



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## **50º CONSELHO DIRETOR**

### **62ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1º de outubro de 2010*

---

*Tema 4.1 da agenda provisória*

CD 50/5 (Port.)  
1 de agosto de 2010  
ORIGINAL: INGLÊS

**AVALIAÇÃO DE FIM DO BIÊNIO 2008–2009 DO ORÇAMENTO E  
PROGRAMAS/RELATÓRIO DE PROGRESSO PROVISÓRIO DO PLANO  
ESTRATÉGICO DA OPAS 2008–2012**

## ÍNDICE

Página

<b>I. RESUMO EXECUTIVO</b> .....	<b>4</b>
<b>II. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>III. METODOLOGIA</b> .....	<b>6</b>
<b>IV. DESEMPENHO PROGRAMÁTICO E ORÇAMENTÁRIO</b> .....	<b>8</b>
(A)Resumo de saúde pública na região .....	8
(a) Principais realizações durante o biênio 2008–2009 .....	8
(b) Principais desafios durante o biênio 2008–2009 .....	17
(B)Avaliação programática .....	23
81. Progresso para o cumprimento dos OEs .....	23
82. Progresso para o alcance dos RERs .....	23
85. Situação dos indicadores de RERs .....	26
(C)Avaliação orçamentária e captação de recursos .....	27
86. Resumo do orçamento .....	27
88. Execução orçamentária geral .....	28
90. Captação de recursos .....	29
92. Avaliação orçamentária por OE .....	30
(D)Análise da priorização dos objetivos estratégicos .....	34
(E)Relatórios de progresso dos objetivos estratégicos .....	38
OE1: Reduzir o ônus socioeconômico e carga para a saúde das doenças transmissíveis .....	38
OE2: Combater o HIV/aids, tuberculose e malária .....	53
OE3: Prevenir e reduzir doença, incapacidade e morte prematura por afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e acidentes .....	65
OE4: Reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante as etapas fundamentais da vida, incluindo gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, e melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos .....	73
OE5: Reduzir as consequências para a saúde de emergências, desastres, crises e conflitos e minimizar seu impacto socioeconômico .....	80
OE6: Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir os fatores de risco, como fumo, uso de álcool, uso de drogas e outras substâncias psicoativas, alimentação não saudável, sedentarismo e sexo sem proteção, que afetam a situação de saúde .....	88

## ÍNDICE (CONT.)

	<i>Página</i>
OE7: Considerar os determinantes socioeconômicos básicos da saúde por meio de políticas e programas que melhoram a igualdade na saúde e integram enfoques baseados nos direitos humanos que favoreçam as populações pobres e sejam sensíveis ao gênero.....	98
OE8: Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas em todos os setores a fim de examinar as causas de base das ameaças ambientais à saúde.....	106
OE9: Melhorar a nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar ao longo do ciclo de vida, e em apoio à saúde pública e desenvolvimento sustentável .....	112
OE10: Melhorar a organização, gestão e prestação de serviços de saúde .....	122
OE11: Fortalecer a liderança, governança e base de evidências científicas dos sistemas de saúde.....	125
OE12: Garantir melhor acesso, qualidade e uso de produtos médicos e tecnologias .....	130
OE13: Assegurar uma força de trabalho de saúde produtiva, competente, com capacidade de resposta e disponível para melhorar os resultados de saúde .....	134
OE14: Estender a proteção social através de financiamento justo, adequado e sustentável.....	139
OE15: Fornecer liderança, fortalecer a governança e estimular parcerias e colaboração com Estados Membros, sistema das Nações Unidas e outros interessados diretos para cumprir o mandato da OPAS/OMS de avançar a agenda global de saúde, como estabelecido no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS e Agenda de Saúde para as Américas.....	143
OE16: Desenvolver e manter a OPAS/OMS como uma organização de aprendizagem flexível, possibilitando realizar seu mandato de modo mais eficiente .....	149
<b>V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>157</b>

## **AVALIAÇÃO DE FIM DO BIÊNIO 2008–2009 DE PROGRAMAS E ORÇAMENTO/RELATÓRIO DE PROGRESSO PROVISÓRIO DO PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS 2008-2012**

### **I. RESUMO EXECUTIVO**

1. Este relatório serve para informar os Órgãos Diretivos do progresso da execução do Plano Estratégico 2008–2012. O relatório apresenta a avaliação de fim do biênio de 2008–2009 do Orçamento para Programas. O relatório é baseado em informações fornecidas no processo de Avaliação e Monitoramento de Desempenho (PMA) realizado pela Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) ao fim do biênio de 2008–2009. Compreende análises de execução programática e orçamentária por Objetivos Estratégicos (OEs) e pelos diferentes níveis da Organização. Também são fornecidas informações sobre os esforços de captação de recursos da RSPA para cobrir o déficit de financiamento do Orçamento para Programas de 2008–2009 e uma análise de priorização dos OEs.

2. Ao final do primeiro período de implementação do Plano Estratégico (biênio de 2008–2009), a Organização está em boa situação para alcançar as metas futuras. A avaliação indica que 12 OEs estão “no rumo certo” e 4 estão “em risco”. Dos 88 RERs, 76% estavam “no rumo certo” e 24% “em risco”. A maioria dos RERs “em risco” está relacionada com política de alto nível e intervenções macro para expandir e manter os avanços que requerem compromisso político contínuo pelos Estados Membros. Das 324 metas de indicadores de RER, 85% foram alcançadas, 13% não foram alcançadas e 2% não eram aplicáveis ou não foram avaliadas.

3. O Orçamento para Programas aprovado foi de US\$ 626 milhões<sup>1</sup>, dos quais US\$ 559 milhões (89%) estiveram disponíveis para o biênio. Os fundos disponíveis foram distribuídos por igual entre o Orçamento Ordinário (OO) e Outras Fontes (OF); contudo havia diferenças de distribuição dentro de cada um dos 16 OEs. Além disso, a alocação dos recursos do Orçamento Ordinário entre os níveis de organização seguiu a Política Orçamentária Regional para Programas (PORP). Esta política também guiou a distribuição dos fundos provenientes de outras fontes.

4. Ao fim do biênio, 94% (US\$ 525 milhões) dos fundos disponíveis estavam executados, o que representa um aumento considerável em comparação com a taxa de execução média dos dois últimos biênios (79%). A execução por OE foi 90% ou superior, com a exceção do OE4 e OE10, que foi de 85%. Uma taxa de execução superior a 75%

---

<sup>1</sup> A menos que indicado em contrário, todos os valores monetários neste relatório são expressos em dólares dos Estados Unidos (US\$).

foi considerada aceitável, segundo a metodologia adotada para avaliar o Plano Estratégico.

5. Dos US\$ 626 milhões aprovados para Programas e Orçamento, US\$ 279 milhões foram do orçamento ordinário. A diferença de US\$ 347 milhões foi o déficit de financiamento inicial. Ao fim do biênio, a Organização conseguiu captar US\$ 281 milhões, reduzindo o déficit de financiamento para US\$ 66 milhões (19%).

6. Uma análise da medida em que a alocação de recursos foi guiada pela prioridade programática atribuída aos OEs 1 a 14 está incluída no relatório (páginas 34-37). A maioria das alocações dos recursos corresponde à prioridade atribuída aos OEs.

7. Várias conclusões e recomendações foram feitas ao final de avaliação do biênio, sendo a principal a necessidade de fortalecer o monitoramento contínuo do Plano Estratégico e seus componentes.

## **II. INTRODUÇÃO**

8. O Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 foi aprovado pela 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana em outubro de 2007 (Resolução CSP27.R4). Este Plano Estratégico foi emendado para alinhá-lo com a versão revista do Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS 2008-2013, incluindo o orçamento para programas de 2010–2011, como aprovado na 62ª Assembleia Mundial da Saúde (Resolução WHA62.11 [2009]). A versão emendada do Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 foi aprovada pelo 49º Conselho Diretor em setembro de 2009 (Resolução CD49.R3). Incluía mudanças nos Resultados Esperados a Nível Regional (RERs) e indicadores dos RERs para facilitar seu monitoramento e avaliação.

9. Como estabelecido no Plano Estratégico 2008–2012, a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) precisa apresentar relatórios de progresso aos Órgãos Diretivos sobre a implementação do Plano a cada dois anos. Este relatório abrange a Avaliação de Fim do Biênio 2008–2009 de Programas e Orçamento e o Relatório de Progresso Intermediário do Plano Estratégico 2008–2012.

10. O relatório é baseado em informações fornecidas no processo de Avaliação e Monitoramento do Desempenho (PMA) realizado pela RSPA ao fim do biênio de 2008–2009. Compreende análises de execução programática e orçamentária do desempenho da Organização, inclusive uma análise por nível de organização (país, sub-regional e entidades regionais) e por Objetivo Estratégico (OE). São também fornecidas informações sobre os esforços de captação de recursos da RSPA para cobrir o déficit de financiamento do Orçamento para Programas 2008–2009 e uma análise da priorização dos OEs.

11. Deve-se destacar que o relatório é baseado na versão original do Plano Estratégico 2008–2012 (aprovado em 2007). Isso foi feito porque a execução dos Planos de Trabalho do Biênio 2008–2009 estava bem avançada quando a versão emendada do Plano Estratégico 2008–2012 foi aprovada. Porém, referência é feita dos indicadores modificados, conforme necessário.

12. O relatório é formado por cinco seções: I, II e III cobrem o resumo executivo, introdução e metodologia, respectivamente; a seção IV inclui a análise institucional do desempenho programático e orçamentário e os relatórios de progresso de cada OE e a seção V inclui as principais conclusões e recomendações da avaliação.

### **III. METODOLOGIA**

13. Este relatório reflete a avaliação realizada pelos 81 gerentes da entidade da RSPA e equipes de Objetivos Estratégicos segundo o progresso para o cumprimento dos 16 OEs, 88 RERs e as 324 metas de indicadores de RER, ao fim do biênio de 2008–2009. A avaliação inclui tanto métodos quantitativos como qualitativos, descritos a seguir.

14. Primeiro, o cumprimento das metas de indicadores de RER para o ano de 2009 é avaliado com base em informações fornecidas pelos gerentes de entidade. Esta parte da metodologia é quantitativa – a meta foi ou não atingida – e os gerentes de entidade são responsáveis pelo cumprimento dos resultados sob sua responsabilidade e pelas informações fornecidas por eles. Para os indicadores do tipo “número de países ...”, os relatórios dos gerentes da entidade de país são agregados para determinar se foi atingido o número de países necessários a alcançar a meta do indicador de RER.

15. Posteriormente, uma análise qualitativa dos RERs é realizada e, por fim, com base nestas informações, é feita uma análise qualitativa dos OEs. Em ambos os casos, considera-se o número de metas de indicadores de RER que foram alcançadas.

16. Os seguintes critérios de classificação foram aplicados para o monitoramento programático e orçamentário dos RERs e OEs:

- taxa de execução de 90%–100% = verde, ou “no rumo certo”: não se preveem impedimentos ou riscos que afetem significativamente progresso.
- taxa de execução de 75%–89% = amarelo, ou “em risco”: o progresso está em risco e se exige ação para superar obstáculos, impedimentos e riscos.
- taxa de execução de <75% = vermelho, ou “em dificuldade”: o progresso corre sério risco devido a impedimentos ou riscos que poderiam impossibilitar o alcance das metas.

17. Considera-se uma taxa de 75% ou superior para a execução programática ou orçamentária um desempenho aceitável ao final do período de planejamento, como estabelecido no Plano Estratégico 2008–2012.

18. Uma descrição breve da metodologia usada em cada componente do relatório é apresentada a seguir.

### **Avaliação programática**

19. Análise por OE – progresso para o alcance dos Objetivos Estratégicos (OEs), estabelecido ao final do Plano Estratégico, é realizado por facilitadores dos OEs. Os facilitadores analisam o nível agregado do alcance dos respectivos RERs e fatores contribuintes para o progresso ou impedimento do alcance dos OEs (avaliação qualitativa), levando em consideração as metas de indicadores de RER alcançadas (avaliação quantitativa). O facilitador do OE avalia a situação do OE ao fim do biênio e determina se está “no rumo certo”, “em risco” ou “em dificuldade” para ser alcançado até 2013.

20. Análise por RER – avaliação dos RERs é feita pelos facilitadores de RER. Eles avaliam o nível de cumprimento das metas de indicadores de RER (avaliação quantitativa) e os fatores contribuintes para o progresso ou impedimento do alcance dos RERs (avaliação qualitativa). O facilitador de RER avalia a situação do RER ao fim do biênio e em relação ao seu cumprimento até 2013, determinando se está “no rumo certo”, “em risco” ou “em dificuldade”.

21. Análise por metas de indicadores de RER – alcance dos indicadores de RER é medido com o alcance das respectivas metas estabelecidas para cada biênio; assim, elas são ou não alcançadas.

### **Avaliação orçamentária**

22. *Execução orçamentária* - é avaliada para a Organização como um todo, por nível de organização (entidades do país, sub-regionais e regionais) e por OE. A taxa de execução orçamentária é obtida ao dividir os gastos pela quantia total de fundos disponíveis para o biênio.

23. *Captação de recursos* – o Orçamento para Programas estabelece os fundos calculados como sendo necessários para cada OE no início do biênio. Durante o biênio, a RSPA capta recursos para cobrir o déficit de financiamento de cada OE. De acordo com a Gestão Baseada em Resultados (RBM), cada entidade planeja o custo do seu plano de trabalho bienal (independentemente da fonte de fundos) segundo a quantia calculada de recursos requeridos para alcançar os resultados esperados e resultados durante este biênio. Em qualquer ponto no biênio, a diferença entre o cálculo original e os recursos atuais disponíveis de qualquer fonte para cumprir o programa é o déficit de financiamento. O relatório inclui uma análise da situação do déficit de financiamento.

## **IV. DESEMPENHO PROGRAMÁTICO E ORÇAMENTÁRIO**

### **(A) Resumo de saúde pública na região**

24. A análise a seguir é apresentada dentro do quadro de referência das oito áreas de ação da Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017.

#### **(a) Principais realizações durante o biênio 2008–2009**

#### ***FORTALECIMENTO DA AUTORIDADE SANITÁRIA NACIONAL***

25. Os chefes de Estado e de governo dos países das Américas reunidos na Quinta Cúpula das Américas (Trinidad e Tobago, abril de 2009) respaldaram as declarações de seus ministros da Saúde e as resoluções dos Órgãos Diretivos da OPAS e OMS. Os compromissos adotados na Cúpula compreendem as áreas da segurança alimentar, proteção social e serviços integrais de saúde de qualidade, saúde do recém-nascido, doenças transmissíveis, doenças crônicas (incluindo alimentação e atividade física), uso de drogas ilícitas, renovação da atenção primária à saúde, o papel da nutrição em saúde e desenvolvimento, execução do Regulamento Sanitário Internacional, HIV/aids, atenção ao idoso, prontidão para situações de desastres naturais, planejamento urbano, mudança climática, prevenção da violência e criação de ambientes e comunidades sustentáveis, saudáveis e sem riscos.

26. A liderança intersetorial das autoridades sanitárias nacionais permitiu avançar para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) na Região, em termos de indicadores médios; porém, ainda há o desafio de reduzir as desigualdades na realização dessas metas dentro dos países e entre os países. A iniciativa Rostos, Vozes e Lugares tem ajudado alguns Estados Membros a direcionar ações integrais de cooperação técnica aos municípios mais vulneráveis, para que eles possam avançar para o alcance dos ODMs até 2015.

27. Líderes setoriais elaboraram diretrizes importantes na área da igualdade. Em 2009, o Plano de Ação para a implantação da Política de Igualdade de Gênero, adotada pelo Conselho Diretor e os Estados Membros em 2005, entrou em funcionamento. O foco atual está em trabalhar para a integração de gênero, perspectivas étnicas, diversidade cultural e para um enfoque de direitos humanos nas políticas de saúde e programas de diversos Estados Membros. Isto inclui a integração dos indicadores de gênero nas políticas e planos nacionais.

28. A RSPA ajudou as autoridades sanitárias nacionais a avaliar o desempenho dos sistemas de informação de saúde de acordo com as normas da OPAS/OMS. Cada país na Região integrou as orientações do Plano Regional de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde (CD48.R6 [2008]) em seus programas. Atenção especial foi

dada para melhorar as estatísticas de saúde no âmbito subnacional a fim de facilitar a análise das desigualdades em saúde. A Repartição estabeleceu o Observatório Regional de Saúde com a finalidade de facilitar o acesso pelas autoridades sanitárias nacionais a todos os dados de saúde, estatísticas e informações sobre a Região das Américas para apoiar a tomada de decisão.

### *ENFRENTAMENTO DOS DETERMINANTES DA SAÚDE*

29. Em resposta à crise mundial alimentar de 2007–2008, os Diretores Regionais das Nações Unidas criaram a Aliança Pan-Americana para a Nutrição e Desenvolvimento (julho de 2008, OPAS/OMS). A finalidade da Aliança é propor e realizar, em conjunto com os Estados Membros, programas integrais, coordenados e sustentáveis intersetoriais com base nos direitos humanos, com um enfoque intercultural e de gênero. Assim a Aliança ajuda a acelerar o processo para alcançar os ODMs. A Aliança se foca nos centros urbanos empobrecidos, populações rurais e povos indígenas onde a desigualdade está mais concentrada.

30. Os Estados Membros têm promovido o desenvolvimento de espaços saudáveis nas escolas, municípios e locais de trabalho, e o desenvolvimento de domicílios saudáveis. Esta estratégia é baseada principalmente no poder de decisão da comunidade pela informação e programas de educação. A cooperação da OPAS/OMS com os países se centra nos determinantes da saúde, igualdade e ação intersetorial. Os compromissos e as ações subseqüentes do Primeiro Encontro de Ministros da Saúde e da Educação para Deter a Propagação do HIV e ISTs na América Latina e no Caribe (México, 2008) são exemplos de ação intersetorial para definir as políticas públicas conjuntas para a saúde e educação.

31. Durante este período, cinco Estados Membros ratificaram a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS, elevando o total para 27 na Região. Em 11 Estados Membros agora são obrigatórias advertências de saúde gráficas em pacotes de cigarro e outros produtos do tabaco; seis países implantaram proibições ao fumo em espaços públicos fechados e locais de trabalho; e dois proibiram completamente a publicidade, promoção e patrocínio do fumo.

32. Durante a Quinta Cúpula das Américas, os chefes de Estado se comprometeram a proporcionar aos trabalhadores ambientes de trabalho saudáveis e sem risco. Os Estados Membros da OMS aprovaram o Plano de Ação Global para a Saúde do Trabalhador (OMS, 2008–2017). Os Estados Membros estão implementando a Iniciativa de Silicose das Américas, que vem facilitando a formulação de políticas nacionais orientadas à eliminação deste problema de saúde. O Observatório Regional de Recursos Humanos na Saúde facilita o monitoramento dos problemas de saúde e de segurança dos profissionais da saúde.

33. Vinte e nove países concluíram a avaliação dos sistemas de saúde mental, usando a metodologia da OMS e o instrumento padronizado. Os Órgãos Diretivos aprovaram a Resolução CD49.R17 (2009) sobre a Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Mental.

### ***MAIOR PROTEÇÃO SOCIAL E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE DE QUALIDADE***

34. A estrutura operacional para a Rede Social de Proteção em Saúde foi aprovada na 10ª Conferência Ibero-Americana de Ministros da Saúde em 2008. A Rede Interamericana de Proteção Social foi lançada na Quinta Cúpula das Américas. A OPAS/OMS continuou apoiando os esforços dos países para formular e implantar políticas para proteção social em saúde para combater a exclusão, melhorar o acesso equitativo a produtos, serviços e tecnologias de saúde e estabelecer a saúde como um direito universal. Algumas dessas políticas procuraram dar proteção a grupos populacionais específicos, como o sistema que presta serviços obstétricos gratuitos a mulheres grávidas no Haiti.

35. A Política de Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde (Resolução CD49.R22 de outubro de 2009) operacionalizou o enfoque renovado de atenção primária à saúde (APS) no nível de serviços de saúde. A OPAS conseguiu consolidar o apoio de parceiros-chave para esta iniciativa, inclusive o Ministério da Saúde do Brasil, a Agência Alemã para Cooperação Técnica, o Consórcio de Atenção Social e de Saúde, a Cooperativa de Hospitais de Antióquia, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e a Agência Espanhola de Cooperação Internacional.

36. A Região obteve avanços quanto aos esquemas de acesso universal com ênfase nos grupos vulneráveis. Vários exemplos são dados a seguir. Em julho de 2007, a Bolívia aprovou o projeto de lei estabelecendo o seguro de saúde universal, que fornece cobertura integral para a toda a população até a idade de 21. Em março de 2009, o Peru sancionou a lei de bases para o seguro universal, que põe todos os planos de seguro atualmente disponíveis no país com um único sistema para proteção social em saúde. Em 2007, o Uruguai aprovou um projeto de lei que cria o Sistema de Saúde Nacional Integrado e o Fundo de Saúde Nacional, e, no biênio de 2008–2009, trabalhou para elaborar um Plano de Atenção Integral à Saúde. No Chile, nove afecções de saúde foram acrescentadas ao Plano para Acesso Universal com Garantias Explícitas entre 2008 e o 2009, ampliando assim o plano, que é universal e obrigatório para os segurados, para 65 das 80 afecções de saúde definidas.

37. O Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL), Comunidade Andina e da América Central e Comunidade do Caribe possuem uma política farmacêutica implantada ou estão em processo de adotá-la. Em 2007, 22 países possuíam uma política farmacêutica oficial implantada. Entre 2008 e 2009, um país, o Panamá, aprovou sua primeira Política Nacional Farmacêutica, e dois países, Equador e Paraguai, começaram a

revisar suas políticas farmacêuticas. A Região obteve progresso na promoção e uso dos medicamentos genéricos: 23 países informaram ter provisões para assegurar a prescrição dos medicamentos usando o nome genérico, e 27 têm provisões para assegurar a substituição de um produto com um medicamento genérico no setor público.

38. O Fundo Rotatório Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública (Fundo Estratégico da OPAS), com 22 Estados Membros participantes, tem apoiado seus membros ao garantir o acesso a provisões estratégicas de saúde pública e medicamentos. Ao promover o acesso aos Medicamentos Antirretrovirais de HIV/aids, o Fundo Estratégico conseguiu uma redução de 21% do preço regional para a cesta básica de medicamentos, em comparação aos preços de referência publicados pela Fundação Clinton. A OPAS estabeleceu um grupo de trabalho, incluindo representantes dos Estados Membros, a fim de avançar com o estabelecimento do banco de dados regional de preços de medicamentos para complementar os já existentes em alguns países como Brasil e Colômbia, assim como na América Central, sub-região andina e MERCOSUL.

39. Os Estados Membros começaram a avaliar as funções essenciais para a regulamentação dos produtos farmacêuticos. Organismos reguladores têm sido avaliados em cinco países. Está em andamento um processo para reconhecer os organismos reguladores de referência da OPAS. O programa de cooperação está sendo vinculado com o trabalho desenvolvido pela Rede Pan-Americana para a Harmonização da Regulamentação Farmacêutica.

40. A Resolução CD48.R7 (2008) sobre a melhoria da disponibilidade de sangue e segurança da transfusão de sangue nas Américas permitiu aos ministérios da Saúde concentrar as suas ações na organização e planejamento dos sistemas nacionais de sangue e no estabelecimento de redes comunitárias treinadas para promover a doação voluntária de sangue. O teste sorológico externo para detectar infecções transmitidas pelo sangue prosseguiu com o apoio da Agência Espanhola de Cooperação Internacional, o Centro de Transfusão de Andaluzia, o Hemocentro de São Paulo e o Esquema de Avaliação de Qualidade Externa do Reino Unido. Em termos de disponibilidade de sangue, houve um aumento considerável nas taxas de doação de sangue por 10 mil habitantes. Nenhum país na Região agora apresenta uma taxa inferior a 10.

### ***REDUZINDO DESIGUALDADES NA SAÚDE DENTRO DE UM MESMO PAÍS E ENTRE PAÍSES***

41. Em 2009, 33,7 milhões de pessoas foram imunizadas durante a Semana de Vacinação nas Américas. O último caso de transmissão da rubéola ocorreu em fevereiro de 2009. A cada ano, 174 mil mortes por doença evitável por vacina são evitadas em crianças menores de 5 anos, e calcula-se que vários milhares mais de casos e mortes podem ser evitados com o uso universal de novas vacinas (vacina para o rotavírus e vacina antipneumocócica conjugada). Os Estados Membros definiram a vacinação como um bem público e estabeleceram destinações orçamentárias que asseguram a sustentabilidade financeira do Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas. A cobertura vacinal com a DPT 3+Hib3 em crianças menores de 1 ano continuou sendo superior a que 91% na Região. Porém, calcula-se que 44% dos municípios na América Latina e no Caribe têm cobertura inferior a 95%, usando cobertura DPT3 como indicador. O desafio para o biênio 2010–2011 é direcionar as intervenções aos municípios de desempenho ruim. Entre outros avanços, 35 países estão usando a vacina sazonal contra gripe no setor público. Em 2009, foi implementado o plano regional para vacinação contra pandemia de influenza A (H1N1). Desde abril de 2010, 23 países na Região informaram ter iniciado a vacinação dos grupos de risco, com 170 milhões de doses da vacina contra o vírus H1N1 administradas para cobrir as populações de risco identificadas pelos ministérios da Saúde.

42. A porcentagem de mulheres grávidas que fizeram o teste de detecção do HIV/aids aumentou de 19% em 2004 para 46% em 2008. Da mesma forma, o tratamento profilático das mães HIV-positivas foi administrado em mais da metade dos casos detectados, um aumento em relação a um terço em 2004. Dois fatores que contribuíram para esses avanços são o estabelecimento de um Sistema Regional de Informação com base na vigilância de HIV e IST e um enfoque multissetorial e interinstitucional para a cooperação técnica e captação de recursos no âmbito nacional e sub-regional.

43. A Estratégia Regional e Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Câncer do Colo Uterino (CD48/R10 [2008]) foi implantada. Os países com uma alta prevalência de câncer do colo uterino fortaleceram os seus programas nacionais com ênfase na prevenção e ações integradas com outros programas de atenção primária à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva e programas de saúde do adolescente. Cerca de 27.500 mortes por câncer do colo uterino ocorrem todos os anos, representando uma perda econômica de aproximadamente US\$ 3,3 milhões.

44. A adoção da Resolução CD49.R19 (2009) renovou o compromisso dos Estados Membros com a eliminação ou a redução de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas com a pobreza até 2015. Em um esforço conjunto com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e a Rede Global para Doenças Tropicais Negligenciadas, um fundo de reserva foi criado como um modelo inovador combinando recursos públicos, privados e filantrópicos para apoiar esforços eficazes do ponto de vista

econômico neste campo. A erradicação da oncocercose, raiva humana transmitida por cão e malária é possível em certas áreas. A eliminação do tétano neonatal, doença de Chagas, sífilis congênita, filariose linfática, tracoma e hanseníase também está ao alcance. No caso da doença de Chagas, a interrupção da transmissão pela eliminação dos vetores foi alcançada em nove países e a triagem de banco de sangue é realizada em 18 Estados Membros. Entre as doenças que requerem maior atenção está a esquistossomose. Aproximadamente 25 milhões de pessoas na Região estão em risco. O controle de outras helmintíases requer forçar a desparasitação de aproximadamente 26 milhões de crianças em idade escolar em risco na América Latina e no Caribe todos os anos.

45. Atualmente, 19 Estados Membros da OPAS e Porto Rico geram indicadores de saúde subnacionais para monitorar as desigualdades de saúde.

### ***REDUÇÃO DO RISCO E CARGA DA DOENÇA***

46. Dezenove países adotaram a Estratégia Integrada para o Controle e Prevenção da Dengue e implementaram planos para a resposta a surtos e controle. Dez países (10) realizaram uma avaliação externa das estratégias implementadas, com o apoio da OPAS/OMS. A participação comunitária e educação em saúde têm tido um papel-chave no controle das epidemias. Foram implantadas medidas de comunicação destinadas à mudança de comportamentos da população com resultados positivos. Foi criada a Rede de Laboratórios de Dengue das Américas. O pessoal dos países recebeu treinamento em epidemiologia, atenção clínica, entomologia, trabalho de laboratório e comunicação de massas.

47. A carga da doença da malária diminuiu em 53% nas Américas desde 2000. Esta redução foi observada em 18 dos 21 países da Região onde a malária é endêmica. Mais de 200 milhões de pessoas permanecem em risco de contrair a doença e o alcance das metas está ameaçado por desastres naturais e questões relacionadas aos determinantes sociais da saúde.

48. Para o controle e prevenção da febre amarela, países enzoóticos, incluindo todos os países na América do Sul (exceto Chile) e Trinidad e Tobago, empregam agora rotineiramente os mecanismos recomendados para a vigilância epidemiológica em seres humanos e primatas e para vigilância de casos pós-vacinação. Esses mesmos países implementaram planos para a vacinação universal de adultos e introduziram a vacina contra a febre amarela nos esquemas atuais de vacinação de crianças, pelo menos nas áreas onde a doença é enzoótica. Apesar do progresso significativo, ainda há risco da reurbanização da febre amarela devido à presença generalizada do *Aedes aegypti*, em geral com altas taxas de infestação em centros urbanos densamente povoados.

49. Vinte e seis de 34 países alcançaram a meta de detectar 70% dos casos de tuberculose (TB) e curar 85% deles. As atividades implementadas fazem parte da

“Estratégia STOP TB” e Plano Regional para o Controle da Tuberculose, que visa populações altamente vulneráveis.

50. Desde a implementação da Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado para Prevenção e Controle das Doenças Crônicas, Incluindo Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde em 2006 (documento CD47/17, Rev. 1), todos os Estados Membros fizeram progresso ao estabelecer ou fortalecer seus programas nacionais para combater doenças crônicas através de implantação de seus planos. Por exemplo, 24 países na América Latina e no Caribe estabeleceram um centro de coordenação nacional em seus respectivos ministérios da Saúde, capacitaram o pessoal e criaram associações intersetoriais. Dez países estão implantando políticas nacionais que visam promover a alimentação saudável e atividade física, 19 países empregaram estratégias integradas de atenção primária à saúde para melhorar a qualidade da atenção para pessoas vivendo com doenças crônicas. Dez países estão implementando intervenções multissetoriais para promover a redução dos fatores de risco para doenças crônicas.

51. A Região das Américas é a única com um programa específico para o monitoramento e contenção da resistência antimicrobiana, refletindo a preocupação de seus Estados Membros quanto à confirmação e manutenção da eficácia de medicamentos antimicrobianos para o tratamento clínico e controle de doenças infecciosas. Durante o biênio 2008–2009, a Rede Latino-Americana para a Vigilância da Resistência aos Medicamentos Antibióticos consolidou suas operações. A Rede é formada por 19 países, que fornecem dados anuais sobre a resistência dos microrganismos isolados. Um programa de controle de qualidade externo, coordenado pelo Instituto Nacional de Doenças Infecciosas, Laboratórios Nacionais “Dr. Carlos G. Malbrán e Administração dos Institutos de Saúde da Argentina, monitora a qualidade dos resultados laboratoriais por meio de pesquisas periódicas. Os relatórios anuais sobre a Rede forneceram dados objetivos sobre a melhora na prevalência da resistência entre os agentes patogênicos nosocomiais e adquiridos na comunidade.

### ***FORTALECIMENTO DA GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE***

52. Planos de recursos humanos que ajudam fortalecer os sistemas de saúde baseados na APS estão sendo desenvolvidos na Região. Importantes mudanças vêm sendo feitas na formação e educação do pessoal da área de saúde, com um enfoque intersetorial de educação em saúde. A migração de pessoal da área de saúde foi acrescentada à agenda de muitos países com a discussão do Código de Conduta da OMS para o Recrutamento Internacional de Pessoal da Área da Saúde.

53. Um avanço no campo do desenvolvimento dos profissionais da saúde foi a iniciativa Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP), que gradualmente integrou os

conceitos de educação continuada e redes de aprendizagem. O CVSP é agora a principal linha de ação da Organização para promover e apoiar os países da Região na formulação de políticas e planos de aprendizagem, no projeto de sistemas de educação continuada e redes de aprendizagem e na produção e intercâmbio de recursos educacionais abertos. O Campus facilita a criação de plataformas para a cooperação entre a autoridade sanitária e instituições acadêmicas para pôr em prática o plano de aprendizagem. O CVSP articula o uso intensivo de informações e tecnologias de comunicação e o conceito de educação à distância.

### ***APROVEITAMENTO DO CONHECIMENTO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA***

54. Em outubro de 2009, após uma ampla consulta com os países, o Conselho Diretor aprovou a Política de Pesquisa em Saúde (documento CD 49/10). Equipes de EVIPNet (rede de políticas informadas por evidências) foram formadas em quatro países e capacitadas em gestão de projetos de pesquisa, preparação de informes de políticas e diálogo deliberativo.

55. Em 2008, a OMS adotou a Estratégia Global e o Plano de Ação para a Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (GSPA) por meio da Resolução WHA61.21. A OPAS aprovou a *Estratégia Global para a Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual: uma Perspectiva Regional* (CD48.R15). Em novembro do mesmo ano, a OPAS organizou o 1º Seminário Internacional sobre o Acesso a Medicamentos de Alto Custo de Fontes Limitadas resultando em uma publicação de referência para a Região. Argentina, Brasil, Uruguai e países centro-americanos elaboraram ou estão elaborando estratégias para abordar esta questão prioritária. Em março de 2009, o primeiro Seminário Pan-americano sobre Regulamentação Econômica de Produtos Farmacêuticos e Medicamentos foi realizado com a participação de 13 Estados Membros da OPAS resultando no estabelecimento da ECONMED, uma plataforma para intercâmbio de conhecimento. Até o momento, aproximadamente 200 altos funcionários de saúde pública de 30 países na Região participam da ECONMED. Mais de 70 representantes dos ministérios da Saúde foram capacitados em perspectiva de saúde pública e gestão de direitos de propriedade intelectual e comércio. Cursos de formação e exercícios de capacitação, em colaboração com outros organismos das Nações Unidas e interessados diretos, foram organizados no Caribe, na América Central e no Cone Sul.

56. No campo das doenças tropicais negligenciadas, lacunas e ferramentas para o diagnóstico e monitoramento da doença de Chagas estão sendo identificadas. Um estudo-piloto sobre as capacidades de inovação em saúde, que está em andamento em três países latino-americanos, permitirá a construção de um modelo para que as capacidades de inovação possam ser estendidas ao restante da Região.

57. De acordo com a Resolução WHA60.29 (2007) sobre avaliação de tecnologia em saúde, esforços nos países do Caribe estão sendo direcionados para o fortalecimento do

gerenciamento tecnológico e engenharia clínica. Em associação com o Colégio Americano de Engenharia Clínica, uma equipe de 18 engenheiros clínicos das nações do Caribe se juntou para formar a “INFRACARIB”, uma rede de intercâmbio de informação com foco na infraestrutura física e tecnologia dos serviços de saúde. O Barbados Community College (BCC), com o apoio da Universidade de Vermont, administrou dois módulos de educação à distância em equipamentos médicos e gerenciamento de tecnologia, incluindo a capacitação de instrutores. Em 2010, a transferência da infraestrutura do curso de educação à distância ao BCC será completada e complementada por um curso no local a ser realizado no BCC.

58. Um plano de ação para melhorar serviços de diagnóstico por imagem e de radioterapia no Caribe foi também elaborado. Seguindo as recomendações da Reunião do Setor da Saúde da América Central e República Dominicana (RESSCAD), o Plano Sub-regional para Prevenção e Controle do Câncer, que tem um componente de radiologia oncológica e radioterapia, foi implantado. Vinte e dois países na América Latina e no Caribe participam de um serviço postal de dosimetria para a calibração das unidades de radioterapia, com a produção de mais de 150 unidades por ano. No campo normativo, a RSPA participou do desenvolvimento dos novos padrões internacionais de segurança básica para proteção contra a radiação ionizante e a segurança das fontes de radiação. Está sendo elaborado um plano para modernizar a prontidão e resposta para situações de emergência radiológica e nuclear.

### ***FORTALECIMENTO DA SEGURANÇA SANITÁRIA***

59. Até o início de 2009, todos os países e territórios da Região haviam elaborado seu plano de ação para uma pandemia em potencial de gripe aviária (H5N1), com a cooperação técnica da RSPA. Quando a pandemia de H1N1 de 2009 foi deflagrada em abril de 2009, o mecanismo regional de resposta foi imediatamente ativado em coordenação com a OMS. Dezoito países da Região receberam apoio técnico direto de 80 especialistas regionais e globais mobilizados pela Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN). Equipamentos, materiais de laboratório e outras provisões de resposta a surtos necessários para gerenciar de maneira apropriada emergências foram doados aos países afetados. As atividades de prontidão para pandemia precisam continuar sendo parte da rotina dos sistemas de alerta e resposta a epidemias em todos os países.

60. A pandemia pôs à prova a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) nos países da Região. Os países usaram seus recursos de vigilância epidemiológica básica, alerta e resposta. Trinta e quatro de 35 países concluíram a avaliação dos próprios recursos. Até dezembro de 2009, 28 países haviam elaborado planos de ação de RSI e cada país tinha um Plano Nacional de Contingência para Pandemia de Influenza (NIPPP). Foram designados 28 centros nacionais de influenza para a vigilância virológica na Região. Os centros de coordenação nacionais de RSI desempenharam um papel-chave ao realizar a vigilância tanto nos países como com outros países e a OMS. Outras medidas

de resposta integrada também foram testadas, como atenção médica, diagnóstico virológico, controle de infecção, pesquisa epidemiológica, mobilização de equipes de resposta rápida, comunicação de riscos e a aplicação de planos de contingência nos pontos de entrada.

61. Em 2008, o relatório *Mudança Climática e Saúde Humana – Riscos e Respostas* foi publicado pela OMS em resposta ao impacto da mudança climática para a segurança sanitária. No contexto do Dia Mundial da Saúde de 2008, o Plano-Quadro Regional para Proteger a Saúde Humana da Mudança Climática foi posto em prática. Um plano foi redigido com o Mercosul. Foi estabelecido o Observatório Brasileiro de Clima e Saúde. O projeto de controle da malária sem DDT (DDT/UNEP/GEF/OPAS) emprega estratégias de atenção primária à saúde e atenção primária ambiental. O projeto está sendo realizado em oito países da Região. A OPAS se uniu ao Instituto do Caribe de Saúde Ambiental e países do Caribe Oriental em um projeto colaborativo para o desenvolvimento sustentável e saúde ambiental para o período 2008–2012.

**(b) Principais desafios durante o biênio 2008–2009**

*Impacto da crise econômica no setor da saúde*

62. A crise financeira global 2007–2009 levou a uma redução da atividade econômica na América Latina e no Caribe; em 2008, produziu uma reaceleração do crescimento econômico e, em 2009, uma redução de aproximadamente 2,5% da economia regional. Em 2009, a renda per capita na Região caiu em 10% em comparação com os níveis de 2008 e foi a primeira queda na renda após o longo período de crescimento econômico que começou ao final da década de 90. Prevê-se recuperação em 2010, com um crescimento econômico de aproximadamente 3% (segundo o FMI). Este nível do crescimento ainda não é suficiente para permitir a recuperação da renda per capita na Região aos níveis alcançados ao final de 2008.

63. O impacto da crise varia significativamente de um país a outro. Depende em grande parte do grau de diversificação de cada economia, da importância relativa das exportações de matérias-primas, receita com o turismo e remessas, fluxos de investimentos estrangeiros e nível da dívida pública. Embora em alguns países o impacto da crise foi limitado a uma desaceleração do crescimento econômico, em outros levou à redução séria da economia. Vários dos países mais afetados pela crise global financeira precisarão de pelo menos cinco anos (até 2013) para que sua renda per capita volte aos níveis de 2008.

64. Segundo a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe das Nações Unidas (CEPAL), a crise econômica aumentou o número de pobres na América Latina, de 180 milhões em 2008 para 189 milhões em 2009, representando 34,1% da população total. Entre 2008 e 2009, o número de pessoas vivendo na pobreza extrema aumentou de

71 para 76 milhões, ou seja, 13,7% da população (CEPAL)<sup>2</sup>. A maioria dos pobres mora em áreas urbanas, mas a pobreza extrema é maior nas zonas rurais e afeta a população indígena em maior proporção.

