. Com base nas lições extraídas e discutidas com os Estados Membros em uma conferência em 2021,²⁰ o 59º Conselho Diretor da OPAS aprovou um documento de política chamado Roteiro para a transformação digital do setor da saúde nas Américas.²¹ Esses primeiros esforços ajudaram os Estados Membros a se prepararem para uma rápida adoção de soluções digitais de saúde durante a pandemia. Um fator crucial para o êxito foi a implementação de uma abordagem voltada para os países.

Durante 2020-2021, a OPAS fez a primeira avaliação de maturidade regional, que resultou em uma análise detalhada dos sistemas de informação para a saúde nos níveis regional, sub-regional e nacional. Esses estudos agora são a base para investimentos de parceiros técnicos e financeiros, bem como para a formulação e implementação de roteiros e políticas públicas sustentáveis.

²⁰ Organização Pan-Americana da Saúde. *De la evolución de los sistemas de información para la salud a la transformación digital del sector de la salud. Informe de la conferencia sobre IS4H*. Washington, DC: OPAS; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53801>.

²¹ Organização Pan-Americana da Saúde. Roteiro para a transformação digital do setor da saúde nas Américas. Washington, DC: OPAS; 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd596-roteiro-para-transformacao-digital-do-setor-da-saude-na-regiao-das-americas>.

A transformação digital tem o potencial de ampliar o acesso aos serviços de saúde, mas as pessoas em condições de vulnerabilidade normalmente têm os mais baixos níveis de conectividade e alfabetização em saúde digital. Nas Américas, centenas de milhões de pessoas continuam a sofrer com a discriminação, a exclusão e a desigualdade estruturais devido à falta de acesso às tecnologias digitais e aos possíveis benefícios à saúde associados a seu uso. É preciso que a transformação digital tenha como objetivo assegurar o acesso equitativo; do contrário, a adoção da saúde digital poderá acabar prejudicando ainda mais as populações vulneráveis. Em colaboração com parceiros-chave, como o BID e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC), a OPAS está trabalhando para que “não deixar ninguém para trás” se torne uma realidade na era da interdependência digital.

Equidade, gênero, etnia e direitos humanos

Resultado intermediário 26

Realizações

161. No biênio, a RSPA buscou posicionar os temas transversais estrategicamente dentro do contexto da pandemia. Em colaboração com a Equipe de Apoio à Gestão de Incidentes (IMST, na sigla em inglês), a RSPA produziu uma publicação de natureza inédita, intitulada *Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas*.²² Esse relatório analisa a morbimortalidade em populações específicas, as respostas nacionais para mitigá-las e os impactos socioeconômicos da COVID-19, tudo através da lente da igualdade de gênero. Esse trabalho oferece uma base para novas análises da desigualdade, por exemplo, na cobertura vacinal.

162. Foram estabelecidas ações para alcançar grupos de mulheres em toda a Região, por intermédio da Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe (RSMLAC), na forma de diálogos com o tema “falemos entre nós mulheres”, acerca do impacto da COVID-19 nas mulheres, tendo como público-alvo redes de gênero, defensores da igualdade das mulheres e a sociedade civil. Mais de 20 mil pessoas aproveitaram esses webinários da OPAS sobre a violência de gênero, a vacinação e a saúde na adolescência.

163. Como parte de uma iniciativa em toda a OMS e ONU para formular uma estratégia organizacional LGBTI+, uma campanha nas redes sociais foi criada e implementada com o Departamento de Comunicações da RSPA. Múltiplas mensagens para redes sociais foram elaboradas e amplamente divulgadas em toda a Região, promovendo os direitos (entre eles, o direito do acesso à saúde) das pessoas LGBT e instando pelo fim do estigma e da discriminação. Vários países, como Estado Plurinacional da Bolívia, Chile, Trinidad e Tobago e Uruguai, levaram à frente planos e iniciativas nacionais relacionadas com o apoio da RSPA, na forma de campanhas, cursos virtuais, clínicas receptivas à população LGBT e registro de dados inclusivos.

164. No fim de 2020, foram mantidas consultas sub-regionais e reuniões de alto nível com os povos indígenas e representantes e líderes afrodescendentes no contexto da pandemia. As recomendações emanadas dessas reuniões foram publicadas e estão sendo usadas como estruturas para ações de acompanhamento no nível nacional com as diferentes organizações que representam diversos grupos étnicos.

165. Foi realizada uma consulta técnica sobre o impacto da COVID-19 na população roma nas Américas. Um relatório sobre os resultados da reunião está sendo finalizado e destaca recomendações de cooperação técnica pertinentes a esses grupos.

²² Organização Pan-Americana da Saúde. *Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas*. Washington, DC: OPAS, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55557>.

166. Ofereceu-se formação sobre o uso de diálogos de conhecimento como uma ferramenta inovadora para tornar os serviços de saúde acessíveis e apropriados culturalmente para os povos indígenas e grupos afrodescendentes. Em uma reunião de alto nível, com a participação de líderes afrodescendentes, foi lançado o documento *La salud de la población afrodescendiente en América Latina*,²³ que destaca algumas das desigualdades enfrentadas pelos afrodescendentes e insta os Estados Membros a agir.

167. Um banco de dados e um painel on-line foram desenvolvidos para mapear as leis, políticas e programas já existentes que abordam a interseção entre saúde e migração do ponto de vista dos direitos humanos.

168. Na Costa Rica, foi prestado apoio ao Vice-Ministério da Presidência, ao Ministério da Saúde e a Associações de Desenvolvimento Indígena para a resposta à COVID-19, promovendo diálogos interculturais visando a recuperação e a inserção social. A OPAS trabalhou com outros organismos das Nações Unidas na recuperação econômica e na saúde das mulheres migrantes e refugiadas em áreas prioritárias. O Ministério da Saúde recebeu apoio para a avaliação e atualização de seu Plano de Saúde para os Povos Afrodescendentes, coordenando com a iniciativa sub-regional sobre questões afrodescendentes e indígenas.

169. No Paraguai, foram reativadas ações de coordenação com a Direção Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (DINASAPI) e a Comissão Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (CONASAPI) com o objetivo de institucionalizar e fortalecer os diálogos com os representantes dos povos indígenas. Essa coordenação também possibilita identificar as necessidades de saúde dos povos indígenas e discutir estratégias e planos em conformidade com a Lei de Saúde Indígena do país.

170. Na Colômbia, em coordenação com as secretarias departamentais de saúde e de assuntos indígenas de La Guajira e com o programa do Hospital Ai do Ministério da Saúde, está em andamento um projeto para assegurar o direito à saúde de todas as pessoas que habitam um território, usando um enfoque de diversidade étnica e cultural. O modelo de “gestores” atende às necessidades das populações rurais amplamente dispersas que enfrentam grandes dificuldades no acesso à atenção à saúde. O foco recai fortemente na mobilização social e na participação comunitária, o que é fundamental em qualquer intervenção de atenção primária à saúde.

171. Já no Haiti, a RSPA apoiou o Ministério da Saúde Pública e População na elaboração de um documento estrutural nacional e diretrizes sobre a organização dos Serviços Distritais de Saúde em linha com o enfoque da atenção primária à saúde e com a estratégia de Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde. As diretrizes permitirão o desenvolvimento de um sistema baseado na atenção primária à saúde no primeiro nível

²³ Organização Pan-Americana da Saúde. *La salud de la población afrodescendiente en América Latina*. Washington, DC: OPAS, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54503>.

da atenção, aumentando a acessibilidade, a equidade e a eficiência na saúde no nível comunitário.

172. Um canal nacional para o Suriname foi acrescido ao portal OpenWHO para receber uma série de cursos on-line sobre a COVID-19 traduzidos para o holandês, o idioma oficial do país. Isso representa um passo à frente na capacitação dos trabalhadores da linha de frente. Esses cursos também foram incluídos nos requisitos nacionais que os trabalhadores da saúde precisam satisfazer antes de serem enviados para responder à COVID-19.

173. No Panamá, foi prestado apoio técnico e estratégico para ampliar o acesso aos serviços de saúde para refugiados, solicitantes de refúgio e migrantes por meio de unidades móveis para atendimento médico primário e integral com um enfoque preventivo. Esse foi um projeto interinstitucional com a Agência da ONU para Refugiados e o Ministério da Saúde do Panamá.

Desafios

174. Embora os países tenham tomado algumas medidas para desagregar os dados de saúde por sexo, etnia e idade, o apoio a essa tarefa essencial tem sido de alcance limitado. A disponibilidade e a comunicação limitadas desses dados nos países tem impedido a geração de recomendações baseadas em evidências sobre a COVID-19. Faz-se necessário um esforço bem maior para incluir variáveis étnicas nos registros de saúde e para fazer análises baseadas no gênero para determinar, tratar, reduzir e, em última instância, eliminar as causas das desigualdades étnicas, de gênero e de outros tipos na saúde, incluindo a COVID-19, mas também indo além dela.

175. É necessário desenvolver ainda mais as competências relacionadas com os temas transversais em todos os níveis da Organização. Os esforços para atender à demanda dos Estados Membros por atividades como os diálogos de conhecimento, entre outras, foram limitados pelo número reduzido de pessoal capacitado e disponível para executá-las de forma sustentável.

176. Embora a pandemia tenha aumentado a atenção aos temas transversais e respectivas questões, essa atenção nem sempre é sistemática, uniforme ou alinhada com enfoques institucionais de longo prazo.

Vacinação contra a COVID-19 para populações indígenas na Colômbia



Um membro da comunidade indígena em Puerto Nariño, Amazonas, Colômbia, é vacinado contra a COVID-19.
Crédito fotográfico: Karen González, OPAS/OMS Colômbia

Em 2021, a mídia colombiana noticiou que muitos povos indígenas do país estavam se recusando a vacinar-se contra a COVID-19, com base em suas práticas culturais e crenças. Com 1,9 milhão de indígenas havia uma necessidade urgente de mudar a postura com respeito a essa intervenção que salvaria vidas.

Em agosto de 2021, o Ministro da Saúde declarou que apenas 6% da população indígena havia sido vacinada. Para enfrentar essa situação, a OPAS concebeu e implementou uma estratégia de comunicação adaptada às comunidades indígenas, a fim de promover a aceitação das vacinas contra a COVID-19. Partindo dos costumes dos povos indígenas, a estratégia enfatizou o uso da comunicação oral. As brigadas de vacinação contaram com intérpretes indígenas; a capacitação dos instrutores envolveu líderes culturais, gerando um efeito multiplicador; e aplicativos gratuitos para telefone foram distribuídos para os vacinadores nas áreas remotas, facilitando a conectividade.

Essa estratégia de comunicação produziu os resultados desejados, conforme indicado pelo aumento da aceitação das vacinas. Em áreas prioritárias da Região Amazônica, por exemplo, 34% da população indígena tinha sido vacinada até o fim de 2021.

Para incentivar a aceitação da vacina contra a COVID-19 nas comunidades indígenas, foi necessário demonstrar respeito pelas culturas indígenas, incluindo seu sistema de conhecimento e seu entendimento da relação entre saúde e doença. Além disso, era importante encontrar formas apropriadas de criar um diálogo que estivesse alinhado com a maneira como essas comunidades percebiam a realidade da pandemia. A confiança na OPAS como instituição foi crucial para o êxito dessas intervenções. A estratégia de comunicação da OPAS para atingir as populações indígenas levou a uma mudança de comportamento porque continha elementos que apelavam tanto para as emoções como para a razão.

Um desafio crucial no futuro próximo será capacitar os trabalhadores da saúde nas regiões indígenas, ressaltando enfoques étnicos e interculturais para a vacinação contra a COVID-19 e a saúde. Estratégias semelhantes podem ser adaptadas para outras populações e outros desafios de saúde, sobretudo os enfrentados pelas populações mais vulneráveis.

Liderança, governança e funções facilitadoras

Resultados intermediários 27 e 28

Liderança e governança | Gestão e administração

Realizações

177. A OPAS continuou a ser uma voz que representa a autoridade na Região graças ao forte reconhecimento de seu nome, oferecendo orientação política, estratégica e técnica sobre a COVID-19 nos mais altos escalões dos governos nacionais e dos sistemas interamericano e da ONU. Sua agenda instou ao enfrentamento do impacto da pandemia, garantindo uma resposta ágil aos Estados Membros e, ao mesmo tempo, defendendo investimentos fundamentais na saúde pública na Região. A RSPA apresentou aos Estados Membros opções de políticas destinadas a promover a recuperação da Região e, ao mesmo tempo, proteger as conquistas em saúde pública, abordar o impacto da pandemia sobre as pessoas que vivem em condições de pobreza e vulnerabilidade e sobre a saúde mental, e construir para fortalecer num contexto em que as economias se tornaram frágeis. Entre as iniciativas para promover a autossuficiência da Região em vacinas e outras tecnologias em saúde, destacam-se mecanismos para a compra mais rápida de vacinas contra a COVID-19 acessíveis e de qualidade por meio do Fundo Rotativo da OPAS e do mecanismo COVAX, em conjunto com a Aliança Gavi e o UNICEF. A RSPA continuou a instar por mais atenção para as capacidades científicas e tecnológicas da Região.

178. A OPAS alcançou uma visibilidade sistematicamente elevada como autoridade sem paralelo e produtora de notícias sobre a COVID-19 no mundo e em toda a Região por meio de coletivas de imprensa semanais e divulgações nos meios de comunicação, com destaque para centenas de entrevistas de porta-vozes na sede e nas representações. Os resumos para os meios de comunicação ajudaram a conscientizar não apenas sobre a COVID-19, mas também sobre outros desafios cruciais para a saúde que afetavam a Região. Abordagens de comunicação inovadoras compartilhadas com parceiros não tradicionais (por exemplo, Global Citizen, Sony Music Latin, Sesame Street, Fórum Econômico Mundial e Univision, entre outros) permitiram à OPAS estender seu alcance a um público mais amplo.

179. A Repartição implementou um enfoque prudente de gestão financeira que levou em conta a grave contração econômica da Região nos últimos dois anos, durante os quais vários países estavam em atraso nos pagamentos de suas contribuições fixas à Organização. Isso foi agravado por situações difíceis em termos de recursos na OMS. As medidas de contenção de custos, bem como a chegada de recursos em 2021 e a sensibilização dos Estados Membros, permitiram à Organização mitigar os efeitos mais duros da crise financeira e, ao mesmo tempo, continuar a cumprir seus mandatos e a aumentar a resiliência para o futuro.

180. A Estratégia de Mobilização de Recursos da OPAS 2020-2025 foi lançada em dezembro de 2020 como um roteiro para que a Organização mobilizasse mais recursos.

Além disso, o documento *PAHO Roadmap 2021-2023: Working with the Private Sector* foi lançado em 2020 para oferecer orientação estratégica sobre o trabalho com o setor privado, para ajudar a OPAS a alcançar os resultados para o período do PE20-25 e mais além.

181. O 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 (documento CD58/5 e Add. I) foi apresentado ao 58º Conselho Diretor em setembro de 2020. O Orçamento por Programas da OPAS 2022-2023, com o tema *proteger, recuperar e construir para fortalecer*, foi aprovado pelo 59º Conselho Diretor. A RSPA levou a cabo um processo consultivo e iterativo para elaborar esse orçamento por programas, passando pelo cálculo de custos e planejamento de baixo para cima com todas as entidades da RSPA e por uma revisão estratégica das prioridades com os Estados Membros, em um contexto singular em meio à pandemia de COVID-19.

182. A Repartição formulou uma nova política para prevenir e enfrentar a exploração e o abuso sexual de pessoas que dependem direta ou indiretamente dos serviços que a Organização oferece. Além disso, o processo ClearCheck foi adotado pelas Nações Unidas para identificar indivíduos que estiveram envolvidos em assédio, exploração e abuso sexual, a fim de prevenir situações que poderiam comprometer a reputação ou a credibilidade da Organização. Um formulário em que devem ser informados os conflitos de interesses se tornou obrigatório nas novas contratações. Essas medidas melhoraram o processo de seleção, em consonância com a iniciativa recém-lançada pela OMS de prevenir e responder à exploração, ao abuso e ao assédio sexual.

183. A nova Política de Avaliação da OPAS foi aprovada em 2021. Visa fortalecer a capacidade e cultura de avaliação da OPAS, alinhando-a com o enfoque de gestão baseada em resultados da Organização. Assim, promove a identificação das lições extraídas das avaliações e sua incorporação aos planos e estratégias institucionais.

184. Em meio à pandemia, a RSPA implementou formas inovadoras de trabalho e envidou esforços constantes para aumentar a eficiência no intuito de mitigar perturbações (como as restrições a viagens e problemas na cadeia de suprimento) e permanecer atenta às necessidades dos Estados Membros. Apesar das medidas de contenção de custos, a RSPA continuou a responder às crescentes demandas dos Estados Membros por cooperação técnica, graças à modalidade de teletrabalho. A plena implementação de uma iniciativa “sem papel”, da estratégia de dispositivo único, dos arquivos baseados na nuvem e do uso ampliado dos aplicativos Microsoft Teams e Zoom criou um ambiente de teletrabalho inconsútil e facilitou reuniões de alto nível que permitiram à Organização manter-se apta para cumprir seu propósito. Durante a pandemia, a liderança e a continuidade das operações estratégicas, técnicas e gerenciais nos níveis nacional e sub-regional foram asseguradas graças às transferências virtuais e à comunicação e coordenação constantes em todos os níveis.

185. A OPAS chegou a \$2,84 bilhões em compras em nome dos Estados Membros durante o biênio, tornando-se um dos 10 principais organismos das Nações Unidas que realizam atividades de compras para apoiar países na consecução de suas metas nacionais e regionais de saúde.

Desafios

186. A Organização teve como desafio responder de forma oportuna e eficiente à pandemia de COVID-19 e, ao mesmo tempo, proteger as prioridades dos programas de base. As demandas concorrentes enfrentadas pelas autoridades nacionais, que se concentraram sobretudo na resposta à pandemia de COVID-19, e pelas representações da OPAS/OMS, afetaram a oportunidade das atividades planejadas. Por exemplo, a formulação e avaliação das estratégias de cooperação com os países foram postergadas, assim como a análise conjunta dos resultados para a avaliação de fim do biênio do Programa e Orçamento 2018-2019. Isso obrigou a RSPA a basear-se em agendas estratégicas ultrapassadas para orientar sua cooperação técnica. O interesse limitado dos doadores em programas que não estavam relacionados diretamente com a resposta à COVID-19 também afetou o financiamento das atividades planejadas durante o biênio.

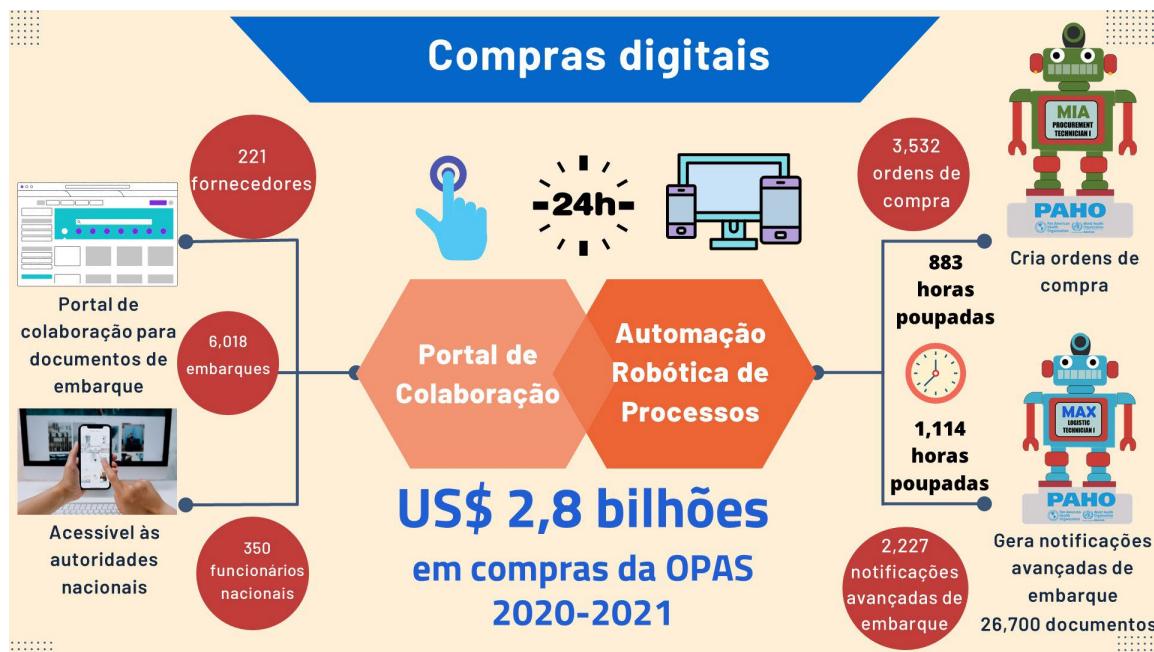
187. A crise financeira decorrente de atrasos significativos no recebimento das contribuições fixas dos Estados Membros e as medidas de contenção de custos tomadas em resposta à crise afetaram a prestação de cooperação técnica aos países. A Organização se viu obrigada a priorizar atividades e aplicar medidas de contenção de custos nos planos de trabalho que já haviam sido prejudicados pela pandemia. Apesar do recebimento de recursos flexíveis em 2021, algumas atividades foram canceladas ou adiadas.

188. As atividades da OPAS de conscientização de alto nível e de diálogo sobre políticas foram afetadas pela pandemia porque as reuniões presenciais foram canceladas, enquanto as visitas da Diretora aos países e as visitas das autoridades nacionais à sede da Organização foram adiadas. Além disso, testemunhou-se no biênio uma rotatividade sem precedentes de ministros e funcionários de alto escalão da saúde que afetou a continuidade dos processos e resultou na perda da memória institucional. As trocas de autoridades da saúde e a evolução das restrições impostas pela COVID-19 exigiram que a OPAS inovasse e implementasse maneiras alternativas de assegurar a continuidade das operações, visando as reuniões e workshops com os Estados Membros e outras partes interessadas.

189. Os níveis de pessoal permaneceram um desafio porque as demandas dos Estados Membros e o volume de trabalho continuaram a aumentar. Por exemplo, pessoal de diferentes formações foi destacado para a Equipe de Apoio à Gestão de Incidentes para ajudar na resposta à COVID-19. Embora a RSPA tenha se visto obrigada a adotar essas medidas para responder à pandemia, essa situação também contribuiu para uma escassez de recursos humanos que afetou os compromissos durante 2020-2021. A insuficiência de pessoal devido às restrições de contratação impostas pela crise financeira de 2020 foi especialmente desafiadora para as entidades facilitadoras, em sua maioria financiadas por recursos flexíveis.

190. A OPAS está passando por um aumento na proporção de pequenas subvenções (inferiores a \$100 mil), de 34% de todas as subvenções em 2018-2019 para 50% em 2020-2021. Isso está pressionando cada vez mais a Organização a negociar, rever, implementar, monitorar e prestar contas sobre essas subvenções. A mobilização de recursos deve se concentrar em subvenções de maior valor em períodos mais longos, com grande flexibilidade para alocação.

Compras digitais para aumentar a velocidade e eficiência no fornecimento de provisões de saúde



As compras da OPAS durante o biênio somaram \$2,8 bilhões, um aumento de 41% em relação a 2018-2019.

Crédito: Departamento de Compras e Gestão de Suprimentos da OPAS

A fim de responder às crescentes demandas dos Estados Membros por compras, a RSPA elaborou e implementou duas iniciativas digitais: o Portal de Colaboração da OPAS para Documentos de Embarque e os bots “Max” e “Mia”.

No fim de 2021, o Portal de Colaboração da OPAS havia sido consultado por 221 fornecedores, 350 pontos focais de ministérios da saúde de 44 países e territórios, e várias representações da Organização. O Portal permite aos usuários rastrear informações de embarque de forma rápida, o que foi fundamental durante a resposta à pandemia de COVID-19.

Em março de 2021, as equipes de compras e gestão de informações da RSPA lideraram o projeto e a implementação da automação robótica de processos (RPA, na sigla em inglês) usando a plataforma UIPath. O resultado dessa colaboração foi o bot Mia, que cria minutas de ordens de compra, e o bot Max, que gera notificações avançadas de embarque para os Estados Membros graças a capacidades de reconhecimento óptico de caracteres. A implementação da RPA permitiu à equipe de compras da RSPA economizar 1.997 horas de trabalho desde o início do uso da tecnologia. Com a economia de tempo graças aos bots, essa equipe aumentou a eficiência ao eliminar tarefas administrativas sem valor agregado e, com isso, conseguiu negociar ótimos preços e fortalecer parcerias com partes interessadas e fornecedores internos.

Em consequência dessas inovações, a OPAS foi reconhecida pela Procurement Leaders, uma rede mundial de compras, e ganhou o World Procurement Award 2021 pelo impacto digital, com a implantação da nova tecnologia e seu papel significativo na resposta à COVID-19 nas Américas.

Melhoria da prestação de contas pelos resultados e recursos financeiros

191. No contexto da pandemia e da crise financeira da Organização, a capacidade da OPAS de demonstrar responsabilidade pelos resultados e recursos financeiros se tornou mais importante do que nunca. O relatório de avaliação de fim do biênio apresentado aos Órgãos Diretores, incluída a avaliação conjunta com os Estados Membros, representa um dos quatro mecanismos-chave para o monitoramento, a avaliação e a prestação de contas do OP20-21. Os outros três são:

- a) Revisões financeiras mensais internas pela Direção Executiva da RSPA (EXM) e apresentação de relatórios mensais de monitoramento aos gerentes das entidades.
- b) Monitoramento e avaliação internos do desempenho da RSPA ao fim de cada semestre (a cada seis meses).
- c) Atualização trimestral do Portal do Orçamento por Programas da OPAS com informações sobre financiamento e execução do Orçamento por Programas, desagregadas por país.

192. Durante o biênio, a RSPA ampliou os esforços em cada um desses mecanismos. Foram levadas a cabo importantes melhorias nos sistemas, relatórios e apresentações usados para as revisões internas da avaliação e monitoramento do desempenho com EXM, o que gerou discussões e medidas mais concretas para acelerar a execução do Orçamento por Programas. Esses mecanismos também foram cruciais para a gestão da resposta da Repartição à crise financeira interna.

193. Durante 2020-2021, a RSPA fortaleceu ainda mais a cultura de resultados ao incorporar a função de avaliação ao Departamento de Planejamento e Orçamento. O objetivo é assegurar que o planejamento, a prestação de contas e a gestão baseada em resultados da RSPA incorporem lições tanto do monitoramento quanto da avaliação. Em 2021, foram elaborados uma nova Política de Avaliação e um novo Plano de Trabalho Institucional para Avaliação. A criação de uma nova estrutura institucional e de governança para avaliação também previu a elaboração de um novo manual de avaliação, de acordo com as normas e práticas internacionais.

194. Algumas avaliações planejadas para começar em 2020 tiveram de ser adiadas devido à pandemia. Em 2020, duas avaliações regionais encomendadas por entidades regionais foram finalizadas: a Avaliação do Nível Sub-regional de Cooperação Técnica — Coordenação de Programas Sub-regionais — Caribe e a Avaliação do Projeto Sistemas de Saúde Integrados na América Latina e no Caribe. Durante o último trimestre de 2021, a Avaliação de Recursos Humanos para a Saúde teve início. Foram elaborados os termos de referência das avaliações de três outros temas: a resposta da OPAS à COVID-19, a atuação da OPAS com respeito às doenças não transmissíveis e a situação da gestão baseada em resultados na OPAS. Essas avaliações estão em andamento e serão concluídas no biênio 2022-2023.

195. Para construir e reforçar a capacidade de conduzir avaliações de qualidade e promover seu uso para o aprendizado institucional, a OPAS organizou webinários e prestou apoio técnico e consultoria para avaliações descentralizadas no nível nacional. Destacam-se os programas conjuntos da OPAS, da FAO e do PNUD nas regiões de Ixil e Cuielco, no departamento de San Marcos, na Guatemala, ambos finalizados em 2021. Além disso, a RSPA assessorou uma avaliação sobre medidas para atender às necessidades de saúde dos migrantes venezuelanos na Colômbia que não tinham acesso ao sistema de saúde em meio à COVID-19. Por último, a OPAS também participou de cinco avaliações institucionais da OMS.

IV. Financiamento e execução do Orçamento por Programas da OPAS 2020-2021

196. O total aprovado no OP20-21 foi de \$650 milhões, compreendendo \$620 milhões para os programas de base e \$30 milhões para programas especiais. O orçamento para os programas de base abrange os 28 resultados intermediários do Plano Estratégico da OPAS 2020-2025 aprovado. O segmento de programas especiais abrange o Programa Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa, Hospitais Inteligentes, a resposta a surtos e crises e a manutenção da erradicação da pôlio.

197. O Orçamento por Programas global teve um excedente de financiamento de 48%, ou \$315 milhões, em relação ao orçamento total aprovado. No entanto, o segmento de programas de base teve um excedente de financiamento de apenas \$16 milhões. O elevado nível de financiamento orçamentário é explicado pelo grande volume de recursos recebidos para os programas especiais (\$329 milhões), superior a 10 vezes o montante indicativo projetado. Desse montante, 85% (\$280 milhões) foram destinados à resposta a surtos e crises para enfrentar a pandemia de COVID-19 e outras emergências de saúde. O excedente de financiamento também é explicado pelo pressuposto de que todas as contribuições fixas referentes a 2020-2021 foram pagas na totalidade; pela inclusão de todas as contribuições voluntárias disponíveis no biênio 2020-2021 (incluídas as transportadas para 2022, no total de \$97 milhões) e, finalmente, por recursos de outras fontes que não foram totalmente gastos durante 2020-2021.²⁴

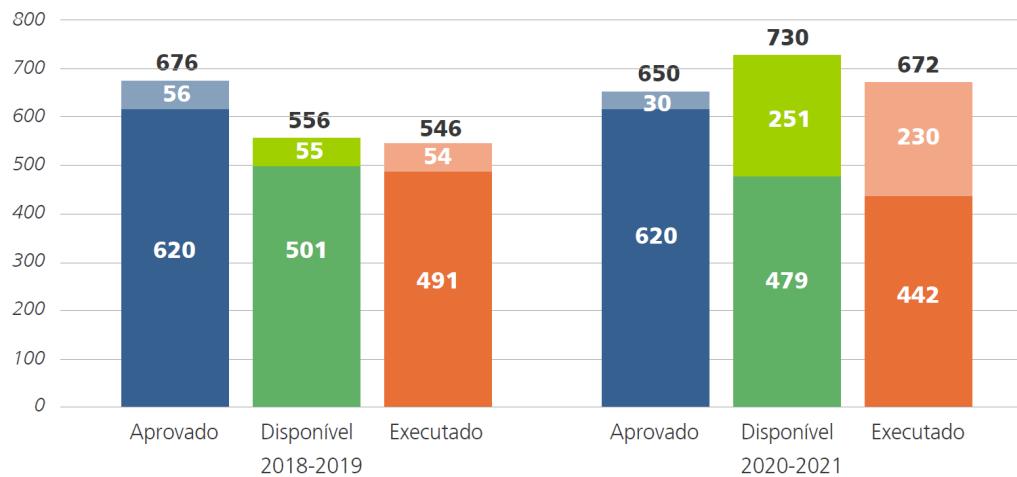
198. Como mostra a Figura 4, os recursos disponíveis para execução pelas entidades chegaram a \$730 milhões (\$479 milhões em programas de base e \$251 milhões em programas especiais). No encerramento do biênio, a execução foi de \$672 milhões (\$442 milhões em programas de base e \$230 milhões em programas especiais), ou 103% do orçamento total aprovado. Esse nível de execução é histórico, representando 23% (\$126 milhões) a mais do que em 2018-2019, um aumento impulsionado pela implementação do segmento de programas especiais. Contudo, os recursos para os programas de base foram afetados por atrasos no financiamento. Enquanto a execução dos programas de base foi 10% inferior à do biênio anterior, a execução dos programas especiais foi mais de quatro vezes superior à de 2018-2019.

