



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

55° CONSELHO DIRETOR
68ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS
Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2016

Tema 4.1 da Agenda Provisória

CD55/5
4 de agosto de 2016
Original: inglês

**RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DE FIM DE BIÊNIO DO PROGRAMA E
ORÇAMENTO DE 2014-2015/PRIMEIRO RELATÓRIO PROVISÓRIO DO
PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS 2014-2019**

SUMÁRIO

I. RESUMO EXECUTIVO	1
II. INTRODUÇÃO	3
III. PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE FIM DO BIÊNIO	5
Avaliação conjunta.....	6
Avaliação institucional dos resultados imediatos, resultados intermediários e categorias.....	8
Execução orçamentária.....	9
Destaques da avaliação conjunta de fim de biênio 2014-2015.....	10
IV. RESUMO REGIONAL	14
Redução do ônus das doenças transmissíveis.....	14
Combate de doenças não transmissíveis, fatores de risco e saúde mental.....	16
Promoção da boa saúde ao longo de toda a vida e abordagem dos determinantes de saúde.....	18
Fortalecimento dos sistemas de saúde rumo à concretização progressiva da cobertura universal de saúde.....	20
Aumento da resiliência e redução da mortalidade, da morbidade e das perturbações sociais decorrentes de epidemias, emergências e desastres.....	23
Promover o funcionamento eficiente e eficaz da organização.....	26
V. RESUMO DA EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA	29
Resumo da avaliação das categorias.....	29
Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários.....	30
Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos.....	32
Resumo dos avanços em produtos e serviços, 2014-2015.....	34
VI. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA	37
Resumo do orçamento: 2014-2015.....	37
Análise comparativa entre a alocação de recursos e a priorização das áreas programáticas.....	44
Mobilização de recursos e análise dos déficits de financiamento.....	46
VII. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	51
ANEXOS	53
Anexo A: Relatórios das categorias	
Anexo B: Exemplos do compêndio de indicadores	
Anexo C: Indicadores não alcançados	
Anexo D: Resumo dos indicadores com mudanças propostas para 2016–2017	
Anexo E: Abreviaturas	
Anexo F. Lista dos países e territórios com as respectivas siglas	

I. RESUMO EXECUTIVO

1. A finalidade deste relatório é apresentar aos Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) os resultados da avaliação final da execução do Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015. Embora o relatório se concentre no primeiro biênio, também aborda o progresso rumo ao cumprimento das metas de seis anos do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019.

2. Os resultados informados são o produto de um processo conjunto, e até então inédito, de monitoramento e avaliação dos resultados imediatos e intermediários por parte da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) e dos Estados Membros. O relatório não apenas tira partido do compromisso da Organização com a gestão baseada em resultados e o reforço da prestação de contas e transparência, mas também aprofunda tal compromisso.

3. Significativamente, todos os 51 países e territórios¹ da OPAS participaram plenamente da avaliação conjunta. A Região das Américas é a primeira a haver feito uma avaliação conjunta do desempenho com os pares nacionais, e as lições extraídas no processo serão difundidas e documentadas como as melhores práticas. O processo de avaliação conjunta começou com as avaliações no nível nacional; em seguida, vieram a validação pelos peritos técnicos da OPAS e a consolidação dos resultados de toda a Organização para serem apresentados aos Órgãos Diretores da OPAS. Os resultados constantes deste relatório também contribuíram para o Relatório Programático e Financeiro da Organização Mundial da Saúde para 2014-2015, incluídas as demonstrações financeiras revisadas referentes a 2015 apresentadas à Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2016.

4. Durante 2014-2015, a OPAS exerceu suas funções de liderança, convocação e catalisação para melhorar a saúde dos povos das Américas em colaboração com os Estados Membros e parceiros. A Organização se envolveu em cooperação técnica direta, mobilizou recursos, fortaleceu parcerias e redes, formou capacidades, gerou e forneceu evidências e defendeu ações para alcançar os resultados do Programa e Orçamento 2014-2015 e levar à frente as prioridades do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Isso foi feito no contexto do fechamento das brechas no desempenho referente aos principais Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), ao mesmo tempo em que se fazia a transição para a implementação dos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos na Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

5. A avaliação do Programa e Orçamento 2014-2015 mostra progresso constante rumo à consecução das metas do Plano Estratégico referentes a 2019, com 90% dos indicadores dos resultados intermediários no rumo certo. No nível dos resultados imediatos, que representa os resultados específicos para o biênio, a avaliação indica que todos os 114 resultados imediatos avaliados foram alcançados ou alcançados parcialmente.

¹ Para os fins deste relatório, são considerados 51 países e territórios. Sint Maarten (francesa) não foi avaliada. A lista completa pode ser encontrada no Anexo F.

6. Um progresso notável foi obtido na melhoria da saúde e do bem-estar em toda a Região. Entre as conquistas fundamentais no nível do impacto, destacam-se a validação da eliminação da transmissão materno-fetal do HIV e da sífilis congênita em Cuba; a declaração da eliminação da transmissão endêmica da rubéola e da síndrome da rubéola congênita na Região das Américas; a comprovação da eliminação da oncocercose no Equador e no México; a redução da mortalidade e morbidade relacionadas com a malária e a dengue; e uma nova redução da mortalidade de crianças até cinco anos, que levou à cumprimento do ODM 4 na Região.

7. No nível dos resultados intermediários, ganhos substanciais foram obtidos na ampliação da cobertura e acesso aos serviços de saúde de acordo com a estratégia de universalização da saúde e no fortalecimento da capacidade para preparação e resposta a surtos e emergências. Além disso, foram observados o aumento do tratamento das doenças transmissíveis, a ampliação do acesso aos serviços de saúde mental, a redução do tabagismo, melhorias na saúde reprodutiva e o aumento da capacidade para abordar os determinantes da saúde.

8. Avanços importantes também foram registrados no nível dos resultados imediatos no tocante à formulação de políticas, estratégias, planos, programas, leis, normas e diretrizes, além de eficiências operacionais e melhoria de processos dentro da RSPA. Esses avanços permitirão à RSPA e aos Estados Membros continuar a melhorar os resultados intermediários e impactos em termos de saúde nos quatro anos restantes do Plano Estratégico.

9. Contudo, desafios e lacunas importantes ainda existem em certas áreas, como as doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, a saúde materna, o financiamento para a saúde, a manutenção e fortalecimento das capacidades básicas de resposta a emergências e crises, e o aumento da resiliência dos sistemas de saúde. A Organização, ou seja, tanto os Estados Membros como a RSPA, em colaboração com os parceiros em toda a Região e fora dela, precisará encontrar estratégias para fazer face a esses desafios. Além disso, será preciso continuar a promover e investir os recursos necessários para manter as questões de saúde pública no topo das agendas política e de desenvolvimento. Os ODS constituem uma excelente oportunidade para dar mais destaque ao trabalho da Organização.

10. O equivalente a 97,6% do Programa e Orçamento 2014-2015 foi financiado na totalidade, representando uma melhoria em relação ao biênio anterior. Entretanto, o financiamento desigual entre as áreas programáticas continua a ser um desafio, com alguns programas prioritários recebendo menos de 75% do seu orçamento aprovado. Essas brechas dificultaram a execução eficaz do programa. Entre as principais ações para fazer face aos déficits de financiamento nos biênios futuros, destacam-se o direcionamento da mobilização de recursos para as prioridades programáticas definidas pelos Estados Membros e a alocação estratégica do financiamento flexível da Organização. Isso exige a promoção ativa da causa e comunicação estratégica constante para envolver ainda mais os parceiros e doadores nos esforços para alcançar os resultados do Plano Estratégico da OPAS e do seu programa e orçamentos.

11. O aproveitamento dos avanços obtidos e a reflexão sobre as lições extraídas servirão para aprofundar e ampliar o alcance da cooperação técnica, eficácia e responsabilidade pelos resultados da Organização, no intuito de cumprir a visão estratégica do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019: *“Em prol da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade”*.

II. INTRODUÇÃO

12. Em conformidade com a resolução CD52.R8 (2013), a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) tem o prazer de apresentar relatórios das avaliações de desempenho bienais sobre a implementação do Plano Estratégico 2014-2019 da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e seu programa e orçamentos. Este relatório apresenta os resultados do Programa e Orçamento 2014-2015, o primeiro Programa e Orçamento do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, e serve como primeiro relatório provisório sobre o progresso rumo à consecução dos resultados do Plano Estratégico.

13. Este relatório tem como base informações da avaliação conjunta feita pela RSPA em colaboração com os Estados Membros e do processo interno de monitoramento e avaliação do desempenho da RSPA. A avaliação produziu uma análise da situação da saúde pública na Região, concentrando-se sobre o progresso obtido rumo à consecução dos resultados intermediários do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Além disso, delineou os desafios que surgiram durante a implementação do Programa e Orçamento 2014-2015 e as ações necessárias para fazer face a esses desafios nos próximos biênios. A avaliação também apresenta uma análise orçamentária integral dos recursos disponíveis e da sua alocação e gasto por nível funcional e categoria programática.

14. A avaliação de fim de biênio 2014-2015 é o primeiro exercício formal de avaliação conjunta a ser feito pela RSPA e pelos Estados Membros. Todos os 51 países e territórios da Região participaram da avaliação, feita no âmbito do quadro de responsabilidade e prestação de contas do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Ela tira partido da tradição e compromisso da OPAS com respeito à gestão baseada em resultados (GBR). Ademais, constitui uma oportunidade para refletir sobre as ganhos, brechas, desafios, oportunidades e lições extraídas na Região em termos de saúde pública, a fim de orientar as intervenções no biênio 2016-2017 e nos seguintes.

15. O relatório incorpora as recomendações feitas pelos Estados Membros durante a 10^a Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração em março de 2016 e a 3^a Reunião do Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico² dos Estados Membros em abril de 2016. O versão final do relatório apresentada no 55^o Conselho Diretor em setembro de 2016 abrangerá outras recomendações da 158^a Sessão do Comitê Executivo da OPAS em junho de 2016. As constatações do presente relatório serviram como principal insumo da Região das Américas para a avaliação do Orçamento para Programas de 2014-2015 da Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentada à Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2016.

² A pedido dos Estados Membros, o Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico foi estabelecido em outubro de 2014 para prestar assessoria e oferecer insumos para a execução do processo conjunto de monitoramento e avaliação e para o aprimoramento da estrutura de estratificação programática no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (Resolução CD53.R3). São 12 membros indicados pelos ministérios da saúde das Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Equador, El Salvador, Estados Unidos Jamaica, México, Paraguai e Peru. O grupo é presidido pelo México e tem o Equador como copresidente.

16. O relatório compreende oito seções.
 - I. A Seção I é o resumo executivo, que apresenta uma visão geral do relatório e um resumo das principais constatações da avaliação de fim de biênio.
 - II. A Seção II apresenta o relatório.
 - III. A Seção III explica o processo de avaliação de fim de biênio, inclusive a metodologia para as avaliações da execução programática e orçamentária, seguida dos destaques e das lições extraídas.
 - IV. A Seção IV é a visão geral regional, uma análise do estado da saúde pública da Região e do progresso feito para levar à frente as prioridades identificadas no Plano Estratégico, bem como as brechas, desafios e riscos enfrentados nos países e na Região como um todo.
 - V. A Seção V é uma análise institucional da implementação e das conquistas programáticas nos níveis das categorias, resultados intermediários e resultados imediatos.
 - VI. A Seção VI é uma análise da execução orçamentária do Programa e Orçamento, passando pela mobilização e alocação dos recursos por nível programático e funcional.
 - VII. A Seção VII apresenta as conclusões, recomendações e lições extraídas.
 - VIII. A Seção VIII consiste em seis anexos, de A a F. O Anexo A contém relatórios detalhados por categoria, área programática, resultado intermediário e resultado imediato, além de complementar as informações apresentadas nas seções IV, V e VI. A metodologia dos relatórios sobre as categorias está detalhada na seção III. Os demais anexos apresentam exemplos das definições técnicas dos indicadores dos resultados intermediários e imediatos, uma lista dos indicadores dos resultados intermediários e imediatos com pouco ou nenhum progresso, os indicadores com mudanças propostas para 2016-2017, as abreviaturas usadas neste relatório e a lista dos países e territórios da Região.

III. PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE FIM DO BIÊNIO

17. Esta seção descreve os componentes do processo de avaliação de fim de biênio: os processos de avaliação conjunta com os Estados Membros e de monitoramento e avaliação internos do desempenho da RSPA, passando pela execução do orçamento e análise dos recursos. Contém também as principais lições extraídas e as recomendações desses processos. Essas lições servirão para embasar e melhorar as futuras avaliações.

18. O processo global de avaliação de fim de biênio emprega enfoques qualitativos e quantitativos para avaliar a execução programática e orçamentária. O processo para a avaliação de 2014-2015, o primeiro no âmbito do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, foi realizado durante um período de cinco meses. Começou com as autoavaliações dos países em novembro de 2015, seguidas da validação pela Rede de Categorias e Áreas Programáticas da RSPA (CPAN).³ Além da avaliação conjunta dos indicadores dos resultados intermediários e imediatos com os Estados Membros, a RSPA completou seu processo interno de monitoramento e avaliação dos Planos de Trabalho Bienais em todos os 83 escritórios nos níveis funcionais dos países, sub-regiões e Região, inclusive com uma análise da execução do programa (finalização de produtos e serviços) e orçamento.

19. Os resultados preliminares da avaliação de fim de biênio 2014-2015 foram apresentados junto com um esquema deste relatório à 10ª Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração. Essa versão preliminar do relatório de fim de biênio será submetida à análise e comentário do Comitê Executivo em junho de 2016. A versão final, com base na orientação recebida do Comitê Executivo, será completada em julho de 2016 e, em seguida, apresentada ao Conselho Diretor em setembro de 2016 para aprovação. As constatações deste relatório serviram como principal insumo da Região das Américas para a avaliação do Orçamento para Programas de 2014-2015 da OMS apresentada à Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2016.

20. O processo de avaliação descrito abaixo segue os requisitos aprovados pelos Estados Membros (Resoluções CD52.R8 e CD53.R3) e as diretrizes formuladas com o Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico. Além disso, este relatório de avaliação põe em prática o compromisso dos Estados Membros e da RSPA com a prestação conjunta de contas e a transparência, conforme acordado durante a elaboração do Plano Estratégico da OPAS e do primeiro Programa e Orçamento 2014-2015.

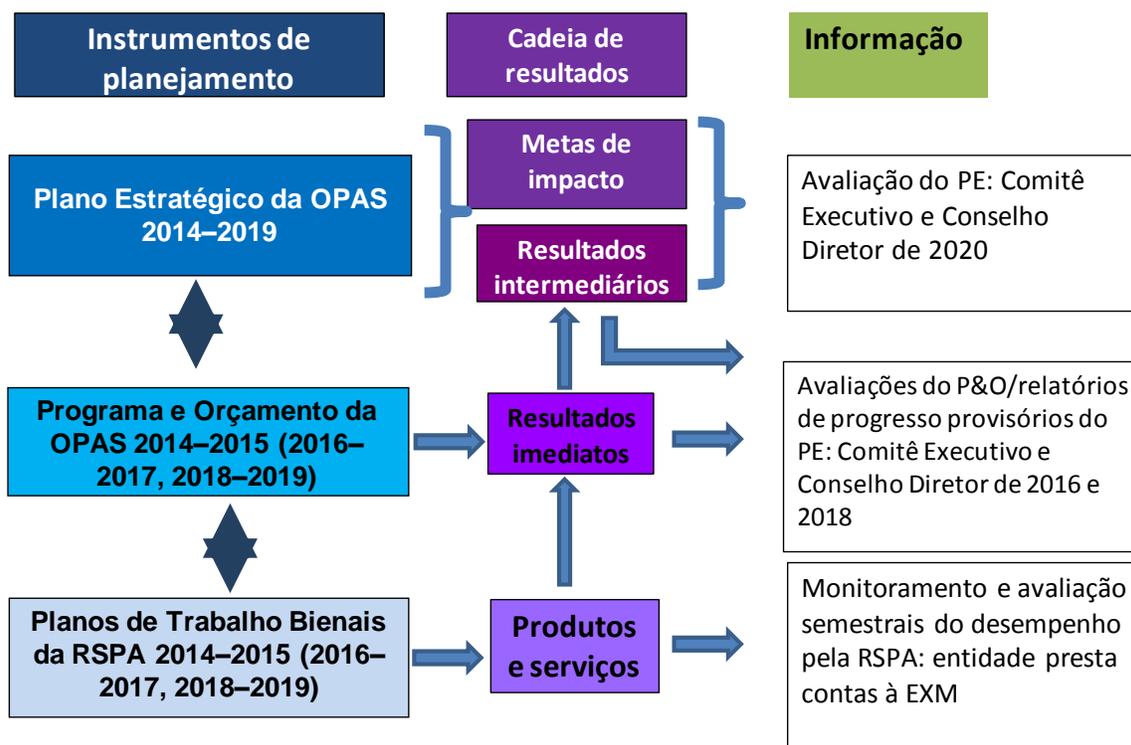
21. A Figura 1 mostra a ordem, a sequência e a frequência do monitoramento, avaliação e informações aos Órgãos Diretores da OPAS. A RSPA elabora os Planos de Trabalho Bienais contendo produtos e serviços (parte de baixo da figura), que representam a contribuição direta e a responsabilidade da RSPA para atingir os resultados imediatos definidos no Programa e Orçamento. É feita uma análise institucional interna da situação dos produtos e serviços

³ A CPAN é uma rede de equipes administrativas e técnicas da RSPA. Os facilitadores das categorias comandam uma equipe de facilitadores de resultados intermediários/áreas programáticas e resultados imediatos, que avaliam os resultados intermediários e imediatos sob sua responsabilidade. Os facilitadores das categorias e programas são, respectivamente, os Diretores de Departamento e os Chefes de Unidade da RSPA.

constantes dos planos de trabalho a cada seis meses, envolvendo todas as entidades da RSPA. Esse exercício é liderado pela Diretora e pela Direção Executiva da RSPA (EXM).

22. Subindo a cadeia de resultados, no encerramento de cada período do Programa e Orçamento, a Organização conclui uma avaliação de fim de biênio, na qual tanto a RSPA como os Estados Membros medem a consecução dos resultados imediatos do Programa e Orçamento e o nível de progresso rumo à consecução dos resultados do Plano Estratégico. Após seis anos, abrangendo três Orçamentos e o Programa, a Organização avaliará se os resultados intermediários e as metas com respeito ao impacto (metas de impacto) constantes do Plano Estratégico foram alcançados.

Figura 1: Instrumentos de Planejamento e Informação da OPAS/OMS, 2014-2019



Avaliação conjunta

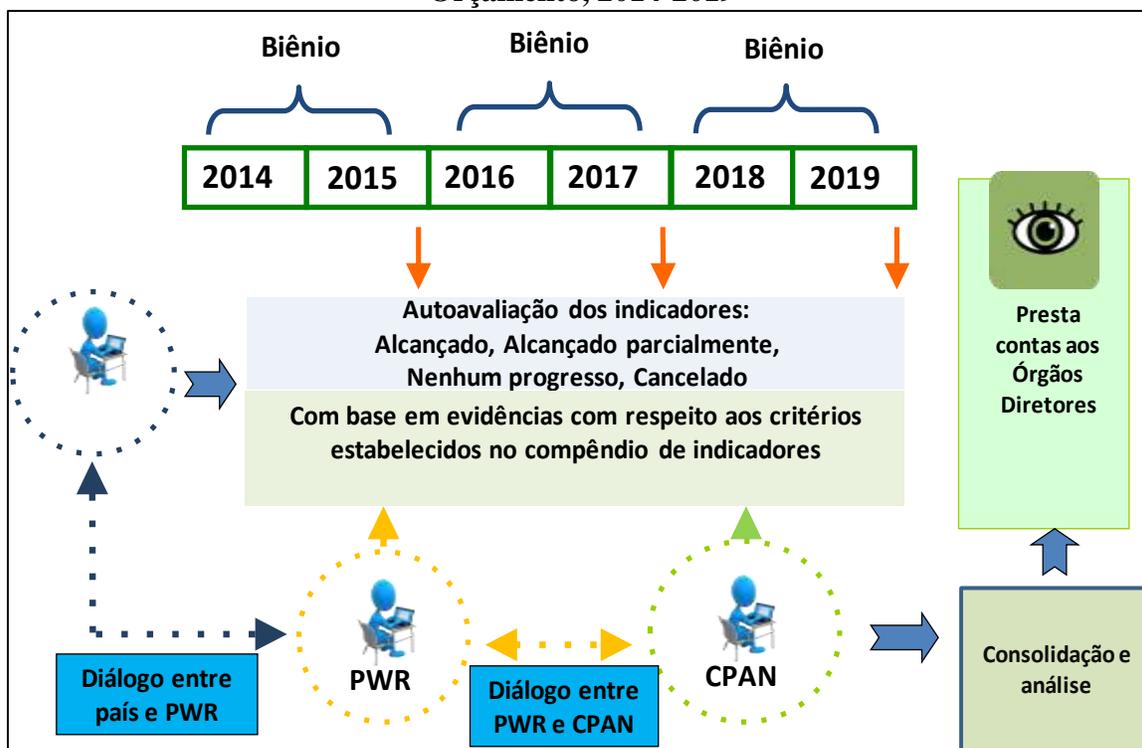
23. A Figura 2 resume o fluxo do processo de avaliação conjunta. Para cumprir o mandato do monitoramento e avaliação conjuntos, a RSPA, em colaboração com o Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico, desenvolveu o Sistema de Monitoramento de Planos Estratégicos da OPAS (SMPE) em 2015 para facilitar a avaliação conjunta dos indicadores dos resultados intermediários e imediatos pelas autoridades nacionais de saúde e pela RSPA. Esse sistema

contém as informações programáticas necessárias para monitorar e avaliar a execução do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e o Programa e Orçamento 2014-2015, inclusive o compêndio de indicadores com definições e critérios técnicos para avaliar o avanço de cada indicador dos resultados intermediários e imediatos. Cada país e território da Região teve acesso ao SMPE, e pontos focais designados foram capacitados para usar o sistema.

24. Após a conclusão das autoavaliações no nível nacional facilitadas pelas Representações da OPAS/OMS (PWR), a CPAN da RSPA as examinou e validou para assegurar que os critérios de medição estabelecidos no compêndio dos indicadores haviam sido aplicados sistemática e corretamente.

25. Em seguida, os resultados de todos os países e territórios, juntamente com outras informações disponíveis no âmbito regional, foram consolidados para determinar se as metas dos indicadores para o biênio haviam sido alcançadas. Os indicadores puramente regionais que não foram concebidos para serem avaliados no âmbito nacional foram também avaliados pela CPAN. Esse é o caso, em especial, da Categoria 6, cuja responsabilidade pelos respectivos indicadores cabe precipuamente à RSPA. No todo, essas informações são a base para avaliar a situação dos resultados imediatos e intermediários do Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015 e do Plano Estratégico 2014-2019. O Anexo A detalha a avaliação da CPAN e, em seguida, apresenta os pormenores da metodologia institucional de avaliação.

Figura 2: Processo de Avaliação do Plano Estratégico da OPAS e do Programa e Orçamento, 2014-2019



Avaliação institucional dos resultados imediatos, resultados intermediários e categorias

26. O CPAN faz as avaliações do desempenho das categorias como um todo. A avaliação de cada categoria segue um enfoque integrado e de baixo para cima que envolve a cadeia de resultados completa, usando informações quantitativas e qualitativas, para determinar o avanço na cadeia de resultados da OPAS.

27. Os facilitadores dos resultados imediatos avaliam esses resultados medindo o cumprimento das metas dos seus indicadores. O insumo dos países e territórios por meio do SMPE assume a forma das informações primárias usadas na avaliação dos resultados imediatos, complementada por fontes adicionais de informações disponíveis para a RSPA. Em termos de consecução, os resultados imediatos são classificados do seguinte modo:

- a) **Alcançado:** A meta do indicador fixada no Programa e Orçamento (P&O) 2014-2015 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) já foi alcançada. Os casos em que a meta do indicador foi superada são destacados.
- b) **Parcialmente alcançado:** Houve avanço em relação ao valor da linha de base estabelecido no P&O (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), mas a meta referente a 2015 não foi alcançada. As razões por que o indicador não foi alcançado são explicadas.
- c) **Nenhum progresso:** Não houve aumento em relação ao valor da linha de base estabelecido no P&O (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais). Os fatores que dificultaram o progresso e os casos em que houve uma diminuição para baixo da linha de base (ou seja, os países caíram em relação à situação da linha de base) são destacados.

28. Em conformidade com a resolução CD53.R3 (2014), que autoriza a Diretora da RSPA a “incorporar ao Programa e Orçamento 2014-2015 toda mudança necessária em resposta à versão modificada do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019”, as mudanças nos indicadores dos resultados imediatos do Programa e Orçamento 2014-2015 são marcadas no quadro de avaliação dos resultados imediatos com base na análise intermediária e no exercício de validação feito pela RSPA.

29. Os facilitadores dos resultados intermediários avaliam esses resultados ao medir o progresso rumo à consecução das metas dos seus indicadores, usando as informações coletadas por meio do SMPE e uma análise qualitativa dos fatores que contribuem para o progresso ou constituem um obstáculo no tocante à obtenção do resultado. Em termos de consecução, os resultados intermediários são avaliados do seguinte modo:

- a) **Alcançado:** A meta do indicador estabelecida para 2019 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) no Plano Estratégico da OPAS já foi alcançada. Os casos em que a meta do indicador foi superada são destacados.

- b) **Em curso:** Houve um aumento em relação ao valor da linha de base do indicador definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e os trabalhos estão em andamento para a meta estabelecida no Plano Estratégico ser alcançada até 2019.
- c) **Nenhum progresso:** Não houve aumento em relação ao valor da linha de base definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e o progresso rumo à consecução da meta do indicador até 2019 poderia estar em risco. Os casos em que houve uma queda para baixo da linha de base são destacados (ou seja, os países caíram em relação à situação da linha de base).

30. Os facilitadores das categorias as avaliam com base na análise agregada da avaliação dos resultados imediatos e intermediários, bem como em uma análise qualitativa dos fatores que contribuem para o progresso ou constituem um obstáculo no tocante à consecução em cada categoria. A classificação da avaliação da categoria como um todo e das áreas programáticas/dos resultados intermediários é determinada pelos facilitadores das categorias e área programáticas, respectivamente, levando em consideração a execução programática e orçamentária, a análise dos recursos (humanos e financeiros) e os riscos operacionais e programáticos. As classificações são definidas do seguinte modo:

- a) **Cumpriu as expectativas (verde):** foram alcançados de 90% a 100% dos resultados para o período da avaliação. O progresso está no rumo certo, conforme planejado; não se preveem impedimentos nem riscos que afetem a obtenção dos resultados.
- b) **Cumpriu parcialmente as expectativas (amarelo):** foram alcançados de 75% a 89,9% dos resultados para o período da avaliação. O progresso talvez corra riscos e são necessárias medidas para superar atrasos, impedimentos e riscos.
- c) **Progresso insuficiente (vermelho):** foram alcançados menos de 75% dos resultados para o período da avaliação. O progresso corre riscos devido a impedimentos ou riscos que poderiam impedir a obtenção dos resultados. São necessárias medidas corretivas de imediato.

Execução orçamentária

31. A análise da execução orçamentária e dos recursos considera os recursos financeiros disponíveis para executar o Programa e Orçamento 2014-2015, o nível de execução desses recursos, os déficits de financiamento existentes (se for o caso) e os esforços para mobilizar recursos para fechar os déficits.

32. **Execução orçamentária:** Esse fator é avaliado para a Organização como um todo, por nível funcional (entidades nacionais, internacionais, sub-regionais e regionais) e por categoria e área programática. A execução por segmento do orçamento (Programas de Base, Resposta a Surto e Crises, e Contribuições Voluntárias Nacionais) e por fonte de financiamento (Orçamento Ordinário e Outras Fontes) também é analisada. A taxa de execução orçamentária é calculada ao dividir os recursos executados pelo montante dos recursos disponíveis para a execução do programa.

33. *Análise dos recursos:* O Programa e Orçamento estabelece o nível estimado dos recursos (custo planejado) de que a RSPA como um todo precisa para pôr em prática o programa de trabalho aprovado pelos Órgãos Diretores para um determinado biênio. O Programa e Orçamento também estabelece uma estimativa das necessidades de recursos para cada categoria e área programática. Durante o biênio, são mobilizados recursos para fechar o déficit de financiamento da Organização com respeito ao Programa e Orçamento aprovado. O déficit de financiamento institucional é reduzido progressivamente durante o biênio à medida que os recursos são mobilizados e concedidos aos níveis funcionais, categorias e áreas programáticas. A alocação dos recursos por categoria, área do programa e prioridade programática é analisada para determinar se a Organização conseguiu seguir as orientações dos Órgãos Diretores para fazer alocações apropriadas às áreas prioritárias, conforme definidas no Plano Estratégico 2014-2019. Essa análise é feita ao comparar as alocações com o Programa e Orçamento aprovado para uma categoria e área programática no biênio.

Destaques da avaliação conjunta de fim de biênio 2014-2015

34. Conforme apontado acima, esta foi a primeira avaliação conjunta, indo além da autoavaliação interna anterior feita pela RSPA, e é resultado das solicitações dos Estados Membros de aumento da prestação de contas. A avaliação conjunta é exclusiva da Região das Américas da OMS, e os Estados Membros recomendam que essa experiência seja compartilhada, como uma boa prática, com a Sede da OMS e outras Regiões da OMS. Além disso, representa um aperfeiçoamento e expansão da GBR, bem como uma oportunidade para refletir, de forma mais profunda, sobre a cooperação técnica da RSPA.

35. O processo de avaliação conjunta com os Estados Membros foi lançado em meados de novembro de 2015⁴ com a designação dos pontos focais das autoridades de saúde nacionais, que coordenaram a autoavaliação dos indicadores dos resultados imediatos e intermediários pelos países e territórios em colaboração com as PWR. Por meio da orientação, formação e acompanhamento ativo, envolvendo autoridades de saúde de áreas técnicas e com poder de decisão, obteve-se 100% de participação, com todos os 51 países e territórios. A participação ativa na avaliação conjunta promoveu um aumento da sensação de propriedade da execução e avaliação dos programas da OPAS por parte de muitos países e territórios. Isso resultou em um processo completo e rigoroso que deu mais validade aos resultados da avaliação.

36. Todos os vínculos individuais dos países/territórios possibilitaram um total de 2.301 avaliações de resultados imediatos individuais e 891 avaliações de resultados intermediários. Dessas avaliações, 2.287 foram inseridas no nível dos resultados imediatos e 884 no nível dos resultados intermediários, o que resultou em uma taxa de resposta superior a 99% para os dois tipos de resultado.

37. A maioria das avaliações dos países foi validada pela CPAN. Nos casos em que a CPAN não concordou de imediato com uma avaliação, não raro foram solicitadas mais informações

⁴ Antes do lançamento, foram realizados testes-piloto com os pontos focais das autoridades nacionais de saúde em vários países a fim de aperfeiçoar o sistema e assegurar que estivesse pronto para ser usado como a ferramenta para a avaliação conjunta.

para fundamentar a avaliação. Em vários casos, a CPAN propôs uma mudança na avaliação, e muitas revisões ocorreram em uma direção ascendente: ou seja, com base nas evidências disponíveis das ações no nível nacional, a CPAN julgou que o país havia subavaliado seu desempenho. Chegou-se a um consenso sobre as avaliações mediante a coordenação e o diálogo entre a CPAN, as PWRs e as autoridades nacionais de saúde.

38. Em termos gerais, os resultados mostram que o SMPE foi uma ferramenta eficaz para fazer a avaliação conjunta. Isso não teria sido possível sem a colaboração entre o Departamento de Planejamento e Orçamento e o Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, que juntos desenvolveram e administraram o sistema, e a assessoria e orientação do Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico sobre a sua implementação. Os Estados Membros apreciaram a inovação e recomendaram que fosse compartilhada, como uma boa prática, por toda a OMS.

Lições extraídas do processo de avaliação conjunta

39. A metodologia de avaliação conjunta representou uma importante mudança que serviu para aumentar a prestação de contas e transparência por parte dos Estados Membros e da RSPA. Como essa foi a primeira vez em que o processo foi aplicado, ele exigiu um enfoque flexível, formação e orientação adequadas, e um diálogo constante entre todos os interessados diretos. O entusiasmo e o compromisso de todos os países e territórios e a liderança e apoio da administração e equipes técnicas da RSPA, inclusive da CPAN, levaram a um exercício bem-sucedido, com plena participação apesar dos desafios em termos de tempo, coordenação, capacidade e contexto dos países.

40. O Plano Estratégico modificado, aprovado em setembro de 2014, continha indicadores aperfeiçoados de impacto e dos resultados intermediários, além de um compêndio detalhado dos indicadores endossados pelo Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico e aprovados pelos Órgãos Diretores da OPAS. Isso criou uma estrutura sólida para o monitoramento e avaliação conjuntos acordados com os Estados Membros. Contudo, houve desafios práticos ao avaliar alguns dos indicadores devido a limitações de dados e à aplicabilidade dos indicadores mundiais que tiveram que ser adotados e adaptados para manter o alinhamento da Região com o Programa Geral de Trabalho da OMS. Alguns desafios adicionais prosseguem.

41. Para alinhar os resultados imediatos do Programa e Orçamento 2014-2015 com os resultados intermediários do Plano Estratégico, os Estados Membros autorizaram a RSPA a fazer os ajustes correspondentes no Programa e Orçamento, o que exigiu uma revisão das linhas de base e metas dos indicadores dos resultados imediatos. Assim, a avaliação de fim de biênio 2014-2015 foi feita usando as linhas de base e metas revistas no Plano Estratégico modificado e os ajustes feitos pela RSPA no Programa e Orçamento.

42. Como o Programa e Orçamento 2014-2015 estava na metade da sua execução quando da aprovação do Plano Estratégico modificado, as linhas de base e metas para os indicadores dos resultados imediatos de 2014-2015 não estavam plenamente validadas com os países e territórios, o que afetou a avaliação geral dos resultados imediatos. Isso pode ser remediado ao usar a avaliação de fim de biênio 2014-2015 para validar as linhas de base e metas para os

resultados imediatos do Programa e Orçamento de 2016-2017 a fim de assegurar uma avaliação mais precisa no fim do presente biênio. Além disso, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) recém-aprovados também serão considerados como referência em todos os indicadores pertinentes.

43. O enfoque rígido seguido pela maioria dos países e territórios foi um dos pontos fortes do processo; contudo, a aplicação rigorosa da metodologia também levou a subavaliações em alguns casos. Isso, agravado pela natureza ambiciosa de alguns indicadores e metas, resultou em uma subclassificação de alguns indicadores, sobretudo no nível dos resultados imediatos.

44. O processo de avaliação conjunta não só permitiu medir o progresso durante o biênio, como também constituiu uma oportunidade para os Estados Membros e a RSPA refletirem em conjunto sobre os resultados e fortalecer sua cooperação técnica.

45. Uma preocupação comum surgida durante a avaliação foi que o reconhecimento oficial do cumprimento de um indicador poderia ser interpretado de modo a significar que a cooperação técnica nessa área poderia ser reduzida (o chamado “efeito da graduação”). Essa preocupação não procede, pois os países costumam necessitar de colaboração constante para manter as suas conquistas e obter novos avanços para além dos resultados imediatos e intermediários. Isso levanta a questão mais ampla das implicações da avaliação e de como os resultados serão usados para embasar os futuros programas de trabalho. Os resultados serão usados para rever as linhas de base e metas dos resultados imediatos do Programa e Orçamento 2016-2017 e fazer os ajustes necessários nos planos operacionais para esse biênio. Além disso, os resultados serão úteis para embasar a elaboração do Programa e Orçamento 2018-2019. A RSPA e os Estados Membros precisarão manter um diálogo para alinhar ainda mais os programas com as metas do planejamento e o monitoramento dos resultados.

46. Esta avaliação provisória do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e do Programa e Orçamento 2014-2015 concentrou-se na obtenção dos resultados imediatos e intermediários, respectivamente; contudo, também proporcionou uma janela para os resultados e desafios no nível do impacto. O monitoramento e a avaliação do progresso no nível do impacto exigirão atenção específica nos dois biênios restantes do Plano Estratégico.

47. O prazo limitado para fazer as consultas necessárias com as equipes técnicas nas autoridades de saúde nacionais, assim como para a CPAN apresentar os comentários necessários, foi uma preocupação manifestada com frequência. Além disso, indicadores que iam além da responsabilidade da autoridade nacional de saúde, exigindo a contribuição e a colaboração de outros setores, como agricultura, educação, meio ambiente, segurança pública e seguridade social, constituíram um desafio em termos de medição e coordenação para as autoridades que conduziram a avaliação. Dada a prevalência e importância de indicadores multidimensionais de desenvolvimento e saúde, a colaboração intersetorial é essencial para obter dados completos para a avaliação. O planejamento antecipado e a definição clara das funções e responsabilidades entre todos os interessados são necessários para enfrentar esse desafio. Será dada grande atenção a essas questões e, ademais, à melhoria de aspectos relacionados ao timing, duração e coordenação em exercícios futuros.

48. O processo de validação da avaliação, no qual a CPAN às vezes solicitou mais informações às autoridades ou propôs mudanças nas avaliações, representou uma oportunidade para os diversos níveis dialogarem e chegarem a um entendimento comum sobre os critérios para a avaliação e os avanços dos países. A resolução das discrepâncias exigiu um processo intensivo, o qual nem sempre levou ao consenso, em vista das diferentes interpretações das definições dos indicadores e parâmetros, bem como das deficiências na disponibilidade e confiabilidade dos dados. Conforme estabelecido nas diretrizes para a avaliação, toda discrepância que ficou sem solução não é publicada neste relatório para os Órgãos Diretores.

49. Para abordar as questões acima, a Organização precisará reforçar a colaboração e diálogo ativos, não apenas durante a fase de avaliação, mas também durante a fase de planejamento e a implementação do programa de trabalho.

IV. RESUMO REGIONAL

50. Esta seção resume o progresso feito na promoção das prioridades de saúde pública da Região durante a execução do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e o Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015. Destacam-se alguns dos mais significativos avanços, desafios e lições extraídas durante o biênio. Informações detalhadas sobre cada uma das categorias são apresentadas nos relatórios no Anexo A.

Redução do ônus das doenças transmissíveis

51. A Região continuou a testemunhar uma redução no ônus das doenças transmissíveis. Entre as principais conquistas e avanços importantes, destacam-se: *a*) a ampliação do acesso a intervenções para a prevenção e tratamento do HIV e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); *b*) o aumento do número de pacientes com tuberculose (TB) diagnosticados e tratados com sucesso; *c*) a formação da capacidade do país para vigilância, prevenção, controle e/ou eliminação da malária e outras doenças transmitidas por vetores e das doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas e *d*) a ampliação da cobertura da vacinação das populações e comunidades de difícil acesso, ao mesmo tempo em que se mantêm as conquistas obtidas até o momento no controle, erradicação e eliminação de doenças imunopreveníveis.

Principais conquistas

52. Entre as conquistas fundamentais obtidas em 2014-2015, destacam-se a certificação da eliminação da transmissão materno-fetal (ETMF) do HIV e da sífilis congênita em Cuba e a comprovação da eliminação da oncocercose no Equador e México. Um marco de saúde pública histórico nos planos mundial e regional foi a declaração da eliminação da transmissão endêmica da rubéola e da síndrome da rubéola congênita nas Américas em abril de 2015.

53. As Américas continuaram a ser a região com a maior cobertura de terapia antirretroviral em todo o mundo (46% de todas as pessoas que, segundo estimativas, vivem com o HIV). Onze países e territórios informaram cobertura superior a 95% do tratamento profilático do HIV para prevenção da transmissão materno-fetal do HIV, e 14 países e territórios informaram cobertura de pelo menos 95% do tratamento de sífilis em gestantes.

54. Com base nas informações mais recentes disponíveis, o número acumulado de pacientes com TB bacteriologicamente confirmada tratados com sucesso subiu de 403 mil para 1,85 milhão em 2013, o que representa um progresso importante rumo à consecução da meta de 2,5 milhões até 2019.

55. A taxa de letalidade da dengue foi reduzida de 0,07% para 0,05% entre 2010 e 2014, de acordo com os dados mais recentes disponíveis, uma diminuição de 28%.

56. A Região continuou a ver uma redução dos casos de malária confirmados, com 389.390 em 2014, uma redução de 67% em comparação com 2000. Houve 87 mortes, uma redução de 79% no mesmo período. Isso reafirma o progresso da Região no combate a essa doença. Além

disso, 100% dos casos de malária confirmados no setor público estão recebendo tratamento antimalárico de primeira linha.

57. Dezesesseis dos 23 países endêmicos alcançaram a meta da eliminação da lepra como um problema de saúde pública, com base em informações do fim de 2014. Os países continuaram a ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento da leishmaniose e a melhorar as ações integradas de vigilância e controle.

58. Durante 2014-2015, a Região continuou a manter um baixo número de mortes decorrentes da raiva canina, com um total de 20 casos fatais confirmados em comparação com 22 em 2012-2013.

59. A Região continuou a manter avanços na cobertura da vacinação, com uma cobertura média regional superior a 90% das três doses da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DTP).

Desafios

60. Continua a haver brechas no acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento de várias doenças transmissíveis como o HIV, ISTs, hepatite viral, TB e malária, entre outras.

61. Recursos humanos e financeiros insuficientes e a coordenação limitada entre todos os parceiros e interessados diretos são obstáculos para a vigilância, prevenção, triagem, monitoramento e intervenções necessárias para frear várias doenças transmissíveis.

62. Para prevenir um aumento ainda maior da circulação de arbovírus e, mais recentemente, dos vírus chikungunya e Zika, faz-se necessário um enfoque integrado que apresenta desafios financeiros, técnicos e de administração significativos.

Lições extraídas

63. O processo para a validação da ETMF em Cuba, inclusive a missão de avaliação e as reuniões do Comitê de Validação Regional, constituíram uma experiência valiosa que pode ser usada para atualizar os documentos e embasar o processo para os próximos países que já solicitaram à OPAS que validasse a eliminação.