65. Até 2007, foram feitos avanços animadores para o primeiro ODM no âmbito regional. As consequências da crise econômica poderão comprometer este avanço, sem falar no que ainda é preciso ser feito. A crise econômica afetou a melhoria dos indicadores dos ODMs. A crise em si não mudará os objetivos já alcançados pelos países desenvolvidos, mas sem dúvida será um obstáculo enorme para atingir as metas nas nações mais pobres.

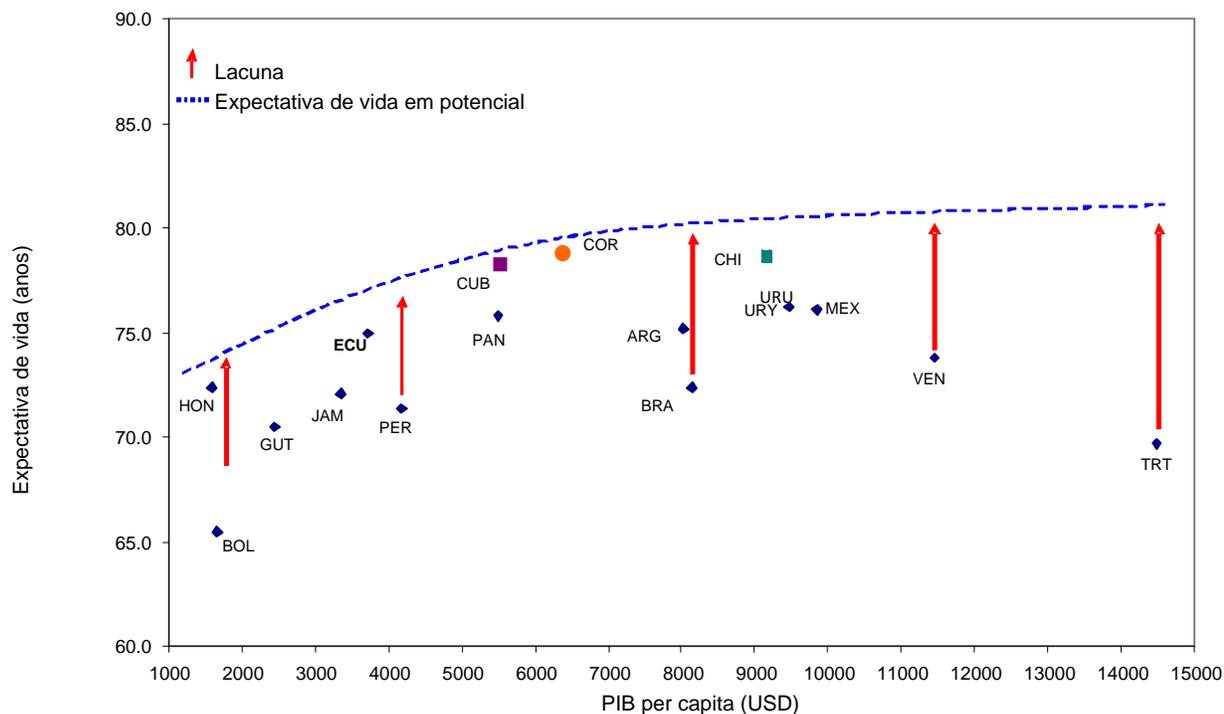
66. Uma análise da relação entre a renda per capita e a expectativa de vida ao nascimento demonstra que os avanços da saúde, medidos pela expectativa de vida, não correspondem ao nível de desenvolvimento econômico de um país, medido pelo produto interno bruto (PIB) per capita. Isto indicaria que a maioria dos países na Região estaria abaixo do seu potencial humano de desenvolvimento. As lacunas entre a expectativa de vida observada e a expectativa potencial com base no PIB per capita (ver Figura 1) são explicadas por diferenças de distribuição de renda, falta de harmonização e integração das políticas sociais e deficiências na organização dos sistemas nacionais de saúde.

67. A recente crise econômica vem afetando os determinantes sociais da saúde e poderia prolongar o atraso em reduzir as lacunas entre o potencial de desenvolvimento social e o progresso econômico dos países (Figura 1).

---

<sup>2</sup> A CEPAL define a pobreza extrema como sendo renda inferior ao necessário para satisfazer os requisitos calóricos diários mínimos de um indivíduo. Os pobres são os que têm uma renda inferior a 1,75 vez à linha de pobreza extrema em zonas rurais e 2 vezes em zonas urbanas. Para mais informações sobre pobreza, inclusive conceitos de linhas de pobreza ajustados da saúde, consulte Compêndio em Boas Práticas para a Medição da Pobreza; Relatório do grupo do Rio; CEPAL-IBGE: 2007; [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/26593/rio\\_group\\_compendium.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/26593/rio_group_compendium.pdf) or <http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/rio.htm>.

Figura 1. Lacunas de expectativa de vida na América Latina\*



Fonte: Banco Mundial; tabelas de expectativa de vida OMS; indicadores sociais, CEPAL; OPAS, indicadores básicos de referência 2009

\*Último disponível, por volta de 2009

68. Devem ser implementadas parcerias com outros setores socioeconômicos para alcançar a integração e a harmonização das políticas sociais e as reformas fiscais necessárias para as mudanças nos sistemas nacionais de atenção de saúde que permitirão cobertura universal de população.

#### *Pandemia (H1N1) de 2009*

69. A pandemia (H1N1) de 2009 pôs à prova a capacidade de resposta dos Estados Membros e do sistema das Nações Unidas, assim como o Sistema de Saúde Interamericano.

70. No início, os médicos identificaram uma forma muito grave de pneumonia viral primária, caracterizada pela progressão rápida e com frequência fatal, que não correspondia à morbidade habitual observada com a gripe sazonal. Embora os casos fossem relativamente pouco frequentes, eles representaram uma sobrecarga às unidades de terapia intensiva.

71. No dia 23 de abril de 2009, OPAS ativou seus mecanismos de alerta e resposta, como mobilização de equipes de resposta rápida e ativação do Centro de Operações de Emergência (COE) na sede da OPAS. Sob a coordenação da Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos da OMS, a OPAS enviou delegações intersetoriais, formadas por especialistas em vigilância epidemiológica, diagnóstico laboratorial, conduta clínica, controle de infecções, resposta de emergência e comunicação de riscos, à maioria dos países. A OPAS também coordenou as doações e compras feitas para países. Essas compras incluíram materiais e reagentes laboratoriais, 50 mil conjuntos de equipamentos de proteção pessoal e mais de 589 mil cursos de oseltamivir.

72. O vírus H1N1 se propagou rapidamente. No dia 29 de abril de 2009, a OMS notificou casos confirmados por laboratório em nove países. Cerca de seis semanas depois, no dia 11 de junho, foram notificados casos em 74 países e territórios em mais de duas regiões da OMS. Esta propagação mundial fez com que a OMS elevasse o nível de ameaça pandêmica e, finalmente, anunciasse que havia uma pandemia manifesta em curso. Em 1º de julho, infecções haviam sido confirmadas em 120 países e territórios. Até o momento, 17.919 mortes haviam sido notificadas em todo o mundo, 8.316 das quais ocorreram na Região das Américas. O agente causal era um vírus novo com diferentes características genéticas e antigênicas de outros vírus da influenza circulantes na população. Informação epidemiológica fornecida pelo Canadá, México e Estados Unidos indicaram que a propagação foi de pessoa a pessoa. Os dados clínicos, principalmente do México, indicaram que o vírus era também capaz de causar uma forma grave da doença com frequência levando à morte.

73. Em alguns países, a epidemia causou sobrecarga aos serviços de emergência e, em alguns casos, excedeu a capacidade dos serviços de saúde de proporcionar atendimento. A demanda por leitos hospitalares, principalmente para adultos, também aumentou significativamente, levando à falta de leitos de terapia intensiva e leitos gerais de internação. A existência de planos específicos ajudou na aplicação de medidas de triagem, reduzindo assim a carga da assistência aos pacientes. Essas medidas foram mais eficazes quando haviam sido programados e submetidos a teste e simulações antes da pandemia.

74. Em colaboração com a Associação Pan-Americana para Doenças Infecciosas, foram formuladas recomendações para a conduta clínica dos casos graves. A OPAS apoiou os países da América Latina e Caribe na introdução da vacina contra pandemia de influenza. A OPAS também desempenhou um papel-chave ao difundir os dados disponíveis nas primeiras semanas da pandemia, produzir e traduzir recomendações, preparar um relatório semanal sobre vigilância da progressão da pandemia e realizar reuniões virtuais diárias com os ministérios da Saúde e parceiros para difundir as informações e dados mais recentes. Ao mesmo tempo, prosseguiram-se as iniciativas com o propósito de aliviar os efeitos da pandemia atual. Estratégias integradas para o fortalecimento das capacidades nacionais de resposta, o desenvolvimento de ferramentas

de planejamento e a implementação de simulações com a participação ativa de governos nacionais e subnacionais, permitindo aos governos adaptar essas iniciativas às suas necessidades, continuarão a ser promovidas com a cooperação técnica.

75. Em maio de 2009, um programa de aprendizagem em língua espanhola sobre influenza A (H1N1) foi realizado pelo Campus Virtual de Saúde Pública, com 399 participantes online registrados, 173 dos quais receberam um certificado de conclusão do curso. Em agosto de 2009, a versão em inglês do curso foi publicada; 1.788 participantes haviam se matriculado até o momento.

#### *Desastres e emergências*

76. Em 2008, aproximadamente 48 eventos naturais foram notificados como sendo desastres. Estes repercutiram na vida de milhões de pessoas e causaram mais de 800 mortes. Dezesseis temporais nomeados se formaram no Atlântico em 2008; oito deles se tornaram furacões, cinco se tornaram grandes furacões. Destes, Hanna causou maior prejuízo em termos de vidas e propriedades no Haiti, agravando a pobreza e situação ruim de saúde no país, e deixando cerca de 200 mil pessoas em Gonaives sem um serviço de emergência hospitalar onde buscar atenção médica. Cuba foi atingida quatro vezes por furacões em um período de tempo curto e sofreu prejuízos enormes às terras de cultivos, edifícios e infraestrutura. O governo evacuou mais de 2 milhões de pessoas com poucas mortes. As erupções vulcânicas no Equador e Colômbia levaram à evacuação de milhares de pessoas. A inundação generalizada na Bolívia atingiu cerca de 55 mil famílias. Chuvas intensas e enchentes afetaram quase 1,8 milhão de pessoas e seis hospitais nas províncias litorâneas do Equador.

77. A chegada antecipada das tempestades tropicais Alma e Arthur causaram fortes chuvas em grande parte da América Central. Nas zonas baixas e litorâneas de Belize, 25 com de chuvas em 36 horas afetaram mais de 10 mil pessoas. Vias inacessíveis dificultaram a entrega de mantimentos essenciais e atenção médica. Na Guatemala, três dias de chuva intensa causaram grandes enchentes e deslizamentos de terra isolando Zacapa por vários dias, tornando as operações de resgate muito mais complicadas. A tempestade tropical Gustav causou grande enchente na Jamaica resultando na perda de propriedades, cultivos e sustento em 160 comunidades. A República Dominicana também sofreu prejuízos agrícolas e perda de infraestrutura. O único hospital na Ilha de Grand Turk das Ilhas Turks e Caicos sofreu danos importantes. A ilha sofreu com diversas enchentes.

78. Embora a temporada de furacões de 2009 tenha sido relativamente tranquila, um alívio mais que necessário na maior parte da Região, o furacão Ida passou pela América Central causando fortes chuvas que resultaram em enchentes e deslizamentos de terra. Os países mais atingidos foram El Salvador, Nicarágua e México. Um terremoto de 6,2 de intensidade atingiu a Costa Rica no início de janeiro, afetando mais de 125 mil pessoas.

Os rios Telembi e Mira na Colômbia transbordaram como resultado e causaram enchentes nos municípios litorâneos do departamento de Nariño. Na Guatemala, houve um aumento expressivo do número de internações hospitalares de crianças menores de 5 anos com desnutrição aguda grave, resultando em aproximadamente 25 mortes notificadas. Mais de 410 mil famílias ficaram em risco alto ou muito alto de insegurança nutricional e de alimentos como consequência do fenômeno El Niño. O ecossistema seco de El Chaco no sudeste da Bolívia e o platô andino também foram afetados pelo El Niño.

79. A pandemia (H1N1) de 2009 foi um evento único de saúde pública porque atingiu todos os países das Américas quase simultaneamente, exigindo uma resposta sem precedentes.

80. Em resposta a essas emergências, a OPAS/OMS prestaram apoio técnico e logístico aos ministérios da Saúde dos países afetados para avaliar os prejuízos e riscos para a saúde. Vários especialistas de campo foram mobilizados para apoiar as operações de alívio junto com o ministério da Saúde e outras entidades nacionais. Foram também adquiridos equipamentos e materiais para apoiar as atividades de controle de vetores para prevenir possíveis surtos. A pandemia (H1N1) de 2009 requereu mobilização e posicionamento rápidos de recursos humanos e organizacionais da OPAS sob condições extremamente difíceis. As representações e centros regionais e nos países da OPAS prestaram apoio fundamental durante a emergência. A sede da OPAS convocou sua Força-Tarefa de Desastres e organizou orientações especiais para a OEA e outros organismos que apoiam a ajuda humanitária.

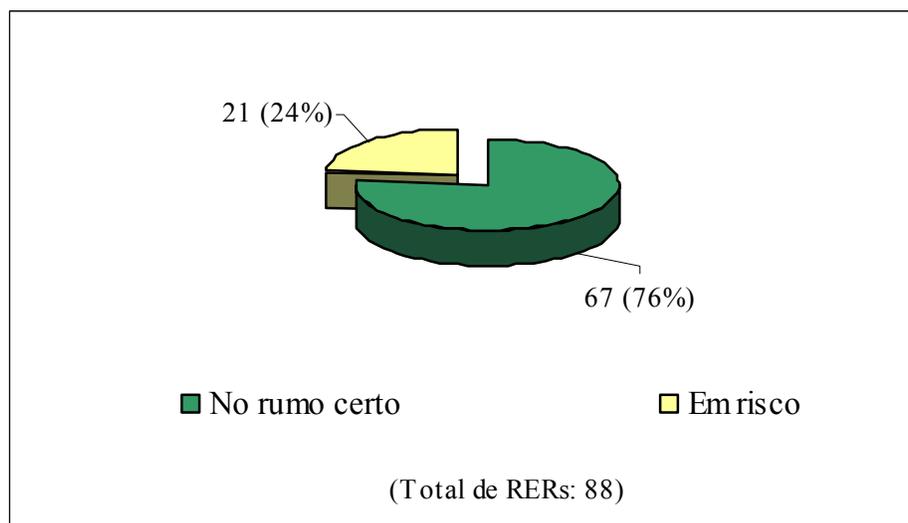
**(B) Avaliação programática**

81. **Progresso para o cumprimento dos OEs** – No final do primeiro período de implementação do Plano Estratégico (biênio 2008–2009), 12 (75%) dos 16 OEs estavam “no rumo certo” e 4 (25%) estavam “em risco”, segundo avaliação dos Facilitadores dos OEs. Nenhum OE foi avaliado como estando “em dificuldade” (vermelho). Os OEs avaliados como estando “no rumo certo” e “em risco” estão relacionados a seguir.

<b>Objetivos estratégicos “no rumo certo”:</b>	<b>Objetivos estratégicos “em risco”:</b>
OE1 Doenças transmissíveis	OE2 HIV/aids, TB e malária
OE4 Saúde materna, infantil, do adolescente e do idoso	OE3 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)
OE5 Emergências e desastres	OE9 Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar
S0 6 Promoção da saúde e fatores de risco	OE11 Liderança e governança dos sistemas de saúde
OE7 Determinantes socioeconômicos da saúde	
OE8 Ambiente mais saudável	
OE10 Serviços de saúde	
OE12 Produtos médicos e tecnologias	
OE13 Recursos humanos para a saúde	
OE14 Proteção social e financiamento	
OE15 Liderança e governança da OPAS/OMS	
OE16 Organização flexível e de aprendizagem	

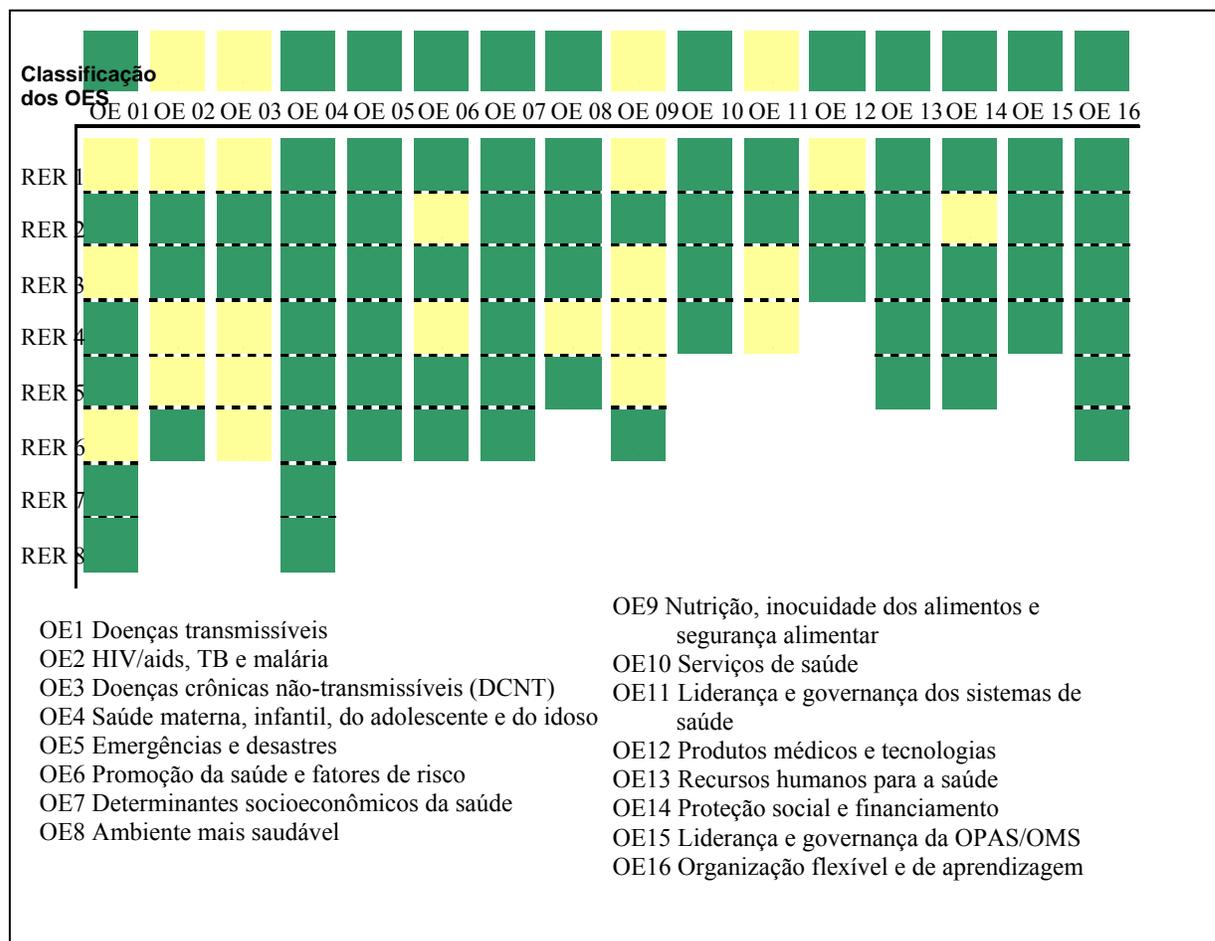
82. **Progresso para o alcance dos RERs** – De 88 RERs, 67 (76%) estavam “no rumo certo” (verde) e 21 (24%) estavam “em risco” (amarelo); nenhum foi avaliado como estando “em dificuldade” (Figura 2).

**Figura 2. Progresso para o alcance dos RERs, fim de biênio, 2008–2009**



83. A Figura 3 mostra a classificação dos OEs e seus respectivos RERs. Os RERs “em risco” estão concentrados no OE1, OE2, OE3, OE9 e OE11.

**Figura 3. Progresso para o alcance dos OEs e RERs, fim de biênio, 2008–2009**



84. Como apresentado na Tabela 1, a maioria dos RERs “em risco” está relacionada com a política de alto nível e intervenções macro para expandir e manter as realizações, requerendo compromisso político contínuo dos Estados Membros e defesa da causa por parte do Secretariado para elevar sua prioridade na agenda nacional. Alguns desses RERs também incluem novos compromissos que requerem esforço e recursos adicionais de dentro do setor da saúde e além. Essas considerações devem moldar o planejamento dos biênios futuros.

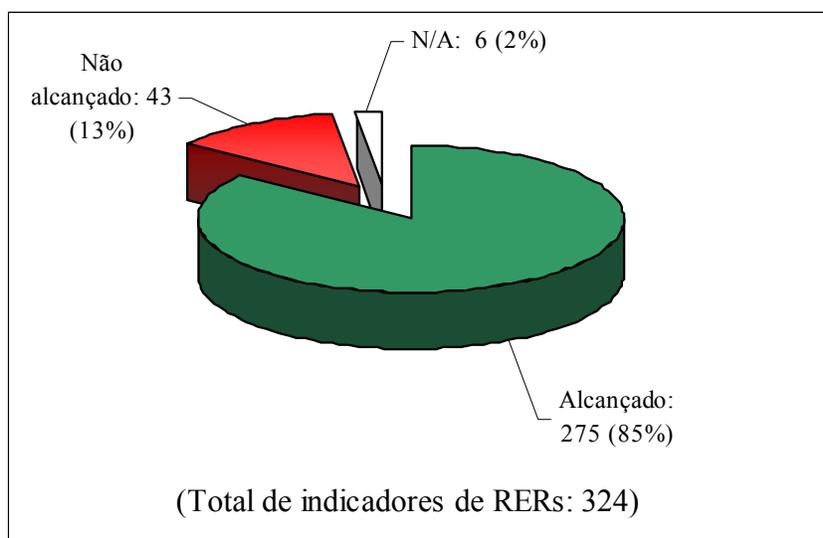
**Tabela 1. RERs “em risco”**

<b>Objetivos estratégicos</b>	<b>RER No.</b>	<b>Resultados esperados a nível regional<sup>3</sup> “em risco”</b>
OE1 – Doenças transmissíveis	1.1	Acesso equitativo a vacinas de qualidade assegurada e serviços de vacinação fortalecidos.
	1.3	Prevenção, controle e eliminação de doenças transmissíveis negligenciadas.
	1.6	Regulamento Sanitário Internacional e alerta e resposta a epidemias.
OE2 – HIV/aids, TB e malária	2.1	Prevenção, tratamento e atenção do HIV/aids, TB e malária
	2.4	Sistemas de vigilância, monitoramento e avaliação para HIV/aids, TB e malária.
	2.5	Compromisso político sustentado, captação de recursos e parcerias para HIV/aids, TB e malária.
OE3 – Doenças crônicas transmissíveis doenças (DCNT)	3.1	Maior compromisso político, financeiro e técnico para DCNT.
	3.4	Mais comprovação sobre o custo-efetividade das intervenções para DCNT.
	3.5	Programas multissetoriais com alcance populacional para a saúde mental, segurança viária e prevenção de DCNT.
	3.6	Prevenção e controle integrados de DCNT.
OE6 – Promoção da saúde e fatores de risco	6.2	Fortalecimento da vigilância dos fatores de risco.
	6.4	Políticas e planos para a prevenção do abuso de álcool, drogas e outras substâncias.
OE8 – Ambiente mais saudável	8.4	Orientação, ferramentas e iniciativas criadas para apoiar o setor da saúde a fim de influenciar políticas em setores prioritários.
OE9 – Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar	9.1	Parcerias, alianças e ações intersetoriais para aumentar o investimento em nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar.
	9.3	Vigilância, monitoramento e avaliação da segurança alimentar, nutrição e opções de políticas.
	9.4	Desenvolvimento, fortalecimento e implementação de planos e programas para melhorar a nutrição ao longo da vida.
	9.5	Fortalecimento da vigilância, prevenção e controle de doenças zoonóticas e não zoonóticas transmitidas por alimentos.
OE11 – Liderança e governança de sistemas de saúde	11.3	Maior acesso e uso de informações de saúde, conhecimento e comprovação científica para a tomada de decisão.
	11.4	Geração e transferência do conhecimento e pesquisa de saúde pública.
OE12 – Produtos médicos e tecnologias	12.1	Desenvolvimento e monitoramento de políticas nacionais sobre o acesso, qualidade e uso racional das provisões essenciais de saúde pública.
OE14 – Proteção social e financiamento	14.2	Avaliação da capacidade doméstica de cobrir as despesas de saúde por meio de um sistema de proteção social.

<sup>3</sup> São usados títulos curtos nos RERs para facilitar a consulta. A descrição detalhada do RER está incluída nos relatórios dos OEs (seção E).

85. **Situação dos indicadores de RERs** – A avaliação das metas de indicadores de RERs mostra que, do total de 324 indicadores de RERs, 275 (85%) as metas foram alcançadas, 43 (13%) não foram alcançadas e 6 (2%) não foram avaliadas (N/A) porque não eram aplicáveis, foram suprimidas ou modificadas significativamente no início do biênio (Figura 4). Deve-se assinalar que foram feitos consideráveis avanços em muitos dos indicadores não atingidos. Porém, a metodologia apenas considera como indicadores alcançados os que cumprem plenamente a meta; não há avanços parciais. Todavia, são incluídas observações sobre o progresso para as metas de indicadores em cada relatório de progresso dos OEs.

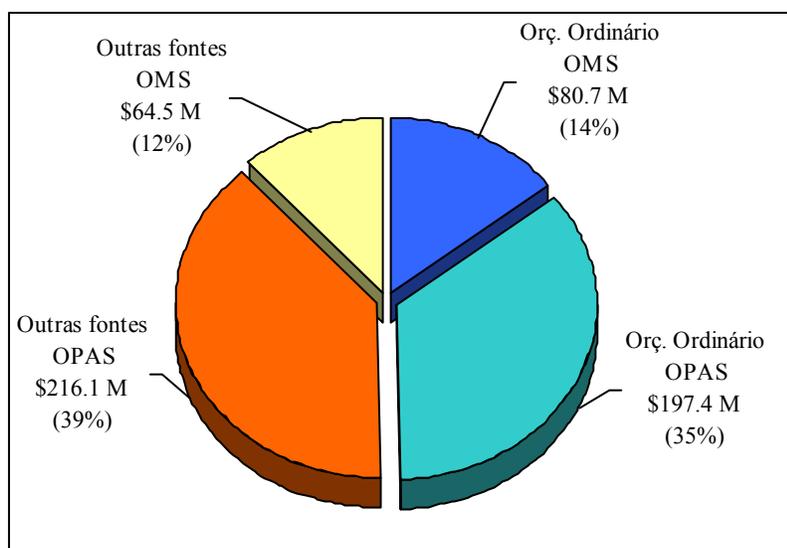
**Figura 4. Alcance das metas de indicadores de RERs, fim de biênio, 2008–2009**



### (C) Avaliação orçamentária e captação de recursos

86. **Resumo do orçamento** - O Orçamento para Programas aprovado foi de US\$ 626 milhões, dos quais US\$ 559 milhões (89%) estiveram disponíveis para o biênio. Como apresentado na Figura 5, a distribuição dos fundos disponíveis foi de 49% do Orçamento Ordinário (35% da OPAS e 14% da OMS) e 51% são provenientes de Outras Fontes (39% da OPAS e 12% da OMS).

**Figura 5. Fundos disponíveis para o biênio, 2008–2009, por fonte**



87. A Tabela 2 mostra a distribuição dos fundos disponíveis pelo nível da Organização. Assinala-se que a distribuição dos fundos disponíveis pelo nível da Organização (como porcentagem do total de fundos disponíveis para o biênio) esteve em conformidade com a Política Orçamentária Regional para Programas (PORP)<sup>4</sup>. Embora a Política se aplica apenas aos fundos do Orçamento Ordinário, também guiou a alocação dos fundos provenientes de Outras Fontes. A análise dos fundos disponíveis por fonte e OE é apresentada na seção de captação de recursos.

<sup>4</sup> O PORP estipulou a seguinte distribuição dos fundos do Orçamento Ordinário: 39,0% em nível de país, 6,7% sub-regional e 54,3% regional para o biênio 2008–2009.

**Tabela 2. Resumo do orçamento por nível da Organização, biênio 2008–2009**

Nível da organização	Programa e Orçamento aprovado de 2008–2009 (US\$ mil)	Fundos disponíveis para o biênio (US\$ mil)	Fundos disponíveis para o biênio (como % do OP 2008–2009)	Distribuição dos fundos disponíveis (como % dos fundos totais disponíveis)
País	247.537	223.933	90	40
Sub-regional	44.594	29.852	67	5
Regional	333.936	304.955	91	55
Total	626.067	558.740	89	100

88. **Execução orçamentária geral** – A execução orçamentária total foi de US\$ 525 milhões (94% dos US\$ 559 milhões disponíveis para o biênio) (Tabela 3). Este é um aumento considerável comparado com a taxa média de execução dos dois últimos biênios (79%). A execução pelos níveis de organização foi sistematicamente superior a 90%.

89. A alta taxa de execução de Outras Fontes (89%) em comparação com à média histórica (69%) reflete melhor programação dos recursos necessários para o biênio, independentemente da disponibilidade de fundos para o ciclo do projetos, permitindo assim que fundos de “outras fontes”, principalmente contribuições voluntárias, fossem alinhados com o ciclo do planejamento bienal.

**Tabela 3. Execução orçamentária por níveis de organização e fonte de fundos, fim de biênio, 2008–2009**

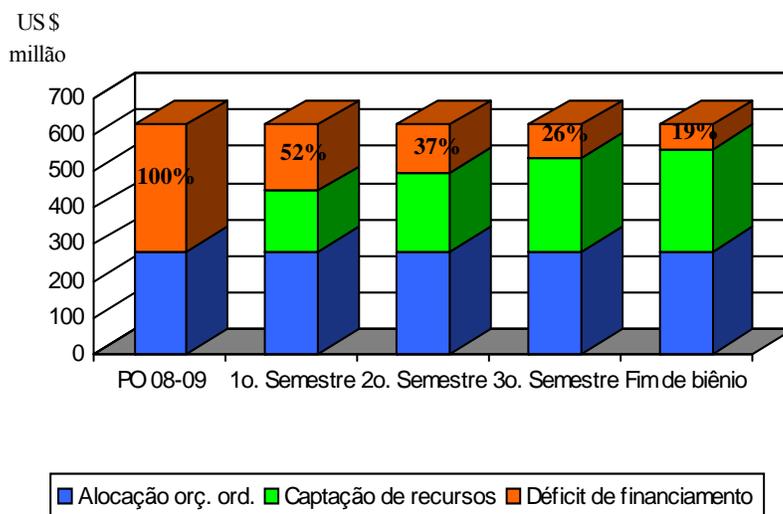
Nível da organização	Fundos disponíveis para o biênio (US\$ mil)			Gastos (US\$ mil)			Taxa de execução (%)		
	OO	OF	Total	OO	OF	Total	OO	OF	Total
País	103.965	119.968	223.933	103.241	103.935	207.176	99	87	93
Sub-regional	15.276	14.576	29.852	15.116	13.428	28.544	99	92	96
Regional	158.823	146.132	304.955	157.672	131.606	289.278	99	90	95
Total	278.064	280.676	558.740	276.029	248.969	524.998	99	89	94

Obs.: os valores não incluem fundos de projetos internos financiados pelo governo, Fundo Rotatório, Fundo Estratégico ou outros fundos que não financiam diretamente o Plano Estratégico.

90. **Captação de recursos** – Dos US\$ 626 milhões do Orçamento para Programas aprovado, foram previstos US\$ 279 do orçamento ordinário (OPAS e OMS). A diferença, US\$ 347 milhões, foi o déficit de financiamento inicial esperado de outras fontes. Durante o biênio, a Organização conseguiu captar US\$ 281 milhões, reduzindo o déficit de financiamento de US\$ 347 milhões para US\$ 66 milhões (19%). Dos US\$ 281 milhões, a OPAS captou 77% (US\$ 216 milhões) e a OMS 23% (US\$ 64,5 milhões). Assinala-se que a quantia do Orçamento Ordinário disponível foi reduzida para US\$ 278 milhões devido ao valor retido pela OMS. A Tabela 4 mostra o déficit de financiamento no início e fim do biênio e a Figura 6 mostra a redução progressiva do déficit de financiamento durante o biênio.

91. Entre as razões principais para a persistência do déficit de financiamento estão: somente um terço (US\$ 64,5 milhões dos US\$ 197 milhões) das contribuições voluntárias esperadas da OMS foi recebido; diminuição no apoio às prioridades internacionais de saúde pública pelas organizações multilaterais, uma tendência que prossegue e muito provavelmente será mais sentida nos próximos anos; uma diminuição geral dos fundos direcionados ao apoio da cooperação técnica nas Américas; um maior agrupamento de problemas de saúde em programas de desenvolvimento mais gerais; a tendência em curso de um grupo crescente de organizações centradas na saúde e o financiamento que estava previsto de subvenções específicas que não se materializaram pois os parceiros mudaram o foco ou realocaram os fundos a outras prioridades. Além disso, a OPAS também se concentra em uma ampla gama de questões da saúde pública, inclusive algumas delas que não atraem financiamento externo significativo dos parceiros, como doenças não transmissíveis, doenças zoonóticas, saúde do idoso e pesquisa de saúde pública, entre outros.

**Figura 6. Situação do déficit de financiamento durante o biênio 2008–2009**



**Tabela 4. Situação do déficit de financiamento, fim de biênio, 2008–2009**

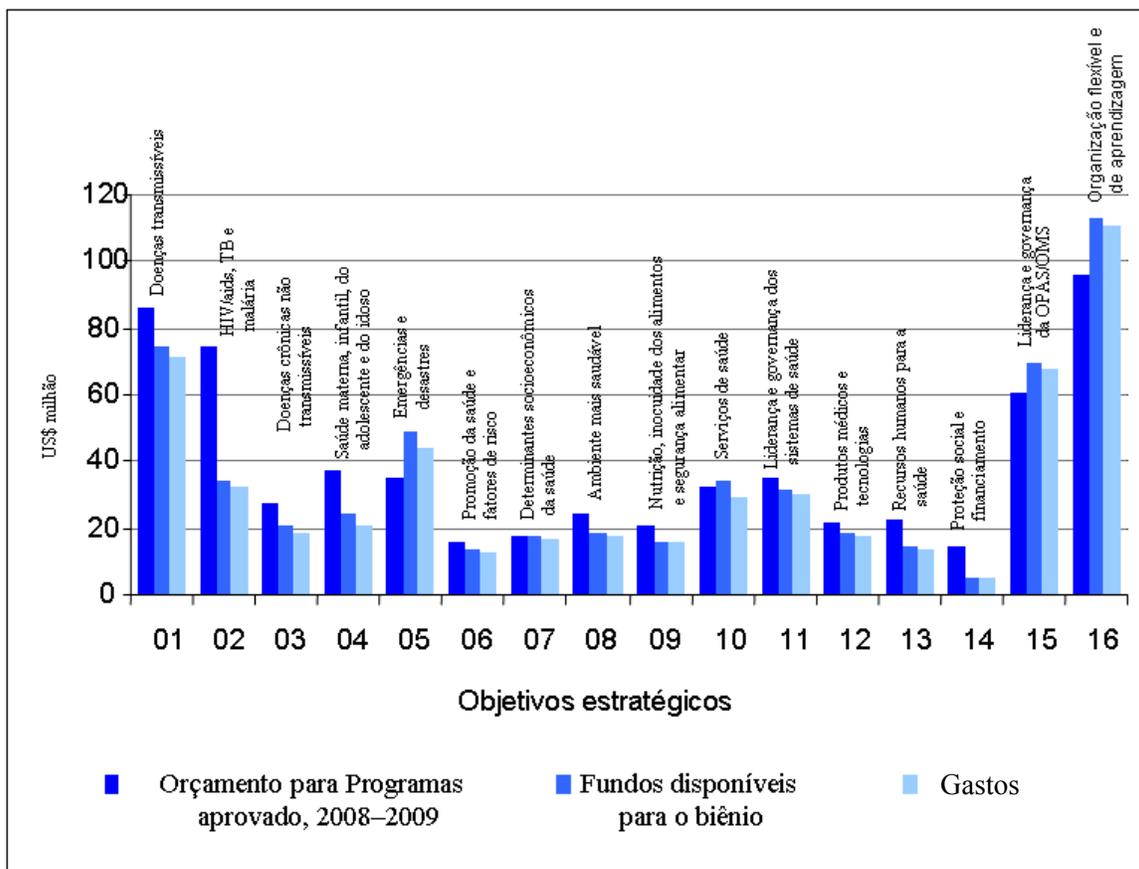
Tipo de financiamento	Início de biênio (US\$ mil)	Fim de biênio (US\$ mil)
Orçamento ordinário	279.067	278.064
Recursos captados*	0	280.676
Déficit de financiamento	347.000	66.327
Orçamento para Programas aprovado de 2008–2009 (OP 2008–2009)	626.067	626.067

\* Obs.: os valores não incluem fundos de projetos internos financiados pelo governo, Fundo Rotatório, Fundo Estratégico ou outros fundos que não financiam diretamente o Plano Estratégico.

92. **Avaliação orçamentária por OE** – A Figura 7 e Tabela 5 apresentam o orçamento por OE, segundo o Orçamento para Programas aprovado, fundos disponíveis para o biênio e gastos. Os OE15 e OE16 (funções capacitadoras) tiveram a maior quantidade de fundos disponíveis durante o biênio, seguidos do OE1 (doenças transmissíveis) e OE5 (emergências e desastres). Deve-se assinalar que o OE15 e OE16 refletem uma alocação tradicional dos recursos para apoiar os OEs 1 a 14. O fonte do financiamento variou segundo OE. Em um extremo, o OE5 (emergências e desastres) recebeu mais de 90% de seus recursos provenientes de outras fontes como resultado das diversas emergências e desastres que afetaram a Região. O OE1 (doenças transmissíveis) e OE2 (HIV/aids, TB e malária) também receberam mais de 70% de outras fontes. Por outro lado, o OE14 (proteção social e financiamento) recebeu somente 23% de outras fontes; os OE15 e OE16 (funções capacitadoras) receberam 25% e 28%, respectivamente, como esperado.

93. Todos os Objetivos Estratégicos apresentaram uma taxa de execução orçamentária geral de 90% ou superior, com a exceção do OE4 e OE10, que tiveram 85%. A taxa de execução do Orçamento Ordinário por todos os OEs foi sistematicamente superior a 90%. Embora a maioria dos OEs executou mais de 90% dos fundos provenientes de outras fontes, os OE4 e OE8 estiveram ligeiramente abaixo da meta da taxa de execução de 75% (ver Tabela 5).