199. Durante 2020-2021, a RSPA conseguiu manter um alto nível de desempenho apesar da combinação de desafios de uma crise financeira decorrente dos atrasos no pagamento das contribuições fixas dos Estados Membros e dos efeitos da pandemia de COVID-19 sobre as atividades planejadas. A Organização identificou oportunidades e mecanismos para mitigar os efeitos na implementação dos programas de base, aumentando a eficiência e a efetividade da cooperação técnica. Destacam-se a adoção de práticas prudentes de gestão financeira e medidas de redução de custos, a reprogramação e priorização e a aceleração da execução quando possível. Esses esforços levaram a muitas inovações e

²⁴ Essas outras fontes abrangem o Fundo Especial para Gastos de Apoio a Programas, o Fundo Mestre de Investimentos de Capital (FMIC); os serviços do Campus Virtual de Saúde Pública, a venda de vacinas e medicamentos do PROMESS, as vendas de publicações da OPAS e o Fundo Especial para a Promoção da Saúde.

eficiências em termos de gastos, como comunicações sem papel, a virtualização, a estratégia de dispositivo único para o uso de computadores e a redução de viagens — inovações que poderiam se tornar permanentes no trabalho da Organização no futuro.

**Figura 4. Orçamento por Programas da OPAS 2020-2021:
visão geral do orçamento e da execução
(milhões de US\$)**



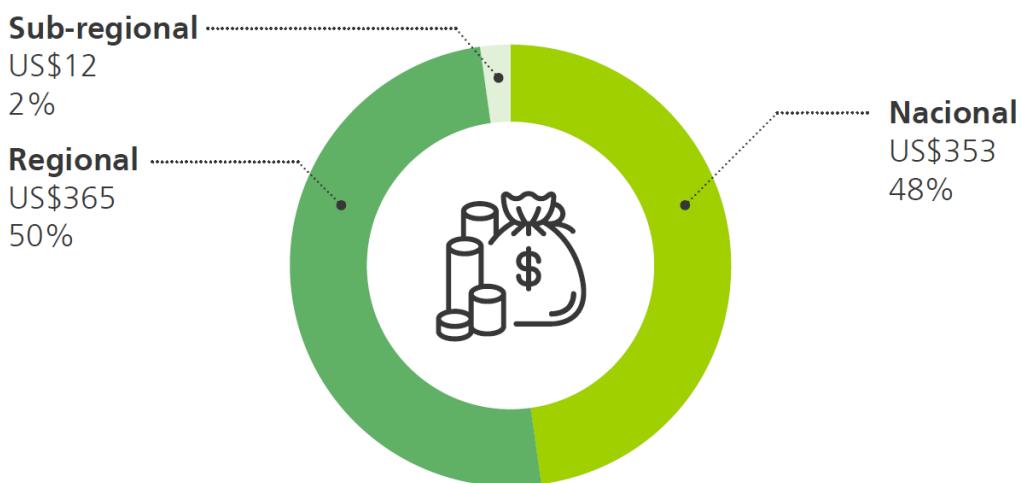
Segmentos inferiores: programas de base

Segmentos superiores: programas especiais e emergências

200. A Figura 5 apresenta a distribuição dos recursos disponíveis para execução em todos os segmentos da RSPA. Em 2020-2021, a RSPA alocou \$365 milhões (50%) de seus recursos disponíveis para os níveis nacional e sub-regional, um aumento em relação aos \$229 milhões (41%) alocados para esses níveis no biênio 2018-2019. Os recursos alocados para a resposta à COVID-19, cuja maior parte foi executada no nível nacional, foram fundamentais para esse resultado, considerando que 47% (\$172 milhões) dos \$365 milhões foram alocados para a resposta a surtos e crises no nível nacional.

201. Embora a distribuição de recursos para o nível nacional tenha sido superior aos 45% estabelecidos pela Política do Orçamento da OPAS, a RSPA assumiu o compromisso de continuar a maximizar a alocação de recursos para os níveis nacional e sub-regional. Além disso, é importante reconhecer que as funções técnicas e facilitadoras coordenadas pelo nível regional beneficiam diretamente os níveis nacional e sub-regional.

**Figura 5. Orçamento por Programas da OPAS 2020- 2021:
recursos disponíveis por nível funcional
(milhões de US\$)**



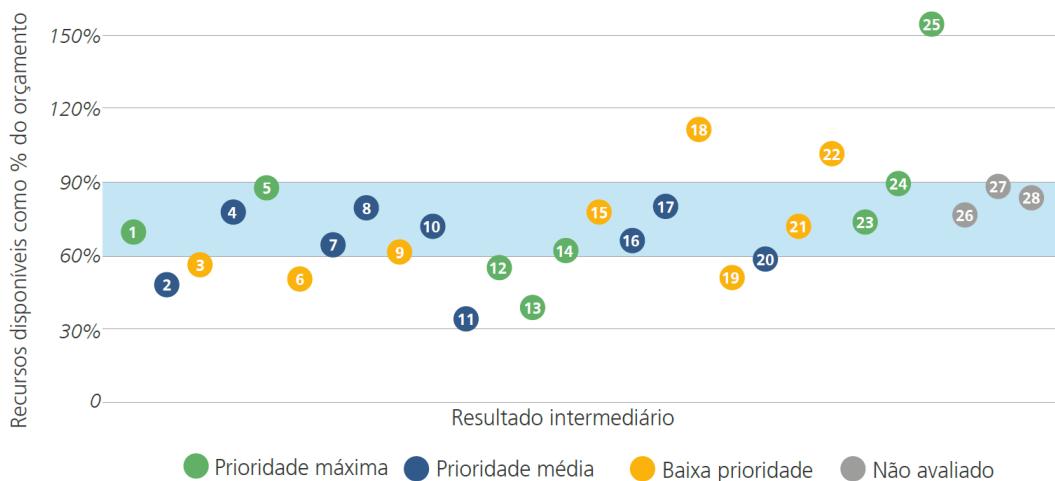
Programas de base

202. Ao final do biênio 2020-2021, os recursos disponíveis para os programas de base somavam \$479 milhões, dos quais 92% foram executados.

203. Uma análise mais profunda por resultado intermediário mostra que os níveis absolutos e relativos do financiamento variaram, como mostra a Figura 6. Dos 28 resultados intermediários, três tiveram financiamento em excesso em relação aos respectivos orçamentos aprovados: 25 (Detecção de emergências de saúde e respectiva resposta), com \$13,6 milhões (155%); 18 (Determinantes sociais e ambientais), com \$1,5 milhão (112%); e 22 (Pesquisa, ética e inovação para a saúde), com \$29 mil (101%). No entanto, 17 dos resultados intermediários tiveram financiamento entre 60% e 90% do orçado, e oito resultados intermediários tiveram menos de 60% dos recursos previstos.

204. Os resultados intermediários com o menor percentual de financiamento foram: 11 (Fortalecimento da proteção financeira), com 34% do respectivo orçamento aprovado; 13 (Fatores de risco para DNTs), com 39%; e 2 (Saúde ao longo de todo o ciclo de vida), com 48%. O subfinanciamento ocorreu porque, entre outras razões, algumas contribuições voluntárias são altamente vinculadas e houve interesse limitado dos doadores em certas áreas prioritárias. Devido à natureza integrada dos resultados intermediários no Plano Estratégico em questão, o financiamento para alguns resultados intermediários teria apoiado a implementação de atividades em outros resultados intermediários. Cumpre notar, porém, que alguns resultados intermediários foram orçados em excesso, como no caso do resultado intermediário 2 (Saúde ao longo de todo o ciclo de vida). Essa situação específica foi abordada no Orçamento por Programas 2022-2023.

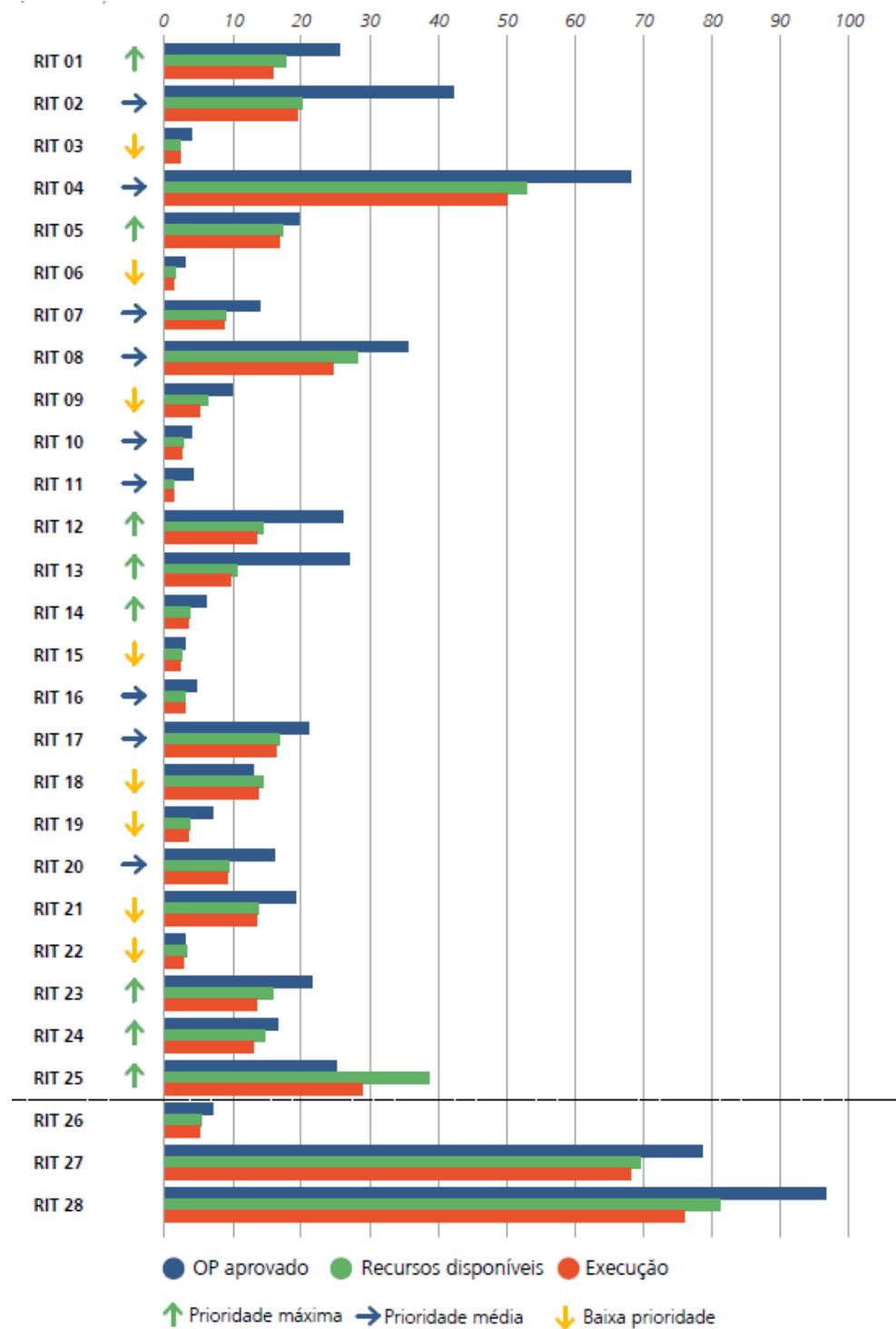
Figura 6. Nível de financiamento e prioridade por resultado intermediário, 2020-2021



205. Como previsto, houve uma correlação direta entre os recursos disponíveis e a execução, medida com base nos orçamentos aprovados. Os resultados intermediários com um alto nível de financiamento tiveram um alto nível de execução. De fato, os resultados intermediários 4 (Capacidade resolutiva para as doenças transmissíveis), 27 (Liderança e governança) e 28 (Gestão e administração) tiveram os níveis mais altos de financiamento e execução. Em consonância com isso, o respectivo déficit de financiamento foi baixo (entre 12% e 22%). Por outro lado, os resultados intermediários 6 (Capacidade resolutiva para a violência e os traumatismos) e 11 (Fortalecimento da proteção financeira) tiveram os níveis mais baixos de execução, financiamento limitado e déficits de 49% e 66%, respectivamente. Nos casos dos resultados intermediários 25 (Detecção de emergências de saúde e respectiva resposta), 18 (Determinantes sociais e ambientais) e 22 (Pesquisa, ética e inovação para a saúde), que receberam recursos acima dos respectivos orçamentos aprovados, os níveis de execução foram de 116%, 105% e 96% dos orçamentos aprovados, respectivamente.

206. Quando a execução é medida em relação aos recursos disponíveis, como mostra a Figura 7, 21 dos 28 resultados intermediários (75%) superaram 90% de execução, e seis resultados intermediários (21%) ficaram entre 80% e 90%. Apenas o resultado intermediário 25 teve uma execução inferior a 80% dos recursos disponíveis, chegando a 75%, o que se explica em parte pela transferência de alguns de seus recursos para 2022 e pela necessidade de executar outros recursos para a resposta a surtos e crises nos programas especiais. Os outros dois resultados intermediários com excesso de financiamento tiveram uma execução de 94% no caso do resultado intermediário 18 (Determinantes sociais e ambientais) e 95% no caso do resultado intermediário 22 (Pesquisa, ética e inovação para a saúde).

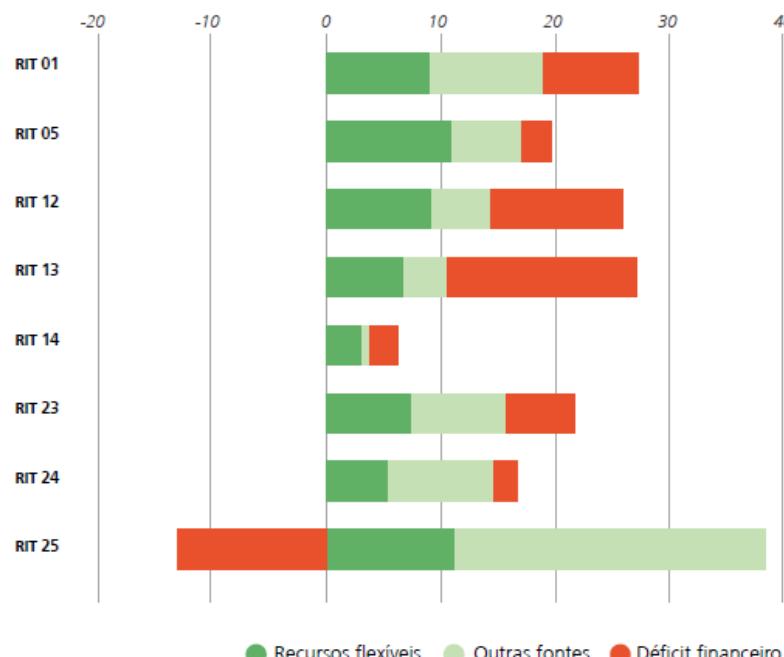
**Figura 7. Orçamento por Programas da OPAS 2020- 2021:
recursos aprovados, disponíveis e executados, por resultado intermediário
(milhões de US\$)**



207. A Repartição se esforça para reduzir os déficits de financiamento nos resultados intermediários de alta prioridade, usando mais recursos flexíveis quando necessário. A título de ilustração, a Figura 8 apresenta um resumo dos níveis de orçamento aprovados, recursos disponíveis por tipo principal de recurso e déficits de financiamento por resultados intermediários de alta prioridade. Cumpre notar que os temas transversais e a liderança, a governança e as funções facilitadoras da OPAS dependem principalmente dos recursos flexíveis.

208. Os resultados intermediários 12 (Fatores de risco das doenças transmissíveis) e 5 (Acesso a serviços para DNTs e problemas de saúde mental) se enquadram na linha mais alta de priorização e são dois dos resultados intermediários técnicos que receberam o maior montante de financiamento flexível. Ainda assim, dada a dependência de financiamento flexível para muitos outros resultados intermediários, e como as contribuições voluntárias foram insuficientes para alguns outros resultados intermediários, a Organização não conseguiu fechar completamente os déficits de financiamento de todos os resultados intermediários de alta prioridade (Nível 1). Os déficits dos resultados intermediários 13 (Fatores de risco das DNTs), 12 (Fatores de risco das doenças transmissíveis), 14 (Má nutrição) e 1 (Acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade) foram de 61%, 45%, 38% e 30% dos orçamentos aprovados, respectivamente. No entanto, é importante observar que dada a natureza interprogramática do OP, o financiamento de um resultado intermediário pode compensar a falta de financiamento de outro, contribuindo para as prioridades existentes da OPAS de forma integrada.

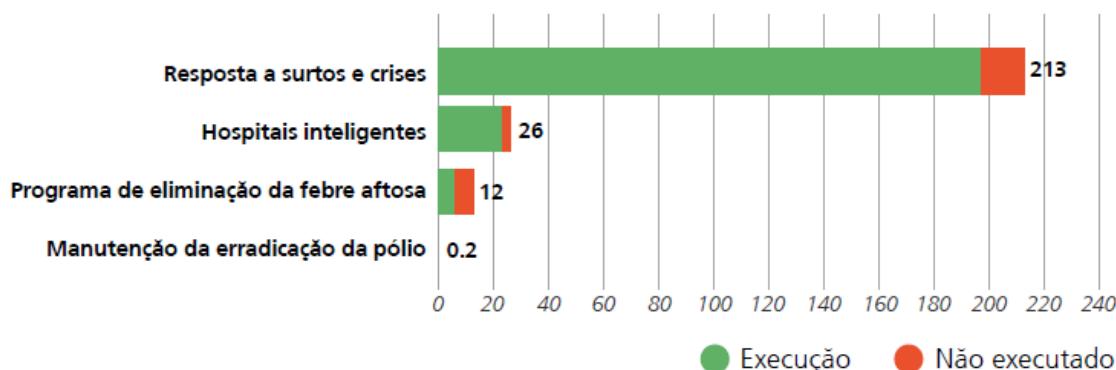
Figura 8. Orçamento por Programas da OPAS 2020-2021: Recursos aprovados e disponíveis para execução dos resultados intermediários de alta prioridade, por tipo de recursos (milhões de US\$)



Programas especiais

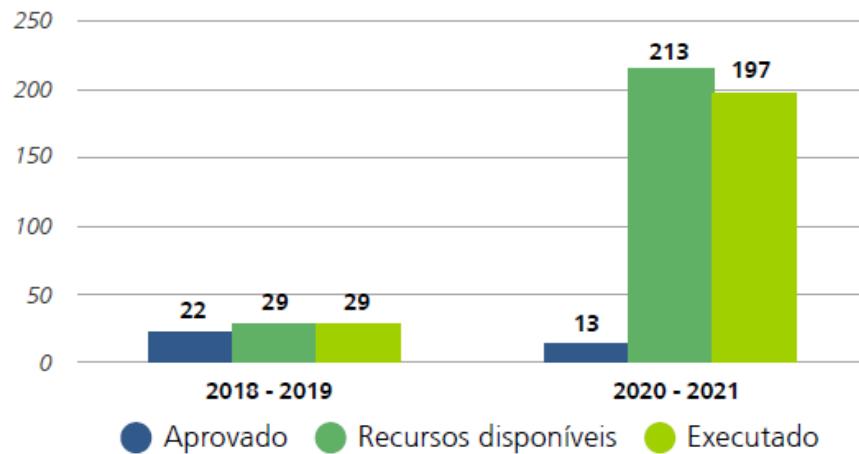
209. Conforme definido no OP20-21 aprovado, o segmento dos programas especiais é considerado meramente indicativo, dada a incerteza sobre as necessidades e o financiamento desse segmento quando o Orçamento por Programas foi elaborado. Devido à pandemia de COVID-19, a RSPA recebeu muito mais do que o montante indicativo aprovado para o biênio (\$30 milhões). O financiamento disponível para os programas especiais chegou a \$251 milhões em 2020-2021, dos quais \$213 milhões (85%) foram concentrados na resposta a surtos e crises. A iniciativa Hospitais Inteligentes representou 10% (\$26 milhões), e os 5% restantes (\$12 milhões) financiaram a erradicação da febre aftosa. O montante recebido para a manutenção da erradicação da pólio foi de \$200 mil (Figura 9).

**Figura 9. Programas especiais:
recursos disponíveis e execução
(milhões de US\$)**



210. A Figura 10 ilustra o financiamento disponível e a execução apenas do componente “resposta a surtos e crises” para 2018-2019 e 2020-2021. Em 2020-2021, a resposta a surtos e crises teve um montante indicativo estimado em \$13 milhões. Devido à pandemia de COVID-19, no entanto, a OPAS tinha à disposição um total de \$213 milhões para esse componente, superior a sete vezes o montante de recursos para a resposta a surtos e crises disponível em 2018-2019. Em 2020-2021, 92% dos recursos disponíveis foram executados. A maior parte dos recursos mobilizados para a resposta a surtos e crises em 2020-2021 foi de recursos relacionados à COVID-19, alocados em sua maior parte para o segmento de programas especiais do orçamento. Além da COVID-19, os recursos para a resposta a surtos e crises apoiaram os esforços da OPAS para manter uma resposta humanitária eficaz à situação na República Bolivariana da Venezuela, bem como aos furacões na América Central, ao terremoto no Haiti e a outras emergências na Região.

**Figura 10. Resposta a surtos e crises:
visão geral do orçamento, recursos disponíveis e execução
(milhões de US\$)**



211. Os recursos recebidos para responder à pandemia de COVID-19 merecem atenção especial. No total, o OP20-21 da OPAS recebeu \$232 milhões apenas para esse fim. A maioria desses recursos (\$194 milhões, ou 84%) financiou o segmento de programas especiais do Orçamento por Programas (Figura 9). O restante (\$38 milhões, ou 16%) foi recebido para complementar o financiamento dos programas de base e foi importante para a resposta integrada à pandemia. Isso, por sua vez, garantiu a continuidade da cooperação técnica, com foco na proteção dos serviços essenciais de saúde na Região. Muitos planos foram adaptados para permitir que a Organização estivesse à altura do momento histórico e, ao mesmo tempo, continuasse a cumprir os compromissos estabelecidos pelos Estados Membros no Orçamento por Programas.

212. Além disso, \$16 milhões foram executados por meio de contribuições voluntárias nacionais em países como Haiti, Honduras, Nicarágua e República Dominicana. Esses recursos não se enquadram no Orçamento por Programas, mas estão ligados programaticamente a emergências.

Principais fontes de financiamento para 2020-2021

213. As **contribuições fixas e receitas diversas orçadas** constituíram 33% do total dos recursos previstos para financiar o Orçamento por Programas. Como as contribuições fixas da OPAS são consideradas compromissos financeiros dos Estados Membros, são contabilizadas como “recursos disponíveis” na sua totalidade no início do biênio. Contudo, a OPAS precisa que os Estados Membros paguem em dia para fazer face aos compromissos no Orçamento por Programas aprovado e em seus planos operacionais.

214. Em 2020, a OPAS enfrentou uma crise financeira devido ao atraso no pagamento das contribuições fixas de vários Estados Membros, o que gerou incerteza financeira e um atraso na execução. Essa situação, agravada pelos efeitos da pandemia, obrigou a

Organização a estabelecer medidas de contenção de custos e reprogramar planos de trabalho para preservar sua capacidade operacional básica. Entre essas medidas, a maioria das quais foi eliminada gradualmente no início de 2021, destacava-se um plano de recursos humanos reduzido para o biênio 2020-2021, com um congelamento de todos os cargos vagos e reduções nos recursos para atividades e pessoal de curto prazo. Graças às medidas prudentes e adaptativas postas em prática pela alta administração, à determinação e empenho do pessoal, à colaboração nos três níveis da Organização, ao aumento da mobilização de recursos e à sensibilização junto aos Estados Membros, a Organização conseguiu atravessar essas tempestades. Esses esforços permitiram à OPAS continuar a cumprir seus mandatos e, ao mesmo tempo, aumentar a resiliência para o futuro, alcançando um alto nível de desempenho.

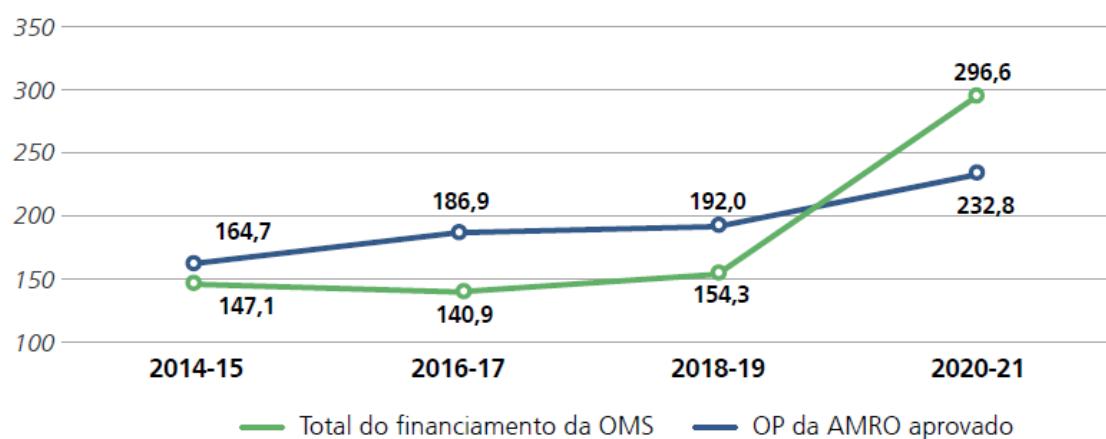
215. Os esforços de mobilização de recursos renderam \$210,6 milhões em **contribuições voluntárias da OPAS** durante 2020-2021, embora alguns desses recursos correspondam a acordos plurianuais que vão além desse biênio específico. Como mostra a Figura 11, 86% de todas as contribuições voluntárias disponíveis para execução em 2020-2021 vieram de 10 doadores. A RSPA aprecia imensamente a confiança de seus parceiros e o compromisso de apoiar o Orçamento por Programas. Ao mesmo tempo, a Organização apela por uma maior flexibilidade dos recursos e pelo alinhamento estratégico com as prioridades estabelecidas em seus mandatos. Em comparação com o biênio 2018-2019, a contribuição dos 10 principais doadores aumentou 45% (\$33,5 milhões) em 2020-2021.

**Figura 11. Dez principais doadores para o Orçamento por Programas da OPAS
2020-2021
(milhões de US\$)**



216. O financiamento recebido como **alocação da OMS para o Escritório Regional das Américas (AMRO)** chegou a \$296,6 milhões em 2020-2021. Esse montante foi 27% superior ao orçamento inicialmente aprovado para a AMRO e o nível mais alto de financiamento nos últimos quatro biênios (Figura 12). Desse total, 35% ou \$105,3 milhões foram recursos flexíveis,²⁵ e \$191,3 milhões corresponderam a contribuições voluntárias da OMS. Deste último montante, \$148,9 milhões foram destinados a emergências (\$136,6 milhões para programas especiais e \$12,3 milhões para programas de base) e \$42,4 milhões, a programas de base.

Figura 12. Níveis de orçamento e financiamento aprovados pela OMS para AMRO (milhões de US\$)



Nota: “OP do AMRO aprovado” refere-se ao espaço fiscal no orçamento por programas da OMS atribuído à Região das Américas. Pode ou não ser financiado na totalidade.

217. **Outras fontes** do OP20-21 abrangem as receitas da OPAS provenientes dos gastos de apoio a programas e todos os outros recursos especiais da OPAS que financiam o Orçamento por Programas. Representaram \$245 milhões em recursos disponíveis em 2020-2021, e 58% desses recursos foram destinados ao financiamento da resposta a surtos e crises em programas especiais. Cumpre notar que alguns desses recursos foram usados para cobrir a falta de contribuições fixas.

218. Embora não façam parte do Orçamento por Programas da Organização, as iniciativas patrocinadas por governos, conhecidas como **contribuições voluntárias nacionais**, são uma importante modalidade de financiamento que complementa o financiamento da cooperação técnica da RSPA no nível nacional. Os governos nacionais fazem essas contribuições para financiar iniciativas específicas no país que estão alinhadas com os mandatos técnicos da OPAS. Assim como os recursos do Orçamento por Programas, essas contribuições são administradas seguindo o Regulamento Financeiro e as Regras Financeiras da OPAS; são objeto de auditoria regularmente e são informadas nas demonstrações financeiras. Essa modalidade de financiamento está se tornando cada vez

²⁵ Considera as contribuições voluntárias básicas da OMS como parte da alocação de recursos flexíveis para as Américas.

mais importante para a cooperação técnica da RSPA em muitos países que não reúnem as condições para as contribuições voluntárias tradicionais devido ao nível de desenvolvimento econômico. As realizações programáticas para as quais as contribuições voluntárias nacionais concorrem são informadas como parte dos resultados globais da Organização. Em 2020-2021, essas contribuições ajudaram, sobretudo, nos resultados intermediários 4 (Capacidade resolutiva para as doenças transmissíveis), 8 (Acesso a tecnologias em saúde), 23 (Preparação para situações de emergência e redução de riscos) e 25 (Detecção de emergências de saúde e respectiva resposta).

219. As contribuições voluntárias nacionais devem ser compatíveis com o Plano Estratégico e com as estratégias de cooperação nos países da OPAS. No entanto, é difícil prever o nível desses recursos de um biênio para o seguinte. A Tabela 2 lista os governos que usaram essa modalidade de cooperação técnica e financiamento em 2018-2019 e 2020-2021. Em comparação com o biênio anterior, mais cinco governos executaram recursos por meio da OPAS em 2020-2021: Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua e República Bolivariana da Venezuela. É importante notar que as contribuições voluntárias nacionais não seguem o cronograma do Orçamento por Programas e, portanto, é comum que os montantes financiados durante 2020-2021 não se destinem a ser executados por inteiro nesse mesmo período. Esse é o caso de países como Jamaica e Trinidad e Tobago, que firmaram contribuições voluntárias nacionais no fim de 2021 para serem executadas durante 2022-2023.