64. Como a iniciativa da TB em grandes cidades foi desenvolvida com uma estrutura epidemiológica sólida, levando em consideração determinantes sociais da saúde, e tem obtido resultados positivos, as lições extraídas desse processo serão usadas para apoiar a expansão da iniciativa para o HIV, diabetes e saúde mental, entre outros.

65. O trabalho intersetorial e interprogramático leva à melhoria das sinergias e à obtenção de êxitos conjuntos, conforme visto com as campanhas integradas de desverminação/vacinação, o trabalho relativo à TB nas grandes cidades, etc. Entretanto, são necessários esforços contínuos, sobretudo no trabalho intersetorial, para manter esses avanços, pois muitos países enfrentam mudanças nas contrapartes políticas e parceiros estratégicos.

66. O desenvolvimento e a aprovação do *Plano de ação para a prevenção e controle da hepatite viral* voltou a direcionar a atenção necessária para as epidemias silenciosas na Região.

Combate de doenças não transmissíveis, fatores de risco e saúde mental

67. Durante o biênio 2014-2015, a promoção e fortalecimento da coordenação multissetorial foi fundamental para abordar as doenças não transmissíveis (DNTs) e seus fatores de risco. Além disso, políticas, planos e diretrizes foram elaborados ou atualizados para implementar intervenções baseadas em evidências científicas (“as melhores opções”). Aumentou a consciência política com respeito à importância das DNTs e à necessidade de promover o investimento para ampliar as ações multissetoriais. O Conselho Diretor da OPAS aprovou os planos de ação regionais para enfrentar a saúde mental, a violência contra a mulher, a segurança viária, as deficiências e a reabilitação, bem como para prevenir a obesidade na infância e adolescência.

Principais avanços

68. As evidências da Região indicam uma diminuição do tabagismo entre os adultos, de 19% em 2010 para 16,4% em 2015, sinalizando a probabilidade de que a meta do resultado intermediário (17%) continuará alcançável em 2019.

69. Ao fim de 2015, 16 países da Região tinham planos de ação nacionais para DNTs, e 14 países haviam fixado metas e indicadores nacionais para DNTs de acordo com os compromissos estabelecidos na Reunião de Alto Nível sobre Doenças Não Transmissíveis das Nações Unidas de 2014. Além disso, foram elaboradas diretrizes sobre as DNTs e o modelo de atenção a afecções crônicas para o tratamento integrado das DNTs, contribuindo para o fortalecimento dos sistemas e serviços de saúde para as DNTs.

70. Vinte e um países e territórios iniciaram ou consolidaram a integração da saúde mental no nível da atenção primária.

71. A Declaração de Brasília sobre Segurança no Trânsito e o plano mesoamericano de segurança no trânsito representam avanços importantes, pois oferecem diretrizes concretas para as ações no âmbito nacional e local para alcançar as metas da Década de Ação para a Segurança Viária 2011–2020 e as respectivas metas dos ODS.

72. O 54º Conselho Diretor da OPAS aprovou a Estratégia e *Plano de ação para o reforço da saúde para abordar a violência contra a mulher* em 2015, fazendo da Região das Américas a primeira na OMS a endossar uma estrutura para a ação na violência contra a mulher. Esse documento também serviu de insumo importante para o desenvolvimento do plano de ação mundial sobre a violência, a ser examinado pela Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde (2016).

73. A implementação do *Plano de ação sobre deficiências e reabilitação* contribuiu para o progresso observado no acesso a serviços de habilitação e reabilitação e a serviços sociais para portadores de deficiências.

74. A implementação do *Plano de ação para a prevenção da obesidade nas crianças e adolescentes* tem sido útil no apoio aos países para elaborarem políticas e legislação com respeito à comercialização de alimentos para as crianças, à melhoria do ambiente nutricional escolar e aos rótulos na parte da frente das embalagens para melhor informar os consumidores sobre alimentos com alto teor de sal, gordura e açúcar. Entre as ações concretas nos países, destacam-se os impostos sobre bebidas adoçadas com açúcar adotados em Barbados, Dominica e México, e a legislação sobre os rótulos na parte da frente das embalagens adotada na Bolívia, Chile e Equador. O modelo de perfil nutricional desenvolvido pela OPAS está ajudando a respaldar essas importantes mudanças.

Desafios

75. Para enfrentar as DNTs e regulamentar os fatores de risco, será necessário não apenas reconhecer a sua importância, mas também expandir a colaboração intersetorial e contar com a capacidade para implementar com êxito e fazer cumprir políticas sólidas e legislação eficaz. O sucesso nessa frente é restringido pelos poderosos interesses da indústria do tabaco, das bebidas alcoólicas e dos alimentos, bem como pela falta de recursos financeiros e humanos para enfrentar essas questões.

76. A redução do consumo prejudicial do álcool continua a ser um grande desafio, e não foram informadas evidências de progresso para obter esse resultado durante o biênio recente. As tendências atuais projetam um aumento do consumo de álcool per capita, o crescimento do uso entre mulheres e maiores taxas de consumo excessivo de álcool. Na falta da implementação de políticas bem-sucedidas, as metas dos resultados imediatos não serão alcançadas. Assim, de imediato, é preciso dar uma prioridade maior ao combate ao álcool como um grande problema de saúde. Embora vários países tenham elaborado políticas ou planos nacionais sobre o álcool, a maioria acabou não sendo aprovada pelas autoridades nacionais, o que põe em questão a vontade de abordar esse fator de risco.

77. Com muitos países recorrendo a pesquisas quinquenais sobre as DNTs e seus fatores de risco, as brechas na vigilância estão prevenindo a medição da prevalência dos fatores de risco e das DNTs, bem como dos indicadores de saúde nutricional e mental, que não estão incluídos nos protocolos de pesquisa atuais.

78. Embora o ônus da violência, lesões e deficiências sobre a saúde e o desenvolvimento seja amplamente reconhecido na Região, a resposta não é proporcional à dimensão do problema devido ao financiamento aquém das necessidades, à disponibilidade insuficiente de informações e à capacidade limitada nos países.

79. Embora alguns países na Região satisfaçam os critérios da OMS em termos das melhores práticas na legislação sobre a segurança no trânsito, existem deficiências no cumprimento dessas leis.

Lições extraídas

80. A experiência no biênio passado tem mostrado que para abordar os desafios citados acima, é preciso reforçar as capacidades no âmbito regional, e mais recursos humanos e

financeiros são necessários nos níveis nacional e sub-regional. Isso deve ser combinado com um fortalecimento da capacidade institucional nacional para elaborar, implementar e fazer cumprir políticas, planos, programas e legislação.

Promoção da boa saúde ao longo de toda a vida e abordagem dos determinantes de saúde

81. Durante o biênio, obteve-se progresso na abordagem de questões importantes relacionadas à saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, seguindo um enfoque na totalidade do ciclo de vida e levando em consideração os determinantes sociais e ambientais da saúde e os temas transversais (TT) do gênero, equidade, direitos humanos e etnia. Considerando os obstáculos à consecução do ODM 5, relacionado com a saúde materna, dedicou-se mais atenção à execução de planos para reduzir a mortalidade materna e perinatal e promover a saúde sexual e reprodutiva.

Principais avanços

82. A Região continuou a testemunhar uma tendência de queda na taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos, tendo alcançado a meta do ODM 4 com uma redução geral de 69% entre 1990 e 2015.

83. Uma redução da razão de mortalidade materna em 21% durante 2013–2014 foi observada em países com mais de 7.000 partos por ano.

84. Em consequência dos esforços coletivos com os países e parceiros, a taxa de fecundidade na adolescência continuou a apresentar uma tendência de queda, de 65,6 por 1.000 em 2013 para 64,4 em 2014 entre as mulheres 15 a 19 anos. Seis países atualizaram ou elaboraram estratégias e políticas nacionais de saúde do adolescente.

85. Dezoito países estavam implementando planos integrados para a redução da mortalidade materna e perinatal, alinhados com planos de ação regionais sobre a mortalidade materna e a saúde neonatal.

86. A iniciativa Cidades e Comunidades Amigas do Idoso⁵ foi ampliada para mais de 65 cidades na Região, e os programas de autocuidado com base científica para idosos que enfrentam múltiplas afecções crônicas foram implementados em dois países latino-americanos e em 10 países do Caribe Oriental.

87. O 54º Conselho Diretor aprovou a *Estratégia e plano de ação para a demência em idosos*. A Organização dos Estados Americanos, com o apoio da OPAS, aprovou a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos.

⁵ Cidades e Comunidades Amigas do Idoso, uma iniciativa da OMS, consiste em uma estratégia multissetorial para promover ambientes favoráveis aos idosos que podem ser implementados com êxito no nível local. Esses ambientes tornam as cidades e comunidades lugares melhores para os idosos viverem, o que lhes permite contribuir para as suas comunidades e, ao mesmo tempo, manter sua autonomia e saúde.

88. Dez países instituíram normas e padrões de direitos humanos em declarações sub-regionais e políticas nacionais, leis e/ou decretos ministeriais. Dois países reformaram seu código civil com base na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e aprovaram ou atualizaram protocolos sobre a saúde mental por meio de decreto ministerial, de maneira compatível com as convenções dos direitos humanos universais e regionais. Oito países reformaram as leis nacionais com base nas normas e padrões de direitos humanos em áreas como o HIV, saúde do adolescente, deficiências e controle do tabagismo.

89. A capacidade institucional para quantificar e analisar as desigualdades sociais na saúde foi fortalecida em 19 países. Isso abrange a produção de perfis de equidade em saúde abordando as dimensões social, econômica e ambiental do desenvolvimento sustentável.

90. O *Plano de ação sobre saúde em todas as políticas* (STP) foi aprovado pelo 53º Conselho Diretor, e foi elaborado um roteiro para pôr em prática o plano, inclusive no contexto da agenda de desenvolvimento pós-2015. Além disso, uma revisão sistemática do ODS3 e das suas 30 metas foi concluída de modo a orientar a execução da agenda pós-2015.

91. As capacidades nacionais foram reforçadas nas áreas da vigilância da qualidade da água, qualidade do ar no interior das casas, saúde ocupacional e adaptação à mudança climática. Foram obtidos progressos significativos na medição e redução das iniquidades ao fortalecer a capacidade no tocante aos planos de segurança da água.

Desafios

92. Apesar da redução da mortalidade materna mencionada acima, nenhum país na Região alcançou a meta do ODM 5 de reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna de 1990 a 2015. Pelo menos 11 países reduziram de maneira significativa a mortalidade materna (em 40% ou mais) durante esse período.

93. Ainda existe a necessidade urgente de reduzir as causas evitáveis de morte e morbidade grave nos recém-nascidos e mães, sobretudo ao ampliar o acesso a serviços de alta qualidade e fechar brechas em termos de informações.

94. Foi limitada a colaboração com os interessados diretos não tradicionais que estão tomando decisões importantes que afetam o direito à saúde e os respectivos direitos humanos (parlamentos, ministérios das relações exteriores e outros ministérios, e comissões de direitos humanos nacionais, entre outros).

95. Os interessados diretos têm níveis diferentes de conhecimento e compreensão dos temas transversais e da sua integração e execução significativa nos programas de saúde.

96. É limitada a capacidade para responder às crescentes demandas dos países por apoio na tradução dos determinantes sociais da saúde em ações concretas.

97. Ainda restam grandes desafios no que se refere à consecução das metas dos ODM referentes ao saneamento, ao fechamento da lacuna do abastecimento de água e saneamento entre a zona urbana e a rural, e à redução do uso de combustíveis sólidos como a principal fonte de

energia doméstica na Região, à medida que os países passam a buscar os ODS. Os esforços e a coordenação multissetoriais para abordar as questões ambientais e da saúde ocupacional que afetam a Região serão cruciais nesse sentido.

Lições extraídas

98. A visão integrada e o enfoque holístico aplicados no projeto Zero Mortes Maternas por Hemorragia, que incorporou aspectos programáticos e de serviços de saúde, permitiu dar uma resposta simplificada à emergência da hemorragia obstétrica com um uso mais eficiente dos recursos. Esse modelo foi ampliado nos ministérios da saúde, com resultados positivos.

99. Um enfoque mais amplo e multissetorial que abarque outros interessados diretos dentro e fora do setor da saúde é necessário para concretizar as políticas sobre o envelhecimento na Região.

100. Atividades técnicas e discussões relacionadas com as conexões entre o Zika, os direitos das mulheres e as desigualdades de gênero, assim como as vulnerabilidades específicas das pessoas que vivem em situação de pobreza, mostram que é preciso reforçar a colaboração para assegurar que o trabalho da OPAS durante todas as emergências de saúde pública leve, na devida conta, os TT, as desigualdades estruturais e as normas e padrões de direitos humanos internacionais e regionais aplicados à saúde da mulher.

101. Como parte da implementação do *Plano de ação sobre saúde em todas as políticas*, existe a necessidade de documentar e compartilhar as melhores maneiras de aplicar os conceitos dos determinantes sociais da saúde, STP e os ODS. Além disso, a implementação dos ODS e respectivos indicadores constitui uma oportunidade para aproveitar suas sinergias com a agenda da STP.

102. A Região precisa melhorar e consolidar a governança da água, com uma mudança de paradigma rumo à integração sustentável do gerenciamento dos recursos hídricos da captação até o consumidor, juntamente com esforços para reduzir as desigualdades. Devem ser tomadas medidas para incluir planos de segurança da água nas estratégias nacionais para os recursos hídricos.

Fortalecimento dos sistemas de saúde rumo à concretização progressiva da cobertura universal de saúde

103. Avanços significativos continuaram a ser feitos na implementação da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde. Entre os principais feitos, destacam-se o desenvolvimento de roteiros nacionais que ampliam o acesso aos serviços por meio da atenção primária dentro das Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde; a formulação de estratégias de financiamento abrangentes nos países; o realinhamento das políticas sobre os recursos humanos em saúde que suprem as necessidades existentes dos sistemas e serviços de saúde e a melhoria do acesso a medicamentos e tecnologias em saúde seguros, eficazes e de qualidade, de acordo com as necessidades de saúde da população. Além disso, foram notados avanços no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde integrados, com ações

concretas nos países para melhorar seus sistemas de informação em saúde e monitoramento de indicadores básicos, formação e elaboração de documentos para facilitar a análise de saúde e apoiar a tomada de decisões à medida que os países se aproximam da cobertura universal de saúde.

Principais avanços

104. Em linha com a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde e com a Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde, a cooperação técnica foi ampliada para apoiar a elaboração e/ou implementação de planos de ação e/ou roteiros rumo à universalização da cobertura de saúde em 10 países. Onze países desenvolveram estruturas normativas para a universalização da saúde, e estão em andamento trabalhos em 15 países para implementar as estruturas financeiras para esse fim.

105. Com o objetivo de melhorar os serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de qualidade, 23 países haviam posto em prática a estratégia integrada da rede de prestação de serviços de saúde no fim de 2015, e 12 países implementaram estratégias e/ou planos nacionais para melhorar a qualidade da atenção e a segurança dos pacientes.

106. Em consequência do trabalho em curso para fortalecer os sistemas de regulação de medicamentos, 10 países formularam planos de desenvolvimento institucional, e os perfis regulamentares de 17 países foram publicados. Além disso, em colaboração com o Conselho para o Desenvolvimento Humano e Social (COHSOD), as políticas sobre os medicamentos no Caribe foram fortalecidas. A colaboração da OPAS com o MERCOSUL nas negociações de preços para medicamentos de alto custo resultou em reduções significativas do preço dos medicamentos para o HIV/AIDS e a hepatite C.

107. Os países estão fazendo progressos na elaboração e implementação das suas políticas e planos de recursos humanos em saúde (RHS) com o objetivo de alcançar a universalização da saúde e suprir necessidades atuais e futuras das suas populações em matéria de saúde. Pelo menos 17 países têm planos de ação alinhados com as políticas e necessidades do seu sistema de atenção médica.

108. A Região conseguiu avanços notáveis no fortalecimento de sistemas de informação em saúde de rotina, adoção de novas tecnologias e estratégias para pesquisa e evidências, e incorporação da ética na pesquisa em saúde. Isso ajuda os países a melhorar a análise de saúde para apoiar a tomada de decisões à medida que se aproximam da universalização da saúde. Nesse sentido, a OPAS ofereceu cooperação técnica para fortalecer os sistemas de informação em saúde em todo o Continente, em linha com as estratégias apresentadas no *Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde* da OPAS. Uma plataforma baseada na Internet para as informações em saúde (PLISA, conforme a sigla em espanhol) foi desenvolvida e constitui um recurso adicional valioso que a Região e os países podem usar para monitorar a mortalidade, as doenças transmitidas por vetores, os indicadores de saúde centrais e o progresso dos indicadores de impacto constantes do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019.

Desafios

109. É preciso trabalhar mais para definir as políticas para reformar as estratégias de financiamento da saúde dos países para que contribuam para o avanço rumo à universalização da saúde. Embora vários países na Região tenham formulado estratégias para aumentar os gastos em saúde pública, poucos informaram progresso rumo à consecução da meta de elevar os gastos em saúde pública para o equivalente a pelo menos 6% do produto interno bruto (PIB). A elevação dos gastos nessa área exigirá um forte compromisso político por parte dos países da Região a fim de criar o espaço fiscal necessário para concretizar o acesso universal à saúde e a universalização da cobertura para suas populações.

110. O aumento da capacidade dos países para monitorar e avaliar o progresso rumo à universalização da saúde exigirá sistemas de informação mais fortes que possam produzir dados oportunos e de qualidade para medir o progresso no acesso da população a serviços de saúde e cobertura desses serviços, governança e liderança, equidade e eficiência do financiamento da saúde, e ação sobre os determinantes sociais da saúde na Região.

111. É necessário um compromisso mais forte para a implementação de políticas e reformas para fortalecer a prestação de serviços de saúde e fazer face à fragmentação, baixa qualidade técnica, encaminhamentos tardios, falta de acesso a serviços de prevenção e ênfase excessiva na atenção a doenças agudas e no tratamento hospitalar.

112. As informações são insuficientes para determinar com exatidão a redução da porcentagem de hospitalizações para a atenção ambulatorial de afecções sensíveis em 2015. São necessários mais esforços para fortalecer os sistemas de informação na Região nesse sentido.

113. Os países e territórios da Região têm como desafio o custo cada vez mais alto dos medicamentos e de outras tecnologias em saúde, o que exige a adoção de estratégias abrangentes nessa área. O fortalecimento dos sistemas reguladores também precisa ser priorizado nos Estados Membros cuja capacidade é limitada nessa área.

114. No que se refere aos recursos humanos, entre os desafios importantes figuram o alinhamento das políticas, planos e regulamentações de RHS com os sistemas de saúde e as necessidades de prestação de serviços integrados; os dados limitados sobre os RHS e a integração limitada entre os setores de saúde e educação.

Lições extraídas

115. Tirando partido do diálogo de alto nível com organismos financeiros internacionais e países em 2015, a OPAS deve manter seu envolvimento com o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), entre outros, para chegar a um consenso sobre o financiamento da saúde nas Américas, sobretudo no tocante a recomendações para a preparação de subvenções e projetos com respeito a copagamentos e outros gastos do próprio bolso.

116. A experiência recente com a preparação dos sistemas de saúde para fazer face aos surtos de Ebola, chikungunya e da Doença do vírus Zika constituiu uma oportunidade para melhorar a

resposta dos sistemas de saúde nesse sentido. Embora, há algum tempo, as agendas mundiais da universalização da saúde e da segurança sanitária parecessem ser conflitantes, agora parece haver um consenso mundial cada vez maior de que a segurança sanitária só pode ser alcançada mediante o fortalecimento dos sistemas de saúde rumo à universalização da saúde, ao mesmo tempo em que se trabalha para aumentar a sua resiliência.

117. Um elemento crucial para o avanço rumo à universalização da saúde é o fortalecimento da gestão e governança do setor da saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento das capacidades para exercer as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) de maneira sustentável é um desafio para a maioria dos países na Região. Vários dos processos de reforma implementados nas duas últimas décadas resultaram em uma diminuição involuntária das capacidades por parte das autoridades nacionais de saúde para assegurar a existência de mecanismos institucionais, recursos humanos e financiamento para a execução das Funções Essenciais de Saúde Pública, como o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), de 2005, e a preparação e a resposta a emergências de saúde e situações de desastre. Em 2015, a OPAS iniciou um processo para atualizar a estrutura das FESP e orientar os países na sua implementação. No próximo biênio, a cooperação técnica se concentrará no apoio aos países para avaliar as suas capacidades para implementar as FESP e formular planos de ação para melhoria.

118. Após o compromisso político ter sido assegurado, os enfoques sub-regionais se revelaram opções viáveis para garantir a eficiência e dividir os recursos entre os Estados Membros com capacidade limitada.

119. Para ampliar o acesso aos medicamentos e outras tecnologias em saúde de alto custo, talvez seja necessário explorar e formular novas estratégias para a colaboração entre os países.

120. A mobilização de recursos para a pesquisa em saúde exige trabalho concertado com outros setores (por exemplo, ciência e tecnologia, educação, indústria e outros interessados diretos econômicos). Os parceiros industriais e econômicos são de especial importância em vista das suas capacidades de ampliar os desdobramentos.

Aumento da resiliência e redução da mortalidade, da morbidade e das perturbações sociais decorrentes de epidemias, emergências e desastres

121. Os esforços durante o biênio se concentraram no fortalecimento das capacidades dos países para prevenção, redução de riscos, preparação, vigilância, resposta e recuperação rápida em relação a emergências, desastres e surtos. A capacidade dos países para responder com mais eficácia e eficiência às emergências e desastres decorrentes de todos os tipos de risco aumentou, com esforços redobrados para responder a surtos de Zika e da Doença do vírus Ebola (DVE), bem como a várias secas e inundações graves que impactaram a Região. Foi dada ênfase especial a ações para formar capacidades básicas no âmbito do RSI de 2005, aumentar a resiliência dos serviços de saúde aos desastres, melhorar a capacidade dos países e territórios para coordenar a ajuda humanitária em saúde e manter a Região livre de surtos de febre aftosa.

Principais avanços

122. Um total de 22 países na Região solicitou e recebeu a prorrogação de 2014–2016 dos planos nacionais relativos ao RSI, mostrando o seu compromisso de estabelecer capacidades nacionais em saúde pública. Como parte do desenvolvimento das capacidades relativas ao RSI, foi prestado apoio técnico para atualizar esses planos no contexto da Estrutura para Fortalecer a Preparação e Resposta Nacional à Doença do Vírus Ebola nas Américas. A estrutura de preparação contra a DVE foi elaborada e implementada com cooperação técnica direta prestada a mais de 26 Estados Membros como parte dos esforços constantes de preparação e resposta aos surtos de doenças infecciosas emergentes.

123. O sistema de monitoramento e resposta epidemiológica, atuante 24 horas por dia, 7 dias por semana, foi mantido para informar rapidamente os Estados Membros sobre ameaças ou riscos para a saúde pública. Durante o biênio, 38 alertas e atualizações epidemiológicas foram disseminados, e 31 atualizações de eventos (10 relacionados com o vírus Zika) foram divulgadas no Site de Informação sobre Eventos do RSI para os Pontos Focais Nacionais do RSI.

124. Os países reforçaram sua capacidade para responder aos surtos de chikungunya e vírus Zika mediante o desenvolvimento de instrumentos de gestão clínica e o fortalecimento da capacidade laboratorial.

125. A taxa de letalidade do cólera no Haiti foi mantida abaixo de 1% (0,89% em 2015), na medida em que a OPAS continuou a exercer liderança e oferecer apoio técnico para fazer face à emergência prolongada do cólera.

126. A OPAS trabalhou ativamente para mobilizar recursos nacionais e internacionais para operações de resposta em todos os tipos de emergência de grau 1 e grau 2 que afetaram a Região. A Organização aumentou sua capacidade institucional para a preparação para casos de desastre de todos os tipos de risco, vigilância e resposta em conformidade com a sua política de Resposta Institucional a Emergências e Desastres.

127. Ofereceu-se liderança e apoio técnico aos Estados Membros na implementação do *Plano de ação para hospitais seguros*. O número de países e territórios que aplicam o Índice de Segurança Hospitalar para avaliar a segurança dos hospitais contra desastres subiu para 36, com a maioria deles também executando medidas corretivas nos serviços de saúde prioritários.

128. O esforço inovador para integrar considerações sobre a mudança climática e a redução dos riscos de desastres no setor da saúde (a iniciativa hospitais inteligentes) foi estendido para sete países do Caribe, a saber Belize, Dominica, Granada, Guiana, Jamaica, Santa Lúcia e São Vicente e Granadinas.

129. A Região das Américas continua sem notificações da febre aftosa desde janeiro de 2012. Nenhum novo surto da doença foi notificado em países ou zonas reconhecidas como livres da febre aftosa desde abril de 2013, o que representa um marco histórico. Ofereceu-se liderança e cooperação técnica para a implementação do *Plano de ação de 2011-2020 do Programa Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa*.

130. O *Plano de ação para a coordenação da ajuda humanitária 2015-2019* e o *Plano de ação para a resistência aos antimicrobianos* foram aprovados pelos 53^o e 54^o Conselhos Diretores da OPAS/OMS, respectivamente.

131. Sete Estados Membros fortaleceram as suas capacidades de inspeção de alimentos, com ênfase na inspeção baseada no risco.

Desafios

132. É importante assegurar o compromisso dos países de dar continuidade aos seus esforços para formar capacidades básicas sustentáveis do RSI, levando em consideração as lições extraídas da preparação e resposta à DVE e a outras emergências de saúde pública.

133. A limitação dos recursos financeiros e humanos (qualificados e disponíveis de imediato) para a redução dos riscos de desastres continua a ser um desafio constante.

134. Um forte compromisso nacional, coordenação multisetorial e enfoques interprogramáticos são necessários para fortalecer as capacidades relacionadas à inocuidade dos alimentos e à incorporação dessa inocuidade a estratégias e planos mais amplos sobre nutrição e doenças não transmissíveis na Região.

135. No que se refere à febre aftosa, a OPAS enfrenta um aumento das expectativas e demandas dos países pela continuidade da cooperação técnica para manter os ganhos obtidos até o momento nas Américas. Devem ser tomadas medidas para enfrentar os desafios restantes nos países que ainda não alcançaram a condição de livres da febre aftosa e promover ainda mais os programas nacionais para chegar à “condição de livre da febre aftosa sem vacinação”.

136. É preciso intensificar as atividades regionais e o compromisso nacional para implementar os planos nacionais sobre a resistência aos antimicrobianos.

Lições extraídas

137. Mecanismos para facilitar o intercâmbio de boas práticas e informações entre os países devem ser aplicados para fortalecer a preparação e a resposta ao surgimento de agentes patogênicos no biênio 2016-2017.

138. No contexto da estrutura contra a DVE, as missões técnicas nos países permitiram identificar as discrepâncias entre os resultados encontrados pelos especialistas e as autoavaliações nacionais das pontuações das capacidades básicas do RSI. Isso mostra a necessidade de aprimorar o enfoque do monitoramento da implementação do RSI para dar mais ênfase à função dos sistemas de saúde pública.

139. O uso de estimativas regionais do ônus da morbidade das doenças transmitidas pelos alimentos como ferramenta de promoção da causa levou a uma maior consciência das autoridades nacionais e à priorização dessas doenças pelos Estados Membros. Isso contribuiu para o desenvolvimento de estimativas nacionais obrigatórias.

140. O fortalecimento da participação multissetorial dos interessados diretos, tanto dentro como fora do setor da saúde, é crucial para o êxito da implementação do *Plano de ação para hospitais seguros*.

Promover o funcionamento eficiente e eficaz da organização

141. Além dos avanços técnicos delineados acima, a OPAS conseguiu avanços constantes no fortalecimento e melhoria das suas funções facilitadoras e serviços institucionais para executar seus programas de cooperação técnica. Nesse sentido, a Organização continuou a fortalecer seu foco nos países, com uma nova estrutura para a cooperação entre os países no desenvolvimento da saúde e uma estratégia para os oito países-chave. Foram tomadas medidas concretas para reforçar a cooperação técnica sub-regional. A formação de parcerias para a liderança na saúde também continuou com as equipes das Nações Unidas nos países. A gestão baseada em resultados continuou a ser a pedra fundamental dos processos de planejamento, orçamento, gestão de programas, monitoramento e avaliação em toda a Organização, com aumento da participação dos Estados Membros mediante enfoques abrangentes de baixo para cima e de priorização.

Principais avanços

142. A OPAS continuou a fortalecer e ampliar seu envolvimento com os Estados Membros, as Nações Unidas e sistemas interamericanos, mecanismos de integração e parceiros sub-regionais para a implementação do seu Plano Estratégico, empregando enfoques que alcançavam todo o governo. Além disso, a colaboração dos países foi reforçada por meio do aumento da promoção da política Foco nos Países, e a estratégia de países-chave da OPAS foi atualizada de modo a apoiar a cooperação técnica direcionada.

143. O processo de avaliação conjunta do Plano Estratégico e Programa e Orçamento da OPAS foi implementado pela primeira vez, com a participação de todos os países e territórios. Para facilitar esse processo, um novo sistema de monitoramento e avaliação, o SMPE, foi desenvolvido e disponibilizado a todos os Estados Membros. Essa iniciativa é única nas regiões da OMS e aumentará a transparência e a prestação de contas na formulação e execução de programas e orçamentos.

144. O equivalente a 97% do Programa e Orçamento 2014-2015 foi financiado, e um orçamento integrado com um aumento de 8,8% foi aprovado pelos Estados Membros para 2016-2017.

145. A OPAS foi pioneira ao adotar uma metodologia de priorização programática robusta e científica como parte integrante do planejamento estratégico e da formulação do programa e orçamento. Esse enfoque inovador é resultado de intensa colaboração e produtiva com os principais especialistas em saúde pública das autoridades nacionais de saúde na Região.

146. Em 2015 a OPAS adotou, configurou e instalou o novo Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS), usando um software de ERP, e cumpriu o prazo e orçamento.

147. Foram obtidos avanços na implementação da política de Gestão de Riscos Institucionais com a identificação dos riscos institucionais e de planos de mitigação a serem implementados em 2016-2017.

148. Para cortar custos e obter eficiências, foram celebrados Acordos de Nível de Serviço com Indicadores de Desempenho Importantes para melhorar os serviços administrativos e de apoio. Os resultados preliminares são encorajadores, com uma redução dos custos operacionais de 2% a 3%.

149. A RSPA também continuou a empregar tecnologias inovadoras e plataformas de comunicação para facilitar sua cooperação técnica de maneira eficaz e eficiente. Os esforços consolidados tanto no contato com os meios de comunicação como no desenvolvimento das páginas na Web ajudaram a melhorar o posicionamento e elevar a classificação da Organização dentro da comunidade internacional.

Desafios

150. A aplicabilidade e uso do mecanismo de coordenação nacional de múltiplos parceiros variam segundo o contexto nacional e a presença de organismos de desenvolvimento e assistência nos países e territórios.

151. Durante o tempo em que a estrutura para o envolvimento com agentes não estatais (FENSA) estava sendo negociada, houve uma falta de clareza sobre como a Organização poderia envolver-se com os agentes não estatais, inclusive no que se refere à mobilização de recursos. A adoção da FENSA na Assembleia Mundial da Saúde e sua adaptação às especificidades da OPAS deve proporcionar a orientação necessária nesse sentido.

152. Mais avanços estão sendo esperados na área da avaliação, em que um enfoque integrado deve consolidar as lições extraídas dos relatórios de avaliação e outros meios.

153. Continua a haver dificuldades na atração de recursos suficientemente flexíveis que poderiam ser alocados estrategicamente para as áreas programáticas de maior necessidade ou prioridade mais elevada, assim como na obtenção do financiamento total para a porção do Orçamento para Programas da OMS destinado ao Escritório Regional da OMS para as Américas (AMRO).

154. Um grande desafio foi a necessidade de dedicar tempo significativo do pessoal ao desenvolvimento e teste do PMIS enquanto também se trabalhava para cumprir suas responsabilidades programáticas e administrativas correntes.

155. A capacidade desigual nas áreas de comunicação estratégica e gestão do conhecimento limita a oportunidade de promover o trabalho da Organização e posicioná-lo com eficácia.

Lições extraídas

156. A ampliação das parcerias estratégicas para além dos interessados diretos tradicionais da saúde tem contribuído para o aumento da visibilidade da OPAS e o reforço da sua função como “mediador”.

157. O processo de formulação das Estratégias de Cooperação nos Países constitui uma oportunidade para fortalecer a liderança da OPAS e a função de defesa que ela exerce nos assuntos relacionados à saúde no âmbito nacional. Além disso, esse processo proporciona a principal estrutura de referência para orientar o programa de cooperação técnica com os países e para eles.

158. O apoio e envolvimento constantes da alta direção têm ajudado a promover os mecanismos de prestação de contas em toda a Organização.

159. Os processos de planejamento e priorização de baixo para cima usados para a formulação do Plano Estratégico da OPAS e o Programa e Orçamentos contribuíram substancialmente para que os planos e orçamentos fossem mais realistas, com mais ênfase nas prioridades definidas conjuntamente com os Estados Membros. A participação sem precedentes dos Estados Membros e do pessoal de todas as áreas da RSPA nos processos de planejamento e preparação do orçamento da Organização deve resultar em um aumento do senso de propriedade e do compromisso com respeito à execução, monitoramento e avaliação do Plano Estratégico 2014-2019 aprovado e dos três orçamentos e correspondentes.

160. O novo processo conjunto de monitoramento e avaliação, assim como o sistema implementado para o Plano Estratégico e o Programa e Orçamento da OPAS, envolvendo os Estados Membros e a RSPA, aumentou a prestação de contas e a transparência na Organização e tornou ainda mais arraigada a gestão baseada em resultados em toda a OPAS.

161. O compêndio dos indicadores levou à formulação de critérios técnicos sólidos para a medição dos indicadores e facilitou o diálogo e a resolução de discrepâncias na avaliação conjunta com os Estados Membros. Além disso, revelou a necessidade de replicar essas boas práticas em todos os planos de ação elaborados pela Organização de modo a assegurar a avaliação sistemática e objetiva dos resultados.

162. A avaliação de fim de biênio levou à reconsideração das linhas de base e metas dos resultados imediatos não validadas anteriormente. Os resultados da avaliação de fim do biênio 2014-2015 servirão de insumo para a validação e possível revisão das linhas de base e metas para os resultados imediatos constantes do Programa e Orçamento 2016-2017. Além disso, as metas relacionadas à saúde nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável serão levadas em conta na validação dos resultados imediatos de 2016-2017 para assegurar que esses resultados contribuam para o cumprimento desses compromissos.

163. O ambiente em evolução e as demandas por saúde e desenvolvimento exigem que a Organização continue a incorporar a inovação, a tecnologia e a mistura correta de habilidades e qualificações para permanecer na vanguarda da resposta aos atuais e futuros desafios de saúde pública da Região.

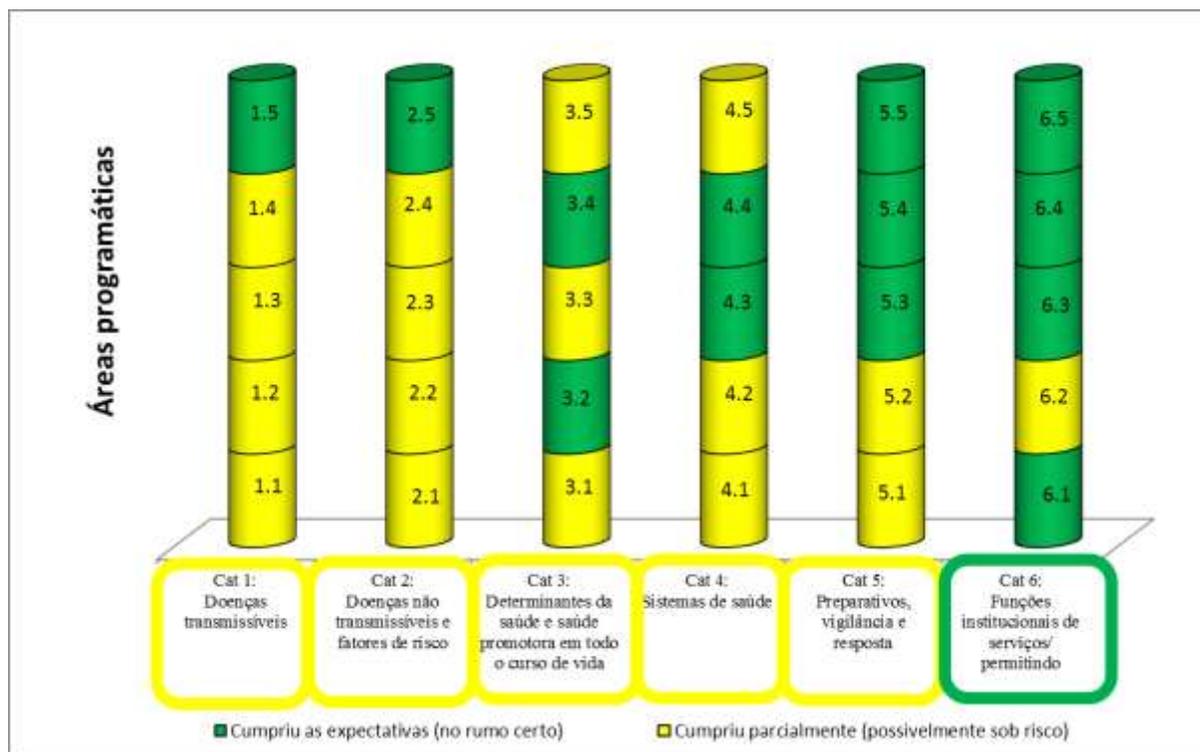
V. RESUMO DA EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA

164. Esta seção apresenta um resumo dos resultados da avaliação, passando pela implementação do Programa e Orçamento 2014-2015 e pelo progresso até o momento rumo à obtenção dos resultados do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Delineia a situação das categorias e áreas programáticas, inclusive o progresso rumo à consecução dos 83 indicadores dos resultados intermediários e dos 115 indicadores dos resultados imediatos por meio dos esforços conjuntos por parte dos Estados Membros e da RSPA. Apresenta-se também um resumo da avaliação dos produtos e serviços oferecidos pela RSPA no biênio 2014-2015. O Anexo A contém um relatório detalhado do progresso por categoria e área programática, inclusive com a avaliação dos indicadores dos resultados intermediários e imediatos.

Resumo da avaliação das categorias

165. Conforme indicado na Figura 3, as expectativas foram parcialmente cumpridas em cinco das seis categorias, enquanto uma (Categoria 6) teve as suas expectativas plenamente cumpridas durante o biênio. Com respeito às áreas programáticas, 13 de 30 cumpriram as expectativas; essas áreas programáticas estão no rumo certo para produzir os resultados do Plano Estratégico até 2019. As 17 áreas programáticas restantes cumpriram parcialmente as expectativas, embora tenham sido feitos progressos importantes em cada um deles. Medidas firmes precisarão ser tomadas para que os atrasos, os impedimentos e os desafios que impedem o avanço sejam resolvidos no próximo biênio, a fim de que essas áreas programáticas retomem o rumo certo, ao passo que devem ser mantidos os esforços nas áreas programáticas que cumpriram as expectativas. É notável que nenhuma categoria ou área programática tenha sido classificada como em dificuldades durante esta primeira avaliação.

Figura 3: Resumo das Categorias e Áreas Programáticas, 2014-2019



Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

166. Conforme mostrado nas Figuras 4 e 5, durante o primeiro biênio do Plano Estratégico 2014-2019, a Região conseguiu avanços substanciais rumo à consecução das metas dos indicadores dos resultados intermediários, que medem o progresso na melhoria da saúde ou na redução dos fatores de risco. Por exemplo, em cinco (6%) dos 83 indicadores dos resultados intermediários, as metas fixadas para 2019 já foram alcançadas ou superadas. São eles: 1.3.1 (malária), 1.5.4 (poliomielite), 3.1.1 (métodos de planejamento familiar), 3.1.5 (pneumonia) e 5.5.1 (resposta a uma emergência). Além disso, 70 (84%) dos 83 indicadores estão em curso e, em oito deles, mais de 80% das metas foram atingidas, o que indica que a Região está bem encaminhada para alcançar as metas dos resultados intermediários até 2019.

167. Apesar do progresso geral constante rumo ao cumprimento das metas fixadas para o período de seis anos do Plano, ainda restam desafios para alcançar os indicadores fixados para 2019. Isso é especialmente válido no caso dos indicadores dos resultados intermediários da Categoria 2 (Doenças não transmissíveis e fatores de risco) e da Categoria 4 (Sistemas de saúde), em que o progresso dependerá de novos compromissos que exigem mais esforços e recursos de dentro e de fora do setor da saúde. Os indicadores dos resultados intermediários que não estão avançando como esperado exigirão um acompanhamento cuidadoso e ações rápidas para fazer face aos desafios fundamentais que estão dificultando o progresso. Em especial, quatro dos sete indicadores dos resultados intermediários com a classificação “nenhum progresso” neste biênio precisarão de medidas corretivas imediatas: 2.1.1a, 2.1.1b e 2.1.1c, todos relacionados com o

consumo de álcool e suas consequências, e 4.1.2, que estabeleceu uma meta para os gastos públicos em saúde de pelo menos 6% do PIB. Esses indicadores, sobretudo o relacionado à universalização da saúde (4.1.2), exigem um forte compromisso político e promoção da causa tanto por parte dos Estados Membros como da RSPA, além de colaboração intersetorial.