Figura 7. Resumo do orçamento por objetivo estratégico, 2008–2009



**Tabela 5. Orçamento por OE e fonte de financiamento, fim de biênio, 2008–2009**

Objetivos estratégicos	Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio (US\$ milhões)				Gastos (US\$ milhões)			Taxa de execução (%)		
		OO*	OF**	Total	%	O*O	OF**	Total	OO*	OF**	Total
OE1 – Doenças transmissíveis	86,6	21,5	53,5	75,1	87	21,5	50,3	71,8	100	94	96
OE2 – HIV/aids, TB e malária	75,1	8,4	26,5	34,9	46	8,3	24,2	32,5	99	91	93
OE3 – Doenças crônicas não transmissíveis	28,0	12,8	8,2	21,0	75	11,8	7,0	18,8	92	85	90
OE4 – Saúde materna, infantil, do adolescente e do idoso	37,2	11,7	13,1	24,7	67	11,5	9,6	21,1	99	73	85
OE5 – Emergências e desastres	35,0	4,0	45,3	49,3	141	4,0	40,5	44,4	99	89	90
OE6 – Promoção da saúde e fatores de risco	16,0	6,3	7,9	14,2	89	6,3	6,9	13,2	100	87	93
OE7 – Determinantes socioeconômicos da saúde	17,4	7,3	10,2	17,5	100	7,2	9,3	16,5	99	91	95
OE8 – Ambiente mais saudável	25,0	13,2	5,9	19,1	76	13,1	4,2	17,4	99	72	91
OE9 – Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar	21,0	10,1	5,7	15,8	75	10,1	5,2	15,3	100	92	97
OE10 – Serviços de saúde	32,0	12,9	21,5	34,4	107	12,6	16,5	29,1	98	77	85
OE11 – Liderança e governança dos sistemas de saúde	35,0	18,1	13,0	31,1	89	18,1	12,1	30,2	100	93	97
OE12 – Produtos médicos e tecnologias	22,0	5,9	13,3	19,2	87	5,8	11,4	17,2	99	86	90
OE13 – Recursos humanos para a saúde	23,0	8,8	6,0	14,8	64	8,8	4,8	13,6	100	79	92
OE14 – Proteção social e financiamento	15,0	3,7	1,1	4,9	32	3,5	1,1	4,6	94	93	94
OE15 – Liderança e governança da OPAS/OMS	61,2	52,1	17,6	69,7	114	52,0	16,0	68,1	100	91	98
OE16 – Organização flexível e de aprendizagem	96,6	81,3	31,8	113,1	117	81,3	29,9	111,2	100,0	94	98
<b>Total</b>	<b>626,1</b>	<b>278,1</b>	<b>280,7</b>	<b>558,7</b>	<b>89</b>	<b>276</b>	<b>249</b>	<b>525</b>	<b>99</b>	<b>89</b>	<b>94</b>

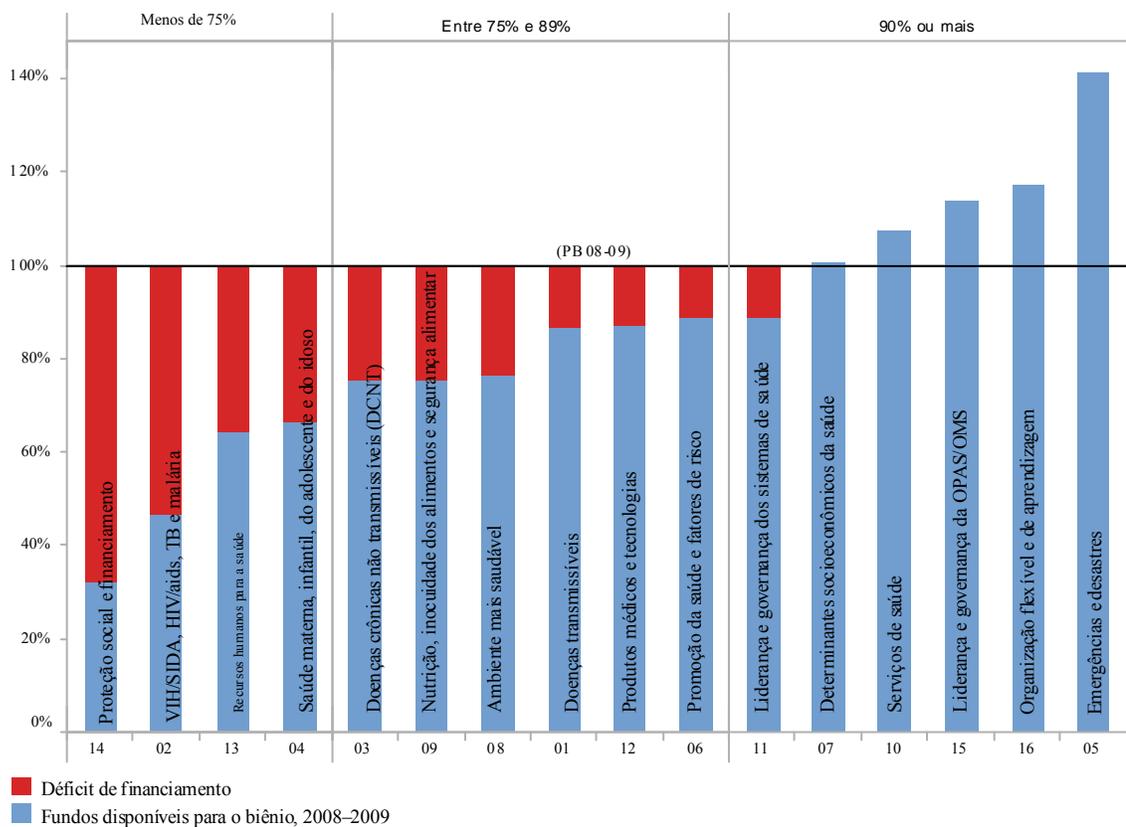
Obs.: os valores não incluem fundos de projetos internos financiados pelo governo, Fundo Rotatório, Fundo Estratégico ou outros fundos que não financiam diretamente o Plano Estratégico.

\*Orçamento ordinário

\*\* Outras fontes.

94. Como apresentado na Figura 8, todos os OEs receberam pelo menos 75% de seu orçamento aprovado, com a exceção do OE2, OE4, OE13 e OE14. Os recursos disponíveis para o OE5, OE10, OE15 e OE16 excederam seu orçamento aprovado. Deve-se assinalar que alguns fundos programados no OE10 (serviços de saúde) cobriram algumas atividades relacionadas com o OE13 e OE14. A Tabela 5 apresentam em detalhe cada OE.

**Figura 8. Fundos disponíveis por OE como porcentagem de seu Orçamento para Programas aprovado, 2008–2009**



**(D) Análise da priorização dos objetivos estratégicos**

95. O Plano Estratégico classificou os OEs por prioridade programática (excluindo o OE15 e OE16) para guiar a captação e alocação de recursos durante o biênio. Para analisar o grau em que esta priorização foi considerada, a seguir apresenta-se uma comparação entre a classificação de prioridade programática dos OEs aprovados pelos Órgãos Diretivos e a classificação dos OEs por fundos disponíveis para o biênio.

96. Os OEs foram classificados segundo a sua prioridade programática entre 1 (prioridade máxima) e 14 (prioridade mínima), como aprovado no Plano Estratégico ao se usar uma metodologia modificada de Delphi. Também foram classificados de 1 a 14 segundo o nível dos fundos mobilizados ao fim do biênio (1 sendo o OE com maior cobertura de seu déficit de financiamento e 14 com a menor cobertura). Este último é um substituto do esforço designado para captar os recursos necessários para estar em conformidade com o programa. A diferença entre essas classificações<sup>5</sup> indica se o esforço para captar e alocar recursos para os OEs reflete a prioridade programática atribuída. Esta diferença pode indicar desalinhamento positivo (captação/alocação de recursos superior à prioridade programática), alinhamento aceitável (as classificações são coincidentes) ou desalinhamento negativo (captação/alocação de recursos inferior à prioridade programática).

97. A Tabela 6 mostra a diferença entre a classificação da prioridade programática e a dos fundos disponíveis. A Figura 9 apresenta graficamente o alinhamento entre a classificação programática e os fundos disponíveis. Considera-se que uma diferença de 2 ou menos entre as duas classificações (os OEs próximos à linha de 45 graus) como sendo alinhamento aceitável. Por exemplo, o OE7 tem uma classificação de prioridade programática de 5 e uma classificação de financiamento de 3 ( $5 - 3 = 2$  pontos de diferença), assim está posicionado na área de alinhamento aceitável. Quando a diferença é entre 3 e 7 pontos, o OE é classificado como tendo um desalinhamento negativo (se a diferença é negativa) ou desalinhamento positivo (se a diferença é positiva). Uma diferença de 8 pontos ou mais indicaria um desalinhamento importante, que pode ser negativo ou positivo. Com base nestes critérios, o OE7, OE8 e OE14 tiveram um alinhamento aceitável; o OE1, OE3 e OE13 apresentaram um desalinhamento negativo; o OE6, OE9, OE10, OE11 e OE12 um desalinhamento positivo e o OE4 e OE2 apresentaram um desalinhamento negativo importante, enquanto o OE5 teve um desalinhamento positivo importante.

---

<sup>5</sup> Diferenças de classificação são usadas quando os valores para produzir a classificação não são diretamente equivalentes. Esta metodologia é usada pelo PNUD na análise do Índice de Desenvolvimento Humano e pelo comércio e revistas da área de economia, como The Economist.

98. O desalinhamento positivo significativo do OE5 (emergências e desastres) é compreensível porque o financiamento de ajuda de emergência é difícil de ser previsto. Para 2010–2011, foi elaborado um segmento especial do orçamento para separar o financiamento para ajuda de emergência a fim de evitar esta distorção. O desalinhamento negativo importante do OE2 (HIV/aids, TB e malária) e OE4 (saúde materna, infantil, do adolescente e do idoso) foi principalmente devido a uma mudança na prioridade de dois parceiros principais depois que os planos foram estabelecidos, desse modo reduzindo consideravelmente o nível dos recursos captados em comparação ao previsto no Orçamento para Programas 2008–2009.

99. Este é a primeira vez que o Plano Estratégico classificou os Objetivos Estratégicos segundo a prioridade programática. O alinhamento dos recursos com as prioridades programáticas requer um processo gradual e prolongado que abordará os seguintes fatores que limitam a realocação dos recursos entre os OEs: 65% dos fundos do Orçamento Ordinário estão vinculados a postos de prazo fixo (FTP), o alto nível de conhecimento especializado profissional limita a transferência de pessoal e a maioria das contribuições voluntárias recebidas pela Organização é destinada (contribuições voluntárias destinadas).

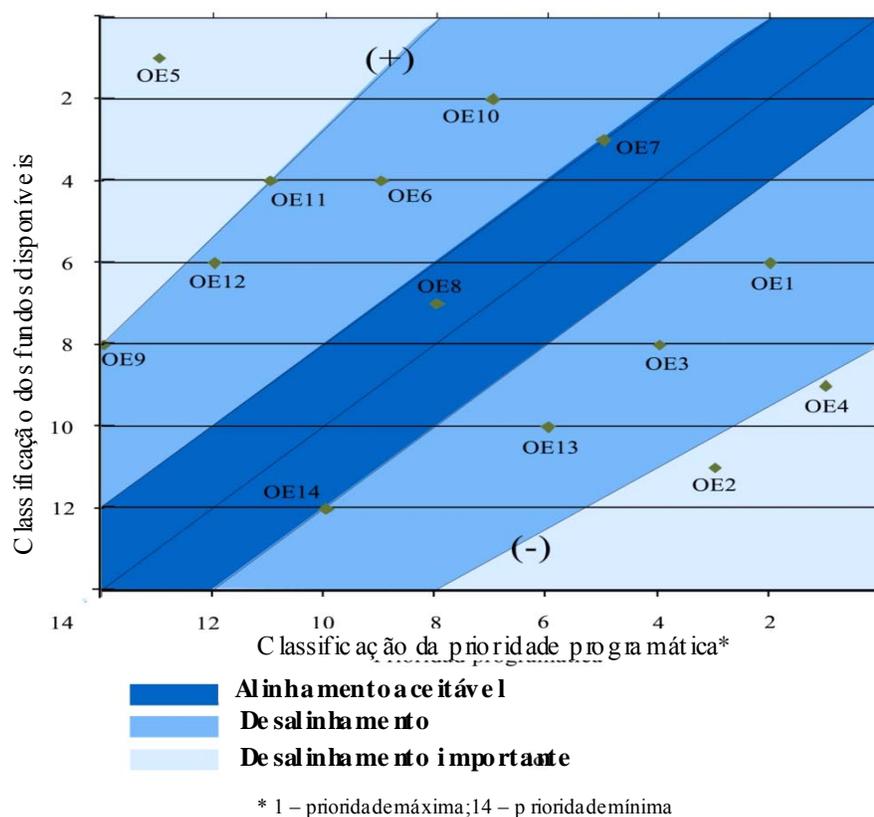
**Tabela 6. Alinhamento da classificação de prioridade programática com a alocação dos fundos disponíveis, 2008–2009**

Objetivo estratégico	Classificação da prioridade programática (a)	Classificação da dos fundos disponíveis (b)	Diferença entre as classificações (a-b)	Alinhamento entre ambas as prioridades*
OE4 – Saúde materna, infantil, do adolescente e do idoso	1	9	-8	Desalinhamento negativo importante
OE1 – Doenças transmissíveis	2	6	-4	Desalinhamento negativo
OE2 – HIV/aids, TB e malária	3	11	-8	Desalinhamento negativo importante
OE3 – Doenças crônicas não transmissíveis	4	8	-4	Desalinhamento negativo
OE7 – Determinantes socioeconômicos da saúde	5	3	2	Alinhamento aceitável
OE13 – Recursos humanos para a saúde	6	10	-4	Desalinhamento negativo
OE10 – Serviços de saúde	7	2	5	Desalinhamento positivo
OE8 – Ambiente mais saudável	8	7	1	Alinhamento aceitável
OE6 – Promoção da saúde e fatores de risco	9	4	5	Desalinhamento positivo
OE14 – Proteção social e financiamento	10	12	-2	Alinhamento aceitável
OE11 – Liderança e governança dos sistemas de saúde	11	4	7	Desalinhamento positivo
OE12 – Produtos médicos e tecnologias	12	6	6	Desalinhamento positivo
OE5 – Emergências e desastres	13	1	12	Desalinhamento positivo importante
OE9 – Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar	14	8	6	Desalinhamento positivo

\* Critérios:

- Alinhamento aceitável: +/- 2 pontos de diferença nas classificações
- Desalinhamento positivo ou negativo: entre +/- 3 a +/- 7 pontos de diferença
- Desalinhamento positivo ou negativo importante: +/-8 pontos ou mais

**Figura 9. Alinhamento da classificação de prioridade programática com a alocação dos fundos disponíveis, 2008–2009**



**(E) Relatórios de progresso dos objetivos estratégicos**

<b>OE1: Reduzir o ônus socioeconômico e carga para a saúde das doenças transmissíveis</b>	<b>No rumo certo</b>
---	----------------------

**AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA*****Progresso para o cumprimento do OE em 2013***

100. A previsão para o cumprimento das metas de 2013 é animadora para a maioria dos indicadores no OE1. Prevê-se que as metas estabelecidas para os indicadores de vacinação serão alcançadas, porém seria necessário fortalecer a cooperação técnica para operações nos Estados Membros que enfrentam dificuldades ao nível municipal. A Resolução CD49.R9 (2009) renovou o compromisso para eliminar as doenças negligenciadas. A pandemia (H1N1) de 2009 pôs à prova da Região a capacidade de prontidão e resposta. Os esforços de prontidão para uma eventual pandemia do vírus H5N1 provaram ser muito eficazes em responder à pandemia de 2009. Embora a resposta tenha sido eficaz, a pandemia também revelou deficiências de acesso e qualidade de serviços de saúde. A pandemia também proporcionou uma oportunidade de melhorar o diagnóstico laboratorial nos Estados Membros, um componente fundamental do RSI.

101. É importante garantir os avanços obtidos na pesquisa de doenças transmissíveis com a captação garantida dos recursos financeiros. Prevê-se progresso significativo na implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) pelos Estados Membros nos próximos biênios; porém, será muito difícil alcançar 100% de implantação. Portanto, é essencial continuar promovendo o compromisso político de executar essas regulamentações nos países. À medida que os países começam a implementar os planos e estratégias atuais para combater a influenza, as lacunas e as necessidades identificadas devem ser corrigidas. A OPAS continua apoiando a resposta regional aos surtos e epidemias de dengue e considera que seja de importância extrema fortalecer e impulsionar a capacidade da Organização de alertar e responder adequadamente.

***Avaliação de 2008–2009***

102. Em geral, os RERs do OE1 indicam um avanço adequado, com 5 RERs satisfatoriamente no rumo certo (verde) e 3 em risco (amarelo). Porém, são necessários mais esforços, principalmente ao melhorar a cobertura de vacinação em algumas municipalidades onde ela continua a ser muito baixa. A raiva transmitida por cão teve uma queda em alguns países. Porém, a reintrodução da doença ocorreu em países que anteriormente estavam livres da doença. O controle da transmissão por vetores da doença

de Chagas, que apesar de a meta não ter sido atingida, teve progresso ultrapassado 90%. Embora a implantação do RSI não tenha sido plenamente atingida, a avaliação das capacidades básicas foi concluída em 34 de 35 Estados Membros. A pandemia de influenza exigiu que os países finalizassem, atualizassem e ativassem os seus planos de contingência e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) estão sendo implantados em vários países. A Estratégia de Atenção Integrada para controle e prevenção da dengue (EAI-dengue) foi ampliada e reforçada com os Planos Nacionais de Contingência em resposta aos surtos de dengue na Região.

### **AValiação ORçamentária E CAPtação DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
86.600.000	75.079.214	87%	71.775.774	96%

103. Dos fundos totais disponíveis para o biênio, US\$ 53,5 milhões (71%) foram provenientes de outras fontes.

104. No fim do biênio, o OE teve um déficit de financiamento de cerca de US\$ 11 milhões. Isto indica uma captação de recursos relativamente bem sucedida. Financiamento considerável foi captado para a vacinação e pandemia de influenza. Embora tenha sido obtida uma subvenção importante da Fundação Gates (via o Instituto Sabin) para doenças negligenciadas, há ainda necessidade de recursos adicionais para enfrentar adequadamente essas doenças.

105. Os principais parceiros para este OE em 2008–2009 foram os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (EUA/CDC), Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI-Canadá), governo da Espanha, Instituto Sabin, Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação (PAHEF), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF).

### **LIÇÕES APRENDIDAS**

- O progresso para vacinação tem sido relativamente bom, mas não completamente satisfatório, visto que as municipalidades continuam com cobertura abaixo do ideal. Entender as razões pela qual a cobertura não alcança algumas pessoas é importante para adaptar as intervenções. Por exemplo, populações rurais são diferentes das comunidades marginalizadas periurbanas e exigem diferentes tipos

de intervenção. A OPAS precisará seguir mais estreitamente a formulação de planos e estratégias direcionados para municípios prioritários, com um enfoque de natureza integral e considerando a vacinação como parte das ações essenciais do ciclo de vida. A meta era alcançar a eliminação do tétano neonatal no Haiti, o único país ainda sem cumprir esta meta e ela não pôde ser alcançada. Entre as lições aprendidas estão a necessidade de maior participação das autoridades nacionais (ministério da Saúde) em estreita coordenação com os parceiros (OPAS, UNICEF, ACIDI).

- As intervenções para eliminar o sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita (SRC) deixaram muitas lições que estão sendo passadas a outras Regiões como a vacinação além da infância, a importância do apoio político, o desenvolvimento de estratégias de comunicação social direcionadas aos grupos não tradicionais, o valor das alianças para responder a situações de crise, entre outros.
- Os esforços de prontidão para H5N1 foram comprovadamente muito eficazes em responder à pandemia (H1N1) de 2009. A pandemia também revelou áreas que requerem o fortalecimento do sistema de saúde para preparar melhor os Estados Membros para executar o RSI e desse modo responder mais eficazmente a eventos futuros.
- Embora a Estratégia de Atenção Integrada para dengue (EAI-dengue) tenha se mostrado eficaz ao incorporar as áreas fundamentais que têm um impacto fundamental para a prevenção e o controle da dengue, são necessários mais esforços intra-setoriais e extra-setoriais para sua sustentabilidade a fim de melhorar a resposta atual a surtos.
- O compromisso político dos Estados Membros de eliminar as doenças negligenciadas, reafirmado na Resolução CD49.R9 (2009) e os esforços realizados para captar recursos, através do Fundo de Reserva com o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Instituto Sabin, representar uma grande oportunidade de implementar iniciativas de eliminação no âmbito nacional e subnacional.

## AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 1.1: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para maximizar o acesso equitativo de todas as pessoas a vacinas de qualidade garantida, incluindo produtos de vacinação e tecnologias novos e subutilizados; fortalecer os serviços de vacinação; e integrar outras intervenções de saúde infantil e da família com a vacinação.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das seis metas de indicadores foram alcançadas e progresso significativo foi obtido em outras três.</p> <p>O progresso foi bom no geral, mas não completamente satisfatório, visto que as municipalidades continuam com cobertura abaixo do ideal. A OPAS precisará seguir mais estreitamente a fórmula de planos e estratégias direcionados para municípios e áreas prioritários, com um enfoque amplo considerando a vacinação como parte das ações essenciais do ciclo de vida. Houve avanços importantes nos componentes da vigilância epidemiológica de novas vacinas, tomada de decisão baseada em dados objetivos e apoio à geração de leis e os Estados Membros têm realizado bom trabalho neste sentido.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
1.1.1	Número de países que alcançam mais de 95% de cobertura de vacinação em âmbito nacional (DPT3 como um marcador)	17	20	NÃO	18 países alcançaram a meta; 26 países informaram DTP3 $\geq 90\%$ . A média regional para cobertura de DTP3 permanecem em 93%. Porém, os níveis nacionais flutuaram. O desafio principal continua sendo alcançar e manter um nível de cobertura de vacinação de 95%. Manter o programa de vacinação em posição de alta importância na agenda nacional de saúde; monitorar sistematicamente o desempenho no âmbito local para ajustar rapidamente as estratégias de acordo com as necessidades; e assegurar fundos, não apenas para vacinas, mas para operações de programas são elementos fundamentais para alcançar as metas.
1.1.2	Proporção de municípios com nível de cobertura de vacinação inferior a 95% na América Latina e no Caribe (DPT3 como um marcador)	38% (5.729)	35% (5.277)	NÃO	De acordo com os dados mais recentes (2008) disponíveis, 44% dos municípios informaram <95% de níveis de cobertura de DTP3 (sem levar em consideração o tamanho da população dos municípios). Deve-se assinalar que isto também reflete o ajuste feito na metodologia usada pela OMS e UNICEF para o relatório de 2008.  Há ainda vários desafios, como fortalecer a gestão de programas locais de vacinação, manter e fortalecer a supervisão periódica da qualidade e ter capacidade de monitor de modo exato e oportuno dos dados de cobertura no âmbito municipal. Os planos de ação locais e nacionais são importantes às áreas de destino onde há ainda bolsões de populações não vacinadas.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
1.1.3	Número de países apoiados para tomar decisões baseadas em dados objetivos para a introdução de vacinas novas e subutilizadas	9	10	SIM	O uso de comprovação científica para tomar decisão fundamentada foi efetivamente incentivado, principalmente através de atividades de ProVac.  <i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.1.4	Número de intervenções essenciais de saúde infantil e da família integradas com a vacinação, para as quais existem diretrizes para gestão conjunta de programas	4	6	SIM	O indicador foi alcançado com diversas intervenções que foram integradas com a Semana de Vacinação nas Américas (SVA). A SVA propicia uma excelente plataforma para a integração de outras intervenções preventivas de saúde a serem realizadas em conjunto com as campanhas da SVA. Isto continuará a ser promovido e as estratégias devem ser padronizadas e difundidas para maximizar o impacto na Região.  <i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.1.5	Número de países que estabeleceram legislação ou uma linha orçamentária nacional específica para assegurar o financiamento sustentável da vacinação	30	32	NÃO	Nem El Salvador nem Guatemala conseguiram sancionar legislação de vacinação durante o biênio. Um projeto de lei está em avaliação em ambos os países.  <i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.1.6	Número de países que incluíram as novas vacinas (rotavírus, pneumococos, influenza, febre amarela, HPV) no próprio sistema nacional de vigilância epidemiológica	0	5	SIM	Superado: 15 países.  <i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 1.2: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para manter a eliminação do sarampo e a erradicação da poliomielite; e alcançar a eliminação da rubéola, síndrome da rubéola congênita (SRC) e tétano neonatal.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Quatro das cinco metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Todas as metas estabelecidas para os indicadores de RER foram alcançadas, exceto a eliminação do tétano neonatal no Haiti (1.2.5). O esforço deve ser mantido, tanto pela OPAS como nos países para prosseguir com o progresso par ao alcance dessas metas.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
1.2.1	Número de países que usam a vacina oral contra a pólio (VOP) segundo um cronograma e processo acordados internacionalmente para cessação de seu uso corrente	35	35	SIM	<p>Alguns países estão avançando no sentido de usar a VPI (vacina contra a poliomielite desativada) para evitar a ocorrência rara de paralisia associada à VOP. O apoio contínuo da OPAS à erradicação global da poliomielite e monitoramento da situação, assim como a manutenção de alta de cobertura da poliomielite em todos os níveis ajudarão a aplicar as recomendações com respeito ao uso da VOP/VPI.</p> <p><i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i></p>
1.2.2	Porcentagem de relatórios finais ou atualizações nacionais sobre a contenção da poliomielite certificada pela Comissão Regional para as Américas	100%	100%	SIM	<p>Em 2010, a Comissão deve finalizar a aprovação dos inventários dos laboratórios nacionais, ou fase 1, de contenção laboratorial da poliomielite.</p> <p><i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i></p>
1.2.3	Número de países com vigilância sustentada da paralisia flácida aguda	39/39	39/39	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.2.4	Número de países que implementaram intervenções para a eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC)	36/39	39/39	SIM	<p>Como o vírus da rubéola e do sarampo endêmico continua circulando em outras regiões do mundo, as Américas estão sob constante ameaça de importar estes vírus e deve permanecer atenta para detectar e responder rapidamente a importações.</p>

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
1.2.5	Número de países que atingiram eliminação do tétano neonatal (TNN)	38/39	39/39	NÃO	A meta era alcançar a eliminação do TNN no Haiti, o único país que ainda precisa alcançar esta meta, mas isso não foi possível durante o biênio. Há necessidade de maior participação de autoridades nacionais (MS) em estreita coordenação com os parceiros (OPAS, UNICEF, ACIDI etc.).  <i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 1.3: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para proporcionar acesso para todas as populações a intervenções para prevenção, controle e eliminação das doenças transmissíveis negligenciadas, inclusive doenças zoonóticas.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas metas de indicadores alcançadas e progresso significativo em outras duas.</p> <p>Progresso significativo foi observado na implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), embora a meta não tenha sido plenamente atingida. Os componentes do controle de qualidade dos laboratórios e fortalecimento das capacidades de detecção e controle de surtos são essenciais para a implantação adequada do RSI.</p> <p>Espera-se que até 2013 avanços importantes sejam alcançados no alcance dos indicadores; porém, é muito difícil a implementação completa das capacidades centrais do RSI em 100% dos países. É importante para manter o compromisso político com enfoque nos países que ainda não iniciaram as avaliações e manter os programas de controle de qualidade dos laboratórios e treinamento para a detecção e controle de surtos.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
1.3.1	Número de países que mantêm a certificação da erradicação da dracunculíase	40	40	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.3.2	Número de países que estão implementando a Estratégia Global da OMS para Reduzir ainda mais a Carga da Hanseníase e Manter as Atividades de Controle da Hanseníase	0/25	5/25	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado com o propósito de conseguir a eliminação da hanseníase no primeiro nível subnacional.</i>

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
1.3.3	População em risco (em milhões) de filariose linfática em quatro países endêmicos que recebem quimioterapia preventiva e tratamento em massa	2.4	4.7	SIM	Segundo revisão das estimativas da OMS (em 2008), a meta foi reduzida a 3,2 milhões. Cerca de 3,4 milhões de pessoas foram tratadas ao final de 2009. Assim, a nova meta foi superada. Isso foi alcançado com a implementação e expansão do tratamento em massa no Haiti, Guiana e Brasil.  <i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.3.4	Cobertura de crianças em idade escolar em risco em países endêmicos com tratamento regular contra esquistossomose e helmintíase transmitida por contato com o solo	38%	50%	SIM	A população original de referência da OMS (denominador) era de 110 milhões de crianças em idade escolar em risco de morbidade por helmintíase transmitida por contato com o solo; a população total de escolares na Região. Este número foi reduzido pela OPAS a 26,3 milhões de crianças em idade escolar para refletir apenas o número de crianças que não têm acesso a saneamento básico na região, uma estimativa de risco mais realista para esta Região. De acordo com os dados fornecidos por programas nacionais, ONGs e grupos religiosos, organismos bilaterais e outros parceiros, cerca de 25,4 milhões de crianças em idade escolar em 11 de 35 países foram desparasitadas da helmintíase em 2009. Isto representa 97% dos 26,3 milhões de crianças consideradas em risco direto de morbidade por helmintíase na Região.  <i>Este indicador de RER foi combinado no indicador 1.3.5 no Plano Estratégico emendado.</i>
1.3.5	Número de países na América Latina e no Caribe que eliminaram a raiva humana transmitida por cão	11/21	12/21	NÃO	A meta era alcançar a eliminação em mais país durante o biênio com base em 11 países de referência (Argentina, Belize, Chile, Colômbia, Costa Rica, Guiana, Honduras, Nicarágua, Panamá, Suriname e Uruguai). Porém, a Argentina, Colômbia e Honduras apresentaram a reemergência dos casos de raiva humana transmitida por cão. A expectativa é que Argentina, Colômbia, Peru e Paraguai certifiquem o cumprimento da meta antes de junho de 2010.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
1.3.6	Número de países na América Latina e no Caribe que mantêm vigilância e prontidão para o surgimento ou reemergência de doenças zoonóticas (por exemplo, gripe aviária e encefalopatia espongiforme bovina)	10/33	13/33	SIM	Há ainda países que requerem maior foco nos municípios prioritários.
1.3.7	Número de países com índice de infestação domiciliar por <i>T. infestans</i> (Cone Sul) e <i>R. prolixus</i> (América Central) inferior a 1%	3/21	11/21	NÃO	9 países alcançaram a meta.
1.3.8	Número de países com triagem total para doença de Chagas em bancos de sangue para prevenir a transmissão por transfusão	14/21	20/21	NÃO	18 países alcançaram a meta. <i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.3.9	Número de países com oncocercose endêmica com focos onde a transmissão foi declarada interrompida e que estão passando por um período de 3 anos de vigilância pós-interrupção da transmissão período de interrupção	1/13	2/13	SIM	Superado: 7 países. <i>Este indicador de RER foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 1.4: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para melhorar sua capacidade de vigilância e de resposta a doenças transmissíveis, como parte de um sistema abrangente de vigilância e informação de saúde.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Quatro das quatro metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Houve progresso significativo para o alcance das metas relacionado com a melhoria dos sistemas de vigilância; porém, os indicadores das metas não são suficientemente precisos e específicos para objetificar adequadamente tal progresso.</p> <p>A pandemia de influenza revelou deficiências dos sistemas que devem ser consideradas no próximo biênio. Entre os desafios mais importantes está difundir o guia de vigilância por todas as doenças transmissíveis prioritárias e melhorar a qualidade da vigilância existente, que requererá o estabelecimento de uma proposta de avaliação metodológica dos sistemas de vigilância.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
1.4.1	Número de países com vigilância aprimorada para doenças transmissíveis com importância para a saúde pública, segundo diretrizes de avaliação da OPAS/OMS	13/39	15/39	SIM	Apesar do progresso observado na operação dos sistemas de vigilância em vários países da Região, a pandemia revelou a necessidade de continuar fortalecendo as atividades de alerta precoce, pesquisa e resposta aos surtos, especialmente no âmbito subnacional e nas zonas de fronteira.
1.4.2	Número de países que adaptaram ferramentas de vigilância genérica e de monitoramento de doenças transmissíveis ou protocolos para situações específicas do país	2/35	15/35	SIM	Superado: 17 países.  <i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.4.3	Número de países que apresentam formulários conjuntos de notificação em vigilância e monitoramento da vacinação à RSPA, de acordo com os cronogramas estabelecidos	15/35	18/35	SIM	A notificação de rotina e oportuna da vacinação continua sendo uma dificuldade diante das muitas prioridades concorrentes e, em alguns países, da demora em gerar os dados, principalmente dados agregados de cobertura de todos os níveis locais. Outro desafio é manter o controle adequado das alterações dos dados.
1.4.4	Número de países que normalmente implementam vigilância de resistência aos antibióticos e intervenções para a contenção da resistência aos antibióticos	14/35	17/35	SIM	

<b>RER 1.5: Novos conhecimentos, ferramentas de intervenção e estratégias que atendem às necessidades prioritárias de prevenção e controle de doenças transmissíveis são desenvolvidos, validados, disponíveis e acessíveis.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das três metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Avanços importantes foram alcançados nos indicadores deste RER, apesar do cancelamento das atividades devido à pandemia e falta de recursos humanos. Houve progresso nos enfoques originais para o controle de doenças em áreas com dificuldade para atingir as metas, como a região do Gran Chaco. Revisões sistemáticas estabelecem um excelente ponto de partida para definir uma agenda das necessidades de pesquisa e prioridades das doenças negligenciadas para o plano de eliminação de tais doenças.</p> <p>Embora tenha sido alcançado progresso significativo com respeito aos tópicos de pesquisa na Região, há um grande desafio com respeito ao pessoal e financiamento para manter as realizações até o momento. No biênio de 2008–2009, 90% dos fundos foram arrecadados através do TDR. Além disso, é necessário aumentar a defesa da causa para pesquisa tanto no âmbito interno como externo da Organização e melhorar a coordenação com outras áreas e unidades da Organização que promovem pesquisa e ensino em doenças transmissíveis.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
1.5.1	Número de relatórios de consenso publicados sobre as necessidades de pesquisa e prioridades em nível sub-regional, regional ou global para uma doença ou tipo de intervenção	0	3	SIM	Superado – quatro revisões sistemáticas foram realizadas em doenças tropicais negligenciadas (leishmaniose visceral, oncocercose, esquistossomose e filariose linfática).  <i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado para incorporar pesquisa.</i>
1.5.2	Número de intervenções novas ou aprimoradas e implementação de estratégias cuja eficácia foi avaliada e validada	1	2	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.5.3	Número de países que desenvolveram sua capacidade operacional de pesquisa em parceria com instituições científicas regionais e globais	3/33	5/33	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 1.6: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para alcançar as capacidades centrais requeridas pelo Regulamento Sanitário Internacional para o estabelecimento e o fortalecimento de sistemas alerta e de resposta para uso em epidemias e outras emergências de saúde pública de interesse internacional.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas metas de indicadores alcançadas e progresso significativo em outras duas.</p> <p>Observa-se progresso significativo na implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), embora a meta não tenha sido plenamente atingida. Os componentes do controle de qualidade dos laboratórios e fortalecimento das capacidades de detecção e controle dos surtos são essenciais para a implantação adequada do RSI.</p> <p>Espera-se que até 2013 avanços importantes sejam alcançados no alcance dos indicadores; porém, é muito difícil obter implementação completa das capacidades centrais do RSI em 100% dos países. É importante manter o compromisso político com enfoque nos países que ainda não iniciaram as avaliações e manter os programas de controle de qualidade dos laboratórios e treinamento na detecção e controle de surtos.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
1.6.1	Número de países que concluíram a avaliação das capacidades centrais de vigilância e resposta, de acordo com suas obrigações segundo o Regulamento Sanitário Internacional (2005)	3/35	35/35	NÃO	34 de 35 alcançaram (97%) a meta; não alcançada no Haiti. <i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado. O novo indicador medirá a execução e o alcance de capacitação básica do RSI nos países.</i>
1.6.2	Número de países que elaboraram planos de ação nacionais para satisfazer os requisitos mínimos das capacidades centrais de alerta precoce e de resposta de acordo com suas obrigações sob o Regulamento Sanitário Internacional	0/35	32/35	NÃO	28 países (87%) elaboraram planos de ação com o propósito de satisfazer os requisitos mínimos de capacitação básica com respeito ao alerta precoce e resposta, de acordo com as obrigações sob o RSI. <i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.6.3	Número de países cujo sistema nacional de laboratórios participa de pelo menos um programa interno ou externo de controle de qualidade para doenças transmissíveis	20/39	24/39	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.6.4	Número de países que participam de programas de formação profissional centrando-se no fortalecimento de sistemas de alerta precoce, laboratórios de saúde pública ou capacidades de resposta aos surtos				

<b>RER 1.7: Os Estados Membros e a comunidade internacional estão equipados para detectar, conter e responder de maneira eficaz grandes epidemias e doenças propensas a causar pandemias (por exemplo, influenza, dengue, meningite, febre amarela, febres hemorrágicas, peste e varíola).</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Três de quatro metas de indicadores de RER alcançadas					
<p>A pandemia (H1N1) de 2009 exigiu que os países finalizassem, atualizassem e ativassem os seus Planos Nacionais de Contingência para Pandemia de Influenza. Procedimentos Operacionais Padrão (POP) estão sendo implantados mas nem sempre segundo os procedimentos formalizados. Com a implementação dos planos e estratégias atuais, foram identificadas lacunas e necessidades. A correção de tais lacunas é a base para a estratégia para o próximo biênio, incluindo a documentação das lições aprendidas e dos POP. No caso da dengue, Estratégias de Atenção Integrada foram estabelecidas em âmbito nacional e regional e cooperação técnica foi prestada durante os surtos na Região.</p> <p>A cooperação técnica até 2013 seguirá três linhas estratégicas para fortalecer a capacidade dos países de detectar emergências de saúde pública como a influenza. A primeira estará centrada na implementação da vigilância sentinela que integra plenamente os dados virológicos e epidemiológicos de tal maneira que possa guiar medidas de saúde pública. A segunda linha de ação será direcionada à implementação da vigilância de eventos pelo treinamento dos profissionais da saúde no âmbito local. O treinamento em uma modalidade de vigilância nacional aprimorada incluirá identificação, notificação e controle dos eventos atípicos usando a experiência com a influenza como princípio orientador para a capacitação no nível local. Finalmente, a terceira linha procurará manter e fortalecer as grandes conquistas regionais que foram realizadas na capacidade laboratorial de diagnóstico dos vírus respiratórios. A cooperação técnica para o fortalecimento laboratorial agora incluirá a descentralização da capacidade de diagnóstico.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
1.7.1	Número de países que têm planos nacionais de prontidão e procedimentos operacionais padrão implantados para a pandemia de influenza	22/35	28/35	SIM	A comprovação do estabelecimento de equipes nacionais de resposta rápida dentro dos Planos Nacionais de Contingência para Pandemia de Influenza requereu que os países enviassem uma lista completa dos membros desta equipe. Com a pandemia atual (H1N1) de 2009, equipes nacionais de resposta rápida foram estabelecidas, convocadas e mobilizadas para pesquisa de campo e resposta em 28 países.
1.7.2	Número de mecanismos internacionais de apoio estabelecidos para vigilância, diagnóstico e intervenção em massa (por exemplo, redes internacionais de vigilância de laboratórios e mecanismos de estoque de vacinas para meningite, febres hemorrágicas, peste, febre amarela, influenza, varíola)	5	6	SIM	O meio da comprovação para finalização deste indicador foi a criação de um banco de plasma para as febres hemorrágicas na Bolívia que foi atingido.  <i>Este indicador de RER foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
1.7.3	Número de países com capacidade básica implantada de manuseio laboratorial seguro de agentes patogênicos perigosos e isolamento seguro dos pacientes contagiosos	22	25	NÃO	Apoio foi prestado para estabelecer centros nacionais de influenza nos Estados Membros. Dos três países em questão (Guatemala, Nicarágua e Bolívia), Guatemala e Nicarágua receberam indicação dos centros nacionais de influenza por parte da sede da OMS. A Bolívia ainda precisa apresentar a documentação necessária à OMS.  <i>Este indicador de RER foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.7.4	Número de países que implementam intervenções e estratégias para o controle da dengue (Comunicação para Impacto de Comportamento [COMBI])	15	17	SIM	Progresso significativo foi alcançado no desenvolvimento de estratégias de atenção integrada para dengue (EAI-Dengue) em países de todas as sub-regiões.

**RER 1.8: Capacidade regional e sub-regional coordenada e disponibilizada rapidamente aos Estados Membros para a detecção, comprovação, avaliação de riscos e resposta a epidemias e outras emergências de saúde pública de interesse internacional.**

**No rumo certo**

Avaliação do RER: Quatro de quatro metas de indicadores alcançadas.

Este RER reflete a capacidade de alerta e de resposta da Organização, um requisito essencial para a operação correta do RSI, em resposta ao compromisso assumido pelo Secretariado. O progresso alcançado é mais do que satisfatório, com a implementação das capacidades necessárias para operar ininterruptamente. Além disso, durante a pandemia, todas as capacidades do Secretariado foram postas à prova – alerta, capacidade de mobilizar especialistas e operação do sistema de controle de emergências, permitindo responder a todas as solicitações recebidas.