**Tabela 2. Contribuições voluntárias nacionais destinadas à OPAS
e executadas durante 2018-2019 e 2020-2021
(US\$)**

Governo	Montante executado 2018-2019	Montante executado 2020-2021
Argentina	1.655.751	3.404.330
Brasil	109.791.250	87.959.929
Chile	13.083	-
Colômbia	1.279.441	199.413
Costa Rica	739.001	886.687
Equador	52.810	27.626
Guatemala	142.894	-
Guiana	-	101.458
Haiti	-	6.250.590
Honduras	-	754.042
Ilhas Virgens Britânicas	148.627	161.726
México	2.270.748	1.633.607
Nicarágua	-	883.199
Panamá	530.263	533.948
Paraguai	43.389	70.611
República Dominicana	15.024.133	14.575.160
Trinidad e Tabago	303.036	-
Uruguai	88.700	4.173
Venezuela (República Bolivariana da)	-	10.576.782
Total das contribuições voluntárias nacionais	132.083.126	128.023.281

V. Análise de risco

220. Os riscos e as oportunidades institucionais foram identificados como parte do Plano Estratégico da OPAS 2020-2025. Foram identificados 11 riscos fundamentais, juntamente com seus possíveis impactos adversos para a consecução dos resultados do Plano e com ferramentas para mitigar os riscos. Durante 2020 e 2021 a pandemia de COVID-19 pôs à prova funções centrais da Organização relacionadas às compras, à gestão da continuidade das operações, à sustentabilidade financeira e à capacidade da RSPA de apoiar a resposta e levar a cabo a cooperação técnica com os Estados Membros. Apesar dos riscos maiores devido à situação social, política e econômica instável nos Estados Membros, a implementação das atividades da OPAS manteve os mais altos níveis de prestação de contas.²⁶ Mesmo agora, a trajetória da pandemia nas Américas permanece altamente incerta. Isso significa que o controle da pandemia continuará a exigir uma resposta abrangente com capacidade sustentada das redes de serviços de saúde, medidas sociais e de saúde pública sustentadas, operações de vacinação direcionadas e medidas de controle de surtos, como a detecção precoce, a investigação e o isolamento de casos e o rastreamento e quarentena de contatos.

221. Enquanto a pandemia se desenrolava, a RSPA enfrentava uma ameaça sem precedentes à solidariedade pan-americana e à própria existência da instituição. Devido ao não pagamento de contribuições fixas por parte de vários Estados Membros, a Organização se encontrava à beira da insolvência. Uma sessão especial do Comitê Executivo foi realizada de maneira virtual para que os Estados Membros pudessem fazer um monitoramento e oferecer orientação sobre questões relacionadas com a situação financeira interna e a resposta à emergência. Não obstante, essa situação crítica proporcionou um estímulo para a gestão da mudança. Uma vez ativados os planos de continuidade das operações para cada local de trabalho, orientações administrativas foram fornecidas e monitoradas regularmente.

222. A realidade enfrentada pela Organização durante 2020-2021 mostrou que o sistema de Gestão de Riscos Institucionais (ERM) implementado pela RSPA, que visa aumentar a transparência e melhorar a governança e a prestação de contas, é parte integrante das operações e da tomada de decisões da RSPA. Também é um componente fundamental da gestão baseada em resultados. O enfoque de gestão de riscos, considerando os 11 riscos fundamentais identificados para a execução do Plano Estratégico, aumenta a capacidade gerencial, alavanca os recursos e o conhecimento do pessoal para melhor informar a Direção Executiva e otimiza o desempenho da Organização e, portanto, a obtenção de resultados.

²⁶ Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo, 1º de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2020 (*Documento Oficial 362*). Washington, DC: OPAS, 2020.

223. Devido às condições particulares do biênio 2020-2021, os riscos foram monitorados, revistos e priorizados sistematicamente, o que abrange o nível de tolerância ao risco.²⁷ Foram informados na declaração de controle interno que faz parte do Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo.

224. As informações contidas no registro de riscos institucionais são examinadas regularmente, e as principais constatações são informadas à Direção Executiva durante o processo de monitoramento e avaliação do desempenho institucional. A lista de riscos foi revista e priorizada pela Comissão Permanente de Conformidade e Gestão de Riscos da OPAS e pela Direção Executiva, com o intuito de monitorar as estratégias de mitigação e preparar o Orçamento por Programas 2022-2023. Na revisão e priorização de riscos, consideraram aspectos como o uso de riscos como possíveis oportunidades; as implicações programáticas e financeiras; a identificação de riscos novos e emergentes; e decisões para fortalecer a cultura de risco organizacional. Com base nesse exercício, o conceito de nível de tolerância foi incorporado como parte do registro de riscos institucionais para reforçar o vínculo entre os controles internos e os riscos, e questões específicas relacionadas ao uso desse registro são incluídas na pesquisa trimestral de conformidade feita com os gerentes dos centros de custos.

225. A Tabela 3 mostra as principais áreas de risco geridas durante 2020-2021. As medidas de mitigação estão descritas abaixo e se aplicam a um ou mais riscos.

²⁷ Sistema das Nações Unidas, Conselho de Executivos para a Coordenação. *Guidelines on Risk Appetite Statements (final)*, 38^a Sessão do Comitê de Alto Nível sobre Gestão, 15 e 16 de outubro de 2019 (documento CEB/2019/HLCM/26, disponível em inglês). Anexo 1: A tolerância ao risco é o “nível aceitável de variação que uma entidade está disposta a aceitar em relação à busca de seus objetivos”. Página 23: “As tolerâncias ao risco também podem ser definidas como limites quantitativos que alocam o apetite de risco da organização para tipos específicos de risco, unidades atividades e segmentos operacionais, e outros níveis. Certas tolerâncias ao risco são limites definidos em políticas que não devem ser ultrapassados, salvo em circunstâncias extraordinárias (limites rígidos), enquanto outras tolerâncias ao risco são pontos de orientação ou de acionamento para revisões de risco e mitigação (limites flexíveis). Embora o apetite de risco seja uma determinação estratégica baseada em objetivos de longo prazo, a tolerância ao risco pode ser vista como uma prontidão tática para suportar um risco específico dentro dos parâmetros estabelecidos” (traduções livres).

Tabela 3. Principais áreas de risco geridas durante 2020-2021 e respectivo alcance

Área de risco	Alcance
Dependência e necessidade de assegurar que os Estados Membros cesteiem seus compromissos financeiros ²⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Descumprimento dos compromissos financeiros por parte de alguns Estados Membros (contribuições fixas) • Recursos insuficientes ou declínio dos investimentos para implementar o Plano Estratégico da OPAS e alcançar seus objetivos, incluídos os fundos por meio dos mecanismos de contribuição voluntária • Colapso ou crise de governança que pode atrasar o cumprimento das obrigações financeiras ou prejudicar o desenvolvimento programático
Capacidade de apoiar as necessidades dos Estados Membros mediante mobilização de recursos, alavancagem de parceiros e doadores	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de diversificação de parceiros e doadores • Incapacidade de formular e implementar planos de mobilização de recursos
Incapacidade de manter a continuidade das operações e de cumprir o dever de cuidar em favor do pessoal da RSPA durante a pandemia	<ul style="list-style-type: none"> • Descumprimento dos protocolos de segurança no local de trabalho para garantir a saúde e o bem-estar do pessoal • Falta de planos atualizados de continuidade das operações nos locais de trabalho da OPAS
Incapacidade de responder rapidamente às necessidades dos Estados Membros em emergências e desastres (surtos e eventos naturais)	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de prestar apoio adequado e cooperação técnica aos Estados Membros em casos de surtos, pandemias ou novas doenças (pandemia de COVID-19) • Incapacidade de fortalecer e apoiar sistemas de saúde responsivos e adaptáveis diante dos riscos da situação atual de pandemia • Falta de um sistema de monitoramento na Região para ondas e surtos epidêmicos recorrentes • Incapacidade de tornar as vacinas contra a COVID-19 acessíveis, de forma eficaz e equitativa, e alcançar uma cobertura populacional adequada
Prioridades nacionais concorrentes que reduzem a atenção às prioridades de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da escala da emergência causada pela COVID-19 e de novas crises humanitárias que podem afetar os resultados em termos de saúde • Sistemas de informação com dados desagregados limitados e dados escassos sobre os determinantes sociais da saúde

²⁸ Regulamento Financeiro e Regras Financeiras da Organização Pan-Americana da Saúde. No Regulamento Financeiro (última atualização aprovada pela resolução CD58.R7, de 29 de setembro de 2020), o Artigo IV, parágrafo 4.4, refere-se à obrigação legal dos Estados Membros de disponibilizar as contribuições fixas para execução no primeiro dia do período orçamentário ao qual se referem.

Área de risco	Alcance
Prontidão da infraestrutura de tecnologia/sistemas para apoiar a transformação digital	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos insuficientes para desenvolver aplicativos para a modernização do local de trabalho e a continuidade das operações • Brechas na cibersegurança
Reputação da RSPA	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial de fraude, conflitos de interesses e/ou conduta indevida

226. Para gerir riscos, várias medidas de mitigação são incorporadas ao programa regular de trabalho dos responsáveis pela gestão dos riscos e são monitoradas regularmente pelo Programa de Gestão de Riscos Institucionais, Comissão Permanente de Conformidade e Gestão de Riscos, Direção Executiva e outras entidades. O alcance dessas medidas, com diversos níveis e dimensões, abrange a formulação ou revisão de políticas e procedimentos, a confirmação regular da conformidade dentro de processos operacionais específicos, o monitoramento da execução dos convênios de doação, a capacitação para formar capacidade interna em diversas áreas de trabalho, o processo consultivo regular e *ad hoc* com os Estados Membros, a manutenção de comunicações com as partes interessadas internas e externas com respeito ao progresso e desafios da RSPA, o monitoramento da implementação da resposta da RSPA durante a emergência e o dever de cuidado e a realização de avaliações ou auditorias.

227. Para os fins deste relatório, as medidas de mitigação podem ser classificadas pelo nível de intervenção: estratégica ou operacional/técnica. A natureza da mitigação do risco pode ser técnica, financeira, política ou administrativa. Entretanto, é importante destacar que o entendimento geral das medidas de mitigação se baseia nas causas fundamentais dos riscos identificados, nas interações de riscos decorrentes de causas comuns e no alcance da Organização em termos de mandato, estrutura de governança e políticas atuais em vigor. Entre as principais medidas de mitigação informadas pelas entidades da RSPA, figuram as seguintes:

Medidas estratégicas de mitigação:

- Consultar os Estados Membros regularmente e promover o diálogo para encontrar soluções regionais, respeitando as necessidades e prioridades específicas dos países.
- Manter canais de comunicação abertos e manter as partes interessadas internas e externas informadas continuamente sobre o progresso e os desafios.
- Promover o diálogo e a solidariedade entre os países para reduzir as iniquidades e responder melhor aos riscos emergentes.
- Defender, no nível nacional, o financiamento para a saúde.
- Ampliar o papel das representações e dos diretores dos departamentos regionais para favorecer o diálogo político de alto nível para garantir o compromisso dos

Estados Membros e parceiros, dando prioridade aos programas de saúde com foco na equidade em saúde.

- f) Criar e promover oportunidades de colaboração entre Estados Membros, organismos das Nações Unidas e outras organizações não governamentais.
- g) Defender o fortalecimento e o financiamento contínuos, no nível nacional, da primeira linha de resposta a emergências.
- h) Continuar a defender o investimento e a atualização dos sistemas integrados de informação para a saúde com capacidade para gerar e analisar dados de saúde desagregados.

Medidas de mitigação operacionais e técnicas:

- a) Monitorar a arrecadação das contribuições fixas e continuar a explorar mecanismos para tornar essa arrecadação mais oportuna.
- b) Identificar outros recursos e mecanismos de financiamento disponíveis para a Organização.
- c) Melhorar a governança de projetos financiados por contribuições voluntárias (aproveitamento das lições extraídas, gestão de riscos e gerenciamento de projetos).
- d) Prestar cooperação técnica para fortalecer: *i*) a liderança, a gestão e a governança; *ii*) a inteligência epidemiológica; *iii*) os sistemas de saúde e as redes de prestação de serviços; *iv*) a resposta e a cadeia de suprimento das operações de emergência. Apoiar os Estados Membros na compra de vacinas contra a COVID-19 e de provisões de saúde pública por meio do Fundo Rotativo e do Fundo Estratégico.
- e) Monitorar a implementação, no nível nacional, do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e a aceleração das medidas dos Estados Membros para fortalecer os sistemas de informação para a saúde.
- f) Adotar soluções digitais para acesso a dados oportunos (quase em tempo real) e desagregados para apoiar a tomada de decisões para responder à pandemia de COVID-19.
- g) Ajustar as políticas para que a Organização cumpra seu mandato num ambiente que promova a prestação de contas, um local de trabalho respeitoso e o dever de cuidar.
- h) Monitorar para que os acordos com doadores sejam implementados integralmente e dentro do prazo, e desenvolver a capacidade interna em gerenciamento de projetos e envolvimento com os doadores.
- i) Continuar a gerar eficiências na execução orçamentária.
- j) Assegurar que os procedimentos operacionais padronizados da RSPA sejam aplicados ao organizar equipes de apoio em casos de surtos, desastres ou outras emergências declaradas.

- k) Monitorar, aprender e adaptar a gestão da continuidade das operações para todos os locais de trabalho da RSPA a fim de apoiar o dever de cuidar e a resposta à COVID-19, bem como manter a presença da cooperação técnica da Organização.
- l) Manter e atualizar o programa de segurança da informação e capacitar o pessoal da RSPA para conscientizar sobre os procedimentos de segurança da informação e aumentar a conformidade.

VI. Lições extraídas e recomendações

Visão geral

228. O biênio 2020-2021 será lembrado como um dos períodos mais críticos durante os primeiros 120 anos da OPAS. Portanto, documentar as lições extraídas e identificar recomendações de como avançar torna-se mais importante do que nunca. Essas lições baseiam-se na experiência da OPAS durante o biênio 2020-2021, mas convém examiná-las no contexto mais amplo das várias revisões que estão ocorrendo nos níveis nacional, sub-regional, regional e mundial. Embora o impacto total da pandemia de COVID-19 ainda não tenha sido visto, este relatório contém reflexões importantes sobre como a OPAS enfrentou a pandemia de COVID-19 e a crise financeira e, ao mesmo tempo, avançou no primeiro biênio do Plano Estratégico. Como a Região pretende *proteger, recuperar e construir para fortalecer*, esta revisão busca assegurar que, durante 2022-2023 e mais além, sejam elaboradas medidas que levem em conta o conhecimento e a compreensão adquiridos ao longo dos últimos dois anos.

229. A OPAS identificou lições que podem ser vistas de múltiplos ângulos, com aspectos políticos, estratégicos, técnicos e gerenciais, como descrito abaixo. As lições aqui apresentadas abrangem práticas positivas e inovadoras que devem ser promovidas para melhorar a implementação dos programas e assegurar a obtenção dos resultados. Também abarcam práticas e experiências adversas que precisam ser documentadas e compartilhadas para evitar sua recorrência, pois a OPAS continua a implementar o PE20-25 e a ASSA2030.

Aspectos políticos

230. Se a pandemia nos ensinou algo, foi que a saúde não pode ser separada do desenvolvimento. A pandemia de COVID-19 destacou as ligações inextricáveis entre saúde, desenvolvimento social e economia, e as evidências sugerem que controlar a crise sanitária é a chave para uma recuperação econômica sustentável e equitativa. A pandemia trouxe importantes lições sobre as dimensões políticas e estratégicas da saúde e a necessidade de fortalecer ainda mais as capacidades da OPAS para analisar e prever, de maneira proativa, cenários e tendências de modo a estar mais bem preparada. A capacidade demonstrada pelos Estados Membros da OPAS em sustentar a resposta à pandemia também apresenta a oportunidade de iniciar uma reflexão estratégica para remodelar o futuro da cooperação técnica.

231. A OPAS provou ser de valor fundamental para os Estados Membros em seu papel de catalisadora, agregadora e intermediadora de confiança durante uma emergência sanitária sem precedentes. Ao mesmo tempo em que respondia à pandemia, a Organização também atuou de modo a proteger os serviços essenciais de saúde em colaboração com os Estados Membros e parceiros, em consonância com sua missão e valores. A liderança técnica e o envolvimento constante com as autoridades nacionais foram cruciais para que a Organização conseguisse exercer seu mandato como organismo líder na saúde para as Américas e ajudar os países a enfrentar uma emergência de tão grande magnitude e

duração. Igualmente importante foi a comunicação estratégica, sobretudo ao compartilhar evidências e melhorar a forma como a história era contada. Coletivas de imprensa e artigos de opinião regulares tiveram um tremendo impacto positivo no reconhecimento do nome da OPAS em todo o mundo e permitiram que a Organização estendesse seu alcance a um público mais amplo. Diante de uma “infodemia” de desinformação e desconhecimento em torno da COVID-19, a OPAS trabalhou para ampliar o acesso e o uso de evidências e informações atualizadas. Além disso, estão sendo produzidos relatórios anuais sobre os países que iluminam o trabalho da OPAS e o valor agregado no nível nacional.

232. Embora a OPAS tenha exercido uma função de liderança na Região e no mundo, as contribuições nos fóruns mundiais oriundas da Região das Américas, tanto da RSPA como dos Estados Membros, foram essenciais para a resposta. A coordenação com a OMS melhorou consideravelmente e levou a um maior acesso a projetos colaborativos com financiamento e participação em iniciativas mundiais, bem como ao acesso às experiências de outras regiões. Da mesma forma, o trabalho conjunto com outros organismos, programas e fundos do sistema das Nações Unidas e outras organizações internacionais facilitou a mobilização de recursos financeiros e técnicos. As representações exerceiram um papel de liderança forte e constante no sistema da ONU no nível nacional. O envolvimento da OPAS em parcerias com múltiplas instituições foi fundamental para a resposta à pandemia e proporcionou oportunidades para a mobilização conjunta de recursos. A sensibilização e a presença nos mecanismos mundiais (os consórcios e o Acelerador do Acesso às Ferramentas contra a COVID-19) mostraram-se muito produtivas e possibilitaram que a OPAS posicionasse a Região para o projeto de transferência de tecnologia em imunizantes de mRNA, entre outros.

233. Enfrentar grandes ameaças à saúde pública exige instituições de saúde pública fortes nos níveis nacional e internacional, com mandatos claros, mecanismos de boa governança e recursos financeiros e humanos suficientes. As barreiras ao acesso, a fragmentação e a segmentação dos sistemas de saúde devem ser tratadas por meio de reformas de política abrangentes e legislação mais forte. Conforme a resposta à pandemia continua, em breve os países serão obrigados a contemplar uma era de desenvolvimento pós-COVID-19 na qual priorizem, aumentem e incorporem a resiliência nas sociedades e sistemas de saúde e continuem avançando rumo à consecução dos ODS. Os países precisarão priorizar o fortalecimento dos sistemas de saúde para alcançar a saúde universal com base na estratégia regional para sistemas de saúde resilientes. A preparação e resposta às pandemias será um componente crucial desse trabalho.

234. A cooperação sul-sul, a cooperação entre os países para o desenvolvimento da saúde e as iniciativas sub-regionais continuam a oferecer oportunidades para defender uma resposta mais forte dos sistemas de saúde, promover as recomendações da OPAS/OMS aos países e ampliar o envolvimento com os programas nacionais e, ao mesmo tempo, criar espaços para o intercâmbio de experiências. A colaboração e a coordenação entre países, doadores e parceiros externos são ainda mais essenciais num contexto de prioridades concorrentes. Isso é ilustrado, por exemplo, pela rápida implementação de estratégias e

intervenções na América Central graças à Iniciativa Regional para a Eliminação da Malária e a mobilização do apoio do Fundo Global para a República Bolivariana da Venezuela.

Recomendações

- a) Intensificar a defesa da saúde nos mais altos níveis de governo, buscando assegurar os vínculos entre a saúde, a economia, a proteção social e a preparação e resposta a pandemias.
- b) Aproveitar a visibilidade que a OPAS ganhou em virtude da resposta à COVID-19 e estendê-la a outras áreas e outros públicos (em especial, à medida que a fadiga da pandemia se instale).
- c) Continuar a prestar cooperação técnica e apoio para promover um posicionamento mais alto do setor da saúde na preparação e resposta a emergências de saúde, com o intuito de pôr a saúde no centro de todas as políticas.
- d) Usar a posição singular da OPAS como organismo líder da resposta à COVID-19 dentro do sistema interamericano para reunir inteligência estratégica e, assim, aumentar a influência da Organização e identificar novas oportunidades de parceria.
- e) Avaliar a efetividade da resposta da RSPA à COVID-19 e formular estratégias e planos urgentes para reorientar a cooperação técnica da Repartição no mundo pós-pandemia, assegurando uma melhor preparação para a próxima pandemia e intensificando os esforços para atingir toda a gama de metas da saúde para a Região.
- f) Defender um maior investimento em recursos humanos e financeiros para comunicar a função e as realizações da Organização e para enfrentar os desafios políticos e diplomáticos emergentes no contexto político em evolução na Região.
- g) Continuar a pôr em prática iniciativas que promovam a colaboração entre os países da Região e suas sub-regiões.

Aspectos estratégicos

235. Apesar das restrições impostas pela pandemia de COVID-19 e pela crise financeira, a RSPA conseguiu levar à frente muitas das atividades planejadas e obter importantes avanços na agenda de cooperação técnica. A RSPA usou a pandemia como um ponto de entrada para defender o fortalecimento dos serviços essenciais de saúde e dos sistemas de saúde, mostrando que, mesmo em emergências agudas, as prioridades da saúde pública podem ser abordadas. Agilidade, flexibilidade, capacidade de resposta e, em alguns casos, repriorização foram mais importantes do que nunca como enfoques da cooperação técnica. Ao mesmo tempo, a diplomacia sanitária eficaz e o envolvimento regular, sistemático e persistente com as autoridades nacionais em diversos níveis foram fundamentais para garantir a execução de planos de trabalho e a obtenção dos resultados desejados.

236. Um trabalho intersetorial forte continua a ser essencial para a eficácia da cooperação técnica da RSPA. A coordenação de alto nível entre os setores foi crucial para conter e mitigar a pandemia. A sustentabilidade desses mecanismos é crucial para assegurar

o enfoque da saúde em todas as políticas no longo prazo. Por exemplo, quando se trata da violência e traumatismos, garantir o acesso em tempo hábil a atendimento de emergência de qualidade envolve desafios e oportunidades comuns a vários setores e, portanto, existe a possibilidade de ganhos para todos. Esse é um momento oportuno para avançar, já que governos, parceiros e doadores estão buscando cada vez mais tratar esses tópicos de forma coordenada e integrada.

237. As organizações da sociedade civil têm um papel fundamental no esforço para levar as prioridades à frente. Proporcionar apoio e assessoria técnica a essas organizações pode ajudar a promover evidências, recomendações e melhores práticas.

238. O trabalho no nível local tornou-se muito importante durante a pandemia. Os governos locais têm uma função clara a cumprir para promover e proteger a saúde nas comunidades. As redes regionais, nacionais e subnacionais de governos locais ofereceram plataformas valiosas para disseminar informações e defenderam a inclusão da promoção da saúde nas agendas dos governos locais. Da mesma forma, os sistemas de saúde que recorrem a agentes comunitários de saúde tiveram mais êxito do que outros sistemas ao comunicar medidas de saúde pública. Durante a pandemia, as equipes de saúde locais demonstraram resiliência e capacidade de incorporar tópicos como a malária e o controle integrado de vetores aos serviços de saúde de rotina. A presença da OPAS em campo foi fundamental para coordenar a resposta entre grupos priorizados em locais de difícil acesso.

239. O trabalho interprogramático possibilitou um enfoque integrado para responder às exigências dos Estados Membros e, com isso, foram obtidos melhores resultados durante a pandemia do que teria sido o caso sem essa colaboração. Esses enfoques foram contemplados no PE20-25, e os investimentos anteriores facilitaram uma resposta oportuna, eficiente e efetiva à crise. As atividades coordenadas na Equipe de Apoio à Gestão de Incidentes, incluindo representações da OPAS/OMS e departamentos técnicos e facilitadores, impulsionaram a prestação de cooperação técnica. Ainda assim, a crise oferece uma oportunidade de fazer um balanço e empreender mudanças no modelo de trabalho.

240. Novas modalidades de cooperação técnica foram estabelecidas, como parcerias, redes e modos diversos de capacitação virtual, que se mostraram essenciais para uma resposta coordenada. Os esforços de mobilização de recursos para fazer face à COVID-19 facilitaram o estabelecimento de novas parcerias e ajudaram a construir relacionamentos para o trabalho de desenvolvimento na era pós-pandemia. A crise proporcionou uma oportunidade de expandir estratégias e inovações no intuito de reunir parceiros em torno da agenda da saúde — uma oportunidade que não pode ser desperdiçada.

Recomendações

- a) Fortalecer o envolvimento da Organização no diálogo de alto nível com ministérios da saúde e das finanças, instituições financeiras internacionais e doadores para continuar a defender o aumento, melhoria e sustentabilidade do investimento público na saúde.

- b) Fortalecer o trabalho com outros setores, ouvindo e envolvendo as comunidades e a sociedade civil, para melhor posicionar a saúde nas agendas nacionais e para abordar temas que envolvam agentes de fora do setor da saúde.
- c) Continuar a promover o trabalho interprogramático como um enfoque eficiente e com boa relação custo-benefício para a cooperação técnica.
- d) Fortalecer as relações com o meio acadêmico e os Centros Colaboradores da OPAS/OMS para melhor atender às demandas de cooperação técnica, e elaborar um enfoque direcionado para aumentar o número de centros colaboradores.
- e) Defender investimentos sustentados em áreas de trabalho relativas a emergências de saúde e aproveitar as lições extraídas da pandemia, reconhecendo que essas emergências podem ter um impacto extraordinário em todos os setores.
- f) Fortalecer as competências e o conhecimento adquirido de processos e mecanismos para oferecer uma forte cooperação técnica usando meios virtuais e integrar programas e atividades, dando-lhes sinergia e rompendo silos.

Aspectos técnicos

241. Como indicado acima, retrocessos puseram em risco o progresso rumo ao cumprimento das metas do PE20-25, da ASSA2030 e dos ODS. O efeito sobre as populações mais vulneráveis foi desproporcional. Gerar impacto exige a implementação sustentada de intervenções comprovadas e um enfoque integrado em toda a Organização que se volte atentamente para os determinantes da saúde e as barreiras ao acesso, bem como para o impacto das intervenções nos sistemas e serviços de saúde.

242. Durante a pandemia, foi essencial negociar, coordenar e integrar serviços de emergência públicos e privados, o primeiro nível da atenção, os hospitais, as equipes médicas de emergência e os locais alternativos de atendimento médico para conter e mitigar a propagação da COVID-19 e manter o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade. Muitas experiências positivas durante o biênio mostraram o potencial de acelerar a inovação na gestão de serviços de saúde. Destaca-se, sobretudo, a reorganização rumo a redes integradas de serviços de saúde, com ênfase no fortalecimento do primeiro nível da atenção e na incorporação de soluções de telemedicina.

243. A pandemia pôs à prova praticamente todas as disposições do RSI. A crise oferece oportunidades sem precedentes para identificar, compreender e avaliar as capacidades básicas nacionais, as ferramentas técnicas, os instrumentos legais e as estruturas de preparação, bem como para adotar mudanças legais, institucionais e operacionais para fortalecer as capacidades de preparação e resposta. O RSI deve deixar de ser retratado como um fim em si mesmo e passar a ser visto como um meio de exercer as funções essenciais de saúde pública (FESP). Ao fortalecer seus sistemas de saúde como um todo e as FESP em particular, os países terão a autonomia para cumprir o RSI. Da mesma forma, para que o RSI possa ser usado para praticar a boa saúde pública, será necessário um conhecimento mais profundo de seus artigos em todos os níveis, indo além da aplicação seletiva feita até o momento.

244. A institucionalização de programas de emergência e gestão do risco de desastres nas autoridades nacionais de saúde foi reconhecida como uma prioridade. A resposta à COVID-19 reforçou o papel das equipes nacionais para servir como primeira linha de resposta e apoiar medidas que salvem vidas, não apenas no início de uma emergência, mas também no médio e longo prazo para assegurar a sustentabilidade das operações. É preciso renovar o foco no fortalecimento das equipes nacionais de resposta para ajudar os próprios países durante as emergências.

245. As redes colaborativas de laboratórios que existiam antes da pandemia tornaram possível a implantação e adoção oportuna e em escala de novos métodos de diagnóstico da COVID-19 e da gripe. Ao mesmo tempo, a resposta laboratorial a patógenos emergentes tem se concentrado historicamente nos laboratórios nacionais de saúde pública. Os países que descentralizaram as capacidades laboratoriais sob a supervisão desses laboratórios nacionais conseguiram responder melhor à pandemia. É necessário aumentar os investimentos em vigilância epidemiológica e laboratorial, inclusive em sequenciamento, para detectar e notificar logo no início a emergência de patógenos e avaliar mudanças abruptas na transmissão ou gravidade das doenças.

246. A manutenção de um estoque estratégico e autossustentável preposicionado para as emergências de saúde foi fundamental para dar respostas que salvaram vidas durante a pandemia. O pre posicionamento ajuda a mitigar atrasos ou bloqueios no acesso a provisões cruciais que podem resultar da dinâmica mundial da oferta e demanda, de restrições logísticas, de atrasos no transporte e/ou da escassez de produção durante emergências.

247. A COVID-19 desencadeou a inovação. Apesar da necessidade de acelerar a adoção de novos métodos, a disponibilidade limitada de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, bem como de instrumentos normativos, retardou os esforços dos países. A pesquisa, as evidências e a inovação, incluída a capacidade de adaptação, adoção precoce e uso de evidências para a tomada de decisões e formulação de políticas, são cruciais no contexto das emergências de saúde pública. Além disso, a pandemia mostrou que qualidade, transparência, rigor, e eficácia na comunicação e na gestão do conhecimento são essenciais para garantir a aceitação das evidências.

248. Os trabalhadores da saúde são essenciais para o esforço de ampliar os serviços e aumentar a resiliência dos sistemas de saúde. No entanto, considerando o esgotamento do pessoal de saúde, como amplamente noticiado, é cada vez mais difícil manter e expandir ainda mais a capacidade. É preciso priorizar o investimento nos trabalhadores da saúde para permitir uma resposta abrangente às pandemias atuais e futuras, bem como manter o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade. No planejamento para pandemias e outras emergências de saúde pública, os países precisam dar mais ênfase à força de trabalho da saúde, garantindo a disponibilidade, distribuição e competências necessárias nos diversos níveis da atenção. Convém dar atenção especial à saúde e segurança pessoal dos trabalhadores da saúde, incluída a saúde mental. O apoio psicossocial aos trabalhadores da saúde é fundamental e, embora a capacitação remota e o apoio virtual sejam modalidades importantes, não substituem a eficácia das modalidades presenciais.

249. Os rápidos aumentos na migração internacional de trabalhadores da saúde ameaçam a resposta a emergências de saúde e a consecução da saúde universal em vários países. Apoio contínuo é necessário para que os Estados Membros e as partes interessadas pertinentes consigam monitorar e gerir a migração e a mobilidade internacional dos trabalhadores de saúde de forma ética e eficaz.