Figura 4: Resumo da Avaliação dos Indicadores dos Resultados Intermediários, 2014-2019

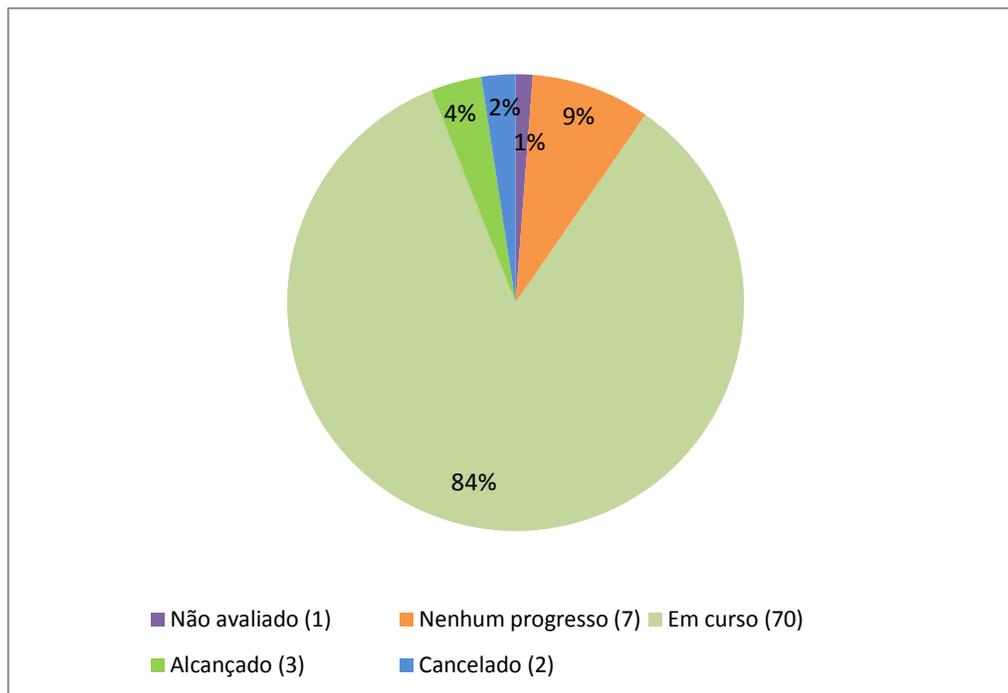
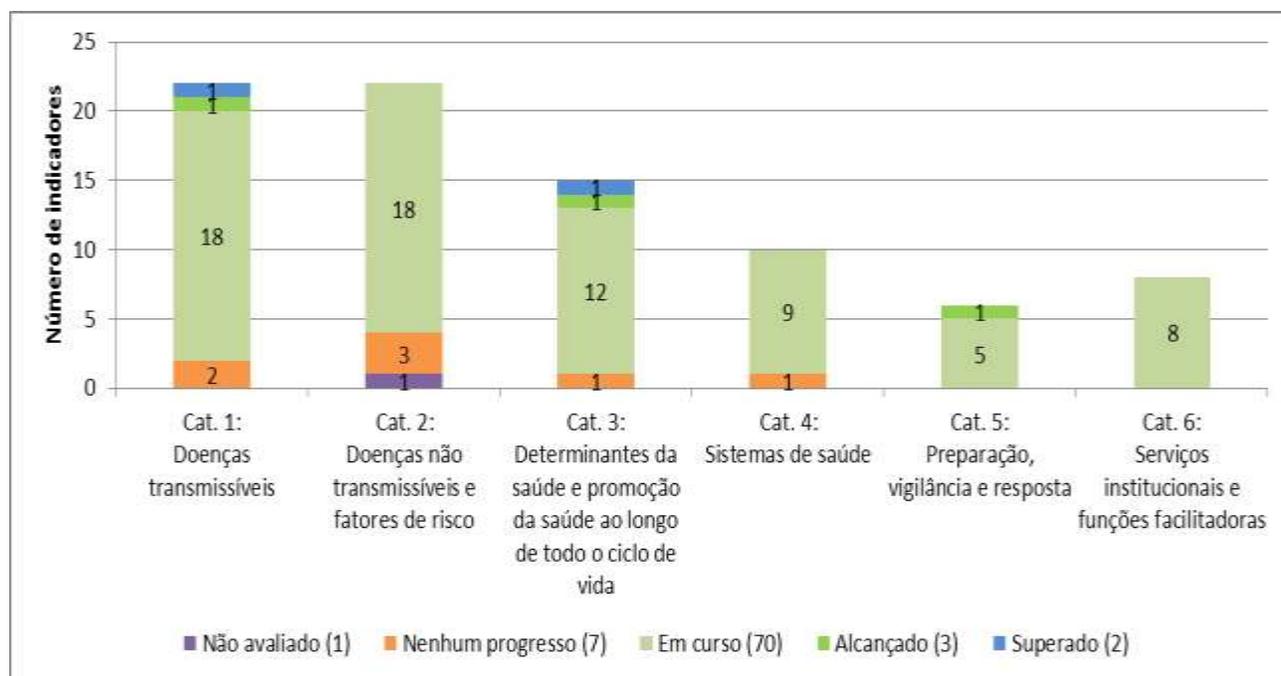


Figura 5: Avaliação dos Indicadores dos Resultados Intermediários por Categoria, 2014-2019



Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

168. Os indicadores dos resultados imediatos medem as mudanças nas políticas, estratégias, planos, programas e normas para melhorar os sistemas e serviços. Conforme mostrado nas Figuras 6 e 7, no fim de 2015, 58 dos 116 indicadores dos resultados imediatos haviam sido alcançados ou superados, enquanto outros 56 haviam sido alcançados parcialmente.⁶ Dos 58 indicadores alcançados, 37 superaram as metas de 2015. Além disso, avanços consideráveis foram obtidos nos 56 indicadores alcançados parcialmente, e o trabalho prossegue em 2016-2017. Os detalhes sobre cada indicador dos resultados imediatos são apresentados nos relatórios das categorias no Anexo A, inclusive a lista dos países e territórios que alcançaram, total ou parcialmente, cada indicador.

169. As principais questões que fizeram com que os resultados intermediários e imediatos não fossem alcançados foram: *a)* a falta de informações confiáveis com as quais se pudesse medir e monitorar, de maneira apropriada, o progresso feito pelos países e territórios; *b)* o apoio político insuficiente, a capacidade institucional limitada e as ações intersetoriais fracas, além de prioridades conflitantes nas agendas regionais e nacionais, e *c)* as metas ambiciosas em alguns

⁶ Além dos 114 indicadores dos resultados imediatos avaliados, um indicador, RIM 6.1.5, foi cancelado com base na revisão dos indicadores do Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 com o Grupo de Trabalho de Países e outro (6.2.3) não foi avaliado devido à falta de dados para este biênio.

indicadores; por exemplo, 49 indicadores de resultados imediatos tinham metas equivalentes ao dobro do valor da linha de base.

Figura 6: Resumo da Avaliação dos Indicadores dos Resultados Imediatos, 2014-2019

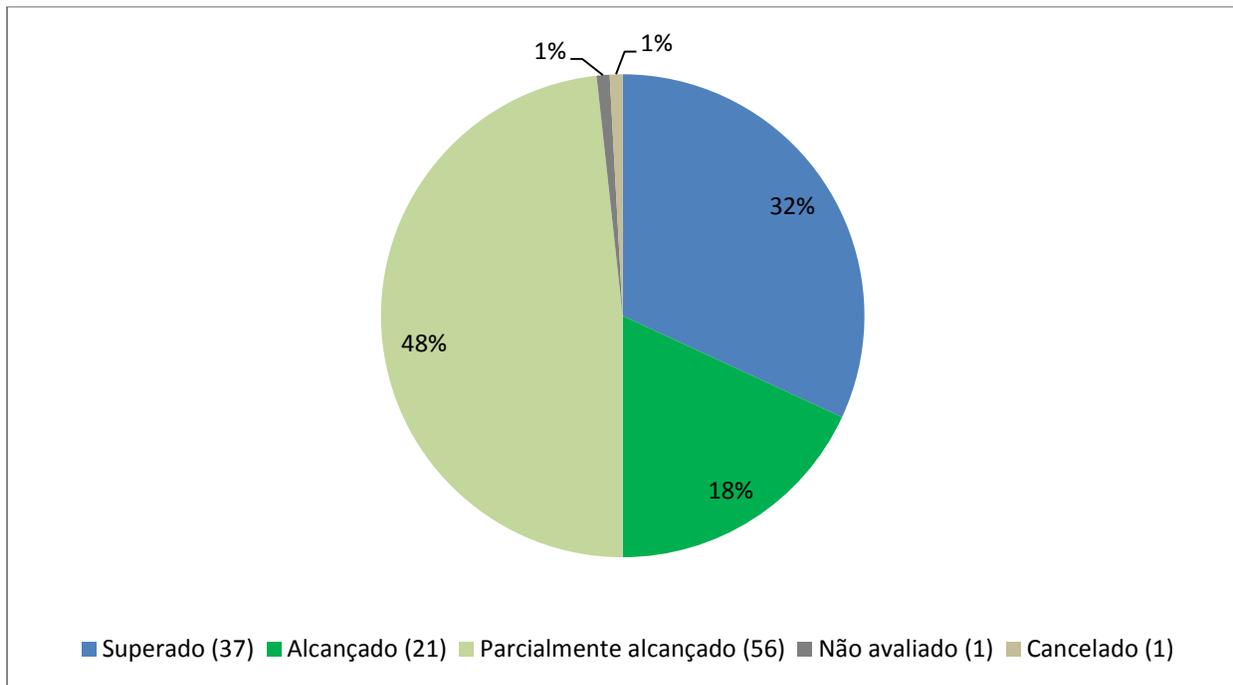
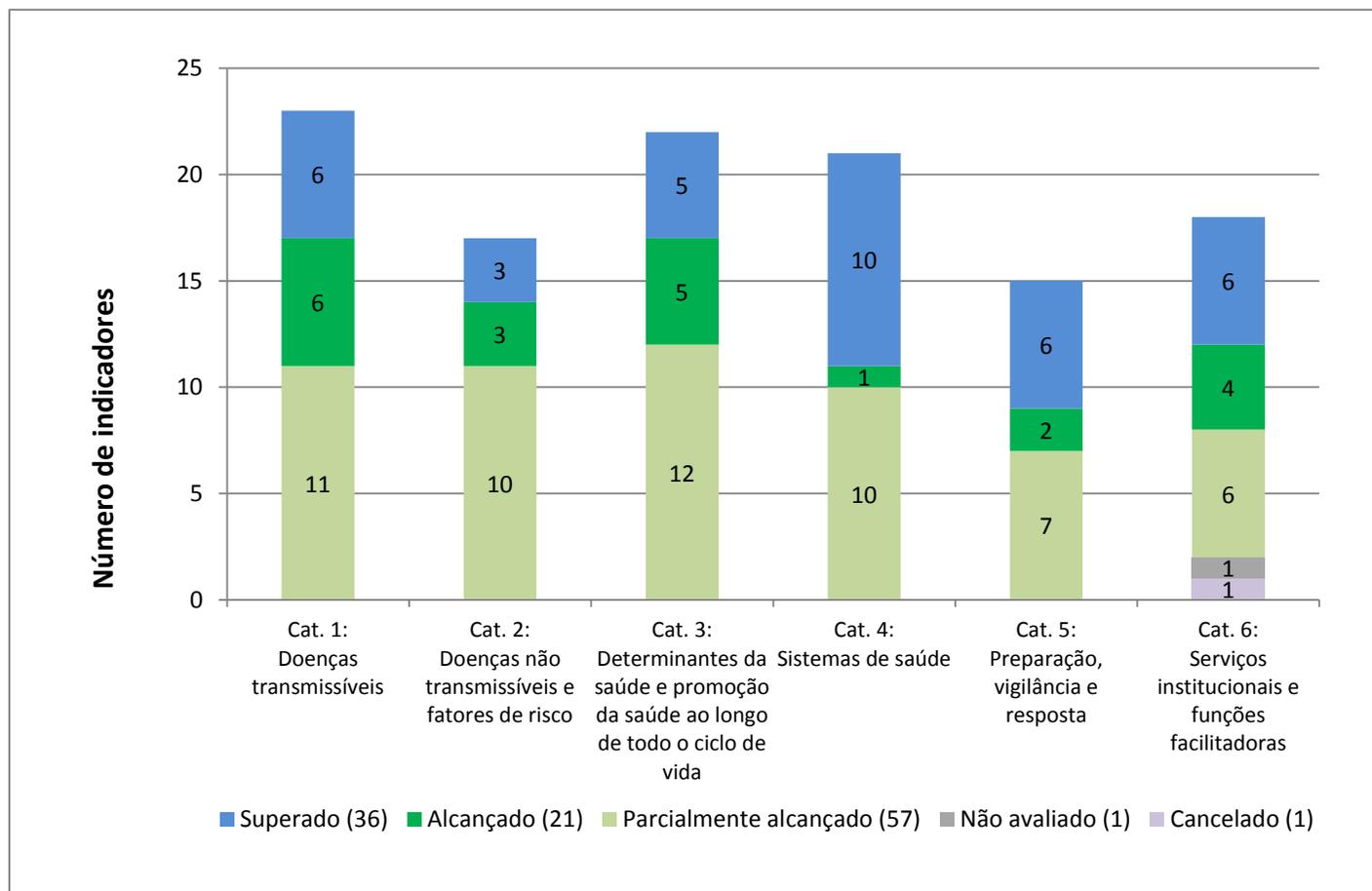


Figura 7: Avaliação dos Indicadores dos Resultados Imediatos por Categoria, 2014-2019



Resumo dos avanços em produtos e serviços, 2014-2015

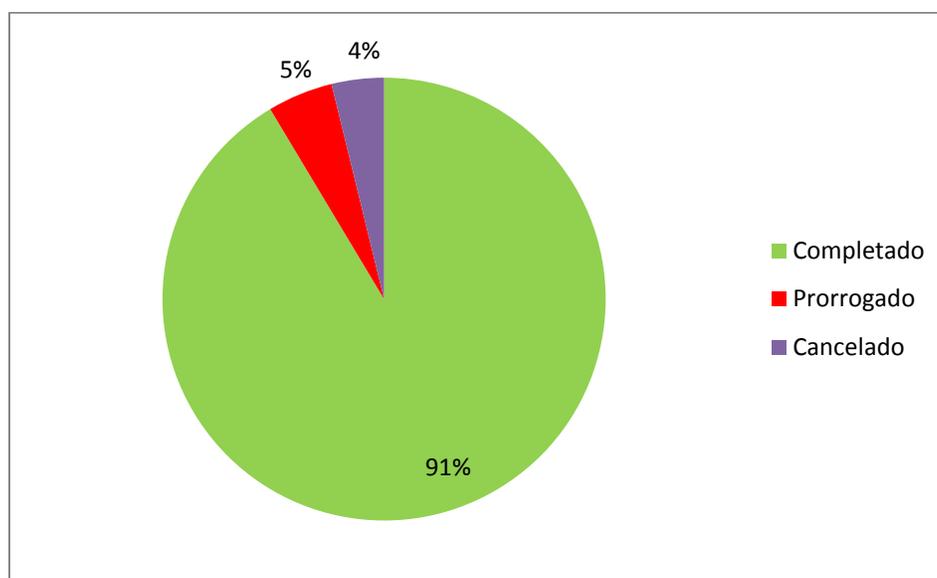
170. Conforme delineado na seção III, além da avaliação conjunta dos indicadores dos resultados intermediários e imediatos com os Estados Membros, a RSPA concluiu o seu processo interno de monitoramento e avaliação do desempenho dos Planos de Trabalho Bienais 2014-2015 em todas as 83 entidades nos níveis funcionais nacionais, sub-regionais e regionais. Um resumo da avaliação dos serviços e produtos é apresentado a seguir. Esses produtos e serviços representam a contribuição da RSPA para a obtenção dos resultados do Programa e Orçamento de acordo com as funções centrais da Organização:

- a) Exercer liderança em temas cruciais para a saúde e formar parcerias sempre que ações conjuntas forem necessárias.
- b) Determinar as linhas de pesquisa e estimular a produção, aplicação e divulgação de conhecimentos valiosos.

- c) Estabelecer normas e critérios, e promover e monitorar sua implementação.
- d) Formular opções de política baseadas em princípios éticos e fundamentos científicos.
- e) Estabelecer cooperação técnica, catalisar mudanças e formar capacidade institucional sustentável.
- f) Vigiar a situação sanitária e avaliar as tendências em matéria de saúde.

171. Como se vê na Figura 8, 91% dos produtos e serviços definidos para o biênio 2014-2015 foram concluídos como se esperava, enquanto 5% foram prorrogados e 4%, cancelados. O monitoramento constante da implementação do plano de trabalho permitiu à RSPA identificar as principais questões e medidas corretivas que levaram à elevada taxa de conclusão dos produtos e serviços planejados. As razões principais para a prorrogação ou cancelamento foram o surgimento de prioridades conflitantes e de demandas pela ampliação da cooperação técnica em outras áreas.

Figura 8: Resumo dos Produtos e Serviços, 2014-2015



172. No que se refere à conclusão dos produtos e serviços de acordo com o nível funcional, um avanço sistematicamente alto foi alcançado nos três níveis, conforme indicado na Tabela 1. A presença adicional nos níveis nacional e sub-regional deve melhorar a implementação dos planos de trabalho em 2016-2017.

Tabela 1: Avaliação dos Produtos e Serviços por Nível Funcional, 2014-2015

Nível funcional	Produtos e serviços concluídos
Regional	876/930 (94%)
Sub-regional	137/154 (89%)
Nacional	2.627/2.925 (90%)
TOTAL	3.640/4.006 (91%)

VI. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

173. Esta seção faz uma análise dos recursos disponíveis para executar o Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015, inclusive a alocação de recursos e o nível de execução por nível funcional, categoria programática e fonte de financiamento. Essa seção também examina os esforços para a mobilização de recursos da RSPA durante o biênio, inclusive os déficits e as tendências.

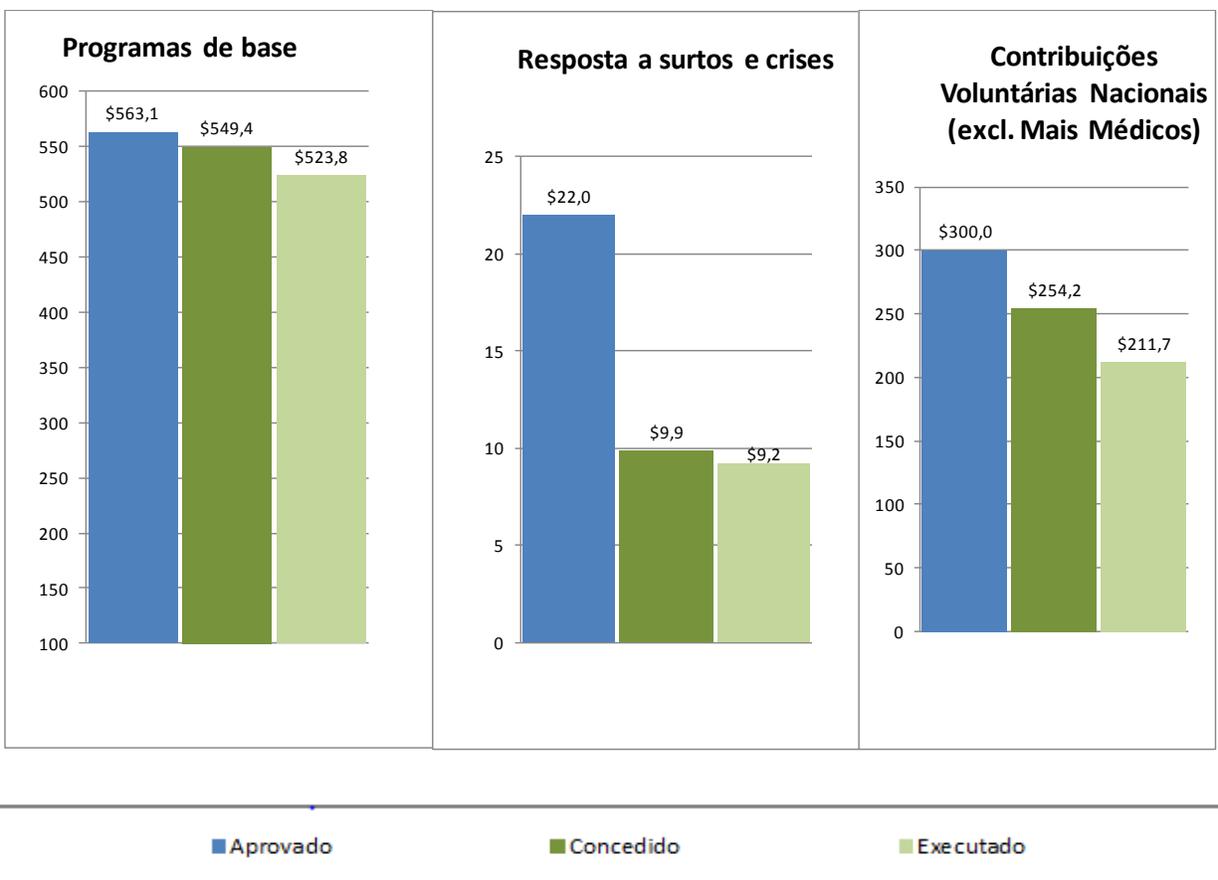
Resumo do orçamento: 2014-2015

174. O Programa e Orçamento aprovado para o biênio 2014-2015 foi US\$563,1 milhões⁷ para os Programas de Base, divididos em \$279,1 milhões (49,5%) do Orçamento Ordinário e \$284,0 milhões de contribuições voluntárias. O Programa e Orçamento aprovado também previa \$22 milhões para a Resposta a Surto e Crises (RSC) e \$300 milhões para as Contribuições Voluntárias Nacionais (CVN). O total de recursos necessários aprovados para o Programa e Orçamento 2014-2015 de todos os segmentos do orçamento equivalia a \$885,1 milhões.

175. Os recursos disponíveis para o biênio foram \$825,8 milhões, ou 93,3% de todos os segmentos. Isso exclui um adicional de \$1,15 bilhão em financiamento de CVN para o Programa Mais Médicos no Brasil, que não havia sido orçado no Programa e Orçamento 2014-2015. Conforme mostrado na Figura 9, o Programa e Orçamento para os Programas de Base, conforme atribuído, representou \$549,4 milhões, as CVN representaram \$254,2 milhões (excluindo o Mais Médicos) e a RSC respondeu por \$9,9 milhões.

⁷ Salvo indicação em contrário, todos os valores monetários neste relatório são expressos em dólares dos Estados Unidos.

Figura 9: Total do Financiamento do Programa e Orçamento por Segmento, 2014-2015 (milhões de US\$)



176. A execução orçamentária global dos recursos disponíveis em todos os segmentos foi de 95,3% (\$1,8 bilhão de \$1,9 bilhão, incluído o Programa Mais Médicos. A execução separada por segmentos foi a seguinte:

- Programas de Base: 95,3% (\$523,8 de \$549,4 milhões);
- RSC: 93,8% (\$9,2 milhões de \$9,9 milhões);
- CVN: 83,3% (\$211,7 milhões de \$254,2 milhões), com a exclusão do Programa Mais Médicos;
- A taxa de execução do Programa Mais Médicos foi 99% (ou seja, \$1,15 bilhão de \$1,16 bilhão);

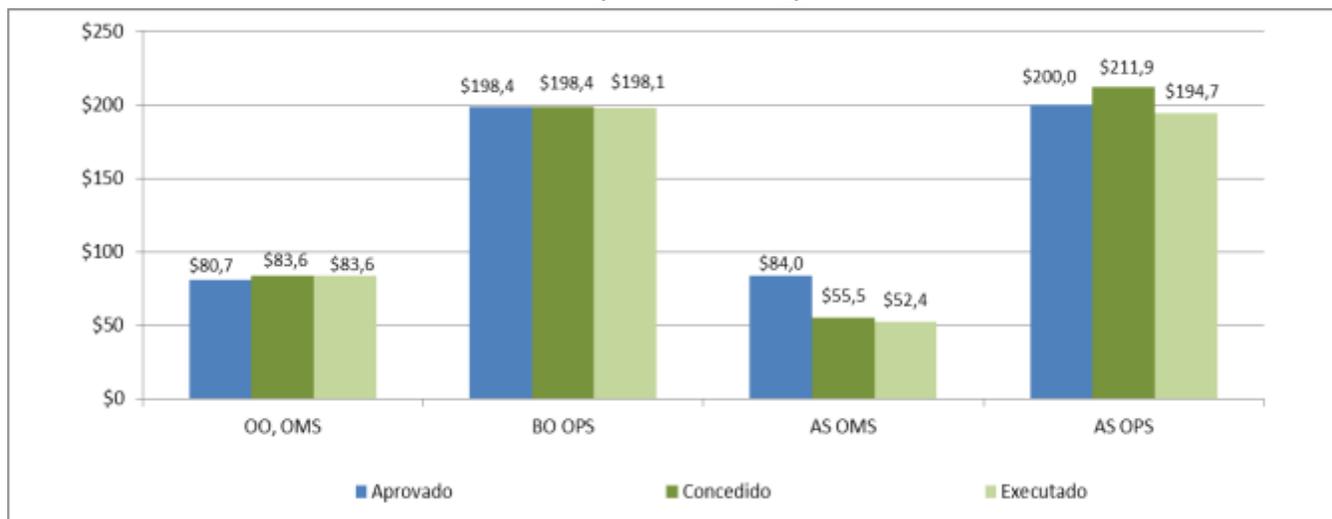
177. Em comparação com o biênio anterior, mais recursos estiveram disponíveis para os Programas de Base em 2014-2015, tanto em termos absolutos (\$549,4 milhões contra \$525 milhões) como em termos relativos (97,6% contra 86,0%).

178. A análise de cada segmento do orçamento é apresentada nas seções a seguir.

A) *Segmento dos Programas de Base*

179. O orçamento aprovado para o segmento dos Programas de Base foi \$563,1 milhões, uma diminuição de cerca de \$50 milhões em relação ao nível de 2012-2013 (\$613,0 milhões). Essa redução foi resultado de uma tendência de queda nas contribuições diretas dos doadores à OPAS e das contribuições voluntárias para a Região das Américas da OMS (AMRO). Isso foi resultado dos efeitos prolongados da crise financeira e do encolhimento dos orçamentos públicos para a saúde e assistência ao desenvolvimento, assim como do número crescente de países de média renda na Região para os quais a assistência é direcionada com menos frequência. A proporção da AMRO na conta geral do orçamento da OPAS é 30%, conforme indicado na Figura 10, que também mostra o financiamento e a execução em comparação com o orçamento por fonte.

Figura 10: Resumo do Orçamento por Fonte, 2014-2015
(milhões de US\$)



180. O total da execução do orçamento dos Programas de Base foi 95,3% do Programa e Orçamento aprovado (\$523,8 milhões contra \$549,4 milhões). Os recursos do Orçamento Ordinário da OPAS e da OMS foram plenamente executados, ao passo que a execução dos recursos de Outras Fontes (inclusive as contribuições voluntárias e as sobras de 2012-2013) foi 92%. A maioria dos recursos não executados das contribuições voluntárias é transferida para o biênio 2016-2017.

181. Os recursos do Orçamento Ordinário são alocados aos níveis funcionais de acordo com a Política do Orçamento da OPAS (Documento CSP28/7 [2012]), que tem uma Avaliação Provisória que está sendo apresentada ao 158º Comitê Executivo (Documento CE158/12 [2016]). A Política do Orçamento da OPAS prescreve a seguinte distribuição:

- a) Nacional (mínimo de 40%): representa os recursos concedidos diretamente às PWR para cooperação técnica no nível nacional.
- b) Internacional (18%): representa os recursos para apoiar a cooperação técnica descentralizada e programas envolvendo vários países.
- c) Sub-regional (7%): recursos alocados às entidades sub-regionais do Caribe, América Central e América do Sul para cooperação técnica em assuntos de saúde com países dentro de cada sub-região. Os programas de cooperação técnica no nível sub-regional apoiam países individuais ou grupos de países rumo à consecução das metas de desenvolvimento da saúde dentro da estrutura dos mandatos e compromissos da Organização.
- d) Regional (35%): recursos para liderar, coordenar e apoiar a cooperação técnica em toda a Região, inclusive as funções institucionais e facilitadoras.

182. As alocações nacionais, internacionais e sub-regionais representam 65% do total do Orçamento Ordinário e representam o apoio direto para cooperação técnica oferecida aos países.

183. A Tabela 2 mostra a decomposição da alocação do Orçamento Ordinário e a execução nos níveis funcionais em relação à Política do Orçamento. O nível nacional recebeu ligeiramente mais do que a Política do Orçamento prescreve, ao passo que o nível regional recebeu um pouco menos.

Tabela 2: Resumo do Orçamento Ordinário por Nível Funcional, 2014-2015
(milhões de US\$)

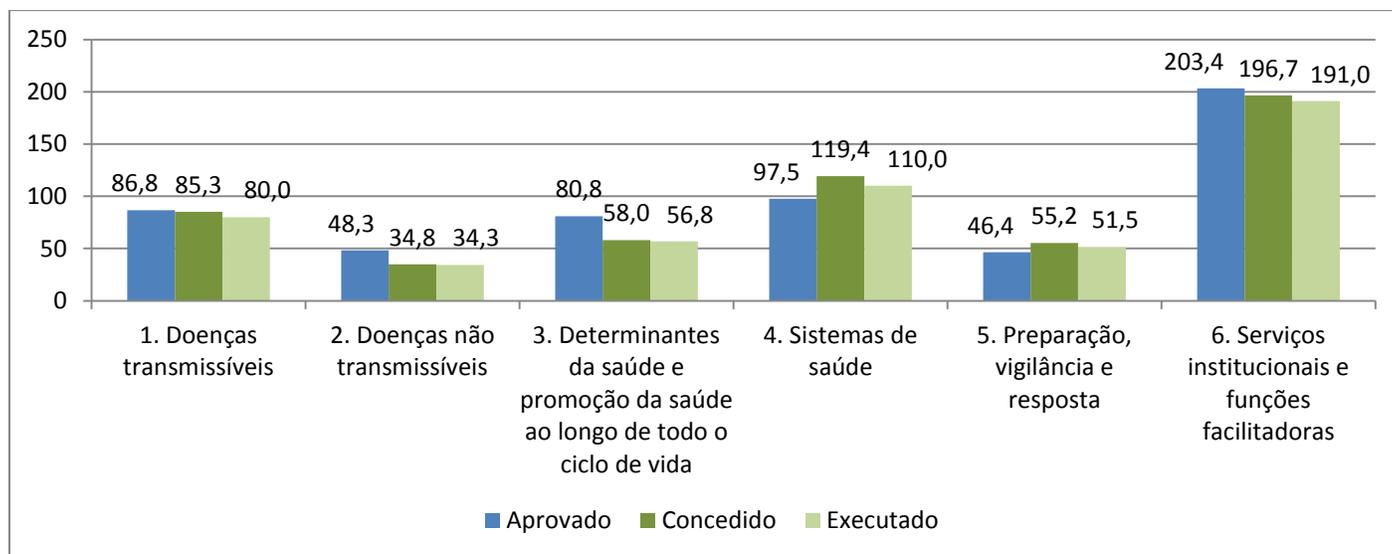
Nível funcional	Alocação da Política do Orçamento	Política do Orçamento (%)	Alocação efetiva	Alocação efetiva (%)	Aumento líquido (diminuição líquida)
Nacional	109,6	40	113,0	41	3,4
Internacional	49,3	18	50,0	18	0,7
Sub-regional	19,2	7	20,0	7	0,8
Regional	95,9	35	94,0	34	(1,9)
Subtotal	274,1	100	277,0	100	2,9
Seguro-saúde dos aposentados	5,0		5,0		0
Total geral	279,1		282,0		2,9

184. Conforme mencionado acima, o equivalente a 97,6% do Programa e Orçamento 2014-2015 foi financiado, perfazendo \$549,4 milhões. A distribuição dos recursos disponíveis e a execução por categoria é mostrada na Figura 11, abaixo. O nível de financiamento de todas as categorias foi igual ou superior a 70% em relação ao orçamento aprovado e as Categorias 4 e 5 receberam mais recursos do que seus níveis aprovados no orçamento (\$119,4 e \$55,2 milhões frente a orçamentos aprovados de \$97,5 e \$46,4 milhões, respectivamente). Em grande parte,

isso se deve ao recebimento de recursos vinculados destinados a programas nessas categorias e de recursos adicionais para a preparação contra emergências e desastres em resposta ao surto de Ebola.

185. A Categoria 1 foi financiada quase inteiramente. Entretanto, as Categorias 2 e 3 apresentaram um grave subfinanciamento, tendo recebido apenas 72% dos seus orçamentos aprovados (\$34,8 milhões/\$48,3 milhões e \$58,0 milhões/\$80,8 milhões, respectivamente). Segundo a priorização programática no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, essas duas categorias contêm áreas programáticas de alta prioridade do Nível 1 — por exemplo, 3.1 (saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto) e 2.1 (doenças não transmissíveis e fatores de risco). Nessas áreas, a obtenção dos resultados esperados foi dificultada pelas limitações de recursos, conforme discutido em outra parte deste relatório. A Categoria 6, que abrange o custo da presença central e liderança da OPAS nos países, foi financiada em 97% (\$196,7 milhões/\$203,4 milhões).

**Figura 11: Resumo do Orçamento por Categoria 2014-2015
(milhões de US\$)**



186. A execução dos recursos concedidos superou 90% nas seis categorias e foi mais elevada na Categoria 2 (99%), Categoria 3 (98%) e Categoria 6 (97%). Entretanto, a execução em comparação com o Programa e Orçamento aprovado foi mais alta na Categoria 4 (113%) e Categoria 5 (111%). Os relatórios sobre as categorias encontrados no Anexo A fornecem informações detalhadas do orçamento.

187. Vinte e três áreas programáticas (19 técnicas e quatro facilitadoras) de 29 (o total excluindo a área programática 5.5) tiveram 75% ou mais do seu Programa e Orçamentos aprovados financiados, o que satisfaz o indicador para o resultado imediato 6.3.2 com respeito ao alinhamento dos recursos com as prioridades da Organização. Entretanto, houve uma grande variabilidade no financiamento em comparação com o orçamento por área programática,

conforme mostrado na Tabela 3. Embora algumas das áreas subfinanciadas do programa fossem prioridades emergentes (por exemplo, as DNTs), elas ainda não são metas estabelecidas para investimento pelos doadores, uma deficiência que será abordada na Estratégia de Mobilização de Recursos da OPAS. Em outros casos, áreas programáticas tiveram um orçamento acima do necessário — por exemplo, a área programática 6.3, o que foi corrigido no Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017.

Tabela 3: Resumo do Orçamento por Categoria e Área Programática 2014-2015
(milhões de US\$)

Categoria	P&O aprovado	Concedido	Execução orçamentária	Concedido como% do P&O aprovado	Executado como% do concedido	Executado como% do P&O aprovado
Categoria 1 – Doenças transmissíveis	86,8	85,3	80,0	98	94	92
1.1 Infecção pelo HIV/AIDS e ISTs	15,7	12,7	11,9	80	94	75
1.2 Tuberculose	3,9	6,7	6,5	174	97	169
1.3 Malária e outras doenças transmitidas por vetores (inclusive a dengue e a Doença de Chagas)	7,5	11,4	11,0	151	97	146
1.4 Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas	11,5	14,5	12,9	126	89	112
1.5 Doenças imunopreveníveis (inclusive a manutenção da erradicação da poliomielite)	48,2	40,1	37,7	83	94	78
2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco	48,3	34,8	34,3	72	99	71
2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco	20,9	17,9	17,7	86	99	84
2.2 Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas	3,3	3,0	3,0	93	100	93
2.3 Violência e traumatismos	7,6	4,2	4,1	55	99	54
2.4 Deficiências e	2,2	2,0	2,0	94	97	91

Categoria	P&O aprovado	Concedido	Execução orçamentária	Concedido como% do P&O aprovado	Executado como% do concedido	Executado como% do P&O aprovado
reabilitação						
2.5 Nutrição	14,3	7,7	7,5	54	98	53
3. Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida	80,8	58,0	56,8	72	98	70
3.1 Saúde da mulher, da mãe, do recém- nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva	42,7	27,0	26,2	63	97	61
3.2 Envelhecimento e saúde	1,7	1,6	1,6	96	100	96
3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e etnia	8,6	5,8	5,8	68	99	67
3.4 Determinantes sociais da saúde	11,6	11,8	11,7	102	99	101
3.5 Saúde e meio ambiente	16,2	11,7	11,6	72	99	71
4. Sistemas de saúde	97,5	119,4	110,0	123	92	113
4.1 Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde	11,9	12,8	12,4	107	97	104
4.2 Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade	13,6	17,4	17,2	128	99	127
4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora	22,9	25,7	22,8	112	89	100
4.4 Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde	32,9	30,5	28,6	93	94	87
4.5 Recursos humanos em saúde	16,2	16,9	13,4	104	79	83
PALTEX	–	16,1	15,5	–	96	–

Categoria	P&O aprovado	Concedido	Execução orçamentária	Concedido como% do P&O aprovado	Executado como% do concedido	Executado como% do P&O aprovado
5. Preparação, vigilância e resposta	46,4	55,2	51,5	119	93	111
5.1 Capacidades de alerta e resposta	9,9	10,5	9,8	107	93	99
5.2 Doenças epidêmicas e pandêmicas	8,0	9,7	9,1	121	94	113
5.3 Gerenciamento de emergências, riscos e crises	19,0	21,0	19,7	111	94	104
5.4 Inocuidade dos alimentos	9,5	14,0	12,9	147	93	136
Subtotal (Categorias 1 a 5)	359,7	352,7	332,8	98	94	93
6. Serviços institucionais e funções facilitadoras	203,4	196,7	191,0	97	97	94
6.1 Liderança e governança	58,5	61,8	60,4	106	98	103
6.2 Transparência, prestação de contas e gestão de riscos	4,9	4,7	4,6	96	99	96
6.3 Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios	49,5	25,9	25,4	52	98	51
6.4 Gestão e administração	77,4	92,9	89,2	120	96	115
6.5 Comunicação estratégica	13,1	11,4	11,4	87	100	88
Total geral	563,10	549,40	523,78	97,6	95,3	93

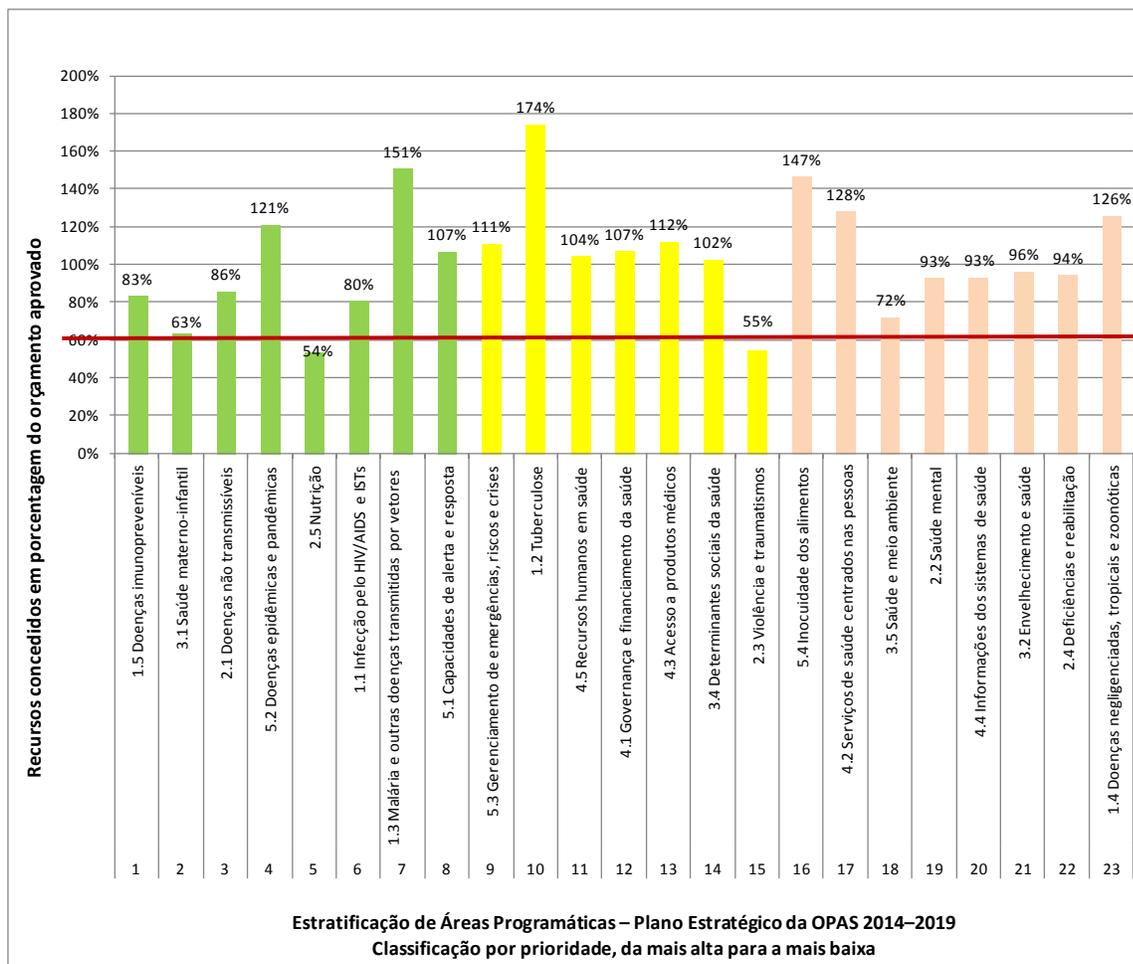
Análise comparativa entre a alocação de recursos e a priorização das áreas programáticas

188. O Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 classificou as áreas programáticas de acordo com a prioridade dos programas (excluindo as áreas programáticas relacionadas com os temas transversais e as funções facilitadoras) no intuito de orientar a mobilização e alocação de recursos durante a implementação.

189. A Figura 12 mostra 23 áreas programáticas classificadas em três níveis prioritários, conforme aprovadas no Plano Estratégico: *a*) Nível 1 ou alto (à esquerda, em verde), *b*) Nível 2 ou médio (no centro, em amarelo), e *c*) Nível 3 ou baixo (à direita, em cor salmão). Também

mostra o nível do financiamento de cada área programática como porcentagem do orçamento aprovado no Programa e Orçamento 2014-2015. A barra vermelha fixada em 75% representa o nível mínimo do financiamento projetado para cada área programática.