Com base no atual nível de desempenho, há a expectativa de um cumprimento adequado das metas para o restante do Plano Estratégico. Porém, há necessidade de maior coordenação e participação de todas as entidades. Também será necessário fortalecer as capacidades dos recursos humanos, principalmente para assegurar a sustentabilidade dessas funções importantes.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
1.8.1	Número de entidades da RSPA (sede regional e representações nos países) com o sistema global de controle de eventos implantado para apoiar a coordenação de avaliação de riscos, comunicações e operações de campo	1/30	10/30	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
1.8.2	Número de países com pelo menos uma instituição parceira participante da Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos e outras redes regionais relevantes	26	30	SIM	Durante a pandemia, foram mobilizados profissionais de diferentes redes da região.  <i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
1.8.3	Proporção de solicitações de apoio dos Estados Membros durante uma emergência ou epidemia, para a qual a RSPA mobiliza uma resposta internacional integral e coordenada (incluindo esforços de controle de doença, investigação e caracterização de casos e contenção sustentada de surtos)	100%	100 %	SIM	Missões de apoio foram realizadas em resposta à pandemia e surtos de dengue, febre amarela e doença de Chagas, entre outros.
1.8.4	Tempo mediano (em dias) para comprovação de surtos de importância internacional, inclusive confirmação laboratorial de etiologia	7 dias	5 dias	SIM	Nos 202 eventos registrados, o tempo médio de resposta observado para comprovação foi de 1,5 dia.  <i>Este indicador foi incorporado em 1.8.1 e 1.9.1 no Plano Estratégico emendado.</i>

**OE2: Combater o HIV/aids, tuberculose e malária**

**Em risco**

**AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA**

*Progresso para o cumprimento do OE em 2013*

106. Os esforços atuais precisam ser mantidos e estrategicamente centrados para alcançar as metas pretendidas em 2013. O OE foi revisado e os indicadores foram reduzidos de 36 para 24 no Plano Estratégico emendado.

*Avaliação de 2008–2009*

*Principais avanços durante o biênio:*

107. **HIV/aids** – cooperação técnica direta foi prestada a 26 países na região da América Latina e Caribe (ALC). Grupos de trabalho nacionais de resistência aos medicamentos de HIV foram formados em 16 desses países. Ao final de 2009, 15 países informaram à OPAS/OMS indicadores de alerta precoce para a prevenção da resistência aos medicamentos e quatro elaboraram protocolos nacionais para o monitoramento ou vigilância da resistência aos medicamentos de HIV com base nas diretrizes da OMS. O trabalho com os grupos de maior risco levou ao desenvolvimento do plano detalhado para os serviços de saúde direcionados a homens que fazem sexo com os homens (HSH). Está em andamento um trabalho para assistir as necessidades dos transgêneros. A iniciativa de Prevenir a transmissão materno-infantil do HIV e sífilis congênita foi endossada por países no Caribe e a maior parte da América Latina. Estão sendo realizados planos e monitoramento nos países.

108. **Malária** – Os objetivos da malária na Região são de reduzir em 50% a morbidade até 2010 (Fazer Retroceder a Malária) e em 75% até 2015 (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas). Com base nos últimos relatórios anuais dos países (2008), a morbidade pela malária nas Américas diminuiu em 53% em comparação com o índice de 2000. Uma diminuição na carga da malária foi informada em 18 dos 21 países endêmicos: sete desses países notificaram mais de 75% de redução dos casos, atingindo as metas de Fazer Retroceder a Malária e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (ODMs); cinco notificaram redução nos casos de mais de 50% e menos de 75%, atingindo as metas de Fazer Retroceder a Malária; e outros seis, redução de menos de 50% dos casos, e ainda não atingiram as metas de Fazer Retroceder a Malária de 2010. Infelizmente, três países notificaram aumento no número total de casos: República Dominicana, Haiti e Venezuela.

109. Para os países na região amazônica, a colaboração da OPAS com diversos parceiros e interessados diretos na Iniciativa Amazônica contra a Malária (AMI)/Rede Amazônica de Vigilância da Resistência aos Antimaláricos (RAVREDA), com o apoio financeiro do USAID, facilitou o fortalecimento das capacidades nacionais de vigilância da resistência aos medicamentos, execução de políticas farmacêuticas, controle de vetores, estratificação epidemiológica, controle das redes de distribuição e ao obter a colaboração entre os países em desenvolvimento. Ampliação dos esforços da AMI-RAVREDA à América Central começou em 2009.

110. **Tuberculose** – A taxa de detecção de casos de TB pulmonar de 70% através do teste de esfregaço de TB positivo foi atingida em 21 países. Esta conquista se deve à ampliação da estratégia de Tratamento de Curta Duração sob Supervisão Direta (DOTS), aprimoramento das atividades de colaboração de TB/HIV, controle enquadrado em planos estratégicos nacionais, melhor captação de recursos econômicos e cooperação técnica permanente da OPAS no âmbito nacional e regional. Embora o indicador de tratar com êxito 85% dos casos notificados não tenha sido alcançado, houve melhora em vários países. Durante o biênio, 12 países captaram recursos econômicos do Fundo Global e os projetos aprovados estão em processo de execução. Muitos países fizeram uma atualização das suas diretrizes técnicas, que precisarão ser atualizadas continuamente de acordo com as novas comprovações científicas, além de fortalecer os mecanismos da participação comunitária e mobilização social.

*Desafios que afetam o desempenho:*

111. O progresso nas comprovações científicas indicando a necessidade de tratamento precoce afetará o indicador de cobertura de tratamento antirretroviral (ARV) em todos os países. As “metas variáveis” de alguns indicadores (os que se baseiam em estimativas de modelos) dificultam em especial o monitoramento do progresso para o HIV.

112. A possibilidade de que os países de renda média e média-alta não mais atenderão aos requisitos para subvenções do Fundo Global pode representar grandes desafios para alguns programas nacionais de HIV e para a continuação das intervenções atuais.

113. No presente contexto de redução dos casos de malária na Região, o compromisso dos países e diversos interessados diretos corre também o risco de diminuir – um equívoco vital que aconteceu na era anterior de erradicação da malária. Para lidar com esta questão, a OPAS tem estado em primeiro plano trabalhando com os países e diversos parceiros para fortalecer a defesa da causa para malária em diferentes níveis de trabalho – comunidades, países, Região e em escala mundial. Além disso, a OPAS adotou uma abordagem pró-ativa ao revisar suas estratégias atuais para malária através de esforços contínuos de elaborar e consolidar o Plano Estratégico Regional para Malária nas Américas 2011–2015.

114. O terremoto que atingiu o Haiti em janeiro de 2010 é um revés em potencial à proposta conjunta com a República Dominicana de eliminar a malária da Ilha de Hispaniola. Contudo, ambos os países, junto com outros países na Região, tiveram suas propostas de financiamento aceitas pelo Fundo Global.

115. Embora a OPAS tenha contribuído para a captação de maior investimento da comunidade internacional aos esforços nacionais de combate à malária, por meio de colaborações técnicas para o desenvolvimento e subsequente aprovação de propostas referentes à malária pelo Fundo Global e outras instituições de financiamento, o efetivo apoio orçamentário recebido pelo Programa Regional contra Malária de canais da OMS diminuiu significativamente. A OPAS/OMS devem defender mais enfaticamente a importância de seu trabalho na coordenação de diversos esforços e captação dos recursos necessários para cumprir este mandato.

116. O progresso feito pelos programas de combate à tuberculose está ameaçado pela integração insuficiente da estratégia DOTS ao sistema de atenção primária à saúde em alguns países e o aumento de incidência de TB, prevalência e taxas de mortalidade decorrentes da coinfeção de TB-HIV em países onde a epidemia de HIV é importante. A falta de compromisso político e orçamentos nacionais limitados podem também enfraquecer pouco a pouco os ganhos na prevenção e controle da TB.

### **AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008-2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008-2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
75.090.000	34.857.420	46%	32.510.240	93%

- Este Objetivo Estratégico depende enormemente do financiamento das contribuições voluntárias. De fato, durante 2008-2009, 76% (US\$ 26,5 milhões) dos fundos totais disponíveis para o biênio vieram das contribuições voluntárias.
- A alocação orçamentária do Orçamento Unificado da UNAIDS e Plano de Trabalho a Região está diminuindo em termos reais e outras contribuições voluntárias são incertas.
- O trabalho para OE2 tem recebido apoio da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI) e a Agência Espanhola de Cooperação Internacional e Desenvolvimento (AECID). Espera-se que o financiamento da AECID continue no próximo biênio.

## LIÇÕES APRENDIDAS

- O Haiti é o país com a carga mais elevada do HIV e a maior lacuna na Região para alcançar o acesso universal para prevenção, atenção e tratamento do HIV. Há necessidade de maior ênfase em assegurar de modo eficaz a prevenção, tratamento e atenção do HIV e questões relacionadas (como a violência sexual) em planos de prontidão para situações de desastres. Em outros casos, eventos políticos, como os que ocorreram em Honduras, exigiram nova priorização e replanejamento da cooperação técnica, o que pode também ter comprometido os avanços anteriores nos indicadores do OE2.
- A América Latina e Caribe têm a maior cobertura antirretroviral (ARV) que outras regiões de renda baixa e média (54% em comparação à média global de 42%). De interesse, foi a região que teve o menor aumento geral da cobertura entre dezembro de 2007 e dezembro de 2008 (14%), menos da metade do aumento observado em escala mundial (36%). Há necessidade de identificar melhor as barreiras que estão impossibilitando uma expansão sustentada. Aparentemente, entre estas barreiras estão o acesso deficiente ao teste e orientação de HIV, pouca disponibilidade de medicamentos do HIV em áreas remotas e estigmatização e discriminação nos serviços de saúde, entre outros. Essas barreiras, porém, podem variar muito entre os países e mesmo dentro de um mesmo país. Maiores esforços têm de ser empreendidos para um alcance melhor de todos os portadores de HIV que precisam de tratamento.
- Embora a iniciativa de eliminação de Prevenir a transmissão materno-infantil de HIV e sífilis congênita tenha sido respaldada pelos países, a atenção e a vigilância da sífilis congênita não tem sido uma prioridade. Os dados de sífilis não são suficientes para certificar a eliminação em nenhum país. Os próximos passos estão monitorar a implementação das estratégias para melhorar a cobertura de teste e tratamento no nível de atenção primária e melhorar a vigilância. É também preciso fazer a defesa da causa contínua para a eliminação de sífilis congênita a ser integrado como parte da transmissão materno-infantil do HIV.
- Há necessidade de assegurar ênfase sustentada na qualidade da estratégia DOTS e Estratégia Stop TB ao expandir a cobertura.
- Há necessidade de maior sinergia entre TB, HIV e malária com outras iniciativas de prevenção de doenças transmissíveis nos países.
- Fenômenos naturais devastadores, como o terremoto no Haiti, causaram um revés importante no controle da tuberculose. Faz-se necessária uma resposta integrada e bem coordenada por todos os atores.
- O fortalecimento da capacidade dos recursos humanos em malária entre os países é um esforço que requer recursos suficientes tanto para OPAS como para os programas nacionais. De acordo com o seu mandato e posição estratégica, a OPAS deve colaborar nesses esforços, mas o orçamento reduzido para programas técnicos na OPAS/OMS enfraquece gradativamente a capacidade da Organização de participar e prestar uma resposta eficaz.

- Devem ser ainda mais fortalecidos sistemas ordinários de informação de saúde nos países para facilitar o monitoramento do progresso e o impacto dos esforços de prevenção e controle. Dispor de capacidades sólidas de vigilância da malária é ainda mais importante em áreas onde a eliminação da malária é considerada viável.
- A ameaça emergente de resistência aos antimaláricos e aos inseticidas continua representando um sério risco às iniciativas globais de combate à malária.
- Nos três países (República Dominicana, Haiti e Venezuela) que notificaram aumento de casos de malária, são necessários esforços especiais de captação de recursos, identificação e resolução adequada das lacunas existentes e capacitação para o avanço e sustentabilidade dos resultados pretendidos.

### AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 2.1: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para a prevenção, tratamento, apoio e atenção para pacientes com HIV/aids, tuberculose e malária, incluindo enfoques inovadores para maior cobertura das intervenções entre populações pobres, vulneráveis e de difícil acesso.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Quatro dos sete indicadores alcançados.</p> <p>O desafio principal continua sendo o acesso ao tratamento para HIV. Embora os países proporcionem tratamento para as pessoas diagnosticadas com o vírus, as estimativas de pessoas portadoras de HIV continuam mudando e as modificações das diretrizes para o tratamento dificultam ainda mais o avanço.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência a 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
2.1.1	Número de países que alcançaram as metas de acesso universal nacional HIV/aids	0	5	NÃO	No Plano Estratégico emendado, este indicador foi modificado para tratar da complexidade decorrente das múltiplas metas de acesso universal. Ele foi desagregado em dois: um para monitorar o acesso à prevenção e um para monitorar o acesso ao tratamento. O foco foi para prevenção da transmissão materno-infantil (PTMI) do HIV e atingir cobertura de ARV de mais de 80% para a população estimada em necessidade de tratamento.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
2.1.2	Número de países que implementam os componentes da Estratégia Mundial de Combate à Malária, no contexto da iniciativa de Fazer Retroceder a Malária e Plano Regional da OPAS para Malária nas Américas 2006–2010, como parte de seus programas nacionais	20	23	SIM	
2.1.3	Número de países que detectam 70% dos casos estimados de tuberculose pulmonar com teste de esfregaço de TB positivo	13/27	21/27	SIM	
2.1.4	Número de países com uma taxa de sucesso de tratamento de 85% para pacientes da coorte de tuberculose	10/27	21/27	NÃO	A razão pela qual esta meta de indicador não foi alcançada é decorrente da rápida ampliação da DOTS, que causou diminuição da sua qualidade.
2.1.5	Número de países que alcançaram a meta regional para eliminação da sífilis congênita	1	10	NÃO	A maioria dos países na região elaborou planos e estratégias para reduzir a sífilis congênita (SC) com diferentes graus de implementação. Alguns países também notificaram que não houve nenhum caso nos últimos anos. Os critérios para a certificação da eliminação da SC estão sendo elaborados. <i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado e a meta para 2009 foi reduzida para 7 e a meta para 2011 é 15.</i>

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
2.1.6	Número de países que alcançaram as metas para prevenção e controle de infecções sexualmente transmissíveis (70% das pessoas com IST diagnosticadas, tratadas e orientadas em unidades primárias de testes rápidos ou remotos)	5	7	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
2.1.7	Número de países que elaboraram políticas integradas/coordenadas de tuberculose	0/27	8/27	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 2.2: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para elaborar e ampliar políticas e planos sensíveis às questões de gênero para prevenção, apoio, tratamento e atenção do HIV/aids, malária e TB.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das três metas alcançadas.</p> <p>Os indicadores neste RER foram uma tentativa de monitorar a sensibilidade às questões de gênero das políticas e planos para TB, malária e HIV. Mas se mostraram muito restritivos: os da malária e TB foram cancelados e os do HIV foram reformulados para considerar as políticas e planos em que o gênero é uma das características usadas no monitoramento (2.2.3).</p> <p>Para o HIV, os indicadores 2.2.1 e 2.2.3 não foram considerados úteis para monitorar a sensibilidade às questões de gênero das políticas, diretrizes e serviços porque eles de fato foram uma mistura de diferentes indicadores (existência de políticas e diretrizes, existência de serviços de monitoramento e sensibilidade às questões de gênero). Considerou-se que seria mais relevante avaliar a sensibilidade às questões de gênero no contexto da avaliação geral dos programas, políticas e planos, e não como um indicador isolado.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
2.2.1	Número de países com políticas e diretrizes sensíveis às questões de gênero para HIV/aids	15	17	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
2.2.2	Número de países com planos estratégicos nacionais para a força de trabalho de saúde, inclusive políticas e práticas de gestão em incentivos, regulamentação e retenção, com atenção às questões específicas relativas ao HIV/aids, TB e malária	3	7	SIM	Meta alcançada para a TB. <i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
2.2.3	Número de países que monitoram o acesso a serviços de saúde sensíveis às questões de gênero para HIV/aids	3	10	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

RER 2.3: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para elaborar e implantar políticas e programas a fim de melhorar o acesso equitativo a medicamentos essenciais de qualidade, meios de diagnóstico e outros produtos primários para a prevenção e o tratamento do HIV, TB e malária.					No rumo certo
Avaliação do RER: Sete das sete metas de indicadores alcançadas.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
2.3.1	Número de países que implementam diretrizes de diagnóstico e tratamento revisadas/atualizadas para TB	0/27	15/27	SIM	Embora o indicador tenha sido alcançado, foram formuladas novas diretrizes atualizadas. Como resultado, <i>as metas foram revisadas no Plano Estratégico emendado.</i>
2.3.2	Número de países que implementam diretrizes de diagnóstico e de tratamento revisadas/atualizadas para malária	16/21	18/21	SIM	<i>Este indicador de RER foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
2.3.3	Número de países com elevada incidência de malária por <i>P. falciparum</i> usando terapia de combinação baseada em artemisinina	6/13	8/13	SIM	<i>Este indicador de RER foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
2.3.4	Número de países que recebem apoio para melhorar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis para tuberculose	27	29	SIM	<i>Este indicador de RER foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
2.3.5	Número de países onde a malária é endêmica que recebem apoio para melhorar o acesso a medicamentos a preço acessíveis para a malária	21/21	21/21	SIM	<i>Este indicador de RER foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
2.3.6	Número de países que participam do mecanismo de Fundo Estratégico para os medicamentos essenciais a preços acessíveis para HIV/aids.	18	19	SIM	
2.3.7	Número de países que implementam teste de HIV com garantia de qualidade de todo o sangue doado	32	35	SIM	

<b>RER 2.4: Sistemas regionais e nacionais de vigilância, monitoramento e avaliação fortalecidos e ampliados para monitorar o progresso para o alcance das metas e alocações de recursos para HIV, malária e controle da tuberculose; e para determinar o impacto dos esforços de controle e a evolução da resistência aos medicamentos.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Oito das nove metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Este RER se refere à vigilância de HIV, TB e malária. Os indicadores do monitoramento da alocação financeira foram cancelados no Plano Estratégico emendado. O RER agora se refere somente à vigilância, a qual continua sendo uma dificuldade.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
2.4.1	Número de países que normalmente coletam, analisam e notificam dados de vigilância de cobertura, resultados e impacto do HIV usando as metodologias padronizadas da OPAS/OMS, inclusive com a desagregação adequada por idade e sexo	27	30	SIM	
2.4.2	Número de países que normalmente coletam, analisam e notificam dados de vigilância de cobertura, resultados e impacto da tuberculose usando as metodologias padronizadas da OPAS/OMS, inclusive com a desagregação adequada por idade e sexo	28	30	SIM	
2.4.3	Número de países que normalmente coletam, analisam e notificam dados de vigilância de cobertura, resultados e impacto da malária usando as metodologias padronizadas da OPAS/OMS, inclusive com a desagregação adequada por idade e sexo	21/21	21/21	SIM	
2.4.4	Número de países que proporcionam à OPAS/OMS dados anuais sobre vigilância, monitoramento e dados de alocação financeira para inclusão nos relatórios globais anuais sobre controle da tuberculose e o cumprimento das metas	27	30	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
2.4.5	Número de países que proporcionam à OPAS/OMS dados anuais sobre vigilância, monitoramento e dados de alocação financeira para inclusão nos relatórios globais anuais sobre o controle e o alcance de metas para coinfeção de TB/HIV	18	25	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
2.4.6	Número de países que proporcionam à OPAS/OMS dados anuais sobre vigilância, monitoramento e dados de alocação financeira para inclusão nos relatórios anuais globais sobre controle de malária e o alcance de metas	21/21	21/21	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
2.4.7	Número de países que notificam sobre vigilância e monitoramento da resistência aos medicamentos do HIV, desagregados por sexo e idade	0	10	SIM	Superado: 20 países.
2.4.8	Número de países que notificam sobre vigilância e monitoramento da resistência aos medicamentos de tuberculose, desagregados por sexo e idade	14/27	19/27	SIM	
2.4.9	Número de países que notificam sobre vigilância e monitoramento da resistência aos medicamentos da malária, desagregados por sexo e idade	9/21	13/21	NÃO	11 países alcançaram metas relacionadas com o indicador; um (Bolívia) concluiu a versão preliminar do relatório; um (Venezuela) não informou nenhum progresso devido a recursos limitados

<b>RER 2.5: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para: (a) manter o compromisso político e captação de recursos pela defesa da causa e promover parcerias em HIV, malária e tuberculose no âmbito nacional e regional; (b) aumentar a participação das comunidades e pessoas afetadas a fim de maximizar o alcance e o desempenho dos programas de controle de HIV/aids, tuberculose e malária.</b>	<b>Em risco</b>
---	-----------------

Avaliação do RER: Oito das nove metas de indicadores alcançadas

Manter os requisitos de financiamento para o HIV/aids é uma dificuldade.

Esses indicadores foram reduzidos a quatro no Plano Estratégico emendado. Os indicadores modificados ou suprimidos são identificados a seguir.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
2.5.1	Número de países com parcerias para o controle do HIV	40	40	SIM	
2.5.2	Número de países com parcerias para o controle da tuberculose	5/27	8/27	SIM	
2.5.3	Número de países com parcerias para o controle da malária	21/21	21/21	SIM	<i>O texto deste indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado do seguinte modo: Número de países com mecanismos de coordenação funcional para a malária.</i>
2.5.4	Número de países que implementam estratégias para assegurar recursos e capacidade de absorção adequados para resposta ao HIV	12	15	SIM	<i>Este indicador de RER foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
2.5.5	Número de países que implementam estratégias para assegurar recursos e capacidade de absorção adequados para resposta à tuberculose	14/27	17/27	SIM	<i>Este indicador de RER foi suprimido o Plano Estratégico emendado.</i>
2.5.6	Número de países que implementam estratégias para assegurar recursos e capacidade de absorção adequados para resposta à malária	13/21	17/21	NÃO	Taxa de alcance foi de 94%: 16 de 17 países alcançaram a meta. <i>Este indicador de RER foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
2.5.7	Número de países que conseguiram a participação das comunidades, comunidade acadêmica, pessoas afetadas pela doença, organizações da sociedade civil e setor privado no planejamento, projeto, execução e avaliação dos programas de HIV	40	40	SIM	
2.5.8	Número de países que conseguiram a participação das comunidades, comunidade acadêmica, pessoas afetadas pela doença, organizações da sociedade civil e setor privado no planejamento, projeto, execução e avaliação dos programas de tuberculose	3/27	12/27	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
2.5.9	Número de países que conseguiram a participação das comunidades, comunidade acadêmica, pessoas afetadas pela doença, organizações da sociedade civil e setor privado no planejamento, projeto, execução e avaliação dos programas de malária	13/21	17/21	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 2.6: Novos conhecimentos, ferramentas de intervenção e estratégias desenvolvidos, validados, disponíveis e acessíveis para atender às necessidades prioritárias de prevenção e controle de HIV, tuberculose e malária, com os países da América Latina e Caribe cada vez mais participantes desta pesquisa.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Cinco das cinco metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Os indicadores que se referem a publicações revisadas por pares foram suprimidos no Plano Estratégico emendado.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
2.6.1	Número de intervenções e estratégias de implementação novas ou aprimoradas para tuberculose cuja eficácia foi determinada e comprovações científicas foram disponibilizadas às instituições apropriadas para decisões sobre políticas	1	2	SIM	
2.6.2	Número de intervenções e estratégias de implementação novas ou aprimoradas para malária cuja eficácia foi determinada e comprovações científicas foram disponibilizadas às instituições apropriadas para decisões sobre políticas	0	1	SIM	
2.6.3	Número de publicações revisadas por pares produzidas a partir de pesquisa sobre HIV/aids apoiada pela OPAS/OMS em que a instituição do autor principal é sediada na América Latina ou Caribe	0	3	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
2.6.4	Número de publicações revisadas por pares produzidas a partir de pesquisa sobre malária apoiada pela OPAS/OMS em que a instituição do autor principal é sediada na América Latina ou Caribe	0	2	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
2.6.5	Número de publicações revisadas por pares produzidas a partir de pesquisa sobre TB apoiada pela OPAS/OMS em que a instituição do autor principal é sediada na América Latina ou Caribe	0	2	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

**OE3: Prevenir e reduzir doença, incapacidade e morte rematura por afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e acidentes**

**Em risco**

## **AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA**

### ***Progresso para o cumprimento do OE em 2013***

117. Para alcançar as metas do OE em 2013, são necessários esforços contínuos para aumentar o compromisso financeiro e político, assim como a implementação de programas com um enfoque multissetorial e integrado para a prevenção de doenças crônicas, violência, incapacidade, transtornos mentais e afecções bucodentárias.

### ***Avaliação de 2008–2009***

#### ***Principais avanços durante o biênio:***

118. A aprovação da Resolução CD48.R20 pelo Conselho Diretor em outubro do 2008, “Prevenção de Acidentes e Violência e Promoção da Segurança: uma chamada para ação na Região” foi um marco importante para um maior compromisso dos ministérios da Saúde com a prevenção de acidentes e da violência. Foram organizadas reuniões anuais (2008 e 2009) com todos os pontos focais dos ministérios da Saúde na Região para alinhar os Objetivos Estratégicos da OPAS com as agendas dos países. Buscou-se também o apoio dos Centros Colaboradores (CC) da OPAS/OMS. Um programa virtual de formação profissional sobre prevenção de acidentes e da violência está disponível para capacitação dos pontos focais dos ministérios da Saúde Os países que obtiveram avanços nesta área foram o Brasil, México, Panamá, Paraguai e Uruguai.

119. A primeira Reunião Ministerial das Américas sobre Prevenção de Acidentes e Violência, convocada pelo ministro da Saúde do México e a Organização Pan-Americana da Saúde em Mérida, México, em 14 de março de 2008, aprovou a Declaração Ministerial sobre Prevenção de Acidentes e da Violência nas Américas, enfatizando a necessidade de esforços adicionais para resolver este grave problema de saúde pública/desenvolvimento.

*Desafios que afetam o desempenho:*

- Recursos insuficientes para prevenir e controlar de maneira adequada doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco, inclusive capacidade e competências limitadas em todos os níveis.
- Enfoques multissetoriais e integrados limitados para ampliar intervenções a fim de lidar de modo eficaz com a questão das DCNT e seus fatores de risco.
- Capacidade limitada para elaborar ou fortalecer políticas baseadas em dados objetivos, legislação e estratégias para lidar com a questão das DCNT e fatores de risco, incluindo informação insuficiente sobre os fatores de risco.
- Necessidade de fortalecer e consolidar os programas nacionais de saúde mental, incluindo recursos financeiros e humanos.
- Necessidade de dar maior prioridade à saúde mental e incapacidade nas agendas de saúde, incluindo a promoção e prevenção entre crianças e jovens. É preciso também fortalecer a pesquisa nessas áreas.
- A maioria das comprovações atuais de intervenções eficazes para prevenção da violência está concentrada nos países de alta renda. Isto representa uma dificuldade visto que é preciso saber se as intervenções eficazes em países de alta renda terão a mesma eficácia em outros países.
- Sustentabilidade do enfoque intersectorial para segurança viária continua sendo uma dificuldade.

**AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
28.000.000	21.011.216	75%	18.810.239	90%

120. Havia um déficit de US\$ 7 milhões no financiamento entre o orçamento aprovado e os recursos alocados. Embora a taxa de execução de 90% seja satisfatória, o esforço considerável de treinar e designar pessoal para os programas nacionais deve resultar em um nível mais alto de execução. Espera-se que o orçamento para os próximos biênios seja ligeiramente maior, embora se preveja que ele ainda não se equiparará ao ônus que essas doenças representam aos serviços de saúde. Os principais parceiros para este OE foram Bloomberg, o governo da Espanha, PHCA, CDC/EUA e a Fundação Mundial de Diabetes (WDF).

## LIÇÕES APRENDIDAS

- Mudanças de governo, assim como a rotação de pessoal técnico afetaram o desempenho. Para lidar com este desafio, há necessidade de indicar pontos focais fixos nos ministérios da Saúde para garantir a sustentabilidade dos compromissos e intervenções.
- Muitos países estão usando a Estratégia Regional para Doenças Crônicas para elaborar seu plano nacional; há necessidade de formular diretrizes de implementação da gestão de programas para prosseguir com este processo.
- É importante integrar as doenças e afecções crônicas nos serviços de atenção primária à saúde e promover um enfoque integrado e multissetorial para fazer frente aos seus fatores de riscos e determinantes sociais de saúde.
- As DCNTA estão ganhando prioridade no âmbito nacional tem aumento. A maioria das novas unidades de coordenação e os pontos focais precisa de treinamento e ferramentas para desempenhar suas funções. A prevenção da incapacidade deve ser parte integrante dos programas de prevenção.
- Os países estabeleceram programas de saúde mental; porém, sua implantação é ineficaz e baixa, principalmente quanto à elaboração de um modelo comunitário de saúde mental. As capacidades reguladoras e administrativas em saúde mental nos ministérios da Saúde também precisam ser fortalecidas.
- Os países não possuem capacidade adequada de coletar, analisar e usar os dados sobre saúde mental. Os indicadores para monitoramento da implementação das resoluções sobre incapacidade e reabilitação precisam ser elaborados.
- Até pouco tempo atrás, grande parte da ênfase na área da violência era dada ao alívio dos seus efeitos por ações como melhorar os serviços a vítimas. Embora este trabalho precisa prosseguir, há necessidade de melhorar as comprovações científicas e capacidade da saúde e de outros setores para dar ênfase à prevenção primária da violência.
- Mais atenção precisa ser dada às intervenções para prevenir a violência entre os jovens.
- Mais atenção precisa ser dada para fortalecer a capacidade dos principais interessados diretos para monitorar e avaliar de maneira adequada os programas relacionados à violência.
- A violência está intrinsecamente relacionada com outras áreas da saúde, como o álcool, HIV/aids, mortalidade materna, entre outros. Maior esforço deve ser feito para promover políticas e programas que reconheçam estes vínculos e abordem-nos de modo integrado.

### AValiação DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

RER 3.1: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para assumir maior compromisso político, financeiro e técnico a fim de combater as afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de conduta, violência, segurança viária e incapacidade.					Em risco
<p><u>Avaliação do RER:</u> Seis das seis metas de indicadores alcançadas.</p> <p>O compromisso político e financeiro cresceu significativamente para enfrentar a epidemia de doenças crônicas no âmbito nacional, sub-regional e regional, embora ainda precise ser maior para equiparar a carga. Esforços adicionais precisam ser feitos nas áreas de saúde mental, acidentes, violência e incapacidade.</p> <p>Embora todas as metas de indicadores de RER tenham sido alcançadas, a abrangência do RER não foi plenamente cumprida. Há necessidade de maior compromisso político e financeiro para assegurar o alcance do RER nos biênios futuros. Os indicadores foram modificados no Plano Estratégico emendado para medir adequadamente toda a abrangência do RER.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
3.1.1	Número de países cujos ministérios da Saúde têm um ponto focal ou uma unidade de segurança viária e prevenção da violência com orçamento próprio	9	14	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
3.1.2	Número de países cujos ministérios da Saúde têm uma unidade de saúde mental e abuso de substâncias com orçamento próprio	24	28	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
3.1.3	Número de países cujos ministérios da Saúde têm uma unidade ou departamento de afecções crônicas não transmissíveis com orçamento próprio	21	26	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
3.1.4	Número de países em que uma campanha integrada de defesa da causa de doenças crônicas e promoção da saúde foi realizada	3	10	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
3.1.5	Número de países que têm uma unidade ou ponto focal no ministério da Saúde (ou equivalente) de prevenção e reabilitação de incapacidade	10	13	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
3.1.6	Fórum de parceiros estabelecido para prevenção e controle de doenças crônicas, incluindo os setores público e privado e a sociedade civil	0	1	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 3.2: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para formulação e implementação de políticas, estratégias e regulamentações referentes a afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de conduta, violência, segurança viária, incapacidade e afecções bucodentárias.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER</u>: Sete das sete metas de indicadores alcançadas (há necessidade comprovar o alcance do 3.2.4), inclusive uma foi superada.</p> <p>Políticas, estratégias e regulamentações referentes a afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de conduta, violência, segurança viária, incapacidade e afecções bucodentárias estão sendo elaboradas rapidamente e implantadas. Os sistemas de monitoramento para políticas e leis estão sendo fortalecidos.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
3.2.1	Número de países que implementam planos nacionais para prevenir a violência e acidentes de trânsito	15	17	SIM	A Resolução do Conselho Diretor (CD48/20 – Prevenção de acidentes e da violência e promoção da segurança: uma chamada para ação na região) foi um importante marco para fortalecer o compromisso dos ministérios da Saúde com o trabalho em prevenção da violência e acidentes e contribuir para a existência de planos nacionais.
3.2.2	Número de países que implementam planos nacionais para incapacidade, incluindo prevenção, tratamento e reabilitação de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS e resoluções do Conselho Diretor	5	8	SIM	<i>Este indicador foi modificado no novo Plano Estratégico aprovado em setembro de 2009</i>
3.2.3	Número de países que implementam um plano nacional de saúde mental de acordo com diretrizes da OPAS/OMS e resoluções do Conselho Diretor	26	29	SIM	
3.2.4	Número de países que implantam política e plano nacionais para a prevenção e o controle das afecções crônicas não transmissíveis	15	32	SIM	Superado: 33 países. <i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
3.2.5	Número de países na rede de CARMEN (iniciativa para Prevenção Integrada e Controle de Doenças Não Transmissíveis nas Américas)	22	27	SIM	Superado: 29 países são agora membros da rede de CARMEN. <i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
3.2.6	Número de países que implementam planos nacionais integrais para a prevenção da cegueira e deficiência visual	7	11	SIM	Plano Regional aprovado no 49º Conselho Diretor em 2009.
3.2.7	Número de países que implementam planos nacionais integrais para a prevenção de afecções bucodentárias	27	29	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 3.3: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para melhorar a capacidade de coletar, analisar, difundir e usar dados sobre a magnitude, causas e consequências das afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de conduta, violência, acidentes de trânsito e incapacidade.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Quatro das cinco metas de indicadores alcançadas e uma não avaliada.</p> <p>Não há nenhum risco previsto comprometa o cumprimento dos objetivos futuros.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
3.3.1	Número de países que têm documento publicado contendo compilação nacional de dados sobre mortalidade e morbidade da violência e acidentes de trânsito	12	16	SIM	O Relatório da Situação Global e o Relatório da Situação Regional sobre Segurança Viária foi concluído com subsídios de 32 países na Região.
3.3.2	Número de países com sistemas de informação e relatórios oficiais publicados sobre a incidência, prevalência e outros indicadores de incapacidade, segundo os critérios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	8	10	SIM	
3.3.3	Número de países com sistemas nacionais de informação e relatórios anuais que incluem distúrbios neurológicos, transtornos mentais e de abuso de substâncias	20	24	SIM	
3.3.4	Número de países com um sistema nacional de notificação de saúde e relatórios anuais que incluem indicadores de afecções crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco	15	28	SIM	
3.3.5	Número de países que documentam a carga da deficiência auditiva e visual incluindo cegueira	8	10	N/D	<i>Não avaliado visto que este indicador foi suprimido no início do biênio.</i>

<b>RER 3.4: Melhor fundamentação obtida pela Repartição quanto ao custo-efetividade das intervenções para combater as afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de conduta, violência, acidentes de trânsito, incapacidade e saúde bucodentária.</b>					<b>Em risco</b>
Avaliação do RER: Três das três metas de indicadores alcançadas.					
Avanços satisfatórios foram alcançados nos indicadores econômicos para saúde mental, reabilitação e saúde bucodentária.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
3.4.1	Número de intervenções econômicas para o controle de determinados distúrbios neurológicos e transtornos mentais (depressão, psicose e epilepsia) preparadas e disponibilizadas	1	2	SIM	
3.4.2	Número de países com estudos de análise de custo sobre violência e segurança viária conduzidos e difundidos	8	10	SIM	
3.4.3	Número de intervenções de custo-benefício de saúde bucodentária com uma estimativa do seu custo de implantação regional	4	6	SIM	

<b>RER 3.5: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para a preparação e implementação de programas multissetoriais com alcance populacional para promover a saúde mental e segurança viária e prevenir afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de conduta, violência e acidentes, assim como deficiência auditiva e visual, incluindo cegueira.</b>					<b>Em risco</b>
Avaliação do RER: Quatro das quatro metas de indicadores alcançadas.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
3.5.1	Número de países que implementam as estratégias recomendadas pela OPAS/OMS para prevenção com alcance populacional de incapacidade, incluindo deficiência auditiva e visual, e cegueira	6	8	SIM	
3.5.2	Número de países que implementam os programas multissetoriais com alcance populacional para prevenir violência e acidentes e promover a segurança viária	13	15	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
3.5.3	Número de países que implementam um plano nacional de saúde mental que integra promoção de saúde mental e a prevenção de transtornos de conduta e abuso de substâncias	0	5	SIM	
3.5.4	Número de países que implementam a Estratégia Regional em um enfoque integrado para prevenção e controle de doenças crônicas, incluindo alimentação e atividade física	2	10	SIM	

<b>RER 3.6: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para fortalecer seus sistemas sociais e de saúde para a prevenção e o tratamento integrado de afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de conduta, violência, acidentes de trânsito e incapacidade.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Quatro das cinco metas de indicadores alcançadas, inclusive uma foi superada.</p> <p>Os indicadores relacionados com a saúde mental, incapacidade e reabilitação foram alcançados e há progresso nos demais indicadores, embora exista alguns problemas ou impedimentos em alguns países ou em alguns dos marcos e metas inicialmente esperados por seu vínculo.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
3.6.1	Número de países que empregam as Diretrizes de Prevenção da Violência e Acidentes da OMS em seus serviços de saúde	12	15	NÃO	Embora no âmbito regional as diretrizes da OMS tenham sido amplamente difundidas, não se sabe ao certo quais os países que as implementaram.
3.6.2	Número de países que usam as recomendações no Relatório Mundial sobre Incapacidade e Reabilitação e as respectivas resoluções da OPAS/OMS e formulam e executam diretrizes, protocolos e normas nacionais para prevenção de incapacidade e atenção dos portadores de deficiência.	5	9	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
3.6.3	Número de países com uma avaliação sistemática de seus sistemas de saúde mental usando o WHO-AIMS (Instrumento de Avaliação para Sistemas de Saúde Mental)	8	12	SIM	Superado em 15 países.  <i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
3.6.4	Número de países que implementam estratégias integradas de atenção primária à saúde recomendadas pela OMS para o tratamento de afecções crônicas não transmissíveis	10	17	SIM	
3.6.5	Número de países com serviços de saúde fortalecidos para o tratamento da dependência do cigarro como resultado do uso das recomendações de política da OMS	6	12	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

**OE4: Reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante as etapas fundamentais da vida, incluindo gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, e melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos**

**No rumo certo**

## **AValiação PROGRAMÁTICA**

### ***Progresso para o cumprimento do OE em 2013***

121. O programa está no rumo certo para alcançar os RERs do OE4 em 2013. Os países devem priorizar este Objetivo Estratégico no próximo biênio. Será dada ênfase especial aos “países com grande impacto”<sup>6</sup> para alcançar as metas OE4 e indicadores em 2013.

### ***Avaliação de 2008–2009***

122. Durante este biênio, foi possível começar o processo de difusão de Intervenções Neonatais com Fundamentação Científica (INFC) com enfoque do contínuo da atenção nos países prioritários e com grande impacto com respeito ao ODM 4. Entre as ferramentas fornecidas aos países para coletar dados subnacionais estão o “Perfil da saúde infantil e neonatal visando alcançar o ODM 4”.

123. Em quatro (Bolívia, Guiana, Honduras, Nicarágua) dos cinco países prioritários está sendo ampliada a Estratégia de Atenção Integrada das Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), vinculada a outras áreas multissetoriais do país. Outros países também estão expandindo a AIDPI aos grupos vulneráveis.

124. Os planos regionais para melhorar a saúde do adolescente e do adulto jovem e promover o envelhecimento saudável foram aprovados. Foi estabelecida a Parceria de Saúde e Desenvolvimento, com a participação dos organismos do sistema das Nações Unidas.

---

<sup>6</sup> Os “países com grande impacto” compreendem os 10 países com as mais elevadas taxas de mortalidade materno-infantil na Região. Entre eles estão os cinco países prioritários.

**AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
37.190.000	24.742.913	67%	21.134.170	85%

- Do total de fundos disponíveis para o biênio, US\$ 13 milhões (54%) foram provenientes de outras fontes.
- O OE estava sendo consideravelmente subfinanciado, com somente 67% de seu orçamento aprovado para o biênio apesar de classificado como prioridade n.º. 1 no Plano Estratégico. Porém, a taxa de execução dos fundos disponíveis foi inferior à média em comparação aos outros OEs.
- Durante o biênio de 2008–2009, o OE4 recebeu firme apoio da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI) e a Agência Espanhola de Cooperação Internacional e Desenvolvimento (AECID). Espera-se que essas contribuições continuem no próximo biênio.