250. A pandemia de COVID-19 acelerou a transição para a telemedicina que vinha sendo feita lentamente há anos. Contudo, os sistemas de saúde devem evitar simplesmente sobrepor a tecnologia da telemedicina aos sistemas atuais; em vez disso, devem reimaginar todo o sistema, integrando totalmente a telemedicina para que o acesso à saúde seja seguro, livre de iniquidades e verdadeiramente responsável às necessidades dos pacientes, das famílias e da força de trabalho da saúde.

251. O Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS é um recurso estratégico para a Organização, que permitiu à RSPA responder diretamente às necessidades dos países e da força de trabalho da saúde quanto à resposta a emergências e aos objetivos prioritários dos programas. A previsão é que esse crescimento da modalidade virtual de cooperação técnica continue após o arrefecimento da pandemia, mesmo com a retomada das atividades presenciais.

252. Alcançar a equidade e a eficiência com sustentabilidade nos desfechos de saúde depende, em grande medida, de como os recursos são planejados, orçados e alocados. A pandemia demonstrou que a flexibilidade na realocação e transferência de recursos e a agilidade dos mecanismos de pagamento aos profissionais da linha de frente em situações de emergência são cruciais para assegurar a disponibilidade de estratégias de testagem e isolamento, a implantação de vacinas e a operação de serviços essenciais de saúde. Alguns países responderam melhor do que outros, demonstrando uma capacidade de direcionar e desembolsar recursos em tempo hábil e alocá-los para onde eram necessários para garantir uma resposta eficiente às demandas impostas pela emergência.

253. Apesar das melhorias na proteção financeira, a pandemia provou mais uma vez que eventos imprevisíveis podem gerar retrocessos substanciais. Alguns meios de proteção financeira que dependem fortemente de mecanismos contributivos (como os seguros-saúde relacionados à seguridade social) são por demais pró-cíclicos e devem ser revisados à luz da retração econômica resultante da pandemia. A criação de programas específicos para cobrir despesas relacionadas à COVID-19 deve ser vista como uma solução temporária e usada com cautela, pois programas desse tipo podem prejudicar tanto a continuidade da atenção como um enfoque abrangente para a proteção financeira na saúde. É fundamental contar com informações precisas e oportunas sobre o impacto dos gastos do próprio bolso sobre as famílias, e convém dar ênfase especial à desagregação desse impacto por etnia, gênero do chefe da família e contexto rural ou urbano.

254. Os sistemas e serviços de saúde precisam reforçar as iniciativas de prevenção e promoção da saúde. Abordar os determinantes sociais da saúde por meio do enfoque da saúde em todas as políticas em todos os níveis de governo provou ser importante para uma resposta mais eficaz e equitativa à pandemia. Com vistas ao futuro, há uma oportunidade

de sustentar o impulso gerado pela crise em prol da continuidade da liderança exercida pelo setor de saúde em ações intersetoriais e da participação comunitária para abordar os determinantes sociais.

255. Os serviços relacionados às DNTs, à saúde mental, à reabilitação e aos cuidados paliativos sofreram interrupções consideráveis durante o biênio, e ainda não se sabe totalmente qual será o impacto a longo prazo sobre a saúde das pessoas. À medida que os países fortalecem e melhoram seus serviços de saúde, urge priorizar as DNTs e tornar o atendimento mais acessível, com adaptações como teleconsultas, prorrogação das prescrições para 90 dias, disponibilidade de farmácias móveis e aplicativos para o cuidado contínuo. As associações entre as DNTs, os fatores de risco e a COVID-19 ressaltaram a urgência de tomar medidas para abordar devidamente os determinantes comerciais das DNTs. Destacam-se medidas como o estabelecimento de marcos regulatórios para os fatores de risco que transformem as escolhas saudáveis nas escolhas mais fáceis. Contudo, tem sido difícil obter um compromisso político para adotar políticas eficazes.

256. A saúde mental também deve se tornar uma prioridade maior, com serviços adaptados para serem mais acessíveis, avanços na desinstitucionalização e uma cobertura de saúde mental mais firmemente integrada à atenção primária. Existe uma oportunidade de integrar a saúde mental na resposta a emergências, pois a pandemia tem aumentado a visibilidade e a conscientização acerca dos problemas de saúde mental e da necessidade de ampliar a capacidade de promoção, prevenção e atendimento da saúde mental. As atividades de prevenção de suicídios baseadas em evidências precisam ser implementadas no nível nacional. Mobilizar recursos para a prevenção do suicídio e trabalhar com os países com índices elevados de suicídios também geram a oportunidade de melhorar o atendimento e os serviços de saúde mental.

257. No contexto da pandemia de COVID-19, a atuação dos governos, dos parceiros e da RSPA na prevenção e resposta à violência tornou-se mais urgente. No entanto, as interrupções nos serviços dificultaram a resposta e agravaram vulnerabilidades preexistentes nos serviços de saúde, como a iniquidade no acesso. O fortalecimento da resposta dos sistemas de saúde aos sobreviventes da violência é visto amplamente como uma área em que a OPAS tem uma vantagem comparativa sobre outros agentes.

258. Assim como em outras áreas, há uma oportunidade de acelerar o progresso na prevenção, controle e eliminação das doenças transmissíveis. Observaram-se alguns avanços mesmo durante a pandemia, como a expansão da profilaxia pré-exposição para atenuar o impacto do HIV. No cumprimento da agenda da eliminação, os enfoques comunitários e o diálogo intercultural foram fatores importantes para ajudar no diagnóstico e no acompanhamento.

259. Os Estados Membros concordaram com a importância de reforçar a gestão de dados e tecnologias da informação, a governança de dados, a gestão e compartilhamento do conhecimento e a inovação, seguindo um exercício convocado pela RSPA e baseado nas lições extraídas. A adoção de normas e princípios internacionais para a gestão de dados,

a implementação de programas de alfabetização digital e a avaliação da maturidade dos sistemas de informação são medidas importantes nesse sentido.

Recomendações

- a) Abordar novamente a saúde universal com o objetivo de fortalecer e transformar os sistemas e serviços de saúde como o canal para executar programas e prioridades essenciais de saúde pública, com foco nas necessidades de saúde das populações vulneráveis e nos determinantes sociais e ambientais da saúde.
- b) Fazer o monitoramento contínuo dos indicadores, explorar métodos para acelerar o progresso rumo à consecução das metas e tomar medidas para proteger as conquistas passadas, recuperar e construir para fortalecer, alcançar e manter as metas nacionais, regionais e mundiais.
- c) Prestar o apoio técnico, jurídico e estratégico necessário para os processos de reforma do setor da saúde com o intuito de aumentar as capacidades para o fortalecimento e resiliência dos sistemas de saúde, em linha com os mandatos mundiais e regionais.
- d) Definir os elementos-chave de um sistema nacional de preparação e resposta a emergências de saúde, como o *modus operandi* previsto e a legislação necessária, e trabalhar com os Estados Membros e parceiros para implementá-los.
- e) Defender o aumento do investimento nacional na preparação para emergências, com base nas melhores práticas dos países que responderam de forma eficaz à COVID-19 e a emergências anteriores, e zelar pela proteção das necessidades de saúde dos grupos vulneráveis.
- f) Promover, dentro da RSPA e entre as autoridades nacionais, um entendimento comum do RSI como uma ferramenta para facilitar a prática da saúde pública com base em evidências e um enfoque coeso e coerente para fortalecer os sistemas de saúde.
- g) Continuar a incentivar os Estados Membros a cumprir as disposições do RSI, sobretudo as relacionadas ao compartilhamento oportuno de informações, e a fazer e documentar revisões da resposta nacional à pandemia.
- h) Continuar a fortalecer os mecanismos de coordenação da resposta a emergências em todos os níveis da RSPA e dos Estados Membros, incluindo as lideranças políticas.
- i) Destacar a importância da vacinação de rotina, levando em conta as lições extraídas da vacinação contra a COVID-19, e integrá-la às atividades de saúde pública.
- j) Trabalhar de maneira coordenada para enfrentar os desafios relacionados à falta de dados atualizados e confiáveis sobre o impacto da COVID-19 na saúde e no bem-estar.
- k) Concentrar as ações na integração da prestação de serviços para os programas prioritários, na formação de equipes de saúde interprofissionais dentro de redes de

serviços de saúde e na aplicação da tecnologia digital como ferramentas para apoiar a organização ideal dos serviços de saúde.

- l) Renovar o enfoque de planejamento e formação da força de trabalho, aumentando as competências para a atenção primária à saúde, em linha com a estratégia regional de recursos humanos para a saúde.
- m) Melhorar o acesso a tecnologias de saúde e provisões essenciais seguras, eficazes e de qualidade garantida, supervisionar a integridade da cadeia de suprimento e regulamentar a qualidade das tecnologias de saúde e seu uso racional, com base em evidências, para garantir melhorias futuras na preparação e resposta a pandemias.
- n) Incentivar a ação intersetorial e as parcerias em pesquisa e inovação, e zelar para que as decisões e intervenções em saúde tenham como base as melhores evidências disponíveis para garantir seu êxito.
- o) Defender, nos mais altos níveis de governo e parceiros, o compromisso político e a priorização de ações para as DNTs, a saúde mental, a má nutrição, a segurança viária e a violência, com colaboração intersetorial e mais investimento.
- p) Continuar a defender a eliminação das doenças transmissíveis na Região, usando a plataforma da Iniciativa de Eliminação.
- q) Fortalecer os esforços para abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde e reforçar a importância do gênero, da equidade, da etnia e dos direitos humanos no contexto da resposta à pandemia.

Aspectos gerenciais e administrativos

260. A Repartição enfrentou uma ameaça sem precedentes ao seu funcionamento na primeira parte do biênio, devido ao não pagamento de cotas por alguns Estados Membros. Essa crise financeira foi agravada pelos efeitos da pandemia e obrigou a Organização a estabelecer medidas de contenção de custos e reprogramar planos de trabalho para preservar a capacidade operacional básica. Entre essas medidas, a maioria das quais foi eliminada gradualmente no início de 2021, destacava-se um plano de recursos humanos reduzido para 2020-2021, com um congelamento de todos os cargos vagos e reduções nos recursos para atividades e pessoal de curto prazo. Graças a essas medidas adaptativas, além da colaboração das equipes em toda a RSPA, de um aumento na mobilização de recursos e da sensibilização dos Estados Membros, a Organização conseguiu mitigar os efeitos da crise financeira, responder à pandemia e continuar cumprindo seus mandatos enquanto aumentava a resiliência para o futuro.

261. O progresso alcançado na automatização do registro de riscos institucionais e do processo de revisão para projetos financiados por contribuições voluntárias proporcionou um ambiente favorável que possibilitou avanços rápidos no tratamento das principais recomendações da resolução sobre a reforma da governança da OPAS para fortalecer a integração da gestão de riscos nos projetos financiados por contribuições voluntárias.

262. Durante os tempos em que não havia a emergência, a Repartição investiu em tecnologia da informação, por exemplo, na cibersegurança e na migração para a nova plataforma on-line Microsoft SharePoint, baseada na nuvem. Isso permitiu que a Organização operasse de maneira remota durante a pandemia, reduzindo problemas de acessibilidade e possíveis questões de segurança. As inovações levaram ao desenvolvimento de novas ferramentas, como aplicativos móveis e seminários e cursos virtuais, que permitiram à OPAS alcançar um público mais amplo. A adoção dos primeiros trabalhadores digitais da OPAS, *bots* chamados “Mia” e “Max”, foi uma experiência positiva e possibilitou à OPAS lidar com um aumento nas transações de compras.

263. A transição para modalidades virtuais energizou o trabalho da OPAS, permitindo manter a cooperação técnica sem o excesso de tempo e gastos que as reuniões presenciais exigiriam. As plataformas virtuais também facilitam estender o alcance para uma gama maior de beneficiários, aumentando o impacto das atividades nos Estados Membros. Com o uso da tecnologia, foi possível manter um nível adequado de coordenação e comunicação em todos os níveis da Organização. Várias práticas e enfoques inovadores na preparação e condução de reuniões dos Órgãos Diretores se revelaram muito úteis e devem ser mantidos.

264. O teletrabalho proporcionou lições e oportunidades positivas para o fortalecimento de um enfoque voltado para os países ao *a) ampliar e facilitar a interação dos três níveis funcionais da Organização, resultando em mais inclusão, transparência e diversidade;* *b) facilitar atividades de intercâmbio do conhecimento e capacitação que reduziram o impacto da prorrogação da proibição das viagens na prestação de cooperação técnica;* *c) promover enfoques inovadores para assegurar o posicionamento da OPAS como líder regional na saúde e fonte de perícia técnica e d) reduzir os custos de transação regionais.* No entanto, nem todas as atividades podem ser implementadas de maneira virtual. A cooperação técnica implica compartilhar lições e êxitos com as contrapartes dos países, o que exige um profundo entendimento dos contextos. Os intercâmbios virtuais são práticos e convenientes, mas ainda precisarão ser complementados por encontros presenciais, tão logo as restrições ocasionadas pela COVID-19 sejam retiradas.

265. Os procedimentos especiais para a resposta a emergências que foram postos em prática permitiram à Organização responder à pandemia e a outras emergências de saúde e atender às demandas dos Estados Membros. Isso foi conseguido porque se aumentou a agilidade e, ao mesmo tempo, se manteve a conformidade com os procedimentos e os requisitos.

266. Por último, agora há expectativas mais fortes de que as organizações seguirão políticas e práticas éticas robustas que também levem em consideração os direitos e necessidades das vítimas de abusos e desvios de conduta. As maneiras como as organizações investigam denúncias de exploração e abuso sexual, conduta indevida de natureza sexual e outras formas de assédio devem refletir as novas realidades. As investigações precisam ser agilizadas e oportunas, oferecer ao pessoal o direito de recurso e responsabilizar os autores.

Recomendações

- a) Continuar a aproveitar as eficiências já existentes e aumentar a efetividade das atividades básicas de modo a maximizar o uso dos recursos.
- b) Continuar a racionalizar os processos administrativos para aumentar a agilidade e melhorar a gestão de riscos, a conformidade e os controles internos de modo a otimizar o tempo do pessoal e o ambiente de trabalho híbrido, aproveitando as boas práticas e inovações que se revelaram valiosas na resposta à pandemia.
- c) Avaliar tecnologias e processos para determinar aquelas cuja automatização seria viável para fortalecer a capacidade da OPAS de prestar cooperação técnica.
- d) Fortalecer os processos de contratação para atrair e reter pessoal bem qualificado num mercado de trabalho e ambiente profissional que continuam a sofrer mudanças em consequência da pandemia.

Anexo

Anexo

1. Este anexo apresenta as conclusões detalhadas da revisão dos indicadores de impacto do Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025. Uma visão geral das principais conclusões a serem apresentadas neste anexo consta da Seção III do presente relatório.

2. As avaliações dos indicadores apresentam as tendências ao longo das duas últimas décadas, considerando os dados mais recentes disponíveis, padronizados para facilitar as análises comparativas entre os países e territórios da Região. Esses dados também são usados para projetar estimativas até o fim do período do Plano Estratégico, ou seja, 2025. Cada avaliação contém uma tabela resumida com a linha de base do indicador, a meta, a situação atual e a classificação. Apresenta-se uma análise para cada indicador de impacto, seguida pelas principais conclusões e recomendações para melhorar os resultados em termos de saúde. No caso dos indicadores que não puderam ser avaliados, são apresentadas informações sobre o refinamento da metodologia para melhorar a medição.

3. Para 10 dos 28 indicadores de impacto (3, 4, 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 e 20), são apresentados exemplos de modelagem usando dados disponíveis de países selecionados para construir casos hipotéticos que demonstram como ações programáticas e de política estratégicas podem impulsionar o progresso no nível nacional, o que também vai acelerar o progresso rumo à consecução das metas regionais. Esses exemplos consideram ações com boa relação custo-benefício que poderiam ter um impacto pronunciado na trajetória do indicador.

4. Cumpre notar que a modelagem é uma das várias ferramentas aplicadas para ajudar a identificar desafios e soluções para problemas de saúde pública; contudo, esses modelos não devem ser aplicados num vácuo. A modelagem pode ser útil em conjunto com outras ferramentas e informações para embasar e orientar as decisões.

Indicador de impacto 1: Redução das desigualdades em saúde dentro dos países

Linha de base 2019	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
0	17 países	4 países	No rumo certo

Análise: Este indicador é definido como o número de países que atingem uma redução proporcional e mensurável das desigualdades absolutas entre os grupos dentro do país, conforme definidos por um estratificador social pertinente, em pelo menos dois dos quatro principais indicadores marcadores básicos de saúde do ODS 3: taxa de mortalidade neonatal (ODS 3.2.2), taxa de fecundidade na adolescência (3.7.2), taxa de incidência da tuberculose (3.3.2) e taxa de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (3.4.1).

Como o indicador de impacto 1 é novo, a avaliação preliminar — baseada em dados desagregados no nível subnacional disponíveis atualmente, a maioria de Pesquisas

Demográficas e de Saúde (DHS) e de Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS) — foi feita principalmente por meio de um enfoque exploratório ecossocial usando dados básicos de saúde de iniciativas nacionais.

De acordo com a definição técnica do indicador, é necessária uma redução ao longo do tempo da brecha de desigualdade absoluta de pelo menos dois desses quatro indicadores básicos dos ODS para que um determinado país conte para consecução da meta de 2025. De nove países com dados disponíveis de DHS e MICS, quatro (Guiana, Honduras, Nicarágua e República Dominicana) alcançaram uma redução na brecha de desigualdade absoluta desses dois indicadores centrais (ou seja, mortalidade neonatal e fecundidade na adolescência) entre as duas últimas rodadas de pesquisa. Essas estimativas preliminares indicam que a Região está no rumo certo para atingir a meta deste indicador.

Principais conclusões e recomendações:

- Três outros países (Bolívia [Estado Plurinacional da], Guatemala e Haiti) conseguiram reduzir a desigualdade em um dos dois indicadores.
- Dois países não conseguiram uma redução significativa em pelo menos dois dos indicadores marcadores.
- Estão em andamento planos ativos para ampliar a avaliação da desigualdade em vários outros países para um conjunto ampliado de indicadores pertinentes do impacto na saúde.

Indicador de impacto 2: Expectativa de vida saudável

Linha de base 2019	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
65,76 anos*	66,42 anos**	65,89 anos*	Em risco

* Linha de base atualizada com base na fonte: Global Burden of Disease Collaborative Network. Resultados do *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)* [Estudo de Carga Global da Doença 2019]. Seattle, Estados Unidos: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020.

** Considerando as informações atualizadas da linha de base e a natureza da meta original do Plano Estratégico 2020-2025, a RSPA propõe atualizar a meta.

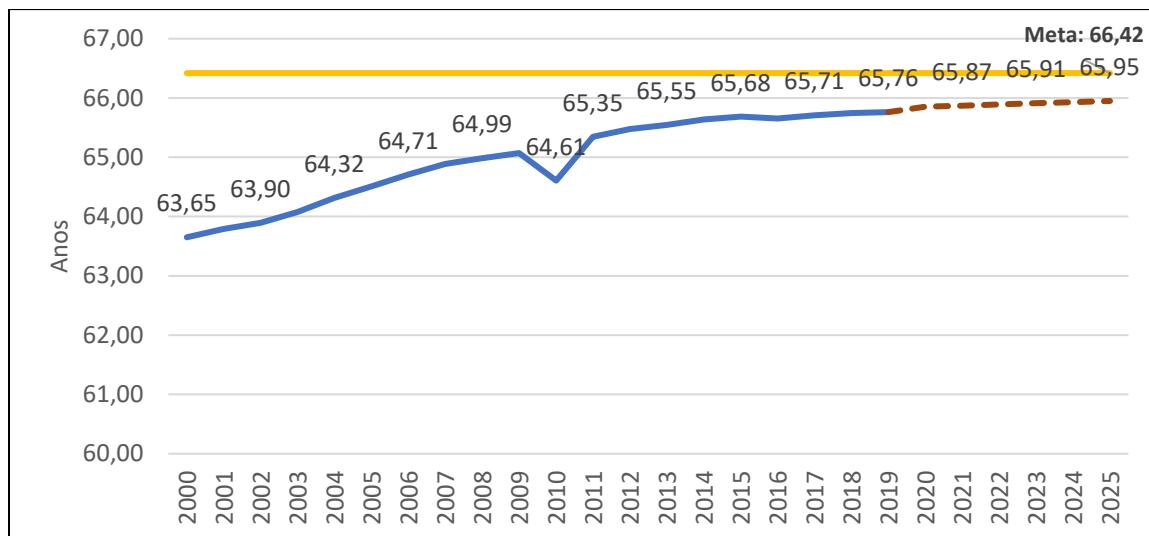
Análise: Com base nas estimativas mais recentes disponíveis¹, a expectativa de vida ajustada pela saúde padronizada pela idade para 2019 foi estimada em 65,76 anos. Como mostra a Figura A.1, a estimativa prevista² para 2025 é de 66,44 anos, indicando um

¹ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease(GBD); 2020. Disponível em inglês em: <https://www.healthdata.org/research-article/global-age-sex-specific-fertility-mortality-healthy-life-expectancy-hale-and>.

² A previsão foi feita aplicando a metodologia proposta nesta publicação: Sanhueza A, Espinosa I, Mujica OJ, da Silva Jr. JB. *Leaving no one behind: a methodology for setting health inequality reduction targets for Sustainable Development Goal 3*. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e63. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.63>. Disponível em inglês em:

aumento médio de 0,17% dos anos de vida com boa saúde entre 2019 e 2025. Para atingir a meta projetada, é necessário um aumento anual de 0,46%. Dada a taxa média de aumento, a Região não está no rumo certo para atingir a meta para este indicador.

Figura A.1. Expectativa de vida ajustada pela saúde, Américas, 2000-2025



Fonte: ENLACE: Portal de Datos sobre Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental, y Causas Externas, OPAS. Previsão baseada nas estimativas da saúde mundial de 2019 da OMS (*Global Health Estimates 2019*, OMS, 2020).

Principais conclusões e recomendações:

- Como a expectativa de vida ajustada pela saúde é um índice influenciado por diferentes fatores entre os países da Região, é crucial fazer análises individuais e subnacionais que permitam identificar as causas evitáveis de morte prematura e incapacidade, estratificando por variáveis como sexo. As análises exploratórias iniciais que estratificam o indicador por sexo mostraram uma diferença uniforme em favor das mulheres de quase três anos de vida média com boa saúde durante todo o período.
- Análises comparativas nacionais e subnacionais podem mostrar resultados importantes quando se aplicam parâmetros de desigualdade para priorizar metas em tópicos específicos. Esses resultados devem ser traduzidos em políticas e ações para melhorar a saúde e o bem-estar com equidade.
- Ainda não se sabe como a pandemia de COVID-19 afetará o desempenho do indicador da expectativa de vida ajustada pela saúde. À medida que mais dados se tornem disponíveis, haverá uma melhor percepção do impacto geral nesse indicador.

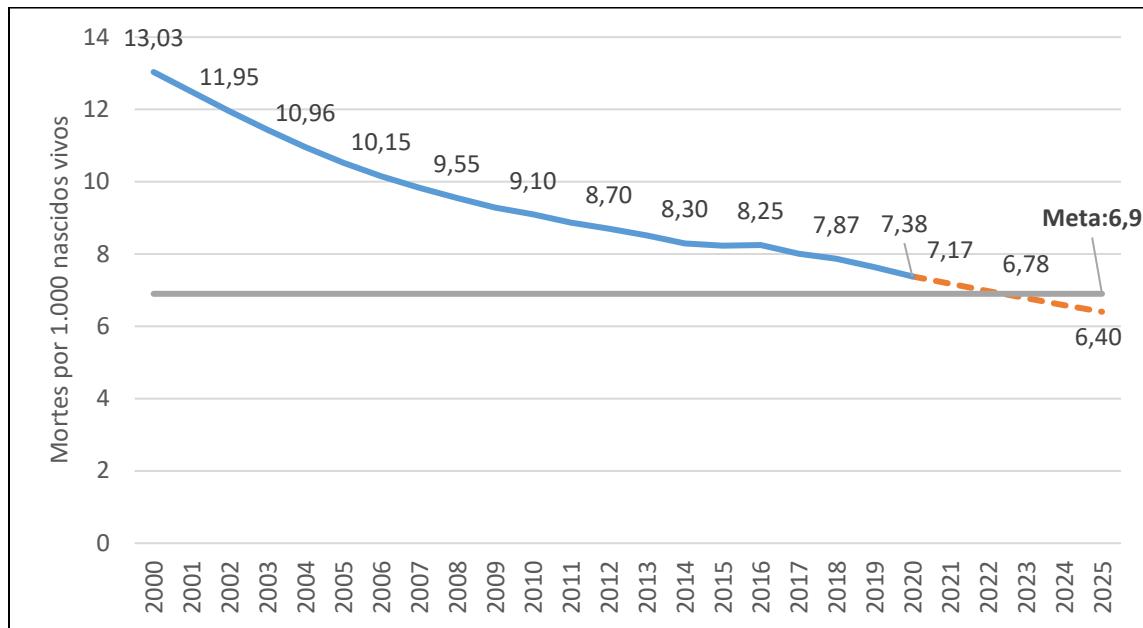
Indicador de impacto 3: Taxa de mortalidade neonatal

Linha de base 2017	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
7,9 mortes por 1.000 nascidos vivos	6,9 mortes por 1.000 nascidos vivos*	7,0 mortes por 1.000 nascidos vivos (valor projetado)	No rumo certo

* Meta estabelecida com base numa variação percentual média anual de -2,1%, tomando como base as estimativas de 2017 do Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para a Estimação da Mortalidade Infantil (IGME, na sigla em inglês).

Análise: Usando a mais recente taxa de mortalidade neonatal disponível produzida pelo IGME para os países da Região em 2021, observa-se que, em 2020, houve 7,4 mortes neonatais por 1.000 nascidos vivos. Como mostra a Figura A.2, a projeção dessa taxa para 2025 é de 6,4 mortes por 1.000 nascidos vivos. Isso indica uma redução projetada de 13,3% para a taxa regional entre 2020 e 2025, o que indica que a Região está no rumo certo para atingir a meta deste indicador.

Figura A.2. Taxa de mortalidade neonatal, Américas, 2000-2025



Fonte: IGME, 2021 (dados de 2020).

Exemplo de modelagem da taxa de mortalidade neonatal

O método canguru³ tem sido altamente eficaz na redução de mortes neonatais entre bebês prematuros. A Figura A.3 apresenta as intervenções com o maior impacto potencial na redução da mortalidade neonatal em seis países da América Central. O método canguru

³ O método consiste em segurar o bebê de modo a manter o contato da pele com a pele, posicionando o bebê contra o peito nu da mãe ou do pai.

ocupa o segundo lugar em El Salvador, Honduras, México e Panamá, o terceiro na Nicarágua e o quarto na Guatemala.

Figura A.3: Sub-região da América Central – Mortes neonatais em potencial evitadas





Fonte: Lives Saved Tool (LiST/Spectrum Modelling Tool).

A Tabela A.1 mostra os resultados obtidos com a ferramenta Lives Saved, parte da ferramenta de modelagem Spectrum (modelo LiST/Spectrum), em que o método canguru foi programado hipoteticamente para cobrir pelo menos 50% dos recém-nascidos prematuros em cada país a partir de 2022. Observa-se que 454 mortes de recém-nascidos poderiam ser evitadas até 2025.

Tabela A.1. Impacto potencial da intervenção para usar o método canguru em 50% dos recém-nascidos prematuros

<i>Vidas neonatais adicionais salvas*</i>		
<i>País</i>	<i>2022-2025</i>	<i>2022-2030</i>
<i>Belize</i>	5	12
<i>Costa Rica</i>	8	19
<i>El Salvador</i>	22	44
<i>Honduras</i>	114	223
<i>México</i>	266	573
<i>Nicarágua</i>	21	39
<i>Panamá</i>	17	41
Total	454	950

* Os números foram arredondados.

Fonte: Ferramenta de modelagem LiST/Spectrum.

Principais conclusões e recomendações:

- Embora a Região das Américas esteja no rumo certo para alcançar este indicador, convém dirigir uma atenção cuidadosa aos países e áreas no nível subnacional que estão acima da média regional e identificar áreas programáticas que poderiam ser melhoradas.
- A Região tem um histórico de promoção de intervenções com boa relação custo-benefício, como o método canguru, e de apoio aos países e territórios em sua implementação. O método canguru é amplamente apoiado por dados baseados em evidências e provavelmente é uma das formas de melhor relação custo/benefício para reduzir a mortalidade neonatal na Região. Em especial, a sub-região da América Central relatou experiências e resultados positivos no nível nacional.
- Convém identificar outras intervenções e políticas devem ser identificadas, conforme apropriado para o contexto nacional, a fim de acelerar a redução da mortalidade neonatal.

Indicador de impacto 4: Taxa de mortalidade de menores de 5 anos

<i>Linha de base 2017</i>	<i>Meta</i>	<i>Situação 2022</i>	<i>Classificação</i>
14,3 mortes por 1.000 nascidos vivos*	11,75 mortes por 1.000 nascidos vivos**	12,3 mortes por 1.000 nascidos vivos	No rumo certo

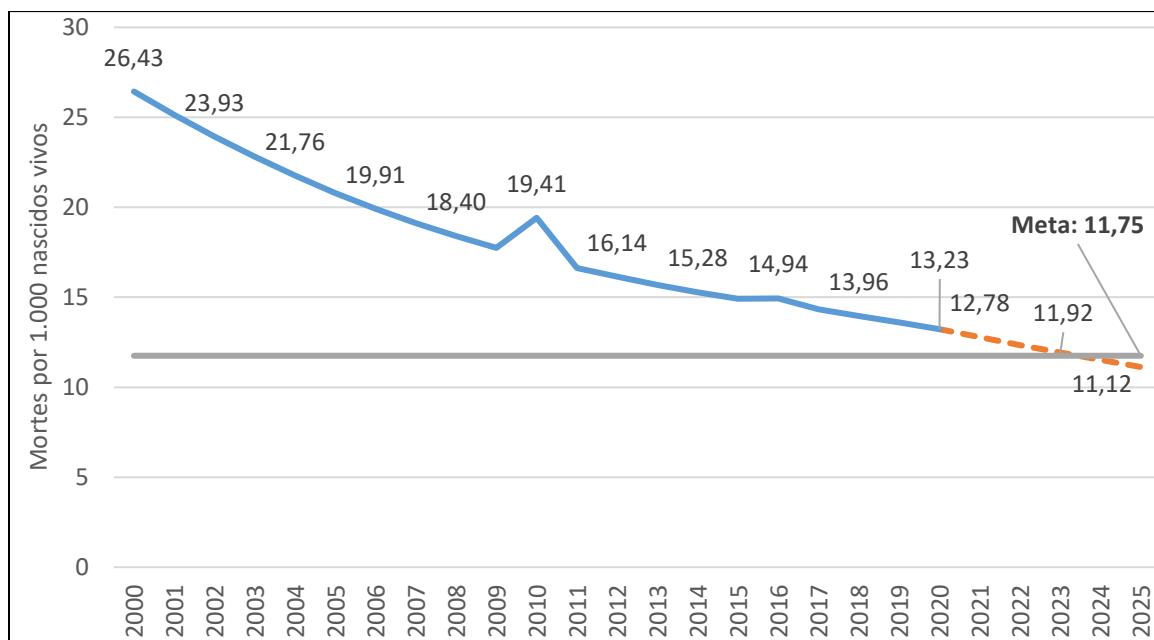
* Linha de base atualizada com base em IGME, 2021 (dados de 2020).