Figura 12: Hierarquização Prioritária Programática vs. Alocação de Recursos, 2014-2015



190. De acordo com a metodologia de estratificação das prioridades programáticas, poderia se esperar que todas as áreas programáticas do Nível 1 (destacadas em verde) teriam recebido pelo menos 75% dos seus orçamentos aprovados. Entretanto, isso ocorreu somente com seis das oito, e apenas três das oito receberam o financiamento total ou mais. Isso talvez se deva ao estabelecimento de um orçamento acima do necessário ou à incapacidade dos programas prioritários (sobretudo os DNTs) de atrair financiamento de doadores. Outras causas do subfinanciamento ou financiamento desalinhado em relação às prioridades são *a)* o montante limitado de recursos flexíveis não vinculados que poderiam ser usados para cobrir déficits e *b)* a realidade de que 75% dos recursos do Orçamento Ordinário estão vinculados a postos com contrato por prazo determinado, que não são transferidos facilmente nem redirecionados para diferentes categorias ou áreas programáticas, dada a natureza técnica específica de programas

desses postos. Outro ponto a ser considerado é que as áreas programáticas não são mutuamente excludentes: por exemplo, as áreas programáticas transversais, como os sistemas de saúde, contribuem para o trabalho em outras áreas técnicas do programa.

191. Embora o nível de financiamento seja importante para permitir à RSPA responder melhor à demanda por cooperação técnica em todas as áreas programáticas, o nível da execução programática não depende exclusivamente da disponibilidade de recursos financeiros dentro da RSPA. As prioridades dos Estados Membros e parceiros, refletidas na forma como investem os recursos e na sua colaboração política, estratégica e técnica, fazem uma grande diferença na obtenção dos resultados em cada uma das áreas programáticas e categorias.

192. A adoção de um orçamento integrado pela OPAS a partir de 2016-2017, que já não prescreve com antecedência, como parte da resolução sobre como e onde alocar o Orçamento Ordinário, facilitará a alocação estratégica dos recursos mais flexíveis para prioridades com déficits de financiamento.

Mobilização de recursos e análise dos déficits de financiamento

193. O Programa e Orçamento 2014-2015 aprovado estava 97,6% financiado (\$549,4 milhões) no fim do biênio. Conforme indicado na Tabela 4, havia um déficit de financiamento de \$171,4 milhões no início do biênio, mas ele foi coberto em grande parte até o fim do biênio, sobretudo por meio da mobilização de mais de \$120 milhões em novas contribuições voluntárias da OPAS/OMS.

**Tabela 4: Situação do Déficit de Financiamento por Biênio, 2014-2015
(milhões de US\$)**

Tipo de financiamento	P&O 2014-2015	
	Início do biênio	Fim do biênio
Programa e Orçamento aprovado	563,1	563,1
Orçamento Ordinário	279,1	282,0
Outras Fontes – (como contribuições voluntárias e saldo remanescente do ano anterior)	112,6	267,7
Déficit de financiamento	171,4	13,7

194. A Tabela 5 mostra os 10 principais doadores da OPAS em 2014-2015 e as categorias que eles apoiaram. Juntos, os 10 principais doadores forneceram metade do total das contribuições voluntárias à OPAS do período 2014-2015 e 11% do orçamento aprovado para os Programas de Base. Desses 10, seis (CDC, USAID, CE, Global Affairs Canada, PNUD e Espanha)

contribuíram com mais de \$5 milhões, cada um, do Programa e Orçamento da OPAS para os Programas de Base durante o biênio.

Tabela 5: Dez Maiores Doadores da OPAS em 2014-2015, por categoria

Doador	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Categoria financiada					
		1: Doenças transmissíveis	2: Doenças não transmissíveis	3: Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida	4: Sistemas de saúde	5: Preparação, vigilância e resposta	6: Serviços institucionais e funções facilitadoras
Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC)	13,8	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID)	12,3	✓		✓	✓	✓	
Comissão Europeia (CE)	6,9	✓	✓	✓		✓	
Global Affairs Canada	6,3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)	6,1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Governo da Espanha	5,7		✓	✓	✓	✓	✓
Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (GAVI)	3,7	✓			✓		
Governo do Reino Unido (Departamento para o Desenvolvimento Internacional, DFID)	2,3					✓	

Doador	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Categoria financiada					
		1: Doenças transmissíveis	2: Doenças não transmissíveis	3: Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida	4: Sistemas de saúde	5: Preparação, vigilância e resposta	6: Serviços institucionais e funções facilitadoras
Governo da Noruega (Agência Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento, Norad)	1,7	✓		✓	✓		
Fundação Bill e Melinda Gates	1,5	✓			✓		

195. Dos 10 principais doadores, dois forneceram financiamento para as seis categorias do Programa e Orçamento. Por categoria, oito dos 10 doadores forneceram financiamento para as Categorias 1 e 4. Os demais doadores financiaram, em média, de duas a cinco categorias. A OPAS acolhe a contribuição dos parceiros, mas todo financiamento aceito por ela deve estar alinhado com as prioridades do Programa e Orçamento aprovadas pelos Estados Membros.

196. Mais detalhes sobre os desafios na mobilização de recursos por categoria e área programática constam dos relatórios sobre as categorias no Anexo A.

B) Segmento da resposta a surtos e crises

197. Durante o biênio, um total de \$9,9 milhões foi disponibilizado para este segmento, contra uma estimativa de \$22 milhões apresentada no Programa e Orçamento 2014-2015. Embora \$22 milhões tenham sido aprovados para o segmento da Resposta a Surtos e Crises do Programa e Orçamento, o montante efetivamente necessário depende da escala e gravidade das emergências e surtos que ocorrem e, portanto, não pode ser projetado com muita precisão. Embora a alocação tenha sido de 45% dos recursos necessários aprovados, ela representou toda a necessidade da Região das Américas em 2014-2015, e 93% dos fundos deste segmento foram executados.

C) Segmento das contribuições voluntárias nacionais

198. Durante o período 2014-2015, foi disponibilizado um total de \$254,2 milhões em Contribuições Voluntárias Nacionais para implementar os programas de cooperação técnica nacionais. Isso supera a montante das contribuições fixas dos Estados Membros para os programas regionais da OPAS (US\$ 192 milhões). Os principais responsáveis pelas CVN durante esse período são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6: Financiamento das Contribuições Voluntárias Nacionais por País, 2014-2015

Doador	Recursos concedidos (milhões de US\$)	% das CVN
Governo do Brasil	217,50	85,57
Governo da Colômbia	19,04	7,62
Fundo de Saúde do Distrito Financeiro	0,33	
Governo da Argentina	5,52	2,17
Governo do México	2,35	0,93
Governo do Panamá	0,71	0,28
Governo do Peru	0,68	0,27
Governo da Costa Rica	0,66	0,26
Governo do Equador	0,56	0,22
Governo de Honduras	0,52	0,20
Governo das Bahamas	0,41	0,16
Governo da Guatemala	0,18	0,07
Governo do Uruguai	0,18	0,07
Governo de Belize	0,17	0,07
Governo da Venezuela	0,12	0,05
Governo de El Salvador	0,03	0,01
Outros contribuintes	5,21	2,05
Total geral	254,16	100
Mais Médicos (Brasil)	1.163,00	
CVN totais 2014-2015	1.417,16	

199. O montante das CVN teve um aumento de 150% em comparação com o biênio anterior (de \$329,6 milhões em 2010–2011 para \$565,5 milhões em 2012–2013 e \$1.417,2 milhões em 2014-2015). O Governo do Brasil continuou a ser o maior contribuinte nesta modalidade de financiamento para a cooperação técnica no país, fornecendo 85,5% das Contribuições

Voluntárias Nacionais (excluindo o Programa Mais Médicos). Os governos da Colômbia e Argentina vieram em seguida como as maiores fontes de CVN.

200. O Programa Mais Médicos por si só respondeu por 357% do nível das Contribuições Voluntárias Nacionais (de todas as outras fontes) recebidas no biênio 2014-2015. Além disso, outras Contribuições Voluntárias Nacionais do Brasil representaram 85,5% do total de CVN recebidas (excluindo o Mais Médicos) no biênio 2014-2015.

VII. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

201. A avaliação do Programa e Orçamento 2014-2015 mostra que a Organização obteve avanços constantes rumo à consecução das metas do Plano Estratégico para 2019, com 90% dos indicadores dos resultados intermediários no rumo certo e mais de 97% do Programa e Orçamento financiado e executado. O progresso até o momento é fruto da estreita colaboração entre países e territórios com apoio da RSPA e dos parceiros no âmbito nacional, sub-regional e regional.

202. Conforme documentado na avaliação das categorias e áreas programáticas, avanços significativos foram obtidos na melhoria da saúde e do bem-estar em toda a Região. Entre as conquistas fundamentais no nível do impacto, destacam-se a validação da eliminação da transmissão materno-fetal do HIV e da sífilis congênita em Cuba; a declaração da eliminação da transmissão endêmica da rubéola e da síndrome da rubéola congênita na Região das Américas; a comprovação da eliminação da oncocercose no Equador e no México; a redução da mortalidade e morbidade relacionadas com a malária e a dengue; a queda do tabagismo; o cumprimento a meta do ODM 4, com uma redução geral da taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos de 69% entre 1990 e 2015; quedas da taxa de mortalidade materna e da taxa de fecundidade em adolescentes; a melhoria dos resultados de saúde por meio da ampliação da cobertura e acesso a serviços de saúde e o fortalecimento da preparação e capacidade nacionais e regionais para responder a questões em curso e emergentes.

203. Contudo, desafios e lacunas importantes ainda existem em certas áreas, como as doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, a saúde materna, o financiamento para a saúde, a manutenção e fortalecimento das capacidades básicas de resposta a emergências e crises, e o aumento da resiliência dos sistemas de saúde. A Organização, ou seja, tanto os Estados Membros como a RSPA, em colaboração com os parceiros em toda a Região e fora dela, precisará encontrar estratégias para fazer face a esses desafios. Além disso, será preciso continuar a promover e investir os recursos necessários para manter as questões de saúde pública no topo das agendas política e de desenvolvimento. Os ODS constituem uma excelente oportunidade para dar mais destaque ao trabalho da Organização.

204. As lições extraídas da avaliação de cada categoria neste relatório constituem uma valiosa oportunidade para refletir sobre os sucessos e fracassos, replicar as intervenções bem-sucedidas e evitar a repetição de erros.

205. A Organização precisa continuar a melhorar e promover modelos bem-sucedidos para um enfoque integrado para a cooperação técnica a fim de otimizar os recursos e maximizar impactos ao abordar as prioridades de saúde pública e as necessidades dos países. Promover as experiências exitosas por meio da colaboração interprogramática, intersetorial e entre países e explorar novas modalidades de cooperação técnica serão ações cruciais para ampliar o alcance e aumentar a eficácia da cooperação técnica da OPAS. Nesse sentido, RSPA estabeleceu mecanismos e recursos para facilitar a elaboração e implementação de projetos interprogramáticos e interfuncionais. A Organização também tem que assegurar que seus programas estejam adaptados e respondam às situações e necessidades dos Estados Membros, ao

mesmo tempo em que zela para que agreguem valor de acordo com as funções centrais da Organização e os princípios de equidade e pan-americanismo.

206. Embora mais de 97% do Programa e Orçamento 2014-2015 tenha sido financiado, certas áreas programáticas prioritárias não atingiram o nível mínimo de financiamento projetado (75% do orçamento aprovado). A RSPA deve tirar partido de um orçamento integrado e de um enfoque programático para a mobilização de recursos a fim de alocar estrategicamente os recursos flexíveis para os programas e prioridades subfinanciados, como os da Categoria 2 (Doenças não transmissíveis e fatores de risco) e da Categoria 3 (Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida). A Organização deve continuar a expandir e aprofundar suas fontes externas de apoio tanto ao Programa e Orçamento como ao Plano Estratégico, sobretudo para os programas que foram menos atraentes para os doadores.

207. Com a adoção da metodologia conjunta de avaliação, a Organização fez avanços significativos rumo a uma consolidação ainda maior da GBR em estreita colaboração com os Estados Membros. Esse progresso foi possível em decorrência do compromisso e envolvimento de todos os países e territórios da Região, da Direção Executiva da RSPA, e do pessoal em todos os níveis da RSPA. Igualmente importante foi o desenvolvimento de processos e ferramentas para facilitar a implementação da metodologia, inclusive o SMPE.

208. Apesar do amplo trabalho feito com os Estados Membros na elaboração do compêndio dos indicadores, ao refletir sobre alguns dos desafios manifestados pelos Estados Membros com respeito à interpretação dos indicadores durante a avaliação, ficou evidente que era necessária uma melhoria contínua para aumentar a qualidade e a precisão dos indicadores. Com as lições extraídas desta avaliação, a RSPA continuará aprimorar as definições e os parâmetros dos indicadores com vistas ao Programa e Orçamento 2016-17 e consultará o SPAG conforme necessário. Algumas mudanças já foram propostas no Anexo D deste documento. Os recém-aprovados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável também serão tomados como referência na elaboração dos futuros programas e orçamentos.

209. Contudo, é óbvio que a metodologia conjunta de avaliação é robusta para efetivamente demonstrar o progresso rumo ao cumprimento dos indicadores dos resultados imediatos e intermediários. Um desafio fundamental é assegurar a aplicação uniforme da metodologia nas avaliações futuras.

210. Um fator que contribuiu para que alguns resultados imediatos e intermediários não fossem obtidos foram as metas pouco realistas para o período de planejamento, estabelecidas sem a devida consideração de desafios específicos em alguns países ou a necessidade de ação multissetorial. Com vistas a 2016-2017 e aos anos seguintes, a Organização precisa adotar um enfoque equilibrado ao fixar objetivos para assegurar que as metas sejam razoavelmente alcançáveis, porém altas o suficiente para motivar medidas tendentes às mudanças necessárias no nível dos resultados imediatos e do impacto durante o período de planejamento. A OPAS trabalhará com os Estados Membros na formulação de ações intersectoriais para enfrentar problemas que exijam a colaboração de múltiplos agentes e setores.

211. Embora tenha sido obtido um progresso notável na qualidade das informações e da prestação de contas, existem áreas cruciais (como saúde materna, doenças crônicas e fatores de risco, saúde mental, violência e traumatismos, deficiências e reabilitação, e acesso a serviços de saúde) em que dados atualizados e confiáveis limitados estão à disposição para medir o progresso rumo ao cumprimento dos indicadores de impacto. As limitações dos dados constituíram um desafio para definir as linhas de base para os indicadores e, assim, afetaram o processo de monitoramento e avaliação.

212. Aproveitando a experiência positiva do processo interno de monitoramento e avaliação do desempenho que fortaleceu a implementação do plano de trabalho, deve-se considerar um seguimento contínuo do progresso rumo à obtenção dos resultados imediatos e intermediários a fim de identificar desafios e fazer ajustes oportunos durante a execução. Nesse sentido, o uso de marcos poderia ser considerado um enfoque eficaz e prático para monitorar o progresso provisório durante o biênio.

213. A OPAS obteve êxito ao ser a pioneira na avaliação conjunta com os Estados Membros e apresentou resultados válidos apesar dos desafios em termos de logística, cronograma e dados. Em vista dessa experiência e da responsabilidade e compromisso conjuntos dos Estados Membros e da RSPA para a obtenção dos resultados, o processo conjunto de monitoramento e avaliação dos indicadores será incorporado às futuras avaliações de desempenho. Com vistas ao futuro, as lições programáticas extraídas decorrentes da avaliação conjunta embasarão a concepção e execução das atividades de cooperação técnica.

214. No espírito de uma Organização de aprendizagem e da promoção das melhores práticas, o processo de avaliação conjunta e seus resultados serão documentados e difundidos em âmbito nacional, sub-regional, regional e mundial para aumentar ainda mais a prestação de contas, a gestão baseada em resultados e a colaboração com os Estados Membros.

Ação pelo Conselho Diretor

215. O Conselho Diretor é convidado a tomar nota do Relatório Preliminar da Avaliação de Fim de Biênio do Programa e Orçamento 2014-2015/Primeiro Relatório Provisório sobre o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e fazer suas observações a respeito.

Anexos

Anexo A: Relatórios das Categorias

Avaliação de Fim de Biênio de 2014-2015

Relatório da Categoria 1

CATEGORIA 1: DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS				CLASSIFICAÇÃO GERAL DA AVALIAÇÃO DA CATEGORIA ¹ Cumpriu parcialmente as expectativas			
RESUMO DA CATEGORIA PROGRAMÁTICA E ORÇAMENTO							
Tabela 1. Resumo Programático e Orçamentário da Categoria 1							
Área programática	Orçamento aprovado (P&O 14–15) (milhões de US\$)	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos para o P&O (%)	Execução orçamentária em relação ao P&O (%)	Execução orçamentária em relação aos recursos concedidos (%)	Classificação dos indicadores dos resultados imediatos	Situação dos indicadores dos resultados intermediários
1.1 Infecção pelo HIV/AIDS e ISTs	15,73	12,65	80,4	75,3	93,7	2/4 alcançados, 2/4 parcialmente alcançados	3/3 em curso
1.2 Tuberculose	3,86	6,74	174,4	169,1	96,9	1/3 alcançado, 2/3 parcialmente alcançados	2/3 em curso, 1/3 nenhum progresso
1.3 Malária e outras doenças transmitidas por vetores (inclusive a dengue e a Doença de Chagas)	7,54	11,37	150,7	146,1	96,9	3/5 alcançados, 2/5 parcialmente alcançados	1/4 alcançado, 3/4 em curso

¹ As classificações da avaliação da categoria como um todo e das áreas programáticas/dos resultados intermediários são determinadas, respectivamente pelos facilitadores das categorias e das áreas programáticas da OPAS, levando em consideração a execução programática e orçamentária, a análise dos recursos (humanos e financeiros) e os riscos operacionais e programáticos. As classificações são definidas do seguinte modo:

- **Cumpriu as expectativas** (verde): foram alcançados de 90% a 100% dos resultados para o período da avaliação. O progresso está no rumo certo, conforme planejado; não se prevêem impedimentos nem riscos que afetem a obtenção dos resultados.
- **Cumpriu parcialmente as expectativas** (amarelo): foram alcançados de 75% a 89,9% dos resultados para o período da avaliação. O progresso talvez corra riscos e são necessárias medidas para superar atrasos, impedimentos e riscos.
- **Progresso insuficiente** (vermelho): foram alcançados menos de 75% dos resultados para o período da avaliação. O progresso corre riscos devido a impedimentos ou riscos que poderiam impedir a obtenção dos resultados. São necessárias medidas corretivas de imediato.

Área programática	Orçamento aprovado (P&O 14–15) (milhões de US\$)	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos para o P&O (%)	Execução orçamentária em relação ao P&O (%)	Execução orçamentária em relação aos recursos concedidos (%)	Classificação dos indicadores dos resultados imediatos	Situação dos indicadores dos resultados intermediários
1.4 Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas	11,48	14,46	126,0	112,2	89,1	2/5 alcançados, 3/5 parcialmente alcançados	8/8 em curso
1.5 Doenças imunopreveníveis (inclusive a manutenção da erradicação da poliomielite).	48,19	40,09	83,2	78,3	94,1	4/6 alcançados, 2/6 parcialmente alcançados	1/4 alcançado, 2/4 em curso, 1/4 nenhum progresso
TOTAL	86,81	85,32	98,3	92,2	93,8	12/23 alcançados, 11/23 parcialmente alcançados	2/22 alcançados, 18/22 em curso, 2/22 nenhum progresso

Tabela 2. Categoria 1, Resumo do Orçamento por Nível Funcional

Nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por nível (%)	Gasto total (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
Nacional	28,50	33,40	27,30	95,8
Internacional	20,10	23,56	18,07	89,9
Sub-regional	4,17	4,88	3,96	95,0
Regional	32,55	38,15	30,68	94,2
TOTAL	85,32	100,00	80,01	93,8

ANÁLISE PROGRAMÁTICA DA CATEGORIA

Resumo da avaliação da categoria como um todo

Durante o biênio 2014-2015, a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) trabalhou para alcançar o objetivo maior da redução do ônus das doenças transmissíveis na Região, em colaboração com os Estados Membros e parceiros estratégicos. Conforme detalhado abaixo, foram obtidas conquistas fundamentais e se realizaram avanços importantes para ampliar o acesso a intervenções essenciais para a prevenção e tratamento do HIV e das infecções sexualmente transmissíveis (IST); melhorar o diagnóstico e tratamento da tuberculose (TB); aumentar a capacidade para a vigilância, prevenção, controle e/ou eliminação da malária e outras doenças transmitidas por vetores, bem como das doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas, por meio da implementação de planos e estratégias

abrangentes; e aumentar a cobertura da vacinação das populações e comunidades de difícil acesso e, ao mesmo tempo, manter os avanços obtidos até o momento no controle, erradicação e eliminação das doenças imunopreveníveis.

Com base em uma análise dos componentes programáticos e orçamentários da Categoria 1 e das suas respectivas áreas programáticas e levando em consideração a mitigação dos riscos operacionais e programáticos identificados, a avaliação é que as expectativas da Categoria foram cumpridas parcialmente durante o biênio 2014-2015.

Em termos gerais, a rede de áreas programáticas técnicas avaliou que 2/22 indicadores de resultados intermediários foram alcançados (9%), 18/22 indicadores de resultados intermediários estão em curso (82%) e 2/22 indicadores de resultados intermediários não obtiveram nenhum progresso (9%); e que 12/23 indicadores de resultados imediatos foram alcançados (52%) e 11/23 indicadores de resultados imediatos foram parcialmente alcançado (48%). No âmbito das áreas programáticas, 1/5 foi alcançada e 4/5 foram consideradas como se tivessem cumprido parcialmente as expectativas. A avaliação destacou o extraordinário progresso para a consecução dos indicadores, mas também sublinhou desafios importantes que precisarão ser resolvidos no próximo biênio.

Com base nas informações financeiras institucionais fornecidas acima, a Categoria 1 mobilizou mais de \$85 milhões durante 2014-2015 por meio de esforços conjuntos em todos os níveis funcionais da Organização. Em termos gerais, um total de 94% dos recursos concedidos foi executado até o fim de 2015, e 92% do financiamento foi executado em comparação com o orçamento aprovado. Numa desagregação por nível funcional, as porcentagens do financiamento concedido na Categoria 1 alocado no nível nacional, internacional, sub-regional e regional são, respectivamente, 33%, 24%, 5% e 38%. A execução do financiamento concedido foi muito alta nos níveis nacional (96%), internacional (90%), sub-regional (95%) e regional (94%) no fim de 2015.

Déficits de financiamento importantes existem nas áreas programáticas 1.1 e 1.5. Ademais, embora o financiamento concedido às áreas programáticas 1.2, 1.3 e 1.4 supere o orçamento aprovado, isso não deve ocultar o fato de que vários programas (por exemplo, dengue, Doença de Chagas, raiva/zoonose) necessitam de mais recursos para alcançar os resultados pretendidos. Além disso, podem ser extraídas algumas lições importantes com respeito às estimativas de custo planejadas inicialmente, o alinhamento com a priorização das áreas programáticas e a capacidade para mobilização de recursos quando uma análise mais profunda for feita sobre a execução em comparação com o Programa e Orçamento 2014-2015 (P&O 14-15) e o financiamento concedido.

Resumo programático por área do programa

1.1 Infecção pelo HIV/AIDS e ISTs

Resumo

As Américas continuaram a ser a região com a maior cobertura de terapia antirretroviral (TARV) em todo o mundo (46% de todas as pessoas que, segundo estimativas, vivem com o HIV). Em 2013 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou diretrizes atualizadas com um limiar de CD4 mais alto para o início da TARV, seguidas da recomendação de 2015 para “tratar todos” independentemente da contagem de linfócitos CD4. A Argentina, Brasil, Canadá, Estados Unidos e México já adotaram o enfoque que prevê o tratamento de todos, e a expectativa é que mais países atualizem suas diretrizes nacionais no próximo biênio. Com base nas estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS), no fim de 2014, os países com a cobertura mais elevada de adultos (15 anos ou mais) portadores de HIV pela TARV eram Cuba (70%), Chile (64%), Belize (55%), Costa Rica (54%) e Panamá (53%). Será um desafio alcançar uma cobertura de 80% da TARV em 22 países até 2019. Contudo, o acesso aos medicamentos antirretrovirais (ARV) a preços mais baixos tem crescido graças às compras conjuntas por meio

do Fundo Estratégico da OPAS e dos mecanismos de compras do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária (o Fundo Global), um componente fundamental da cooperação técnica da OPAS com os países. Além disso, segundo a atualização de 2015 da eliminação da transmissão materno-fetal (ETMF) do HIV e sífilis congênita nas Américas, usando dados informados pelos países ao Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) da UNAIDS e OMS, 11 países e territórios informaram cobertura superior a 95% do tratamento profilático do HIV para prevenção da transmissão materno-fetal do HIV e 14 países e territórios informaram cobertura de pelo menos 95% do tratamento de sífilis em gestantes. Isso demonstra o progresso rumo à consecução das metas de 24 e 22 países nos indicadores de resultado 1.1.2 (tratamento profilático do HIV para a TMF) e 1.1.3 (tratamento da sífilis em gestantes), respectivamente.

No que se refere aos indicadores dos resultados imediatos de 2014-2015, os países conseguiram avanços importantes na adoção das estratégias e diretrizes nacionais adaptadas às recomendações mundiais e regionais. Destacam-se a adoção dos quatro carros-chefe do Plano Estratégico Regional da OPAS para HIV/AIDS e IST, 2006–2015 dentro das suas estratégias nacionais e o alinhamento das diretrizes nacionais com as diretrizes de 2013 da OMS para o uso da TARV para o tratamento e prevenção da infecção pelo HIV. Além disso, o consenso regional sobre as metas mundiais 90-90-90 de tratamento e prevenção do HIV foi alcançado por meio de dois fóruns regionais, o que resultou na atualização das metas nacionais.

Avanços

- Um avanço fundamental durante o biênio foi a validação da ETMF do HIV e sífilis congênita em Cuba. Após uma missão de validação em março de 2015 e um processo apoiado por OPAS/OMS, o Ministério da Saúde de Cuba, e outros parceiros regionais, confirmou a certificação no dia 24 de junho de 2015. Um relatório de progresso sobre a ETMF do HIV e sífilis congênita nas Américas, publicado em dezembro de 2015, revelou que 16 países e territórios das Américas informavam dados compatíveis com a consecução da meta da eliminação dupla (Anguilla, Antígua e Barbuda, Barbados, Bermudas, Canadá, Chile, Cuba, Dominica, Estados Unidos, Ilhas Cayman, Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat, Porto Rico, Saba, São Cristóvão e Névis, e Turks e Caicos). As validações nas Bahamas, Barbados, países da Organização de Estados do Caribe Oriental (OECS) e territórios do Reino Unido no Caribe foram incluídas no plano de ETMF para 2016.
- Outros avanços foram a aprovação das novas metas regionais 90-90-90 para o tratamento e a prevenção do HIV e o fim do estigma/discriminação, alcançados neste biênio por meio de duas conferências regionais na Cidade do México (maio de 2014) e no Rio de Janeiro (agosto de 2015). Setenta e cinco por cento dos países incorporaram, ou estão em vias de incorporar as metas 90-90-90 para o tratamento e prevenção do HIV nos seus planos estratégicos nacionais.
- O primeiro *Plano de ação para a prevenção e controle das hepatites virais* foi aprovado pelos Órgãos Diretores durante o 54º Conselho Diretor da OPAS, mostrando o apoio dos Estados Membros aos esforços para intensificar a resposta da saúde pública à hepatite viral na Região. Foram elaboradas recomendações para que os países fizessem a vigilância e monitoramento da resposta às hepatites virais B e C, e seis países foram bem-sucedidos no envolvimento em exercícios de análise de grandes volumes de dados (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, El Salvador e Panamá).

Desafios

- Ainda persistem lacunas na prevenção do HIV e serviços de atenção para os principais grupos populacionais, como os homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e mulheres transgênero. Isso requer um enfoque amplo de sistema de saúde junto com ações bem direcionadas para suprir as necessidades específicas dessas populações.

- Existem desafios contínuos relacionados com a disponibilidade de informações oportunas e completas dos países, as quais são necessárias para avaliar adequadamente o progresso das estratégias atualizadas para as ISTs (resultado imediato 1.1.3) e dos resultados intermediários nos países, bem como para avaliar a situação regional. Isso é agravado pelas dificuldades em manter o compromisso político e assegurar os recursos nacionais para fazer face às ISTs. Outro desafio enfrentado por muitos países é a falta de informações estratégicas desagregadas de qualidade devido a sistemas de informação em saúde fracos centradas no HIV e ISTs e vinculadas a dados da saúde materno-infantil.
- Os mecanismos sistemáticos para a notificação de rotina pelos países sobre a hepatite continuam a ser limitados. Já foram iniciados esforços para apoiar os dados e a prestação de informações pelos países, mas eles se deparam com vários pontos fracos inter-relacionados nos países, como a falta de uma resposta coordenada e organizada à hepatite viral, dados insuficientes e dificuldades em organizar os dados em um sistema de informação estruturado.
- A garantia do acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento da hepatite viral representa um grande desafio para a Região. É necessário manter e ampliar programas de vacinação da hepatite B para ampliar a cobertura para todas as crianças e para as pessoas das principais populações e grupos vulneráveis, em linha com o *Plano de ação para a prevenção e controle da hepatite viral (2015)*.

Lições extraídas

- O processo para a validação da ETMF em Cuba, inclusive a missão de avaliação e as reuniões do Comitê de Validação Regional, constituíram uma experiência valiosa que pode ser usada para atualizar os documentos e embasar o processo para os próximos países que já solicitaram à OPAS que validasse a eliminação.
- O desenvolvimento e a aprovação do *Plano de ação para a prevenção e controle da hepatite viral* ajudaram a direcionar a atenção necessária para as epidemias silenciosas na Região.

1.2 Tuberculose

Resumo

A OPAS prestou cooperação técnica uniforme sistemática aos Estados Membros para promover a adoção da tecnologia de diagnóstico rápido, assim como atualizar e implementar os planos nacionais de modo a refletir as diretrizes da OMS para o diagnóstico e tratamento no devido tempo da tuberculose multirresistente e da tuberculose associada à infecção pelo HIV. No fim de 2015, o número acumulado de pacientes com TB bacteriologicamente confirmada tratados com sucesso era de 1,85 milhão, um aumento de 403 mil desde 2012, isso representa um progresso importante rumo à consecução da meta de 2019 de 2,5 milhões. Um total de 3.568 pacientes com TB multirresistente foi posto em tratamento na Região em 2014. Entretanto, apesar do progresso nos países, a taxa de detecção de casos na Região caiu de 79% para 77%. Uma explicação para isso é que a taxa poderia ser afetada pelas estimativas atualizadas da OMS da carga da TB na Região.

Avanços

- Um avanço fundamental foi a aprovação do *Plano de ação para a prevenção e controle da tuberculose* pelos Órgãos Diretores durante o 54º Conselho Diretor da OPAS, em linha com a Estratégia Mundial da OMS para Pôr Fim à TB pós-2015.
- O êxito na implementação e ampliação da iniciativa para o controle da TB em grandes cidades permitiu um aumento da ênfase em populações em situação de vulnerabilidade durante 2014-2015. A iniciativa planeja se ampliar ainda mais no próximo biênio de modo a incluir mais programas, como o HIV, o diabetes e a saúde mental, entre outros.

Desafios

- O nível do compromisso político e coordenação com os ministérios da saúde costumava afetar a implementação das atividades planejadas durante o biênio. Por exemplo, em 2015 três missões de monitoramento e avaliação da TB multirresistente Comitê de Aprovação Regional (rGLC) foram canceladas.
- A implementação das tecnologias de diagnóstico rápido da tuberculose, como a GeneXpert, foi mais lenta do que o esperado devido a desafios técnicos e financeiros, como a adoção de uma nova tecnologia, a adaptação das diretrizes pertinentes e limitações de recursos. Uma nota conceitual regional para fortalecer a rede de laboratórios de TB foi apresentada recentemente ao Fundo Mundial para preencher essas lacunas. Espera-se que a implementação desse plano comece em 2017, após a revisão e finalização em 2016.

Lições extraídas

- Como a iniciativa da TB em grandes cidades foi desenvolvida com uma estrutura epidemiológica sólida, levando em consideração determinantes sociais da saúde, e tem obtido resultados positivos, as lições extraídas desse processo serão usadas para apoiar expansão da iniciativa para o HIV, diabetes e saúde mental, entre outros.
- O trabalho com a TB em grandes cidades demonstrou que o trabalho intersetorial e interprogramático leva à melhoria das sinergias e à obtenção de êxitos conjuntos. Contudo, são necessários esforços contínuos para manter esses avanços (sobretudo no trabalho intersetorial), pois muitas cidades enfrentam mudanças políticas.

1.3 Malária e outras doenças transmitidas por vetores (inclusive a dengue e a Doença de Chagas)

Resumo

Os programas regionais de malária, dengue e controle integrado de vetores continuam a promover alianças com os parceiros estratégicos para fornecer cooperação técnica de qualidade aos países para fortalecer os programas nacionais e assegurar a capacidade instalada na prevenção, vigilância, controle e/ou eliminação da malária e outras doenças transmitidas por vetores. Os países continuam a redobrar os seus esforços para eliminar a malária ao melhorar os sistemas de informação de rotina sobre a malária, concentrar-se nas populações em situação de vulnerabilidade, fortalecer a administração dos casos de malária, ampliar o acesso a tratamento antimalárico de primeira linha e aumentar a capacidade por meio de treinamentos que possam ser replicados em outros países. Com relação à dengue, os países implementaram a nova classificação da dengue da OPAS/OMS para melhorar o diagnóstico e tratamento, o que resultou na melhoria da administração dos casos no nível da atenção primária à saúde. Esses esforços foram postos em prática no âmbito da Estratégia de Gestão Integrada para a Prevenção e Controle da Dengue (IMS-Dengue) e estão alinhados com a Estratégia Mundial da OMS para a Prevenção e Controle da Dengue 2012–2020. No que se refere à Doença de Chagas, houve um aumento gradual da cobertura e qualidade da atenção aos pacientes infectados pelo *T. cruzi*. O progresso adicional obtido nos países endêmicos abrange a triagem universal dos doadores de sangue para detectar a Doença de Chagas, a notificação dos casos, a documentação da Doença de Chagas congênita, a detecção e administração de surtos, e a compra e uso de medicamentos.

Avanços

- A Região continuou a ver uma redução dos casos de malária confirmados, com 389.390 no fim de 2014, uma redução de 67% em comparação com 2000; houve 87 mortes, uma redução de 79% no mesmo período. Isso reafirma o progresso da Região no combate a essa doença. Além disso, 100% dos casos de

malária confirmados no setor público estão recebendo tratamento antimalárico de primeira linha.

- A diminuição contínua dos casos de malária e mortes em 19 dos 21 países endêmicos confirma o progresso da Região no combate a essa doença.
- Os sistemas de vigilância epidemiológica para a dengue foram fortalecidos e houve uma redução observada da taxa de letalidade da dengue, de 0,07% para 0,05% entre 2010 e 2014.
- Dos 21 países em que a Doença de Chagas é endêmica, 17 continuaram a manter a interrupção da transmissão domiciliária pelo vetor principal, conforme refletido por um índice de infestação doméstica igual ou inferior a 1% no país ou nas suas zonas endêmicas.
- Dois Grupos Técnicos Assessores (GTAs) foram criados para os programas de controle/eliminação de vetores durante o biênio. O GTA da malária reuniu-se pela primeira vez em outubro de 2015 e servirá como o principal grupo de assessoria à OPAS sobre os assuntos relacionados à malária na Região. O GTA da entomologia foi criado para fortalecer a coordenação das atividades sustentáveis e de controle integrado de vetores, a fim de reforçar a capacidade nacional para aumentar a eficácia dos programas de controle de vetores e assegurar o uso racional dos inseticidas.

Desafios

- Apesar do progresso observado com a diminuição dos casos de malária nos países endêmicos, outra redução da carga da malária e o subsequente cumprimento das metas da eliminação dessa doença poderiam ser acelerados caso os desafios a seguir fossem resolvidos: *a) a coordenação limitada entre todos os parceiros e interessados diretos para intensificar os esforços para promover o acesso oportuno e universal a intervenções de qualidade com base científica; b) políticas e enquadramentos estratégicos para a malárias defasados e que não refletem os esforços acelerados rumo à eliminação da doença; c) a vigilância fraca em todos os níveis do sistema de saúde, dificultando a rápida detecção da malária e o acionamento das respostas apropriadas, bem como a identificação da resistência aos medicamentos antimaláricos e aos inseticidas; d) o compromisso limitado dos interessados diretos, que se traduz em recursos insuficientes para os esforços relativos à malária; e e) a necessidade de abordar especificidades contextuais e preparar-se para a “partida final” e as etapas seguintes.*
- É imperativo prevenir um aumento ainda maior da circulação de arbovírus e, mais recentemente, dos vírus chikungunya e Zika, e reduzir a presença do mosquito *Aedes aegypti* em todos os países, pois ele continuar a adaptar-se às áreas urbanas. Isso exigirá um enfoque integrado que apresenta desafios financeiros, técnicos e de administração significativos.

Lições extraídas

- Entre as melhores práticas e exemplos de esforços eficazes para combater a malária na Região, destacam-se a Rede Amazônica de Vigilância da Resistência aos Antimaláricos/Iniciativa Amazônica contra a Malária (RAVREDA/IAM) e os Campeões da Luta contra a Malária nas Américas (*Malaria Champions of the Americas*). A sustentabilidade dessas iniciativas e o êxito no cumprimento das metas estabelecidas sublinham o forte senso de propriedade da comunidade e do país, atividades de capacitação eficazes e a participação de campeões locais que conseguem defender, com eficácia, a continuidade do apoio técnico e programático.
- A Estratégia de Gestão Integrada para a Prevenção e Controle da Dengue forneceu uma plataforma para muitos países incorporarem os elementos da prevenção e controle dos vírus chikungunya e Zika e de outros arbovírus.

1.4 Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas

Resumo

A Região continua a obter avanços significativos rumo à eliminação das doenças infecciosas negligenciadas (DINs). Durante 2014-2015, a OMS comprovou a eliminação da oncocercose no Equador e México. A Guatemala solicitou a comprovação pela OPAS e OMS, o que será feito durante 2016. O Brasil e a Venezuela também avançaram consideravelmente na formulação de um plano de ação operacional para 2015-2016 visando à eliminação da oncocercose na zona de fronteira com a região dos ianomâmis. O programa regional de DINs aplicou um enfoque interprogramático para superar os desafios logísticos e inserir a inovação no trabalho técnico. O primeiro exemplo foi o uso de um depósito no Panamá para armazenar e distribuir medicamentos contra DINs em resposta a solicitações urgentes dos Estados Membros, o que promoveu o pan-americanismo e ofereceu apoio oportuno aos países que enfrentavam a escassez de medicamentos. Além disso, o trabalho interprogramático resultou no desenvolvimento e implementação de ferramentas compartilhadas entre os programas regionais (por exemplo, uma caixa de ferramentas para o monitoramento da eliminação de parasitas e da cobertura da vacinação, e a integração da eliminação de parasitas na Semana de Vacinação nas Américas) e promoveu o uso de plataformas comuns para ampliar a cobertura dos serviços de saúde para os mais necessitados.

Com relação à raiva, todas as recomendações da 14ª Reunião de Diretores de Programas Nacionais de Controle da Raiva na América Latina (REDIPRA 14) foram implementadas durante o biênio. Destacam-se *a*) a execução do primeiro exercício regional de proficiência para os laboratórios de raiva nacionais, com a participação de 23 laboratórios; *b*) o desenvolvimento de um novo modelo para orientar a vigilância para controle e eliminação da raiva canina; e *c*) a cooperação técnica adaptada com seis países prioritários (Bolívia, Brasil, Guatemala, Haiti, Nicarágua e Peru) para reforçar as campanhas de imunização de cães, ampliar o acesso à profilaxia pós-exposição (PPE) e formular planos de ação nacionais contra a raiva. A REDIPRA 15 foi organizada em setembro de 2015 e forneceu novas resoluções para orientar a cooperação técnica pela OPAS e pelo Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) para o controle e eliminação da raiva transmitida pelos cães para o próximo biênio, uma etapa importante rumo à consecução da meta regional.

Avanços

- Um total de 12 países contava com planos, programas ou estratégias para as DINs. Seis desses países tiveram sucesso no lançamento de planos de ação integrados para essas doenças e já executaram algumas das atividades. Além disso, os países endêmicos para DINs específicas, como a filariose linfática, tracoma e esquistossomose, alcançaram ou estão avançando de modo a alcançar as metas de cobertura projetadas para o tratamento das populações em risco.
- De acordo com os dados mais recentes disponíveis (2014), 16 de 23 países em que a lepra é endêmica alcançaram a meta da eliminação da doença como um problema de saúde pública.
- Os países continuam a ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento da leishmaniose, bem como a reforçar as ações integradas de vigilância e controle.
- Durante o biênio, a Região continuou a manter um baixo número de mortes decorrentes da raiva canina, com um total de 20 casos confirmados em comparação com 22 e 30 casos confirmados em 2012–2013 e 2010–2011, respectivamente.

Desafios

- A Região e seus países em que as DINs são endêmicas continuam a enfrentar vários obstáculos à eliminação. Destacam-se *a*) a falta de acesso oportuno e acessível a medicamentos essenciais, vacinas e equipamento;

b) a falta de recursos humanos e financeiros suficientes para a vigilância, triagem, monitoramento e intervenções entomológicas para combater diversas DINs; c) sistemas de monitoramento e avaliação fracos; d) vontade política insuficiente nos níveis mais elevados de governança, retardando a consecução das metas nacionais e subnacionais de eliminação; e) lacunas na educação sobre saúde, participação social, boas práticas de higiene e acesso a saneamento adequado e água potável; f) serviços insuficientes para o tratamento e prevenção das DINs nos níveis primário e secundário da atenção à saúde; g) a falta de aproveitamento de oportunidades interprogramáticas e intersetoriais para a eliminação e controle das doenças, bem como de doações de medicamentos contra as DINs pela OMS; e h) a falta de estratégias e intervenções comprovadas para enfrentar as questões de saúde pública que permanecem após a eliminação entre as pessoas que vivem nas comunidades pobres indígenas, de afrodescendentes, rurais e periurbanas da Região.