**LIÇÕES APRENDIDAS**

125. As lições aprendidas durante este biênio ao visar o RER e os indicadores sob este OE também se aplicam ao OE2 e OE9 (todos com o mesmo coordenador).

- O nível do financiamento do OE não foi compatível com a prioridade atribuída no Plano Estratégico.
- A integração de diferentes programas e entidades usando um enfoque de ciclo de vida para alcançar os resultados do Plano Estratégico será uma dificuldade considerável para o próximo biênio.

126. Os ODMs 4 e 5 requererão priorização no âmbito nacional com o fortalecimento dos serviços de saúde e atenção primária à saúde.

- O desenvolvimento na primeira infância precisa ser incluído em um Plano de Ação para a Saúde Infantil.
- A prevenção da desnutrição aguda e crônica deve ser uma prioridade absoluta por todos os parceiros e ministérios da Saúde. Mais atenção também deve ser dada às necessidades de saúde do idoso.
- Considerando a prioridade atribuída a este OE, serão necessários esforços consideráveis para captar o nível necessário dos recursos, assim como para melhorar a taxa de execução.

## AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 4.1: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para elaborar políticas, planos e estratégias abrangentes que promovam o acesso universal a um contínuo de atenção em todo o ciclo de vida; integrar a prestação de serviços; e fortalecer a coordenação com a sociedade civil, o setor privado e parcerias com as Nações Unidas e organismos do sistema interamericano, entre outros (por exemplo, ONGs).</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três dos três indicadores foram alcançados.</p> <p>O progresso ao fim do biênio indica que o RER está no rumo certo para alcançar suas metas em 2013.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
4.1.1	Número de países que têm programas nacionais integrados em saúde materna, neonatal e infantil	2	6	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
4.1.2	Número de países que possuem uma política de acesso universal a saúde sexual e reprodutiva	7	11	SIM	
4.1.3	Número de países que possuem uma política para a promoção do envelhecimento ativo e saudável	11	15	SIM	

<b>RER 4.2: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para fortalecer a capacidade nacional/local para produzir comprovações científicas e intervenções novas; e aperfeiçoar um sistema de informação e de vigilância em saúde sexual e reprodutiva e saúde materna, neonatal, infantil, do adolescente e do idoso.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das três metas de indicadores foram alcançadas.</p> <p>O RER está no rumo certo para alcançar suas metas em 2013.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
4.2.1	Número de países que implementam sistemas de informação e de vigilância para monitorar a saúde sexual e reprodutiva, a saúde materna, neonatal e do adolescente, com dados desagregados por idade, sexo e grupo étnico	11	15	SIM	
4.2.2	Número de análises sistemáticas da RSPA sobre boas práticas, pesquisa operacional e padrões de atenção de saúde	0	5	SIM	
4.2.3	Número de centros de excelência responsáveis pela pesquisa operacional, prestação de serviços e cursos de treinamento que fortalecem a capacidade nacional	12	15	SIM	

<b>RER 4.3: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para reforçar ações a fim de garantir a atenção qualificada para cada mulher grávida e cada recém-nascido, durante o parto e períodos pós-parto e pós-natal.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Duas das duas metas de indicadores foram alcançadas.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
4.3.1	Números de países que implementaram estratégias nacionais para garantir a atenção qualificada ao nascimento, incluindo atenção pré-natal, pós-natal e ao recém-nascido	10	12	SIM	
4.3.2	Número de países que estão adaptando e utilizando as diretrizes e normas técnicas e de gestão e respaldadas pela OPAS/OMS para a conduta integrada da gravidez e parto	5	9	SIM	

<b>RER 4.4: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para melhorar a saúde neonatal.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Duas das duas metas de indicadores alcançadas.					
Durante este biênio, foi possível começar o processo de difusão das Intervenções Neonatais com Fundamentação Científica (INFI) com o enfoque de contínuo da atenção nos países prioritários e com grande impacto com respeito à ODM 4. Entre as ferramentas fornecidas aos países está o “Perfil da saúde infantil e neonatal visando alcançar o ODM 4” para a coleta de dados subnacionais. Apesar da epidemia de H1N1 que desviou o foco das ações das equipes dos ministérios da Saúde durante vários meses em 2009, conclui-se que o progresso para alcançar os objetivos de 2013 é satisfatório. Os resultados indicam que o progresso está no rumo certo para alcançar as metas em 2013.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
4.4.1	Número de países com estratégias neonatais usando o enfoque de contínuo da atenção, incluindo o componente neonatal da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI)	4	8	SIM	
4.4.2	Número de diretrizes e ferramentas criadas e disseminadas para melhorar a atenção e sobrevivência neonatal	4	6	SIM	

<b>RER 4.5: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para melhorar a saúde e o desenvolvimento infantil, levando em consideração os acordos internacionais.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas das duas metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Foram obtidos avanços consideráveis para alcançar os indicadores nos países-alvo até 2013. Avanços importantes foram feitos em quatro (Bolívia, Guiana, Honduras e Nicarágua) dos cinco países prioritários, onde a estratégia de AIDPI está sendo consideravelmente ampliada, vinculada outras áreas multissetoriais nos países. Colômbia, Paraguai, Peru e Equador estão ampliando a estratégia às áreas mais vulneráveis, cruzando atividades de AIDPI com populações indígenas, TB, doença de Chagas, nutrição e gênero. No Paraguai, a AIDPI e componentes da sífilis congênita serão integrados em 2010. Na Nicarágua, Equador, República Dominicana e Guiana, a AIDPI está sendo vinculada aos componentes pediátricos do HIV. O componente comunitário da estratégia de AIDPI está vinculado ao contexto da renovação da atenção primária à saúde, principalmente no Paraguai, com a estratégia nacional das unidades de atenção primária à saúde usando a AIDPI como base para a ampliação. No Peru, Colômbia e Equador, os governos estão alocando mais recursos financeiros e humanos para a saúde infantil usando os fundos nacionais devido ao sucesso e às lições aprendidas com a estratégia de AIDPI. Facilitadores clínicos e comunitários estão sendo treinados para capacitação local e para manter as ações. Um enfoque de cooperação entre países em desenvolvimento está sendo usado para partilhar experiências e recursos entre os países, principalmente entre as escolas de enfermagem na Bolívia e Paraguai. O Panamá, Guatemala, El Salvador e Belize (países-alvo até 2013) continuam ampliando a AIDPI com cooperação técnica e recursos. Novas ferramentas foram criadas para apoiar a expansão nacional (<i>Guia de Planejamento Operacional, Guia de População Indígena no contexto da AIDPI Comunitário e Guia de Capacitação para os Agentes Comunitários da Saúde</i> [em A (H1N1)]. Tecnologias de treinamento de AIDPI clínica a distância [SMS e ICATT] foram testadas em campo na Região e o trabalho com a Igreja Adventista do Sétimo Dia continua. Durante o biênio, o financiamento para este RER e ODMG4 foi limitado. As perspectivas futuras são promissoras.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência a 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
4.5.1	Número de países que ampliaram a cobertura geográfica da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) a mais de 75% das entidades subnacionais de destino nos seus serviços de saúde	8	10	SIM	
4.5.2	Número de países que implementam o enfoque de Práticas Familiares Fundamentais da OPAS/OMS no âmbito da comunidade para fortalecer a atenção primária à saúde	9	10	SIM	

<b>RER 4.6: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para a implementação de políticas e estratégias em saúde e desenvolvimento do adolescente.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas das duas metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Os resultados são promissores para o cumprimento das metas de 2013. Os avanços e o foco devem ser mantidos nos países-alvo no próximo biênio. Espera-se que, com o novo Plano Regional para a Saúde do Adolescente, seja possível fortalecer os planos nacionais e melhorar a gestão clínica dos serviços de saúde.</p> <p>O apoio da Iniciativa de Aids-Noruega, que financiou o Plano de Ação Regional, contribuiu para alcançar os indicadores.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
4.6.1	Número de países com programas nacionais em saúde e desenvolvimento do adolescente	10	12	SIM	
4.6.2	Número de países que implementam um pacote integral de serviços em saúde do adolescente e desenvolvimento do jovem (Atenção Integrada das Necessidades do Adolescente [IMAN]).	3	10	SIM	

<b>RER 4.7: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para implementar a Estratégia Global de Saúde Reprodutiva, com ênfase especial à garantia de acesso equitativo aos serviços de saúde reprodutiva.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas das duas metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Os resultados indicam que estão sendo feitos bons avanços para alcançar as metas em 2013.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
4.7.1	Número de países que reexaminaram as políticas de saúde pública relativas à saúde reprodutiva	7	10	SIM	Superado: 13 países
4.7.2	Número de países que adotaram a Estratégia Global da OMS para Saúde Reprodutiva	5	8	SIM	

<b>RER 4.8: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para melhorar a defesa da causa para o envelhecimento como uma questão de saúde pública e manter capacidade funcional máxima em todo o ciclo de vida.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas das duas metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Prevê-se o cumprimento das metas de indicadores em 2013. A aprovação da Estratégia e Plano de Ação para o Envelhecimento Saudável deve ser um incentivo importante para os países. Os indicadores foram combinados na versão modificada do Plano Estratégico para alinhar o processo de monitoramento com o da OMS.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
4.8.1	Número de países que implantaram políticas comunitárias com ênfase no fortalecimento da capacidade atenção primária à saúde para o envelhecimento saudável	5	7	SIM	<i>O indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
4.8.2	Número de países que têm programas multissetoriais para o fortalecimento da capacidade da atenção primária à saúde para o envelhecimento saudável	9	10	SIM	<i>O indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

**OE5: Reduzir as consequências para a saúde de emergências, desastres, crises e conflitos e minimizar seu impacto socioeconômico**

**No rumo certo**

## **AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA**

### ***Progresso para o cumprimento do OE em 2013***

127. Todos os RERs sob este OE estão no rumo certo para serem alcançados até 2013. Esta situação não apenas reflete o nível do compromisso com o processo de planejamento, mas também a capacidade da Organização de apoiar os países para que atinjam um nível melhor de prontidão. Todas as metas de indicadores foram alcançadas para o biênio de 2008–2009 e, neste ritmo, as metas de 2013 também serão atingidas. Há uma grande dificuldade para este OE porque os Estados Membros estão continuamente modificando suas prioridades, renovando ou fazendo a rotação de seu pessoal, enfrentando novas prioridades ou passando por grandes reorganizações em seus ministérios da Saúde e outras instituições relacionadas.

128. O OE5 foi planejado a fundo e baseado em dados obtidos do estudo do Relatório de Progresso de Prontidão e Resposta a Situações de Desastres, realizado com o apoio do PED em 2006–2007. Além disso, pequenas revisões foram feitas em alguns indicadores e outros indicadores não relevantes à Região foram suprimidos na última revisão aprovada do Plano Estratégico da OPAS. Deve-se observar, no entanto, que grandes desastres, como o terremoto do Haiti de 12 de janeiro de 2010 e o terremoto do Chile de 27 de fevereiro de 2010, poderiam ser um obstáculo ao cumprimento de certas metas em países específicos. Em algumas circunstâncias, como pessoal da Organização e os especialistas da Região são designados em resposta a essas emergências sérias, podem ocorrer atrasos no cumprimento das metas estabelecidas no âmbito regional.

### ***Avaliação de 2008–2009***

#### ***Principais avanços durante o biênio:***

129. O grande avanço foi a resposta coordenada à pandemia (H1N1) de 2009. Ela foi possível como resultado do trabalho realizado pelos escritórios nos países, nas diferentes áreas administrativas da Organização, Vigilância em Saúde, Controle e Prevenção de Doenças (HSD), Prontidão para Emergência e Auxílio em Caso de Desastres (PED) e centenas de pessoas que trabalharam horas extras e, às vezes, se expuseram a riscos desconhecidos. Outros progressos durante o biênio neste OE foram: estabelecimento de um índice de segurança hospitalar como uma ferramenta de mensuração, implantação do grupo orgânico de saúde conforme necessário e o aumento das alianças para redução de

desastres com novas parcerias, incluindo liderança do grupo interinstitucional de organismos das Nações Unidas e ONGs que desenvolveram uma iniciativa modelo para boas doações (ver [www.saberdonar.org](http://www.saberdonar.org)).

*Desafios que afetam o desempenho:*

130. O grande desafio durante este biênio foi a resposta à pandemia (H1N1) de 2009, a primeira pandemia como definido pelo Regulamento Sanitário Internacional. Esta resposta foi complicada pelo fato de que a pandemia começou nesta Região, e as consequências e a gravidade não eram conhecidas nas primeiras semanas. A participação da toda a Organização e a cooperação entre os países da Região ajudou tornar a resposta possível e permitir a implementação do Plano Estratégico.

### **AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
35.000.000	49.264.502	141%	44.403.494	90%

- O nível da execução é alto (90%), principalmente se medido em relação ao grande volume de financiamento disponível e a quantia limitada do Orçamento Ordinário e pessoal em regime de tempo integral designado à prontidão e resposta a situações de desastres.
- A captação de recursos foi muito bem sucedida. O OE5 teve a mais elevada captação de recursos em porcentagem do orçamento aprovado (141%) e a segunda mais elevada em valor total (US\$ 41 milhões provenientes de outras fontes). Este sucesso se deve à grande participação da comunidade internacional nas operações de resposta e, neste biênio, à resposta à pandemia. O interesse dos parceiros mais nas operações de resposta que em prontidão e alívio é motivo de preocupação. Não podem ser usados fundos de resposta para cobrir as atividades básicas e o pessoal.
- Os principais parceiros/doadores em prontidão e resposta a situações de desastres no momento são: Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI), Escritório dos EUA de Assistência a Desastres no Exterior (OFDA), Agência Espanhola de Cooperação Internacional e Desenvolvimento (AECID), Departamento Europeu de Ajuda da Comissão Europeia (ECHO), Departamento de Estado dos EUA, Organismo Internacional Sueco de Cooperação de Desenvolvimento (ASDI), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial (BM).

## LIÇÕES APRENDIDAS

- A Organização pode apenas responder a emergências em grande escala se todas as partes da Organização, incluindo as entidades técnicas, estratégicas e administrativas, estiverem envolvidas nas operações.
- Para manter altos níveis de resposta rápida e eficiente, é preciso maior participação de toda a Organização, a revisão dos mecanismos regionais de resposta e maior apoio financeiro para prontidão a emergências.
- Como os projetos de recuperação tendem a durar mais de seis meses, é uma dificuldade identificar os especialistas e os coordenadores do grupo orgânico disponíveis. As representações nos países também precisam receber treinamento adicional quanto às responsabilidades e procedimentos do grupo orgânico.
- Embora projetos de reconstrução pós-desastres (como centros de saúde, hospitais, sistemas de água) tenham sido implementados com êxito, não existem mecanismos institucionais e administrativos implantados na RSPA para facilitar a sua execução. A Organização precisa decidir o nível da sua participação na reconstrução pós-desastre.
- Nos últimos anos, foi observada uma maior participação da comunidade internacional e dos parceiros financeiros nas operações de resposta no detrimento às atividades de prontidão e alívio. Isso é motivo de preocupação, visto que os desastres apenas podem ser aliviados com investimento em prontidão.
- Comunicações e parcerias eficientes com uma ampla gama de atores são fundamentais para os avanços em redução de risco e prontidão a desastres.

## AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 5.1: Os Estados Membros e os parceiros receberam apoio através de cooperação técnica para o desenvolvimento e o fortalecimento de planos de prontidão para situações de emergência e programas em todos os níveis.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Quatro das quatro metas de indicadores alcançadas e superadas.					
Embora a Região tenha enfrentado o princípio de uma pandemia de gravidade desconhecida e, como consequência, a maioria dos recursos humanos da OPAS e dos ministérios da Saúde foi alocada para responder a esta emergência, o nível de prontidão e alívio na Região continuou a aumentar com a rápida captação de financiamento adicional e recrutamento de pessoal. Todos os indicadores foram alcançados durante o biênio de 2008–2009 e, neste ritmo, os indicadores de RERs de 2013 também serão alcançados. Contudo, a fim de alcançar as metas programadas, há necessidade de melhorar a qualidade dos avanços, assim como incorporar outros países (mais complicados) para o trabalho conjunto nos próximos dois biênios.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
5.1.1	Número de países que elaboraram e avaliaram planos de prontidão para situações de desastres para o setor da saúde	23	30	SIM	Superado: 31 países

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
5.1.2	Número de países com planos abrangentes de atendimento a vítimas em massa implementados	14	16	SIM	Superado: 21 países
5.1.3	Número de países que elaboram e implementam programas para redução da vulnerabilidade de saúde e de infraestruturas de água e de saneamento	9	20	SIM	Superado: 21 países
5.1.4	Número de países que informam dispor de um programa de saúde em situações de desastres com pessoal de tempo integral e orçamento específico	10	11	SIM	Superado. 13 países

**RER 5.2: Apoio oportuno e apropriado prestado aos Estados Membros para assistência imediata às populações afetadas por crises.**

**No rumo certo**

Avaliação do RER: Quatro das quatro metas de indicadores alcançadas.

Neste biênio, a Organização teve de responder não apenas aos desastres tradicionais como furacões e enchentes, mas também a epidemias que geram a declaração de emergência nacional, como a febre amarela no Paraguai e dengue em diversos países da América Central. Além disso, a Região teve sua primeira pandemia sob o novo Regulamento Sanitário Internacional, desencadeando, pela primeira vez, uma resposta que, além de ser multisetorial, envolveu todos os países e instituições de saúde da Região e do mundo. Colaboração foi realizada em todos os níveis da Organização, não apenas das unidades técnicas, mas também das áreas administrativas e estratégicas. A Organização respondeu a todas as necessidades de saúde dos Estados Membros como declarado na recente avaliação externa. Todos os indicadores foram alcançados durante o biênio de 2008–2009. Este não é um RER tradicional, pois o cumprimento das metas de indicadores se refere a atividades em curso, como apoio durante crises e desastres efetivos e futuro.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
5.2.1	Proporção de emergências para as quais e avaliações de saúde e nutrição estão sendo implementadas	40%	65%	SIM	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado</i>
5.2.2	Número de mecanismos e grupos de trabalho interinstitucionais regionais relacionados com a emergências onde a OPAS/OMS têm participação ativa	4	6	SIM	
5.2.3	Proporção de emergências para as quais existem implementadas intervenções para saúde materna, saúde do recém-nascido e saúde infantil	50%	75%	SIM	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado</i>
5.2.4	Proporção de emergências onde uma resposta a emergências é iniciado em 24 horas após a solicitação	100%	100%	SIM	

<b>RER 5.3: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para reduzir o risco do setor da saúde em desastres e assegurar a recuperação mais rápida das populações afetadas.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das três metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Em nenhum outro biênio a OPAS teve tão profundamente envolvida na reconstrução com um enfoque que vai além da área de trabalho de emergência. Fundos foram captados para a recuperação do setor da saúde em todos os eventos relevantes como o terremoto no Peru, furacões na República Dominicana e furacões em Cuba. Medidas para Redução de Risco em Situações de Desastres foram incorporadas em construções novas e/ou reparos de estabelecimentos de saúde. Todos os indicadores foram alcançados durante o biênio de 2008–2009. Todos os projetos foram implementados satisfatoriamente mas a um alto custo institucional, pois os mecanismos de execução administrativa e de outros tipos estão em fase de desenvolvimento.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
5.3.1	Proporção de avaliações de necessidades pós-conflitos e pós-desastres realizadas que contêm um componente de saúde sensível ao gênero	100%	100%	SIM	
5.3.2	Proporção de planos de ação humanitária para emergências complexas e invocações consolidadas com componentes estratégicos e operacionais para a saúde incluídos	100%	100%	SIM	
5.3.3	Proporção de países em situação de transição ou de recuperação pós-desastre que se beneficiam de avaliações de necessidades e de apoio técnico nas áreas de saúde materna e saúde do recém-nascido, saúde mental e nutrição	100%	100%	SIM	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado</i>

<b>RER 5.4: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica coordenada para o fortalecimento da prontidão, recuperação e redução de risco em áreas como doenças transmissíveis, saúde mental, serviços de saúde, inocuidade dos alimentos e radiação nuclear.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das três metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Durante este biênio, aumentaram as atividades interprogramáticas relacionadas com prontidão e redução de risco com áreas como Vigilância em Saúde, Controle e Prevenção de Doenças (HDM), Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental (SDE), Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres (PED), Sistemas de Saúde baseados na Atenção Primária à Saúde (HSS) e Gênero, Diversidade e Direitos Humanos (GDR). Um plano de ação específico foi elaborado entre todas essas unidades e atividades foram identificadas para o restante do Plano Estratégico, por exemplo: desenvolver curso de ação em caso de acidente nuclear e radiológico; Equipe Regional de Resposta em Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental; e elaborar uma política para os serviços de emergência com os sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde. Todos os indicadores foram alcançados durante o biênio de 2008–2009. Não há razão para acreditar que algum dos indicadores deste RER não será alcançado; porém, este é provavelmente o resultado mais difícil de todos os resultados esperados sob o OE5. Para a sua execução adequada, é preciso real disposição de cooperação e compromisso com as metas da Organização por todas as áreas de trabalho. Este RER tem implicações interinstitucionais, resultando em atividades e mecanismos de coordenação adicionais sendo estabelecidos no âmbito regional e sub-regional, principalmente na área de redução de risco.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
5.4.1.	Proporção de países afetados por emergência onde uma avaliação integral do risco de doenças transmissíveis foi realizada e um perfil epidemiológico e kit de ferramentas foram criados e disseminados entre os organismos parceiros	90%	100%	SIM	
5.4.2.	Proporção de situações envolvendo desastres naturais agudas ou conflitos para os quais um sistema de alerta precoce e vigilância de doenças foi ativado e onde intervenções para o controle de doenças transmissíveis foram implementadas	90%	100%	SIM	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado</i>
5.4.3.	Proporção de emergências em que cooperação técnica coordenada (grupo de trabalho da RSPA) é fornecida, conforme necessário	100%	100%	SIM	

<b>RER 5.5: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para fortalecer o estado de prontidão nacional e estabelecer mecanismos de alerta e resposta para emergências em inocuidade dos alimentos e de saúde ambiental.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Quatro das quatro metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Foi complicado alcançar todos os indicadores, pois este RER inclui três tópicos técnicos que não são relacionados entre si: inocuidade dos alimentos, emergências químicas e emergências radiológicas, que são coordenadas e monitoradas por três áreas distintas da RSPA. Além disso, baixa prioridade foi dada a este RER, como demonstrado pela pequena alocação de fundos adicionais, em particular ao componente de inocuidade dos alimentos. Além disso, muitas atividades programadas para o segundo semestre de 2009 foram postergadas para o próximo biênio devido à pandemia de influenza. Recursos adicionais são necessários para assegurar que as metas de 2013 para este RER sejam alcançadas. O progresso anterior e os interesses dos países indicam que a meta de prontidão tanto para emergências químicas como radiológicas será atingida ou superada até 2013.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
5.5.1.	Proporção de emergências de inocuidade dos alimentos e de saúde pública ambiental para as quais há uma resposta pronta	50%	60%	SIM	
5.5.2.	Número de países com planos nacionais para prontidão e atividades de alerta e resposta no que se refere a emergências químicas, radiológicas e de saúde ambiental	20	24	SIM	
5.5.3.	Número de países com pontos focais para a rede internacional de autoridades de inocuidade dos alimentos e para emergências de saúde ambiental	28	29	SIM	
5.5.4.	Número de países que alcançaram um estado de prontidão e finalizaram o estoque dos itens necessários para assegurar uma resposta imediata a emergências químicas e radiológicas	8	10	SIM	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado</i>

<b>RER 5.6: Comunicação, formação de parcerias e coordenação eficazes desenvolvidas com organizações no sistema das Nações Unidas, governos, organizações não governamentais locais e internacionais, instituições acadêmicas e associações profissionais no âmbito nacional, regional e global.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das três metas de indicadores alcançadas.</p> <p>É interessante observar a ampla variedade de organismos com quem foram formadas parcerias – dos organismos das Nações Unidas (mecanismo de grupo orgânico; relatórios pós-desastre etc.) a ONGs e agências regionais como a Agência Caribenha de Resposta de Emergência a Desastres (CDERA), Centro de Coordenação da Prevenção de Desastres Naturais na América Central (CEPREDENAC) e Comitê Andino para Prevenção e Atenção de Desastres (CAPRADE). Instituições acadêmicas (por exemplo, CISMID – Centro para Engenharia Sísmica e Alívio de Desastres e Universidade das Índias Ocidentais) e associações profissionais (por exemplo, a sede local do Caribe da Associação Internacional de Engenheiros Estruturais) também estão contribuindo cada vez mais com os planos de trabalho anuais da OPAS. Todos os indicadores foram alcançados durante o biênio de 2008–2009. Desde o início do atual Plano Estratégico, foram alcançados os indicadores projetados deste resultado esperado. Durante este mesmo período, não houve dificuldade que indicaria haver qualquer problema para manter a mesma direção positiva para o restante do Plano Estratégico. De fato, pode-se esperar um aumento nas parcerias com uma variedade de instituições e organizações fora da Região. Isto melhoraria o conteúdo e a padronização das comunicações de desastres e informações em âmbito global e maior conhecimento dos muitos produtos elaborados e avanços alcançados nas Américas.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
5.6.1.	Proporção de emergências onde o sistema de grupo orgânico de saúde das Nações Unidas é operacional, se requerido	100%	100%	SIM	
5.6.2.	Número de mecanismos e grupos de trabalho interinstitucionais regionais relacionados a emergências onde a OPAS/OMS têm participação ativa	4	8	SIM	Iniciativa modelo para boas doações desenvolvida com os parceiros.
5.6.3.	Proporção de desastres nos quais os relatórios originados em cada país e das Nações Unidas inclui informações de saúde	100%	100%	SIM	

**OE6: Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir os fatores de risco, como fumo, uso de álcool, uso de drogas e outras substâncias psicoativas, alimentação não saudável, sedentarismo e sexo sem proteção, que afetam a situação de saúde.**

**No rumo certo**

## **AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA**

### ***Progresso para o cumprimento do OE em 2013***

131. As metas estabelecidas para reduzir o risco com relação ao álcool, fumo e doenças não transmissíveis (DNTs) para 2013 devem ser alcançadas. A integração da promoção da Saúde foi iniciada e institucionalizada e o Seminário Global Municípios Saudáveis em Buenos Aires demonstrou ser uma estratégia importante para promover a saúde em todas as políticas. Políticas baseadas em dados objetivos para o controle do fumo foram implantadas em âmbito regional e sub-regional. Mais cinco países assumiram o compromisso da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS – CQCT da OMS (Nicarágua, Colômbia, Costa Rica, Suriname e Bahamas) e legislação antifumo baseada em dados objetivos em cumprimento à CQCT da OMS foi aprovada na Bolívia, Colômbia, Guatemala, México, Panamá, Trinidad e Tobago e Uruguai. Dez países recebem apoio através de cooperação técnica para desenvolver atividades com vistas a reduzir os problemas relacionados com álcool. Os países (Argentina, Barbados, Bahamas, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, Jamaica, México, Paraguai, Peru, Saint Kitts e Névis e Uruguai) que reconheceram a vigilância dos fatores de risco e incluíram-na como responsabilidade do governo e do ministério da Saúde estão atualmente em situação mais avançada quanto à promoção da saúde e prevenção das DNTs na Região. Há também vontade política renovada para abordar a promoção do sexo seguro. Alterações nas agendas dos governos abriram espaço para avançar além dos programas com base em enfoques exclusivamente de abstinência. Há uma evidente constatação de que o desafio da epidemia de aids não será superado a menos que haja uma ênfase forte na prevenção.

132. O Seminário Global Municípios Saudáveis em Buenos Aires demonstrou ser uma estratégia importante para promover a saúde em todas as políticas. Foi também a primeira atividade regional realizada em preparação ao Dia Mundial da Saúde de 2010.

133. Uma estratégia regional para o abuso de substâncias a ser discutida em 2010 no Conselho Diretor também ajudará alcançar o RER 6.4, que inclui todas as substâncias psicoativas.

134. Diante da crise econômica e do número e magnitude dos recentes desastres naturais, há a possibilidade de os países não enxergarem a relevância de abordar as questões de uma perspectiva saúde urbana. Deve-se também observar que a aprovação de uma estratégia global para o álcool levará com o tempo a uma estratégia regional para o álcool, requerendo mais recursos humanos e financeiros aos níveis regional e nacional. Uma estratégia regional para o abuso de substâncias também requererá a alocação de recursos para as atividades nacionais. Há falta de recursos humanos na maioria dos países e, portanto, cooperação técnica é essencial para o planejamento e implementação das atividades e estas requerem recursos financeiros e humanos. Com respeito ao fumo, o principal risco é a falta de recursos, visto que fundos são principalmente provenientes de outras fontes e a maioria das verbas são destinadas (por exemplo, Projeto Bloomberg: Brasil e México).

### ***Avaliação de 2008–2009***

#### *Principais avanços durante o biênio:*

- Progresso significativo para a redução do risco em relação ao álcool, fumo e DNTs.
- Compromisso político renovado em termos de promoção do comportamento sexual seguro.
- Integração da promoção da saúde iniciada e institucionalizada.
- O Seminário Global Municípios Saudáveis realizado em Buenos Aires é uma estratégia importante para promover a saúde em todas as políticas.

#### *Desafios que afetam o desempenho:*

- Falta de uma estratégia global e regional para o álcool.
- Necessidade de fortalecer a coordenação com a sede da OMS com respeito aos fundos do Projeto Bloomberg para o controle do fumo.
- Apesar do fato de que a maioria dos países da Região está legalmente vinculada à CQCT da OMS (Resolução DC48/12 em 2008), o fumo nem sempre é visivelmente incluído nos planos nacionais.
- A vigilância de doenças crônicas é uma nova área de trabalho para a maioria dos países na Região.

**AValiação ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
16.000.000	14.220.998	89%	13.195.514	93%

135. Dos US\$ 14,2 milhões disponíveis para o biênio, US\$ 7,9 milhões (56%) foram provenientes de outras fontes. A maioria do financiamento para este OE continua a ser proveniente das contribuições voluntárias, como o Projeto Bloomberg e OMS/CDC. Esses fundos são destinados, o que limita a flexibilidade para prestar cooperação técnica aos países em algumas áreas.

**LIÇÕES APRENDIDAS**

- É importante ter “defensores” como as equipes nacionais do Brasil, Chile ou Bahamas, para mostrar aos outros países “como eles fizeram” e fazer o processo avançar.
- No próximo biênio, atenção especial precisa ser dada à importância das informações de saúde no processo de planejamento e estabelecimento de prioridades e ao papel dos profissionais da saúde em garantir estas informações.
- A cooperação com outros setores é fundamental para melhorar a eficiência e evitar duplicação.
- O compromisso político ao nível global, regional e nacional é necessário para aumentar a alocação de recursos humanos e financeiros para o alcance do OE6. Interesses concorrentes dos operadores econômicos representam uma força importante que influencia a tomada de decisão no âmbito nacional e apenas podem ser superados com o firme compromisso e cooperação técnica. Com relação ao abuso de substâncias, um enfoque de saúde pública não tem sido promovido na Região e apenas foi iniciado em âmbito global (um exemplo é o programa conjunto de trabalho entre a OMS e UNODC). Portanto, assumir um papel principal e trabalhar com outras organizações internacionais facilitará o cumprimento dos indicadores dos OEs e RERs até 2013.

## AValiação DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 6.1: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para fortalecer sua capacidade de promoção da saúde em todos os programas relevantes; e estabelecer colaborações multissetoriais e multidisciplinares eficazes para promover a saúde e evitar ou reduzir os principais fatores de risco.</b>						<b>No rumo certo</b>
<p><u>Aviação do RER:</u> Três das três metas de indicadores alcançadas, inclusive uma foi superada.</p> <p>Embora os países tenham assumido compromisso com o fortalecimento da sua capacidade de promoção da saúde, estabelecer colaboração efetiva multissetorial e multidisciplinar continua sendo uma dificuldade no âmbito nacional e será abordado no próximo biênio. Na área das políticas e recursos de promoção da saúde, a meta para 2009 foi superada e os países reconhecem claramente a necessidade de elaborar políticas sólidas sustentadas pelos recursos necessários para executá-las. Mais especificamente, nos espaços saudáveis como o das escolas promotoras da saúde, os países também superaram a meta prevista e esta continuará a ser prioridade no próximo biênio. A área da saúde urbana é nova e, embora os países tenham recebido informações preliminares, ela ainda não é considerada prioridade pelos países.</p> <p>Em 2009, foi realizada uma importante conferência global da OMS sobre promoção da saúde. Nesta Região, todos os países tiveram oportunidade de contribuir e fazer comentários sobre os documentos contextuais e a versão preliminar Chamada à Ação. Isto ajudou a estimular o interesse e o compromisso com os diversos aspectos da promoção da saúde.</p> <p>Há várias atividades e estratégias planejadas para 2010–2011 que ajudarão enormemente incentivar essas agendas. Vários cursos estão sendo elaborados para o campus virtual, que permitirão a todos os países interessados desenvolver habilidades e preparar melhor o pessoal com as ferramentas necessárias para impulsionar essas estratégias de promoção da saúde. A biblioteca virtual da OPAS será bastante ampliada para incluir mais estratégias, enfoques e ferramentas que facilitarão o planejamento e a implementação de políticas concretas, iniciativas e atividades. Como o Dia Mundial da Saúde 2010 terá como tema central a saúde urbana e vida saudável em meios urbanos, a área da saúde urbana terá um grande incentivo.</p>						
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso	
6.1.1	Número de países que possuem políticas de promoção da saúde e planos com recursos	11	15	SIM	Superado: 25 países	
6.1.2	Número de países com redes de escolas saudáveis (ou equivalente)	7	10	SIM		
6.1.3	Número de países que adotam o modelo conceitual de saúde urbana da OPAS/OMS	0	2	SIM	Deve-se observar que os países na Região ainda estão em fase de conceitualização deste modelo visto que é um tema novo para a OPAS.	

<b>RER 6.2: Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para fortalecer os sistemas nacionais de vigilância dos principais fatores de risco com o desenvolvimento e validação de modelos, ferramentas e procedimentos operacionais e sua divulgação.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Uma das quatro metas de indicadores alcançada, duas não alcançadas e uma não avaliada.</p> <p>Pode-se concluir que a cooperação técnica da OPAS continua fornecendo modelos, ferramentas e procedimentos operacionais para a vigilância das DNTs. Um número limitado de países na Região assegurou recursos para o cumprimento contínuo deste RER.</p> <p>Há um aumento do número de países na Região que reconhecem a importância da vigilância dos fatores de risco para o planejamento de programas de combate a doenças não transmissíveis. Exemplos de sistemas bem sucedidos de vigilância dos fatores de risco no âmbito nacional são vistos no Brasil, Chile, Argentina, Colômbia e Bahamas, que destinaram recursos (humanos e financeiros) à vigilância e realizaram mais de um estudo sobre os fatores de risco.</p> <p>Contudo, um maior conhecimento da importância da vigilância dos fatores de risco na Região não corresponde em vários países à garantia adequada dos recursos humanos e financeiros necessários para dar apoio à vigilância dos fatores de risco. Desastres naturais ou ameaça de pandemia pelo H1N1 na Região tiveram influência na decisão dos governos e ministérios da Saúde de desviar recursos a estas emergências.</p> <p>A vigilância dos fatores de risco está ganhando importância e mais países estão usando-na em decisões sobre políticas e planejamento para apoiar ao objetivo estratégico, de maneira que se pode esperar que os objetivos de 2013 sejam alcançados.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
6.2.1	Número de países que desenvolveram um sistema nacional de vigilância operante usando a metodologia Pan Am STEPs (enfoque gradual pan-americano para a vigilância dos fatores de risco de doenças crônicas) para relatórios periódicos sobre os principais fatores de risco para a saúde de adultos	6	10	NÃO	8 de 10 países alcançaram a meta. Atrasado no Paraguai e Trinidad e Tobago. O processo preparatório está bem avançado e estudos dos fatores de risco serão realizados em ambos os países em 2010.
6.2.2	Número de países que desenvolveram um sistema nacional de vigilância operante com base em inquéritos de saúde do escolar (Pesquisa Global de Saúde do Escolar) e que produzem relatórios periódicos sobre os principais fatores de risco para saúde em jovens	11	15	SIM	
6.2.3	Número de países que produzem dados sobre os fatores de risco (através de registros e estudos populacionais) a serem incluídos no banco de dados regional de fatores de risco e doenças não transmissíveis (NCD InfoBase)	0	15	N/D	Não avaliado, visto que este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
6.2.4	Número de países que implementaram (e usam e analisam) indicadores básicos de saúde padronizados para doenças crônicas e fatores de risco junto com outros dados estatísticos	0	8	NÃO	90% alcançadas em 7 dos 8 países pretendidos.

**RER 6.3: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica em políticas, estratégias, programas e diretrizes bem fundamentados e éticos para prevenção e redução do fumo e problemas relacionados.**

**No rumo certo**

Avaliação do RER: Quatro das quatro metas de indicadores alcançadas.

Em geral, bom progresso foi alcançado para prevenir e reduzir o fumo em 2009 e, em vista deste firme e constante avanço, prevê-se que as metas para 2013 serão alcançadas.

Se o atual compromisso político dos países for mantido, as metas para 2011 e 2013 serão alcançadas, embora os poucos recursos existentes serão uma dificuldade para a cooperação técnica.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
6.3.1	Número de países que adotaram a proibição ao fumo em estabelecimentos de ensino e de saúde em conformidade com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	4	10	SIM	
6.3.2	Número de países que adotaram a proibição de publicidade, promoção e patrocínio de produtos do tabaco em conformidade com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	0	5	SIM	
6.3.3	Número de países com regulamentações sobre embalagem e rotulagem de produtos do fumo em conformidade com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	8	21	SIM	
6.3.4	Número de países que estabeleceram ou reforçaram um mecanismo de coordenação ou ponto focal nacional para o controle do fumo	18	20	SIM	

<b>RER 6.4: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para elaborar políticas, estratégias, programas e diretrizes bem fundamentados e éticos para a prevenção e redução do uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas e problemas relacionados.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Uma de uma meta de indicador não alcançada.</p> <p>O número esperado de países recebeu apoio através de cooperação técnica para desenvolver uma variedade de atividades a fim de reduzir os problemas relacionados com o álcool. Porém, alguns países enfrentaram limitações políticas e de recursos humanos (RH), incluindo compromisso político restrito de outros setores, para executar plenamente as atividades. Como há falta de estratégia regional ou global para combater o álcool ou abuso de substâncias, considera-se importante a implementação das atividades.</p> <p>Os governos sofrem pressão dos operadores econômicos com relação à formulação de políticas para o álcool, dificultando ainda mais a aprovação de novas leis e a elaboração de políticas nacionais, além da falta de capacidade nos ministérios da Saúde para enfrentar os problemas do álcool de uma perspectiva de saúde pública e recursos humanos limitados para lidar com o problema nas várias áreas de trabalho. É possível que parte do trabalho em relação ao álcool e abuso de substâncias esteve vinculado ao OE3, que considera saúde mental/transtornos mentais.</p> <p>Uma estratégia global para o álcool dará apoio político às atividades nos países e ajudará o cumprimento da meta em 2013. Uma estratégia regional para o abuso de substâncias proporcionará novos foros para a cooperação técnica e contribuirá para o cumprimento da meta. O alcance do 6.4 é provável, visto que está prevista a aprovação de uma estratégia global para álcool pela Assembleia Mundial da Saúde em 2010. Isto aumentará o compromisso político ao nível regional e nacional de se empenhar para o alcance dos resultados esperados em toda a Organização (OWER) e os resultados esperados por Repartição (OSER).</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
6.4.1	Número de países que implantaram as políticas, planos ou programas para prevenção de problemas de saúde pública causados pelo uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas	11	13	NÃO	Compromisso político e limitações de RH não permitiram o alcance da meta.