** Considerando as informações atualizadas da linha de base e a natureza da meta original do Plano Estratégico 2020-2025, a RSPA propõe atualizar a meta.

Análise: Usando a mais recente taxa de mortalidade de menores de 5 anos disponível produzida pelo IGME para os países da Região em 2021, observa-se que, em 2020, houve 12,3 mortes por 1.000 nascidos vivos. Como mostra a Figura A.4, a projeção dessa taxa

para 2025 é de 11,1 mortes por 1.000 nascidos vivos. Isso indica uma redução projetada de 15,9% para a taxa regional entre 2020 e 2025, indicando assim que a Região está no rumo certo para atingir a meta para este indicador.

Figura A.4. Taxa de mortalidade de menores de 5 anos, Américas, 2000-2025



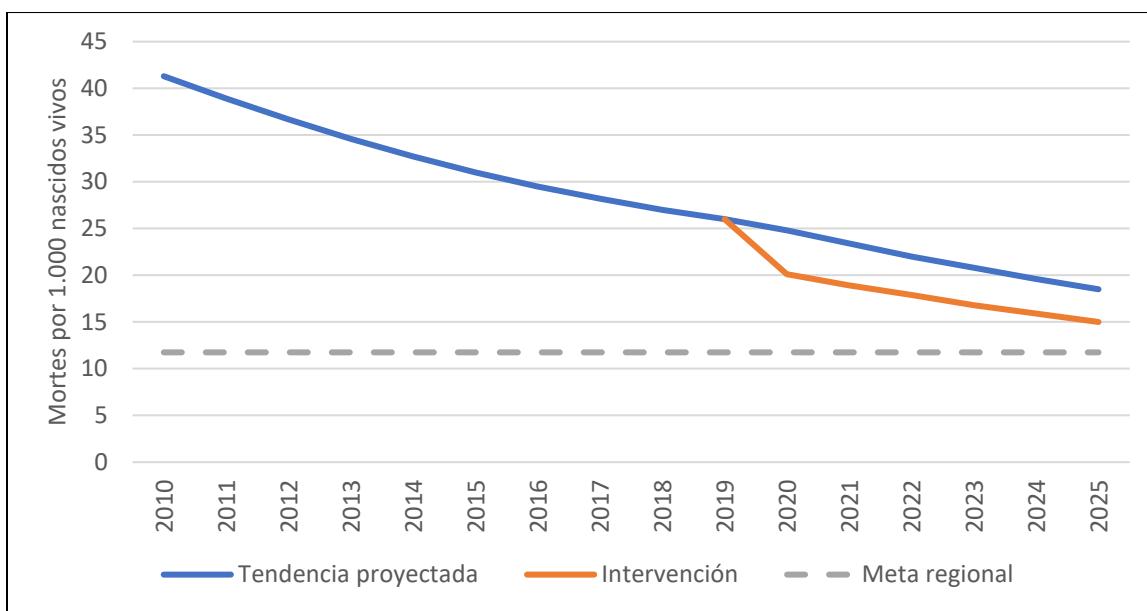
Fonte: IGME, 2021 (dados de 2020).

Exemplo de modelagem para a mortalidade de menores de 5 anos

Na maioria dos países da Região, a maior parcela da mortalidade de menores de 5 anos está associada a diarreias e pneumonias infecciosas. A melhoria da cobertura vacinal contra o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) para 90% da população, juntamente com a disponibilização de antibióticos e o manejo integrado de casos de pneumonia neonatal, pode ter um impacto significativo na redução da taxa de mortalidade de menores de 5 anos. No caso da diarreia, a ampliação do acesso a sais de reidratação oral e zinco para 90% da população pode gerar um impacto adicional e significativo na mortalidade.

A Figura A.5 apresenta um caso hipotético no Estado Plurinacional da Bolívia, onde essas intervenções são modeladas como um pacote. Essa intervenção pode mudar a tendência para este indicador, com uma mudança na projeção para 2025 de 18,5 mortes por 1.000 nascidos vivos para 15,0 por 1.000 nascidos vivos. Essa redução poderia posicionar o país no rumo para alcançar a meta regional entre 2025 e 2030. Além disso, mais de 18.500 mortes entre crianças com menos de cinco anos poderiam ser evitadas.

Figura A.5: Impacto potencial das intervenções sobre a taxa de mortalidade de menores de 5 anos no Estado Plurinacional da Bolívia (2010-2025)



Nota: Nota: A ferramenta de modelagem Spectrum foi usada.

Principais conclusões e recomendações:

- No caso de países como o Estado Plurinacional da Bolívia, as diarreias e pneumonias infecciosas ainda são causas importantes da mortalidade de menores de 5 anos.
- O aumento da cobertura vacinal e o acesso a produtos médicos com boa relação custo-benefício, como antibióticos, sais de reidratação oral e zinco, podem prevenir um número significativo de casos fatais dessas duas doenças infecciosas comuns.
- Do ponto de vista dos serviços de saúde, o manejo integrado de casos de pneumonia neonatal, com um enfoque equitativo, também é considerado uma estratégia impactante e com boa relação custo-benefício.

Indicador de impacto 5: Proporção de crianças com menos de 5 anos com bom desenvolvimento em termos de saúde, aprendizado e bem-estar psicossocial

Linha de base 2010-2016	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
84,5%*	90%	Não medido devido à disponibilidade de dados limitada **	Não classificado

* Não foi possível estimar um valor regional. Essa linha de base representa o valor mediano para 15 países com pesquisas no período de 2010 a 2016. A faixa foi de 71% a 97%.

** Não se fizeram pesquisas domiciliares devido à pandemia, mas um número crescente de países está planejando fazer pesquisas em 2022 e 2023. A definição desse indicador do ODS mudou, e relatórios futuros levarão em conta essas mudanças.

Análise: Este indicador de impacto (ODS 4.2.1)⁴ mede o progresso para garantir que todas as meninas e meninos estejam alcançando o bem-estar físico, mental, emocional, cognitivo e social durante a primeira infância. O indicador reflete o efeito cumulativo das condições sociais, econômicas e ambientais nas quais as crianças vivem desde a gravidez até os primeiros cinco anos de vida. A importância da saúde pública para o desenvolvimento da primeira infância reside no reconhecimento de que os primeiros anos de vida estabelecem as bases para uma trajetória saudável durante toda a infância e a adolescência. Trata-se de um determinante da saúde física e mental dos adultos e é a base para a aprendizagem, relações sociais positivas e potencial econômico ao longo da vida. Como este indicador está sendo revisado e está sujeito à disponibilidade de dados, não é possível classificá-lo neste momento.

O Grupo Interinstitucional e de Especialistas sobre os Indicadores dos ODS (IAEG-SDGs, na sigla em inglês)⁵ examinou as metodologias e normas existentes para cada indicador dos ODS e enquadrou a ODS 4.2.1 no Nível III (*Tier III*) em 2016.⁶ Na época, não havia metodologia nem normas estabelecidas internacionalmente para o indicador. Como medida transitória, a recomendação foi usar o índice de desenvolvimento na primeira infância (ECDI) para informar o progresso do indicador. Esse índice abrange quatro domínios: alfabetização e numeracia, aspectos físicos, aspectos socioemocionais e aprendizagem. Os dados para todos estes domínios são coletados por meio das Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS), que contêm um módulo-padrão sobre desenvolvimento na primeira infância⁷. Algumas Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) e outras pesquisas nacionais às famílias também continham o módulo-padrão ou modificado das MICS sobre o desenvolvimento na primeira infância. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mantém um registro mundial atualizado do planejamento e execução das MICS e cria bases de dados e relatórios públicos. Esse repositório de bases de dados é a principal fonte de dados para informar sobre o progresso do indicador.

⁴ [O UNICEF é o encarregado da ODS 4.2.1](#) e, como tal, é responsável por: elaborar normas e metodologias acordadas internacionalmente e apoiar sua adoção; fortalecer as capacidades estatísticas nacionais e os mecanismos de prestação de contas; estabelecer mecanismos de compilação e verificação de dados nacionais; computar agregados regionais e mundiais; e manter bases de dados mundiais e apresentar estimativas comparáveis internacionalmente à Divisão de Estatísticas da ONU para inclusão no banco de dados mundial dos ODS.

⁵ [O Grupo Interinstitucional e de Especialistas sobre os Indicadores dos ODS](#) foi criado em março de 2015 pela Comissão de Estatística das Nações Unidas e encarregada de elaborar e implementar a estrutura de indicadores mundial para os objetivos e metas da Agenda 2030. É composto por Estados Membros, e agências regionais e internacionais participam como observadores. Atualmente é presidido pelo Japão, e os países membros da região são Brasil, Granada, Trinidad e Tobago, Colômbia e República Dominicana.

⁶ Divisão de Estatística das Nações Unidas. Classificação em níveis dos indicadores mundiais dos ODS (em 9 de junho de 2022). Disponível em inglês em:

<https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/tier-classification/>.

⁷ As [Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos \(MICS\)](#) foram elaboradas pela UNICEF em meados dos anos 90 e coletam dados de mulheres e homens de 15 a 49 anos, de mães ou cuidadoras de todas as crianças menores de 5 anos e de uma criança de 5 a 17 anos escolhida aleatoriamente. O tamanho da amostra varia, mas gira em torno de 12.000 lares e os resultados fornecem informações sobre água e saneamento, nutrição infantil, imunização, educação, desenvolvimento, proteção infantil e saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Alguns países da Região fizeram pesquisas no nível populacional usando um conjunto de instrumentos e indicadores de desenvolvimento na primeira infância diferentes do ECDI. Os resultados dessas pesquisas não podem ser comparados nem agregados àquelas em que o ECDI foi usado. Nesse sentido, os relatórios de progresso conterão uma seção separada que descreve a metodologia e os resultados gerais dessas pesquisas distintas por país e ano.

Principais conclusões e recomendações:

- Usando a medida do ECDI, quatro países e territórios (Barbados, Ilhas Turcas e Caicos, Santa Lúcia e Trinidad e Tobago) alcançaram a meta de 90% para 2025.
- O novo método para medir este indicador foi apresentado e aprovado pelo IAEG-SDGs em fevereiro de 2022. Assim, a descrição da ODS 4.2.1 foi alterada e atualmente é a seguinte: “*proporção de crianças com 24 a 59 meses com bom desenvolvimento em termos de saúde, aprendizado e bem-estar psicossocial*”.
- O indicador original se referia a *todas as crianças com menos de cinco anos de idade*. No caso das crianças não incluídas no Índice de Desenvolvimento na Primeira Infância 2030 (ECDI2030), a OMS e um grande número de parceiros criaram a Global Scale for Early Development (GSED, escala global de desenvolvimento na primeira infância),⁸ um conjunto de instrumentos de medição padronizado e validado internacionalmente usado para avaliar o desenvolvimento de crianças com 3 anos de idade ou menos. Esses indicadores são culturalmente neutros, fáceis de administrar, de acesso aberto e de fácil aceitação e compreensão pelos cuidadores e crianças. Como parte do lançamento da GSED em 2022, serão compartilhadas informações sobre a aplicação tanto do ECDI2030 como da GSED.
- Cinco países estão planejando fazer uma nova pesquisa em 2022 ou 2023 (Jamaica, Nicarágua, Paraguai, Santa Lúcia e Trinidad e Tobago).

Indicador de impacto 6: Taxa de mortalidade materna (mortes por 100.000 nascidos vivos)

Linha de base 2015	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
59,37 mortes por 100.000 nascidos vivos*	35 mortes por 100.000 nascidos vivos	53,7 mortes por 100.000 nascidos vivos	Em dificuldade

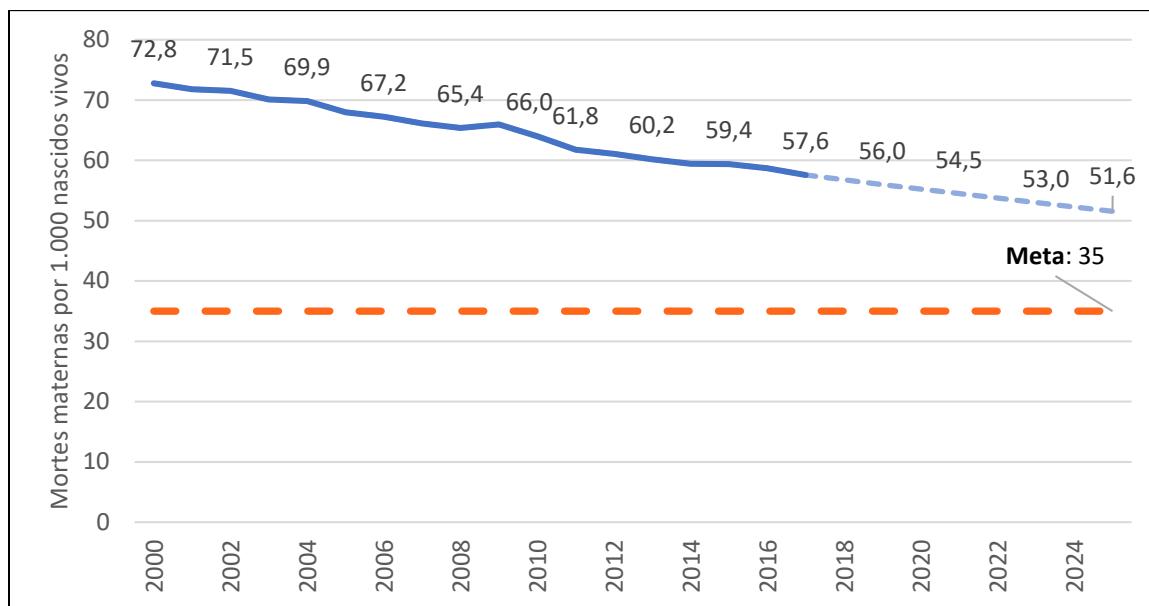
* Linha de base atualizada. Fonte: Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para a Estimação da Mortalidade Materna (MMEIG, na sigla em inglês), 2019.

⁸ Mais informações podem ser consultadas em:

<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/global-scale-for-early-development>.

Análise: Usando a mais recente taxa de mortalidade materna disponível produzida pelo MMEIG, estima-se que, em 2020, houve 55,24 mortes neonatais por 100.000 nascidos vivos. Como mostra a Figura A.6, a estimativa projetada para 2025 é de 51,56 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos; portanto, a redução projetada para essa taxa regional seria de 6,7% entre 2020 e 2025. Isso indica que a Região não deve atingir a meta deste indicador.

Figura A.6. Taxa de mortalidade materna, Américas, 2000-2025

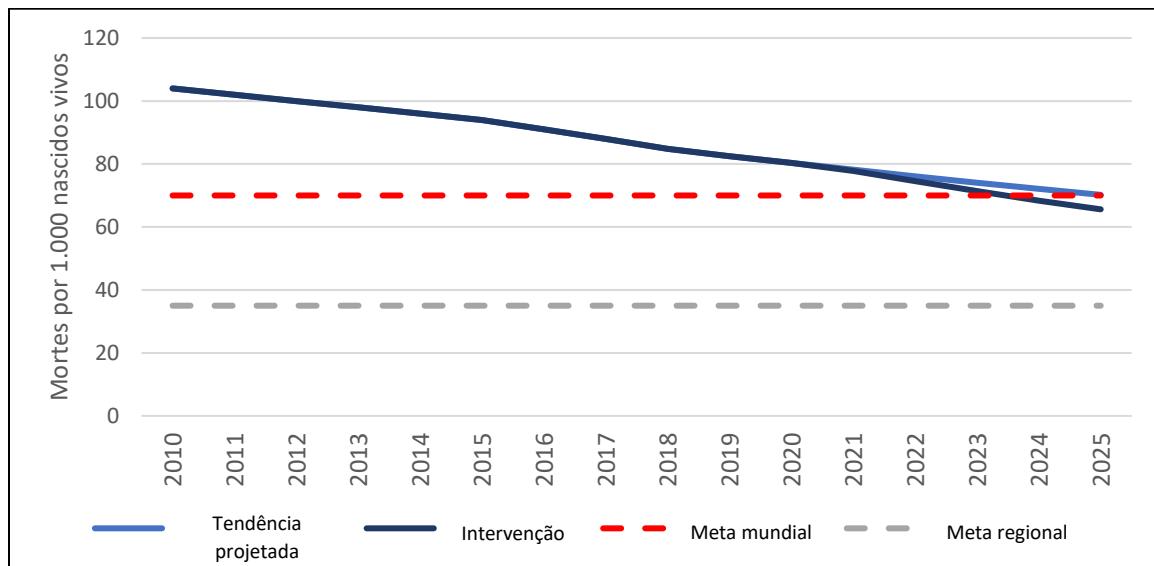


Fonte: Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para a Estimação da Mortalidade Materna (MMEIG, na sigla em inglês), 2019

Exemplo de modelagem da taxa de mortalidade materna

Dependendo do perfil epidemiológico do país ou território, diferentes intervenções podem responder por diferentes taxas de impacto na redução do número de mortes maternas. Por exemplo, quase 30% de todas as mortes maternas no Peru são causadas por sepse. Nesse caso, aumentar o acesso a antibióticos parenterais e a sangue para cobrir 85% e 20% da população, respectivamente, poderia reduzir a taxa de mortalidade materna de 70,2 mortes por 100.000 nascidos vivos, para 65,6 mortes por 100.000 nascidos vivos, como mostra a Figura A.7. Essa redução permitiria ao país atingir a meta mundial do ODS de 70 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos.

Figura A.7: Impacto potencial do aumento da cobertura de antibióticos e sangue na taxa de mortalidade materna no Peru (2010-2025)



Fonte: Nota: A ferramenta de modelagem Spectrum foi usada.

Principais conclusões e recomendações:

- Intervenções com foco em populações vulneráveis devem ser identificadas para direcionar programas aos níveis subnacionais que atendam à necessidade dessas áreas e implementem políticas para melhorar a qualidade da atenção pré-natal, durante o parto e pós-natal.
- Para vários países, como o Peru, as infecções e a sepse são fatores-chave para a mortalidade materna.
- A ampliação do acesso a antibióticos parenterais e sangue é uma medida confiável e com boa relação custo-benefício que pode evitar um grande número de casos fatais de sepse materna.
- Considerando que este indicador já não estava no rumo certo antes da pandemia e que são necessárias mais informações para avaliar plenamente seu impacto, uma revisão abrangente da meta de 2025 deve ser feita assim que essas informações estiverem disponíveis. Os Estados Membros serão consultados sobre as ações necessárias a esse respeito.

Indicador de impacto 7: Taxa de mortalidade por causas evitáveis mediante atenção à saúde (mortes por 100.000 habitantes)

Linha de base 2018	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
137,0 mortes por 100.000 habitantes*	117,2 mortes por 100.000 habitantes**	125,8 mortes por 100.000 habitantes***	No rumo certo

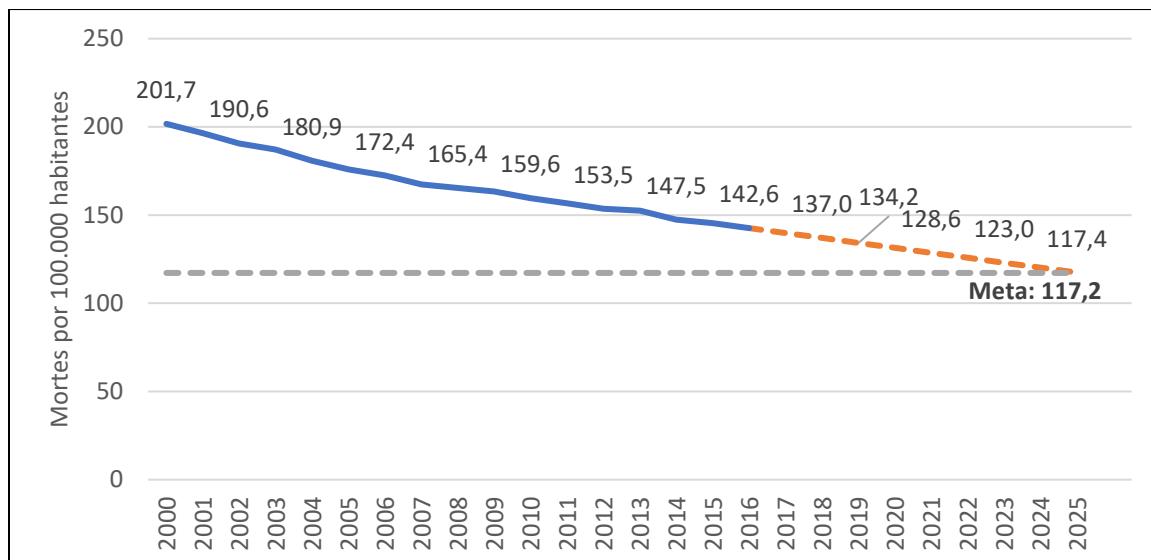
* Base de dados de mortalidade regional corrigida; 2018.

** Atualizada com os dados atuais da base de dados de mortalidade regional corrigida; 2018.

*** Prevista segundo a base de dados de mortalidade regional corrigida; 2018.

Análise: Com base nos dados mais recentes disponíveis da base de dados de mortalidade regional da OPAS corrigida (2018), a taxa de mortalidade por causas evitáveis mediante atenção à saúde ajustada pela idade foi estimada em 137,0 mortes por 100.000 habitantes para 2018. Como mostra a Figura A.8, a previsão atual para 2025 é de 117,4 mortes por 100.000 habitantes,⁹ o que indica uma redução média anual de 2,2% entre 2018 e 2025. Para atingir a meta, a Região precisa manter uma redução anual de 2,2%. Isso indica que a Região está no caminho para atingir a meta deste indicador.

Figura A.8 Taxa de mortalidade por causas evitáveis mediante atenção à saúde ajustada pela idade (mortes por 100.000 habitantes)



Fonte: ENLACE: Portal de Datos sobre Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental, y Causas Externas, OPAS. Previsão baseada nas estimativas da saúde mundial de 2019 da OMS (*Global Health Estimates 2019*, OMS, 2020).

⁹ A previsão foi feita aplicando a metodologia proposta nesta publicação: Sanhueza A, Espinosa I, Mujica OJ, da Silva Jr. JB. *Leaving no one behind: a methodology for setting health inequality reduction targets for Sustainable Development Goal 3*. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e63. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.63>. Disponível em inglês em:

<https://www.paho.org/journal/en/articles/leaving-no-one-behind-methodology-setting-health-inequality-reduction-targets-sustainable>.

Principais conclusões e recomendações:

- Embora se possa avaliar que a Região está no rumo certo para atingir a meta, é importante reconhecer que o impacto da pandemia de COVID-19 sobre o desempenho desta taxa ainda não foi conhecido.
- Reduzir este nível de mortalidade exige um enfoque integral e sistêmico que aborde as particularidades de cada país em termos de desigualdades nos determinantes sociais, promova a prevenção e controle de resultados como as doenças não transmissíveis (DNTs), melhorando seu diagnóstico e tratamento em tempo hábil, e aborde diferenças entre variáveis sociodemográficas, como sexo, idade e etnia.
- Fortalecer os sistemas de saúde e sua capacidade de oferecer serviços de atenção primária à saúde e garantir o acesso a medicamentos essenciais é crucial para reduzir a taxa de mortalidade por causas evitáveis mediante a atenção à saúde. Da mesma forma, os esforços para fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde preparam proativamente os países para emergências sanitárias.

Indicador de impacto 8: Proporção de adultos com mais de 65 anos dependentes de cuidados

Linha de base 2010	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
~8,0%	6,5%	Revisão de indicadores recomendada para melhorar a mensurabilidade e a precisão. O grupo de trabalho técnico está investigando metodologias para isso.	Não classificado

Análise: Devido ao impacto e ao peso da dependência de cuidados nos sistemas de saúde, sobretudo para a população idosa, é crucial começar a monitorar este indicador, embora ainda não exista um método simples e direto para medir a dependência de cuidados. Muitos países não coletam informações que possibilitem a medição deste indicador de impacto. O fato de que os países da Região estão passando por uma transição demográfica e epidemiológica muito rápida ressalta a necessidade de medir este indicador para obter informações e promover ações direcionadas aos cuidados de longo prazo. Ao mesmo tempo, dadas essas rápidas mudanças, a linha de base e as porcentagens tomadas como metas talvez precisem ser ajustadas. Não foi possível classificar o desempenho deste indicador, uma vez que ele está sendo refinado.

Em resposta aos desafios enfrentados em sua mensuração, em 2021 a OPAS criou um grupo técnico¹⁰ de especialistas para apoiar o desenvolvimento de um indicador melhorado e para discutir os melhores métodos para medi-lo e para mapear as fontes de dados disponíveis. Com base no modelo do Grupo de Washington sobre Estatísticas de Deficiência (WG, na sigla em inglês), que considera a avaliação das atividades da vida diária e o nível de dificuldade ao realizá-las, o grupo técnico analisou estudos e bases de dados em potencial a serem usados para obter uma estimativa dos cuidados.

Principais conclusões e recomendações:

- Embora as pessoas mais velhas compreendam uma população diversificada, o processo de envelhecimento é acompanhado por um aumento do risco de desenvolver múltiplos problemas crônicos e de declínio das habilidades funcionais. Portanto, os idosos correm maior risco de dependência. A crescente proporção de idosos na Região implica um aumento substancial na demanda por serviços de cuidado que os países terão que suprir nas próximas décadas. Isso explica a necessidade de investigar ainda mais e adaptar a linha de base e a meta proposta.
- Os métodos de avaliação propostos e os resultados preliminares serão encaminhados ao grupo técnico no segundo semestre de 2022 para revisar os resultados alcançados para medir a dependência de cuidados a partir dos estudos disponíveis e discutir possíveis formas de melhor apresentar e monitorar o indicador de impacto.

Indicador de impacto 9: Probabilidade incondicional de morrer entre as idades de 30 e 70 anos em decorrência de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas

Linha de base 2016	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
14,62%*	11,7 (redução relativa de 20%)	13,73%**	Em dificuldade

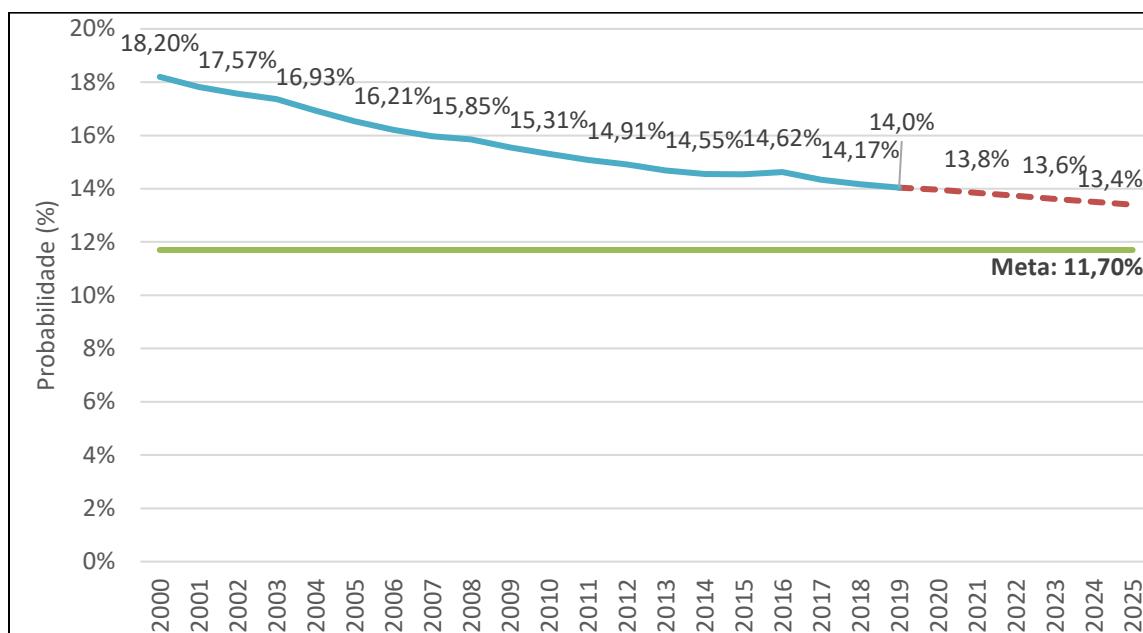
* Linha de base atualizada com dados de: *ENLACE: Portal de Dados sobre Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental, y Causas Externas*, OPAS. Projeção baseada nas estimativas da saúde mundial de 2019 da OMS (*Global Health Estimates 2019*, OMS, 2020).

** Calculado por suavização exponencial para o período 2010-2019.

¹⁰ O grupo técnico é formado por: representantes de Centros Colaboradores da OMS (INGER/México; CITED/Cuba; Sealy Center on Aging – UTMB Galveston/EUA; representantes de organismos internacionais (Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID e Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA); e pesquisadores dos Estados Membros (Brasil, Chile, Costa Rica e Estados Unidos da América).

Análise: Usando as últimas estimativas mais recentes disponíveis¹¹, a probabilidade de morrer entre 30 e 70 anos de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas em 2019 era de 14%. Como mostra a Figura A.9, a projeção para 2025 é de 13,4%. Isso indica uma redução regional projetada de 7,6% entre 2019 e 2025. Para atingir a meta de 2025, é necessária uma redução anual de 2,7%, e a taxa atual é de 2,0%. Isso indica que é improvável que a Região atinja a meta.

Figura A.9: Probabilidade incondicional de morrer entre as idades de 30 e 70 anos em decorrência de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas



Fonte: Estimativas da saúde mundial de 2019 sobre mortes por causa, idade, sexo, por país e por Região (*Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*). Genebra, Organização Mundial da Saúde; 2020.

Principais conclusões e recomendações:

- As intervenções precisam ser reforçadas para abordar fatores de risco e prevenir DNTs e diagnosticar e tratar complicações decorrentes, sobretudo, de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas.
- De forma semelhante à mortalidade por causas evitáveis, reduzir a mortalidade prematura exige um enfoque integral e sistêmico que aborde as particularidades de cada país em termos de desigualdades nos determinantes sociais, promova a prevenção e controle de resultados como as DNTs, melhorando seu diagnóstico e tratamento em tempo hábil, e aborde diferenças por gênero e outras variáveis.

¹¹ Estimativas da saúde mundial de 2019 sobre mortes por causa, idade, sexo, por país e por região (*Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*). Genebra, Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em inglês em:

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>.