- As ferramentas técnicas para a eliminação da raiva humana transmitida pelo cão estão prontamente disponíveis para os países de acordo com as necessidades. Contudo, a meta regional da eliminação não foi alcançada até 2015. Isso se deveu, sobretudo, ao compromisso insuficiente das autoridades nacionais e à falta de recursos para apoiar esforços sustentados de controle de raiva, como a oferta de PPE, vacinação e supervisão dos cães, vigilância da raiva humana, e atividades de educação e comunicação.
- Os resultados de uma pesquisa para identificar as prioridades nacionais com respeito à zoonose na Região, combinada com a crescente demanda dos países por apoio no enfrentamento desses riscos, confirmam o aumento da necessidade de cooperação técnica em doenças zoonóticas (por exemplo, brucelose, vírus do Nilo Ocidental e encefalite equina) e mais recursos para suprir as necessidades nacionais.

Lições extraídas

- A coordenação eficaz entre o programa regional da OPAS para as DINs, a sede da OMS (Departamento de Controle de Doenças Tropicais Negligenciadas) e os parceiros e interessados diretos principais, trabalhando em conjunto para incentivar e apoiar os governos na inclusão das DINs nos seus planos de saúde nacionais e subnacionais permitiu à Região avançar com ações para controlar e eliminar essas doenças. Além disso, o uso de uma abordagem interprogramática ajudou a fortalecer a capacidade dos países por meio da oferta de cooperação técnica mais eficaz e integrada, como a eliminação de parasitas com campanhas de vacinação e o uso do depósito no Panamá para superar o esgotamento dos estoques nos países.

1.5 Doenças imunopreveníveis

Resumo

Durante 2014-2015, a Região das Américas reafirmou sua condição de um dos líderes mundiais na eliminação das doenças imunopreveníveis e no fortalecimento dos programas nacionais de vacinação. Como parte dos esforços contínuos para assegurar uma ampla cobertura da vacinação ao chegar às populações em comunidades de difícil acesso, a 13ª Semana Anual de Vacinação nas Américas foi implementada em toda a Região, alcançando mais de 60 milhões de pessoas com vacinas eficazes e de qualidade. Os países também obtiveram êxito na apresentação e implementação de planos de ação que preveem intervenções específicas para melhorar a cobertura de vacinação entre as populações não vacinadas e que não tenham recebido todas as vacinas necessárias. O Sistema Integrado de Informação de Vigilância para as Doenças Imunopreveníveis foi ampliado. O surto de sarampo no nordeste do Brasil, que constituiu o maior obstáculo para alcançar a comprovação da eliminação do sarampo na Região, foi declarado interrompido pelo Comitê Técnico Internacional para a Eliminação do Sarampo e Rubéola nas Américas. Além disso, os países começaram a adotar a vacina inativada poliomielite (VIP) como parte do esquema de regular imunização da poliomielite e estão se preparando para substituir a vacina oral trivalente contra a poliomielite pela vacina oral bivalente como parte do *Plano estratégico mundial para a erradicação da poliomielite e a fase final*

2013-2018. Por último, a adoção do *Plano de ação de imunização 2016-2020* pelo 54º Conselho Diretor da OPAS fornecerá um roteiro para manter os avanços conquistados até o momento enquanto e, ao mesmo tempo, tomar as medidas necessárias para fortalecer os diversos componentes dos programas nacionais de vacinação. Contudo, apesar desses avanços destacados, a Região testemunhou a redução das taxas de cobertura de vacinação. A OPAS incentiva os países a intensificarem seus esforços no próximo biênio para garantir o acesso universal e equitativo à vacinação, bem como o uso de dados de qualidade sobre a vacinação.

Avanços

- A declaração da eliminação da transmissão endêmica da rubéola e da síndrome da rubéola congênita nas Américas em abril de 2015 representa um marco histórico mundial e regional em termos de saúde pública.
- A Região continuou a manter os avanços na cobertura de vacinação, com uma média regional superior a 90%.
- Como parte do esforço progressivo para apoiar os países ao melhorar a cobertura de vacinação das populações não vacinadas e que não tenham recebido todas as vacinas necessárias, o desenvolvimento de ferramentas para a identificação dos municípios de baixa cobertura e para intervenções posteriores foi concluído com êxito. O possível impacto sobre a cobertura será avaliado com a publicação dos dados de 2015.
- Um total de 41 países comprou vacinas e produtos biológicos por meio do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas da OPAS, totalizando mais de \$1 bilhão durante o biênio.

Desafios

- Os investimentos insuficientes nos programas nacionais de vacinação continuam a constituir um desafio para a sustentabilidade dos programas, com a possibilidade de impactos negativos sobre as metas de cobertura de vacinação e sobre a eficácia das operações.
- O conceito da cobertura universal de saúde precisa ser transmitido claramente aos países para assegurar a visibilidade, fortalecer os programas prioritários e alcançar os objetivos regionais.

Lições extraídas

- O enfoque interprogramático para a ampliação do monitoramento da cobertura se revelou um dos métodos mais eficazes e eficientes para ampliar o acesso aos serviços de imunização para as populações vulneráveis e/ou isoladas, conforme demonstrado por meio do exitoso trabalho de colaboração entre os programas de vacinação e de DINs (por exemplo, a eliminação de parasitas).

Riscos:

Os riscos mais importantes identificados na Categoria 1 do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 estão relacionados abaixo, além de informações a respeito da sua situação e as medidas de mitigação tomadas para resolvê-los. Os novos riscos identificados durante o biênio também estão destacados.

- Uma mudança nas prioridades de saúde em nível mundial, regional ou nacional acarreta uma redução do apoio financeiro aos programas de vacinação e de combate a doenças transmissíveis.
 - Houve uma falta de segurança fiscal em vários programas de doenças transmissíveis durante o biênio, como no caso da ETMF, hepatite viral e DINs, o que impediu a conclusão de algumas atividades programadas. O êxito na mobilização de recursos por meio da criação de novas parcerias e negociação de prorrogações de acordos existentes levou à diversificação das fontes de financiamento para apoiar os programas-chave, além de fazer uso mais eficaz dos recursos existentes.

- A Organização, juntamente com os países e parceiros, teve êxito ao fomentar o interesse na malária por meio da promoção estratégica da causa e de esforços de comunicação, o que resultou em um aumento do financiamento da malária e um compromisso forte dos países com a eliminação da doença. Esse compromisso é sustentado por meio dos esforços redobrados da OPAS para consolidar, atualizar e implementar os planos nacionais dos países para a malária. Esses planos abordam os principais desafios relacionados com o contexto dos países, inclusive os grupos vulneráveis, preparativos e resposta a surtos, cadeia de fornecimento, etc.
- A mobilidade das pessoas através das fronteiras contribui para a complexidade da prevenção, controle e eliminação de doenças.
 - No que se refere à raiva e outras doenças zoonóticas, a mobilidade das pessoas, animais e produtos através das fronteiras contribui para a complexidade dos esforços de prevenção, controle e eliminação em certos países (por exemplo, entre o Brasil e a Bolívia). A promoção da cooperação Sul-Sul entre países vizinhos revelou-se eficaz em melhorar a coordenação das ações através das fronteiras e entre populações vulneráveis.
- As emergências, desastres e pandemias desviam os recursos alocados para os principais programas de doenças transmissíveis e dificultam ou impossibilitam a coleta e compilação de informações estratégicas.
 - O desafio principal que dificulta a coleta de informações estratégicas de qualidade tem sido os fracos sistemas de informação em saúde em países que fazem investimentos limitados para melhorá-los. Essa questão foi priorizada durante o biênio, e cooperação técnica adaptada foi oferecida aos países para reforçar a capacidade nacional. Além disso, existe uma necessidade constante de modelagem e projeção para identificar as tendências da saúde e desenvolver intervenções para abordá-las de maneira adequada. Serão alocados recursos humanos no próximo biênio de modo a assegurar que essa área de conhecimento seja suprida nos níveis regional e nacional.
- Crescem o estigma e a discriminação contra as pessoas infectadas pelo HIV/AIDS.
 - A estigmatização das principais populações afetadas pela epidemia do HIV e a discriminação que elas sofrem é um desafio constante. Um aumento da ênfase na prevenção combinada do HIV, além da aprovação de metas relacionadas ao estigma e à discriminação na Região, constituiu oportunidades para abordar essas questões.
- As doenças infecciosas negligenciadas continuam a ter uma prioridade muito baixa nas agendas de governo de certos países e parceiros.
 - Conforme mencionado acima nas lições extraídas, a coordenação eficaz entre a OPAS, a OMS e os principais parceiros estratégicos permitiu o apoio aos governos que enfrentam as DINs por meio da formulação e implementação de planos de saúde nacionais e subnacionais. Isso promover um senso de propriedade nos países e permitiu à Região avançar com ações para controlar e eliminar as DINs. Com a apresentação de um novo plano de ação para as DINs aos Órgãos Diretores da OPAS em 2016 e sua implementação na Região, as melhores práticas para elevar a posição do tema das DINs nas agendas dos governos deverão ser compartilhadas e aplicadas, sobretudo à luz das metas regionais de eliminação.
- Há uma escassez dos medicamentos e produtos biológicos usados no tratamento de doenças infecciosas negligenciadas e de doenças zoonóticas na Região, em função da insuficiência de matéria-prima.
 - Em alguns países, escassez de produtos biológicos usados para tratar a raiva (por exemplo, vacinas para cães/seres humanos, tratamentos com PPE) às vezes tem ocorrido em consequência da tecnologia inadequada para a produção de vacinas. Entre as ações de mitigação, destacam-se a compra de vacinas antirrábicas modernas por intermédio do Fundo Rotativo da OPAS, bem como a

promoção da causa e as ações de cooperação técnica para promover a produção de vacinas antirrábicas modernas (por exemplo, o cultivo de células).

- O investimento nas atividades de imunização é baixo ou insuficiente, o que põe em risco a consecução da meta da cobertura universal.
 - Embora isto continue a ser um desafio, existe um compromisso por parte dos países para fornecer vacinas de alta qualidade aos mais necessitados, conforme demonstrado pela participação de 41 países no Fundo Rotativo para Compra de Vacinas. As compras de vacinas e produtos biológicos representam um investimento de mais de US\$ 1 bilhão.

Novos riscos surgidos durante o biênio:

- A ocorrência imprevisível de emergências de saúde ou desastres tem a capacidade de solapar os esforços em curso de planejamento e execução.
 - Esse risco se apresentou no contexto de surtos de doenças infecciosas emergentes, sobretudo do Ebola e do Zika. Uma resposta interprogramática por parte da Organização abordou as crescentes demandas dos países por aos seus esforços de preparação e resposta e ajudou a evitar que o ônus da resposta caísse sobre os ombros de apenas um departamento. É importante documentar as lições extraídas da resposta da Organização a esses surtos a fim de melhorar as ações para mitigar essas situações no futuro.
- A eliminação da raiva humana transmitida pelo cão não será alcançada até 2015.
 - Conforme mencionado anteriormente, a meta da eliminação não foi atingida em 2015 devido a diversos fatores, como o compromisso insuficiente de algumas autoridades nacionais para dar continuidade aos esforços de controle da raiva. Entretanto, foi fortalecida a cooperação técnica com países importantes (como a Bolívia e o Haiti) para melhorar a capacidade nacional. As principais estratégias para alcançar a eliminação até 2019 são a implementação do *Plano de ação para a eliminação da raiva humana transmitida pelos cães*, aprovado pela REDIPRA 14 e confirmado pela REDIPRA 15, e os esforços para melhorar promoção da causa em alto nível nos países prioritários a fim de aumentar seu compromisso com a eliminação.

Análise da execução orçamentária

Com base nas informações financeiras apresentadas na Tabela 1 acima, a Categoria 1 mobilizou mais de \$85 milhões durante 2014-2015 por meio de esforços conjuntos em todos os níveis funcionais da Organização. Em termos gerais, um total de 94% do financiamento concedido foi executado até o encerramento de 2015, e 92% de financiamento foi executado em comparação com o orçamento aprovado do P&O 14–15. Dessa forma, foi cumprida a meta da execução orçamentária do biênio.

Uma análise orçamentária mais profunda por área programática demonstra que o montante do financiamento concedido para três áreas programáticas, a saber, 1.2 (tuberculose), 1.3 (malária e outras doenças transmitidas por vetores) e 1.4 (doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas), superou em muito as estimativas do orçamento aprovado, com níveis elevados de execução em comparação com o financiamento concedido e o P&O 14-15 aprovado. Enquanto apenas \$3,9 milhões foram aprovados no P&O 14-15 para a área programática 1.2, um total de \$6,7 milhões foi concedido, com 97% desse montante sendo executado durante o biênio. Com base nesse cenário, numa análise orçamentária retrospectiva para essa área e na colaboração em curso com os principais parceiros doadores, resta claro que os níveis de financiamento concedidos em 2014-2015 correspondem ao verdadeiro orçamento para a tuberculose. Com relação à área programática 1.3, o orçamento para a *Estratégia e plano de ação para a malária 2011–2015*, que orientou os esforços da OPAS no tocante à malária na Região, continha um importante componente para apoiar uma forte promoção da causa da malária e os esforços para a mobilização de

recursos. Houve êxito na captação de recursos, conforme demonstrado pelo aumento significativo dos recursos externos para a malária canalizados por intermédio da OPAS. Quanto à área programática 1.4, a mobilização de recursos e a elevada execução do financiamento foram facilitadas pela análise frequente dos déficits de financiamento e da execução financeira, em combinação com um alto nível de compromisso entre os doadores e parceiros, inclusive a sede da OMS, com o controle e eliminação das DINs na Região.

A Tabela 1 também destaca os importantes déficits de financiamento nas áreas programáticas 1.1 e 1.5. Uma razão para isso é a possível superestimação dos níveis de financiamento iniciais do P&O 14-15, que previa recursos humanos que não foram buscados em vista do financiamento limitado. Ademais, foram encontrados desafios na mobilização de recursos para certos programas técnicos dentro dessas áreas programáticas, como as ISTs, as informações estratégicas sobre o HIV/ISTs, a Iniciativa ProVac, e o monitoramento da cobertura das vacinas.

Tabela 3. Categoria 1, Resumo do Orçamento por Área Programática e Nível Funcional

Categoria, área programática e nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por área programática (%)	Total gasto (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
Categoria 1 – Doenças transmissíveis	85,32	100,00	80,01	93,8
1.1 Infecção pelo HIV/AIDS e ISTs	12,65	14,83	11,85	93,7
Nacional	4,01	4,70	4,00	99,7
Internacional	2,60	3,05	2,39	91,7
Sub-regional	0,69	0,81	0,63	91,8
Regional	5,34	6,26	4,83	90,4
1.2 Tuberculose	6,74	7,90	6,53	96,9
Nacional	1,82	2,14	1,77	97,0
Internacional	1,38	1,62	1,34	97,0
Sub-regional	0,30	0,41	0,34	96,9
Regional	3,18	3,73	3,08	96,9
1.3 Malária e outras doenças transmitidas por vetores (inclusive a dengue e a Doença de Chagas)	11,37	13,33	11,02	96,9
Nacional	5,30	6,22	5,20	98,0
Internacional	1,67	1,95	1,60	96,0
Sub-regional	0,44	0,52	0,43	96,1
Regional	3,96	4,64	3,80	96,0
1.4 Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas	14,46	16,95	12,89	89,1
Nacional	3,32	3,90	3,27	98,2
Internacional	7,41	8,68	6,09	82,2
Sub-regional	0,40	0,47	0,38	95,1
Regional	3,33	3,91	3,15	94,6
1.5 Doenças imunopreveníveis (inclusive a manutenção da erradicação da poliomielite)	40,09	46,99	37,71	94,1
Nacional	14,03	16,45	13,07	93,1
Internacional	7,05	8,26	6,66	94,5
Sub-regional	2,28	2,67	2,18	95,5
Regional	16,73	19,61	15,81	94,5

Nos níveis funcionais da Organização (Tabela 2), as porcentagens do financiamento concedido na Categoria 1 alocado no nível nacional, internacional, sub-regional e regional são, respectivamente, 33%, 24%, 5% e 38%. A execução do financiamento concedido nos níveis nacional (96%), internacional (90%), sub-regional (95%) e regional (94%) foi muito alta no fim de 2015. Conforme destacado na Tabela 3, tendências semelhantes de alocação e execução nos níveis funcionais também ocorrem no nível das áreas programáticas. Uma análise adicional foi feita para compreender melhor essas tendências na alocação. De modo geral, os principais fatores que contribuíram para o aumento da alocação nos níveis internacional e regional foram o número significativo de funcionários regionais, de centros da PAHO (PANAFTOSA), descentralizados e nos países ora dentro do teto orçamentário regional/internacional, bem como o nível substancial de recursos alocados regionalmente que beneficiam diretamente os países por meio da oferta de atividades de capacitação, exercícios de monitoramento e avaliação, e missões de cooperação técnica, entre outros. É importante considerar as complexidades dos mecanismos de financiamento usados para mobilizar recursos, que exigem que o financiamento seja canalizado, principalmente, através do nível regional. Um exemplo é o financiamento por meio da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

Mobilização de recursos

A Categoria 1 conseguiu mobilizar \$85 milhões para avançar rumo à meta da redução do ônus das doenças transmissíveis na Região. Captou-se financiamento por meio de fortes alianças com a Fundação Bill e Melinda Gates (imunização, malária); os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (HIV, imunização); Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária (HIV, TB, malária); o Governo do Brasil (hepatite, leptospirose, DINS, raiva, zoonoses); Agência Mexicana de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, AMEXCID (malária); Fundação da OPAS (dengue); Orçamento Unificado, Resultados e Estrutura de Responsabilização do UNAIDS, UBRAF (HIV, TB multirresistente, TB); UNICEF (ETMF); USAID (imunização, TB, malária, DINS) e OMS (Doença de Chagas, leishmaniose, lepra, malária, DINS, poliomielite, TB).

Embora o financiamento concedido às áreas programáticas 1.2 (TB), 1.3 (malária e outras doenças transmitidas por vetores) e 1.4 (DINS) tenha excedido o orçamento aprovado, isso não deve ocultar o fato de que vários programas (por exemplo, dengue, Doença de Chagas, DINS, raiva/zoonoses) necessitam de recursos adicionais para obter resultados satisfatórios. No caso das áreas já subfinanciadas, como a área programática 1.1, já foi comunicado à OPAS que haverá cortes drásticos no financiamento que tradicionalmente apoiava atividades centrais (por exemplo, um corte de 50% no financiamento do UNAIDS/UBRAF para HIV/ISTs). Isso resulta em um déficit de financiamento significativo para essa área programática.

A classificação das prioridades feita pelos países pode ter sido um fator até certo ponto nos esforços de mobilização de recursos para as áreas programáticas. O baixo montante orçado para a área programática 1.2 durante o biênio possivelmente poderia ser explicado pela sua classificação como prioridade de nível médio (Nível 2). Contudo, em vista da capacidade do programa de captar recursos e do número de países que solicitaram cooperação técnica, um orçamento estimado maior foi solicitado para o biênio 2016-2017, compatível com os números históricos para a mobilização e execução. No que diz respeito à área programática 1.3, o orçamento para a *Estratégia e plano de ação para a malária 2011-2015* foi conceitualizado e proposto de tal maneira que os programas fossem escaláveis (isto é, as metas poderiam ser alcançadas mais rapidamente e com mais eficácia se houvesse mais recursos). Além da prioridade de alto nível (Nível 1) atribuída pelos países, um fator importante por trás do sucesso dos esforços para mobilizar recursos para a malária foram os Campeões da Luta contra a Malária nas Américas, que documentaram as melhores práticas entre os países e demonstraram que as metas podem ser atingidas quando os investimentos técnicos e financeiros de contribuintes internos (do país) e externos são suficientes para cobrir os déficits. Embora a área programática 1.4 (DINS) tenha sido classificada como de baixa prioridade (Nível 3) pelos países, existe uma forte aliança mundial trabalhando para alcançar as metas de eliminação estabelecidas. A coordenação eficaz entre a OPAS/OMS e os principais parceiros e interessados diretos, destinada a incentivar e

apoiar os governos a enfrentar as DINs, permitiu à Região avançar com ações para controlar e eliminar essas doenças debilitantes.

Recomendações

- Considerar a elaboração de uma agenda robusta de eliminação baseada na saúde pública, inclusive com a eliminação das hepatites virais B e C como ameaça à saúde pública até 2030, conforme indicado na Estratégia para a Hepatite Viral do Setor de Saúde Global da OMS, 2016-2021, e no *Plano de ação para a prevenção e controle da hepatite viral* (2015), da OPAS. A colaboração interdepartamental sustentada e investimentos consideráveis serão necessários para buscar esse objetivo. Uma agenda da OPAS para a eliminação deve abordar doenças infecciosas selecionadas (HIV, tuberculose, hepatite viral C, as doenças tropicais negligenciadas) e aproveitar a plataforma bem estabelecida da ETMF para adicionar outras infecções transmitidas verticalmente, como o hepatite viral B e a Doença de Chagas em zonas endêmicas (ETMF Fase 2 ou ETMF+).
- Resolver a falta de penicilina G benzatina (PGB) ao defender, entre os fabricantes da vacina e outras partes em fóruns mundiais e reuniões de alto nível, o aumento da produção. Por meio da colaboração funcional interprogramática, e em parceria com a OMS, foi concluída uma avaliação regional da situação da falta de PGB, inclusive o esgotamento dos estoques e a demanda projetada para 2016. O Fundo Estratégico da OPAS atualmente está apoiando um país em uma compra de emergência de PGB e, em resposta aos resultados da pesquisa, está contactando preventivamente os outros quatro que haviam notificado o esgotamento dos estoques para consultá-los sobre o interesse de usar o mecanismo do Fundo Estratégico para compras futuras. Além disso, o Fundo Estratégico está mapeando a capacidade regional para a produção de PGB e analisando fabricantes aptos na Região que poderiam aumentar a produção para ajudar a fornecer PGB aos países para mitigar faltas do produto no futuro.
- Ampliar ainda mais a iniciativa para o controle da tuberculose nas grandes cidades, implementada e ampliada com sucesso neste biênio. Essa iniciativa pode ser expandida de modo a abranger mais programas, como HIV, diabetes e saúde mental, entre outros.
- Reforçar os recursos humanos no Caribe e no âmbito regional (sede da OPAS) para fazer face à súbita diminuição dos recursos da UBRAF, o que gerou um déficit financeiro significativo no planejamento do HIV/ISTs.
- Apoiar a aprovação e implementação do *Plano de ação para eliminação da malária 2016-2020*, ora em elaboração e programado para ser apresentado à 158ª sessão do Comitê Executivo em junho de 2016. A versão atual é resultado de um processo iniciado nas Consultas Regionais da OPAS/AMRO sobre a Estratégia Técnica Mundial para a Malária 2016–2030 e a Ação e Investimento para Derrotar a Malária 2016–2030 (AIM) em abril de 2014. Em seguida, vieram as consultas com os parceiros e interessados diretos durante múltiplas visitas aos países e reuniões técnicas e a consulta regional sobre o desenvolvimento do *Plano de ação para eliminação da malária 2016-2020*, em outubro de 2015.
- Defender junto ao ministérios da saúde e agricultura a necessidade de alocar os recursos necessários para a eliminação da raiva humana transmitida pelo cão nos países de alto risco (Bolívia, Haiti, Nicarágua e Peru) que continuam a apresentar desafios.
- Apoiar a simplificação e fortalecimento da coordenação entre a cobertura universal de saúde e os programas prioritários ao disseminar e comunicar uma mensagem comum e uniforme aos Estados Membros visando ao fortalecimento operacional dos serviços de saúde (inclusive os serviços nas comunidades).
- Continuar a apoiar o diálogo e as negociações de alto nível com os fabricantes para manter ou obter os melhores preços para as vacinas (especialmente novas vacinas), com a participação dos principais interessados diretos.

Avaliação por Área Programática

<p>Área programática 1.1: Infecção pelo HIV/AIDS e infecções sexualmente transmissíveis</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Ampliação do acesso a intervenções cruciais para a prevenção e o tratamento da infecção pelo HIV e das ISTs</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 3/3 em curso</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIM: 2/4 alcançados, 2/4 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
--	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação (Classificar como alcançado, em curso, nenhum progresso) ² ₃
1.1.1	Número de países e territórios que têm uma cobertura de 80% da terapia antirretroviral (TARV) na população que reúne os requisitos	6	22	Em curso (7 alcançaram + 14 em curso)
<p>Sete países e territórios alcançaram o indicador: BMU, BRB, CUB, CUW, SAB, STA, SXM.</p> <p>Além disso, 14 países e territórios estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: ABW, ARG, BHS, BON, CHL, CRI, DOM, ECU, GUY, JAM, PAN, PER, PRY, TTO.</p> <p>Em 2013, a OMS modificou as diretrizes para o início do tratamento antirretroviral ao recomendá-lo para todos os adultos com HIV e uma contagem de linfócitos CD4 igual ou inferior a 500 células/mm³. Em 2015, a OMS recomendou que todos fossem tratados independentemente da contagem de CD4. Essas novas diretrizes aumentaram o denominador dos pacientes aptos e, portanto, reduziram a cobertura nacional do TARV em muitos países. Contudo, a América Latina e Caribe continua a ser a região do mundo com a cobertura mais elevada do TARV (46% de todas as pessoas que, segundo estimativas, vivem com o HIV). Atualmente nenhum Estado Membro ou país associado na Região alcança a meta da cobertura de 80% (dois territórios a alcançaram, Saba e Bermudas). Contudo, a maioria dos países atualizou suas diretrizes com base nas diretrizes da OMS de 2013, e alguns também estão adotando o enfoque do tratamento para todos (Argentina, Brasil, México). Alcançar a cobertura do TARV de 80% em 22 países até 2019 será um desafio, mas o acesso a medicamentos antirretrovirais a preços mais baixos vem crescendo em consequência das compras conjuntas por meio do Fundo Estratégico da OPAS e dos mecanismos</p>				

² Em termos de consecução, os indicadores são avaliados do seguinte modo:

- **Alcançado:** A meta do indicador estabelecida para 2019 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) no Plano Estratégico da OPAS já foi alcançada.
- **Em curso:** Houve um aumento em relação ao valor da linha de base do indicador definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e os trabalhos estão em andamento/no rumo certo para a meta estabelecida no Plano Estratégico ser alcançada até 2019.
- **Nenhum progresso:** Não houve aumento em relação ao valor da linha de base definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e o progresso rumo à consecução da meta do indicador até 2019 poderia estar em risco.

³ Os indicadores regionais são avaliados pela entidade regional responsável/Rede de Categorias e Áreas Programáticas (CPAN) com base nas informações mais recentes disponíveis, de acordo com os critérios definidos no compêndio dos indicadores.

de compra do Fundo Global. A cooperação técnica com os países está em andamento para aumentar a eficiência e a eficácia da prestação dos serviços e possivelmente, alcançar a meta fixada no Plano Estratégico.				
No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
1.1.2	Número de países e territórios com cobertura de pelo menos 95% do tratamento profilático do HIV para prevenção da transmissão materno-fetal do HIV	0	24	Em curso (15 alcançaram + 9 em curso)
<p>Quinze países e territórios alcançaram o indicador: ABW, AIA, BMU, BON, BRB, CHL, CUB, CUW, DMA, GRD, KNA, SAB, SLV, STA, VCT.</p> <p>Outros nove estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: BLZ, CAN, COL, GUY, HND, MEX, PER, USA, VEN.</p> <p>O número e a porcentagem de gestantes com HIV que recebem medicamentos antirretrovirais têm aumentado todos os anos. Em 2014, 81% [69%–95%] das gestantes soropositivas em países de baixa e média renda na Região receberam terapia antirretroviral para a prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. Isso é 43% mais do que cinco anos atrás, e a cobertura aumentou de 56% [48%–66%] em 2010 para 81% em 2014. A cobertura em 2014 era de 78% [64%–94%] na América Latina e 89% [78%–95%] no Caribe. De acordo com o relatório de 2015 sobre a ETMF usando os dados informados pelos países, no fim de 2014, 11 países haviam informado uma cobertura do TARV superior a 95%, o que demonstra o progresso rumo à meta de 24 em 2019.</p>				
1.1.3	Número de países e territórios com pelo menos 95% de cobertura do tratamento da sífilis em gestantes	0	22	Em curso (11 alcançaram + 9 em curso)
<p>Onze países e territórios alcançaram o indicador: AIA, BMU, BON, BRB, CUB, CUW, DMA, GRD, HND, KNA, SAB.</p> <p>Outros nove estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: BLZ, CHL, COL, GUY, MEX, PER, SLV, VCT, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>De acordo com o relatório de 2015 sobre ETMF, mais da metade dos países na Região (56% ou 29/52) informaram sobre o tratamento de gestantes portadoras de sífilis em 2014, seis a mais do que em 2010. Os números variam de 50% a 100%, com valor regional estimado de 85% para a cobertura do tratamento de sífilis em gestantes.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2012	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{4, 5}
1.1.1	Implementação e monitoramento do plano regional para a infecção pelo HIV/ISTs por meio de cooperação técnica nos níveis regional e nacional	Número de países e territórios que estão implementando as estratégias nacionais para a infecção pelo HIV/ISTs de acordo com a Estratégia Global do Setor da Saúde para o HIV/AIDS 2011–2015 e o plano regional do HIV/ISTs para o setor da saúde 2006–2015	8	27	Parcialmente alcançado (21 alcançaram + 6 alcançaram parcialmente)
<p>Vinte e um países e territórios alcançaram o indicador: AIA, ABW, BMU, BOL, COL, CUW, DMA, DOM, HND, HTI, JAM, KNA, MEX, PRY, PER, SAB, SLV, STA, SUR, TTO, VGB. A confirmação de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Outros seis países o alcançaram parcialmente: BHS, BON, ECU, GTM, GUY, VEN.</p> <p>Os países trabalharam em colaboração com a OPAS para adaptar e traduzir as estratégias mundiais e regionais em estratégias nacionais que refletissem as especificidades nacionais. Os países difundiram estratégias nacionais atualizadas para as instituições de saúde pertinentes e ofereceram capacitação aos setores público e privado. O progresso dos países é documentado por relatórios regionais e pela análise intermediária do atual <i>Plano de ação do HIV/ISTs</i>. Eles demonstram que os países adotaram os quatro carros-chefe do atual plano do HIV/ISTs dentro das suas estratégias nacionais, o que sugere o estreito alinhamento com o Plano Regional. Além disso, por meio de dois fóruns regionais, 26 países endossaram as metas de tratamento 90-90-90 mundiais (México, 2014), e 23 países endossaram as metas de prevenção do HIV atualizadas (Brasil, 2015). Isso resultou em atualizações dos seus planos estratégicos nacionais e os alinhou com a resposta pós-2015 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas.</p>					
1.1.2	Adaptação e implementação das normas e padrões mais atualizados para a prevenção e tratamento da infecção pelo HIV em crianças e adultos, a	Número de países e territórios que adotaram/adaptaram as diretrizes da OMS de 2013 para o uso da terapia antirretroviral (TAR) para o tratamento e prevenção	10	31	Superado (33 alcançaram + 5 alcançaram parcialmente)

⁴ Em termos de consecução, os indicadores são avaliados do seguinte modo:

- **Alcançado:** A meta do indicador fixada no Programa e Orçamento (P&O) 2014–2015 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) foi alcançada. As metas dos indicadores que foram superadas estão indicadas dessa maneira.
- **Parcialmente alcançado:** Houve avanço em relação ao valor da linha de base estabelecido no P&O (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), mas a meta referente a 2015 não foi alcançada.
- **Nenhum progresso:** Não houve aumento em relação ao valor da linha de base estabelecido no P&O (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais).

⁵ Os indicadores regionais são avaliados pela entidade regional responsável/CPAN com base nas informações mais recentes disponíveis, de acordo com os critérios definidos no compêndio dos indicadores.

CD55/5 - ANEXO A

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2012	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{4,5}
	integração de programas de combate ao HIV e outros programas de saúde, e a redução das iniquidades	da infecção pelo HIV			
<p>Trinta e três países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, ATG, BLZ, BMU, BOL, BON, BRA, BRB, COL, CRI, CUB, CUW, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MEX, PAN, PER, PRY, SLV, STA, URY, VCT, VEN. A confirmação de nove países era aguardada à época deste relatório.</p> <p>Cinco países e territórios o alcançaram parcialmente: BHS, SAB, SXM, TCA, TTO.</p> <p>Outros três países previstos na meta estão em vias de adaptar as suas diretrizes nacionais com base nas recomendações de 2013 da OMS (critérios para o início do TARV de CD4 \leq 500): Bahamas, República Dominicana e Trinidad e Tobago.</p>					
1.1.3	Facilitação da formulação, implementação e monitoramento de estratégias nacionais para a prevenção e controle de infecções sexualmente transmissíveis	Número de países e territórios que atualizaram a sua estratégia para ISTs com base em recomendações mundiais ou regionais	26	34	Parcialmente alcançado (16 alcançaram + 12 alcançaram parcialmente)
<p>Dezesseis países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BMU, BRA, CAN, COL, CUB, CUW, DMA, HND, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, URY, VEN. A confirmação de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Outros 12 países e territórios o alcançaram parcialmente: BHS, BLZ, BOL, CHL, DOM, GTM, GUY, HTI, SAB, SLV, STA, TTO.</p> <p>O desenvolvimento das estratégias para ISTs na Região foi orientado pela Estratégia Global para a Prevenção e controle de ISTs. Foi prestada assistência técnica em ISTs por meio das oportunidades vinculadas com o HIV, pois são poucos os investimentos específicos em ISTs na Região, com a exceção do Programa de Vigilância da Sustentabilidade dos Gonococos aos Agentes Antimicrobianos (GASP).</p>					
1.1.4	Atualização e implementação de planos de ação nacionais para a eliminação da transmissão materno-fetal do HIV e da sífilis congênita	Número de países e territórios que estão implementando um plano de ação nacional para a eliminação da transmissão materno-fetal do HIV e da sífilis congênita	35	39	Alcançado (39 alcançaram + 2 alcançaram parcialmente)
<p>Trinta e nove países e territórios alcançaram o indicador: ABW, AIA, ARG, ATG, BHS, BLZ, BMU, BON, BRA, BRB, BOL, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MEX, MSR, NIC, PAN, PRY, SLV, SUR, TTO, URY, VCT, VEN, VGB. A confirmação de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Além disso, dois países o alcançaram parcialmente: PER, TCA.</p> <p>Em 2014, um total de 34 países e territórios tinham planos nacionais para eliminar a transmissão materno-fetal do HIV, em alguns casos combinados com os planos para a eliminação da sífilis congênita.</p>					

<p>Área programática 1.2: Tuberculose</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Aumento do número de pacientes com tuberculose diagnosticados e tratados com sucesso</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 2/3 em curso, 1/3 nenhum progresso</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIM: 1/3 alcançado, 2/3 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
--	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
1.2.1	Número acumulado de pacientes com TB bacteriologicamente confirmada tratados com sucesso em programas que tenham adotado a estratégia recomendada pela OMS desde 1995	1,45 milhão de pacientes	2,50 milhões de pacientes	Em curso (1,85 milhão/ 2,50 milhões)
<p>O número de novos casos de TB tratados com sucesso em 2013 foi 201.000. Se somados aos 202.000 de 2012, 403.000 novos casos foram tratados com sucesso desde o cálculo da linha de base em 2012. Isso mostra o progresso obtido pela Região para alcançar o indicador do resultado intermediário. Os dados estão disponíveis dois anos após a situação de tratamento, apresentando uma limitação na medição do indicador para o sucesso do tratamento em 2015.</p>				
1.2.2	Número anual de pacientes com tuberculose multirresistente presumida ou confirmada, com base nas definições da OMS (2013) inclusive os casos resistentes à rifampicina, que recebem tratamento contra a tuberculose multirresistente nas Américas	2.960 pacientes	5.490 pacientes	Em curso (3.568 pacientes)
<p>Um total de 3.568 pacientes com TB multirresistente foi posto em tratamento na Região em 2014. A análise dos dados de 2015 está sendo finalizada.</p>				
1.2.3	Porcentagem de novos pacientes com diagnóstico de TB em comparação com o total de casos incidentes de tuberculose	79%	90%	Nenhum progresso (77%)
<p>Em 2014, a taxa de detecção de casos para a Região foi 77%. Apesar do progresso observado nos países, isso representa uma ligeira diminuição. Uma possível explicação está relacionada à maneira como a OMS atualiza as estimativas da carga de TB na Região. No primeiro semestre de 2016, o programa regional contra a TB planejou uma reunião para examinar essas estimativas.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2012	Meta para 2015	Classificação da avaliação
1.2.1	Países aptos a implementar novos enfoques e ferramentas de diagnóstico para fortalecer o diagnóstico da TB	Número de países e territórios que estão implementando o diagnóstico rápido da TB recomendado pela OMS	11	27	Alcançado (25 alcançaram + 3 alcançaram parcialmente)
<p>Vinte e cinco países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BRA, BON, CAN, CHL, COL, CRI, CUW, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, MEX, NIC, PER, PRY, PRI, SLV, SUR, URY, USA, VEN. A confirmação de cinco países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Além disso, três países o alcançaram parcialmente: BLZ, JAM, PAN.</p> <p>Segundo o Relatório Mundial da OMS sobre a Tuberculose 2015, bem como os relatórios das missões e as informações transmitidas pelos países, 25 países estão implementando tecnologias de diagnóstico rápido da TB. A Região progrediu significativamente nas compras e implementação do GeneXpert, assim como outros métodos de diagnóstico rápido, embora a adoção completa tenha sido mais lenta do que o previsto em vários países.</p>					
1.2.2	Orientação de política e diretrizes técnicas atualizadas para fortalecer capacidade dos países para o diagnóstico e tratamento no devido tempo de pacientes com TB multirresistente	Número de países e territórios que estão implementando as diretrizes da OMS para o diagnóstico e tratamento no devido tempo da tuberculose multirresistente	16	28	Parcialmente alcançado (25 alcançaram + 8 alcançaram parcialmente)
<p>Vinte e cinco países e territórios alcançaram o indicador: BHS, BMU, BON, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, DMA, DOM, ECU, GRD, HND, HTI, MEX, NIC, PER, PRI, PRY, SLV, URY, VEN. A confirmação de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Outros oito países o alcançaram parcialmente: ARG, BOL, GTM, GUY, JAM, PAN, SUR, TTO.</p> <p>Segundo o Relatório Mundial sobre a Tuberculose 2015, assim como os relatórios das missões e informações transmitidas pelos Estados Membros, um total de 23 países e territórios atualizou as suas diretrizes sobre a TB multirresistente conforme as mais recentes recomendações da OMS. Seis países do Caribe (Bahamas, Barbados, Bermudas, Dominica, Granada, Jamaica) atualizaram as suas diretrizes sobre o diagnóstico e tratamento no tempo devido da TB multirresistente seguindo as diretrizes da Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), que refletem as diretrizes da OMS. Foi prestado apoio técnico pela OPAS/OMS em âmbito regional, sub-regional e nacional, bem como na forma de visitas de monitoramento e avaliação pelo Comitê de Aprovação Regional (rGLC).</p>					
1.2.3	Orientação de política e diretrizes técnicas atualizadas para fortalecer a capacidade dos países para o diagnóstico e tratamento no tempo devido rápido de pacientes	Número de países e territórios que implementam as diretrizes da OMS para o diagnóstico e tratamento no devido tempo da TB associada à infecção pelo IV	20	33	Parcialmente alcançado (24 alcançaram + 5 alcançaram parcialmente)

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2012	Meta para 2015	Classificação da avaliação
	de TB associada à infecção pelo IV				
<p>Vinte e quatro países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, BHS, BMU, BOL, BON, BRA, BRB, CHL, COL, CUW, DMA, DOM, GRD, GUY, HND, JAM, MEX, NIC, PER, PRY, SLV, TTO, VEN. A confirmação de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Outros cinco países o alcançaram parcialmente: ECU, GTM, LCA, PAN, VCT.</p> <p>Os países estão atualizando e implementando as suas diretrizes sobre a TB associada à infecção pelo IV segundo as mais recentes recomendações da OMS. No âmbito regional, as diretrizes clínicas sobre a TB associada à infecção pelo IV estão sendo atualizadas e apoiarão ainda mais esse processo no biênio 2016-2017. Ainda é necessária uma forte colaboração entre os programas de TB e HIV em todos os níveis.</p>					

<p>Área programática 1.3: Malária e outras doenças transmitidas por vetores (inclusive a dengue e a Doença de Chagas)</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Aumento da capacidade dos países para elaborar e implementar planos, programas ou estratégias integrais para a vigilância, prevenção, controle e/ou eliminação da malária e de outras doenças transmitidas por vetores</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/4 alcançado, 3/4 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 3/5 alcançados, 2/5 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
---	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
1.3.1	Porcentagem de casos de malária confirmados no setor público que recebem tratamento antimalárico de primeira linha de acordo com a política nacional (com base em recomendações da OPAS/OMS)	85%	95%	Superado (100%)
<p>Com base nas informações administradas na base de dados regional sobre a malária, 100% dos casos de malária confirmados no setor público estão recebendo tratamento antimalárico de primeira linha. As informações atuais se baseiam em números informados diretamente pelos países à OPAS, com a suposição de que as questões do esgotamento de estoques e gerenciamento das cadeias de fornecimento são devidamente resolvidas. Está em curso a coordenação com o Programa Mundial de Combate à Malária da OMS para identificar um método alternativo que possa ser usado para acompanhar este indicador, em vista dos desafios possíveis no sistema.</p>				