<b>RER 6.5: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para elaborar políticas, estratégias, programas e diretrizes bem fundamentados e éticos para prevenção e redução da alimentação não saudável e sedentarismo e problemas relacionados.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Duas das sete metas de indicadores alcançadas.					
<p>Embora existam poucas políticas elaboradas nos países, comprovadamente elas têm importância e influência. Houve progresso na criação de espaços públicos para andar de bicicleta e na redução do marketing direto de alimentos dirigido às crianças.</p> <p>A preocupação crescente com as DNTs na Região se deve ao aumento vertiginoso nos gastos de saúde (despesas públicas e desembolsos) e ao aumento da cobertura da mídia dos fatores de risco para saúde e custos de saúde no âmbito nacional e internacional. É também importante: (a) atividade de saúde pública nesta área que inclui redes regionais como Ciclovias, RAFA, 5-A-Day, vigilância, cidades saudáveis etc.; (b) publicação de uma declaração conjunta da OPAS e o Instituto Americano de Pesquisa do Câncer que identifica as políticas públicas necessárias para ter êxito em melhorar as metas de alimentação e de atividade física em nível populacional.</p> <p>O RER que se refere a questões específicas como redução do sal, açúcar e gordura nos alimentos processados está ganhando o impulso porque há maior interesse político e a imprensa popular está fazendo a cobertura dos problemas com maior interesse. As questões que recebem menos atenção são o marketing de alimentos dirigido às crianças e intervenção de planejamento urbano, que repercutem positivamente na saúde pública. Em relação a isso, há iniciativas nacionais em andamento, por exemplo, no México, como parte de um pacto nacional com todos os setores; no Brasil, que elaborou legislação completa sobre o marketing dirigido às crianças que ainda precisa ser sancionada; e no Chile, que está começando a implementar medidas para limitar o marketing dirigido às crianças como parte de uma campanha de combate à obesidade.</p> <p>As perspectivas são animadoras à medida que esta questão ganha impulso e o papel de liderança da OPAS ganha importância diante da série atual de esforços por parte de diferentes setores e organizações. É fundamental o papel do Fórum de Parceiros em apoiar políticas públicas e intervenções de êxito nacionais e locais.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
6.5.1	Número de países que formularam diretrizes nacionais para promover a alimentação saudável e a atividade física incluindo a estratégia de Alimentação, Atividade Física e Saúde (AAFS)	8	10	SIM	
6.5.2	Número de países que iniciaram ou estabeleceram sistemas de transporte de massa rápidos em pelo menos uma de suas grandes cidades	7	10	N/D	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
6.5.3	Número de países que iniciaram ou estabeleceram programas para combustíveis limpos no transporte em pelo menos uma de suas grandes cidades	3	7	N/D	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado</i>
6.5.4	Número de países que criaram espaços favoráveis a pedestres e bicicletas, programas de promoção de atividade física e iniciativas de controle da criminalidade, em pelo menos uma de suas grandes cidades	7	10	SIM	Dez países aderiram à renovação das áreas construídas e 74 cidades na Região têm espaços favoráveis aos pedestres, de modo que a meta foi alcançada.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
6.5.5	Número de países que iniciaram políticas de eliminação progressiva de gorduras trans e chegaram a acordos com a indústria de alimentos para reduzir o açúcar, sal e gordura de alimentos processados	4	7	NÃO	Embora a meta não tenha sido alcançada, deve-se observar que o Brasil, Chile, México, Canadá e EUA iniciaram políticas de regulamentação, servindo de modelo a ser copiado na Região.
6.5.6	Número de países que iniciaram políticas para eliminar o marketing/publicidade direta de alimentos dirigida a crianças menores de 12 anos	2	7	NÃO	O marketing de alimentos dirigido às crianças não recebe muita atenção dos países apesar de sua importância, e a OPAS não tem recursos para aumentar o interesse neste assunto. Na próxima AMS 2010, o assunto será tratado pela primeira vez em um fórum de saúde pública. Os países líderes em saúde pública estão no momento examinando políticas que proíbam a publicidade de alimentos processados alta concentração de açúcar e sal.
6.5.7	Número de países que iniciaram políticas ou programas para aumentar o consumo de laticínios com baixo teor de gordura, peixes e frutas e legumes	5	7	SIM	

<b>RER 6.6: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para elaborar políticas, estratégias, programas e diretrizes bem fundamentados e éticos para a promoção do sexo seguro.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Uma de uma meta de indicadores alcançada.</p> <p>Embora tenha existido progresso, as ações destinadas a promover práticas de sexo seguro devem ser intensificadas visto que cerca de 45% dos novos casos de infecção HIV ocorrem em indivíduos com idade entre 15 e 24 anos.</p> <p>Há firme vontade política para fazer avançar a agenda da prevenção. As mudanças nas agendas dos governos criaram oportunidades para ir além de programas com enfoques exclusivamente de abstinência. É evidente a constatação de que o desafio da epidemia de aids não será superado a menos que haja forte ênfase na prevenção.</p> <p>A promoção de sexo seguro é uma atividade permanente que precisa ser continuada ao longo do tempo, visto que novos segmentos da população crescem e tornam-se sexualmente ativos. Portanto, os avanços neste campo são temporários e parciais por definição.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
6.6.1	Número de países que implementaram intervenções novas ou aprimoradas em nível individual, familiar e comunitário para promover comportamentos de sexo seguro	5	7	SIM	

**OE7: Considerar os determinantes socioeconômicos básicos da saúde por meio de políticas e programas que melhoram a igualdade na saúde e integram enfoques baseados nos direitos humanos que favoreçam as populações pobres e sejam sensíveis ao gênero**

**No rumo certo**

## **AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA**

### ***Progresso para o cumprimento do OE em 2013***

136. Com base no progresso feito em 2008–2009, o OE está no rumo certo. A aprovação do Plano de Ação para a Política de Igualdade de Gênero, a disposição dos países de adotar um enfoque de direitos humanos, a institucionalização de prioridades transversais e a resposta rápida para trabalhar com a iniciativa Rostos, Vozes e Lugares no âmbito nacional permitirá o progresso contínuo para o alcance do OE.

### ***Avaliação de 2008–2009***

#### ***Principais avanços durante o biênio:***

- O compromisso com as recomendações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde é evidente no âmbito nacional. A OPAS realizou uma consulta sobre os determinantes com os representantes de povos indígenas de 20 países para uma melhor compreensão e execução para a melhoria da saúde. Foi desenvolvido um modelo específico para os sistemas de saúde baseados nos determinantes da saúde na Costa Rica e foi criada uma Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde no Brasil.
- Os países empreenderam esforços significativos para produzir e disponibilizar dados desagregados ao nível subnacional para facilitar a análise das disparidades de saúde por representação geográfica.
- Equipes de 15 países foram treinadas em produção e análise de dados desagregados por sexo e grupo étnico com uma perspectiva cultural e de gênero.
- A OPAS apoiou países para elaborar políticas que incluam determinantes sociais, igualdade, desenvolvimento local e iniciativas intersetoriais e foi lançado um curso de ensino online sobre determinantes sociais da saúde.

- A cooperação técnica da OPAS deu ênfase ao trabalho no âmbito subnacional, incluindo os municípios, com foco especial às comunidades mais pobres e mais vulneráveis sob a iniciativa Rostos, Vozes e Lugares, motivando o compromisso e a colaboração interinstitucional.
- Em todos os países visados em 2009, tratados e normas de direitos humanos foram difundidos e processados incluindo a aprovação pelos Estados Membros da OPAS de quatro planos de ação baseados em tratados e normas de direitos humanos internacionais/regionais: saúde mental, envelhecimento ativo, implementação de políticas de igualdade de gênero e saúde do jovem. A RSPA prosseguiu com a capacitação do pessoal de Sede e representações nos países usando um novo curso de ensino online sobre a saúde e legislação de direitos humanos.
- A Política de Igualdade de Gênero facilitou a integração do gênero na análise da situação geral, nos sistemas de informação de saúde e nas ferramentas para medir as desigualdades de gênero.
- Foi fortalecida a capacidade para incluir o gênero no planejamento e programação de saúde dentro da RSPA, assim como em 20 países.

*Desafios que afetam o desempenho:*

- Consistência interna, integridade e outros atributos de qualidade são ainda um problema sério nos dados desagregados no âmbito subnacional para análise e monitoramento das desigualdades de saúde na maioria dos países.
- A integração do gênero é ainda considerada um complemento e não um conceito eficiente e estratégia para eficiência para a igualdade.

## **AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
17.400.000	17.466.448	100,4%	16.539.593	95%

137. Dos US\$ 17,47 milhões, US\$ 10,17 milhões (58%) foram de contribuições voluntárias. A maioria dos fundos é proveniente da OMS, Noruega, Espanha e União Europeia. Com o apoio dos fundos espanhóis, a Organização conseguiu reforçar uma cooperação técnica integrada em nível nacional direcionada aos municípios mais pobres e treinar as equipes locais em saúde e desenvolvimento local através do campus virtual da OPAS.

## LIÇÕES APRENDIDAS

- O uso constante de instrumentos de direitos humanos internacionais nas reuniões do Órgãos Diretivos e atividades de capacitação nos países está contribuindo para o fortalecimento e desenvolvimento progressivo em direito nacional e internacional do direito ao grau máximo de saúde que se pode alcançar. Uma das grandes lições aprendidas é que os Estados Membros estão dispostos a cumprir com as obrigações dos tratados de direitos humanos na saúde. O sucesso nesta área requer “especificidade” nos enfoques, principalmente nos serviços de saúde (nos países) em vez de em um nível teórico. A reforma de políticas e leis com base nas normas internacionais em áreas muito específicas deve ser sempre o objetivo primário, envolvendo não apenas os ministérios da Saúde mas também os parlamentos e o sistema judiciário.
- Deve ser destacada a necessidade de fontes de informação melhores e mais fidedignas, em particular pontos focais mais ativos para questões relacionadas com o OE7 e seus componentes, principalmente 7.4.1 e 7.4.2.
- Um enfoque descentralizado, orientado ao serviço com ênfase na melhoria da eficiência e igualdade é necessário para incorporar a perspectiva de gênero e grupo étnico na OPAS.
- A colaboração interprogramática dentro da OPAS é essencial para promover a integração em todos os níveis.
- Ter uma sólida base de dados objetivos de gênero/grupo étnico, ferramentas práticas e aptidões técnicas e analíticas aprimoradas favorecem a aceitação e são fundamentais para o monitoramento, defesa da causa e tomada de decisão esclarecida: (a) há necessidade de responder aos desafios dos ODMs dentro de um modelo de determinantes sociais da saúde; (b) há também necessidade de trabalhar no âmbito local com os prefeitos e serviços de base utilizando uma metodologia que fortalece a autoridade dos membros da comunidade; (c) há necessidade de desenvolver uma estratégia de capacitação para as equipes que trabalham no âmbito local, através do campus virtual da OPAS; (d) deve ser elaborada uma cesta virtual de boas práticas para cada um dos ODMs como um repositório de experiências que, por sua vez, podem motivar outras comunidades a promover o progresso dos ODMs; (e) deve ser criada uma rede de prefeitos segundo a iniciativa Rostos, Vozes e Lugares, assim como sob a abrangência da rede de Municípios Saudáveis para partilhar experiências e boas práticas.

## AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 7.1: Importância dos determinantes da saúde e políticas sociais reconhecida em toda a Organização e incorporadas no trabalho normativo e cooperação técnica com os Estados Membros e outros parceiros.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas das duas metas de indicadores superadas.</p> <p>O indicador de RER foi alcançado com êxito e, ao longo de 2008–2009, foi reconhecida a importância da implementação por meio da Estratégia de Cooperação dos Países (ECP), assim como de estratégias e principais recomendações de políticas da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
7.1.1	Número de países que implementaram estratégias nacionais que consideram as principais recomendações de políticas da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde	0	4	SIM	Superado: 5 países.
7.1.2	Número de países cujos documentos de Estratégia de Cooperação dos Países (ECP) da OPAS/OMS incluem estratégias explícitas em nível nacional e local que abordam os determinantes socioeconômicos da saúde	0	5	SIM	Superado: 6 países.

<b>RER 7.2: Iniciativa por parte da OPAS/OMS de proporcionar oportunidades e meios para a colaboração intersetorial em nível nacional e internacional a fim de examinar os determinantes socioeconômicos da saúde e promover a redução da pobreza e o desenvolvimento sustentável.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das três metas de indicadores alcançadas, inclusive duas superadas.</p> <p>Os três indicadores de RER foram alcançados com êxito e a taxa de execução foi de 100%. Além de a meta ser atingida, cresceu o número de países comprometidos a examinar os determinantes socioeconômicos da saúde.</p> <p>Atenção especial foi dada à aliança de educação e saúde no âmbito local.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
7.2.1	Número de países cujas políticas públicas visam os determinantes socioeconômicos da saúde e política em uma base intersetorial e interprogramática	0	7	SIM	Superado: 10 países.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
7.2.2	Número de fóruns sub-regionais organizados para interessados diretos relevantes sobre ações intersetoriais para examinar os determinantes de saúde, políticas sociais e o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	0	1	SIM	
7.2.3	Número de países que implementaram a iniciativa Rostos, Vozes e Lugares	6	12	SIM	Superado: 17 países.

<b>RER 7.3: Dados socioeconômicos relevantes à saúde coletados e analisados de modo desagregado (por sexo, idade, grupo étnico, renda e situação de saúde, como doença ou incapacidade).</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das três metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Os países fizeram esforços significativos para produzir e disponibilizar dados desagregados no âmbito subnacional a fim de facilitar a análise das disparidades de saúde por representações geográficas.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
7.3.1	Número de países que produzem dados de saúde com qualidade e desagregação suficientes para avaliar e monitorar a igualdade na saúde em grupos populacionais importantes	8	12	SIM	
7.3.2	Número de países com pelo menos uma política nacional sobre igualdade na saúde que incorpora uma análise de dados desagregados	0	3	SIM	<i>Este Indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
7.3.3	Número de países com pelo menos um programa nacional sobre igualdade na saúde que usa dados desagregados	0	2	SIM	<i>Este Indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 7.4: Enfoques à saúde baseados em direitos humanos e ética promovidos dentro da OPAS/OMS e em âmbito nacional, regional e global.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER</u>: Duas das duas metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Tratados e normas de direitos humanos foram difundidos em mais de 10 países durante 2008 e 2009. Cerca de 200 autoridades em saúde pública foram treinadas em direitos humanos e 1.200 funcionários da OPAS receberam treinamento. Como resultado, a Região agora possui políticas, planos ou leis nacionais que protegem o direito à saúde e outros direitos humanos relacionados. Entre os exemplos estão: uma política nacional de acesso a medicamentos baseada em obrigações de direitos humanos (Panamá), uma lei nacional de saúde mental baseada em obrigações de direitos humanos (Argentina), uma política nacional sobre envelhecimento baseada em obrigações de direitos humanos (Saint Kitts e Névis), uma lei nacional de incapacidade baseada em obrigações de direitos humanos (República Dominicana), um plano nacional de HIV baseado em obrigações de direitos humanos (El Salvador) e uma declaração sub-regional baseada nas normas de direitos humanos para o acesso a vacinas, medicamentos, tecnologias e bens públicos (UNASUR, 2009). Destacam-se os esforços de algumas áreas técnicas e equipes ao nível da Sede, principalmente com relação às resoluções dos Órgãos Diretivos e documentos técnicos baseados em tratados e normas de direitos humanos.</p> <p>Os progressos no biênio de 2008–2009 permitiram ao Secretariado e aos Estados Membros propor e discutir um documento técnico e projeto de resolução sobre a aplicação de instrumentos de direitos humanos na saúde para grupos vulneráveis específicos, fortalecendo o reconhecimento do direito humano ao grau máximo de saúde que se pode alcançar e outros direitos humanos relacionados com a saúde.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
7.4.1	O número de países que usam: 1) normas e padrões de direitos humanos regionais e internacionais e 2) ferramentas de direitos humanos e documentos técnicos de orientação produzidos pela OPAS/OMS para revisar e/ou formular leis nacionais, políticas e/ou planos que promovam a saúde	9	10	SIM	
7.4.2	Número de países que usam ferramentas e documentos técnicos de orientação produzidos para os Estados Membros e outros interessados diretos sobre o uso de análise ética para melhorar as políticas de saúde	8	12	SIM	

<b>RER 7.5: Análise de gênero e medidas de resposta incorporadas ao trabalho normativo da OPAS/OMS e os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para a formulação de políticas e programas sensíveis ao gênero.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Três das três metas de indicadores alcançadas.					
<p>No último biênio, a RSPA consolidou muitas de suas iniciativas sobre integração de gênero e grupo étnico e se concentrou na implementação da Política de Igualdade de Gênero da OPAS. Em 2009, o Plano de Ação para a Aplicação a Política de Igualdade de Gênero (2005) foi aprovado pelo Conselho Director, dando a RSPA firme apoio político para avançar a execução da política dentro da Organização e nos Estados Membros aos quais a Política e Plano de ação também se aplicam.</p> <p>O grupo de Gênero, Diversidade e Direitos Humanos (GDR) trabalhou amplamente com as entidades da RSPA, Estados Membros, organismos das Nações Unidas e membros da sociedade civil para apoiar a integração de gênero e grupo étnico nos programas, planos e políticas nacionais dos Estados Membros e das OPAS. A RSPA começou a integrar gênero e grupo étnico nas principais ferramentas e processos como o Plano Bianual de Trabalho (BWP) e o manual operacional e processos relativos ao planejamento, nas Estratégias de Colaboração dos Países e nas diretrizes para elaborar os documentos dos Órgãos Diretivos. Em particular, o GDR se concentrou na capacitação de análise de gênero e na integração de gênero e grupo étnico nas ferramentas de treinamento, estratégias e planos de ação de quatro áreas técnicas específicas.</p> <p>No âmbito nacional, a RSPA prestou apoio aos países para a integração do gênero e grupo étnico nos programas e políticas nacionais de saúde (Estratégias de Colaboração dos Países), sob a coordenação do GDR. O GDR também colaborou com a análise de saúde para melhorar o embasamento sobre igualdade de gênero na saúde, assim como a capacitação ao integrar uma perspectiva de gênero na geração, análise e uso de estatísticas de saúde nos países. O apoio do GDR contribuiu para que uma perspectiva de gênero fosse incluída nos planos e projetos de saúde em sete países, incluindo cinco países prioritários. Grupo étnico foi nos planos nacionais de cinco países (México, Bolívia, Chile, Colômbia e El Salvador).</p> <p>Por meio de colaboração técnica, capacitação estratégica e parcerias com redes regionais, a RSPA continuará a apoiar a integração de gênero e grupo étnico nas políticas, planos e programas dos Estados Membros. Nas entidades da RSPA, o GDR prosseguirá com os esforços para assegurar que uma perspectiva de gênero e grupo étnico seja incluída e monitorada nas estratégias e planos das áreas técnicas.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
7.5.1	Número de publicações da OPAS que contribuem para o acúmulo de comprovações científicas sobre o impacto das desigualdades de gênero para a saúde	8	12	SIM	<i>Este Indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
7.5.2	Número de ferramentas e documentos de orientação elaborados pela RSPA para os Estados Membros sobre o uso de análise de gênero em saúde	0	2	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
7.5.3	Número de entidades do AMPES que examinam e incorporam as perspectivas de gênero, incluindo integração no planejamento e execução de seus programas	3	10	SIM	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 7.6: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para elaborar políticas, planos e programas com um enfoque intercultural baseado na atenção primária à saúde e que visam estabelecer alianças estratégicas com interessados diretos e parceiros relevantes a fim de melhorar a saúde e o bem-estar dos povos indígenas.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das três metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Mais países que o inicialmente planejado estão implementando ações e intervenções nas áreas de grupo étnico e saúde do povo indígena, o que mostra maior apoio pelos principais interessados diretos e ministérios da Saúde. Especificamente, os seguintes resultados foram alcançados durante o biênio de 2008–2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação em Gênero, Grupo Étnico e Saúde: módulos de treinamento e um curso de ensino online sobre integração de gênero e grupo étnico está disponível no campus virtual e é obrigatório para todo o pessoal da OPAS. Este curso e manual permitem à OPAS e aos Estados Membros integrar melhor os enfoques étnicos no setor da saúde e compreender grupo étnico como um determinante social da saúde.</li> <li>• Capacitação das equipes de país. Seminários sub-regionais de capacitação foram realizados sobre integração de grupo étnico usando o manual para países da América Central na Guatemala e países andinos no Peru. O treinamento dos participantes incluiu representantes da OPAS, ministério da Saúde e membros da sociedade civil (comunidades indígenas, afrodescendentes e roma<sup>7</sup>) de 14 países.</li> <li>• Integração de diversidade cultural na OPAS. O GDR está preparando um documento para os Órgãos Diretivos para dar mais apoio à integração da iniciativa Povos Indígenas, Diversidade Cultural e Grupo Étnico na estratégia de cooperação técnica da OPAS e às mudanças estruturais associadas a esta integração. A versão preliminar será examinada por um grupo consultivo técnico de especialistas e interessados diretos de diversas comunidades e uma versão definitiva deste documento conceitual apresentará aos Órgãos Diretivos em 2011.</li> <li>• Integração de grupo étnico nos planos dos países e áreas técnicas: grupo étnico foi incluído nos planos nacionais de cinco países (México, Bolívia, Chile, Colômbia e El Salvador).</li> </ul> <p>Por meio de colaboração técnica, capacitação estratégica e parcerias com redes regionais, o GDR continuará a apoiar a integração de gênero e grupo étnico nas políticas, planos e programas dos Estados Membros. Dentro das entidades da OPAS, o GDR continuará com seus esforços para assegurar que uma perspectiva de gênero e étnica seja incluída e monitorada nas estratégias e planos das áreas técnicas.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
7.6.1	Número de países que implementam políticas, planos ou programas para melhorar a saúde dos povos indígenas	3/21	5/21	SIM	
7.6.2	Número de países que coletam dados sobre a saúde dos povos indígenas em seus sistemas de informação de saúde	3/21	5/21	SIM	
7.6.3	Número de países que integram o enfoque intercultural no desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde e políticas dentro do modelo de APS	0	3	SIM	

<sup>7</sup> Populações minoritárias de cerca de um milhão que estão presentes em alguns dos países da Região (Colômbia, América Central). Anteriormente denominados ciganos, eles seguem normas e práticas culturais e criaram grupos de defesa de causa para ter seus direitos considerados em políticas e sistemas de informação, inclusive em saúde.

<b>OE8: Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas em todos os setores a fim de examinar as causas de base das ameaças ambientais à saúde</b>	<b>No rumo certo</b>
---	----------------------

## **AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA**

### ***Progresso para o cumprimento do OE em 2013***

138. O OE8, que contempla a saúde do trabalhador, riscos ambientais e a promoção de ambientes mais saudáveis, está no rumo certo. Foi obtido maior alinhamento do trabalho ao nível global (OMS), regional (CMDM) e nacional, embora se reconheça que é preciso ainda trabalho considerável para um melhor alinhamento.

### ***Avaliação de 2008–2009***

#### ***Principais avanços durante o biênio:***

- Maior colaboração com os centros colaboradores e centros de excelência.
- Maior compromisso dos governos para o apoio de iniciativas do OE8.
- Plano de Água e Segurança implantado depois da Cúpula das Américas realizada na Argentina em 2005.
- Saúde do trabalhador incorporada na declaração e plano de ação durante a Cúpula de 2005.
- Apoio para avanços globais e regionais em mudança climática após o Dia Mundial da Saúde em 2008.
- Criação de sólido relacionamento e rede global do OE8, o que facilita a execução deste OE de maneira eficaz.

#### ***Desafios que afetam o desempenho:***

139. O principal desafio para este OE em 2010–2011 será a redução significativa do orçamento ordinário da OPAS, assim como a recente crise econômica e desastres naturais, que afetarão a implementação dos programas no âmbito nacional.

## **AValiação ORçamentária e CAPtação de Recursos**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
25.000.000	19.114.025	76%	17.353.836	91%

140. Dos US\$ 19,1 milhões disponíveis para o biênio, US\$ 5,9 milhões (31%) foram provenientes de outras fontes. A maioria do financiamento foi proveniente da OMS, Espanha e DDT/GEF. Esforços foram feitos para assegurar recursos na área de mudança climática e saúde urbana.

### **LIÇÕES APRENDIDAS**

- A participação da rede de centros colaboradores e centros de excelência contribuiu para alcançar as metas deste biênio.
- As emergências criadas por novas epidemias e pandemias, junto com os desastres naturais, criaram maior demanda por intervenções preventivas e pesquisa relacionada com a área de saúde e proteção do trabalhador.
- O diálogo entre o nível nacional e o regional precisa ser fortalecido a fim de assegurar maior uniformidade e pensamento estratégico de modo que atividades nos países estejam efetivamente alinhadas com os RERs.
- Treinamento em procedimentos de planejamento deve ser ministrado para que os países façam o vínculo com os RERs de maneira uniforme.

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL**

<b>RER 8.1: Avaliações, normas e orientação baseadas em dados objetivos sobre riscos prioritários de saúde ambiental (por exemplo, qualidade do ar, substâncias químicas, campos eletromagnéticos (CEM), radônio, água potável, reuso da água residual) difundidas.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Cinco das seis metas de indicadores alcançadas, uma não alcançado e uma suprimida.</p> <p>Há progresso significativo em todos os indicadores e o RER está no rumo certo para ser alcançado em 2013. Faz-se necessário, porém, melhor alinhamento entre as atividades e os indicadores, visto que as várias atividades às vezes não estão contribuindo para o RER de maneira mensurável.</p> <p>Indicadores 8.1.3 e 8.1.4 foram combinados em um único indicador no Plano Estratégico emendado.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
8.1.1	Número de avaliações novas ou atualizadas de riscos ou da carga de doença atribuída a fatores ambientais realizadas por ano	2	4	SIM	
8.1.2	Número de acordos ambientais internacionais cuja execução é apoiada pela RSPA	5	5	SIM	
8.1.3	Número de países que implementam as diretrizes da OPAS/OMS para substâncias químicas	11	15	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
8.1.4	Número de países que implementam as diretrizes da OMS para qualidade do ar	7	8	NÃO	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
8.1.5	Número de países que implementam as diretrizes da OMS para água potável	13	16	SIM	
8.1.6	Número de países que implementam as diretrizes da OPAS/OMS para águas para fins recreacionais	1	5	SIM	

<b>RER 8.2: Os Estados Membros receberam apoio pela cooperação técnica para a execução de intervenções de prevenção primária que reduzem os riscos ambientais à saúde, melhoram a segurança e promovem a saúde pública, inclusive em espaços específicos e entre grupos populacionais vulneráveis (por exemplo, crianças, idosos).</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Cinco das cinco metas de indicadores alcançadas, com três superadas.</p> <p>Os países alcançaram suas metas com a implementação de iniciativas regionais e programas nacionais em saúde do trabalhador. A participação da rede de centros colaboradores e centros de excelência contribuiu para alcançar metas.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
8.2.1	Número de estratégias regionais para prevenção primária de riscos ambiental à saúde segundo o modelo de determinantes da saúde e promoção da saúde implantado em espaços específicos (locais de trabalho, domicílios, escolas, assentamentos humanos, serviços de assistência de saúde e saúde ambiental infantil)	4	7	SIM	Esta meta foi atingida por meio de trabalho com ecoclubes. A iniciativa regional Lavagem das Mãos, Saneamento e Saúde (PROMÁS) continua incentivando os países.
8.2.2	Número de países onde estratégias globais ou regionais para prevenção primária de riscos ambientais à saúde são implantadas em espaços específicos (locais de trabalho, domicílios, escolas, assentamentos humanos e serviços de assistência de saúde)	10	14	SIM	Superado: 16 países.
8.2.3	Número de iniciativas regionais ou globais novas ou mantidas para prevenir doenças ocupacionais e doenças atribuídas a riscos ambientais (por exemplo, câncer por radiação ultravioleta ou exposição ao asbesto e intoxicação por pesticidas ou flúor) que estão sendo implementadas com apoio técnico e logístico da RSPA	1	4	SIM	Superado: 6 iniciativas – iniciativa de saúde e segurança para profissionais da saúde; cobertura contra a hepatite B para profissionais da saúde; retirada de mercúrio de instrumental médico; erradicação da silicose; e eliminação do uso do asbesto nos processos produtivos na América Latina.
8.2.4	Número de estudos de custo-efetividade que avaliam intervenções de prevenção primária em espaços específicos cujos resultados foram difundidos	1	2	SIM	<i>Este indicador foi Plano Estratégico suprimido.</i>
8.2.5	Número de países que seguem a orientação da OMS para prevenir e reduzir riscos emergentes ocupacionais e ambientais à saúde, promover igualdade nestas áreas de saúde e proteger as populações vulneráveis	0	1	SIM	Superado: 9 países.

<b>RER 8.3: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para fortalecer a formulação de políticas de saúde ocupacional e ambiental, planejamento de intervenções preventivas, prestação de serviços e vigilância.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas das duas metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Houve progresso em grau variado, mas é provável o alcance das metas até 2013. É preciso revisão cuidadosa para assegurar maior cumprimento das metas até 2013.</p> <p>O interesse na proteção de saúde do trabalhador cresceu consideravelmente nos últimos dois anos. As emergências criadas pelas epidemias e pandemias, junto com os desastres naturais, fizeram crescer a demanda por intervenções preventivas e pesquisa relacionada com a área de saúde e proteção do trabalhador.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
8.3.1	Número de países que recebem apoio técnico e logístico para a elaboração e implantação de políticas para o fortalecimento da prestação de serviços de saúde ambiental e ocupacional e vigilância	10	15	SIM	Superado: 21 países.
8.3.2	Número de organizações nacionais ou centros colaboradores ou de referência que implementam iniciativas encabeçadas pela OPAS/OMS no âmbito nacional para reduzir riscos ocupacionais	2	4	SIM	

<b>RER 8.4: Orientação, ferramentas e iniciativas criadas para apoiar o setor da saúde a fim de influir nas políticas em setores prioritários (por exemplo, energia, transporte, agricultura), avaliar impactos de saúde, determinar os custos e benefícios de variantes de políticas nestes setores e aproveitar os investimentos setoriais fora da área da saúde para melhorar a saúde.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das quatro metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Durante o biênio, houve grande progresso no trabalho intersetorial, principalmente relacionado com a saúde e o ambiente. É importante que no próximo biênio sejam estabelecidas prioridades em conjunto pelos países.</p> <p>Houve avanços importantes no trabalho intersetorial, não apenas quantitativo mas também qualitativo. Os guias e ferramentas para a avaliação do impacto à saúde devem ser definidos segundo as necessidades prioritárias dos países.</p> <p>Os avanços obtidos com o trabalho intersetorial até o momento permitirão o alcance das metas de indicadores 8.4.1 e 8.4.4. O indicador 8.4.2 requer atenção e esforço especial nos demais biênios.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
8.4.1	Número de iniciativas regionais, sub-regionais e nacionais implementadas em outros setores que levam em consideração a saúde com o uso de apoio técnico e logístico da RSPA	2	3	SIM	

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
8.4.2	Número de diretrizes e ferramentas específicas para cada setor produzidas para avaliação do impacto à saúde	1	3	NÃO	Dois países alcançaram a meta.
8.4.3	Número de outros setores que não da saúde com redes e parcerias estabelecidas para impulsionar mudança em apoio a iniciativas relacionadas com a saúde	1	3	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
8.4.4	Número de eventos regionais ou nacionais realizados com a cooperação técnica da RSPA com o propósito de capacitação e fortalecimento de instituições em saúde e outros setores para melhoria das políticas relativas à saúde ocupacional e ambiental em pelo menos um de três setores	1	2	SIM	

<b>RER 8.5: Liderança do setor de saúde melhorada para promover um ambiente mais saudável e influenciar políticas públicas em todos os setores a fim de contemplar as causas de base das ameaças ambientais à saúde em resposta a questões de saúde ambiental emergentes e reemergentes em decorrência do desenvolvimento, tecnologias em evolução, mudança ambiental global, assim como padrões de consumo e de produção.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Uma das duas metas de indicadores alcançada; indicador 8.5.2 não é aplicável para 2009.</p> <p>Vários fóruns de alto nível foram realizados contribuindo para maior liderança do setor de saúde relacionado com este RER. A celebração do Dia Mundial da Saúde 2010 sobre saúde urbana também proporciona uma oportunidade de maior conscientização. É necessário prosseguir com a defesa da causa em todos os níveis.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
8.5.1	Número de fóruns periódicos de alto nível sobre saúde e ambiente para os responsáveis por políticas regionais e interessados diretos apoiados pela RSPA	1	1	Sim	
8.5.2	Número de relatórios atuais de cinco anos da RSPA sobre saúde ambiental, incluindo principais determinantes e tendências de saúde e suas implicações	1	1	N/D	Não aplicável para 2009 – a próxima publicação deve ser em 2012.

<b>OE9: Melhorar a nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar ao longo do ciclo de vida, e em apoio à saúde pública e desenvolvimento sustentável</b>	<b>Em risco</b>
---	-----------------

## **AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA**

### ***Progresso para o cumprimento do OE em 2013***

141. A crise financeira, o aumento de preços dos alimentos e o aumento do número de pessoas vivendo na pobreza e na pobreza extrema põem em perigo o cumprimento deste OE até 2013.

142. Questões de nutrição e inocuidade dos alimentos ocupam posição de destaque na agenda política dos Estados Membros. Eles reconhecem a necessidade de considerar as deficiências nutricionais para acelerar o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Há também consenso na Região sobre a importância de contemplar os determinantes sociais da saúde para os quais são propostas intervenções interprogramáticas e intersetoriais. As ações da Aliança Pan-americana para Nutrição e Desenvolvimento contribuirão para alcançar este indicador e outros indicadores do Plano Estratégico.

143. A coordenação entre ministérios da Saúde, Agricultura e Comércio a fim de melhorar a inocuidade dos alimentos para o consumo nacional e exportação continua sendo um problema.

### ***Avaliação de 2008–2009***

#### ***Principais avanços durante o biênio:***

144. Este Objetivo Estratégico foi executado satisfatoriamente, alcançando 80% dos indicadores.

- Pelo menos mais quatro países criaram mecanismos intersetoriais de coordenação, incluindo políticas em alimentação, nutrição e/ou segurança de alimentos. Porém, poucos avanços foram feitos quanto à criação de parcerias ou mecanismos para maior financiamento ou investimento em nutrição.
- Cinco países formularam diretrizes para responder às deficiências nutricionais ou doenças transmitidas por alimentos. O maior progresso registrado foi a implantação de diretrizes para a fortificação de alimentos com micronutrientes e as cinco chaves para o manuseio de alimentos aptos para o consumo.

- Vinte e um países avançaram na execução dos novos padrões de cultivo da OMS, o que superou o planejado pela Organização. Vários países realizaram esforços importantes para atualizar ou incorporar indicadores do estado nutricional nos seus sistemas de vigilância.
- Os países avançaram em direção à implementação de (a) estratégia global para a alimentação do lactente e da criança pequena (sete países); (b) revisão dos planos ou estratégias nacionais para prevenção de deficiências de micronutrientes, incluindo a revisão dos programas de suplementação alimentar e a implementação de novos programas de fortificação de alimentos (cinco países); (c) formulação de planos ou programas para prevenção de doenças crônicas relacionadas à alimentação (cinco países) e (d) incorporação de intervenções nutricionais nos planos de ação para emergências (cinco países).
- Cinco países estabeleceram diretrizes para prevenção de doenças transmitidas por alimentos e sistemas de vigilância de doenças transmitidas por alimentos.
- Os indicadores relacionados com a execução dos padrões do Codex Alimentarius foram alcançadas.
- Durante o biênio de 2008–2009, foram organizadas 28 atividades (ensino online) sobre inocuidade dos alimentos em uma sala de aula virtual para a transmissão online dos cursos, com quase 4.800 participantes de 23 países. Como o resultado deste esforço contínuo, houve quase 10 mil participações desde 2003, a menos de US\$ 2 por participante, em média.

*Desafios que afetam o desempenho:*

- Há vontade política na Região para elaborar planos, programas ou estratégias para promover a inocuidade dos alimentos e reduzir a desnutrição; porém, os mecanismos para assegurar os recursos financeiros para tornar os planos ou programas operacionais e eficazes ainda não foram estabelecidos. Estes incluem a implementação de intervenções intersetoriais e integradas para lidar com os determinantes da saúde; intervenções para ampliação de intervenções baseadas em dados objetivos e econômicas baseadas na APS; e fortalecimento de iniciativas de proteção social visando a saúde materno-infantil.
- Os países devem se empenhar para elaborar e implementar políticas e intervenções intersetoriais e interprogramáticas, concentrando-se no ciclo de vida, direitos, gênero, e interculturalidade.
- Deve ser fortalecida a capacidade de gestão dos profissionais da saúde para planejar, administrar e avaliar programas e a capacidade técnica para identificar e implementar intervenções baseadas em dados objetivos, para assegurar a qualidade da prestação de serviços e acesso universal.
- Intervenções nutricionais e de inocuidade dos alimentos devem ser fortalecidas no âmbito da comunidade com base nos princípios da atenção primária e promoção da saúde.

- Devem ser alocados recursos para monitorar e avaliar a implementação das políticas, planos ou programas e assegurar o uso das informações na tomada de decisão.
- Observou-se que algumas das atividades propostas não contribuem para o alcance dos indicadores. Será necessário fortalecer o processo de planejamento para melhorar a coordenação entre o âmbito regional, as representações nos países, os pares nacionais e avaliar a relevância de vinculação aos indicadores.
- Mais esforços são necessários na incorporação das intervenções nutricionais na conduta dos pacientes com o HIV.

### **AValiação ORçamentária e CAPtação de Recursos**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
21.000.000	15.812.130	75%	15.289.659	97%

- As contribuições voluntárias disponíveis para este Objetivo Estratégico são limitadas: dos fundos disponíveis US\$ 10,1 milhões (64%) são provenientes do orçamento ordinário.
- A taxa de execução reflete a importância crescente deste Objetivo Estratégico no âmbito nacional.
- A Agência Espanhola de Cooperação Internacional e Desenvolvimento (AECID) forneceu consideráveis recursos para este Objetivo Estratégico, incluindo o apoio à Aliança Pan-americana para Nutrição e Desenvolvimento. Espera-se que esta contribuição continue no próximo biênio.
- Espera-se que as contribuições voluntárias estejam disponíveis durante 2010–2011 para continuar a financiar as atividades dos países-chave sob este Objetivo Estratégico.

## LIÇÕES APRENDIDAS

- Mais esforços são necessários para: implementar políticas intersetoriais, atualizar e implantar normas e diretrizes para combater todas as formas de desnutrição, expandir a execução dos novos padrões de crescimento, desenvolver práticas adequadas de amamentação e suplementação alimentar, integrar intervenções para prevenir e controlar deficiências de micronutrientes e desenvolver enfoques intersetoriais para melhorar o acesso a diretrizes de alimentação adequada e inocuidade dos alimentos.
- A OMS-GFN (Rede Global de Infecções Transmitidas por Alimentos da OMS) provou ser uma plataforma excelente para a cooperação técnica para melhorar a vigilância integrada das doenças transmitidas por alimentos. A OPAS precisa fortalecer seu papel como secretariado técnico usando a plataforma da OMS-GFN para facilitar a interação da saúde pública, saúde animal e setores de alimentos.
- O Fundo de Reserva da FAO/OMS do Codex permitiu maior participação dos países da Região nas atividades do Codex Alimentarius, dentro do modelo do Comitê do Codex Alimentarius para a América Latina e Caribe (CCLAC) e com a cooperação da FAO e OMS.
- É ainda preciso o financiamento do Fundo de Reserva do Codex para garantir a participação de alguns países da Região. A OPAS e o Escritório Regional da FAO devem fazer mais esforços conjuntos para melhorar a eficiência dos comitês nacionais do Codex e dar-lhes maior visibilidade política.
- A integração da nutrição e inocuidade dos alimentos é fundamental para alcançar maior impacto na redução da desnutrição e doenças diarreicas nas populações de risco.

## AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 9.1: Parcerias e alianças formadas, liderança criada e coordenação e formação de redes desenvolvidas com todos os interessados diretos no nível nacional, regional e global, para promover a defesa da causa e comunicação, estimular as ações intersetoriais e aumentar o investimento em nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança dos alimentos.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Uma das duas metas de indicadores alcançada.</p> <p>A Região fez progressos satisfatórios para o cumprimento deste resultado esperado. A Bolívia e o Peru implantaram políticas ou estratégias intersetoriais. O Brasil, Honduras, Equador, Nicarágua e Venezuela avançaram em direção à formulação jurídica e/ou aprovação de regulamentação sobre nutrição e segurança dos alimentos. Belize e Chile implantaram políticas de inocuidade dos alimentos aos cuidados de um organismo coordenador. A maioria dos países da região está apresentando progresso para a execução de mecanismos de coordenação entre os ministérios da Saúde e Agricultura para melhorar a inocuidade dos alimentos para o consumo nacional e exportação.</p> <p>Há interesse renovado por parte dos governos e organismos de cooperação, ONGs e comunidade acadêmica para promover a segurança alimentar e prevenir deficiências nutricionais; porém, é necessário fortalecer os mecanismos de coordenação intersetoriais e interprogramática, propor e implementar intervenções intersetoriais integradas e estabelecer sistemas que permitam monitorar sua execução e avaliar os avanços.</p> <p>Nutrição e inocuidade dos alimentos são questões que estão presentes no discurso e no programa político da Região. Todos os Estados Membros reconhecem a necessidade de realizar esforços intersetoriais para contemplar os determinantes sociais, e reduzir as deficiências nutricionais a fim de acelerar o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Porém, não estão sendo alocados os recursos financeiros e humanos necessários para permitir a implementação e a realização de programas de modo eficaz; nenhum mecanismo foi criado para ampliar as intervenções nutricionais e alcançar cobertura universal. A crise financeira e o aumento dos preços dos alimentos põem em risco o progresso atingido até o momento.</p> <p>Observou-se que algumas das atividades propostas não contribuem para o cumprimento do indicador e, portanto, é necessário fortalecer o processo de planejamento e melhorar a coordenação entre o âmbito regional e as representações nos países, assim como com os pares nacionais. Além disso, é necessário avaliar a relevância de vincular os indicadores e promover ações que assegurem a captação de recursos ou investimento em nutrição. Dada a abrangência deste indicador, a defesa da causa e coordenação devem estar no nível político mais elevado do país. A Aliança Pan-americana para Nutrição e Desenvolvimento constitui uma oportunidade para fazer avançar este RER.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
9.1.1	Número de países que têm mecanismos de coordenação para promover enfoques e ações intersetoriais na área de inocuidade dos alimentos, segurança alimentar e nutrição	18	22	SIM	
9.1.2	Número de países que incluíram atividades de nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança dos alimentos em seus enfoques setoriais, documentos de Estratégia de Redução da Pobreza ou políticas de desenvolvimento, planos e orçamentos, incluindo um mecanismo para financiar atividades de nutrição e inocuidade dos alimentos	10	15	NÃO	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 9.2: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para aumentar sua capacidade de avaliar e responder a todas as formas de desnutrição e doenças zoonóticas e não zoonóticas transmitidas por alimentos e promover práticas alimentares saudáveis.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas das duas metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Quatro países centro-americanos e o Equador receberam cooperação técnica e fizeram progresso para a revisão e adaptação dos guias e normas para a implementação ou o fortalecimento dos programas de fortificação de alimentos. Alguns dos programas, porém, não têm os recursos para implantar um sistema nacional de controle alimentar e fazer cumprir as regulamentações de fortificação de alimentos. O pessoal técnico dos ministérios da Saúde e/ou de controle de alimentos e os escritórios de regulamentação estão motivados para prosseguir com o processo de revisão e adaptação dos guias para a implementação de sistemas de monitoramento regulador de alimentos fortificados e devem ser intensificados os esforços para captar recursos nacionais a fim de permitir a implantação de sistemas de controle e de regulamentação do Estado.</p> <p>Os principais desafios foram: recursos limitados nos países para a implementação dos guias e normas revisados, falta de capacidade analítica técnica e operacional dos laboratórios de alimentos e falta de recursos financeiros no âmbito nacional para operar os sistemas de monitoramento regulador de alimentos fortificados.</p> <p>A Guatemala e Venezuela realizaram a adaptação e a validação de uma série de três manuais sobre Cinco Chaves para a Inocuidade dos Alimentos das OMS. Nesses países, conteúdo e atividades de aprendizagem/ensino foram incluídos no currículo de ensino fundamental. Esta experiência está sendo transferida a outros países na Região.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
9.2.1.	Número de países que implementam normas de nutrição e inocuidade dos alimentos, e diretrizes segundo mandatos globais e regionais	15	20	SIM	
9.2.2	Número de novas normas, padrões, diretrizes, ferramentas e materiais de treinamento, produzidos pela RSPA, para prevenção e controle de doenças zoonóticas e não zoonóticas transmitidas por alimentos	0	1	SIM	<i>Este indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 9.3: Monitoramento e vigilância das necessidades e fortalecimento da estimativa e avaliação das respostas na área de segurança alimentar, nutrição e doenças crônicas relacionadas à alimentação e aperfeiçoamento da capacidade de identificar as opções apropriadas de política.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas das três metas de indicadores alcançadas, inclusive uma foi superada.</p> <p>O progresso mais importante é a revisão, adaptação e implementação dos novos padrões de crescimento que foram adotados por 21 países. Deve ser observado que, embora o nível de execução varie de um país a outro, o progresso tem sido considerável. Diferentes esforços estão sendo empreendidos na Região para estabelecer observatórios de segurança alimentar, sistemas de vigilância do estado nutricional das comunidades e/ou para coletar dados sobre indicadores antropométricos e hemoglobina por meio de Inquéritos Demográficos e de Saúde da Família. Alguns países executam, com certa regularidade, o censo quanto à altura das crianças em idade escolar enquanto outros têm sistemas sentinelas para monitorar deficiência de iodo. Porém, a frequência com estes dados são coletados, o tempo necessário para a análise de dados e a publicação destes não são feitos a tempo para a tomada de decisão.</p> <p>Os países produzem informação científica através de diferentes instituições; contudo, a informação não é gerada anualmente e sua disseminação e uso na tomada de decisão são limitados. As representações nos países dispõem de recursos humanos e financeiros limitados para prestar cooperação técnica, promover pesquisa ou manter um registro atualizado das pesquisas ou avaliações feitas no país.</p> <p>Há meios para prosseguir o processo de implementação dos novos padrões de crescimento e sistemas nacionais de vigilância nutricional. O interesse do pessoal da área técnica e comunidade acadêmica de implantar os novos padrões de crescimento e gerar informação sobre a situação nutricional para a tomada de decisão e o esforço conjunto de governos, bancos e doadores, organismos de cooperação bilateral e ONGs para reposicionar a nutrição como sustentáculo para o desenvolvimento proporcionam oportunidades para continuar avançando para o alcance do RER.</p> <p>Os principais desafios foram ampliar a implementação dos novos padrões de crescimento da OMS e mobilizar vontade política e captar recursos para estabelecer sistemas permanentes e sustentáveis de vigilância nutricional.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
9.3.1	Número de países que adotaram e implementaram os Padrões de Crescimento de Crianças da OMS	0	10	SIM	Superado: 20 países.
9.3.2	Número de países que têm dados de vigilância representativos em nível nacional quanto à principal forma de desnutrição	12	15	NÃO	
9.3.3	Número de países que produzem e publicam comprovação científica e informação para políticas públicas e programas sobre pelo menos um dos seguintes tópicos anualmente: 1) deficiências nutricionais e fatores de risco em diferentes grupos populacionais; 2) determinantes sociais, econômicos e de saúde de insegurança alimentar e nutricional; 3) sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes; e 4) eficácia dos programas	11	15	SIM	<i>O indicador modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 9.4: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para o desenvolvimento, fortalecimento e implementação de planos e programas de nutrição visando melhorar a nutrição ao longo do ciclo de vida, em situações de estabilidade e de emergência.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Quatro das cinco metas de indicadores alcançadas, inclusive uma foi superada.</p> <p>Os países avançaram satisfatoriamente para (a) implementação da estratégia global de alimentação de lactentes e crianças pequenas (sete países); (b) avaliação e implementação de novos programas de fortificação de alimentos (cinco países); (c) implementação de programas ou estratégias para a prevenção de doenças crônicas relacionadas à alimentação (cinco países) e (d) implementação de intervenções nutricionais nos planos nacionais para o controle de emergência ou situações de desastres (cinco países). Não foi possível, porém, incorporar o componente nutricional dentro do pacote de intervenções para o controle de pacientes portadores do HIV; portanto, a cooperação técnica aos países precisa ser fortalecida para permitir a incorporação do componente nutricional no controle dos pacientes portadores do HIV.</p> <p>Os principais desafios foram: a necessidade de mobilizar vontade política e captar recursos humanos e financeiros para ampliar os programas, melhorar a qualidade da prestação de serviços, garantir o acesso universal e aumentar a cobertura de atenção; e desenvolver ou fortalecer a capacidade de gestão dos profissionais da saúde de planejar, incorporar intervenções integradas e promover intervenções nas comunidades. A crise financeira, os preços dos alimentos e o aumento do número de pessoas que vivem na pobreza ou pobreza extrema também representam grandes desafios.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
9.4.1	Número de países que elaboraram programas nacionais que implementam pelo menos 3 ações de alta prioridade recomendadas na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas	5	12	SIM	Superado: 14 países.
9.4.2	Número de países que elaboraram programas nacionais que implementam estratégias para prevenção e controle da desnutrição de micronutrientes	11	16	SIM	
9.4.3	Número de países que elaboraram programas nacionais que implementam estratégias para promoção de práticas alimentares saudáveis para prevenir doenças crônicas relacionadas à alimentação	11	16	SIM	
9.4.4	Número de países que incorporaram questões nutricionais em seus programas integrais de resposta à epidemia de HIV/aids e outras epidemias	11	14	NÃO	
9.4.5	Número de países que fortaleceram a capacidade nacional de prontidão e resposta a emergências de alimentos e nutrição	11	16	SIM	

<b>RER 9.5: Sistemas de controle, prevenção e vigilância de doenças zoonóticas e não zoonóticas transmitidas por alimentos e da febre aftosa fortalecidos e programas de monitoramento da qualidade sanitária de alimentos estabelecidos.</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas das três metas de indicadores alcançadas.</p> <p>O progresso foi satisfatório para o fortalecimento das capacidades de vigilância epidemiológica integrada, detecção e pesquisa e resposta aos surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTA). A formação de redes foi fundamental para fortalecer as capacidades nos sistemas de vigilância da Região. A Rede Global de Infecções Transmitidas por Alimentos (OMS-GFN) e PulseNet também treinaram uma comunidade de pessoal técnico que está extremamente motivado no trabalho que eles realizam nos seus respectivos países. Todos os países da Região fazem parte da OMS-GFN, partilhando experiências e com controle de qualidade externo nos diagnósticos. O trabalho realizado pelas redes OMS-GFN e Pulsenet tem sido fundamental para a América Latina e Caribe ao (a) fortalecer a colaboração entre epidemiologia e laboratório; (b) implementar de programas de garantia da qualidade dos diagnósticos; (c) melhorar o ponto de contato para o uso do SIRVETA (Sistema Regional de Informação para Vigilância de Doenças Transmitidas por Alimentos) que facilita o trabalho ao determinar o risco atribuível à fonte alimentar de casos e surtos de doenças transmitidas por alimentos; (d) o trabalho dos três centros de referência da OMS-GFN: Instituto Malbran (Argentina), INCIENSA (Costa Rica) e CAREC (Trinidad e Tobago) e (e) a participação ativa dos países ao monitorar as atividades em resistência antimicrobiana, carga de doença e designação da fonte. Sete estudos foram realizados sobre a carga da gastroenterite aguda associada a DTA em seis ilhas caribenhas de língua inglesa e no Chile (região metropolitana).</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
9.5.1	Número de países com colaboração operacional e intersetorial estabelecida para a vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos	16	22	NÃO	5 dos 6 países adicionais alcançaram a meta.
9.5.2	Número de países que iniciaram ou fortaleceram programas para a vigilância e o controle de pelo menos uma das principais doenças transmitidas por alimentos	2	7	SIM	<i>O indicador modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
9.5.3	Número de países sul-americanos que alcançaram pelo menos 75% dos objetivos do Plano Continental de Erradicação da Febre Aftosa	4/11	6/11	SIM	

RER 9.6: Cooperação técnica prestada aos comitês nacionais do Codex Alimentarius e à Comissão do Codex Alimentarius da América Latina e Caribe.					No rumo certo
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas metas de indicadores alcançadas.</p> <p>A Repartição Sanitária Pan-Americana facilitou a participação mais ampla e eficaz para a implementação do Programa de Trabalho da Comissão do Codex Alimentarius (CCA), seus comitês e grupos de trabalho por meio do Fundo de Reserva do Codex da FAO/OMS. As atividades da Comissão do Codex para a América Latina e Caribe (CCLAC) foram também apoiadas. Um seminário de Capacitação da FAO/OPAS/OMS sobre inocuidade dos alimentos foi realizado antes da 16ª Reunião da CCLAC em novembro de 2008.</p> <p>A inocuidade dos alimentos e os padrões alimentares são tópicos críticos para a Região. Os padrões alimentares do Codex têm sérias implicações tanto para a saúde como para o comércio de alimentos e, portanto, também para o desenvolvimento socioeconômico. É importante prosseguir com o trabalho para aumentar a participação dos países no trabalho da CCA e para o estabelecimento de padrões para a inocuidade dos alimentos em geral.</p> <p>A possível redução da assistência dos países doadores ao fundo de reserva da OMS/FAO pode ter afetado a participação dos países no Codex.</p> <p>Durante este biênio, vários eventos de saúde pública decorrentes da contaminação de alimentos com implicações globais ou regionais foram controlados pela OPAS/OMS (HSD/FOS) de acordo com o modelo do RSI. Todos os países da região estão vinculados à Rede Internacional de Autoridades de Inocuidade dos Alimentos (INFOSAN) da FAO/OMS, que fornece informação relevante ao processo de tomada de decisão em eventos de inocuidade dos alimentos que têm repercussão de saúde pública de impacto dentro do modelo do RSI.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
9.6.1	Número de países da América Latina e Caribe que participam de reuniões relevantes do Codex	36/36	36/36	SIM	
9.6.2	Número de países que criaram sistemas nacionais para inocuidade dos alimentos e zoonoses transmitidas por alimentos com vínculos internacionais com sistemas de resposta a emergências	18	22	SIM	<i>O indicador modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

**OE10: Melhorar a organização, gestão e prestação de serviços de saúde**
**No rumo certo**
**AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA**
***Progresso para o cumprimento do OE em 2013***

145. Segundo o progresso nos RERs e cumprimento das metas de indicadores em 2008-2009, este OE está no rumo certo para alcançar as metas estabelecidas para 2013.

***Avaliação de 2008–2009***

*Importantes avanços foram feitos durante o biênio:*

- Aprovação da Resolução CD49.R22 do Conselho Diretor, Redes integradas de prestação de serviços de saúde baseada na atenção primária à saúde (APS), em outubro de 2009.
- Difusão da estratégia de APS (mais de 40 mil cópias do documento de posição foram amplamente divulgadas).
- Desenvolvimento contínuo dos principais aspectos operacionais da APS segundo o plano: redes integradas de prestação de atenção de saúde; credenciamento dos serviços de prestação de atenção de primeiro nível; sistemas de informação e gestão de serviços/unidades de saúde, incluindo o Sistema de Apoio para Tomada de Decisão em Produtividade, Eficiência, Recursos e Custos de Serviços de Saúde (PERC); e serviços médicos de urgência.
- Resultados positivos dos esforços interprogramáticos nas áreas de hospitais seguros; o gerenciamento da resposta à pandemia de H1N1; e um modelo de serviço farmacêutico baseado na atenção primária à saúde (APS).

**AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
32.000.000	34.381.872	107%	29.122.178	85%

146. Dos fundos totais disponíveis para o biênio, US\$ 21,5 milhões (63%) foram provenientes de outras fontes. O OE10 recebeu financiamento generoso de forma oportuna e constante da OMS, Espanha e Canadá, assim como por um acordo bilateral com a USAID, permitindo assim a implementação das atividades e tarefas programadas durante o biênio.

147. Os fundos do OE10 também cobriram atividades de cooperação técnica relacionadas com o OE14 (proteção social e financiamento da saúde).

### LIÇÕES APRENDIDAS

- Os esforços interprogramáticos são imprescindíveis para o fortalecimento de sistemas de saúde baseados nas iniciativas de APS.
- É necessário criar alianças com outras áreas técnicas da RSPA e outros parceiros para buscar sinergias positivas para a meta dos sistemas de saúde baseados na APS.

### AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 10.1: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade, com ênfase especial aos grupos populacionais vulneráveis.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Uma das duas metas de indicadores alcançada.</p> <p>Os países alcançaram avanços na formulação de políticas, legislação e planos incorporando a atenção primária à saúde como um princípio para melhorar o acesso aos serviços de saúde.</p>					
Ind. Não	Texto do indicador de RER	Referência a 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
10.1.1	Número de países que implantaram políticas para maior acesso aos serviços de saúde básicos (iniciativas da RSPA em renovação da atenção primária à saúde)	14	18	SIM	
10.1.2	Número de países que informaram progresso nos seus programas de melhoria da qualidade	11	19	NÃO	Devido aos recursos humanos limitados, o progresso está atrasado.

<b>RER 10.2: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para fortalecer as capacidades administrativas e operacionais das redes e instituições de prestação de serviços a fim de melhorar o seu desempenho.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Uma de uma meta de indicadores alcançada.					
Com a colaboração da COHAN (Cooperativa de Hospitais de Antióquia) e PERC (Sistema de Apoio para Tomada de Decisão em Produtividade, Eficiência, Recursos e Custos de Serviços de Saúde), a metodologia e ferramentas estão sendo difundidas em toda a Região. Os países continuam expressando interesse em ter acesso às metodologias e ferramentas de gestão produtiva.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
10.2.1	Número de países que aplicaram a Metodologia de Gestão Produtiva dos serviços de saúde da OPAS e suas ferramentas de apoio	5	14	SIM	

<b>RER 10.3: Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para a criação de mecanismos e sistemas reguladores para assegurar a colaboração e sinergias entre sistemas de prestação de serviços públicos e não públicos.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Uma de uma meta de indicadores alcançada.					
O guia para a cooperação técnica está sendo implementado em oito países.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
10.3.1	Número de países que adotaram as recomendações de política da OPAS para integração da rede de prestação de assistência de saúde, incluindo prestadores públicos e não públicos	3	12	SIM	

<b>RER 10.4: Políticas de prestação de serviços e sua implementação nos Estados Membros cada vez mais refletem o enfoque de atenção primária à saúde (APS).</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Uma de uma meta de indicadores alcançada.					
Foram estabelecidas sinergias positivas com as iniciativas da GAVI para o fortalecimento de sistemas de saúde.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
10.4.1	Número de países que informaram progresso em implementar sistemas de saúde baseados na APS segundo o Documento de Posição e Declaração Regional da OPAS sobre APS	1	15	SIM	7 estudos de casos finalizados e 6 países que executam GAVI-HSS.

**OE11:Fortalecer a liderança, governança e base de evidencias científicas dos sistemas de saúde**

**Em risco**

**AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA**

*Progresso para o cumprimento do OE em 2013*

148. Em geral, a maioria dos indicadores foi alcançada satisfatoriamente. Os mais vulneráveis são os indicadores relacionados com a pesquisa em saúde devido à baixa prioridade recebida nos programas nacionais de saúde e à falta de participação da comunidade acadêmica. Há reconhecidamente necessidade de dados objetivos para a tomada de decisão.

*Avaliação de 2008–2009*

149. Durante o biênio, as contribuições da OPAS para o fortalecimento da Liderança, Governança e Base de Evidências Científicas dos Sistemas de Saúde incluíram cooperação técnica direta assim como maior utilização do campus virtual em saúde pública para fomentar a criação de redes de conhecimento e programas de ensino contínuo a distância. A implementação do curso online sobre Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP) em 2009, com a participação de 63 participantes de 16 países, é um exemplo de cooperação técnica de êxito.

150. A Organização continuou a monitorar a reforma do setor da saúde e ajudou na atualização dos perfis dos sistemas de saúde de 14 países. Os perfis dos sistemas de saúde servem como uma ferramenta valiosa para a tomada de decisão.

151. Sob o Plano Regional de Ação da OPAS para Fortalecer a Informação de Saúde e Estatísticas Vitais, os sistemas nacionais de informação de saúde de 11 Estados Membros foram avaliados usando as ferramentas da Rede de Métricas de Saúde (RMS) e a iniciativa de Gestão do Sistema de Informação do Desempenho de Rotina (PRISM). Foram usadas avaliações para elaborar planos estratégicos para fortalecer os sistemas nacionais de informação de saúde.

152. Mais de 70% dos indicadores foram alcançados com respeito às metas estabelecidas para 2009. Foram examinados os três indicadores associados à pesquisa e transferência de conhecimento para torná-los mais específicos e mensuráveis e foi acrescentado um indicador no RER 11.3 para avaliar os ODMs.

**AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
35.000.000	31.121.361	89%	30.188.042	97%

153. Dos fundos totais disponíveis para o biênio, US\$ 13 milhões (42%) foram provenientes de outras fontes. O financiamento para pesquisa e governança depende em grande medida das contribuições voluntárias do Canadá e Espanha.

**LIÇÕES APRENDIDAS**

- Os países precisam dar mais ênfase à pesquisa em saúde e estabelecer comitês de ética nacionais. O fortalecimento das sinergias entre os ministérios da Saúde e a comunidade acadêmica é fundamental para o avanço da agenda de pesquisa em saúde na Região.
- Os sistemas de informação de saúde continuam a ser prioridade na Região. Embora tenha existido progresso em fortalecer os sistemas de informação de saúde, há necessidade de integrá-los ainda mais para facilitar o planejamento e a tomada de decisão.
- Há necessidade de metodologia clara e diretrizes para as Análises da Situação Sanitária (HSA) para avaliar as desigualdades e ODMs.

## AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 11.1: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para fortalecer a capacidade da autoridade sanitária nacional de exercer sua função de comando melhorando a análise, formulação, regulamentação de políticas, planejamento estratégico, implementação de reformas no sistema de saúde e a coordenação intersetorial e interinstitucional em nível nacional e local.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Quatro das quatro metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Em geral, os quatro indicadores estabelecidos para este RER estão sendo alcançados satisfatoriamente. Porém, existe ainda necessidade de alterar os indicadores, ajustando-os para permitir a confirmação clara e precisa dos avanços assim como os marcos para estes avanços.</p> <p>Os indicadores 11.1.1 e 11.1.2 foram transferidos para o OE10 no Plano Estratégico emendado.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
11.1.1	Número de países que avaliaram o desempenho de seus sistemas nacionais de saúde medido por uma ferramenta acordada e validada em nível regional	0	5	SIM	<i>Indicador modificado e transferido para o OE 10 no Plano Estratégico emendado.</i>
11.1.2	Número de países que demonstra melhora do desempenho da função de comando medido pela avaliação das Funções Essenciais da Saúde Pública	N/D	8	SIM	<i>Indicador modificado e transferido para o OE 10 no Plano Estratégico emendado.</i>
11.1.3	Número de países com instituições ou autoridades reguladoras que produzem enquadramentos legais e regulamentações	4	8	SIM	
11.1.4	Número de países que elaboraram planos setoriais de médio ou longo prazo com recursos alocados ou que definiram objetivos nacionais de saúde	3	5	SIM	

<b>RER 11.2: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para melhorar os sistemas de informação de saúde em âmbito regional e nacional.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das três metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Em geral, os avanços têm sido mantidos. Há um banco de dados básicos que é atualizado no âmbito regional anualmente. Perfis de 42 países estão sendo preparados e estarão disponíveis em formatos eletrônico e impresso. O plano de ação para fortalecer as estatísticas vitais e de saúde está sendo executado, com ênfase nos dados da Classificação Internacional de Doenças (CID).</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
11.2.1	Número de países que implementaram o processo de monitoramento e avaliação de desempenho dos sistemas de informação de saúde baseados nos padrões da Rede de Métricas de Saúde e da OPAS/OMS	3	7	SIM	

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
11.2.2	Número de países que têm planos com recursos alocados para fortalecer estatísticas vitais e de saúde, incluindo a produção de informação e o uso da Família de Classificações Internacionais (FCI) de acordo com os padrões internacionais estabelecidos pela OPAS/OMS e a Rede de Métricas de Saúde	3	8	SIM	<i>Indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
11.2.3	Número de países que implementaram a Iniciativa Regional de Dados Essenciais de Saúde e que produzem e publicam periodicamente indicadores básicos de saúde ao nível subnacional (primeiro ou segundo nível administrativo)	18	22	SIM	

<b>RER 11.3: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para aumentar o acesso equitativo e difusão e uso de informação relevante de saúde, conhecimento e dados objetivos para tomada de decisão.</b>	<b>Em risco</b>
--	-----------------

Avaliação do RER: Três das cinco metas de indicadores alcançadas.

Há interesse contínuo na implementação de atividades de transferência de conhecimento. Deve-se dar ênfase à assistência técnica para fortalecer a capacidade analítica dos países de análise de saúde, que não foi alcançada em todos os países da Região. Existe ainda necessidade de metodologias e guias para a Sociedade Americana para Ciência da Informação e Tecnologia (ASIS), mensuração das desigualdades e ODMs e, para o final do ano, se espera ter protocolos, procedimentos e processos atualizados para os programas técnicos segundo as mais recentes comprovações disponíveis. Foi acrescentado um indicador específico para a mensuração dos ODMs.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
11.3.1	Número de países que usam indicadores básicos de saúde padronizados e outras informações estatísticas disponíveis	5/33	8/33	SIM	
11.3.2	Número de países que melhoraram suas capacidades de análise para gerar informação e conhecimento em saúde medida por atualizações periódicas dos perfis dos países	5/33	7/33	SIM	
11.3.3	Número de países que participam da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet)	8	12	NÃO	Avanços constantes foram alcançados em vários países como Trinidad e Tobago e Paraguai para implantar a EVIPNet. As propostas para o Brasil, Chile, escritório de campo de áreas de fronteira entre México e Estados Unidos (FO/USMB) e Costa Rica estão em desenvolvimento.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
11.3.4	Número de países com uma estratégia do setor da saúde pública para atualização de protocolos, procedimentos e processos de programas técnicos segundo as comprovações mais recentes disponíveis	8	15	NÃO	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
11.3.5	Número de países que têm acesso a informação e conhecimento científicos essenciais medido pelo acesso à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no âmbito nacional e regional	10	15	SIM	

**RER 11.4: Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para facilitar a geração e transferência de conhecimento em áreas prioritárias, incluindo pesquisa em saúde pública e sistemas de saúde, e assegurar que os produtos satisfaçam os padrões éticos da OMS.**

**Em risco**

Avaliação do RER: Uma de duas metas de indicadores alcançada.

Trabalhar com os novos indicadores e com o modelo atualizado de trabalho que padroniza os dados e delega autoridade aos países para gerir a informação por eles divulgadas fará avançar este RER. Os países dão pouca ênfase à pesquisa e ainda mais alarmante é a falta de apoio para se criar comitês de ética.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
11.4.1	Número de países que demonstram melhora no indicador de clusters para Função Essencial de Saúde Pública No. 10 (pesquisa de saúde pública)	0	5	NÃO	<i>Este indicador foi modificado no Plano Estratégico emendado.</i> Pelo menos 3 países estão trabalhando na análise e formulação de políticas para pesquisa em saúde e prioridades de pesquisa em saúde.
11.4.2	Número de países da ALC com comissões nacionais para monitorar o cumprimento dos padrões éticos em pesquisa científica	14/36	20/36	NÃO	Mais três países informaram progresso, num total de 17.

**OE12: Garantir melhor acesso, qualidade e uso de produtos médicos e tecnologias**
**No rumo certo**
**AValiação PROGRAMÁTICA**
***Progresso para o cumprimento do OE em 2013***

154. Segundo o progresso nos RERs e o cumprimento das metas de indicadores em 2008–2009, este OE está no rumo certo para alcançar as metas estabelecidas para 2013.

***Avaliação de 2008–2009***

155. Com os recursos da União Europeia para medicamentos com prescrição médica no Caribe, foram alcançadas metas importantes com respeito às políticas de medicamentos com prescrição médica e na identificação dos mecanismos reguladores sub-regionais para medicamentos com prescrição médica.

156. A Estratégia Global e Plano de Ação em Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual foram discutidos a fundo na Região e incluíram a adoção de uma resolução pelo Conselho Diretor em 2008 (CD48.R15, Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual: Uma Perspectiva Regional), assim como o desenvolvimento de uma Plataforma Regional como uma maneira de implementar a resolução.

157. A Rede Pan-americana para Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (PARF) prosseguiu ativamente a sua operação e entre os seus produtos está a validação de um guia de avaliação para as autoridades nacionais reguladoras (ANR) para facilitar o monitoramento e a evolução da harmonização no desempenho das funções essenciais de regulamentação.

**AValiação ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
22.000.000	19.180.095	87%	17.215.205	90%

158. Dos fundos totais disponíveis, US\$ 13.3 milhões (69%) foram provenientes de outras fontes. Contribuições importantes foram recebidas da União Europeia, principalmente para o Caribe, assim como da ACDI -Canadá, Espanha e OMS.

## LIÇÕES APRENDIDAS

- A cooperação sub-regional e entre países que está sendo desenvolvida para apoiar à implantação do OE é considerada um fator crítico para o sucesso. No âmbito sub-regional, o acesso ao uso de medicamentos e tecnologias de saúde é prioridade. Acesso é uma questão que está sendo priorizada por todos os mecanismos de integração sub-regional, com resultados tangíveis no âmbito sub-regional.
- Há problemas enfrentados pelos países de média renda com respeito à proliferação das tecnologias de saúde na Região das Américas, independentemente da categoria da tecnologia em saúde (medicamentos, biotecnologias, produtos médicos). O enfoque mais programático a este problema geral (em contraste com o enfoque por categoria de produto) está tendo um maior impacto nos resultados de cooperação técnica da OPAS.
- Os RERs e seus respectivos indicadores foram simplificados e fixados a tópicos mais específicos. Por exemplo, o RER12.1 está fixado a políticas e regulamentações para medicamentos com prescrição médica e tecnologias, o RER12.2 à qualidade e o RER12.3 à racionalização. Cada indicador será fixado a medicamentos com prescrição médica e produtos biológicos ou a tecnologias de saúde. Espera-se que no próximo biênio os países possam ser vinculados de modo mais adequado e assim facilitar o monitoramento e a avaliação.

## AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 12.1: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para formulação e monitoramento de políticas nacionais abrangentes sobre acesso, qualidade e uso racional de provisões essenciais de saúde pública (incluindo medicamentos, vacinas, medicamentos fitoterápicos, hemoderivados, serviços diagnósticos, produtos médicos e tecnologias de saúde).</b>					<b>Em risco</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das quatro metas de indicadores alcançadas.</p> <p>A complexidade de alguns indicadores se deve ser destacada, visto que a falta de especificidade pode fazer com que se acredite que a meta tenha sido alcançada, quando de fato eles incluem uma lista de ações em diferentes tópicos no OE: medicamentos, medicamentos fitoterápicos, hemoderivados, laboratórios e tecnologias de saúde.</p> <p>O RER foi modificado no Plano Estratégico emendado: os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para promover e assegurar o acesso equitativo a produtos médicos e tecnologias de saúde e a inovação tecnológica correspondente.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência a 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
12.1.1	Número de países que elaboraram ou implantaram políticas e regulamentações para produtos médicos e tecnologias essenciais	15/36	23/36	SIM	
12.1.2	Número de países que planejaram ou fortaleceram sistemas nacionais abrangentes de compras e provisão	20/36	21/36	SIM	<i>Indicador modificado no Plano Estratégico emendado para ter como foco os produtos médicos.</i>
12.1.3	Número de países com 100% de doações de sangue voluntárias, não remuneradas	5	8	SIM	
12.1.4	Número de países que aumentaram o acesso a provisões essenciais de saúde pública (medicamentos, hemoderivados, vacinas e tecnologias).	11	20	SIM	<i>Indicador modificado no Plano Estratégico emendado para ter como foco o acesso.</i>

<b>RER 12.2 : Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para implementar diretrizes, normas e padrões internacionais de qualidade, segurança, eficácia e custo-efetividade de provisões essenciais de saúde pública.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas das duas metas de indicadores alcançadas.</p> <p>O número proposto de países no Plano Estratégico foi alcançado.</p> <p>Mudanças foram feitas neste RER para facilitar a vinculação dos países e a avaliação do cumprimento dos marcos e metas: os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para promover e assegurar a qualidade, segurança e eficácia dos produtos médicos e tecnologias de saúde, contanto que esteja claro que este auxílio é para funções de regulamentação e qualidade.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
12.2.1	Número de países com capacidade integrada de regulamentação de produtos médicos e tecnologias essenciais, por aplicação da avaliação dos padrões da OMS	2	5	SIM	
12.2.2	Número de países que adaptaram e implementaram diretrizes, normas e padrões internacionais de qualidade e segurança de produtos e tecnologias de saúde	3	7	SIM	

<b>RER 12.3: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para implantar políticas baseadas em dados objetivos a fim de promover o uso com sólido embasamento científico e compensador em termos econômicos de produtos médicos e tecnologias por profissionais da saúde e consumidores.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas das duas metas de indicadores alcançadas.</p> <p>No que se refere ao uso e à incorporação racional de tecnologias de saúde, benefícios significativos foram obtidos no âmbito regional e sub-regional, mas sem reflexo no âmbito nacional. Como era baixo o número de países que deveriam alcançar as metas, não houve problema em alcançar esses dois indicadores.</p> <p>O RER foi modificado no Plano Estratégico emendado do seguinte modo: os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para promover e garantir o uso racional e eficiente de produtos médicos e tecnologias de saúde com boa relação de custo-benefício, embasado nos melhores dados objetivos disponíveis.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
12.3.1	Número de países que promovem com sólido embasamento científico e compensador em termos econômicos de produtos médicos e tecnologias	11/36	16/36	SIM	<i>As metas de indicadores modificadas no Plano Estratégico emendado.</i>
12.3.2	Número de países com uma lista nacional de produtos médicos e tecnologias essenciais atualizada nos últimos cinco anos e usada para compras públicas e/ou reembolso	30	31	SIM	<i>Indicador modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>OE13:Assegurar uma força de trabalho de saúde produtiva, competente, com capacidade de resposta e disponível para melhorar os resultados de saúde</b>	<b>No rumo certo</b>
--	----------------------

## AValiação PROGRAMÁTICA

### *Progresso para o cumprimento do OE em 2013*

159. Em vista do progresso feito durante o biênio, é muito provável que os indicadores do OE e as metas serão alcançadas em 2013.

### *Avaliação de 2008–2009*

160. As metas regionais para os recursos humanos serviram de guia e incentivo para ação e sua mensuração está promovendo o planejamento e a implementação de planos nacionais de recursos humanos que contribuem para o desenvolvimento dos sistemas de saúde baseados na APS. Houve considerável interesse e compromisso por parte dos países com respeito às mudanças no treinamento e formação dos profissionais da saúde. Os resultados esperados para a migração dos profissionais da saúde são positivos. Este tópico foi incorporado na agenda de muitos países, estimulado pela discussão do Código de Conduta.

## AValiação ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
23.000.000	14.811.737	64%	13.568.469	92%

161. Dos fundos totais disponíveis para o biênio, US\$ 6 milhões (41%) foram provenientes de contribuições voluntárias. O Projeto de Recursos Humanos depende de contribuições voluntárias, principalmente do Brasil, Canadá e Espanha. Portanto, uma futura redução dessas contribuições poderia pôr em risco os avanços alcançados neste biênio. Recomenda-se ampliar a busca de doadores para facilitar a cooperação técnica em algumas áreas fundamentais, como o desenvolvimento do Campus Virtual de Saúde Pública e o Programa de Liderança em Saúde Internacional.

## LIÇÕES APRENDIDAS

- Há necessidade de apoiar os países no desenvolvimento de planos operacionais para recursos humanos em saúde para responder às políticas do setor de saúde. Isto requer o desenvolvimento de instrumentos mais específicos e precisos em áreas como planejamento e estimativas de custos.
- É necessário o fortalecimento da coordenação intersetorial no desenvolvimento dos planos para recursos humanos em saúde, principalmente com os setores de economia, educação e administração pública.

## AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 13.1: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para elaborar planos, políticas e regulamentações de recursos humanos no âmbito nacional, sub-regional e regional para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde e para o cumprimento dos ODMs.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Duas das cinco metas de indicadores alcançadas.</p> <p>A zona andina elaborou um parâmetro para atingir as 20 Metas Regionais. Sete países da América Central e Caribe concluíram a uma nova rodada de conjuntos de dados básicos em recursos humanos em saúde. A rede de Recursos Humanos para Observatórios da Saúde foi lançada, vinculando sete países.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
13.1.1	Número de países com Planos de Ação de 10 anos para o fortalecimento da força de trabalho de saúde, com participação ativa de interessados diretos e governos	12	16	NÃO	Progresso foi alcançado, mas ainda falta redigir os planos de ação no âmbito nacional. <i>Indicador modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
13.1.2	Número de países que têm uma unidade no governo responsável pelo planejamento e preparação de políticas para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde	4	12	NÃO	Evidência de progresso no desenvolvimento de unidades de planejamento de saúde para incluir recursos humanos em saúde em âmbito nacional/territorial. <i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
13.1.3	Número de países que estabeleceram programas para aumentar a produção de recursos humanos para a saúde com prioridade em fortalecimento de atenção primária à saúde	7	11	SIM	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
13.1.4	Número de países com mecanismos de regulamentação (controle de qualidade) para educação em saúde e profissões da área da saúde	12	16	NÃO	Progresso limitado alcançado. <i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
13.1.5	Número de alianças estratégicas estabelecidas pela RSPA para implementar a Chamada de Ação de Toronto	2	4	SIM	<i>Indicador modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 13.2: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para estabelecer um conjunto de indicadores básicos e sistemas de informação em recursos humanos para a saúde no nível nacional, sub-regional e regional.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Três das três metas de indicadores alcançadas.					
Vários países estabeleceram uma série de dados básicos, desenvolveram um parâmetro de informações e indicadores para monitorar a força de trabalho de saúde e um manual.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
13.2.1	Número de países que estabeleceram uma base de dados para monitorar as situações e tendências da força de trabalho de saúde, atualizados pelo menos a cada dois anos	10	18	SIM	
13.2.2	Número de países que participam em um sistema regional de indicadores em recursos humanos para a saúde (incluindo indicadores de distribuição geográfica, migração, relações de trabalho e tendências de desenvolvimento dos profissionais da saúde)	0	10	SIM	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
13.2.3	Número de países com um grupo nacional que participa da rede de Observatórios de Recursos Humanos para a Saúde	18	29	SIM	

<b>RER 13.3: Os Estados Membros receberam apoio através de cooperação técnica para planejar e implementar estratégias e incentivos para gerar, atrair e reter profissionais da saúde (com as qualificações apropriadas) em relação às necessidades individuais e coletivas de saúde, principalmente levando em consideração as populações negligenciadas.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Uma das três metas de indicadores alcançada.					
O cumprimento deste objetivo faz parte de processos complexos de negociação de caráter sensível nos países. Os países estão continuamente avançando para o desenvolvimento das carreiras na saúde e criação de incentivos para retenção e melhor distribuição do pessoal da área de saúde.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
13.3.1	Número de países com políticas de recrutamento e retenção para profissionais da saúde	6	15	NÃO	Atraso na formulação de políticas relativas ao recrutamento e retenção de profissionais da saúde como resultado da crise econômica mundial.  <i>Indicador modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
13.3.2	Número de países que implantaram sistemas de incentivo e estratégias para a redistribuição geográfica de seus profissionais da saúde para favorecer as áreas subatendidas	4	10	NÃO	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
13.3.3	Número de países que participam da iniciativa “Trajetória de Carreira para Profissionais da Saúde”, incorporando incentivos específicos para o aperfeiçoamento das qualificações e distribuição equilibrada da força de trabalho	4	8	SIM	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

**RER 13.4: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para fortalecer as estratégias e sistemas de educação no âmbito nacional, visando desenvolver e manter as qualificações do pessoal da saúde, com foco na atenção primária à saúde.**

**No rumo certo**

Avaliação do RER: Quatro das cinco metas de indicadores alcançadas.