Indicador de impacto 10: Taxa de mortalidade causada por câncer do colo do útero

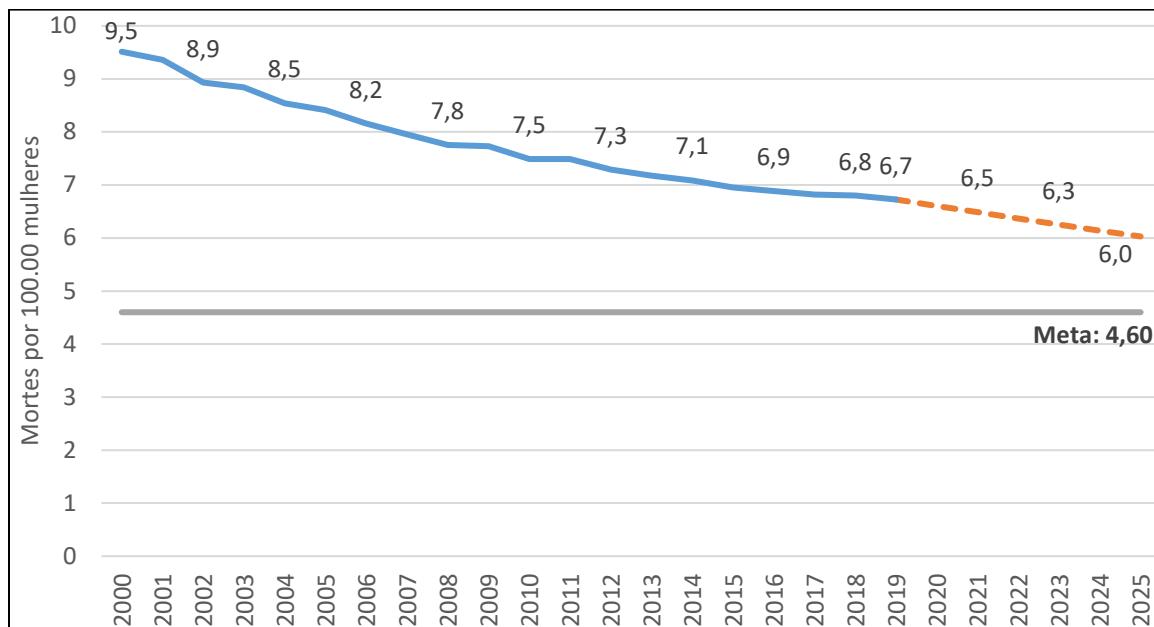
Linha de base 2018	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
6,79 mortes por 100.000 habitantes*	4,6 mortes por 100.000 habitantes	6,36 mortes por 100.000 habitantes**	Em dificuldade

* Linha de base atualizada com dados de: Estimativas da saúde mundial de 2019 sobre mortes por causa, idade, sexo, por país e por Região (*Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*). Genebra, Organização Mundial da Saúde; 2020.

** Calculado por suavização exponencial para o período 2010-2019.

Análise: Usando as estimativas mais recentes disponíveis,¹² a taxa de mortes causadas por câncer do colo do útero em 2019 foi de 6,72 mortes por 100.000 mulheres. Como mostra a Figura A.10, a projeção para 2025 é de 6,02 mortes por 100.000 mulheres. Isso indica uma redução regional projetada de 10,4% entre 2019 e 2025. Para atingir a meta de 2025, é necessária uma redução anual de 8,66%, e a taxa atual é de 1,82%. Isso indica que é improvável que a Região atinja a meta.

Figura A.10. Taxa de mortalidade causada por câncer do colo do útero



Fonte: ENLACE: Portal de Datos sobre Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental, y Causas Externas, OPAS. Previsão baseada nas estimativas da saúde mundial de 2019 da OMS (*Global Health Estimates 2019*, OMS, 2020).

¹² Estimativas da saúde mundial de 2019 sobre mortes por causa, idade, sexo, por país e por região (*Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*). Genebra, Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em inglês em:

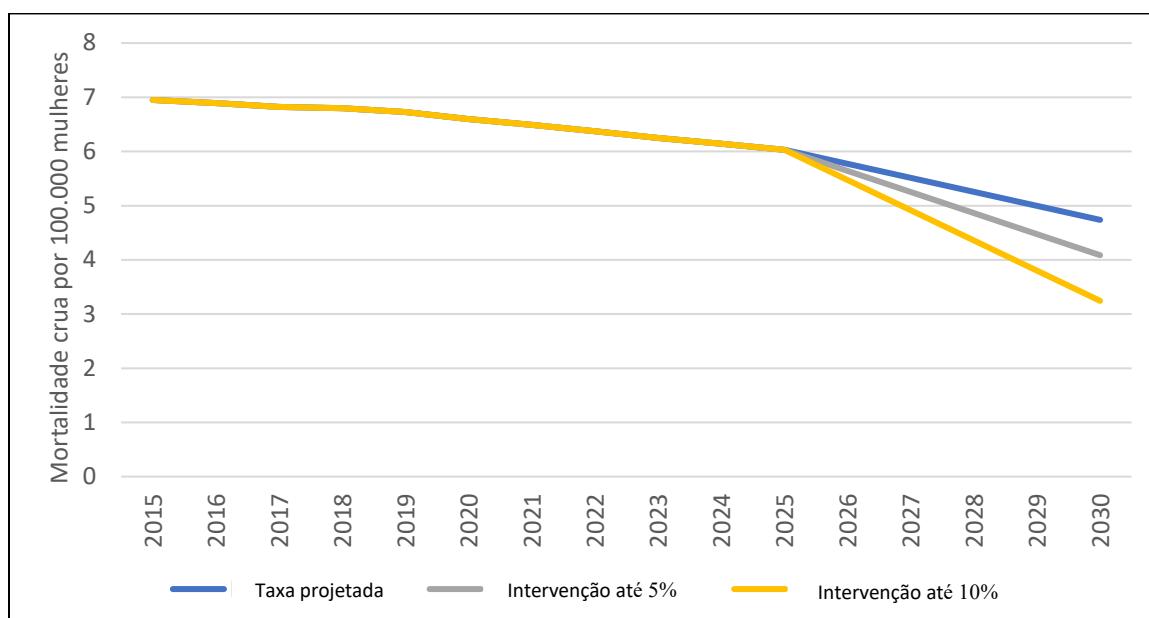
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>.

Exemplo de modelagem para o câncer do colo do útero

A incidência de câncer do colo do útero e a respectiva mortalidade apresentam tendências variáveis entre os países e territórios da Região. A estratégia mundial para acelerar a eliminação do câncer do colo do útero como um problema de saúde pública estabeleceu um limiar de menos de quatro casos por 100.000 mulheres-ano para eliminar a doença, e definiu três metas para alcançar esse objetivo: *a)* alcançar a vacinação completa contra o papilomavírus humano (HPV) de 90% das meninas até os 15 anos; *b)* chegar ao patamar de 70% de triagem das mulheres com um exame de alto desempenho até os 35 anos e, novamente, até os 45 anos; e *c)* tratar com eficácia pelo menos 90% das mulheres identificadas com câncer do colo do útero. Em termos de triagem, vasta bibliografia especializada apoia a adoção do teste de HPV como uma abordagem com boa relação custo-benefício no lugar das estratégias citológicas tradicionais ou como complemento a elas.

A Figura A.11 apresenta dois cenários hipotéticos para o Brasil, em que 5% e 10% das mulheres que não passaram por uma triagem citológica fazem testes de HPV. Mesmo que o aumento do rastreamento possa resultar numa elevação transitória da incidência registrada de câncer devido ao aumento da detecção precoce, e não se prevejam mudanças na mortalidade no curto prazo (isto é, antes de 2025), a taxa de mortalidade causada por câncer do colo do útero poderia ser reduzida até 2030 de uma taxa projetada de 4,73 por 100.000 mulheres para 4,1 ou 3,3 mortes por 100.000 mulheres. No entanto, atingir esta meta depende se a cobertura da intervenção atinge 5% ou 10% das mulheres que não passaram pela triagem.

Figura A.11: Impacto potencial do aumento da triagem com o teste de HPV sobre a mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil (2015-2030)



Fonte: ENLACE: Portal de Datos sobre Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental, y Causas Externas, OPAS. Previsão baseada nas estimativas da saúde mundial de 2019 da OMS (*Global Health Estimates 2019*, OMS, 2020).

Principais conclusões e recomendações:

- Em vários países da Região, grandes proporções de mulheres em situação de alto risco não passam pela triagem do câncer do colo do útero. As intervenções devem ser reforçadas para evitar complicações decorrentes de infecções pelo HPV. Dependendo da incidência do HPV e dos riscos populacionais, os testes de HPV podem identificar aproximadamente 12,3 NIC 2 e 10,3 NIC 3¹³ casos por 1.000 procedimentos.
- A identificação precoce de condições pré-neoplásicas em associação com a infecção pelo HPV e a ligação oportuna com um tratamento eficaz reduziria a mortalidade por câncer do colo do útero e a carga de doença.

Indicador de impacto 11: Taxa de mortalidade por homicídio entre jovens de 15 a 24 anos de idade

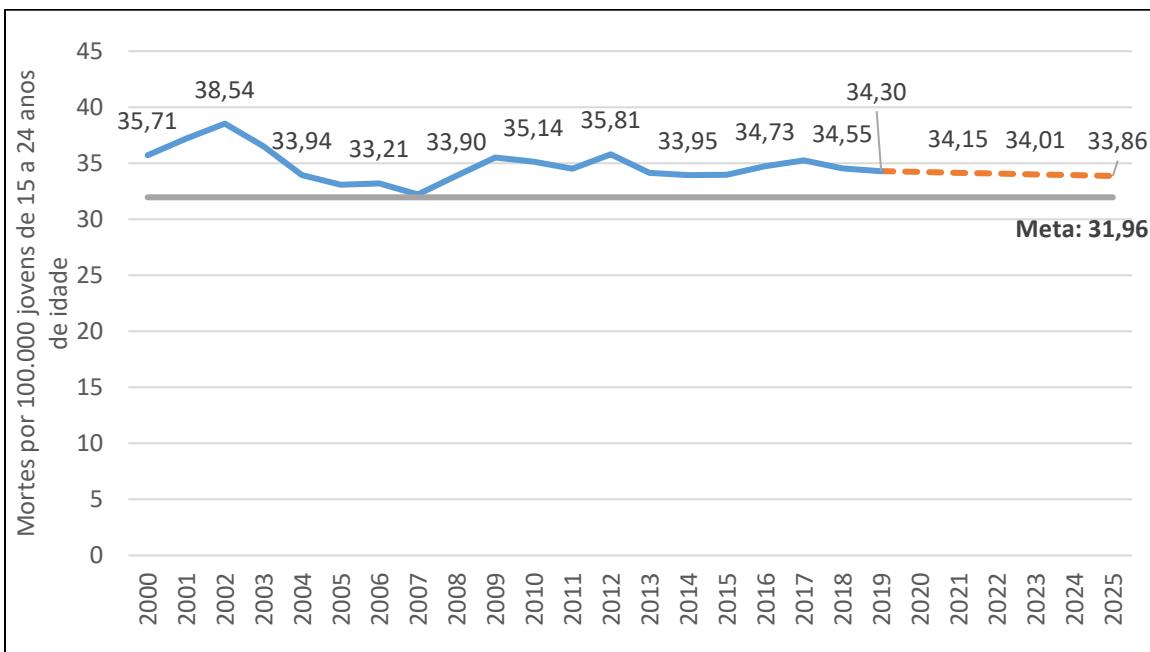
Linha de base 2015	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
33,98 mortes para cada 100.000 jovens de 15 a 24 anos	31,96 mortes para cada 100.000 jovens de 15 a 24 anos	34,07 mortes para cada 100.000 jovens de 15 a 24 anos (valor projetado)	Em dificuldade

* Linha de base atualizada com dados de: Estimativas da saúde mundial de 2019 sobre mortes por causa, idade, sexo, por país e por Região (*Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*). Genebra, Organização Mundial da Saúde; 2020.

Análise: Usando os dados mais recentes disponíveis da OMS para a taxa de homicídios entre jovens de 15 a 24 anos, observa-se que, em 2019, houve 34,30 mortes por 100.000 habitantes dessa faixa etária. Em 2022, a taxa está estimada em 34,07 mortes por 100.000 jovens de 15 a 24 anos. Como mostra a Figura A.12, a taxa projetada para 2025 é de 33,86 mortes por 100.000 jovens de 15 a 24 anos. Isso indica uma redução projetada de 5,2% para a estimativa regional entre 2020 e 2025, indicando que a Região não deve atingir a meta para este indicador.

¹³ Neoplasia intraepitelial cervical.

Figura A.12. Taxa de mortalidade por homicídio entre jovens de 15 a 24 anos de idade, 2000-2025



Fonte: Estimativas da saúde mundial 2020 (*Global Health Estimates 2020*) (dados de 2019).

Principais conclusões e recomendações:

- Intervenções para reduzir a violência e os homicídios entre os jovens exigem um enfoque abrangente para abordar os determinantes sociais da violência e das desigualdades, sobretudo por meio de um enfoque relacionado à comunidade que se concentre na proteção social.
- Há evidências de que a melhoria das condições e oportunidades sociais, econômicas, educacionais e de emprego para os jovens mitigam o risco de exposição à violência.
- A Região precisa fortalecer a base de evidências com respeito a estratégias de orientação e mitigação a fim de reduzir a violência em vários contextos, pois os países têm perfis diferentes.

Indicador de impacto 12: Proporção de mulheres e meninas com idades entre 15 e 49 anos que já tiveram um parceiro e foram vítimas de violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo atual ou anterior nos últimos 12 meses

Linha de base 2018	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
7%*	7% (nenhum aumento)	Não medido devido a disponibilidade de dados limitada	Não classificado

* Os dados foram publicados pela OMS em 2021, após revisão dos dados disponíveis e consulta aos Estados Membros em 2020. (Ver mais detalhes abaixo).

Fonte: OMS, em nome do Grupo de Trabalho Interinstitucional das Nações Unidas sobre Dados e Estimativas da Violência contra a Mulher (VAW-IWGED, na sigla em inglês). *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018. Global, regional, and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women.* Genebra: OMS; 2021.

Análise: A violência contra as mulheres e as meninas é um grande desafio de saúde pública e direitos humanos na Região das Américas. Este indicador mede as variações nos níveis de violência recente de parceiros íntimos contra mulheres e meninas dentro do casamento ou em relacionamentos semelhantes, com foco nos últimos 12 meses. O indicador se limita à violência física e/ou sexual (especificamente, ODS 5.2.1, subindicador 4) devido à falta de medidas e definições internacionalmente comparáveis da violência psicológica por parceiros íntimos. Além disso, não há dados atualizados para fornecer uma estimativa para 2022. Portanto, não foi possível avaliar o desempenho do indicador neste momento.

Este indicador se baseia especificamente nas estimativas mundiais, regionais e nacionais da OMS¹⁴ da violência contra a mulher, elaboradas em nome do Grupo de Trabalho Interinstitucional das Nações Unidas sobre Dados e Estimativas da Violência contra a Mulher (VAW-IWGED, na sigla em inglês). O VAW-IWGED foi formado em 2017 por representantes da OMS, ONU Mulheres, UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e Divisão de Estatísticas das Nações Unidas (UNSD) para melhorar a medição da violência contra as mulheres e fortalecer seu monitoramento e prestação de contas em todo o mundo, incluídos os indicadores pertinentes aos ODS. O trabalho do VAW-IWGED tem sido apoiado por um Grupo Técnico Assessor (GTA) — um painel independente de especialistas acadêmicos e técnicos externos e representantes dos órgãos nacionais de estatística — na produção das estimativas.

¹⁴ Mais informações podem ser consultadas em:

https://srhr.org/vaw-data/data?region=Americas®ion_class=WHO&violence_type=ipv&violence_time=lifetime&age_group=15_49.

Principais conclusões e recomendações:

- A maioria dos dados para este indicador vem de pesquisas. É importante observar que as pesquisas que coletam essas estimativas nem sempre são feitas em intervalos regulares. A frequência de medição sugerida é a cada cinco anos, uma vez que é improvável que este indicador apresente variações significativas em intervalos de tempo mais curtos.
- A Região também deve considerar métodos alternativos para estimar o progresso deste indicador e acompanhar o progresso ao longo do tempo dentro do período do Plano Estratégico, dada a periodicidade das pesquisas.

Indicador de impacto 13: Número de mortes em decorrência de traumatismos causados pelo trânsito

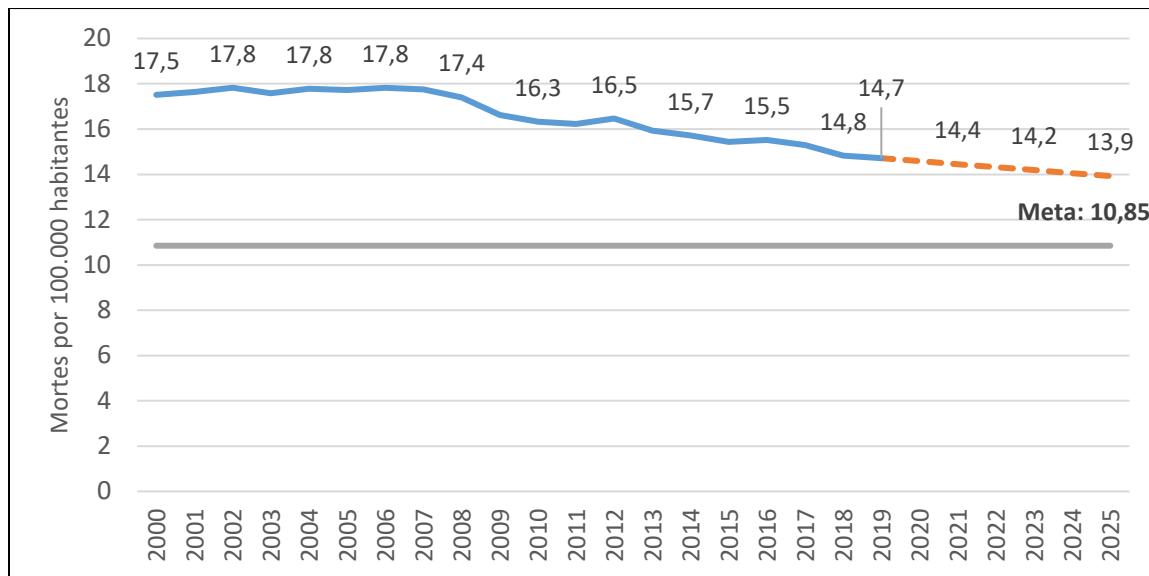
Linha de base 2016*	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
Número de mortes: 154.000 Taxa de Mortalidade: 15,5 mortes por 100.000 habitantes**	Número de mortes: 123000 Taxa de Mortalidade: 10,85 mortes por 100.000 habitantes**	Número de mortes: 142000 Taxa de Mortalidade: 14,31 mortes por 100.000 habitantes**	Em risco

* Linha de base atualizada com dados de: Estimativas da saúde mundial de 2019 sobre mortes por causa, idade, sexo, por país e por Região (*Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*). Genebra, Organização Mundial da Saúde; 2020.

** O número de mortes foi convertido em taxa de mortalidade, pois a OMS passou a informar o número e a taxa de mortalidade para este indicador, o que permite a comparabilidade entre os países.

Análise: Além do número de mortes em decorrência de traumatismos causados pelo trânsito, a taxa de mortalidade para este indicador é incluída como um método-padrão para permitir a comparabilidade entre os países da Região e leva em conta o tamanho da população. Esse enfoque é compatível com a forma como a OMS atualmente informa o número e a taxa dessas mortes. Observando os dados mais recentes disponíveis da OMS em 2019, a taxa de mortalidade foi de 14,7 mortes por 100.000 habitantes. Como mostra a Figura A.13, a taxa de mortalidade projetada para 2025 é de 13,9 mortes por 100.000 habitantes. Isso indica uma redução projetada de 20,5% para a estimativa regional entre 2020 e 2025, o que indica que a Região corre o risco de não atingir a meta deste indicador.

Figura A.13. Mortalidade em decorrência de traumatismos causados pelo trânsito, Américas, 2000-2025



Fonte: Estimativas da saúde mundial de 2019 sobre mortes por causa, idade, sexo, por país e por Região (*Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*). Genebra, Organização Mundial da Saúde; 2020.

Principais conclusões e recomendações:

- Reduzir a mortalidade em decorrência de traumatismos causados pelo trânsito exige um enfoque coordenado e multisectorial que envolva melhorias na segurança no trânsito, na concepção de estradas e cidades, e no atendimento de emergência que salve vidas, além de leis de trânsito e fiscalização.
- Fortalecer a coleta de dados, o monitoramento e avaliação, e a prestação de contas dentro dos sistemas de informação dos países é essencial para melhorar as estimativas de mortalidade para este indicador, sobretudo porque os dados vêm de múltiplos setores.

Indicador de impacto 14: Taxa de mortalidade em decorrência de suicídios

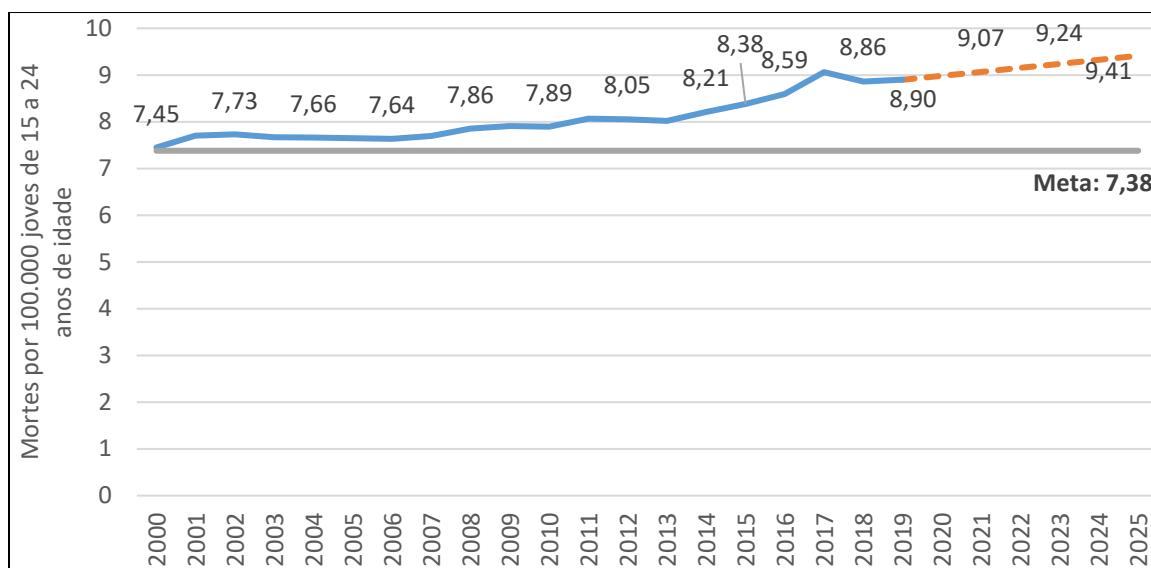
Linha de base 2015	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
8,38 mortes por 100.000 habitantes*	7,54 mortes por 100.000 habitantes**	9,15 mortes por 100.000 habitantes (valor projetado)	Em dificuldade

* Linha de base atualizada com dados de: Estimativas da saúde mundial de 2019 sobre mortes por causa, idade, sexo, por país e por Região (*Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*). Genebra, Organização Mundial da Saúde; 2020.

** A meta indicada no Plano Estratégico aprovado era uma redução de 10%. Uma vez que a linha de base foi atualizada, a meta foi revisada.

Análise: Usando dados mais recentes disponíveis da OMS para a taxa de mortalidade em decorrência de suicídios, observa-se que, em 2019, houve 8,9 mortes por 100.000 habitantes. A taxa de suicídio aumentou de forma constante nas duas últimas décadas. Como mostra a Figura A.14, a taxa projetada para 2025 é de 9,4 mortes por 100.000 habitantes. Isso mostra um aumento projetado de 26,3% para o período entre 2020 e 2025, o que indica que este indicador está em dificuldade e que a Região não deve atingir a meta.

Figura A.14. Taxa de mortalidade em decorrência de suicídios, Américas, 2000-2025



Fonte: Estimativas da saúde mundial de 2019 sobre mortes por causa, idade, sexo, por país e por Região (*Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*). Genebra, Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em inglês em:

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>

Principais conclusões e recomendações:

- A Região precisa fortalecer a qualidade dos dados sobre suicídios e tentativas de suicídio, começando pelo desenvolvimento e implementação de esforços nacionais para a prevenção de suicídios.
- O fator de risco mais forte para o suicídio é uma tentativa de suicídio anterior.
- Um exemplo de boa prática para abordar a taxa de mortalidade em decorrência de suicídios é observado em Belize, onde foram envidados esforços para formular um plano nacional de prevenção de suicídios. O Sistema de Informação em Saúde de Belize é um sistema de informação de saúde digital em tempo real e atualizado que também reúne dados sobre questões de saúde mental, incluído o suicídio, e conta com um sistema de alerta para tentativas de suicídio que permite o acompanhamento e possibilita entender os padrões dos suicídios no país.
- A coordenação precisa ser reforçada, pois abordar o suicídio exige um enfoque abrangente e multissetorial que também leve em conta enfoques direcionados a grupos vulneráveis, pois as taxas de suicídio são altas nessas populações.

- Considerando que este indicador já não estava no rumo certo antes da pandemia e que são necessárias mais informações para avaliar plenamente seu impacto, uma revisão abrangente da meta de 2025 deve ser feita assim que essas informações estiverem disponíveis. Os Estados-Membros serão consultados sobre as ações necessárias a esse respeito.

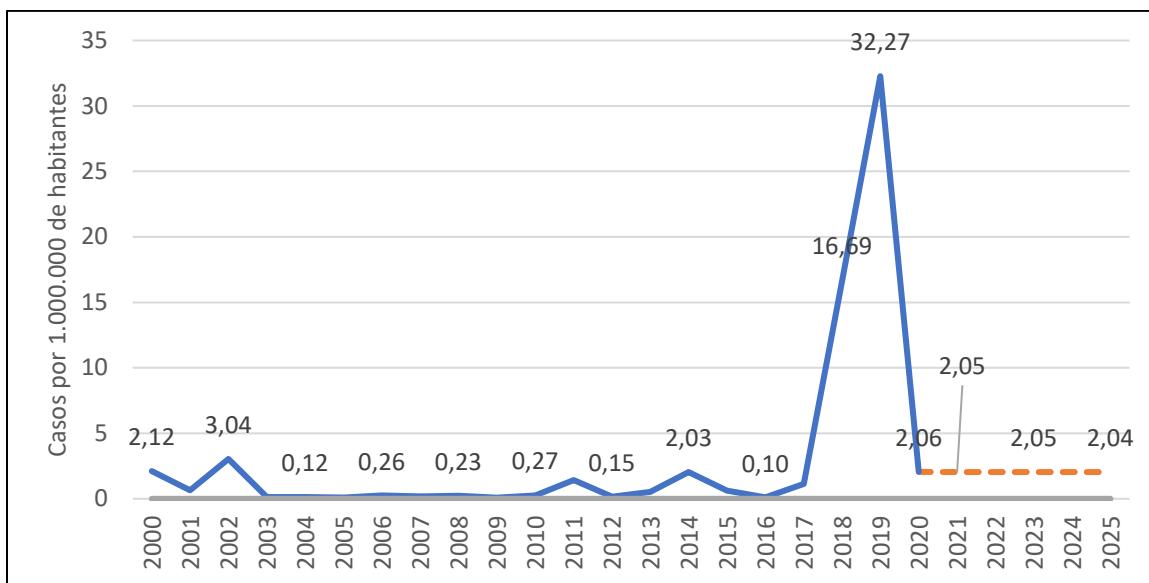
Indicador de impacto 15: Taxa de incidência do sarampo

Linha de base 2018	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
16,7 casos por 1.000.000 de habitantes*	0,00 caso por 1.000.000 de habitantes	2,05 casos por 1.000.000 habitantes (valor projetado)	Em risco

* Os dados da linha de base para este indicador foram atualizados usando dados de 2018 do Observatório de Saúde Global da OMS.

Análise: Em 2018, a taxa média regional de incidência do sarampo era de 16,7 casos por 1 milhão de habitantes devido a surtos em vários países. Em 2019, a incidência do sarampo na Região foi de 32,27 casos por 1 milhão de habitantes, sobretudo devido a um surto dentro da Região. A partir de 2020, a incidência do sarampo esteve sob controle, em 2,06 casos por 1 milhão de habitantes. Como mostra a Figura A.15, a redução projetada para a incidência do sarampo deve permanecer estável em 2,04 casos até 2025. A vigilância da doença e a manutenção de taxas de imunização elevadas são cruciais, pois a Região corre o risco de ver um aumento da incidência do sarampo caso ocorra um surto.

Figura A.15. Taxa de incidência do sarampo, Américas, 2000-2025



Fonte: OMS, Observatório de Saúde Global.

Principais conclusões e recomendações:

- Como o sarampo continua a circular no mundo, e os países da Região relatam surtos esporádicos, é preciso reforçar a vigilância ativa e manter taxas de imunização elevadas.
- Devido à migração, devem ser envidados esforços para fortalecer a colaboração para o intercâmbio de dados e a vacinação, entre os países, sobretudo entre países vizinhos, pois as populações tendem a se deslocar em tempos de crise.
- Melhorar os sistemas de monitoramento e avaliação da vigilância da imunização dentro dos países de modo a incluir parâmetros de equidade com o objetivo de alcançar uma cobertura superior a 95% de duas doses da vacina contra o sarampo nos níveis nacional e subnacional.

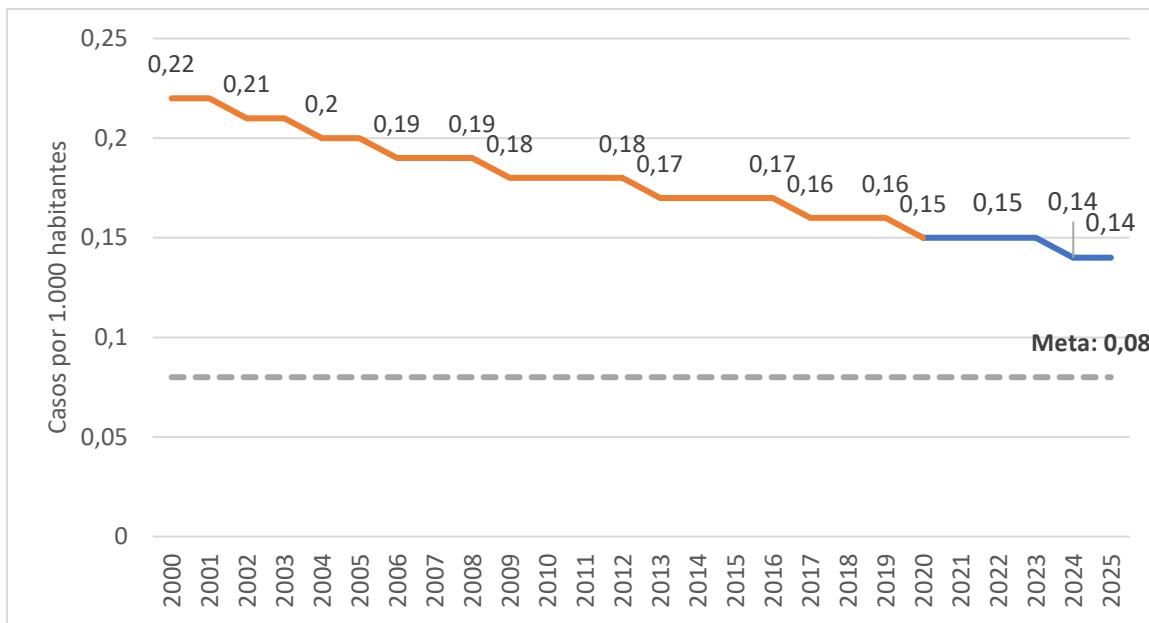
Indicador de impacto 16: Taxa de incidência de infecções por HIV

Linha de base 2017	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
0,16 casos por 1.000 habitantes*	0,08 caso por 1.000 habitantes**	0,15 caso por 1.000 habitantes (valor projetado)	Em dificuldade

* Os cálculos dos dados da linha de base para este indicador foram atualizados usando dados de 2020 desta fonte: estimativas do UNAIDS (Spectrum) de 2021.