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
1.3.2	Número de países e territórios com capacidade instalada para eliminar a malária	10	21	Em curso (16 alcançaram + 4 em curso)
<p>Dezesseis países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, BLZ, BMU, BOL, COL, CRI, CUW, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PRY, SLV, SUR. A confirmação de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Outros quatro países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: DOM, ECU, HTI, NIC.</p> <p>Os países conseguiram alguns avanços importantes no fortalecimento dos programas nacionais de combate à malária, inclusive com a implementação de intervenções fundamentais para o diagnóstico, tratamento e vigilância, tanto no setor público como no privado. Além disso, foram obtidos avanços no aproveitamento do compromisso político necessário e participação dos interessados diretos, conforme as diretrizes da OMS (2012).</p>				
1.3.3	Número de países e territórios com capacidade instalada para administrar todos os casos de dengue	14	30	Em curso (18 alcançaram + 12 em curso)
<p>Dezoito países e territórios alcançaram o indicador: BHS, BMU, BON, BRA, COL, CRI, CUW, DMA, GUY, HND, JAM, MEX, PAN, SAB, SLV, SXM, TTO, VEN.</p> <p>Além disso, 12 países e territórios estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: ABW, ARG, BOL, DOM, ECU, GTM, KNA, NIC, PER, PRI, PRY, STA.</p> <p>A segunda edição das diretrizes clínicas sobre a dengue tem sido uma ferramenta essencial para a capacitação dos profissionais de saúde nos países sobre a administração correta dos casos de dengue na Região. Após a disseminação da classificação da dengue de 2009 da OMS e a implementação de várias sessões de capacitação clínica, realizadas em colaboração com o Grupo de Trabalho Internacional da Dengue (GT-Dengue), foi observada uma diminuição de 28% (de 0,07% para 0,05%) da taxa de letalidade pela dengue nas Américas. Entretanto, um dos desafios destacados pelos países, que será especialmente pertinente no próximo biênio, é como modificar os serviços para abranger a administração dos casos dos vírus chikungunya e Zika.</p>				
1.3.4	Número de países e territórios onde todo o território ou unidade territorial endêmica tem um índice doméstico de infestação (pela principal espécie de vetor triatomíneo ou pelo vetor substituto, conforme o caso) igual ou inferior a 1%	17	21	Em curso (13 alcançaram + 7 em curso)
<p>Treze países e territórios alcançaram o indicador: BRA, CHL, COL, CRI, GTM, GUF, GUY, MEX, NIC, PAN, PER, SLV, URY. A confirmação de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Outros sete países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: ARG, BLZ, BOL, ECU, HND, PRY, SUR. A confirmação de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Os países e territórios que alcançaram este indicador fizeram esforços para interromper a transmissão domiciliar por vetores (índice doméstico de infestação igual ou inferior a 1%) em todos os seus territórios endêmicos e manter esse avanço. Os países que estão avançando para alcançar o indicador interromperam a transmissão domiciliar por vetores em alguns dos seus territórios. Para avançar neste indicador, políticas facilitadoras e mais recursos serão necessários.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2012	Meta para 2015	Classificação da avaliação
1.3.1	Países aptos a implementar planos estratégicos contra a malária, com ênfase na melhoria dos testes de diagnóstico e tratamento, eficácia terapêutica e monitoramento e vigilância	Número de países onde a malária é endêmica nos quais uma avaliação das tendências da malária está sendo feita usando os sistemas de vigilância de rotina	22	25	Alcançado (25 alcançaram)
<p>Vinte e cinco países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, CRI, CUW, DOM, ECU, GLP, GTM, GUF, GUY, HND, HTI, MEX, MTQ, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, VEN. A confirmação de quatro países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Um total de 25 países endêmicos e não endêmicos para a malária alcançou o indicador e continua a reforçar os seus sistemas de informação de rotina sobre a malária como parte do seu compromisso oficial/aspiração a alcançar a eliminação da malária. Além disso, os relatórios oficiais sobre a malária são transmitidos à OPAS anualmente, inclusive os relatórios sobre os casos de malária importados.</p>					
1.3.2	de política, diretrizes estratégicas e técnicas para o controle de vetores, testes de diagnóstico, tratamento antimalárico, administração integrada de enfermidade febril, vigilância, detecção de epidemias e resposta	Número de países e territórios onde a malária é endêmica que estão aplicando estratégias contra a malária para avançar rumo à eliminação com base nos critérios da OMS	9	18	Alcançado (18 alcançaram)
<p>Dezoito países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BLZ, COL, CRI, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, VEN. A confirmação de cinco países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Esses países e territórios continuam a intensificar e redobrar seus esforços para conseguir a eliminação da malária ao concentrar-se nas populações vulneráveis, fortalecer a administração dos casos de malária e oferecer capacitação que possa ser replicada em outros países.</p>					
1.3.3	Implementação da nova classificação da dengue da OPAS/OMS para melhorar o diagnóstico e tratamento no âmbito da IMS-Dengue e da Estratégia Mundial da OMS 2012-2020	Número de países e territórios que estão implementando as estratégias recomendadas pela OPAS/OMS para melhorar vigilância epidemiológica integral da dengue e a administração dos pacientes	12	29	Superado (32 alcançaram + 2 alcançaram parcialmente)
<p>Trinta e dois países e territórios alcançaram o indicador: ABW, AIA, ARG, ATG, BOL, BON, BRA, BRB, COL, CRI, CUW, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, KNA, LCA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SAB, SLV, STA, SXM, VCT, VEN, VGB. A confirmação de seis países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2012	Meta para 2015	Classificação da avaliação
<p>Outros dois países e territórios o alcançaram parcialmente: GRD, MSR.</p> <p>A implementação da nova classificação da dengue da OPAS/OMS para melhorar o diagnóstico e tratamento, no âmbito da estrutura da IMS-Dengue e da Estratégia Mundial da OMS 2012-2020, está em andamento em toda a Região, usando uma modalidade sub-regional de capacitação. Os países estão fortalecendo seus sistemas de vigilância epidemiológica com o apoio do GT-Dengue e dos Centros Colaboradores da Dengue. Isso contribuiu para uma redução da taxa de letalidade, de 0,07% para 0,05% entre 2010 e 2014.</p>					
1.3.4	Implantação da estratégia e plano de ação para a prevenção, controle e tratamento da doença de Chagas	Número de países e territórios que estabeleceram programas de controle integrado da doença de Chagas nas unidades territoriais endêmicas onde a transmissão é domiciliar	17	21	Parcialmente alcançado (17 alcançaram + 1 alcançou parcialmente)
<p>Dezessete países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BOL, BRA, CHL, COL, CRI, GTM, GUF, GUY, HND, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, URY. A confirmação de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Além disso, um país alcançou parcialmente o indicador: SUR.</p> <p>A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Os países na Região estabeleceram programas nacionais de controle integrado da Doença de Chagas que estão integrados com a promoção, prevenção, controle e atenção primária à saúde, o que também abrange iniciativas sub-regionais. Além disso, quatro iniciativas sub-regionais estão em plena operação.</p>					
1.3.5	Países endêmicos aptos a fortalecer a cobertura e qualidade da atenção aos pacientes infectados pelo <i>Trypanosoma cruzi</i>	Número de países e territórios endêmicos que implementam planos de ação nacionais para ampliar a cobertura e qualidade da atenção aos pacientes infectados pelo <i>Trypanosoma cruzi</i>	18	21	Parcialmente alcançado (10 alcançaram + 9 alcançaram parcialmente)
<p>Dez países e territórios alcançaram o indicador: ARG, CHL, CRI, GTM, GUF, HND, MEX, NIC, PAN, URY.</p> <p>Outros nove países o alcançaram parcialmente: BLZ, BOL, BRA, COL, ECU, PER, PRY, SLV, SUR. A confirmação de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Houve um aumento gradual da cobertura e qualidade da atenção aos pacientes infectados pelo <i>T. cruzi</i>. O progresso adicional obtido nos países endêmicos abrange, entre outras coisas, a notificação dos casos, a documentação da Doença de Chagas congênita, a detecção e administração de surtos, e a compra e uso de medicamentos.</p>					

<p>Área programática 1.4: Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Aumento da capacidade do país para elaborar e implementar planos, programas ou estratégias integrais para a vigilância, prevenção, controle e/ou eliminação de doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 8/8 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 2/5 alcançados, 3/5 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
--	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
1.4.1	Número de países que tenham registrado aumento anual da proporção de casos diagnosticados e tratados de leishmaniose conforme o tratamento recomendado nas diretrizes da OPAS/OMS	0	12	Em curso (2 alcançaram + 10 em curso)
<p>Dois países alcançaram o indicador: BRA, MEX.</p> <p>Outros 10 países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: ARG, BOL, COL, GTM, HND, NIC, PAN, PER, PRY, SLV.</p> <p>O Brasil e o México alcançaram este indicador e continuarão a trabalhar para reforçar o acesso ao diagnóstico e tratamento da leishmaniose. Os países com a classificação “em curso” estão implementando atividades para melhorar o diagnóstico e tratamento da doença de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS e estão apresentando os dados disponíveis ao Sistema Regional de Informação sobre Leishmanioses (SisLeish). Alguns desafios confrontados pelos países foram a vigilância ativa limitada nos serviços de saúde e a escassez de medicamentos para tratar as diferentes manifestações clínicas da doença.</p>				
1.4.2	Número de países e territórios endêmicos com elevada carga de hanseníase que reduziram em 35% a taxa de novos casos com grau de incapacidade 2 por 100 mil habitantes em comparação com os próprios dados da sua linha de base de 2012	0/10	10/10	Em curso (1 alcançou + 9 em curso)
<p>Um país alcançou o indicador: ARG.</p> <p>Nove países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: ARG, BOL, BRA, COL, CUB, DOM, ECU, MEX, PRY, VEN. A confirmação de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Argentina, Brasil, México e Paraguai obtiveram bons avanços para atingir a meta. Colômbia, Cuba, República Dominicana e Venezuela precisam reforçar a vigilância e intensificar seus esforços para a detecção de casos no devido tempo. Bolívia e Equador necessitam fortalecer seus programas, inclusive no tocante à detecção e administração de casos.</p> <p>Todos os países precisam melhorar a qualidade e a cobertura da avaliação de deficiências no momento do diagnóstico e seus programas de prevenção de deficiências. Será oferecida cooperação técnica no próximo biênio para reforçar os sistemas de informação e vigilância da lepra nos países.</p>				

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
1.4.3	Número de países endêmicos que alcançaram a meta de cobertura recomendada de tratamento (65% ou mais) da população em risco de contrair filariose linfática	1/4	4/4	Em curso (2 alcançaram + 2 em curso)
<p>Dois países alcançaram o indicador: BRA, HTI.</p> <p>Outros dois países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: DOM, GUY.</p> <p>O Brasil está no rumo certo para alcançar a eliminação da filariose linfática no seu único foco de transmissão ativo, no estado de Pernambuco, nos próximos cinco anos. O programa de eliminação do Haiti obteve grandes avanços em circunstâncias quase sempre difíceis e desafiantes. Mais esforços são necessários na Guiana e República Dominicana para manter a cobertura do tratamento para a doença nas zonas endêmicas, inclusive a implementação de rodadas de administração de medicamentos em massa.</p>				
1.4.4	Número de países endêmicos que alcançaram a meta de cobertura recomendada de tratamento (85% ou mais para cada rodada de tratamento) da população em risco de contrair oncocercose	1/2	2/2	Em curso (1 alcançou + 1 em curso)
<p>Um país alcançou o indicador: BRA.</p> <p>Outro país está com trabalhos em curso para alcançar este indicador: VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>O Brasil e a Venezuela alcançaram a meta de cobertura do tratamento nas comunidades endêmicas conhecidas. Contudo, a Venezuela deve reforçar as ações para chegar às comunidades isoladas recentemente descobertas, estabelecer a situação de endemicidade da oncocercose e planejar as intervenções necessárias.</p>				
1.4.5	Número de países endêmicos que alcançaram a meta de cobertura recomendada de tratamento (80% ou mais) da população em risco de contrair tracoma que possa levar à cegueira	0/3	3/3	Em curso (1 alcançou + 2 em curso)
<p>Um país alcançou o indicador: COL.</p> <p>Outros dois países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: BRA, GTM.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Brasil, Colômbia e Guatemala alcançaram a meta de cobertura do tratamento nos seus focos conhecidos. Entretanto, recomenda-se que o Brasil reavalie a situação epidemiológica em vários municípios para redefinir o número de pessoas que necessitam tratamento. A Guatemala deve avaliar o impacto da rodada de tratamento concluída em 2014 para determinar se mais tratamento é necessário. Recomenda-se que a Colômbia estabeleça um plano operacional para tratar as pessoas em três novos focos recém-descobertos.</p>				

CD55/5 - ANEXO A

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
1.4.6	Número de países endêmicos que alcançaram a meta de cobertura recomendada de tratamento (75% ou mais) da população em risco de contrair esquistossomose	0/2	2/2	Em curso (2 em curso)
<p>Dois países com trabalhos em curso para alcançar este indicador: BRA, VEN.</p> <p>Além disso, um país aguardava confirmação à época deste relatório.</p> <p>O Brasil está alcançando a cobertura do tratamento, mas os critérios para tratar as pessoas são diferentes dos recomendados pela; deve ser feita uma avaliação do impacto desses critérios para assegurar que a meta da eliminação seja alcançada. A Venezuela não alcançou a meta da cobertura e, assim, deve dar continuidade aos esforços para atingir a cobertura mínima exigida, conforme recomendado pela OMS, a fim de combater essa doença e alcançar a meta de eliminação.</p>				
1.4.7	Número de países endêmicos que alcançaram a meta de cobertura recomendada de tratamento (75% ou mais) da população em risco de contrair geo-helmintíases	5/24	16/24	Em curso (5 alcançaram + 8 em curso)
<p>Cinco países alcançaram o indicador: DOM, HND, MEX, NIC, TTO.</p> <p>Outros oito países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: BOL, BRA, COL, ECU, GUY, HTI, PRY, SLV.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>De acordo com os dados sobre a eliminação de parasitas recebida de 11 países, 19,2 milhões de crianças em idade escolar sob risco de infecção foram tratadas em 2014, o equivalente a uma cobertura regional de 56,7% (46,7% em 2013). Além disso, mais de 5 milhões de crianças em idade pré-escolar sob risco de infecção foram tratadas, chegando a uma cobertura regional de 38,7%. Os países continuarão a trabalhar para aumentar a meta de cobertura da população em risco de contrair geo-helmintíases.</p>				
1.4.8	Número de países e territórios com capacidade estabelecida e processos eficazes para eliminar a raiva humana transmitida pelos cães	28	35	Em curso (16 alcançaram + 12 em curso)
<p>Dezesseis países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BLZ, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, HND, JAM, MEX, PAN, PRY, SLV, TTO, USA, URY.</p> <p>Além disso, 12 países e territórios estão com trabalhos em curso para alcançar o indicador: BHS, BOL, BRA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HTI, NIC, PER, VEN.</p> <p>Os países/territórios avançaram consideravelmente no estabelecimento das capacidades para a eliminação da raiva humana transmitida pelos cães, inclusive com a implementação de campanhas nacionais de vacinação, o fortalecimento da vigilância em áreas prioritárias e a formulação de estratégias para a análise de riscos. O plano de ação adotado durante a REDIPRA 14 e atualizado durante a REDIPRA 15 oferece orientação essencial para esse processo. Contudo, os países continuam a enfrentar alguns desafios na atualização das políticas para facilitar esse trabalho e na operacionalização dos protocolos relacionados com a vigilância.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2012	Meta para 2015	Classificação da avaliação
1.4.1	Implementação e monitoramento do roteiro da OMS para as doenças infecciosas negligenciadas (DINs) por meio do plano regional para as DINs	Número de países e territórios endêmicos que estão implementando um plano, programa ou estratégia nacional ou subnacional para reduzir a carga das DINs prioritárias de acordo com a sua situação epidemiológica	6	11	Superado (13 alcançaram + 1 alcançou parcialmente)
<p>Trze países alcançaram o indicador: ARG, BRA, COL, GTM, GUY, HND, HTI, MEX, NIC, PER, PRY, SLV, SUR. A confirmação de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Um país alcançou parcialmente o indicador: VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de quatro países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Um total de 12 países tem planos, programas ou estratégias para as DINs. Além disso, seis desses países lançaram planos de ação integrados (Brasil, Colômbia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua) para essas doenças e já executaram algumas atividades como parte dos seus esforços nacionais para enfrentar as DINs. Brasil e Venezuela fizeram progressos significativos na formulação de um plano de ação operacional para o período 2015–2016 visando à eliminação da oncocercose na região dos ianomâmis.</p>					
1.4.2	Países endêmicos aptos a estabelecer a vigilância integrada da leishmaniose em populações humanas	Número de países e territórios endêmicos que integraram a vigilância da leishmaniose humana	4	10	Parcialmente alcançado (9 alcançaram + 3 alcançaram parcialmente)
<p>Nove países alcançaram o indicador: ARG, BRA, COL, MEX, NIC, PAN, PRY, SLV, VEN.</p> <p>Outros três países o alcançaram parcialmente: BOL, GUY, PER.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Os oito países que alcançaram este indicador em 2015 o fizeram ao fornecer informações atualizadas sobre a vigilância da leishmaniose humana por meio do sistema de informação do SisLeish. Embora tenham sido obtidos avanços significativos, esses países devem continuar a reforçar as ações integradas de vigilância e controle.</p>					
1.4.3	Implementação do plano de ação da OPAS/OMS para a eliminação da lepra	Número de países e territórios endêmicos que estão aplicando as estratégias recomendadas pela OPAS/OMS para a eliminação da lepra como um problema de saúde pública no primeiro nível administrativo subnacional	18	23	Alcançado (22 alcançaram + 2 alcançaram parcialmente)
<p>Vinte e dois países e territórios alcançaram o indicador: ABW, BOL, COL, CRI, CUB, CUW, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SLV, SUR, TTO, URY, VEN. A confirmação de cinco países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2012	Meta para 2015	Classificação da avaliação
<p>Outros dois países o alcançaram parcialmente: ARG, PRY.</p> <p>Um total de 23 países e territórios informa que está aplicando e implementando as estratégias recomendadas pela OPAS/OMS para a eliminação da lepra como um problema de saúde pública no primeiro nível administrativo subnacional (estados, províncias, departamentos, etc.). De acordo com os dados mais recentes disponíveis (2014), 16 países alcançaram a meta de eliminar a lepra como um problema de saúde pública (prevalência inferior a 1 por 10.000 habitantes) no primeiro nível administrativo subnacional.</p>					
1.4.4	Países aptos a implementar os planos de ação para a prevenção, vigilância, controle e eliminação da raiva	Número de países e territórios que estão implementando os planos de ação para fortalecer a prevenção, profilaxia, vigilância, controle e eliminação da raiva	30	37	Parcialmente alcançado (25 alcançaram + 6 alcançaram parcialmente)
<p>Vinte e cinco países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, BLZ, BMU, BOL, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, GRD, GUY, HND, HTI, JAM, MEX, NIC, PRY, SLV, URY, USA, VEN.</p> <p>Além disso, seis países o alcançaram parcialmente: DOM, ECU, GTM, PAN, PER, TTO.</p> <p>Houve avanços significativos na implementação das recomendações de raiva incluídas no plano de ação acordando durante a REDIPRA 14. Países-chave (Bolívia, Haiti, Nicarágua, Peru) foram priorizados quando na implementação das ações para elaborar os planos nacionais contra a raiva, fortalecer a imunização de cães, capacitar para o tratamento com PPE, garantir vacinas e reagentes, preparar materiais para campanhas de vacinação, criar e disseminar material didático, etc. O primeiro exercício regional de proficiência para os laboratórios de raiva nacionais foi executado e foram criadas ferramentas inovadoras para a eliminação da raiva canina (modelo epidemiológico, aplicativo para smartphones, curso virtual, alertas epidemiológicos). A REDIPRA 15 foi organizada, resultante em novas recomendações que orientarão o plano de trabalho da OPAS/PANAFTOSA para o controle e eliminação da raiva humana transmitida pelos cães para o próximo biênio. O sistema regional de vigilância da raiva, SIRVERA, foi melhorado; a versão definitiva estará disponível para os países no início de 2016. Além disso, por meio do Grupo de Trabalho para a Saúde Pública Veterinária da CaribVET, uma pesquisa sub-regional sobre a raiva foi feita no Caribe.</p>					
1.4.5	Países aptos a implementar os planos de ação para fortalecer programas de prevenção, vigilância e controle de doenças zoonóticas	Número de países e territórios que estão implementando planos de ação para fortalecer programas de prevenção, vigilância e controle de zoonoses segundo normas internacionais	2	19	Parcialmente alcançado (10 alcançaram + 5 alcançaram parcialmente)
<p>Dez países e territórios alcançaram o indicador: ABW, BMU, BRA, CAN, GUY, MEX, PAN, SLV, USA, VEN.</p> <p>Outros cinco países e territórios o alcançaram parcialmente: BON, COL, PRY, PER, TTO.</p> <p>A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Um total de 10 países e territórios concluiu um plano de ação priorizado para doenças zoonóticas e desenvolveram um sistema de vigilância integral para doenças zoonóticas prioritárias. Outros quatro países estão em vias de</p>					

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2012	Meta para 2015	Classificação da avaliação
	<p>elaborar de ação para facilitar a execução de ações intersetoriais contra as zoonoses e fortalecer a detecção das doenças zoonóticas e a resposta a elas. Além disso, foi prestada cooperação técnica a países (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Nicarágua, Paraguai, Peru, Uruguai) para implementar intervenções para a prevenção e controle de doenças e reforçar a vigilância das zoonoses. Uma pesquisa sobre zoonoses foi concluída para determinar as prioridades dos países e orientar a prestação de mais apoio aos países. A promoção da iniciativa “Uma Saúde” (<i>One Health</i>) no nível mais elevado da agricultura e da saúde nos países do Caribe continuou nas reuniões do Comitê Diretor da CaribVET e do Grupo de Trabalho para a Saúde Pública Veterinária da CaribVET as reuniões do Grupo, e prosseguiu a implementação do segundo e terceiros módulos da Série sobre Liderança da Iniciativa Uma Saúde. Continuou o apoio à rede de hidatidose por meio da realização da sua reunião anual de 2015 e da publicação, pelo PANAFTOSA, do primeiro relatório epidemiológico sobre a situação da equinocose quística na América do Sul.</p>				

<p>Área programática 1.5: Doenças imunopreveníveis (inclusive a manutenção da erradicação da poliomielite)</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Aumento da cobertura da vacinação das populações e comunidades de difícil acesso e manutenção do controle, da erradicação e da eliminação das doenças imunopreveníveis</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/4 alcançado, 2/4 em curso, 1/4 nenhum progresso</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIM: 4/6 alcançados, 2/6 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu as expectativas</p>
---	---

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
1.5.1	Média da cobertura regional com três doses da vacina contra difteria, tétano e coqueluche	92%	94%	Nenhum progresso (90%)
<p>Durante o biênio, a Região manteve as taxas de cobertura médias regionais superiores a 90% graças ao compromisso político e técnico dos Estados Membros com os programas de vacinação que oferecem vacinas seguras, eficazes e acessíveis. A cobertura da vacinação tem sido mantida e avançado na maioria dos Estados Membros da Região. Ao mesmo tempo, porém, a Região testemunhou uma redução da cobertura. Alguns Estados Membros não demonstraram o progresso esperado ou informaram reduções da cobertura por diversas razões, como desafios operacionais e financeiros, afetando significativamente a cobertura média da Região. Isso chama a atenção para a situação de um país que informou uma diminuição da sua cobertura da vacinação de mais de 15% entre 2014 e 2015 em relação a 2013 devido a uma mudança nos seus sistemas de registro de imunização. Embora essas mudanças tenham sido consideradas uma boa prática pelo Grupo de Assessoria Estratégica de Especialistas em Imunização (SAGE) na avaliação do <i>Plano de ação global de vacinação</i>, elas impactaram consideravelmente a média da cobertura regional de vacinação. A OPAS incentiva os países a intensificarem seus esforços para garantir o acesso universal e equitativo à vacinação, bem como o uso de dados de qualidade sobre a vacinação.</p>				

CD55/5 - ANEXO A

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
1.5.2	Número de países e territórios em que se restabeleceu a transmissão endêmica dos vírus do sarampo e da rubéola	0	0	Em curso
<p>A eliminação da transmissão endêmica da rubéola e síndrome da rubéola congênita (SRC) na Região foi declarada em abril de 2015. Além disso, estão sendo obtidos avanços rumo à eliminação do sarampo, com o último caso detectado no Brasil em julho de 2015 (segundo o restabelecimento temporário da transmissão do sarampo endêmico em 2014). O Relatório Regional de Comprovação da Eliminação do Sarampo foi elaborado e será apresentado ao Comitê Técnico Internacional para a Eliminação do Sarampo e Rubéola nas Américas e ao Conselho Diretor da OPAS em outubro de 2016.</p>				
1.5.3	Número de países e territórios que adotaram uma ou mais novas vacinas	34	51	Em curso (37 alcançaram + 13 em curso)
<p>Trinta e sete países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, ATG, BHS, BMU, BON, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, CYM, DMA, ECU, GLP, GUF, GUY, HND, HTI, MEX, MTQ, NIC, PAN, PER, PRY, SAB, SLV, STA, SUR, TTO, URY, USA, VCT, VEN, VGB.</p> <p>Outros 13 estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: AIA, BLZ, BOL, BRA, DOM, GTM, JAM, KNA, LCA, MSR, PRI, SXM, TCA. A confirmação de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A confirmação da avaliação final de outro país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Os países trabalharam em colaboração com a OPAS para introduzir novas vacinas nos calendários nacionais de vacinação com base nas mais recentes evidências disponíveis, como os dados gerados por 18 hospitais-sentinela em oito países, bem como uma análise da relação custo-benefício. As principais vacinas novas introduzidas são a vacina contra o papilomavírus humano (HPV), vacina pneumocócica conjugada (VPC), a vacina contra o rotavírus e vacina inativada poliomielite (VIP). Além disso, o Fundo Rotativo liderou negociações bem-sucedidas com os fabricantes para assegurar que as vacinas contra o HPV estivessem disponíveis para os países a preços reduzidos.</p>				
1.5.4	Número de países e territórios que notificaram casos de paralisia devido ao vírus selvagem da pólio ou à circulação de um vírus da pólio derivado da vacina nos 12 meses anteriores	0	0	Alcançado
<p>Todos os países mantêm a vigilância dos casos de paralisia flácida aguda, e a OPAS monitora os indicadores de vigilância da qualidade para gerar recomendações aos países. Além disso, a OPAS prestou apoio contínuo para preparar adequadamente os países para a adoção da VIP e para a transição da vacina oral trivalente contra a poliomielite pela vacina oral bivalente; entre as ações para esse fim, destacam-se reuniões presenciais e virtuais, a elaboração de documentos técnicos e material de comunicação e treinamento. No começo de 2015, 32 países tinham apenas a vacina oral trivalente no seu calendário de vacinas; no fim de 2015, 22 deles haviam adotado a VIP. Em termos gerais, um total de 36 países participará da transição e 31 deles já apresentaram seus planos à OPAS.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2012	Meta para 2015	Classificação da avaliação
1.5.1	Implementação do Plano de Ação Global de Vacinação como parte da Década de Colaboração em Vacinas para alcançar as populações não vacinadas e que não tenham recebido todas as vacinas necessárias	Número de países e territórios com < 95% de cobertura de imunização que estão implementando estratégias, dentro dos seus planos nacionais de imunização, para chegar até as populações não vacinadas e que não tenham recebido todas as vacinas necessárias	15	23	Parcialmente alcançado (19 alcançaram + 9 alcançaram parcialmente)
<p>Dezenove países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, BHS, BRB, CHL, CUW, DMA, DOM, GUY, JAM, KNA, LCA, PER, SAB, STA, SUR, SXM, TTO, VEN. A confirmação de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Outros nove países e territórios o alcançaram parcialmente: BMU, BOL, COL, CRI, GTM, PAN, PRY, SLV, TCA.</p> <p>Além disso, vários países/territórios (Anguilla, Antígua e Barbuda, Belize, Bonaire, Cuba, Curaçao, Granada, Guatemala, Guiana Francesa, Haiti, Honduras, Ilhas Cayman, Ilhas Virgens Britânicas, Martinica, Montserrat, Nicarágua, Santo Eustáquio, São Vicente e Granadinas) apresentaram planos de ação que preveem intervenções específicas para melhorar a cobertura de vacinação das populações não vacinadas e que não tenham recebido todas as vacinas necessárias. Foi concluído com êxito o desenvolvimento das ferramentas para a identificação dos municípios de baixa cobertura e as intervenções posteriores para apoiar os países na melhoria da cobertura de vacinação das populações não vacinadas e que não tenham recebido todas as vacinas necessárias. A versão preliminar do documento sobre as lições extraídas nas ações para chegar aos municípios de baixa cobertura em países selecionados foi concluída. Esse documento orientará a cooperação técnica com os países no próximo biênio para replicar as experiências bem-sucedidas e compartilhar as melhores práticas. O trabalho para levar à frente o monitoramento integrado da cobertura, usando um enfoque interprogramático, está em curso. Uma oficina regional conjunta foi realizada para discutir o monitoramento integrado e as metodologias e ferramentas apresentadas nos módulos.</p>					
1.5.2	Implementação do Plano de ação para manter as Américas livres do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita	Número de países e territórios que estão implementando o Plano de ação para manter a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita na Região das Américas	7	42	Alcançado (42 alcançaram)
<p>Quarenta e dois países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, ATG, BHS, BLZ, BMU, BOL, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SAB, SLV, STA, SUR, SXM, TTO, URY, USA, VCT, VEN, VGB. A confirmação de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Os países que alcançaram o indicador estão implementando intervenções alinhadas com o Plano de ação para manter a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita na Região das Américas, 2012-2014.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2012	Meta para 2015	Classificação da avaliação
<p>Um marco importante de saúde pública foi alcançado durante o biênio com a declaração da eliminação da transmissão endêmica da rubéola e SRC na Região em abril de 2015. O surto de sarampo no nordeste do Brasil foi declarado interrompido pelo Comitê Técnico Internacional, e a Região continua a avançar rumo à comprovação da eliminação do sarampo.</p>					
1.5.3	Países aptos a gerar evidências sobre a introdução de novas vacinas	Número de países e territórios que estão gerando evidências para apoiar as decisões sobre a introdução de novas vacinas	12	19	Superado (21 alcançaram + 1 alcançou parcialmente)
<p>Vinte e um países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, BMU, BOL, BRA, CHL, COL, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, NIC, PER, PRY, SAB, SLV, STA, VEN. A confirmação de oito países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Além disso, um país alcançou parcialmente o indicador: KNA.</p> <p>Estudos sobre o impacto da vacina pneumocócica conjugada foram concluídos no Chile, Colômbia e Peru, e foram iniciados protocolos de estudo sobre a eficácia da VPC10 e VPC13 no Brasil e na República Dominicana, respectivamente. Além disso, avanços substanciais foram obtidos com respeito à vigilância sentinela da introdução de novas vacinas e à qualidade dos dados: 18 hospitais-sentinela em oito países (Bolívia, El Salvador, Equador, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru, Venezuela) estão avançando rumo à inclusão na Rede Global de Vigilância de Novas Vacinas.</p>					
1.5.4	Manutenção de sistemas de vigilância regionais para o monitoramento da paralisia flácida aguda (PFA)	Número de países e territórios com um sistema de vigilância melhorado ao nível do Sistema Integrado de Informação de Vigilância para Doenças Imunopreveníveis (ISIS) ou que estão criando pontes para a base de dados centralizada sobre imunização e a base de dados da OMS	15	21	Superado (26 alcançaram + 2 alcançaram parcialmente)
<p>Vinte e seis países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, BHS, BON, BRA, CHL, COL, CRI, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, URY, VEN. A confirmação de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Outros dois territórios o alcançaram parcialmente: CUW, STA.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>O uso do Sistema Integrado de Informação de Vigilância para Doenças Imunopreveníveis (ISIS) ou de um sistema que criasse uma ponte para a base de dados centralizada sobre imunização e a base de dados da OMS foi ampliado durante o biênio, com avanços significativos no Equador, Guiana, Panamá e República Dominicana. Atualmente, a Bolívia ainda está usando o Sistema de Vigilância da Eliminação da Poliomielite, com planos para atualizar o sistema em 2016.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2012	Meta para 2015	Classificação da avaliação
1.5.5	Países aptos a implementar novos algoritmos para o isolamento e diferenciação intratípica do vírus da pólio com indicadores de desempenho melhores	Número de países e territórios que estão implementando os novos algoritmos de diagnóstico no nível nacional ou subnacional	6	35	Superado (35 alcançaram + 3 alcançaram parcialmente)
<p>Trinta e cinco países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, ATG, BHS, BLZ, BOL, BON, BRA, BRB, CAN, COL, CRI, CUB, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, STA, SUR, TTO, URY, VCT, VEN. A confirmação de 24 países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Outros três países o alcançaram parcialmente: CHL, GUY, SAB.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A rede regional de laboratórios da poliomielite é formada por 11 laboratórios que implementam novos algoritmos e prestam serviço a todos os países/territórios nos níveis nacional ou sub-regional. A vigilância da poliomielite tem sido mantida por meio desse mecanismo desde o último caso do vírus selvagem da pólio em 1991. Tecnicamente, a vigilância exige grande perícia e esforço e, por isso, os serviços são divididos/combinados entre os países.</p>					
1.5.6	Processos estabelecidos para a gestão de gestão de risco ligados ao vírus da pólio no longo prazo, inclusive a contenção de todos os vírus da pólio residuais e a certificação da erradicação da poliomielite na Região	Número de países e territórios que estão implementando a Fase II do plano de ação para contenção da poliomielite	0	46	Parcialmente alcançado (35 alcançaram + 11 alcançaram parcialmente)
<p>Trinta e cinco países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, BLZ, BMU, BOL, BRA, BRB, CAN, CUB, CUW, CYM, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUF, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MSR, NIC, PAN, PRY, SAB, STA, SUR, SXM, TTO, URY, USA, VEN, VGB. A confirmação de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Além disso, 11 países o alcançaram parcialmente: AIA, ATG, BHS, CHL, COL, CRI, GUY, MEX, PER, SLV, VCT.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Em 2014, a OMS publicou um plano de ação global (também conhecido como GAPIII ou Plano de Contenção) para minimizar o risco do vírus da pólio associado a instalações após a erradicação de tipos específicos do vírus selvagem da pólio e a cessação sequencial do uso da vacina oral. Um pequeno grupo de trabalho reuniu-se em 2015 para definir a implementação desse plano global na Região, e o formato da pesquisa foi concluído em junho de 2015. Após essas etapas iniciais, manteve-se uma comunicação sistemática com os países para iniciar o processo de implementação e avançar rumo aos objetivos do GAPIII. Todos os países/territórios têm implementado o GAPIII regional por meio de atividades de formação, com base nas recomendações da RSPA.</p>					

Avaliação de Fim de Biênio de 2014-2015
Relatório da Categoria 2

CATEGORIA 2: DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E FATORES DE RISCO		CLASSIFICAÇÃO GERAL DA AVALIAÇÃO DA CATEGORIA ⁶ Cumpriu parcialmente as expectativas					
RESUMO DA CATEGORIA PROGRAMÁTICA E ORÇAMENTO							
Tabela 1. Resumo Programático e Orçamentário da Categoria 2							
Área programática	Orçamento aprovado (P&O 14–15) (milhões de US\$)	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos para o P&O (%)	Execução orçamentária em relação ao P&O (%)	Execução orçamentária em relação aos recursos concedidos (%)	Classificação dos indicadores dos resultados imediatos	Situação dos indicadores dos resultados intermediários
2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco	20,96	17,93	85,5	84,4	98,7	2/7 alcançados, 5/7 parcialmente alcançados	10/14 em curso, 3/14 nenhum progresso, 1/14 não avaliado
2.2 Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas	3,26	3,02	92,7	92,9	100,2	1/3 alcançado, 2/3 parcialmente alcançados	1/1 em curso
2.3 Violência e traumatismos	7,59	4,16	54,9	54,3	98,9	1/3 alcançado, 2/3 parcialmente alcançados	2/2 em curso
2.4 Deficiências e reabilitação	2,16	2,04	94,1	91,1	96,8	1/2 alcançado, 1/2 parcialmente alcançado	2/2 em curso

⁶ As classificações da avaliação da categoria como um todo e das áreas programáticas/dos resultados intermediários são determinadas, respectivamente pelos facilitadores das categorias e das áreas programáticas da OPAS, levando em consideração a execução programática e orçamentária, a análise dos recursos (humanos e financeiros) e os riscos operacionais e programáticos. As classificações são definidas do seguinte modo:

- **Cumpriu as expectativas** (verde): foram alcançados de 90% a 100% dos resultados para o período da avaliação. O progresso está no rumo certo, conforme planejado; não se preveem impedimentos nem riscos que afetem a obtenção dos resultados.
- **Cumpriu parcialmente as expectativas** (amarelo): foram alcançados de 75% a 89,9% dos resultados para o período da avaliação. O progresso talvez corra riscos e são necessárias medidas para superar atrasos, impedimentos e riscos.
- **Progresso insuficiente** (vermelho): foram alcançados menos de 75% dos resultados para o período da avaliação. O progresso corre riscos devido a impedimentos ou riscos que poderiam impedir a obtenção dos resultados. São necessárias medidas corretivas de imediato.

Área programática	Orçamento aprovado (P&O 14–15) (milhões de US\$)	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos para o P&O (%)	Execução orçamentária em relação ao P&O (%)	Execução orçamentária em relação aos recursos concedidos (%)	Classificação dos indicadores dos resultados imediatos	Situação dos indicadores dos resultados intermediários
2.5 Nutrição	14,32	7,67	53,6	52,7	98,3	2/2 alcançados	3/3 em curso
TOTAL	48,29	34,82	72,1	71,1	98,7	7/17 alcançados, 10/17 parcialmente alcançados	18/22 em curso, 3/22 nenhum progresso, 1/22 não avaliado

Tabela 2. Categoria 2, Resumo do Orçamento por Nível Funcional

Nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por nível (%)	Gasto total (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
Nacional	13,10	37,62	12,94	98,8
Internacional	5,95	17,08	5,86	98,6
Sub-regional	1,66	4,76	1,64	98,6
Regional	14,12	40,55	13,91	98,6
TOTAL	34,82	100,00	34,35	98,7

ANÁLISE PROGRAMÁTICA DA CATEGORIA

Resumo da avaliação da categoria como um todo

A Categoria 2 tem como objetivo reduzir o ônus das doenças não transmissíveis (DNTs) por meio da promoção da saúde e redução de riscos, prevenção, tratamento e monitoramento das DNTs e dos seus fatores de risco. A categoria contém cinco áreas programáticas concebidas para fazer face a esse desafio: DNTs e fatores de risco (2.1), saúde mental (2.2), violência e traumatismos (2.3), deficiências (2.4) e nutrição (2.5).

A cada ano, três de cada quatro mortes na Região das Américas são atribuídas às DNTs, e 34% dessas mortes ocorrem prematuramente em pessoas 30 a 69 anos de idade. Isso faz das DNTs, e seus respectivos fatores de risco, a principal causa de doenças, incapacidade e morte prematura nas Américas, representando um complexo desafio de saúde pública e uma ameaça ao desenvolvimento socioeconômico.

Em consequência, o mundo reconhece cada vez mais a importância das DNTs e seus fatores de risco, bem como da saúde mental, uso de substâncias, violência, segurança humana e segurança viária, deficiências e reabilitação, e nutrição, não apenas como grandes problemas de saúde, mas também como fatores altamente pertinentes para o desenvolvimento humano. Em consequência, as DNTs foram priorizadas no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, no *Plano de ação para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis nas Américas 2013-2019*, no *Global da OMS para a prevenção e controle de DNTs 2013-2020*, e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas (ONU) sob o tema da boa saúde e bem-estar.

Durante o biênio 2014-2015, a OPAS promoveu a coordenação multissetorial, elaborou diretrizes e apoiou os países na formulação de políticas e planos para as DNTs e na execução de intervenções com base científica (“as melhores opções”). Foram organizadas reuniões regionais e sub-regionais para aumentar a consciência política da importância das DNTs e promover o investimento para ampliar as ações multissetoriais. Além disso, o Conselho Diretor aprovou os planos de ação regionais para enfrentar a saúde mental, a violência contra a mulher, a segurança viária, as deficiências e a reabilitação, bem como para prevenir a obesidade na infância e adolescência. Em consequência, 16 países elaboraram planos de ação nacionais, enquanto 14 países estabeleceram metas nacionais para as DNTs.

Contudo, desafios importantes persistem. Para enfrentar as DNTs e regulamentar os fatores de risco, será necessário não apenas reconhecer a sua importância, mas também expandir a colaboração intersetorial e contar com a capacidade para implementar com êxito e fazer cumprir políticas sólidas e legislação eficaz. O sucesso nessa frente é restringido pelos poderosos interesses da indústria do tabaco, das bebidas alcoólicas e dos alimentos, bem como pela falta de recursos financeiros e humanos para enfrentar essas questões.

De modo semelhante, a OPAS experimentou um aumento da demanda por cooperação técnica sobre as DNTs, fatores de risco e saúde mental. Para fazer face a esse aumento da demanda, o último biênio nos ensinou que, além de fortalecer a capacidade no âmbito regional, é preciso concentrar-se em reforçar os recursos humanos e financeiros nos níveis nacional e sub-regional da Organização.

Conforme indicado na Tabela 1, a avaliação é que as expectativas da Categoria 2 foram cumpridas parcialmente, com 18 dos 22 indicadores dos resultados intermediários em curso, três sem progresso (exigindo ações aceleradas no novo biênio) e um que não pôde ser avaliado devido a desafios em termos de medição. Entre os 17 indicadores dos resultados imediatos, sete foram alcançados e 10 foram alcançados parcialmente. Em relação ao orçamento aprovado, a Categoria recebeu \$35 milhões de \$48 milhões (72%), dos quais 99% foram executados. Os detalhes da execução programática e orçamentária seguem são apresentados a seguir.

Resumo programático por área do programa

2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco

Esta área programática trata das políticas, programas e serviços relacionados às DNTs e seus fatores de risco, e visa a melhorar a capacidade de vigilância dos países com o objetivo de monitorar progresso rumo à consecução dos compromissos mundiais e regionais nessa área.

Avanços

- Os atuais indicadores dos resultados intermediários apontam para uma diminuição do tabagismo entre os adultos, de 19,0% em 2010 a 16,4% em 2015, sinalizando a probabilidade de que a meta seja alcançada em 2019. Entre todas as estratégias para combater os fatores de risco das DNTs, reconhece-se que, possivelmente, o controle do tabagismo tem o impacto mais significativo sobre a redução do ônus da saúde precária e da morte prematura.
- Dezesesseis países na Região elaboraram planos de ação nacionais contra as DNTs, e 14 países estabeleceram metas e indicadores nacionais para as DNTs, cumprindo os compromissos estabelecidos na Reunião de Alto Nível sobre Doenças Não Transmissíveis das Nações Unidas de 2014.
- O foco durante este biênio recaiu sobre a formulação de políticas para as DNTs, planos nacionais, políticas de redução dos fatores de risco e estratégias de gestão e vigilância. Para monitorar os avanços nessas áreas, a Organização coordenou uma pesquisa nacional sobre a capacidade para enfrentar as DNTs, respondida pelos Estados Membros em 2015.