O cumprimento deste resultado esperado faz parte de uma combinação do progresso em diferentes áreas. Muitos países passaram a vincular serviço e educação com base na formação correspondente do pessoal de saúde; a educação em APS está reunindo interesse regional e programas contínuos de educação foram estabelecidos visando o pessoal da saúde. Mudanças positivas no Campus Virtual, formação em saúde internacional e treinamento de liderança de recursos humanos são estratégias de impacto para alcançar o objetivo.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
13.4.1	Número de países com mecanismos de planejamento conjuntos para formação de pessoal de instituições e serviços de saúde	4	15	NÃO	Existem em andamento discussões no âmbito nacional mas ainda não há articulação ou implementação de políticas. <i>O indicador modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
13.4.2	Número de países que informam mudanças curriculares como resultado da orientação do ensino de graduação e pós-graduação em atenção primária à saúde	4	10	SIM	<i>Indicador modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
13.4.3	Número de países que estabeleceram sistemas de educação continuada para melhorar as qualificações de pessoal da área de saúde	5	10	SIM	<i>Indicador modificado no Plano Estratégico emendado.</i>
13.4.4	Número de pessoas que participam de programa de liderança em saúde internacional	0	20	SIM	A coorte de 2009 tem mais de 30 participantes de mais de 20 países. <i>Indicador modificado no Plano Estratégico emendado.</i>

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
13.4.5	Número de países com participação ativa em estratégias de aprendizagem virtual	7	20	SIM	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 13.5: Promoção de maior compreensão e cooperação para encontrar soluções ao problema da migração internacional de profissionais da saúde.</b>	<b>No rumo certo</b>
--	----------------------

Avaliação do RER: Três das três metas de indicadores alcançadas.

Avanços foram alcançados na análise regional da migração e os países se comprometem com esforços nacionais com esta finalidade. O Código de Conduta para Contratação de Pessoal da Área de Saúde Internacional discutido e apoiado. Houve avanços nos processos de integração regional com o credenciamento de diplomas internacionais dos profissionais da saúde, indicando maior compreensão na Região com respeito à migração do pessoal da área de saúde e posicionamento para ação.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
13.5.1	Número de países que analisam e monitoram a dinâmica de migração de profissionais da saúde	5	12	SIM	
13.5.2	Número de países que participam de acordos bilaterais ou multilaterais que abordam a migração de profissionais da saúde	4	10	SIM	
13.5.3	Número de sub-regiões que desenvolvem acordos formais em sistemas que reconhecem diplomas avançados e certificações de profissões de saúde	1	2	SIM	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

**OE14: Estender a proteção social através de  
financiamento justo, adequado e sustentável**

**No rumo  
certo**

**AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA**

*Progresso para o cumprimento do OE em 2013*

162. Em vista do progresso feito durante o biênio de 2008–2009, as metas e indicadores do OE devem ser atingidos em 2013.

*Avaliação de 2008–2009*

163. Onze (11) Estados Membros institucionalizaram as unidades de financiamento e economia em saúde no ministério da Saúde. Quinze (15) países fizeram progresso significativo para a produção regular de contas satélite de saúde e gastos nacionais de saúde e estudos nacionais de financiamento que contribuem para o fortalecimento da capacidade dos Estados Membros de melhorar o financiamento do sistema nacional de atenção de saúde e programas de proteção social. É necessário financiamento para o fortalecimento da cooperação técnica nessas áreas.

164. Deve-se procurar obter financiamento adequado e sustentável da saúde pública nacional e sistemas de saúde pública e a extensão dos objetivos e metas de proteção social, como estabelecido no Plano Estratégico.

**AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
15.000.000	4.866.603	32%	4.576.758	94%

165. Dos fundos totais disponíveis, US\$ 1,14 milhão (23%) foi proveniente de outras fontes. É importante observar que muitas das atividades realizadas sob o OE14 foram cobertas com fundos do OE10.

166. A OPAS precisa captar recursos da OMS e de fontes externas, tirando proveito de novas iniciativas, como a Rede Interamericana de Proteção Social (USAID).

## LIÇÕES APRENDIDAS

- Apesar do fato de que o financiamento dos sistemas nacionais de saúde para fornecer cobertura universal é proeminente na agenda de política social em vários países da Região, há maior conscientização de que a recessão econômica global poderia ter um impacto negativo para as realizações recentes nos investimentos do setor social, incluindo a saúde. Portanto, é fundamental tomar medidas para proteger tais realizações.
- Há necessidade de institucionalizar a coleta de informação sobre gastos e financiamento dos sistemas de assistência de saúde e sistemas ou programas de proteção social.
- É preciso fortalecer as capacidades dos países de analisar as implicações fiscais de avançar para alcançar sistemas de atenção de saúde de cobertura universal e a extensão da proteção social nos programas e planejamentos de saúde.

## AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 14.1: Cooperação técnica prestada aos Estados Membros para desenvolver capacidades institucionais a fim de melhorar o financiamento do sistema nacional de saúde e proteção social em saúde.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Quatro das quatro metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Doze países consolidaram unidades/departamentos de economia da saúde (UES/DES) como uma parte integrante da política dos ministérios da Saúde e divisões/departamentos de planejamento. Houve aumento considerável da demanda de atividades de cooperação técnica em assuntos de financiamento de saúde: adequação, sustentabilidade e implicações fiscais de alcançar acesso/cobertura universal. Há estímulo crescente para políticas de proteção social nos países e foi lançada a Rede Interamericana de Proteção Social em setembro de 2009. O Programa Mundial de Alimentos e outros organismos das Nações Unidas, assim como o OPAS, atualmente apoiam componentes nutricionais dentro dos planos de proteção social. A Rede Ibero-americana de Proteção Social em Saúde está sendo desenvolvida, sendo que o governo do Chile assumiu o papel de secretário. É sumamente importante aproveitar esta oportunidade para fazer avançar a proteção social nas políticas de saúde a fim de atingir seguro de saúde universal.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
14.1.1	Número de países com planos institucionais de desenvolvimento para melhorar o desempenho dos mecanismos de financiamento	7	10	SIM	
14.1.2	Número de países com unidades de análise em gastos de saúde econômicos, financeiros e funcionais	10	13	SIM	<i>Indicador transferido para o 14.2 no Plano Estratégico emendado.</i>
14.1.3	Número de países que realizaram estudos de caracterização da exclusão social em saúde no nível nacional ou subnacional usando ferramenta de autoavaliação da OPAS	11	13	SIM	<i>Indicador consolidado com 14.1.4 e transferido para o RER 14.4 no Plano Estratégico emendado.</i>

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
14.1.4	Número de países que participam do Observatório de Políticas de Proteção Social em Saúde estabelecido durante a 9ª. Conferência Ibero-americana de Ministros da Saúde	0	5	SIM	Superado: 10 países participando ativamente do Observatório.  <i>Indicador consolidado com o 14.1.3 e transferido para o 14.4 no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 14.2: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para avaliar a capacidade dos domicílios de cobrir os gastos de saúde com o sistema de proteção social</b>					<b>Em risco</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Uma de uma meta de indicadores não alcançada.					
Somente dois de três estudos de caso de países sobre gastos catastróficos foram finalizados. Escassez de recursos financeiros e conhecimento especializado limitaram o desenvolvimento de atividades de cooperação técnica para avaliar o papel da saúde pública e sistemas de proteção social em evitar que os domicílios tivessem gastos catastróficos em saúde.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
14.2.1	Número de estudos de países finalizados aplicando o modelo de avaliação da OPAS para avaliar a capacidade dos domicílios de cobrir os gastos de saúde com sistemas de proteção social	0	3	NÃO	Dois de três alcançados.

<b>RER 14.3: Informação sobre financiamento e gastos de saúde atualizados periodicamente e fornecidos aos Estados Membros para planejamento da proteção social.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Quatro das cinco metas de indicadores alcançadas e uma não avaliada.					
Não há riscos previstos que comprometam o alcance das metas de biênios futuros.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
14.3.1	Número de países que divulgam informação atualizada sobre financiamento e gasto de saúde à Iniciativa Regional-OPAS de Dados Básicos e o Anexo Estatístico da WHR/OMS	28/35	31/35	SIM	
14.3.2	Número de países que institucionalizaram a produção periódica de Contas de Saúde/Contas Nacionais de Saúde harmonizadas com o sistema estatístico das Nações Unidas	13	16	NÃO	Há necessidade de aperfeiçoar a coordenação para melhor institucionalizar o uso dos padrões estatísticos das Nações Unidas.

<b>RER 14.4: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para apoiar o desenvolvimento de esquemas de seguro e outros mecanismos para ampliar a proteção social em saúde.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Uma de uma meta de indicadores alcançada.					
Opções de políticas para ampliar a cobertura/esquemas de seguro social de saúde baseados nos princípios/orientação da OPAS de Extensão da Proteção Social na Saúde (ESPH) foram definidas por 10 países (Aruba, Brasil, Chile, Equador, Haiti, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela).					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta alcançada?	Observações sobre o progresso
14.4.1	Número de países com esquemas de seguro e outros mecanismos para ampliar a proteção social na saúde	8	10	SIM	

<b>RER 14.5: Os Estados Membros receberam apoio através da cooperação técnica para alinhar e harmonizar a cooperação internacional de saúde.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Uma de uma meta de indicadores alcançada.					
A RSPA adaptou um kit de ferramentas para a capacitação das equipes dos países nesses temas. A avaliação global para o fim do biênio é positiva (seis países, um a mais que a meta). Do ponto de vista quantitativo, o indicador foi alcançado, mas qualitativamente mais trabalho deve ser realizado, principalmente nos países-chave em que questões de harmonização e o alinhamento são mais relevantes.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
14.5.1	Número de países que demonstram melhora nos níveis de harmonização e alinhamento de cooperação internacional de saúde, medido por padrões e instrumentos internacionalmente acordados	3	5	SIM	

<b>OE15:Fornecer liderança, fortalecer a governança e estimular parcerias e colaboração com Estados Membros, sistema das Nações Unidas e outros interessados diretos para cumprir o mandato da OPAS/OMS de avançar a agenda global de saúde, como estabelecido no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS e Agenda de Saúde para as Américas</b>	<b>No rumo certo</b>
--	----------------------

## **AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA**

### ***Progresso para o cumprimento do OE em 2013***

167. O desempenho do OE indica que está no rumo certo para alcançar as metas de 2013.

168. Os líderes mundiais estão considerando decisões para acelerar o progresso para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) até 2015 com o fortalecimento do modelo multilateral. Isto dará impulso especial à OPAS/OMS para aprimorar a liderança e incentivar parcerias com parceiros externos incluindo os organismos das Nações Unidas.

169. As iniciativas de saúde patrocinadas por alguns Estados Membros (Estados Unidos, Espanha e Canadá, entre outros) em diferentes fóruns internacionais, como o G-8 e G-20, assim como os esforços no âmbito nacional asseguram que a Região esteja em boa posição para avançar as agendas regionais e globais de saúde.

### ***Avaliação de 2008–2009***

170. Este OE é um objetivo facilitador para o cumprimento de outros OEs. Inclui três grandes áreas: liderança e governança, presença do país para cooperação técnica e relacionamento com o sistema das Nações Unidas.

171. Os principais avanços da RSPA neste OE são:

- 60% das resoluções dos Órgãos Diretivos da OPAS se concentram em política e estratégias.
- Parcerias com os interessados diretos externos foram ampliadas e fortalecidas.

- A participação da OPAS no processo de reforma das Nações Unidas ao nível regional e nacional foi incentivada e a Estratégia de Cooperação de Países (ECP) e Estratégia Sub-regional de Cooperação (SCS) desempenharam um papel maior ao definir a cooperação técnica da OPAS.

## **AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
61.210.000	69.676.767	114%	68.088.843	98%

172. A execução não foi 100% porque algumas atividades programadas para 2008–2009 e financiadas por contribuições voluntárias foram postergadas para o biênio de 2010–2011.

173. Canadá, Espanha e Estados Unidos foram os principais parceiros bilaterais para o financiamento do Plano de Trabalho Bienal da RSPA. Eles continuarão apoiando a RSPA durante 2010–2011, mas há necessidade de buscar novos parceiros, considerando os desafios de saúde antigos e os novos desafios enfrentados pela Região.

## **LIÇÕES APRENDIDAS**

- Em geral, o desempenho das entidades individuais da RSPA que contribuíram para este OE foi bom. A RSPA estimulou ferramentas institucionais para promover liderança na Organização e melhorar a responsabilidade institucional de seus Órgãos Diretivos. É preciso continuar trabalhando para integrar essas ferramentas e incorporar as boas lições aprendidas.
- Em relação à participação da OPAS no processo de reforma das Nações Unidas, a RSPA precisa examinar os seus procedimentos internos para facilitar a participação de representações nos países no nível operacional. A RSPA está plenamente envolvida neste processo no nível global e regional mas, ao nível nacional, precisa melhorar a sua presença institucional.
- Com relação à presença da OPAS no países, a RSPA precisa reforçar seu trabalho apoiando representações nos países ao executar a Estratégia de Cooperação de Países.
- Com respeito às Estratégias Sub-regionais de Cooperação, a RSPA precisa analisar o enfoque da OPAS aos novos processos de integração para prestar apoio técnico eficaz e coerente.

## AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

RER 15.1: Liderança e direção eficaz da Organização exercida por meio de aperfeiçoamento da governança e coerência, responsabilidade e sinergia do trabalho da OPAS/OMS para cumprir seu mandato ao avançar as agendas de saúde globais, regionais, sub-regionais e nacionais.					No rumo certo
<p><u>Avaliação do RER:</u> Três das quatro metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Os gerentes seniores de todas as entidades da RSPA têm um firme compromisso com o cumprimento deste Objetivo Estratégico. Há necessidade de continuar a apoiar os gerentes seniores recém-nomeados para examinar as metas de 2011.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
15.1.1	Proporção de resoluções dos Órgãos Diretivos da OPAS aprovadas que se concentram em estratégias e políticas de saúde	40%	45%	SIM	Expectativa superada: 60%.
15.1.2	Porcentagem de todos os projetos de supervisão finalizados que avaliam e aprimoram processos de gestão de risco, controle e governança	0%	40%	NÃO	O escritório de Supervisão Interna (IOS) planejou 25 trabalhos e concluiu 22 (88%). Dividido entre auditorias internas e avaliações, o IOS planejou 22 auditorias internas e concluiu 17 (77%), e planejou 3 avaliações e concluiu 5 (implementação plena – de fato, superado).
15.1.3	Número de entidades da RSPA que implementam iniciativas de liderança e gestão (coordenação e negociação de cooperação técnica com parceiros, defesa da causa para a missão da OPAS/OMS, elaboração de ECP e Planos de Trabalho Bienais e relatórios) a tempo e dentro de orçamento	50/81	65/81	SIM	
15.1.4	Porcentagem de averiguações legais por parte de Órgãos Diretivos e Estados Membros consideradas em 10 dias úteis	70%	90%	SIM	

<b>RER 15.2: Presença eficaz da OPAS/OMS nos países estabelecida para executar as Estratégias de Cooperação de Países da OPAS/OMS (ECP) que são 1) alinhadas com agendas nacionais de saúde e de desenvolvimento dos Estados Membros e 2) harmonizadas com a equipe do país das Nações Unidas e outros parceiros de desenvolvimento.</b>						<b>No rumo certo</b>
Quota de RER: Três das cinco metas de indicadores alcançadas.						
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso	
15.2.1	Número de países que usam Estratégias de Cooperação de Países (ECP) como base para definição da presença da Organização no país e do respectivo Plano de Trabalho Bienal	20/35	30/35	SIM		
15.2.2	Número de países em que a ECP é usada como referência para harmonização da cooperação em saúde com as equipes das Nações Unidas no país e outros parceiros de desenvolvimento	20/35	30/35	SIM		
15.2.3	Número de países em que a contribuição da RSPA para resultados nacionais de saúde é avaliada por uma avaliação conjunta (RSPA, governo e outros interessados diretos) do Plano de Trabalho Bienal	10/35	23/35	SIM		
15.2.4	Número de sub-regiões que têm uma Estratégia de Cooperação Sub-regional (SCS)	0/4	1/4	SIM	Concluída na sub-região andina e em andamento nas outras sub-regiões.	
15.2.5	Número de representações da OPAS/OMS nos países com infraestrutura adequada e apoio administrativo (incluindo conformidade com os Padrões Mínimos de Segurança Operacional [PMSO]) para permitir a provisão eficaz de cooperação técnica no âmbito nacional	20/29	25/29	SIM		

<b>RER 15.3: Mecanismos regionais de saúde e de desenvolvimento estabelecidos, incluindo parcerias, saúde internacional e defesa da causa, para fornecer recursos técnicos e financeiros mais garantidos e sustentados para saúde, em apoio à Agenda de Saúde para as Américas.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Cinco das cinco metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Apesar do fato de que o alcance deste RER depende de diversos fatores externos, o desempenho das entidades da RSPA foi bom.</p> <p>No que se refere ao indicador relacionado com o Fórum para a Saúde Pública nas Américas, e segundo a recomendação da Gestão Executiva da RSPA (EXM), atividades feitas dentro do modelo de Diálogo de Multiparceiros para a Saúde nas Américas estão sendo consideradas.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
15.3.1	Proporção de acordos comerciais (multilaterais e bilaterais) nas Américas que refletem os interesses de saúde pública, como descrito na orientação da OPAS/OMS	4%	10%	N/D	<i>Indicador foi suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>
15.3.2	Número de países em que a OPAS/OMS estão conduzindo ou participam ativamente de saúde e parcerias de desenvolvimento (formais e informais), no contexto das reformas do sistema das Nações Unidas	20/33	25/33	SIM	Os países continuam participando da Matriz de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento (MANUD).
15.3.3	Número de acordos com organizações bilaterais e multilaterais e outros parceiros, incluindo organismos das Nações Unidas, apoiando a Agenda de Saúde para as Américas	0	10	SIM	Acordos assinados com AECID, NORAD, ACIDI, USAID, CDC, BID. Sob o Fundo do ODM da Espanha, a RSPA assinou 12 acordos para implementação de projetos no âmbito nacional.
15.3.4	Proporção de Declarações de Cúpula refletindo o compromisso para o avanço da Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017	N/D	50%	SIM	
15.3.5	Número de países que incorporam recomendações de política formuladas pelo Fórum para Saúde Pública nas Américas	0	4	SIM	
15.3.6	Número de países que solicitam o apoio da OPAS para a captação recursos técnicos e financeiros de parceiros externos	10/33	20/33	SIM	

<b>RER 15.4: A OPAS é fonte abalizada e mediador de conhecimento e informações de saúde pública baseadas em dados objetivos, fornecendo conhecimento de saúde e material de defesa da causa essenciais aos Estados Membros, parceiros de saúde e outros interessados diretos.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Quatro das quatro metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Com base no cumprimento das metas de indicadores de RER para 2009, o RER está no rumo certo para o alcance das metas para 2013. A OPAS fez progressos significativos e está no rumo para alcançar sua meta de ser uma fonte abalizada de conhecimento e informação de saúde pública até 2013, ao alinhar-se com OMS e seguir as resoluções da AMS; ao considerar as sinergias entre as diversas fontes de informação e sistemas; ao promover a formulação e a adoção de políticas (como acesso aberto) que promovem o acesso universal e gratuito ao conteúdo de saúde pública; e ao promover o uso de novas ferramentas e comportamentos, incluindo mídias sociais, ferramentas de colaboração online e comunidades de metodologias de prática.</p> <p>Este RER, com os seus indicadores, foi transferido para o OE11.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
15.4.1	Número de acessos à página da OPAS na internet	20 milhões	30 milhões	SIM	<i>Indicador transferido para o OE11 no Plano Estratégico emendado.</i>
15.4.2	Número de países que têm acesso a informações de saúde baseadas em dados objetivos e material de defesa da causa para a prestação eficaz de programas de saúde como refletido nas Estratégias de Cooperação de Países	8	16	SIM	<i>Indicador transferido para o OE 11 no Plano Estratégico emendado.</i>
15.4.3	Plataforma Regional de Informação da OPAS criada, integrando todos os sistemas de informação técnica de saúde da RSPA e informação de parceiros de saúde e de desenvolvimento	Dados básicos e MAPIS	Integração de todos os sistemas técnicos de informação e de cinco parceiros estratégicos de saúde e de desenvolvimento	SIM	<i>Indicador transferido para o OE11 no Plano Estratégico emendado.</i>
15.4.4	Número de Comunidades de Prática estabelecidas e em uso nas entidades da RSPA	2	10	SIM	<i>Indicador transferido ao OE11 no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>OE16: Desenvolver e manter a OPAS/OMS como uma organização de aprendizagem flexível, possibilitando realizar seu mandato de modo mais eficiente</b>	<b>No rumo certo</b>
--	----------------------

## **AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA**

### ***Progresso para o cumprimento do OE em 2013***

174. Quase todos os indicadores de RER foram alcançados neste biênio. Isto fornece um início excelente para atingir os indicadores e as metas do OE para 2013. Embora existam grandes desafios a serem enfrentados, como Gestão de Risco, Gestão Baseada em Resultados (RBM), Sistema de Gestão Institucional (CMS), Análise de Processos Administrativos e Reengenharia, muitas das realizações neste biênio, como descrito a seguir, estão começando a estabelecer a fundação necessária do OE16 para uma implementação com êxito do Plano Estratégico de 2008–2013.

### ***Avaliação de 2008–2009***

175. Houve diversas grandes realizações sob o OE16 durante o biênio de 2008–2009. Destacam-se os seguintes para demonstrar a importância desses resultados na implementação do Plano Estratégico de 2008-2013:

- Aprovação do Modelo de RBM pela Gerência Executiva da RSPA (EXM), incluindo implementação plena dos componentes de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do Desempenho (PMA).
- Aprovação pelo Conselho Diretor de um aumento de 3,5% do Orçamento para Programas para 2010–2011.
- Implementação oportuna das IPSAS no dia 1º de janeiro de 2010, como um dos líderes nesta área no sistema das Nações Unidas.
- Resultado de auditoria sem reservas para o biênio 2006–2007.
- Planos de recursos humanos aprovados e alinhados com o Plano Estratégico.
- Um Sistema de Avaliação do Desempenho do Pessoal a ser iniciado em 2010.
- Mecanismos do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos (ICMS) que reduzem o número de casos encaminhados a recurso formal.
- Ferramenta do plano de recursos humanos implantada para facilitar as decisões administrativas de pessoal.

- Um modelo de Plano de Aprendizagem Estratégica de cinco anos desenvolvido e aprovado.
- Um resumo de todos os mecanismos contratuais/de emprego identificando os benefícios e responsabilidades desenvolvidos e disponíveis para toda a Organização.
- Atualização do manual eletrônico (e-manual) da OPAS/OMS.

### **AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

Orçamento para Programas aprovado (OP 2008–2009)	Fundos disponíveis para o biênio	Fundos disponíveis para o biênio como % do OP 2008–2009	Gastos	Taxa de execução (gastos/fundos disponíveis)
96.577.000	113.132.383	117%	111.225.548	98%

176. Financiamento para as funções facilitadoras continua a ser limitado apenas aos requisitos operacionais mínimos, com ênfase em deslocar o financiamento da Sede para as representações nos países.

### **LIÇÕES APRENDIDAS**

- O desenvolvimento da Gestão Baseada em Resultados teve bom progresso na Organização, tendo iniciado a implementação de todos os seus componentes, sendo o planejamento o mais avançado.
- O maior desafio sendo enfrentado na consolidação da RBM é a mudança na cultura organizacional. Há ainda resistência à mudança, principalmente devido à informação e treinamento limitados e subsequente falta de compreensão da abrangência e importância da RBM.
- O Planejamento, Monitoramento e Avaliação do Desempenho, baseado no conceito de uma organização com enfoque de matriz, requer o fortalecimento do diálogo e negociação entre os gerentes das entidades e facilitadores dos Objetivos Estratégicos – um processo fundamental para consolidar a RBM.
- A alocação de mais recursos aos Objetivos Estratégicos segundo a prioridade estabelecida no Plano Estratégico é um processo complexo pelas seguintes razões: 65% dos fundos de orçamento ordinário estão vinculados a postos de prazo fixo e a maioria das contribuições voluntárias recebidas pela Organização é destinada (vinculada a projetos) e não pode ser transferida entre OEs.
- Há necessidade de modernizar o sistema de gestão da informação da Organização. O sistema atual é obsoleto e não está integrado. O ideal seria ter um sistema de Planejamento de Recursos de Empreendimento (ERP). Foi criado um comitê para analisar e formular opções para modernizar o sistema de gestão da informação, que será apresentado aos Órgãos Diretivos em 2010 para consideração.

## AValiação DOS RESULTADOS ESPERADOS A NÍVEL REGIONAL

<b>RER 16.1: A RSPA é uma organização baseada em resultados, cujo trabalho se guia por planos estratégicos e operacionais que se baseiam em lições aprendidas, refletem necessidades sub-regionais e dos países, são desenvolvidos conjuntamente em toda a Organização e usados de modo eficaz para monitorar o desempenho e avaliar os resultados.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Seis das seis metas de indicadores alcançadas.</p> <p>O progresso alcançado durante o biênio para este RER é satisfatório e, portanto, se prevê que será plenamente alcançado ao final do Plano Estratégico. Todas as metas programadas para 2013 estão previstas para serem alcançadas se a Repartição continuar trabalhando no ritmo em que trabalhou neste biênio de 2008–2009. A implementação do Monitoramento e Avaliação do Desempenho (PMA), um dos pilares do modelo de gestão baseada em resultados, foi consolidada durante este biênio e continuará a ser fortalecida nos próximos anos. Este exercício destaca uma mudança fundamental na maneira como a RSPA opera e também implica em uma mudança cultural. O PMA está sendo reconhecido não apenas pelos gerentes das entidades da RSPA como um exercício útil mas também pela Organização Mundial da Saúde como um modelo que deve ser repetido em outras regiões.</p>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
16.1.1	Estratégia de gestão baseada em resultados plenamente implementada	Em curso	Aprovado pelos Órgãos Diretivos	SIM	<i>Indicador modificado no Plano Estratégico emendado para refletir a aprovação para o modelo de RBM pela EXM, que foi alcançado.</i>
16.1.2	O Plano Estratégico da RSPA (Plano Estratégico) e respectivos Orçamentos para Programas (OPs) são baseados em resultados, levam em consideração a estratégia do país em questão e lições aprendidas, são desenvolvidos por todos os níveis da Organização e aprovados pelos Órgãos Diretivos	Em curso	OP 2010–2011 desenvolvido com estas características	SIM	
16.1.3	Porcentagem de progresso em direção às metas de realocação de recursos entre os três níveis da RSPA em 2011, por Política Orçamentária Regional para Programas da OPAS	33%	67%	SIM	
16.1.4	Número de entidades da RSPA que atingiram seus resultados esperados, com foco no cliente e centrados nos países, como definido na ECP, medido pela avaliação de Planos de Trabalho Bienais	N/D	20/81	SIM	Superado: 50 entidades.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
16.1.5	Para cada biênio, proporção de relatórios de monitoramento e avaliação sobre Resultados Esperados contidos no Plano Estratégico e Orçamento para Programas apresentado de maneira adequada, após revisão dos pares	50%	80%	SIM	
16.1.6	Proporção de Planos Regionais de Saúde Pública elaborados e implantados pelos Estados Membros e RSPA, de acordo com as diretrizes estabelecidas da OPAS	N/D	100%	SIM	<i>Indicador suprimido no Plano Estratégico emendado.</i>

<b>RER 16.2: Monitoramento e captação de recursos financeiros fortalecidos para assegurar a execução do Orçamento para Programas, incluindo o aperfeiçoamento de práticas financeiras sólidas e a administração eficiente de recursos financeiros.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Seis das seis metas de indicadores alcançadas.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
16.2.1	Cumprimento da RSPA com as Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público	Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público não implementadas	Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público aprovadas pelos Estados Membros	SIM	
16.2.2	Proporção de objetivos estratégicos com níveis de gastos em conformidade com as metas do orçamento para programas	A ser determinado ao final-2007	50%	SIM	
16.2.3	Proporção das Contribuições Voluntárias que não são destinadas	5%	10%	SIM	Durante 2008–2009, a RSPA captou quase US\$ 120 milhões em contribuições voluntárias de parceiros externos (não incluindo fundos da OMS) que usaram o Plano Estratégico da OPAS como um modelo estratégico e operacional.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
16.2.4	Porcentagem de fundos de Contribuição Voluntária da OPAS (destinados e não destinados) devolvidos aos parceiros	1%	0,8%	SIM	
16.2.5	Práticas financeiras sólidas como demonstrado por parecer de auditoria sem reservas	Opinião de auditoria sem reservas	Opinião de auditoria sem reservas	SIM	
16.2.6	Número de entidades da RSPA que alcançaram cobertura de 75% do déficit de recursos planejado nos seus Planos de Trabalho Bienais	N/D	20/81	SIM	Superado: 27 entidades da RSPA.

<b>RER 16.3: Políticas e práticas de recursos humanos promovem (a) atração e retenção de pessoas capacitadas com as qualificações requeridas por planos da organização, (b) desempenho eficaz e equitativo e gestão de recursos humanos, (c) desenvolvimento de pessoal e (d) comportamento ético.</b>					<b>No rumo certo</b>
<p><u>Avaliação do RER:</u> Cinco das seis metas de indicadores alcançadas.</p> <p>Os principais avanços durante 2008–2009 são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A estratégia de Recursos Humanos (RH) foi concluída e aprovada pela EXM.</li> <li>• A ferramenta de planejamento de RH foi criada e implantada pelos escritórios e centros nos países e áreas da Sede, permitindo à EXM e gerentes seniores tomar decisões apropriadas de pessoal no ciclo do plano de trabalho bienal.</li> <li>• O conceito do bem-estar do pessoal foi claramente ancorado na estratégia geral de RH com os seguintes avanços principais: comitê de saúde, segurança e bem-estar estabelecido, dia do bem-estar comemorado e página na internet sobre bem-estar criada.</li> <li>• O Plano de Aprendizagem Estratégica da Organização de cinco anos foi elaborado e está sendo usado como o modelo para estabelecer os planos de aprendizagem do escritório.</li> <li>• A matriz de contrato resumindo os diversos mecanismos contratuais foi criada e distribuída em toda a Organização.</li> <li>• Avanços consideráveis foram feitos para atualizar a parte de RH do e-manual, a fim de melhor esclarecer os processos e procedimentos de RH e assim evitar conflitos em potencial, recursos e reclamações trabalhistas.</li> <li>• Um modelo de comitê de seleção foi revisado e atualizado.</li> <li>• Um novo sistema de monitoramento de RH foi lançado, no qual todas as solicitações de Autorização de Pessoal da OPAS serão apresentadas e monitoradas.</li> </ul>					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
16.3.1	Proporção de entidades da RSPA com planos de recursos humanos aprovados para um biênio, alinhados com a estratégia institucional de RH	15%	50%	SIM	
16.3.2	Proporção do pessoal que assume um novo posto (com descrição do posto baseada na competência) ou que se transfere a um novo local durante um biênio de acordo com uma estratégia de RH	15%	50%	SIM	

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
16.3.3	Novos recrutamentos refletem a política da OPAS de equilíbrio de gênero e representação geográfica	SIM	SIM	SIM	
16.3.4	Sistema de avaliação de desempenho de recursos humanos usado por todo o pessoal e vinculado aos Planos de Trabalho Bienais, modelo de competência e planos de desenvolvimento de pessoal	NÃO	SIM	NÃO	O novo sistema de avaliação de desempenho foi adquirido, adaptado e está pronto para a implementação em janeiro de 2010; durante o próximo biênio estará vinculado ao modelo de competência e plano de desenvolvimento de pessoal.
16.3.5	Menos de 1% da força de trabalho apresentou reclamação trabalhista formal ou foi alvo de ação disciplinar formal	SIM	SIM	SIM	
16.3.6	Número de consultas recebidas por ano com questões éticas que refletem um grau mais alto de conscientização com respeito ao comportamento ético	40	80	SIM	

**RER 16.4: Estratégias, políticas e práticas de gestão de sistemas de informação implantadas para assegurar soluções confiáveis, garantidas e a um custo compensador, ao mesmo tempo em que atende às demandas de mudança da RSPA.**

**No rumo certo**

Avaliação do RER: Três das três metas de indicadores alcançadas.

Durante o biênio de 2008–2009, a Organização continuou a investir em serviços de alta qualidade em apoio aos usuários, tempo de atividade/disponibilidade do sistema, serviços colaborativos, conectividade, telecomunicações, mudanças e ampliação do sistema, serviços de rede e de representação gráfica da área de trabalho do terminal e orientação de especialista de TI.

Avanços foram alcançados nas seguintes áreas:

- Um novo sistema de telefone instalado na Sede e tecnologia de Voice over Internet (VoIP) em oito representações nos países/centros, reduzindo consideravelmente os custos de chamadas de longa distância nestes países.
- Aperfeiçoamento contínuo de serviços de acesso remoto a representações nos países e Sedes para finalidades de continuidade institucional ao concluir o projeto de virtualização de servidores e assegurar que todos os países tenham acesso direto a todos os aplicativos fora do escritório.
- Melhoria da base de dados de AMPES e HRM PAS.
- SharePoint 2007 lançado na Organização, melhorando a colaboração e fluxos de trabalho.
- Um projeto de estratégia de TI da OPAS preparado para discussão e finalização em 2010.

Em termos gerais, a Organização fez grandes avanços que atingiram 100% das metas de RER de 2008–2009. No caso de TI, existem estratégias, políticas e práticas de gestão da informação a um custo compensador implementadas para assegurar a gestão eficaz de recursos e continuidade do serviço de TI.

Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
16.4.1	Proporção de propostas significativas de TI, projetos e aplicativos gerenciados de forma sistemática pelos processos de gestão de carteiras	0%	40%	SIM	
16.4.2	Nível do conformidade com as metas de nível de serviço acordadas para serviços gerenciados de TI	0%	50%	SIM	
16.4.3	Número de representações da OPAS e centros nos países que usam informação de gerenciamento uniforme e quase em tempo real	36	36	SIM	

<b>RER 16.5: Serviços de apoio administrativos e de gestão, incluindo compras, fortalecidos para permitir o funcionamento eficiente da Organização.</b>					<b>No rumo certo</b>
<u>Avaliação do RER:</u> Cinco das cinco metas de indicadores alcançadas.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta atingida?	Observações sobre o progresso
16.5.1	Nível de satisfação do usuário com serviços selecionados administrativos e de gestão (incluindo segurança, viagem, transporte, serviços de correio, serviços de saúde, serviços de limpeza e alimentação) medido em pesquisas de opinião	Baixo (satisfação calculada em menos de 50%)	Intermediário (satisfação calculada em 50%-75%)	SIM	
16.5.2	Proporção de procedimentos operacionais padrão usados pelo pessoal da RSPA durante emergências regionais	0%	50%	SIM	
16.5.3	Proporção de parâmetros internos atingidos ou superados para serviços de tradução	60%	70%	SIM	
16.5.4	Porcentagem de desenvolvimento e implementação de um sistema de gestão para medir e monitorar a conformidade com as boas práticas de compras, incluindo treinamento direcionado, melhoria de informes estatísticos, ampliação das listas de licitantes, acordos de níveis de serviço e melhorias processuais	10%	70%	SIM	
16.5.5	Porcentagem de solicitações internas da RSPA de assessoria e serviços jurídicos acionadas em 10 dias úteis do recebimento	70%	90%	SIM	

<b>RER 16.6: RSPA fortalecida através de reformas institucionais de desenvolvimento e um ambiente físico de trabalho propício ao bem-estar e segurança do pessoal.</b>					<b>No rumo certo</b>
<b>Avaliação do RER:</b> Três das quatro metas de indicadores alcançadas.					
Houve melhoras nos níveis de segurança e proteção para todo o pessoal. A promulgação de política institucional teve também bons resultados. Porém, embora se preveem bons resultados em todas as áreas nos próximos biênios, manter níveis adequados de financiamento é um possível problema decorrente das constantes limitações orçamentárias.					
Ind. No.	Texto do indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	A meta atingida?	Observações sobre o progresso
16.6.1	As políticas institucionais e desempenho do pessoal refletem o uso de abordagens de desenvolvimento institucional: gestão baseada em resultados, intercâmbio de conhecimento, trabalho interprogramático em equipe e igualdade de gênero/étnica, entre outros	Pesquisa inicial realizada	20% em relação ao parâmetro de referência	SIM	
16.6.2	Proporção de contratos sob o plano principal de infraestrutura da RSPA para projetos aprovados para os quais todo trabalho é substancialmente concluído em tempo hábil	100%	100%	NÃO	25 dos 29 projetos aprovados de MCIF são finalizados – taxa de finalização de 88%.
16.6.3	Proporção de instalações físicas na Sede e centros pan-americanos que implantaram políticas e planos para melhorar a saúde e segurança do pessoal no local de trabalho, incluindo o cumprimento dos Padrões Mínimos de Segurança Operacional Mínimas (PMSO)	65%	75%	SIM	
16.6.4	Proporção de entidades regionais e sub-regionais da RSPA que melhoram e mantêm sua infraestrutura física, transporte, equipamentos de escritório, mobílias e equipamentos de tecnologia da informação como programado nos seus Planos de Trabalho Bienais	75%	90%	SIM	

## V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

- A avaliação de fim do biênio de 2008–2009 foi o primeiro exercício abrangendo um biênio completo segundo o modelo de RBM. Como esperado, há muitas lições e experiências que podem servir para ajustar ciclos futuros. Há necessidade de treinamento contínuo em RBM, planejamento, monitoramento e avaliação de desempenho (PMA) e o uso do sistema de informação para a gestão da RSPA.
- Como mostrado abaixo, as ferramentas de Planejamento e PMA contribuíram para a melhoria do desempenho programático, orçamentário e de captação de recursos da Organização em comparação com biênios anteriores.
- O progresso alcançado durante o biênio de 2008–2009 indica que a Organização está em boa situação para alcançar as metas do Plano Estratégico em 2013. Dos 16 OEs, 12 estavam “no rumo certo” e 4 “em risco”; 67 (76%) dos 88 RERs estavam “no rumo certo” e 21 (24%) “em risco”, e 275 (85%) das 324 metas de indicadores de RER foram alcançadas. O monitoramento e avaliação contínuos são fundamentais para intervenções diretas para os indicadores de RER atrasados, em particular do tipo de “número de países”.
- A execução orçamentária global para 2008–2009 foi de 94% (US\$ 525 milhões de US\$ 559 milhões). Tanto o orçamento ordinário como fundos de outras fontes superaram uma taxa de execução de 90%.
- A Organização conseguiu captar 81% dos recursos financeiros abrangendo 81% do déficit de financiamento inicial (US\$ 281 milhões de US\$ 347 milhões).
- O exercício de monitoramento e avaliação dos OEs, metas e indicadores de RERs foi realizado de maneira coletiva, semelhante ao processo de planejamento. Isto permitiu a interação e o intercâmbio de informações em todos os níveis da Organização.
- A maioria das metas de indicadores que não foram alcançadas está na categoria de “número de países”. Isso é esperado visto que o alcance destas metas depende da agenda de um país em particular, apoio político e questões emergentes. Há necessidade de considerar os riscos necessários e suposições, e trabalhar estreitamente com os Estados Membros para fazer as intervenções necessárias para contemplar as metas planejadas.
- A metodologia quantitativa usada para a avaliação das metas de indicadores de RER determina se uma meta foi atingida ou não. Porém, no caso de indicadores do tipo “número de países”, em alguns casos a meta não foi alcançada devido a um número mínimo de países que não a alcançaram (por exemplo, indicador do RER 1.6.1: “número de países que concluíram a avaliação das capacidades básicas para RSI (...)” não foi alcançado porque 1 de 35 países não atingiu a meta). Por outro lado, as metas de indicadores podem ser superadas. Considerando isto, a avaliação qualitativa permite uma análise complementar que reflete o progresso real e orienta a reprogramação das metas para o próximo biênio.

- Foram feitos avanços quanto ao alinhamento dos recursos programados para o biênio independentemente da vida do projeto, resultando em melhor gestão e execução dos fundos de “outras fontes”.
- Há necessidade de melhor alinhamento entre captação e alocação de recursos com prioridades programáticas determinadas pelo Plano Estratégico.
- A coordenação e a alocação de recursos foi melhorada durante o biênio. Porém, há necessidade de continuar a fortalecer a coordenação interprogramática para assegurar o uso ideal dos recursos disponíveis e maior captação direcionada de recursos.
- Monitoramento e avaliação do desempenho do Plano Estratégico requer diálogo constante entre todos os níveis da Organização, principalmente dentro das equipes de OE e entidades nos países.

- - -