** A meta está alinhada com a redução proporcional de 50% prevista no PE20-25.

Análise: Em 2020, a estimativa regional do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) para a taxa de incidência de infecções por HIV foi de 0,15 caso por 1.000 habitantes. Embora a taxa tenha diminuído sistematicamente de 2000 a 2020, a redução na variação percentual anual é de apenas -1,4%, o que não é suficiente para atingir a meta. Para alcançar a meta, é necessária uma redução percentual anual de -17,3%. Como mostra a Figura A.16, a taxa de incidência de infecções por HIV projetada para 2025 é de 0,14 caso por 1.000 habitantes. Este indicador está em dificuldade e são necessários enfoques mais estratégicos para obter ganhos maiores e, assim, atingir a meta.

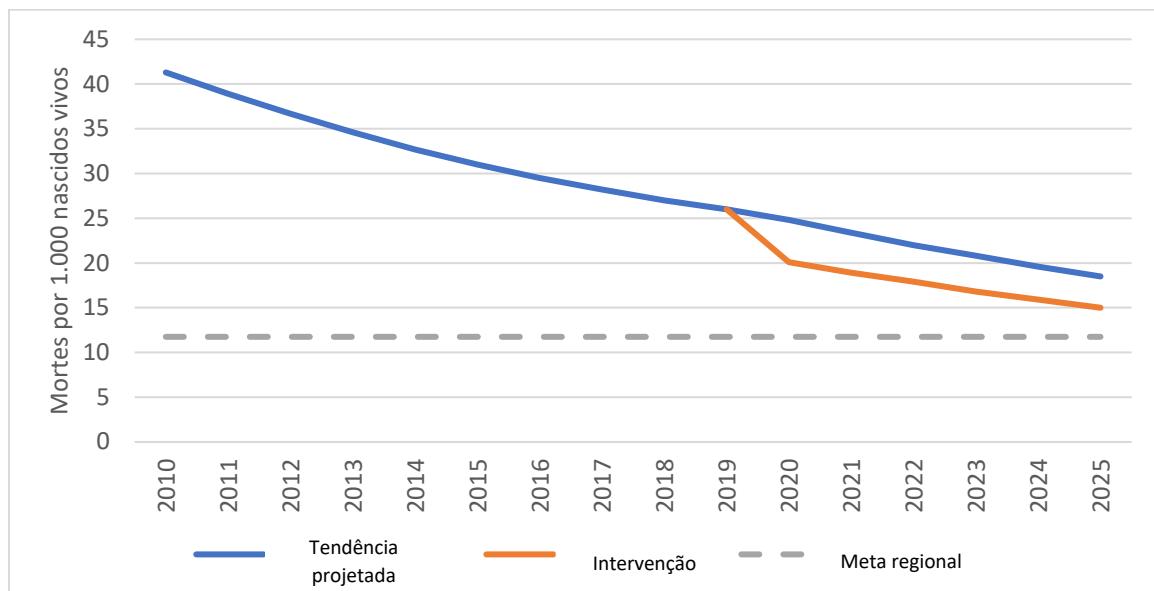
Figura A.16. Taxa de incidência de infecções por HIV, Américas, 2000-2025

Fonte: Estimativas do UNAIDS (Spectrum) de 2021 (dados de 2020).

Exemplo de modelagem para a incidência do HIV

A incidência do HIV depende de vários fatores que envolvem a prevenção primária, como o acesso a preservativos, lubrificantes, serviços para outras ISTs e PrEP (profilaxia pré-exposição). Além disso, alcançar uma cobertura da terapia antirretroviral (TARV) elevada e conseguir sua retenção são medidas cruciais para retardar a transmissão e reduzir a incidência do HIV. A Figura A.17 apresenta um cenário hipotético em que a retenção da TARV é elevada para 90% no Paraguai. Os resultados mostram que um aumento da taxa de retenção permitiria ao Paraguai retomar a inclinação que o país observou entre 2015 e 2018. Se a intervenção fosse aplicada com êxito, o Paraguai reduziria a incidência do HIV de 0,10 por 1.000 habitantes não infectados para 0,079 até 2025. Isso evitaria mais de 2.400 novos casos de HIV no país.

Figura A.17. Impacto potencial do aumento da cobertura da TARV na incidência do HIV no Paraguai, 2015-2025



Fonte: Estimativas do UNAIDS (Spectrum) de 2021.

Principais conclusões e recomendações:

- A Região não está no rumo certo para atingir a meta de reduzir novas infecções pelo HIV e acabar com a aids até 2030.
- Os países devem ter como prioridade implementar uma combinação de prevenção abrangente e centrada no indivíduo, incluídos preservativos e lubrificantes, profilaxia pré-exposição, modalidades de testes inovadores, como o autoteste de HIV e o teste duplo de HIV-sífilis, o manejo integrado das ISTs, e a ligação, início rápido e retenção do tratamento.
- Abordar o estigma e a discriminação nos serviços de saúde é essencial para aumentar o acesso à prevenção e ao tratamento do HIV e reduzir novas infecções por HIV.
- A promoção de modelos diferenciados de prestação de serviços, como os serviços liderados pela comunidade e a colaboração com as comunidades afetadas, permitirá o acesso e a retenção no atendimento às populações mais vulneráveis e em situação de risco.

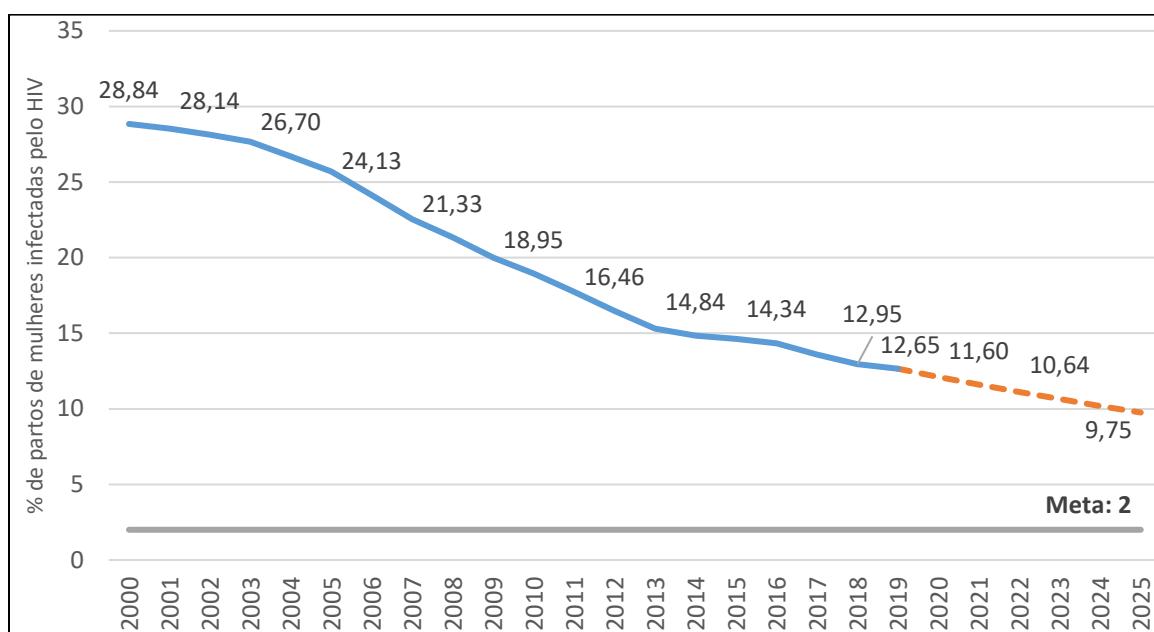
Indicador de impacto 17: Taxa de transmissão materno-infantil do HIV

Linha de base 2017	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
13,59% de partos de mulheres infectadas pelo HIV*	2,0% de partos de mulheres infectadas pelo HIV	11,11% de partos de mulheres infectadas pelo HIV (valor projetado)	Em dificuldade

* Os cálculos dos dados da linha de base para este indicador foram atualizados usando dados de 2019 desta fonte: estimativas do UNAIDS (Spectrum) de 2020.

Análise: O UNAIDS estima que, em 2019, a taxa de transmissão materno-infantil (TMI) do HIV seria de 12,7% dos partos de mães infectadas pelo HIV na Região. Embora a taxa tenha diminuído sistematicamente nas duas últimas décadas, a redução na variação percentual anual (-4,3%) não é suficiente para atingir a meta de 2%. Para alcançar a meta, é necessária uma redução percentual anual de -24,0%. Como mostra a Figura A.18, a taxa projetada para 2025 é de 9,75%. Este indicador está em dificuldade e são necessários enfoques mais estratégicos para obter ganhos maiores e, assim, atingir a meta.

Figura A.18. Transmissão materno-infantil do HIV, Américas, 2000-2025



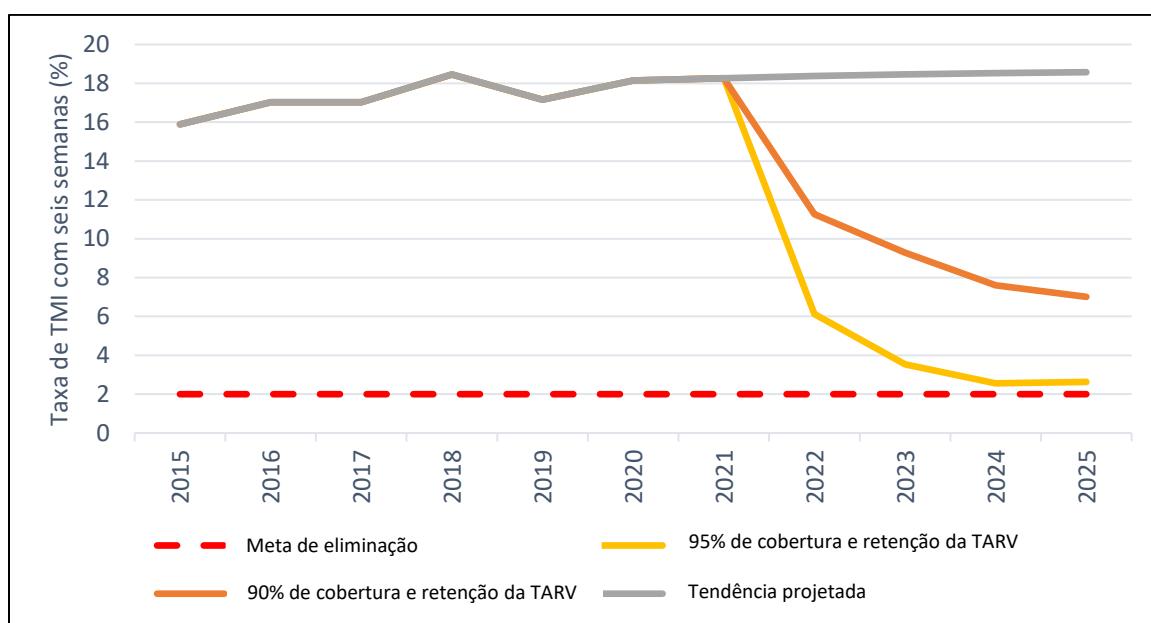
Fonte: Estimativas do UNAIDS (Spectrum) de 2020 (dados de 2019).

Exemplo de modelagem para a transmissão materno-infantil do HIV

Eliminar a transmissão materno-infantil do HIV requer uma taxa de transmissão inferior a 2,0% e uma taxa de incidência do HIV pediátrico de 0,3 por 1.000 nascidos vivos. As principais intervenções para alcançar esses objetivos são identificar e tratar todas as gestantes antes do parto, alcançar taxas elevadas de retenção da TARV e evitar ou suspender o aleitamento materno. A Figura A.19 apresenta dois cenários hipotéticos para

El Salvador, em que 1) o país atinge uma cobertura da TARV de 90% para todas as gestantes infectadas com o HIV (a partir de uma linha de base de cerca de 47%) e retém pelo menos 90% dessas mulheres com estratégias de tratamento eficazes; e 2) o país atinge uma cobertura da TARV de 95% e retém pelo menos 95% dessas mulheres sob tratamento. Se nenhuma mudança for implementada, a taxa de transmissão materno-infantil deve ser superior a 18% até 2025. Contudo, aumentar o monitoramento do HIV e o tratamento e retenção com TARV poderia reduzir a transmissão materno-infantil do HIV para 7,46% ou 2,62%, respectivamente, até 2025, dependendo da cobertura e das taxas de retenção.

Figura A.19. Impacto potencial do aumento da cobertura e retenção da TARV durante a gravidez na transmissão materno-infantil do HIV em El Salvador, 2015-2025



Fonte: Estimativas do UNAIDS (Spectrum) de 2021.

Principais conclusões e recomendações:

- A testagem e o tratamento do HIV durante o atendimento pré-natal devem ser acompanhados de intervenções para prevenir novas infecções em mulheres durante a gravidez e o pós-parto. Isso abrange testes com parceiros, o uso de preservativos durante a gravidez, a avaliação de riscos e a ampliação do conhecimento das mulheres sobre o risco de transmissão do HIV durante a gestação e o puerpério.
- Estratégias para programas integrados de saúde reprodutiva e planejamento familiar e atendimento pré-natal podem aumentar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do HIV, melhorar a vigilância e o monitoramento, e levar a uma redução na transmissão materno-infantil.
- Fortalecer o monitoramento das gestantes com HIV e seus bebês expostos é importante para avaliar o progresso da Região na eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e gerar estimativas de qualidade.

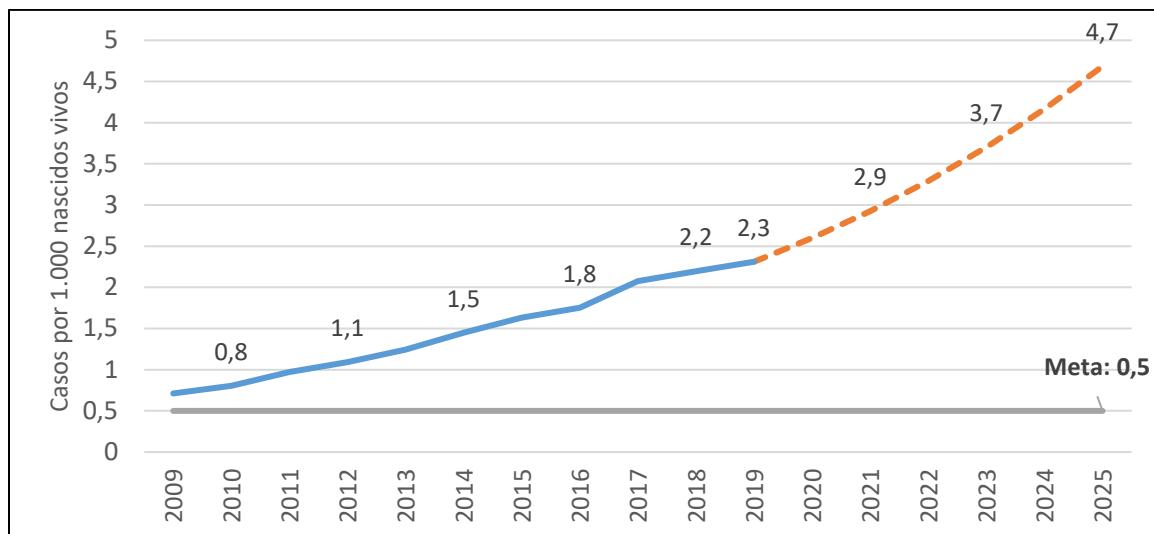
Indicador de impacto 18: Taxa de incidência da sífilis congênita (incluídos os natimortos)

Linha de base 2017	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
2,1 casos por 1.000 nascidos vivos*	0,5 caso por 1.000 nascidos vivos	3,3 casos por 1.000 nascidos vivos	Em dificuldade

* Os cálculos dos dados da linha de base para este indicador foram atualizados usando dados de 2019 desta fonte: estimativas do UNAIDS (Spectrum) de 2020.

Análise: O UNAIDS estima que, em 2019, 2,3 bebês nascessem com sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos dentro da Região. A tendência regional tem aumentado de forma sistemática desde 2010. Como mostra a Figura A.20, as projeções atuais indicam que este indicador está em dificuldade, pois a taxa deve aumentar para 4,68 casos por 1.000 nascidos vivos até 2025.

Figura A.20. Taxa de incidência da sífilis congênita (incluídos os natimortos), Américas, 2009-2025



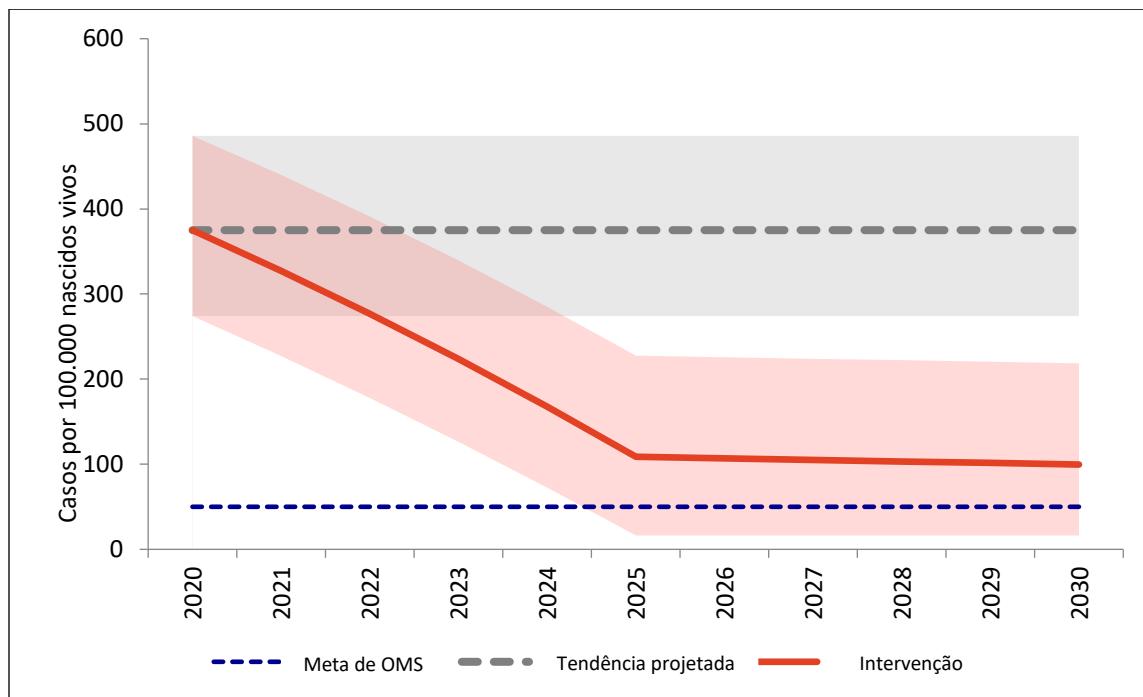
Fonte: Relatórios de monitoramento mundial da aids do UNAIDS (*UNAIDS Global AIDS Monitoring*).

Exemplo de modelagem para a sífilis congênita

A eliminação da sífilis congênita depende muito da quantidade e qualidade da atenção pré-natal. Além de acessar os serviços de saúde para o pré-natal, as mulheres grávidas devem passar por um teste de sífilis, e os casos positivos devem ser tratados para evitar ou reduzir a probabilidade de natimortos, morte neonatal, baixo peso ao nascer e outras manifestações clínicas da doença. Vários países da Região relatam alta cobertura de atenção pré-natal. Contudo, há espaço para melhorias tanto na detecção quanto no tratamento. No exemplo da Colômbia, mostrado na Figura A.21, a taxa de detecção durante a gravidez foi modelada de 74% (2020) para 95% em 2025, e a taxa de tratamento foi modelada de 75% para 95%. Os resultados mostram uma redução de aproximadamente 70% na taxa de incidência de sífilis congênita (de 375 por 100.000 nascimentos, para 109 por 100.000 nascimentos), o que

também implicaria evitar 1.849 casos de sífilis congênita (incluídos 441 natimortos e 148 mortes neonatais).

Figura A.21. Impacto potencial do aumento da detecção e tratamento da sífilis durante a gestação na Colômbia, 2020-2025



Fonte: Estimativas do UNAIDS (Spectrum) de 2021.

Principais conclusões e recomendações:

- Alcançar a eliminação da sífilis congênita depende da melhoria dos serviços de saúde materna, sobretudo da qualidade da atenção pré-natal.
- Convém aos países da Região aumentar a detecção oportuna e o tratamento da sífilis durante o pré-natal e implementar intervenções para reduzir a prevalência da sífilis entre a população em geral, em especial entre as mulheres em idade fértil.

Indicador de impacto 19: Taxa de mortalidade causada por hepatites virais crônicas

Linha de base 2017	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
9,73 mortes por 100.000 habitantes*	5,35 mortes por 100.000 habitantes**	10,32 mortes por 100.000 habitantes***	Em dificuldade

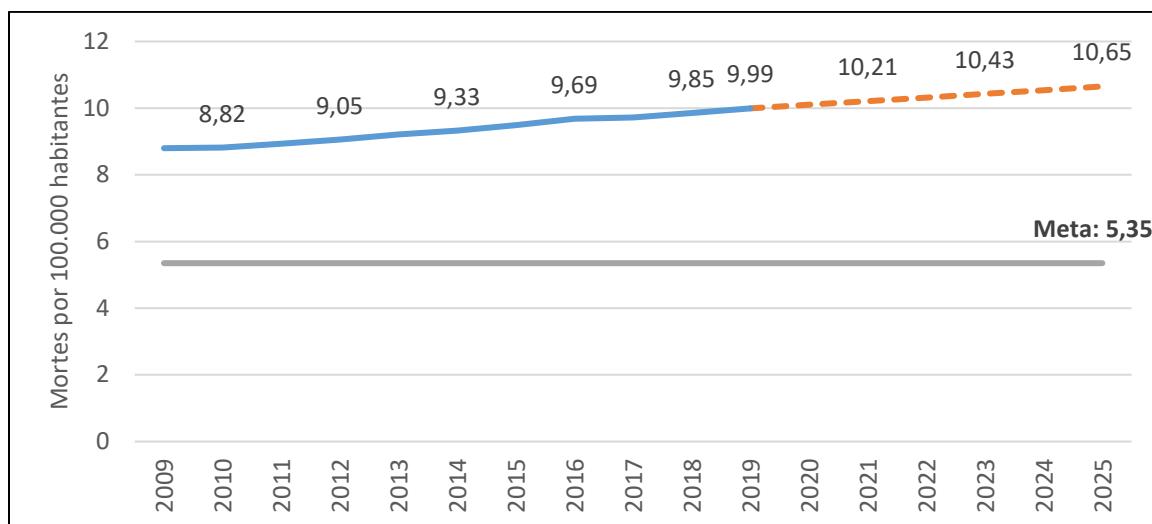
* Atualizado a partir dos dados mais recentes disponíveis da Global Burden of Disease Collaborative Network. Resultados do *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)* [Estudo de Carga Global da Doença 2019]. Seattle, Estados Unidos: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020.

Atualizado a partir dos dados mais recentes disponíveis.

*** Prevista a partir dos dados mais recentes disponíveis; 2019.

Análise: Com base nos dados mais recentes disponíveis do *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)*, a linha de base da taxa de mortalidade causada por hepatites virais crônicas ajustada pela idade foi estimada em 9,7 mortes por 100.000 habitantes para 2017. Como mostra a Figura A.22, a previsão atual para 2025 é de 10,65 mortes por 100.000 habitantes,¹⁵ o que indica um aumento médio anual de 1,15% entre 2017 e 2025. Para alcançar a meta, é necessária uma redução anual de 5,13%. A Região está em dificuldades para atingir a meta para este indicador.

Figura A.22. Taxa de mortalidade causada por hepatites virais crônicas, Américas, 2009-2025



Fonte: Global Burden of Disease Collaborative Network. Resultados do *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)* [Estudo de Carga Global da Doença 2019]. Seattle, Estados Unidos: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020.

Principais conclusões e recomendações:

- Apesar do crescente compromisso político da Região e da adoção de políticas para enfrentar as hepatites virais, o acesso a diagnóstico e tratamento continua a ser uma grande lacuna que ameaça o cumprimento das metas de eliminação até 2030.
- Estão disponíveis tratamentos eficazes para prevenir o progresso das doenças hepáticas. Novos antivirais de ação direta podem curar mais de 95% das infecções crônicas pela hepatite C, e os preços estão sendo reduzidos constantemente, sobretudo com o apoio de mecanismos regionais de compras, como o Fundo Estratégico da OPAS.

¹⁵ A previsão foi feita aplicando a metodologia proposta na publicação Sanhueza A, Espinosa I, Mujica OJ, da Silva Jr. JB. *Leaving no one behind: a methodology for setting health inequality reduction targets for Sustainable Development Goal 3*. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e63. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.63>. Disponível em inglês em:

<https://www.paho.org/journal/en/articles/leaving-no-one-behind-methodology-setting-health-inequality-reduction-targets-sustainable>.

- A hepatite B ainda não tem uma cura disponível, mas existem medicamentos eficazes para prevenir a progressão para o câncer de fígado e a cirrose hepática. Além disso, existe uma vacina contra a hepatite B para prevenir novas infecções.
- Para reverter o aumento da mortalidade, convém aos países formular e implementar estratégias para melhorar o acesso a atendimento de qualidade na área da hepatite, concentrando-se no aumento do diagnóstico e tratamento das hepatites virais crônicas e assegurando a alocação de recursos internos para financiar as respostas nacionais.

Indicador de impacto 20: Taxa de incidência de tuberculose

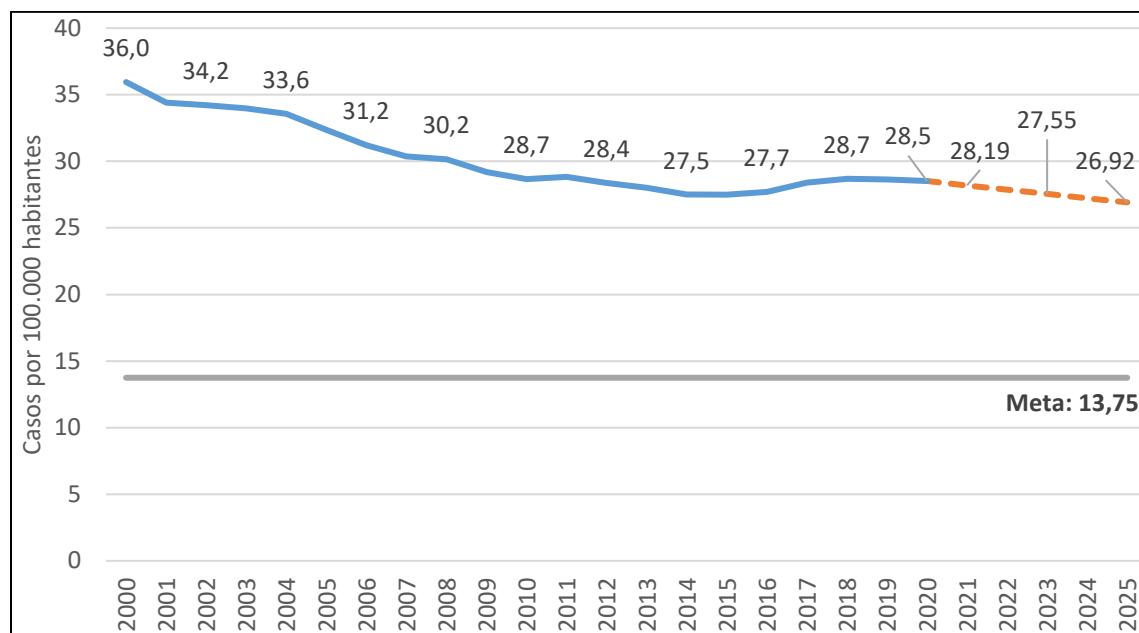
Linha de base 2015	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
27,5 casos por 100.000 habitantes*	13,75 casos por 100.000 habitantes**	27,9 casos por 100.000 habitantes (valor projetado)	Em dificuldade

* Fonte: Base de dados global de tuberculose da OMS, 2021 (dados de 2020).

** A meta está alinhada com a redução proporcional de 50% prevista no PE20-25.

Análise: Os dados mais recentes disponíveis do Programa de Tuberculose (TB) da OMS estimam que haveria 28,5 casos de TB por 100.000 habitantes na Região em 2020. São estimados 27,9 casos por 100.000 habitantes para 2022. As tendências indicadas na Figura A.23 abaixo mostram que a incidência de tuberculose chegou a um platô na última década. Contudo, são necessárias mais reduções nas variações percentuais anuais para que a Região reduza a incidência de tuberculose (-6,75%) rumo à meta. Como a taxa de incidência de tuberculose projetada para 2025 é de 26,9 casos por 100.000 habitantes, este indicador está em dificuldade.

Figura A.23. Incidência de tuberculose, Américas, 2000-2025

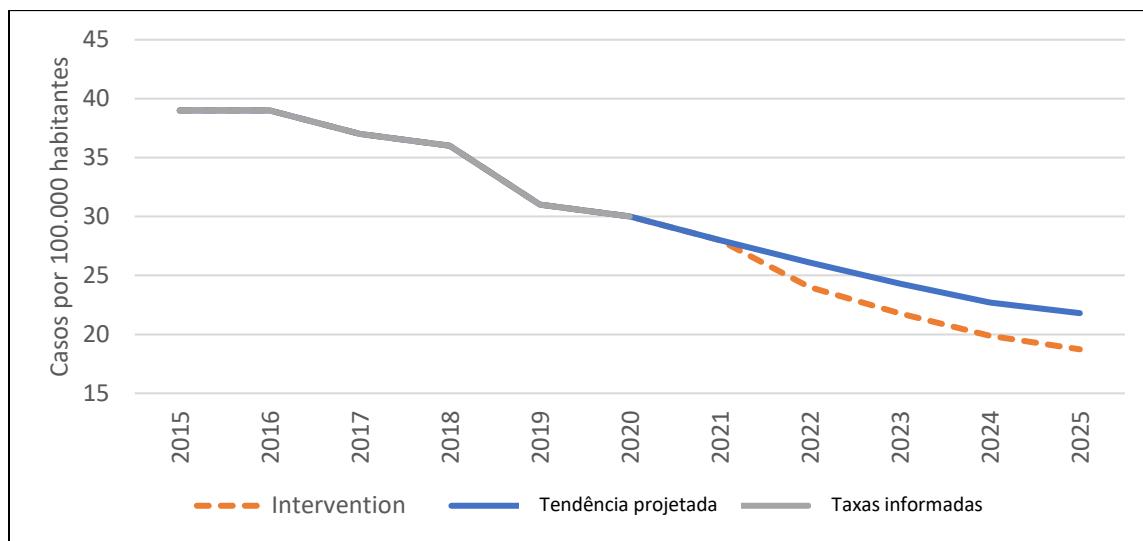


Fonte: Base de dados global de tuberculose da OMS, 2021 (dados de 2020).