- Pelo menos 12 países fizeram pesquisas sobre a prevalência dos fatores de risco, e as estimativas foram fornecidas à Organização e disseminadas por meio do portal de dados das DNTs.
- Foram elaboradas diretrizes e orientações sobre a redução do sal e hipertensão; o diabetes; o câncer cervical, de mama e na infância; a doença renal crônica e o modelo de atenção a afecções crônicas para o tratamento integrado das DNTs. Isso contribuiu para o fortalecimento dos sistemas e serviços de saúde para as DNTs.
- Na sub-região do Caribe, organizou-se um fórum envolvendo os principais interessados diretos nas DNTs para reavivar o compromisso político com essa questão. Como seguimento, foi realizada uma série de entrevistas com informantes importantes para definir as estratégias para alcançar esse intento. O trabalho posterior continuou a fortalecer o envolvimento político com as DNTs nessa sub-região.
- Regionalmente, foi estabelecido um Grupo de Trabalho Interamericano para as DNTs com o intuito de aproveitar e potencializar recursos e conhecimentos técnicos para uma resposta multisetorial. Esse grupo de trabalho, liderado pela OPAS, abrange organismos importantes do sistema interamericano, como a Organização dos Estados Americanos (OEA), o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, além do Banco Mundial.

Desafios

- A atenção e os recursos para as políticas de redução dos fatores de risco, o fortalecimento dos sistemas de saúde para as DNTs e o monitoramento e vigilância constantes são insuficientes, sobretudo diante de prioridades conflitantes em termos de saúde pública e da interferência do setor privado, especialmente das indústrias do tabaco, alimentos e bebidas.
- A obesidade continua a ser um grave problema, com 29% dos adultos com um índice de massa corporal (IMC) superior a 30 kg/m² nas Américas, em comparação com 11% no mundo todo. O tabagismo continua alto, com 19% de adultos fumantes na Região, e 22% dos adultos relatam episódios de consumo excessivo de álcool.
- O diabetes está vinculado à obesidade e poucos países fazem pesquisas frequentes que permitam estimar a prevalência do diabetes com o passar do tempo. Contudo, as estimativas indicam que o número de pessoas que vivem com o diabetes na região aumentará de 62 milhões atualmente para 109 milhões até 2030.
- Dados atualizados limitados existem atualmente sobre o controle da hipertensão, uma intervenção-chave para a redução do ônus das doenças cardiovasculares e as respectivas complicações e a mortalidade precoce.
- O consumo de sal é outro fator relacionado com a pressão arterial elevada e há uma necessidade urgente de aumentar a capacidade dos países para medir o consumo de sal pela população em vez de continuar dependendo das informações de estudos de pesquisa.
- Muito trabalho ainda precisa ser feito para atingir as metas para a triagem do câncer do colo do útero e o tratamento da doença renal crônica e da doença renal terminal.
- Com muitos países recorrendo a pesquisas quinquenais sobre as DNTs e seus fatores de risco, as brechas na vigilância estão prevenindo a medição da prevalência dos fatores de risco e das DNTs, bem como dos indicadores de saúde nutricional e mental, que não estão incluídos nos protocolos de pesquisa atuais.

Lições extraídas

- As experiências nos últimos dois anos apontam para o fato de que capacitação, a melhoria da infraestrutura e mais financiamento são necessários para alcançar as metas e objetivos das DNTs até 2019.
- Há uma necessidade urgente de construir redes intersetoriais para enfrentar as DNTs e seus fatores de risco, pois muitos dos fatores subjacentes da epidemia são encontrados fora do setor da saúde.
- Enquanto a prevenção dos fatores de risco continua a ser um pilar fundamental do esforço para enfrentar as DNTs e seus fatores de risco, também resta claro que se deve dar mais ênfase à administração das doenças crônicas, uma vez que os países que informaram as maiores quedas na mortalidade precoce (sobretudo a redução das

doenças cardiovasculares) conseguiram fazê-lo por meio da melhoria da prestação de assistência a pacientes agudos.

- Será importante desenvolver sistemas de vigilância eficazes para monitorar o aumento e a diminuição da prevalência das DNTs e seus fatores de risco, a fim de responder com programas de prevenção e controle eficazes, bem como com políticas públicas adequadas.
- A participação e liderança políticas fortes são fundamentais para levar adiante a agenda para reduzir as DNTs e seus fatores de risco. Existem estruturas legais em alguns casos, especialmente a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT), mas a vontade política se faz necessária para a implementação completa e monitoramento e aplicação constantes.

2.2 Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas

Esta área programática visa a fortalecer a capacidade nacional em saúde mental e no uso de substâncias com ênfase na melhoria do tratamento e atenção por meio de um enfoque baseado na comunidade e de direitos humanos.

Avanços

- Um total de 31 países e territórios tem políticas ou planos nacionais de saúde mental. A metade está sendo atualizada segundo o previsto pela *Estratégia e plano de ação para a saúde mental*.
- Vinte e um países e territórios iniciaram ou, em alguns casos, consolidaram seus esforços para integrar a saúde mental ao nível da atenção primária ao capacitar seus profissionais no Programa Mundial de Ação para Superar as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP, da sigla em inglês), uma ferramenta desenvolvida pela OMS para essa finalidade.
- O compromisso de abordar a saúde mental foi reafirmado pelos representantes de 29 países e territórios em uma conferência regional sobre a saúde mental.

Desafios

- A área programática 2.2 enfrenta limitações sociopolíticas e financeiras agudas mais pronunciadas do que as enfrentadas por outros programas. Por exemplo, as pessoas que sofrem de problemas de saúde mental, deficiências e uso de substâncias na nossa Região ainda confrontam um nível de estigma considerável; em consequência, os países não investiram recursos financeiros no nível necessária para fazer face a esses problemas de saúde pública.
- Embora quase todos os países e os territórios na Região estejam trabalhando em algumas das prioridades da saúde mental identificadas no Plano Estratégico da OPAS, nem sempre há correlação entre o interesse e um apoio efetivo em termos de financiamento.
- A integração dos serviços de saúde mental à atenção primária à saúde continua a ser insuficiente, o que resulta em acesso limitado a tratamento apropriado para quem sofre de transtornos mentais na Região.
- Sistemas de informação mal desenvolvidos ou inexistentes na área da saúde mental levaram a uma falta de evidências nacionais sobre a prevalência, carga da doença e mortalidade.
- A redução do consumo prejudicial do álcool continua a ser um grande desafio, e não foram informadas evidências de progresso para atingir esse resultado durante o biênio. As tendências atuais projetam um aumento do consumo de álcool per capita, o crescimento do uso entre mulheres e maiores taxas de consumo excessivo de álcool. Na falta da implementação de políticas bem-sucedidas, as metas dos resultados imediatos não serão alcançadas. Assim, de imediato, é preciso dar mais prioridade ao combate ao álcool como um grande problema de saúde. Embora vários países tenham elaborado políticas ou planos nacionais sobre o álcool, a maioria deles acabou não sendo aprovada pelas autoridades nacionais, o que demonstra que a vontade de enfrentar esse risco continua a ser superada pelas barreiras à boa implementação.

Lições extraídas

- A estratégia de integrar os serviços relacionados à saúde mental e ao uso de substâncias no nível da atenção primária revelou-se essencial para alcançar as prioridades identificadas no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. A adoção da *Estratégia e plano de ação para a saúde mental* contribuiu para o avanço de alguns dos temas dessa agenda, como a integração da saúde mental à atenção primária e um enfoque mais claro para o desenvolvimento de serviços comunitários como uma opção ao atendimento em instituições de saúde mental tradicionais. Essa integração está estabelecendo e fortalecendo gradativamente uma colaboração mais estreita com outros programas técnicos. A integração dos problemas de saúde mental e do uso de substâncias ao contexto da saúde, sobretudo no nível da atenção primária, aumenta a probabilidade de que os portadores desses problemas tenham acesso a serviços de saúde de acordo com as suas necessidades.
- No caso do álcool, o tratamento desse fator de risco de maneira sistemática e integrada, juntamente com os demais fatores de risco das DNTs, como o tabagismo, a má alimentação e o sedentarismo, tem ajudado a destacar o limitado progresso feito na regulamentação do álcool em comparação com outros riscos, bem como a necessidade de reforçar a capacidade institucional das autoridades de saúde para fazer as mudanças necessárias.

2.3 Violência e traumatismos

Esta área programática se concentra na implementação de políticas e programas que tratem da prevenção da violência e traumatismos, sobretudo nas áreas da segurança viária e da violência contra a mulher, crianças e jovens.

Avanços

- Vários países atualmente cumprem os critérios da OMS quanto às melhores práticas sobre a legislação relacionada com a condução sob o efeito do álcool (6 de países), limites de velocidade (5), uso de capacete (7), uso do cinto de segurança (19) e uso de dispositivos de retenção para crianças (13).
- A Declaração de Brasília sobre Segurança no Trânsito, aprovada em novembro de 2015, contém diretrizes concretas para ajudar os governos a alcançar as metas da Década de Ação para a Segurança Viária 2011–2020, bem como incorporar as metas dos ODS relacionadas com a segurança viária (metas 3.6 e 11.2).
- A formulação do Plano Diretor para o Fortalecimento da Segurança Viária nas Cidades Mesoamericanas concentrou-se nas medidas de segurança no trânsito nas áreas urbanas da América Central e República Dominicana. Entre elas, destacam-se fortalecer a liderança da segurança viária, promover a legislação e sua aplicação, melhorar a mobilidade sustentável, desenvolver sistemas de informação (passando pela qualidade dos dados), bem como melhorar o atendimento após acidentes. Quatorze planos urbanos também foram elaborados, seguindo os objetivos do Plano Diretor.
- Na área da violência contra a mulher, um marco importante foi alcançado nesse biênio com a aprovação, pelo 54º Conselho Diretor da OPAS, da *Estratégia e Plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher* (documento CD54/9 Rev. 2). Ao aprovar esse documento, a Região das Américas se tornou a primeira região da OMS em que as suas mais altas autoridades endossaram uma estrutura para a ação na violência contra a mulher. Esse documento também serviu como insumo importante para a redação do *Plano de ação mundial sobre a violência*, a ser examinado pela Assembleia Mundial da Saúde de 2016. Não há dúvida de que isso facilitará o cumprimento do indicador do resultado intermediário até o prazo de 2019.
- Na área da violência contra as crianças, a Organização estabeleceu colaborações importantes (por exemplo, com o UNICEF, a Johns Hopkins University, a London School of Hygiene and Tropical Medicine) para ampliar a base de evidências sobre a prevalência da violência contra as crianças nas Américas e a resposta dos sistemas de saúde. A Organização também está apoiando os esforços para a formulação de diretrizes clínicas e de política sobre essa questão, bem como um pacote de prevenção, que é um esforço para alinhar diversos organismos (OMS, UNICEF, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, Centros para Controle e Prevenção de Doenças

dos Estados Unidos) em torno das mesmas recomendações para a prevenção da violência contra as crianças.

- O primeiro Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência, da OMS, foi publicado em dezembro de 2014 com a participação de 21 países das Américas. Para aumentar esse esforço, foram coletados mais dados, usando o mesmo protocolo, de nove países de língua inglesa do Caribe em 2015. Além disso, uma subvenção foi recebida do Fundo de Reserva das Nações Unidas para a Segurança Humana para incorporar o enfoque da segurança humana aos planos nacionais de prevenção da violência entre os jovens na e República Dominicana e países da América Central.

Desafios

- A disponibilidade de dados continua a ser um grande motivo de preocupação; alguns países informam que não conseguem fornecer dados sobre os indicadores de segurança viária acordados. Outros desafios são o trabalho intersetorial limitado, as prioridades nacionais conflitantes, o investimento insuficiente em políticas de segurança viária e a baixa capacidade de fiscalização. Especificamente, embora vários países satisfaçam os critérios da OMS em termos das melhores práticas na legislação sobre a condução sob o efeito do álcool, os limites de velocidade e o uso de capacete, cinto de segurança e dispositivos de retenção para crianças, a fiscalização do cumprimento da lei nessas cinco áreas na Região continua fraca.
- Os ODS estabelecem uma redução de 50% da mortalidade relacionada com acidentes de trânsito até 2020, em contraste com o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, que exige que não haja aumento dessa mortalidade até 2019 (atualmente, a mortalidade é de 150.000 mortos por ano). A meta mais rigorosa dos ODS impõe uma mudança importante do “*status quo*” e precisa ser considerada da mais alta prioridade para a Organização e a Região. Isso exigirá não apenas o comprometimento de mais recursos, mas também um compromisso político significativo para reduzir o número de traumatismos e mortes até os níveis acordados nos ODS.
- Embora os Estados Membros e territórios cada vez mais reconheçam que a violência contra a mulher e as crianças é uma ameaça tanto para a saúde como para o desenvolvimento, o financiamento insuficiente e a capacidade limitada resultam em respostas que não correspondem à magnitude do problema.
- Dentro da estrutura da Saúde em Todas as Políticas e do enfoque da segurança humana, um dos principais desafios na prevenção da violência é fortalecer a colaboração entre o setor da saúde e o setor da polícia e justiça para ajudar a implementar a Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Em especial, essa colaboração deve abranger ações para melhorar os sistemas de vigilância, avaliar as intervenções de prevenção da violência e fortalecer a relação entre os serviços de atenção primária à saúde e as unidades de policiamento da comunidade.

Lições extraídas

- A Declaração de Brasília sobre Segurança no Trânsito, a resolução da OPAS e OMS sobre o fortalecimento dos sistemas de saúde para abordar a violência e a participação dos Estados Membros no Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência, da OMS, apontam para o fato de que existe vontade política para enfrentar a violência e os traumatismos equipamento e lesões na Região, mas que são necessários mais recursos humanos, técnicos e financeiros e o desenvolvimento de parcerias intersetoriais fortes para alcançar os ODS.
- A legislação é uma estratégia essencial para melhorar o comportamento das pessoas no trânsito e reduzir o número de mortes nas vias. A maioria dos países da Região pode melhorar as suas leis sobre os fatores de risco e de proteção para estar em linha com as melhores práticas internacionais.

2.4 Deficiências e reabilitação

Esta área programática oferece cooperação técnica para ampliar o acesso a serviços essenciais para portadores de

deficiências e também abrange serviços de saúde oftalmológica, auditiva e bucodental como parte de um fortalecimento maior dos sistemas de saúde.

Avanços

- Houve progresso na melhoria do acesso a serviços de habilitação e reabilitação e a serviços sociais para portadores de deficiências, enquanto o acesso às cirurgias de catarata também aumentou. Sem dúvida, a aprovação do *Plano de ação sobre deficiências e reabilitação* ajudou a impulsionar a agenda das deficiências e reabilitação.

Desafios

- Embora a maioria dos países da Região tenha firmado a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, eles ainda não atualizaram a legislação e políticas existentes para estar em conformidade com a Convenção e as recomendações da OPAS/OMS.
- O que é preciso é uma análise, em cada país, das políticas, sistemas e serviços tradicionais e específicos para os deficientes lacunas e obstáculos, seguida de esforços para resolvê-las. Entretanto, as deficiências nem sempre são classificadas como uma prioridade, que torna difícil atingir essa meta.
- Além dos serviços tradicionais, os portadores de deficiências podem necessitar acesso a medidas específicas, como reabilitação e serviços de apoio, inclusive tecnologia assistiva. Contudo, o investimento em programas e serviços específicos para os portadores de deficiências, na maioria das vezes, não existe.
- É vital melhorar o entendimento público das deficiências, confrontar as percepções negativas e representar as deficiências de maneira positiva. Entretanto, os responsáveis pelas decisões na Região não priorizaram a orientação do público sobre essa questão.
- Muitos países contam com poucas pessoas trabalhando nas áreas da reabilitação. O desenvolvimento de normas para a capacitação de diversos tipos e níveis de profissionais de reabilitação pode ajudar a cobrir os déficits de recursos.
- Sistemas nacionais de coleta de dados sobre as deficiências não existem, e dados desagregados por deficiência costumam não estar disponíveis.

Lições extraídas

- Para alcançar a universalização do acesso à saúde e da sua cobertura, é necessário fortalecer os serviços públicos que prestam serviços aos portadores de deficiências, bem como para aperfeiçoar as ferramentas de avaliação para medir a melhoria do acesso aos serviços.
- A geração e publicação de evidências com respeito às melhores práticas têm servido como ferramenta de planejamento e forte promoção da causa.

2.5 Nutrição

Esta área programática tem como objetivo fortalecer a base de evidências para a execução de intervenções eficazes na nutrição e formular e avaliar políticas, regulamentações e programas, promovendo enfoques multissetoriais que envolvam os principais setores como a educação, a agricultura e o meio ambiente.

Avanços

- O foco neste biênio tem recaído sobre a formulação de políticas nutricionais relacionadas com a prevenção da obesidade na infância e adolescência, das deficiências de micronutrientes e do atraso no crescimento, e com a promoção da amamentação. A adoção do *Plano de ação para a prevenção da obesidade nas crianças e*

adolescentes pelos Estados Membros em 2014 foi útil no apoio aos países para que elaborassem legislação e políticas com respeito à comercialização de alimentos para crianças, a melhoria da nutrição escolar (almoço e lanches fornecidos por escolas e alimentos vendidos dentro das escolas) e aos rótulos na parte da frente das embalagens para melhor informar os consumidores sobre alimentos com alto teor de sal, gordura e açúcar. Para ajudar nesses esforços, a OPAS desenvolveu um modelo de perfil nutricional que pode ser usado para sustentar essas reformas.

- A legislação em conformidade com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno foi fortalecida na Bolívia, Brasil, El Salvador e Honduras, enquanto o México proibiu a doação de leite em pó nos hospitais e serviços de saúde.
- Impostos sobre bebidas adoçadas com açúcar foram adotados em Barbados, Dominica e México, e legislação sobre os rótulos na parte da frente das embalagens em conformidade com as recomendações da OMS foi instituída na Bolívia, Chile e Equador.
- Restrições à comercialização de alimentos e bebidas para crianças também foram implementadas no Brasil, Bolívia, Chile e México. Muitos países adotaram políticas para melhorar o ambiente alimentar escolar.
- Em âmbito regional, foram tomadas medidas para revitalizar as metas da iniciativa em prol dos hospitais “amigos do lactante” (BFHI, da sigla em inglês), definir metas nacionais e monitorar os avanços. Em especial, o Uruguai e os Estados Unidos tiveram grande sucesso na implementação dessa iniciativa monitoramento sistemático do seu progresso. O México também obteve grandes avanços nessa frente.
- Reuniões regionais e sub-regionais foram organizadas para tratar da prevenção da obesidade em crianças e adolescentes, e a formulação de planos nacionais de implementação foi apoiada em Honduras e Porto Rico, entre outros.

Desafios

- Para prevenir o sobrepeso, o foco deve recair sobre a mudança do ambiente alimentar, e isso passa pela implementação de políticas fiscais e regulatórias que afetem diretamente as indústrias de alimentos e bebidas. Em consequência, a indústria tomou medidas agressivas para deter e/ou enfraquecer a legislação. O mesmo ocorre com os esforços para melhorar a legislação e o monitoramento do consumo de leite em pó de acordo com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.
- A nutrição escolar é uma área estratégica de ação e a OPAS ainda não se tornou ativa nessa área.
- Embora muitos países tenham legislação, políticas e normas para melhorar a nutrição, muitas delas são mal aplicadas ou não são implementadas.
- Faltam sistemas de vigilância para medir os principais indicadores nutricionais e a cobertura das intervenções eficazes na nutrição.

Lições extraídas

- Embora exista vontade política na Região para prevenir a obesidade e promover a amamentação, poderosos interesses econômicos estão trabalhando contra a aprovação de legislação, e a regulamentação precisa incentivar os consumidores a escolher opções saudáveis, sobretudo quando se trata de produtos alimentícios e bebidas processados. É necessário melhorar a capacidade institucional dos países para elaborar legislação, estruturas de monitoramento e avaliação fortes e mecanismos bem estabelecidos para impor sanções quando indicado.

Riscos:

Os riscos mais importantes identificados na Categoria 2 do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 estão relacionados abaixo, além de informações a respeito da sua situação e as medidas de mitigação tomadas para resolvê-los.

- Prioridades mundiais e nacionais conflitantes reduzem a atenção dada às DNTs e aos seus fatores de risco, afetando, inclusive, as intervenções para a saúde mental e as deficiências no nível da atenção primária à saúde.
- A baixa capacidade reguladora das instituições no âmbito nacional permite que as indústrias do tabaco, das bebidas alcoólicas, dos alimentos processados e das bebidas açucaradas interfiram e prejudiquem os avanços nos países.
- A aplicação das leis sobre os fatores de risco das DNTs (como a segurança viária e a violência) é limitada no âmbito nacional.
 - Embora os responsáveis pelas decisões nos níveis nacional e regional reconheçam a necessidade de abordar as DNTs e os fatores de risco, a falta de um envolvimento político firme resulta em progresso insuficiente em áreas fundamentais, como a plena implementação da CQCT, a limitação do uso prejudicial de bebidas alcoólicas e a redução da produção e consumo de produtos alimentícios pouco saudáveis. Essa situação tornou-se mais complicada pelas prioridades conflitantes, como a preocupação com a preparação contra o Ebola e a epidemia do chikungunya, entre outros. Isso salienta a importância do compromisso político, do trabalho intersetorial e do reconhecimento efetivo da importância das DNTs e seus fatores de risco para os sistemas de saúde, sociedades e desenvolvimento, com investimento suficiente, como pré-requisitos para o progresso.
 - Além da elaboração de programas nacionais eficazes para enfrentar as DNTs e seus fatores de risco, a promoção do trabalho intersetorial precisa ser priorizada, uma vez que os temas da Categoria 2 exigem enfoques que vão muito mais além do setor da saúde. Muito trabalho ainda precisa ser feito nessas duas frentes para neutralizar os efeitos da baixa priorização política das DNTs e seus fatores de risco, a falta de capacidade regulatória e o limitado cumprimento da legislação existente.
- A agregação dos dados e a disponibilidade limitada de informações sobre as DNTs e seus fatores de risco ocultam aspectos de equidade importantes dessas doenças e problemas, enfraquecendo as intervenções baseadas em evidências.
- A complexidade dos sistemas de monitoramento e notificação, passando pela variedade de metodologias usadas, reduz a capacidade dos países e territórios para informar o seu progresso no combate às DNTs e aos fatores de risco.
- Os esforços de prevenção da violência recebem baixa prioridade porque as consequências da violência costumam ser invisíveis nas estatísticas de saúde atuais e porque a avaliação do progresso é igualmente difícil.
 - Embora tenham sido tomadas medidas para enfrentar essa situação, ainda há muito que precisa ser feito para melhorar a qualidade dos dados, os sistemas de vigilância e a padronização dos mecanismos de informação. Ademais, a persistência de barreiras financeiras e técnicas limita a capacidade dos Estados Membros para avaliar os resultados da implementação das políticas públicas e prestar contas sobre o progresso rumo às metas.
- O investimento na prevenção e controle das DNTs é insuficiente nos níveis nacional e internacional, pondo em risco a implementação da estratégia mundial contra as DNTs e o plano de ação regional proposto sobre essas doenças para 2013–2019.
 - Os desafios descritos acima são agravados pelo fato de que, diferentemente das doenças infecciosas, os temas da Categoria 2 não têm atraído o interesse de doadores externos, que não se apresentaram para fazer face às crescentes necessidades financeiras relacionadas com as DNTs, os fatores de risco e a saúde mental. A realidade é que essas questões de saúde mostram uma lenta mudança ao longo do tempo e não revelam o progresso quantificável que atia o interesse dos doadores e estimula o investimento em outros problemas de saúde pública, como as doenças transmissíveis e a saúde materno-infantil.

Análise da execução orçamentária

O nível geral de financiamento em comparação com o Programa e Orçamento 2014-2015 (P&O 14–15) para a Categoria 2 foi 72% (\$35 milhões), inferior à meta mínima de financiamento de 75% para as categorias. Claramente, existe um desalinhamento com o nível prioritário dos temas da Categoria 2, reconhecidos entre as mais altas prioridades em matéria

de saúde pública para a Região. Isso se deve, principalmente, aos desafios para mobilizar recursos para essas questões, conforme notado acima. Contudo, o trabalho realizado na Categoria 2 foi bem-sucedido ao dirigir a atenção para essas questões pertinentes e levou à frente agendas relacionadas com as DNTs e seus fatores de risco, a saúde mental e o uso de substâncias, a violência e as deficiências, e a nutrição e, ao mesmo tempo, funcionou dentro das limitações de um programa com uma grave insuficiência de recursos.

A área programática 2.1 (DNTs e fatores de risco) recebeu 85,5% do financiamento solicitado e necessitará de mais recursos ter um desempenho ótimo e atingir as metas em 2016-2017. É importante destacar que, durante o biênio 2014-2015, a área programática 2.1 foi classificada como a prioridade número um entre todas as áreas programáticas da Organização pelos países e territórios, o que salienta ainda mais a incongruência do déficit orçamentário da área programática 2.1.

As áreas programáticas 2.4 (deficiências e reabilitação) e 2.2 (saúde mental) receberam 94,1% e 92,7% dos orçamentos aprovados para programas, respectivamente; cumpre observar que essas áreas programáticas foram as que tiveram orçamento calculado da maneira mais conservadora. Em vista da elevada taxa de execução de ambas as áreas programáticas, pode-se supor que houve um desequilíbrio entre a capacidade para implementar o programa de trabalho e o orçamento planejado para o programa. A área programática 2.2 foi classificada exatamente no meio em termos de priorização. As áreas programáticas 2.3 (violência e traumatismos) e 2.5 (nutrição) receberam consideravelmente menos financiamento do que o solicitado, tendo captado apenas 54,9% e 53,6%, respectivamente, dos montantes planejados no orçamento. Mais uma vez, a elevada execução do orçamento dessas duas áreas programáticas, 98,9% e 98,3% respectivamente, indica que mais recursos poderiam ter sido usados para perseguir ainda mais as metas técnicas das duas áreas programáticas. Em especial, esse foi o caso da área programática 2.5, que operou com um déficit orçamentário planejado de US\$ 6,65 milhões e que, assim como a área programática similar 2.2, também foi classificada no meio em termos de priorização.

Tabela 3. Categoria 2, Resumo do Orçamento por Área Programática e Nível Funcional

Categoria, área programática e nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por área programática (%)	Total gasto (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco	34,82	100,00	34,35	98,7
2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco	17,93	51,49	17,69	98,7
Nacional	7,60	21,83	7,58	99,7
Internacional	2,83	8,14	2,78	97,9
Sub-regional	0,76	2,19	0,75	98,0
Regional	6,73	19,33	6,59	97,9
2.2 Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas	3,02	8,68	3,03	100,2
Nacional	0,82	2,36	0,82	99,9
Internacional	0,59	1,71	0,60	100,3
Sub-regional	0,20	0,56	0,20	100,2
Regional	1,41	4,05	1,41	100,3
2.3 Violência e traumatismos	4,16	11,96	4,12	98,9
Nacional	2,49	7,15	2,49	100,0
Internacional	0,45	1,30	0,44	97,3
Sub-regional	0,14	0,41	0,14	97,7
Regional	1,08	3,10	1,05	97,3

Categoria, área programática e nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por área programática (%)	Total gasto (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
2.4 Deficiências e reabilitação	2,04	5,85	1,97	96,8
Nacional	0,41	1,17	0,36	89,5
Internacional	0,45	1,29	0,44	98,7
Sub-regional	0,12	0,34	0,12	98,7
Regional	1,06	3,05	1,05	98,7
2.5 Nutrição	7,67	22,03	7,54	98,3
Nacional	1,78	5,11	1,69	95,0
Internacional	1,62	4,64	1,60	99,3
Sub-regional	0,44	1,26	0,44	99,4
Regional	3,83	11,01	3,81	99,3

Conforme indicado nas Tabelas 2 e 3, a alocação de recursos por nível funcional esteve em conformidade com a intenção geral da Política do Orçamento da OPAS. É importante destacar que os \$13,10 milhões alocados aos países provavelmente foi insuficiente para enfrentar o que, resta claro, é uma epidemia regional crescente. Para fazer face a esse problema, a Organização fez seu melhor para mobilizar fundos para os países ao longo do biênio, e os \$5,95 milhões em alocações internacionais complementou os recursos para a cooperação técnica direta com os países em toda a Região, a limitação dos recursos humanos necessários para abordar os temas da Categoria 2 criaram um obstáculo adicional ao enfrentamento dos desafios. As recomendações nesse sentido são apresentadas a seguir.

O alto nível de execução em cada nível funcional também sugere que, se mais recursos houvessem sido mobilizados, a execução programática poderia ter sido maior. Embora níveis moderados de recursos tenham sido mobilizados no nível regional em 2014-2015, isso não foi alcançado no nível sub-regional. Em suma, 2014-2015 foi um período em que os temas da Categoria 2 receberam mais atenção, porém não houve uma contrapartida em termos de níveis correspondentes de financiamento para ampliar o trabalho de cooperação técnica.

Mobilização de recursos

Durante o biênio 2014-2015, o nível âmbito regional foi exitoso ao cultivar relações com doadores novos e já existentes, como os Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), a Fundação dos CDC, o Governo do Brasil, a American Heart Association, a Federação Russa, o Centro Internacional de Investigações para o Desenvolvimento do Canadá, Bloomberg Philanthropies, Governo do Reino Unido, Governo da Noruega, Fundação Mundial de Diabetes, Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID) e a Federação Internacional das Associações de Fabricantes de Produtos Farmacêuticos (IFPMA), entre outros. Estão em andamento esforços para obter recursos do Fundo da OPEP para o Desenvolvimento Internacional, e novas oportunidades estão sendo buscadas para suprir as necessidades financeiras não financiadas da Categoria 2.

Como a categoria foi encabeçada por um departamento reestruturado no começo do biênio, a Categoria 2 teve êxito na mobilização de recursos, embora, em última análise, não tenha conseguido cobrir o considerável déficit orçamentário. É importante observar que um fluxo de entrada considerável de recursos do Orçamento Ordinário foi recebido ao longo do biênio.

Recomendações

- Analisar os recursos alocados à Categoria 2 para assegurar a disponibilidade de financiamento e recursos humanos suficientes todos os níveis funcionais para que o programa de trabalho possa ser executado plenamente.
- Elevar o nível da consciência política dos cronogramas para o cumprimento das metas de 2019 do Plano

Estratégico da OPAS, no intuito de salientar a urgência do programa de trabalho.

- Coordenar com os mecanismos de integração sub-regionais, como a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), o Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL) e o Sistema de Integração Centro-Americana (SICA), em um nível político alto para aumentar a consciência entre os líderes políticos, como foi feito na reunião sobre DNTs com interessados diretos no Caribe.
- Assegurar que todas as Representações da OPAS/OMS estejam cientes da prioridade das DNTs, fatores de risco e temas de saúde mental, e estejam posicionados para levar à frente o trabalho dos países no enfrentamento das DNTs.
- Desenvolver uma resposta institucional à vigilância para as DNTs, fatores de risco e saúde mental de tal maneira que os países tenham a autonomia para usar recursos escassos para informar sobre o seu progresso de maneira sustentável.

Avaliação por Área Programática

<p>Área programática 2.1: Doenças não transmissíveis e fatores de risco</p> <p>Ampliação do acesso a intervenções para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis e seus fatores de risco</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 10/14 em curso, 3/14 nenhum progresso, 1/14 não avaliado</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIM: 2/7 alcançados, 5/7 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
--	---

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação (classificar como alcançado, em curso, <i>nenhum progresso</i>) ^{7, 8}
2.1.1a	Consumo total (registrado e não registrado) de álcool per capita entre pessoas de 15 anos ou mais em um ano civil, em litros de álcool puro, conforme o caso, dentro do contexto nacional	8,4 litros/pessoa/ano (2010)	Redução de 5%	Nenhum progresso (ND) ⁹
<p>O consumo de APC em 2014, conforme estimado pela OMS, e com base nos dados de 2008–2010, foi 8,4 litros/pessoa/ano. Nenhuma outra estimativa foi feita pela OMS para avaliar o progresso nem para projetar os números de 2019. É pouco provável que esta meta seja alcançada, uma vez que as tendências estimadas indicam um aumento provável do consumo de APC caso nenhuma mudança de política seja implementada.</p>				

⁷ Em termos de consecução, os indicadores são avaliados do seguinte modo:

- **Alcançado:** A meta do indicador estabelecida para 2019 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) no Plano Estratégico da OPAS já foi alcançada.
- **Em curso:** Houve um aumento em relação ao valor da linha de base do indicador definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e os trabalhos estão em andamento/no rumo certo para a meta estabelecida no Plano Estratégico ser alcançada até 2019.
- **Nenhum progresso:** Não houve aumento em relação ao valor da linha de base definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e o progresso rumo à consecução da meta do indicador até 2019 poderia estar em risco.

⁸ Os indicadores regionais são avaliados pela entidade regional responsável/Rede de Categorias e Áreas Programáticas (CPAN) com base nas informações mais recentes disponíveis, de acordo com os critérios definidos no compêndio dos indicadores.

⁹ Indicadores regionais sem informações atualizadas; normalmente se baseiam em pesquisas e outras fontes de informações que não são atualizadas a cada dois anos.

CD55/5 - ANEXO A

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
2.1.1b	Prevalência de transtornos decorrentes do consumo de álcool entre adolescentes e adultos, conforme o caso, dentro do contexto nacional	6,0% para os códigos do CID 10 (2,6% para o uso prejudicial e 3,4% para a dependência do álcool) em 2010	Redução de 5%	Nenhum progresso (ND)
Este indicador foi avaliado originalmente com dados de 2010, e os dados da linha de base fornecidos são as estimativas da OMS publicadas em 2014. Nenhuma outra estimação foi feita pela OMS para avaliar o progresso nem para projetar os números de 2019. É pouco provável que esta meta seja alcançada, uma vez que as tendências estimadas mostram um aumento do consumo e do consumo excessivo entre as mulheres, além do alcance limitado dos serviços de saúde.				
2.1.1c	Prevalência, padronizada por idade, de episódios de consumo excessivo	13,7%	Redução de 5%	Nenhum progresso (ND)
Este indicador foi avaliado pela primeira vez com dados de 2010 e os dados da linha de base fornecidos são as estimativas da OMS publicadas em 2014. Nenhuma outra estimação foi feita pela OMS para avaliar o progresso nem para projetar os números de 2019. Dadas as tendências estimadas, que mostram um aumento dos episódios de consumo excessivo de álcool por adolescentes e adultos, é pouco provável que esta meta seja alcançada caso nenhuma mudança de política seja implementada.				
2.1.2a	Prevalência do nível atual de consumo de tabaco entre adolescentes de 13 a 15 anos	A ser determinada	A ser determinada	Não avaliado (ND)
A OPAS está trabalhando com a OMS para produzir estimativas para esta faixa etária a fim de assegurar a uniformidade com os indicadores da OMS. A OMS não estabeleceu uma meta distinta para a prevalência do tabagismo entre os adolescentes.				
2.1.2b	Prevalência, padronizada por idade, do nível atual de consumo de tabaco (18 anos ou mais)	21%	17%	Em curso (15 anos ou mais, de 19,0% em 2010 para 16,4% em 2015)
Embora a OPAS não tenha dados internos para produzir estimativas para esta faixa etária (18 anos ou mais), o indicador para as pessoas com 15 anos ou mais revela que prevalência caiu de 19,0% em 2010 para 16,4% em 2015. Isso indica que a meta poderia ser alcançada até 2019.				
2.1.3a	Prevalência de atividade física insuficiente em adolescentes de 13 a 17 anos	O mais recente dado informado pelo país sobre a prevalência de atividade física insuficiente entre 2009 e 2012	Uma redução de 5% com respeito ao valor da prevalência da linha de base até 2016-2019	Em curso (ND)
Dados sobre atividade física são coletados na Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar. Entretanto, os países estão apenas começando a implementar políticas e programas nas escolas para promover a atividade física e é prematuro avaliar impacto a esta altura. Essas políticas devem acelerar-se em consequência do <i>Plano de ação para a prevenção da obesidade nas crianças e adolescentes da OPAS</i> .				

CD55/5 - ANEXO A

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
2.1.3b	Prevalência, padronizada por idade, de atividade física insuficiente em adultos	O mais recente dado informado pelo país sobre a prevalência de atividade física insuficiente entre 2009 e 2012	Uma redução de 5% com respeito ao valor da prevalência da linha de base até 2016-2019	Em curso (ND)
A maioria dos países está implementando ciclovias e atividades recreativas para incentivar a atividade física. Entretanto, é preciso melhorar os instrumentos para registrar o uso dessas intervenções para a atividade física, a fim de fornecer uma base para a estimativa do seu impacto.				
2.1.4	Porcentagem de hipertensão controlada no nível da população (< 140/mmHg) entre pessoas com mais de 18 anos	15%	35%	Em curso (ND)
A expectativa é que este objetivo seja alcançado até 2019. As informações são coletadas a cada quatro a cinco anos no nível nacional, e as informações disponíveis ainda são insuficientes para permitir uma análise do alcance e validade regionais. Entretanto, com base nos relatórios de grandes estudos epidemiológicos e nas informações prestadas por alguns países, a brecha para alcançar a meta de controle de 35% ainda é muito grande. Na realidade, apenas três países apresentam informações em âmbito nacional que refletem um controle de hipertensão de 35%: Canadá, Cuba e Estados Unidos. Como é muito mais eficaz em termos do custo controlar a hipertensão para reduzir a mortalidade cardiovascular, a prioridade tem sido apoiar os países para que implementem métodos inovadores para atingir essa meta. Atualmente Barbados, Chile, Colômbia e Cuba estão se aproximando da implementação desse tipo de iniciativa.				
2.1.5	Prevalência, padronizada por idade, de hiperglicemia/diabetes entre pessoas com mais de 18 anos	18,8%	18,8%	Em curso (ND)
Apenas um país repetiu uma pesquisa sobre fatores de risco que abrange o diabetes (Argentina); ele informou que não houve aumento da prevalência. Muitos países fizeram uma pesquisa única e, talvez, alguns a repitam até 2019, para que estejam disponíveis dados da prevalência comparáveis.				
2.1.6a	Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes de 13 a 17 anos	A ser determinada	A ser determinada	Em curso (ND)
Dados de informações próprias sobre o sobrepeso e obesidade são coletados na Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar. Contudo, os países estão apenas começando a implementar políticas e programas nas escolas para melhorar o ambiente nutricional escolar, e é prematuro avaliar o progresso. Assim como no caso da obesidade nas crianças, a meta deve ser deter o aumento da prevalência. Essas políticas devem acelerar-se em consequência do <i>Plano de ação para a prevenção da obesidade nas crianças e adolescentes</i> da OPAS.				
2.1.6b	Prevalência de sobrepeso e obesidade em adultos (homens e mulheres com 18 anos ou mais)	A ser determinada	A ser determinada	Em curso (ND)
Embora muitos países estejam implementando políticas e programas para combater a obesidade em adultos, pesquisas de representatividade nacional são feitas em intervalos de mais ou menos cinco anos em alguns países, e são coletados dados apenas sobre mulheres em idade reprodutiva. Desde 2013, poucos países fizeram novas pesquisas e, portanto, não é possível avaliar o progresso regional efetivo. A redução da prevalência da obesidade entre os adultos é muito difícil: são poucos os exemplos de programas bem-sucedidos, nenhum deles em nível nacional até o momento.				