Exemplo de modelagem para a tuberculose em Honduras

Quase 90% dos casos de tuberculose na Região estão concentrados em 12 países, que informam taxas de incidência acima de 45 casos por 100.000 habitantes. Entre as intervenções na forma de políticas com boa relação custo-benefício e que reduzem a carga da doença, é fundamental vincular as pessoas aos serviços de saúde da tuberculose após o diagnóstico de casos positivos ou suspeitos. Além disso, a redução do número de pessoas que vivem com o HIV que não foram tratadas com TARV é crucial para reduzir a incidência de tuberculose e da tuberculose multirresistente. Como mostra a Figura A.24, o modelo para Honduras reflete o cenário hipotético em que o encaminhamento de pessoas aos serviços de saúde aumenta de 65% para 80%, e a cobertura do tratamento do HIV com TARV aumenta de 54% para 90%. As projeções num cenário em que não há mudanças estimam que a taxa de incidência de tuberculose para Honduras seja de 21,3 por 100.000 habitantes até 2025. O modelo estima uma redução adicional de 3,5 pontos percentuais, para 17,8 novos casos por 100.000 habitantes. Esse impacto se traduz em mais de 1.100 novos casos evitados entre 2022 e 2025.

Figura A.24. Impacto potencial do aumento da vinculação de pacientes a atendimento e cobertura da TARV na incidência de tuberculose em Honduras, 2015-2025



Fonte: Ferramenta de modelagem do impacto da tuberculose / Spectrum.

Principais conclusões e recomendações:

- Convém desenvolver estratégias e ferramentas analíticas para apoiar os países e territórios na realização de análises para melhor compreender e enfrentar os desafios relacionados à redução da tuberculose e dos múltiplos fatores associados aos riscos de transmissão, o que abrange a consideração dos determinantes sociais da saúde.
- Outros esforços, como a sensibilização da comunidade, precisam ser envidados para identificar casos e encaminhar as pessoas para tratamento, sobretudo entre populações em risco de infecção pela doença.

- A melhoria dos serviços de diagnóstico, monitoramento, informação e acompanhamento é fundamental para reduzir a incidência de tuberculose.
- Considerando que este indicador já não estava no rumo certo antes da pandemia e que são necessárias mais informações para avaliar plenamente seu impacto, uma revisão abrangente da meta de 2025 deve ser feita assim que essas informações estiverem disponíveis. Os Estados-Membros serão consultados sobre as ações necessárias a esse respeito.

Indicador de impacto 21: Taxa de incidência de malária

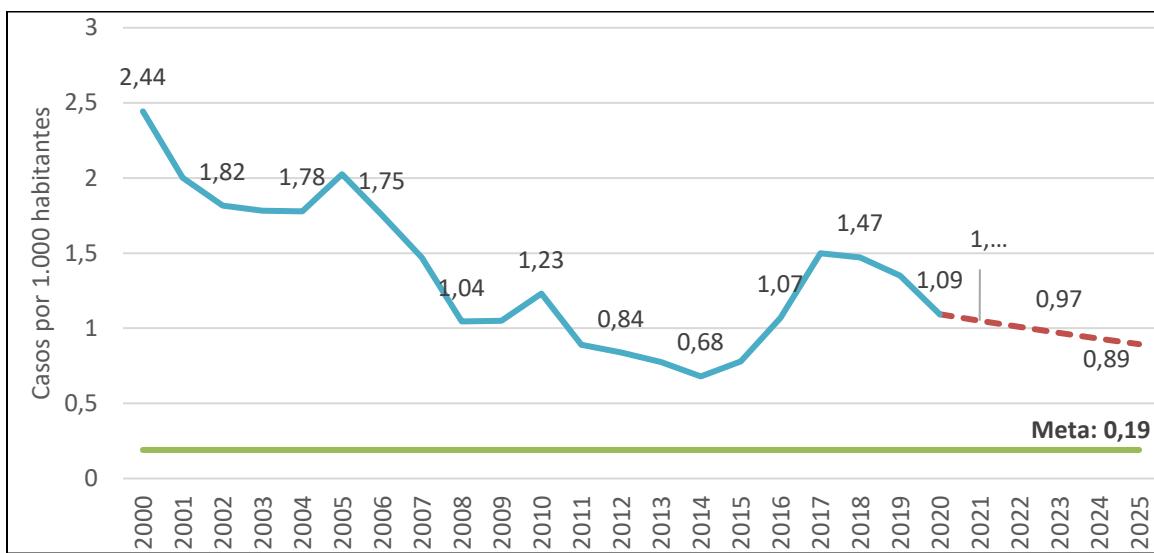
Linha de base 2015	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
0,78 caso por 1.000 habitantes*	0,19 caso por 1.000 habitantes**	1,01 caso por 1.000 habitantes (valor projetado)	Em risco

* Fonte: Base de dados global de tuberculose da OMS, 2021 (dados de 2020).

** A meta está alinhada com a redução proporcional de 75% prevista no PE20-25.

Análise: Os dados mais recentes disponíveis estimam que a incidência regional de malária foi de 1,09 caso por 1.000 habitantes em 2020. Como a malária dentro da Região é endêmica em áreas específicas e os números são pequenos quando comparados com os de outras regiões da OMS, o padrão flutua, mas revela uma diminuição geral da tendência nas duas últimas décadas. Como mostra a Figura A.25, a projeção para 2025 é de 0,89 caso por 1.000 habitantes. O indicador está em risco de não atingir a meta de 2025, de 0,19 caso por 1.000 habitantes.

Figura A.25. Taxa de incidência de malária, Américas, 2000-2025



Fonte: Observatório de Saúde Global da OMS, 2021 (dados de 2020).

Principais conclusões e recomendações:

- A adesão e a liderança dos países, com envolvimento e participação da comunidade, são essenciais para acelerar o progresso na eliminação da malária. Além disso, são necessários enfoques eficazes, baseados em dados e na resolução de problemas para controlar a malária no nível local, com base na abordagem de lacunas na prevenção, detecção precoce e tratamento.
- A eliminação da malária e a prevenção de seu restabelecimento requer a identificação e avaliação de focos de malária para organizar as intervenções contra a doença de acordo com características específicas. É preciso abordar especificidades contextuais e acelerar a eliminação não apenas nos países considerados muito próximos à eliminação da doença, mas também nos países onde a carga é alta, entendendo que todos os países podem acelerar os esforços de eliminação.
- Os países devem reforçar suas capacidades em áreas em que a malária é endêmica e fortalecer a atenção primária à saúde rumo a sistemas de saúde resilientes, como um mecanismo para prestar serviços relacionados à malária aos grupos afetados, como povos indígenas, migrantes, mineradores e populações de difícil acesso.
- A detecção passiva de casos está na espinha dorsal da vigilância da malária. Assim, é fundamental assegurar o envolvimento da comunidade e dos serviços de saúde.
- Faz-se necessária uma ação intersetorial contra a malária, envolvendo agentes governamentais e não governamentais, sobretudo com ações de setores produtivos como o que impulsiona o trabalho de mineração formal e informal de ouro, que contribui consideravelmente para a persistência da transmissão da malária.

Indicador de impacto 22: Número de países endêmicos que mantêm ou alcançam a eliminação da malária

Linha de base 2018	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
3 dos 21 países e territórios que eram endêmicos em 2015	6 dos 21 países e territórios que eram endêmicos em 2015	4 dos 21 países e territórios que eram endêmicos em 2015	No rumo certo

Análise: Este indicador mede o progresso rumo à eliminação da malária e reflete o cumprimento das recomendações da OPAS/OMS para a eliminação da doença e as capacidades instaladas que os países desenvolveram. Na Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo 2016-2030, a OMS enfatiza a eliminação como o objetivo na luta contra a malária para todos os países, independentemente da carga da doença, e promove mudanças estratégicas e operacionais nos diferentes componentes da resposta à malária.

Este indicador mede a não ocorrência de casos locais de malária durante o último ano e é medido em relação aos países considerados endêmicos em 2015 (21 países). Três deles (Argentina, El Salvador e Paraguai) já haviam atingido o indicador no ano da linha de base.

El Salvador recebeu a certificação de livre da malária em 2021 e, no mesmo ano, Belize completou três anos sem transmissão da malária, o que posiciona o país no processo de certificação pela OMS. Portanto, este indicador está no rumo certo. Em 2022, com a conquista de Belize de não haver informado nenhum caso de malária desde 2019, quatro dos 21 países endêmicos em 2015 haviam cumprido o indicador, o que permitiu avançar para a meta de seis países até 2025.

No fim de 2020, 10 países haviam cumprido os critérios estabelecidos pela OMS para os países com potencial para eliminar a malária até 2025, motivo pelo qual foram convidados a fazer parte da iniciativa E-2025. Costa Rica, Guiana Francesa, México, República Dominicana e Suriname são os países endêmicos com o menor número de casos na Região, todos abaixo de 300 casos em 2021. Outros países do E-2025 com mais de 1.000 casos por ano (Equador, Honduras e Panamá) enfrentaram surtos em 2020-2021, com desafios consideráveis entre as populações indígenas rurais, mas mantêm metas nacionais e locais de eliminação.

Principais conclusões e recomendações:

- Como evidenciado pelo desempenho do indicador sobre a incidência de malária, a eliminação regional da doença ainda enfrenta grandes desafios, sobretudo na Região amazônica, devido a determinantes sociais e ambientais e à alta dispersão do problema em áreas endêmicas. No entanto, as conquistas dos países da Região e de outros continentes mostram que esse é um objetivo possível com a ação coordenada dos países e comunidades afetadas e a coordenação do apoio externo.
- Os países precisam ter uma estrutura política e estratégica clara para a eliminação da doença, com uma alocação de recursos suficientes e a participação ativa do setor de saúde, da comunidade e de todos os demais agentes pertinentes.
- No trabalho diário das equipes de saúde locais, devem ser feitas mudanças operacionais para acelerar a eliminação. Intervenções baseadas na detecção precoce, tratamento, investigação e resposta devem ser implementadas como um enfoque programático.
- Os países que estão perto da eliminação ou se preparando para a certificação precisam de um plano integral e multisectorial para evitar a transmissão de qualquer caso importado e para responder imediatamente aos casos, sejam eles introduzidos ou locais, a fim de evitar o restabelecimento da transmissão.

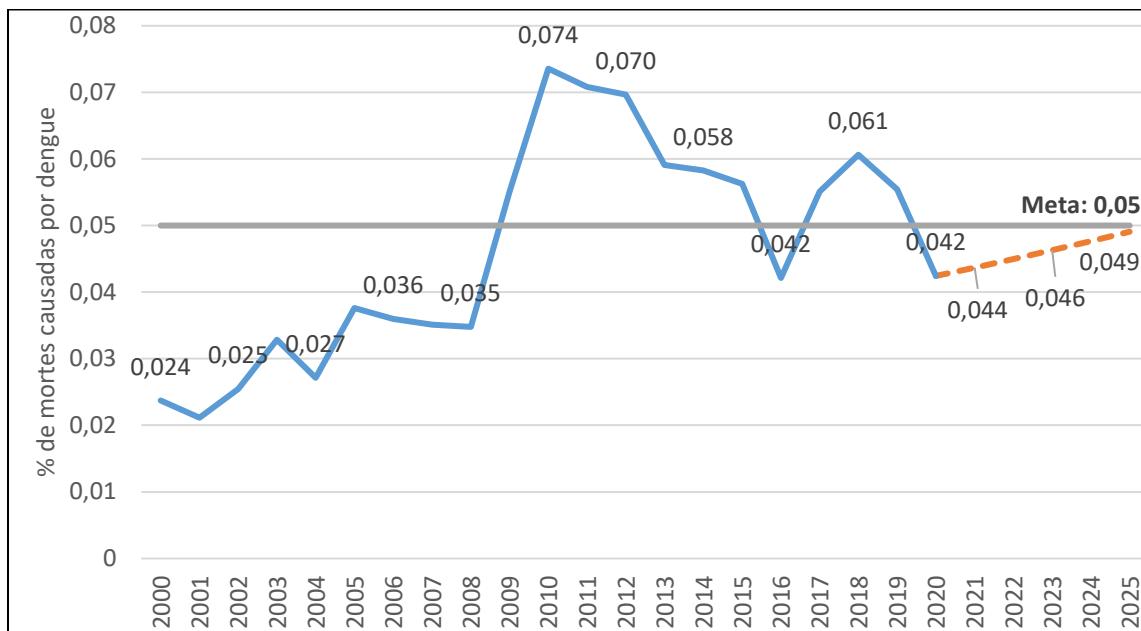
Indicador de impacto 23: Taxa de letalidade dos casos de dengue

Linha de base 2012-2018	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
0,056% de mortes devido à dengue*	0,05% de mortes devido à dengue	0,045% de mortes devido à dengue (valor projetado)	No rumo certo

* Fonte: Dados epidemiológicos dos países informados à OPAS, 2021 (dados de 2020).

Análise: Em 2020, a taxa de letalidade dos casos na Região foi de 0,04% de todos os casos de dengue e a projeção para 2022 é a mesma. Como a dengue dentro da Região é endêmica na maioria dos países e territórios e os esforços regionais têm conseguido manter este indicador no rumo certo, a meta está projetada para atingir 0,049% de mortes até 2025, como mostra a Figura A.26. É importante proteger os ganhos obtidos até o momento e continuar a reduzir as mortes por dengue.

Figura A.26. Taxa de letalidade dos casos de dengue, Américas, 2000-2025



Fonte: Dados epidemiológicos dos países informados à OPAS, 2021 (dados de 2020).

Notas: Para contabilizar as variações anuais, foi calculada uma média de 6 anos usando dados referentes ao período 2012-2018.

Principais conclusões e recomendações:

- Reforçar a formação clínica para o manejo da dengue e identificação de preditores precoces da gravidade no primeiro nível da atenção.
- Desenvolver estratégias e ferramentas analíticas para apoiar os países e territórios em análises para identificar causas específicas para o aumento atual da tendência.
- A melhoria dos sistemas de informação para informar e monitorar casos e avaliar o desempenho dos programas é fundamental para obter uma visão melhor da gestão da dengue.

Indicador de impacto 24: Eliminação de doenças infecciosas negligenciadas nos países e territórios

DINs	Linha de base 2019	Países e territórios da linha de base	Meta 2025	Classificação (situação 2022)
Tracoma	1 de 5	México	3 de 5	Em risco (Guatemala)
Doença de Chagas	17 de 21	Todo o território: Belize, Brasil, Chile, El Salvador, Guatemala, Guiana, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Uruguai Parte do território: Argentina, Bolívia (Estado Plurinacional da), Colômbia, Costa Rica, México, Panamá e Peru	21 de 21	Em risco (Equador, Guiana Francesa, Suriname e Venezuela [República Bolivariana da])
Raiva humana transmitida por cães	32 de 35	Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Equador, Estados Unidos da América, Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, São Martinho, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela (República Bolivariana da).	35 de 35	No rumo certo Bolívia (Estado Plurinacional da), Cuba e Haiti continuam a notificar casos. Além disso, são relatados casos em apenas algumas áreas em oito países (Argentina, Brasil, Colômbia, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Peru e Venezuela [República Bolivariana da]), com risco de ressurgimento, sobretudo em áreas de fronteira. Estão em andamento esforços que poderiam levar à eliminação da raiva humana transmitida por cães até 2025.
Hanseníase	17 de 23	Argentina, Belize, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Peru, Santa Lúcia, Suriname, Trinidad e Tobago, e Uruguai	23 de 23	Em risco (Bolívia [Estado Plurinacional da], Equador, Guiana, Paraguai, República Dominicana e Venezuela [República Bolivariana da])

DINs	Linha de base 2019	Países e territórios da linha de base	Meta 2025	Classificação (situação 2022)
Teníase/cisticercose humana	0 de 16	Nenhum país endêmico na linha de base*	3 de 16	No rumo certo (Colômbia, Honduras e México)
Filariose linfática	3 de 7	Costa Rica, Suriname e Trinidad e Tobago	5 de 7	No rumo certo (Brasil e República Dominicana)
Oncocercose	4 de 6	Colômbia, Equador, México e Guatemala	6 de 6	Em risco (Brasil e Venezuela [República Bolivariana da])
Esquistossomose	3 de 10	Antígua e Barbuda, Santa Lúcia e Suriname	5 de 10	Em risco (República Dominicana e Porto Rico)

Análise: As doenças infecciosas negligenciadas (DINs) impõem uma grande carga sobre a vida das populações empobrecidas e marginalizadas em todo o mundo e na Região das Américas. Apesar das consideráveis realizações na década de 2011-2020, como a eliminação da transmissão da oncocercose em quatro países (Colômbia, Equador, Guatemala e México), da filariose linfática em três países (Costa Rica, Suriname e Trinidad e Tobago), do tracoma e da raiva como um problema de saúde pública em um país (México), assim como a interrupção da transmissão local da doença de Chagas por seu principal vetor em 17 países, ainda restam desafios significativos. A classificação deste indicador, avaliada de acordo com o desempenho dos países na eliminação de uma doença específica, é observada na tabela acima.

Principais conclusões e recomendações:

- O documento da OMS sobre as doenças tropicais negligenciadas (DTNs) “*Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030*”,¹⁶ estabelece o objetivo de eliminar várias dessas doenças por meio da implementação de uma intervenção integrada. Três pilares apoiam os esforços para atingir as metas: *a*) acelerar a ação programática, *b*) intensificar as abordagens transversais e *c*) mudar os modelos operacionais e a cultura para facilitar a adesão dos países.
- Políticas e intervenções intersetoriais integradas são cruciais para enfrentar as desigualdades sociais e de saúde e a eliminação sustentável das DINs. A carga de doença das DINs está relacionada à pobreza e à desigualdade de renda, e afeta desproporcionalmente as comunidades vulneráveis, incluídos grupos étnicos específicos. Assim, as DINs impõem uma carga social e financeira significativa aos

¹⁶ Organização Mundial da Saúde. *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/publications/item/9789240010352>.

grupos pobres e marginalizados, com o potencial de gerar despesas catastróficas com saúde.

- As DINs podem ter consequências sociais negativas. Sequelas crônicas podem levar à estigmatização e discriminação de pessoas com essas doenças e das suas famílias, o que pode ter um impacto sobre a saúde mental. Essa marginalização também tem um custo econômico.

Indicador de impacto 25: Número de casos de infecção da corrente sanguínea por 1.000 pacientes/ano causados por organismos produtores de carbapenemase

Linha de base 2019	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
1,185* infecções por 1.000 pacientes	1,067** infecções por 1.000 pacientes	Em andamento (capacitação em vigilância da resistência antimicrobiana nos países e recrutamento de países para submeter à OPAS dados dessa vigilância no nível dos isolados para que a medição seja precisa e representativa)	Não classificado

* O indicador da linha de base é calculado com base nos dados da resistência antimicrobiana em isolados submetidos em 2019 por dois Estados Membros da Região: Argentina e Costa Rica

** A meta para 2025 é reduzir o número de infecções da corrente sanguínea por 1.000 pacientes por ano em 10% em relação à linha de base.

Análise:

Este indicador mede a redução das infecções da corrente sanguínea causadas por micro-organismos multirresistentes que não têm tratamento antimicrobiano adequado. Essas infecções causadas por bactérias Gram-negativas resistentes à carbapenemase, como *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*, costumam ser endêmicas e estar relacionadas a surtos. Estão amplamente disseminadas na Região e causam infecções graves, com letalidade acima de 50%.

Para medir este indicador, o número total de infecções da corrente sanguínea causadas por *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii* resistentes à carbapenemase em pacientes hospitalizados em áreas sentinelas selecionadas nos Estados Membros foi dividido pelo número total de pacientes admitidos anualmente nesses hospitais sentinelas. Imipenem e Meropenem foram escolhidos para ilustrar a resistência aos carbapenêmicos. Os países membros seguem as diretrizes internacionais para testes de suscetibilidade antimicrobiana do Instituto de Normas Laboratoriais e Clínicas (CLSI) para definir a resistência aos carbapenêmicos.

O indicador é medido com base nos dados da resistência antimicrobiana em isolados coletados anualmente por meio da iniciativa de vigilância reforçada lançada na Região das Américas. A iniciativa, coordenada por intermédio dos pontos focais nacionais da resistência antimicrobiana, permitiu aos países relatar patógenos resistentes à carbapenemase isolados das culturas de sangue.

Desde o lançamento dessa iniciativa em 2019, seis países se inscreveram. Ao fim de cada ano, os países são convidados a informar dois conjuntos de dados à OPAS: *a)* dados nacionais de resistência antimicrobiana de infecções da corrente sanguínea e *b)* questionários hospitalares contendo a capacidade hospitalar, altas anuais, etc.

Até 2022, quatro dos seis países (Argentina, Colômbia, Costa Rica e Panamá) apresentaram à OPAS dados da resistência antimicrobiana em isolados. A OPAS recebeu um total de 17.245 cepas positivas. A Argentina contribuiu com a maioria das cepas ($N=10.419$) dos seus 72 hospitais sentinelas. A Colômbia e Costa Rica enviaram dados de uma média de 2.275 cepas por ano. A Guatemala e o Paraguai estão em vias de remeter dados à OPAS, e seus indicadores serão medidos após o recebimento dos dados.

Principais conclusões e recomendações:

- Até 2022, 20 países haviam apresentados dados agregados da resistência antimicrobiana à OPAS. Nem todos os países da Região têm a capacidade de monitorar a resistência antimicrobiana em infecções da corrente sanguínea; assim, a capacidade dos países para informar sobre este indicador é limitada.
- Para fortalecer a capacidade de vigilância e reduzir as infecções causadas por bactérias multirresistentes, a OPAS tem trabalhado em estreita colaboração com todos os países das Américas para promover o uso apropriado e racional de antimicrobianos, fortalecer as práticas de prevenção e controle de infecções, apoiar o desenvolvimento de pesquisas e continuar a desenvolver a capacidade laboratorial para a detecção e monitoramento da resistência antimicrobiana.¹⁷
- Embora este indicador apresente uma visão valiosa do impacto da resistência antimicrobiana na saúde humana, ele é limitado quando se trata de refletir se os países aumentaram os esforços para abordar a resistência antimicrobiana a partir de uma perspectiva multissetorial baseada no enfoque *Uma Saúde*.

¹⁷ Organização Pan-Americana da Saúde. *Plano de ação para a resistência antimicrobiana*, CD54/12 Rev.1, 2015. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28352/CD54-12-p.pdf>.

Indicador de impacto 26: Taxa de mortalidade atribuída à poluição do ar nos domicílios e no meio ambiente

Linha de base 2016	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
32,2 mortes por 100.000 habitantes*	30,6 mortes por 100.000 habitantes**	Em vias de ser atualizado (pela OMS, estimativas previstas para o fim de 2022)	Não classificado

* A linha de base foi atualizada de modo a incluir a mortalidade atribuída à poluição do ar nos domicílios e no meio ambiente, de acordo com a nota técnica do Compêndio de Indicadores de Impacto do Plano Estratégico da OPAS 2020-2025. A linha de base se baseia nos dados de 2016 da seguinte fonte de estimativas da OMS: OMS, Observatório de Saúde Global. Indicador 3.9.1 Taxa de mortalidade atribuída à poluição do ar nos domicílios e no meio ambiente (por 100.000 habitantes).

** A meta está alinhada com a redução proporcional de 5% prevista no Plano Estratégico da OPAS 2020-2025.

Análise: O Grupo Interinstitucional e de Especialistas sobre os Indicadores dos ODS identificou a OMS como a agência encarregada da compilação de informações e relatórios referentes a este indicador. Atualmente, a OMS está fazendo consultas aos países para atualizar o indicador. Novas estimativas estão previstas para o segundo semestre de 2022.

A mortalidade atribuída aos efeitos conjuntos da poluição do ar nos domicílios e no meio ambiente pode ser expressa pelo número de mortes ou pela taxa de mortalidade. Evidências de estudos epidemiológicos demonstraram que a exposição à poluição do ar está vinculada, entre outras coisas, às doenças importantes consideradas nesta estimativa: infecções respiratórias agudas (estimativa para todas as idades); doenças cerebrovasculares em adultos (estimativa acima de 25 anos); doenças cardíacas isquêmicas em adultos (estimativa acima de 25 anos); doenças pulmonares obstrutivas crônicas em adultos (estimativa acima de 25 anos) e câncer de pulmão em adultos (estimativa acima de 25 anos).

Principais conclusões e recomendações:

- O progresso neste indicador depende da redução da exposição à poluição do ar nos domicílios e no meio ambiente. Apesar do progresso regional, quase 74 milhões de pessoas ainda dependem de combustíveis poluentes para cozinhar e aquecer o ambiente, e nove em cada dez pessoas vivem em cidades que excedem as diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar.
- Para atingir a meta de 2025, é fundamental: *a)* implementar a iniciativa da OPAS para a eliminação de combustíveis poluentes para cozinhar e aquecimento o ambiente e acelerar uma transição regional para a energia doméstica limpa e *b)* atualizar os objetivos de qualidade do ar nos níveis nacional e subnacional nos países e territórios e implementar ações para atingir valores de proteção baseados nas diretrizes de 2021 da OMS sobre a qualidade do ar.
- É necessário aumentar o investimento em redes de monitoramento da qualidade do ar para acompanhar o progresso das ações destinadas a reduzir a poluição do ar na Região.

Indicador de impacto 27: Taxa de mortalidade atribuída a água insalubre, saneamento inadequado e falta de higiene

Linha de base 2019	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
1,15 morte por 100.000 habitantes*	0,92 morte por 100.000 habitantes**	A OMS está em vias de atualizar este indicador (estimativas previstas para o fim de 2022)	Não classificado

* A linha de base se baseia nos dados de 2016 da seguinte fonte de estimativas: OMS, Observatório de Saúde Global. Indicador 3.9.1 Taxa de mortalidade atribuída à insegurança dos serviços de água e saneamento (por 100.000 habitantes).

** A meta está alinhada com a redução proporcional de 20% prevista no Plano Estratégico da OPAS 2020-2025.

Análise: O Grupo Interinstitucional e de Especialistas sobre os Indicadores dos ODS identificou a OMS como a agência encarregada da compilação e prestação de contas deste indicador. A OMS está fazendo consultas aos países para atualizar o indicador. Novas estimativas estão previstas para o fim de 2022.

As mortes por diarreia atribuíveis à água, ao saneamento e à higiene inadequados são calculadas combinando-se, primeiro, as informações sobre o risco aumentado (ou relativo) de uma doença decorrente da exposição com as informações sobre o grau de exposição da população. O indicador calcula a porcentagem da população com exposição a condições inseguras de água e saneamento e à falta de higiene. Assim, é possível calcular a fração atribuível na população, que é a fração de doença observada em determinada população e atribuível à exposição à falta de acesso a água tratada, saneamento e higiene. Ao aplicar essa fração ao total de mortes por diarreia, obtém-se o número de mortes por diarreia causadas por água, saneamento e higiene inadequados. Já as mortes por má nutrição proteico-energética atribuíveis à água, saneamento e higiene inadequados são estimadas pela avaliação dos impactos dos repetidos episódios de diarreia infecciosa sobre o estado nutricional, sobretudo o atraso no crescimento. Todas as mortes por infecções intestinais por nematódeos são atribuídas a condições inadequadas de água, saneamento e higiene em razão da sua via de transmissão. As doenças incluídas são as porções de diarreia atribuíveis às condições de água, saneamento e higiene.

Principais conclusões e recomendações:

- Nas Américas, apesar do progresso regional, cerca de 160 milhões de pessoas ainda não têm água gerida de forma segura e 431 milhões de pessoas não têm saneamento gerido de forma segura, de acordo com a metodologia do ODS 6, metas 6.1 e 6.2 determinadas pela OMS.
- Para atingir a meta regional para este indicador, é essencial promover:
 - a) a Iniciativa-Quadro de Segurança da Água e Saneamento Resilientes ao Clima e a Estratégia para Eliminação da Defecação a Céu Aberto;
 - b) o monitoramento da qualidade da água para consumo humano nos níveis nacional e subnacional;
 - c) o monitoramento das contas financeiras da água e saneamento para assegurar a sustentabilidade dos serviços e o impacto subsequente sobre a saúde.

Indicador de impacto 28: Taxa de mortalidade causada por desastres (por 100.000 habitantes)

Linha de base 2019	Meta 2025	Situação 2022	Classificação
A ser determinada*	Redução de pelo menos 10% em relação ao valor da linha de base	Em vias de ser atualizado	Não classificado

* A linha de base será calculada com base nos dados de mortalidade relacionados a desastres da OMS de 2019 e nos dados de emergências de saúde pública da OPAS.

Análise: Este indicador mede o número de pessoas cujas mortes foram diretamente relacionadas a desastres, por 100.000 habitantes. Para os fins deste indicador, um desastre significa uma emergência de grau 2 ou 3, conforme definido na Estrutura de Resposta a Emergências da OMS, como segue:

- Emergência de grau 2: 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 e/ou uma resposta internacional moderada da OMS.
- Emergência de grau 3: Um evento que ocorre em um ou vários países, com consequências substanciais para a saúde pública, que demanda uma resposta substancial da representação da OPAS/OMS e/ou uma resposta internacional substancial da OMS.

A base de dados da OMS sobre mortalidade e os dados informados pelos países e territórios são usados para medir a taxa de mortalidade causada por desastres para a Região das Américas. Os dados dessas duas fontes são necessários porque as mortes causadas por desastres que correspondem aos códigos apropriados da Classificação Internacional de Doenças (CID) são subnotificados para os países dentro da base de dados de mortalidade da OMS. Os dados sobre desastres informados diretamente pelos países ao Departamento de Emergências de Saúde da OPAS abrangem o número de mortes causadas por desastres específicos. Essas informações oferecem uma estimativa mais precisa e oportunidade do número de mortes causadas por desastres. Contudo, suspeita-se que a taxa de mortalidade devido a desastres possa estar subestimada dentro das bases de dados de mortalidade dos países, pois os códigos da CID vinculados a desastres nem sempre são registrados nas certidões de óbito como a causa principal ou subjacente de morte. Em vista da complexidade associada à medição deste indicador, a linha de base ainda não está estabelecida, e não é possível classificar o indicador neste momento.

Principais conclusões e recomendações

- É preciso definir uma metodologia para medir e monitorar este indicador para estimar uma linha de base e monitorar este indicador de maneira uniforme e periódica.
- Tanto nos níveis mundial e regional quanto no nível nacional, houve um reconhecimento dos desafios associados à medição deste indicador. Propostas de métodos alternativos para medir o impacto que os desastres têm sobre a saúde e o bem-estar da população estão sendo analisadas.