CD55/5 - ANEXO A

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
2.1.7	Ingestão média de sal (cloreto de sódio), padronizada por idade, pela população, por dia, em gramas, entre pessoas com 18 anos ou mais	11,5 gramas	7 gramas	Em curso (ND)
<p>Até 2019, a ingestão regional média estará disponível para ser calculada, pois mais países estão avaliando a ingestão de sal. Em especial, como os dados sobre o consumo de sal derivam de estudos de pesquisas e não de estudos populacionais, o tamanho das amostras e as metodologias são diferentes. Apenas Argentina, Barbados e Brasil usaram estudos baseados em uma submostra das suas populações para avaliar a ingestão de sódio na população geral.</p>				
2.1.8	Número de países e territórios que contam com um programa de detecção do câncer cervical que alcance uma cobertura de 70%, conforme medida pela proporção de mulheres de 30 a 49 anos que passaram por um exame para detecção desse tipo de câncer pelo menos uma vez, ou mais vezes no caso de grupos mais jovens ou mais velhos de acordo com programas ou políticas nacionais, até 2019	5	15	Em curso (4 alcançaram + 10 em curso)
<p>Quatro países alcançaram o indicador: ARG, CAN, COL, USA.</p> <p>Dez países conseguiram avanços no indicador: BOL, BRA, CHL, CRI, GTM, HND, JAM, MEX, PRY, TTO.</p> <p>BRA, CHL e JAM, países na linha de base, precisam fortalecer seu programa nacional de combate ao câncer cervical para chegar a uma cobertura de triagem de 70% e manter o indicador. BOL, CRI, GTM, HND, MEX, PRY e TTO, países na meta, precisam fortalecer seus programas nacionais para alcançar este indicador.</p>				
2.1.9	Número de países e territórios com uma taxa de prevalência do tratamento da doença crônica renal terminal de pelo menos 700 pacientes por milhão de habitantes (pmh)	8	17	Em curso (6 alcançaram + 9 em curso)
<p>Seis países alcançaram o indicador: ARG, BRA, CAN, CHL, PRI, USA. Esses países já ultrapassaram a meta de 700 pmp.</p> <p>Os nove países a seguir informam haver obtido um progresso parcial: COL, CRI, CUB, DOM, ECU, PAN, PER, SLV, VEN. Equador e Colômbia estão perto de atingir a meta. De modo geral, há progresso, mas serão necessários esforços significativos para alcançar a meta.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{10, 11}
2.1.1	Países aptos a elaborar as políticas e planos nacionais multissetoriais para prevenir e controlar as DNTs e fatores de risco, em conformidade com o plano regional de ação para as DNTs	Número de países e territórios que estão implementando os planos de ação nacionais multissetoriais para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis e fatores de risco	14	20	Parcialmente alcançado (16 alcançaram + 12 alcançaram parcialmente)
<p>Dezesseis países e territórios mantiveram ou alcançaram o indicador: ARG, BMU, BRA, CAN, COL, CRI, DMA, GUY, HND, JAM, KNA, MEX, PRY, TCA, USA, VGB.</p> <p>Outros 12 países e territórios o alcançaram parcialmente: ABW, BRB, CHL, CUB, CUW, ECU, GTM, PER, SAB, SLV, SUR, TTO. A maioria destes não conseguiu alcançar o indicador por causa dos desafios com a implementação do plano de ação nacional para as DNTs após ele ter sido elaborado. As ações multissetoriais para fazer face às causas fundamentais das DNTs por meio de um enfoque de saúde em todas as políticas continuam a ser um desafio em todos os países.</p>					
2.1.2	Países aptos a fortalecer as intervenções com base científica, regulamentações e diretrizes para a prevenção e controle das DNTs e fatores de risco	Número de países e territórios que estão implementando pelo menos uma das intervenções com melhor relação custo–benefício (conforme definição definido da OMS) para enfrentar cada uma das quatro DNTs graves e quatro fatores de risco (total de oito intervenções)	35	35	Parcialmente alcançado (15 alcançaram + 12 alcançaram parcialmente)
<p>Quinze países e territórios alcançaram o indicador: BMU, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DMA, DOM, JAM, MEX, SXM, USA, VEN, VGB.</p> <p>Um total de 12 países e territórios implementou apenas parcialmente pelo menos uma das intervenções com boa relação custo–benefício para as DNTs e seus fatores de risco: ARG, BHS, BON, BRB, ECU, GTM, GUY, KNA, MSR, PER, SAB, TTO.</p>					

¹⁰ Em termos de consecução, os indicadores são avaliados do seguinte modo:

- **Alcançado:** A meta do indicador fixada no Programa e Orçamento (P&O) 2014–2015 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) foi alcançada. As metas dos indicadores que foram superadas estão indicadas dessa maneira.
- **Parcialmente alcançado:** Houve avanço em relação ao valor da linha de base estabelecido no P&O (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), mas a meta referente a 2015 não foi alcançada.
- **Nenhum progresso:** Não houve aumento em relação ao valor da linha de base estabelecido no P&O (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais).

¹¹ Os indicadores regionais são avaliados pela entidade regional responsável/CPAN com base nas informações mais recentes disponíveis, de acordo com os critérios definidos no compêndio dos indicadores.

CD55/5 - ANEXO A

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{10, 11}
<p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Os avanços são especialmente lentos no que diz respeito às políticas para a redução dos fatores de risco, e os países são instados a implementar as regulamentações e políticas para reduzir o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas, bem como para promover os alimentos saudáveis e a atividade física.</p>					
2.1.3	Países aptos a fortalecer seus sistemas de vigilância de DNTs e fatores de risco	Número de países e territórios que prestam informações regularmente sobre as DNTs e os fatores de risco, inclusive os marcadores de risco de doenças renais crônicas (DRC)	9	11	Alcançado (11 alcançaram + 6 alcançaram parcialmente)
<p>Onze países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BMU, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, JAM, MEX, URY, USA.</p> <p>Além disso, seis países e territórios o alcançaram parcialmente: BHS, BON, PAN, SLV, TTO, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Barbados e Uruguai implementaram uma pesquisa nacional sobre os fatores de risco que lhes permitirá monitorar as metas e indicadores mundiais regionais das DNTs. Além disso, conseguiram avanços no fortalecimento de outras fontes importantes de informações sobre as DNTs.</p>					
2.1.4	Países aptos a aumentar a porcentagem de portadores de hipertensão arterial que tomam medicação para baixar a pressão arterial	Número de países e territórios em que pelo menos 50% dos portadores de hipertensão estão tomando medicação para baixar a pressão arterial	5	10	Parcialmente alcançado (5 alcançaram + 2 alcançaram parcialmente)
<p>Cinco países alcançaram o indicador: BRA, CAN, CHL, CUB, USA.</p> <p>Outros dois países e territórios o alcançaram parcialmente: ARG e BON.</p> <p>A confirmação da avaliação final de 10 países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Em termos gerais, este costuma ser um relatório bastante estável, com base nas pesquisas com a população feitas a cada quatro ou cinco anos. Entretanto, conforme informado nas publicações específicas com base em grandes estudos epidemiológicos, atingir a meta de 50% do tratamento é muito pouco comum nos países de baixa e média renda. Assim, é muito importante insistir na necessidade de seguir o que está definido no indicador e informar a fonte dos dados e a precisão das informações fornecidas para que se avalie o progresso com exatidão.</p>					

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{10, 11}
2.1.5	Países aptos a aumentar a porcentagem dos portadores de diabetes que tomam medicação para baixar a glicemia	Número de países e territórios em que pelo menos 50% dos portadores de diabetes estão tomando medicação para baixar a glicemia	6	10	Superado (11 alcançaram + 4 alcançaram parcialmente)
<p>Onze países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BMU, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, SAB, STA, USA, VEN.</p> <p>Além disso, quatro países e territórios o alcançaram parcialmente: BON, COL, CUW, MEX.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>É importante trabalhar com os países para assegurarem que eles criem indicadores e métodos de avaliação para medir o progresso com exatidão.</p>					
2.1.6	Implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT)	Número dos países que estão implementando as políticas, estratégias ou leis de acordo com a CQCT	5	8	Parcialmente alcançado (4 alcançaram + 7 alcançaram parcialmente)
<p>Quatro países alcançaram o indicador: BRA, CHL, PAN, URY.</p> <p>Outros sete países o alcançaram parcialmente: BRB, COL, HND, JAM, MEX, PER, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dez países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Jamaica e Peru ainda estão tentando enviar aos seus respectivos parlamentos projetos de lei para controlar o tabagismo, o que permitiria aos dois países alcançar a meta para o próximo biênio. Para melhorar a definição e a medição deste resultado imediato e do seu indicador, a RSPA/CPAN propõe as mudanças abaixo para 2016-2017 (RIM 2.1.2e). Tais mudanças seriam incluídas no Sistema de Monitoramento de Planos Estratégicos da OPAS (SMPE) para os países avaliarem ao fim de 2017.</p> <p><i><u>Resultado imediato:</u> Países aptos a implementar intervenções com uma relação custo-benefício muito boa (“as melhores opções”) para reduzir os quatro fatores de risco modificáveis para as doenças não transmissíveis (tabagismo, má alimentação, sedentarismo e uso prejudicial do álcool).</i></p> <p><i><u>Nome do indicador:</u> Número de países que estão implementando políticas, estratégias ou leis em linha com a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT).</i></p> <p><i><u>Definição do indicador:</u> Número de países que implementaram pelo menos três das quatro medidas centrais no controle do tabagismo incluídas como “as melhores opções” para a prevenção e controle das DNTs no seu nível mais elevado de avanço no nível nacional.</i></p> <p><i><u>Linha de base e meta:</u> 4 e 7, respectivamente.</i></p>					

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{10, 11}
2.1.7	Países aptos a melhorar sua vigilância da DRC	Número de países e territórios com diálise de alta qualidade e um registro de transplantes para casos de DRC	12	21	Parcialmente alcançado (10 alcançaram + 13 alcançaram parcialmente)
<p>Dez países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BON, CAN, CHL, COL, CUB, PRI, URY, USA, VEN.</p> <p>Além disso, 13 países o alcançaram parcialmente: BOL, BRA, CRI, DOM, ECU, GTM, HND, JAM, KNA, NIC, PAN, PER, SLV.</p> <p>A confirmação da avaliação final de seis países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A cooperação técnica se concentrou nos países de América Central e da área andina, e a expectativa é de progresso, uma vez que esses países conseguiram reforçar seus registros nacionais. É importante enfatizar a qualidade e a precisão das informações e a observância do indicador técnico para assegurar que as medições sejam confiáveis. De todo modo, a região das Américas e, em particular, a América Latina, é a única a ter um registro regional de qualidade aceitável.</p> <p>Para melhorar a definição e a medição deste resultado imediato e do seu indicador, a RSPA/CPAN propõe as mudanças abaixo para 2016-2017 (RIM 2.1.5). Tais mudanças seriam incluídas no Sistema de Monitoramento de Planos Estratégicos da OPAS (SMPE) (SMPE) para os países avaliarem ao fim de 2017.</p> <p><i>Nome do indicador: Número de países e territórios com um registro para a diálise de alta qualidade e os transplantes nos casos de DRC.</i></p>					

<p>Área programática 2.2: Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Aumento da cobertura dos serviços de saúde mental para o tratamento dos transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/1 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 1/3 alcançado, 2/3 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpru parcialmente as expectativas</p>
---	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
2.2.1	Número de países e territórios que aumentaram a taxa de consultas em ambulatórios de saúde mental	19	30	Em curso (9 alcançaram + 17

	acima da média regional de 975 por 100 mil habitantes			em curso)
<p>Nove países alcançaram o indicador: ARG, BLZ, BRA, CRI, CUB, DMA, PER, TTO, USA.</p> <p>Além disso, 17 países e territórios alcançaram parcialmente este indicador: ATG, BHS, CHL, DOM, ECU, GRD, GUY, JAM, KNA, LCA, MEX, NIC, PAN, PRY, SUR, VCT, VGB.</p> <p>O compromisso demonstrado pelos países nos dois resultados imediatos relacionados com a saúde mental (nas áreas programáticas 2.1 e 2.2) indica o progresso claro obtido rumo ao cumprimento deste resultado intermediário.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
2.2.1	Países aptos a elaborar e implementar políticas nacionais e planos de acordo com a Estratégia Regional em Saúde Mental e Plano de Ação Mundial de Saúde Mental 2013-2020	Número de países e territórios que possuem uma política nacional ou plano para saúde mental de acordo com a Estratégia Regional sobre Saúde Mental e o Plano de Ação Mundial de Saúde Mental 2013-2020	20	30	Parcialmente alcançado (21 alcançaram + 13 alcançaram parcialmente)
<p>Vinte e um países e territórios alcançaram o indicador: ARG, ATG, BON, BRA, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, DOM, ECU, JAM, MEX, MSR, NIC, PAN, PRY, SLV, SUR, SXM, VEN.</p> <p>Outros 13 países e territórios alcançaram parcialmente este indicador: ABW, BMU, BRB, DMA, GTM, GUY, HND, KNA, LCA, PER, STA, TTO, VCT. O RSPA/CPAN considera que “alcançaram parcialmente” significa que um plano ou política foi formulado, mas não foi aprovado.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Há um elemento importante a considerar: este indicador é um alvo móvel. O indicador foi criado há vários biênios, e a nota técnica na definição do indicador do resultado imediato menciona a necessidade de ter políticas/planos aprovados ou atualizados após 2001, com os países na linha de base identificados adequadamente. Depois, o indicador foi atualizado para alinhar-se com um marco mais recente, o <i>Plano de ação mundial de saúde mental 2013–2020</i>, o que implica que todos os países deveriam ter atualizado sua política ou plano após 2013. Para este exercício, deixamos os países na linha de base identificados até o fim do último biênio, o que não significa necessariamente que eles tenham atualizado sua política ou plano desde 2013.</p>					
2.2.2	Países aptos a incorporar um componente de saúde mental à atenção primária à saúde usando o Guia de Intervenção do plano de ação mundial de saúde mental	Número de países e territórios que estabeleceram um programa para incorporar a saúde mental à atenção primária à saúde usando o Guia de Intervenção do	8	21	Superado (23 alcançaram)

CD55/5 - ANEXO A

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
		plano de ação mundial de saúde mental			
<p>Vinte e três países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BHS, BLZ, BRA, BRB, CHL, COL, CRI, CUB, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, KNA, MEX, PAN, PER, PRY, SAB, SLV, TTO. A confirmação de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Todos os países que informaram haver começado ou “estabelecido” o processo de incorporação da saúde mental à atenção primária à saúde foram considerados como se houvessem alcançado o indicador, de acordo com o compêndio dos indicadores.</p>					
2.2.3	Países aptos a ampliar e fortalecer estratégias, sistemas e intervenções para transtornos devidos a álcool e abuso de substâncias	Número de países e territórios com uma política ou plano nacional para o álcool para a prevenção e tratamento de transtornos decorrentes do consumo de álcool de acordo com o Plano Regional de Ação/Estratégia Mundial para Reduzir o Uso Prejudicial de Álcool	10	17	Parcialmente alcançado (7 alcançaram + 12 alcançaram parcialmente)
<p>Sete países alcançaram o indicador: BRA, CHL, COL, CUB, MEX, PRY, USA.</p> <p>Outros doze países o alcançaram parcialmente: ARG, BLZ, CRI, DOM, ECU, GRD, HND, PER, SLV, SUR, TTO, URY.</p> <p>A confirmação de sete países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Atualmente, os países estão elaborando políticas/planos, ou já os formularam, mas ainda não os aprovaram. Dados os desafios para a implementação das políticas contra o álcool baseadas na saúde pública na nossa Região, inclusive quanto à aceitação social do consumo de álcool, à falta de consciência sobre o seu impacto negativo e o fraco compromisso político com a redução do consumo prejudicial de álcool, é improvável que a Região alcance a meta do resultado intermediário correspondente até 2019. Cumpre destacar que este indicador está medindo apenas o progresso relacionado às intervenções dos programas referentes ao álcool.</p>					

<p>Área programática 2.3: Violência e traumatismos</p> <p>Redução dos fatores de risco associados à violência e aos traumatismos com ênfase na segurança viária, traumatismos infantis e violência contra crianças, mulheres e jovens</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 2/2 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 1/3 alcançado, 2/3 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
--	---

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
2.3.1	Número de países e territórios com pelo menos 70% de uso do cinto de segurança por todos os passageiros	4	7	Em curso (2 alcançaram + 2 em curso)
<p>Dois países alcançaram o indicador: CAN, USA. A confirmação de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Além disso, dois países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: ARG, KNA.</p> <p>As autot classificações de outros dois países ainda precisam ser esclarecidas, mas o indicador pode ser alcançado se as discrepâncias forem resolvidas até o fim de 2019. Os países devem melhorar a coleta de dados sobre o uso do cinto de segurança e aplicar firmemente a legislação sobre o cinto de segurança para alcançar esse indicador até 2019. O setor da saúde deve trabalhar de maneira intersectorial, sobretudo com os setores dos transportes e da polícia, para cumprir o indicador.</p>				
2.3.2	Número de países que adotam uma perspectiva de saúde pública em um enfoque integrado para a prevenção da violência	3	7	Em curso (5 alcançaram + 6 em curso)
<p>Com base nas respostas dos países, três países alcançaram o indicador: CAN, MEX, USA.</p> <p>Além disso, com base nos critérios do compêndio dos indicadores, cinco países o alcançaram (BRA, CAN, JAM, MEX, USA) e seis países e territórios fizeram avanços rumo à consecução da meta (ABW, BON, SAB, STA, TTO, VEN).</p> <p>Os países tomaram medidas para aplicar uma perspectiva de saúde pública em um enfoque integrado para a prevenção da violência. Por exemplo, El Salvador desenvolveu o Plano El Salvador Seguro, que reflete uma perspectiva de saúde pública. O Equador está implementando um novo plano de prevenção da violência, usando um enfoque integrado de saúde pública, como componente do seu Plano Nacional para o Bem Viver. Trinidad e Tobago está trabalhando para alcançar esta meta, e países na linha de base, como os Estados Unidos e o Canadá já a aplicam há vários anos.</p> <p>Além disso, as diretrizes da OMS de 2013 para a prestação de serviços de saúde às vítimas de violência sexual ou infligida pelo parceiro íntimo e o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência de 2014, da OMS, foram fatores que desencadearam o avanço dessa questão nos países. Espera-se que a adoção do plano de ação regional da OPAS sobre o fortalecimento do sistema de saúde para abordar violência contra a mulher, bem como a adoção do plano mundial da OMS para fortalecer a função do sistema de saúde na abordagem da violência interpessoal, sobretudo contra mulheres, meninas, e crianças, ajude a alcançar o indicador do resultado intermediário dentro do prazo.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
2.3.1	Países aptos a elaborar e implementar planos e programas multissetoriais para prevenir os traumatismos, com ênfase na consecução das metas fixadas no âmbito da Década de Ação para a Segurança Viária 2011–2020	Número de países e territórios que estão implementando leis abrangentes para a redução dos fatores de risco de traumatismos causados por acidentes de trânsito (velocidade e condução sob o efeito do álcool) e aumento dos fatores de proteção (capacete, cinto de segurança e dispositivos de retenção para crianças)	2	9	Parcialmente alcançado (3 alcançaram + 5 alcançaram parcialmente)
<p>Três países alcançaram o indicador: CAN, CUB, URY.</p> <p>Outros cinco países o alcançaram parcialmente: ARG, CHL, JAM, KNA, SLV.</p> <p>A confirmação da avaliação final de nove países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Análises legislativas indicam que os países que alcançaram este indicador têm legislação abrangente sobre todos os riscos (velocidade e condução sob o efeito do álcool) e fatores de proteção (capacete, cinto de segurança e uso de dispositivos de retenção para crianças). A análise da OPAS demonstra que a maioria desses países tem legislação abrangente em quatro dos cinco fatores de segurança viária (Argentina, Brasil, Equador, Chile e Colômbia).</p> <p>Os Estados Membros estão fortalecendo a legislação para a segurança viária e os países na meta estão avançando rumo ao cumprimento deste indicador. Entretanto, o nível da fiscalização pelas autoridades é baixo em toda a Região. Os países precisam reforçar o cumprimento da legislação, bem como melhorar a regulamentação levando em consideração as recomendações da OPAS/OMS.</p>					
2.3.2	Países e parceiros aptos a avaliar e melhorar as políticas e programas nacionais sobre a prevenção integrada de violência, inclusive da violência contra a mulher, crianças e jovens	Número de países e territórios que estão implementando as políticas, planos ou programas nacionais sobre a prevenção da violência que contenham intervenções de saúde pública com base em evidências	4	7	Parcialmente alcançado (6 alcançaram + 6 parcialmente alcançado)
<p>Seis países alcançaram o indicador: BRA, CAN, JAM, MEX, SLV, USA.</p> <p>Outros seis países e territórios o alcançaram parcialmente: ABW, BON, SAB, STA, TTO, VEN.</p> <p>Os países continuaram a incluir intervenções de saúde pública com base em evidências para enfrentar a violência contra a mulher, crianças e jovens nos seus programas de prevenção da violência. El Salvador desenvolveu o</p>					

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
<p>El Salvador Seguro, um plano nacional para a prevenção da violência que abrange intervenções de saúde pública baseadas em evidências, como o programa <i>Familias Fuertes</i> (Famílias Fortes) para melhorar a criação dos filhos. A Jamaica tem um Observatório Nacional do Crime, uma colaboração intersetorial para embasar intervenções de saúde pública, programas de formação profissional em habilidades para a vida, e um programa para a segurança nas escolas. O plano de Trinidad e Tobago está sendo finalizado e começará a ser implementado em 2016.</p> <p>A OPAS está trabalhando para reforçar o componente da prevenção da violência entre os jovens nas políticas, planos e programas nacionais durante 2016–17, ao promover a incorporação do enfoque da segurança humana.</p>					
2.3.3	Países aptos a desenvolver e implementar um protocolo nacional para a prestação de serviços de saúde a vítimas da violência sexual e da provocada pelo parceiro íntimo, de acordo com as diretrizes de 2013 da OMS	Número de países e territórios com um protocolo nacional implementado para a prestação de serviços de saúde a vítimas da violência sexual e da provocada pelo parceiro íntimo, de acordo com as diretrizes de 2013 da OMS	0	4	Alcançado (4 alcançaram + 12 alcançaram parcialmente)
<p>Quatro países alcançaram o indicador: BOL, GRD, MEX, SLV.</p> <p>Doze países e territórios o alcançaram parcialmente: ABW, ARG, BMU, BON, COL, CRI, GUY, KNA, PER, STA, TTO, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Durante esta avaliação, ficou claro que alguns países estavam fazendo um vínculo com o indicador errado (2.3.2). Para resolver essa confusão e melhorar a definição e medição deste resultado imediato e do seu indicador, a RSPA/CPAN propõe as mudanças abaixo para 2016-2017 (RIM 2.3.3). Tais mudanças seriam incluídas no Sistema de Monitoramento de Planos Estratégicos da OPAS (SMPE) (SMPE) para os países avaliarem ao fim de 2017.</p> <p><i>Resultado imediato: Formulação e execução de políticas e programas para enfrentar a violência contra a mulher e crianças facilitada (em linha com o resultado imediato da OMS).</i></p> <p><i>Nome do indicador: Número de países e territórios que criam ou ajustam procedimentos/protocolos/diretrizes operacionais nacionais padronizados para a resposta do sistema de saúde à violência sexual e à provocada pelo parceiro íntimo, de forma compatível com as diretrizes da OMS.</i></p>					

<p>Área programática 2.4: Deficiências e reabilitação</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Ampliação do acesso a serviços sociais e de saúde, inclusive a prevenção, para portadores de deficiências</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 2/2 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 1/2 alcançado, 1/2 parcialmente alcançado</p>	<p>Classificação: Cumpru parcialmente as expectativas</p>
---	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
2.4.1	Número de países que alcançaram pelo menos 12% de acesso a serviços de habilitação e reabilitação e a serviços sociais para portadores de deficiências	0	16	Em curso (1 alcançou + 6 em curso)
<p>Um país alcançou o indicador: MEX.</p> <p>Com base na análise da RSPA/CPAN, outros seis países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: ARG, BRA, CHL, CUB, ECU, VEN.</p> <p>Durante 2014-2015, esses países definiram uma metodologia para avaliar o acesso dos portadores de deficiência aos serviços de reabilitação. Devem ocorrer avanços na Bolívia, Colômbia, Costa Rica e Guiana, embora um grande esforço tenha que ser feito para que os países alcancem o indicador até 2019. Outros países que têm potencial para alcançá-lo até 2019 são: El Salvador, Guatemala, Panamá, República Dominicana e Trinidad e Tobago.</p>				
2.4.2	Número de países e territórios cuja taxa de cirurgias de catarata chega a 2 mil por milhão de habitantes ao ano	19	25	Em curso (16 alcançado + 6 em curso)
<p>Dezesseis países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, BRA, BRB, CHL, CRI, CUB, CUW, DMA, GUY, LCA, PRI, SUR, URY, USA, VEN.</p> <p>Outros seis países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: COL, DOM, NIC, PAN, PER, TTO.</p> <p>A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A maioria dos países informa a taxa de cirurgias de catarata anualmente, e a tendência nacional na maioria dos países mostra um aumento anual. Os países que não estão na linha de base tinham como objetivo atingir a meta de 2 mil por milhão de habitantes ao ano para 2019 porque a maioria deles estava bem abaixo da meta e precisarão de vários anos de aumentos contínuos para alcançá-la.</p> <p>O método usado para avaliar o indicador até 2013 era por meio das sociedades nacionais de oftalmologia. Como agora que agora informa sobre o indicador são as autoridades nacionais de saúde e não mais as sociedades de oftalmologia, o indicador talvez precise ser modificado. A maioria dos Estados Membros está contando apenas o setor público. Como a responsabilidade principal do setor público é com as pessoas mais pobres, entre as quais a prevalência da cegueira pela catarata é maior, a RSPA/CPAN propõe medir a taxa das cirurgias de catarata do setor público nos próximos anos. Dito isso, durante 2016 um diálogo com os Estados Membros pode resultar no aumento da cooperação com os setores privado e sem fins lucrativos para obter os números certos.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
2.4.1	Implementação das recomendações do Relatório Mundial sobre Deficiências e a Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Deficiências e Desenvolvimento	Número de países e territórios que estão implementando programas abrangentes sobre saúde e reabilitação em conformidade com o Relatório Mundial sobre Deficiências e a Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre Deficiências e Desenvolvimento	5	9	Superado (10 alcançaram + 7 alcançaram parcialmente)
<p>Dez países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BMU, BRA, CHL, COL, CUB, ECU, GUY, HND, VEN. A confirmação de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Além disso, sete países e territórios o alcançaram parcialmente: ABW, BON, CUW, PER, SAB, SLV, TCA.</p> <p>Avanços significativos foram obtidos na elaboração e implementação de programas abrangentes de atenção para portadores de deficiências nos setores social e de saúde. É importante destacar as taxas de sucesso dos Estados Membros com sistema federativo de governo, como a Argentina, Brasil, Canadá, Estados Unidos e México. Os países com um sistema descentralizado de governo também tiveram sucesso, como no caso da Colômbia (alcançou) e Peru (alcançou parcialmente).</p> <p>A Guiana implementou um novo plano estratégico de acordo com as recomendações deste indicador. Outros países que obtiveram avanços rumo ao cumprimento deste indicador foram a Bolívia, Guatemala, República Dominicana e Trinidad e Tobago.</p>					
2.4.2	Países aptos a implementar políticas mais eficazes e prestar serviços integrados para reduzir a incapacidade decorrente de deficiência visual e perda de audição	Número de países e territórios que estão implementando políticas e serviços de saúde oftalmológica e auditiva de acordo com as recomendações da OPAS/OMS	26	29	Parcialmente alcançado (14 alcançaram + 13 alcançaram parcialmente)
<p>Quatorze países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BRA, COL, CUB, DMA, GUY, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SAB, USA, VEN.</p> <p>Além disso, 13 países e territórios o alcançaram parcialmente: ABW, BOL, BON, BRB, CHL, ECU, GTM, JAM, KNA, SLV, STA, SUR, TTO.</p> <p>A confirmação da avaliação final de quatro países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>É importante observar que a medição da acuidade visual e perda de audição em um único indicador levará, inevitavelmente, a um progresso parcial em muitos casos. A linha de base e a meta foram originalmente calculadas com base em “políticas e serviços de saúde oftalmológica OU auditiva”. Alguns países estão interpretando isso como se significasse “políticas e serviços de saúde oftalmológica E auditiva”. Como os programas auditivos estão apenas começando, muitos qualificam o indicador como parcialmente alcançado. Em 2016, um diálogo com os</p>					

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
Estados Membros poderá resultar em uma mudança na interpretação que pode levar ao indicador ser alcançado no futuro. Isso não deve desmerecer o fato de que os países obtiveram ganhos, mesmo que estejam avançando a ritmos diferentes nas políticas para a saúde oftalmológica e auditiva.					

<p>Área programática 2.5: Nutrição</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Redução dos fatores de risco nutricionais</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 3/3 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 2/2 alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu as expectativas</p>
---	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
2.5.1	Porcentagem de crianças menores de 5 anos com atraso no crescimento	13,5%	7,5%	Em curso (ND)
Embora muitos países estejam implementando políticas e programas para fazer face ao atraso no crescimento, poucos países fizeram novas pesquisas durante o biênio para monitorar as tendências desse problema. Por esse motivo, o progresso não pode ser avaliado a esta altura. Contudo, os poucos países com dados atualizados, como Bolívia, El Salvador e Peru, mostram diminuições importantes.				
2.5.2	Porcentagem de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) com anemia	22,5%	18%	Em curso (ND)
Embora muitos países estejam implementando políticas e programas para prevenir a anemia nas mulheres em idade reprodutiva, análise do progresso deste indicador é afetada pelo mesmo problema de dados atuais limitados descrito no indicador 2.5.1.				
2.5.3	Porcentagem de crianças menores de 5 anos com sobrepeso	7%	7%	Em curso (ND)
Como resultado da aprovação, pelo 53º Conselho Diretor, do <i>Plano de ação para a prevenção da obesidade nas crianças e adolescentes</i> , a maioria dos países está elaborando e implementando políticas e programas para deter a crescente prevalência da obesidade até o fim do período do Plano Estratégico 2014-2019. A medição do impacto só será possível para os países que investem em sistemas de monitoramento da nutrição ou implementam pesquisas nacionais de nutrição.				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
2.5.1	Países aptos a elaborar, implementar e monitorar seus planos de ação com base no Plano Mundial de Implementação Integral da Nutrição Materna, do Recém-nascido e da Criança	Número de países e territórios que estão implementando planos de ação nacionais com base no Plano Mundial de Implementação Integral da Nutrição Materna, do Recém-nascido e da Criança	6	12	Superado (14 alcançaram + 2 alcançaram parcialmente)
<p>Quatorze países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BMU, BOL, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, GTM, GUY, JAM, MEX, PER, SLV.</p> <p>Outros dois territórios o alcançaram parcialmente: SAB, SXM.</p> <p>A confirmação da avaliação final de cinco países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>É importante observar que o Uruguai se sobressai na Região por haver certificado ou recertificado 84% das suas unidades que fazem partos como “amigas da criança”. A Bolívia, Brasil, El Salvador e Honduras aprovaram nova legislação e/ou reforçaram a legislação existente sobre a comercialização de substitutos do leite materno. O México tomou medidas para proibir a doação de leite em pó a unidades de saúde, e o Chile estendeu a proteção à maternidade para seis meses, a fim de facilitar a amamentação exclusiva.</p>					
2.5.2	Normas e padrões atualizados relativos à nutrição materna, do recém-nascido e da criança, metas alimentares da população e amamentação; opções de política fornecidas para ações nutricionais eficazes contra o atraso no crescimento, emaciação e anemia	Número de países e territórios que estão implementando ações nutricionais eficazes contra o atraso no crescimento, emaciação, anemia e sobrepeso de acordo com o contexto nacional	5	11	Alcançado (11 alcançaram + 7 alcançaram parcialmente)
<p>Onze países alcançaram o indicador: BOL, BRA, CHL, COL, GTM, GUY, HND, JAM, MEX, NIC, SLV.</p> <p>Outros sete países o alcançaram parcialmente: ARG, CRI, CUW, ECU, KNA, PER, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de quatro países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A maioria dos países está reforçando seus planos para melhorar as normas e padrões relativos à nutrição materna, do recém-nascido e da criança. A maioria dos países tem normas implementadas para a suplementação de micronutrientes de gestantes e crianças, a prevenção do atraso no crescimento e a promoção da amamentação. Contudo, essas normas costumam não ser bem implementadas.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

No. RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
<p>Com a exceção do Equador e Peru, todos os países latino-americanos têm diretrizes sobre a dieta baseadas na alimentação. Os países estão desenvolvendo cada vez mais normas para prevenir o sobrepeso, inclusive ao melhorar o ambiente alimentar escolar. O Chile, Costa Rica, Estados Unidos e México foram especialmente ativos nessa área. Muitos países do Caribe elaboraram versões preliminares de políticas sobre nutrição escolar.</p>					

Avaliação de Fim de Biênio de 2014-2015

Relatório da Categoria 3

CATEGORIA 3: DETERMINANTES DA SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DE TODO O CICLO DE VIDA

CLASSIFICAÇÃO GERAL DA AVALIAÇÃO DA CATEGORIA¹²
Cumriu parcialmente as expectativas

RESUMO DA CATEGORIA PROGRAMÁTICA E ORÇAMENTO

Tabela 1. Resumo Programático e Orçamentário da Categoria 3

Área programática	Orçamento aprovado (P&O 14–15) (milhões de US\$)	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos para o P&O (%)	Execução orçamentária em relação ao P&O (%)	Execução orçamentária em relação aos recursos concedidos (%)	Classificação dos indicadores dos resultados imediatos	Situação dos indicadores dos resultados intermediários
3.1 Saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva	42,74	27,03	63,2	61,2	96,8	2/5 alcançados, 3/5 parcialmente alcançados	2/7 alcançados, 5/7 em curso
3.2 Envelhecimento e saúde	1,68	1,62	96,2	95,9	99,7	2/3 alcançados, 1/3 parcialmente alcançado	1/1 em curso
3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e etnia	8,61	5,84	67,8	67,3	99,3	2/5 alcançados, 3/5 parcialmente alcançados	1/1 em curso

¹² As classificações da avaliação da categoria como um todo e das áreas programáticas/dos resultados intermediários são determinadas, respectivamente pelos facilitadores das categorias e das áreas programáticas da OPAS, levando em consideração a execução programática e orçamentária, a análise dos recursos (humanos e financeiros) e os riscos operacionais e programáticos. As classificações são definidas do seguinte modo:

- **Cumriu as expectativas** (verde): foram alcançados de 90% a 100% dos resultados para o período da avaliação. O progresso está no rumo certo, conforme planejado; não se preveem impedimentos nem riscos que afetem a obtenção dos resultados.
- **Cumriu parcialmente as expectativas** (amarelo): foram alcançados de 75% a 89,9% dos resultados para o período da avaliação. O progresso talvez corra riscos e são necessárias medidas para superar atrasos, impedimentos e riscos.
- **Progresso insuficiente** (vermelho): foram alcançados menos de 75% dos resultados para o período da avaliação. O progresso corre riscos devido a impedimentos ou riscos que poderiam impedir a obtenção dos resultados. São necessárias medidas corretivas de imediato.

Área programática	Orçamento aprovado (P&O 14-15) (milhões de US\$)	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos para o P&O (%)	Execução orçamentária em relação ao P&O (%)	Execução orçamentária em relação aos recursos concedidos (%)	Classificação dos indicadores dos resultados imediatos	Situação dos indicadores dos resultados intermediários
3.4 Determinantes sociais da saúde	11,56	11,82	102,3	101,2	98,9	3/4 alcançados, 1/4 parcialmente alcançado	1/1 em curso
3.5 Saúde e meio ambiente	16,20	11,67	72,1	71,3	99,0	1/5 alcançado, 4/5 parcialmente alcançados	4/5 em curso, 1/5 nenhum progresso
TOTAL	80,78	57,98	71,8	70,3	98,0	11/22 alcançados, 11/22 parcialmente alcançados	2 alcançados, 12 em curso, 1 nenhum progresso

Tabela 2. Categoria 3, Resumo do Orçamento por Nível Funcional

Nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por nível (%)	Gasto total (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
Nacional	26,00	44,85	25,72	98,9
Internacional	14,93	25,75	14,43	96,7
Sub-regional	2,53	4,36	2,49	98,5
Regional	14,52	25,04	14,18	97,7
TOTAL	57,98	100,00	56,82	98,0

ANÁLISE PROGRAMÁTICA DA CATEGORIA

Resumo da avaliação da categoria como um todo

Durante 2014-2015, o trabalho na Categoria 3 abordou questões fundamentais relacionadas com a saúde ao longo de toda a vida, inclusive a saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, levando em consideração os determinantes sociais e ambientais da saúde e os temas transversais (TTs): gênero, equidade, direitos humanos e etnia. O ano de 2015 marcou um momento decisivo na transição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

A avaliação dos indicadores dos resultados intermediários e imediatos da Categoria 3 aponta para um avanço considerável nos esforços para melhorar as condições de saúde ao longo de toda a vida e reduzir as desigualdades na Região. Os 22 resultados imediatos foram alcançados plenamente (11) ou alcançados parcialmente (11), ao passo que os resultados intermediários foram avaliados como em curso (12) ou alcançados (2). Um resultado intermediário

recebeu a classificação nenhum progresso. O alto nível de progresso dos resultados imediatos é um bom presságio para a consecução dos resultados intermediários ao fim do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Contudo, devido a um déficit de financiamento considerável, questões atuais relacionadas a recursos humanos e outros desafios estratégicos, técnicos e de gestão identificados neste relatório, a avaliação é que as expectativas da Categoria 3 foram cumpridas parcialmente.

O número de países que estão implementando planos sobre a mortalidade materna e perinatal (18) e diretrizes sobre o planejamento familiar (24) avançou bem rumo à consecução das metas definidas para 2015. A Região o projeto interdepartamental Zero Mortes Maternas por Hemorragia. Houve um aumento da cooperação técnica sobre a prevenção da gravidez na adolescência. A Organização dos Estados Americanos (OEA), com apoio técnico da OPAS, aprovou a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, e a OPAS emitiu um chamado à ação para que a Convenção seja executada. Normas e padrões de direitos humanos foram incorporados a declarações sub-regionais e a políticas nacionais, leis e/ou decretos ministeriais em vários países. A maioria dos países apresentou avaliações sobre os seus esforços para a incorporação das questões de gênero. O *Plano de ação sobre saúde em todas as políticas* (STP) foi aprovado pelo 53º Conselho Diretor da OPAS, e um roteiro foi elaborado para a implementação do plano. Durante a mesma sessão, foi organizada uma mesa-redonda sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015, e os países fizeram recomendações e acertaram as atividades futuras. Posteriormente, foi lançada uma rede regional sobre os ODS.

Os grandes desafios identificados na Categoria 3 disseram respeito à coordenação e ao trabalho interprogramático em todos os níveis da Organização. A integração dos TT nos planos de trabalho também precisa ser aprimorada.

De um ponto de vista orçamentário, a Categoria 3 recebeu \$58 milhões dos \$81 milhões aprovados para o biênio 2014-2015 (72%). A execução orçamentária chegou a um nível sem precedentes de 98% a despeito dos desafios enfrentados.

Resumo programático por área do programa

3.1 Saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança e do adolescente, e saúde sexual e reprodutiva

Esta área programática responde aos mandatos relacionados à saúde materna, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto por meio da geração de informações estratégicas e da formulação e implementação de políticas, estratégias e planos, com ênfase na atenção primária à saúde e no atendimento obstétrico.

Avanços

- As informações fornecidas pelos países com mais de 7.000 partos por ano mostra uma redução da razão de mortalidade materna por aproximadamente 21% em 2013-2014. Ao fim de 2016, haverá informações atualizadas do relatório final sobre o *Plano de ação regional para acelerar a redução da mortalidade materna e da morbidade materna grave*.
- De 1990 a 2015, a Região demonstrou uma redução de 69% da taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos, tendo alcançado a meta do quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. Além disso, 18 países têm estratégias para o desenvolvimento da criança na primeira infância.
- A taxa de fecundidade na adolescência continuou a apresentar uma tendência de queda, de 65,6 por 1.000 em 2013 para 64,4 em 2014 entre as mulheres 15 a 19 anos. A redução é lenta e desigual tanto entre os países como dentro deles. Esse progresso é resultado dos esforços coletivos por parte dos países, OPAS e parceiros regionais. Seis países também atualizaram ou elaboraram estratégias e políticas nacionais de saúde do adolescente.

- Dezoito países estão implementando planos integrados para a redução da mortalidade materna e perinatal, de acordo com planos de ação regionais sobre a saúde materna e neonatal.
- Evidências e dados sobre a magnitude e as consequências da violência contra as crianças na Região foram desenvolvidos pela OPAS e diversos parceiros. Trata-se de um marco importante para preencher a lacuna em termos de informações nessa área fundamental.
- A implementação contínua da *Estratégia e plano de ação regional para a saúde integral na infância* e a *Estratégia e plano de ação regional para a saúde do adolescente e do jovem* foi facilitada pelo desenvolvimento de materiais técnicos, instrumentos para formação e atividades conjuntas com parceiros importantes.
- As evidências sobre a saúde reprodutiva, materna, do recém-nascido, da criança e do adolescente foram melhoradas por meio de pesquisas operacionais e materiais atualizados baseados em evidências.
- Uma parceria estratégica entre a OPAS e a Noruega, Prevenção do HIV em Jovens Usando uma Estrutura de Direitos Humanos na América Central e Caribe, contribuiu enormemente para a formulação de políticas e planos que protegem e promovem a saúde dos adolescentes e jovens nessas sub-regiões.
- Uma declaração sobre a prevenção da gravidez na adolescência foi assinada pelas primeiras-damas de oito países da Região reunidas em Honduras.
- Foram obtidos avanços no aumento da disponibilidade de informações estratégicas sobre a saúde do adolescente. Uma análise multinacional examinou pesquisas sobre a saúde do adolescente feitas em seis territórios ultramarinos do Caribe com o apoio da OPAS, com o objetivo de reduzir a lacuna em termos de informações sobre a saúde do adolescente. Prestou-se apoio para ajudar o Haiti a implementar a Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar.

Desafios

- Desafios consideráveis ainda afetam os esforços para reduzir as causas evitáveis de morte e morbidade grave nos recém-nascido e mães, sobretudo com relação ao acesso a serviços de alta qualidade.
- Há uma necessidade corrente de coordenar com eficácia as atividades entre os departamentos e as Representações da OPAS/OMS (PWR) para a execução com êxito do projeto interdepartamental Zero Mortes Maternas por Hemorragia.
- A implementação do *Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e da morbidade materna grave* exige monitoramento contínuo.
- Faz-se necessária uma avaliação final da *Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança*.
- Para assegurar a continuidade do processo iniciado pela estratégia e plano de ação acima, as metas e estratégias regionais precisam ser atualizadas com base no Plano de Ação Mundial “Todo Recém-nascido”, aprovado durante a 67ª Assembleia Mundial da Saúde (2014).
- A implementação da estratégia global para a saúde da mulher, da criança e do adolescente enfrenta desafios

Lições extraídas

- A definição de prioridades na cooperação técnica possibilitou que o trabalho fosse mais produtivo e que se alcançassem resultados sustentáveis e permanentes nos países.
- O estabelecimento de uma melhor coordenação interna, dentro dos departamentos e entre eles, fortaleceu a integração e vem tendo um impacto positivo sobre o trabalho com os países, criando um ambiente de trabalho em equipe nos níveis nacional e regional.
- O trabalho interdepartamental no projeto Zero Mortes Maternas por Hemorragia permitiu à Organização abordar o problema da hemorragia materna com uma visão integrada e uma resposta holística. O projeto

incorporou aspectos programáticos e de serviços de saúde, o que permitiu dar uma resposta simplificada à emergência da hemorragia obstétrica e usar os recursos de forma mais eficiente. Os ministérios da saúde seguiram o mesmo enfoque, que teve um impacto positivo sobre o trabalho nas diversas áreas de intervenção.

3.2 Envelhecimento e saúde

Esta área programática enfatiza a implementação do *Plano de ação sobre a saúde dos idosos*, que visa a promover a integração da saúde dos idosos aos sistemas de saúde.

Avanços

- A Assembleia Geral da OEA aprovou, com apoio da OPAS, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, e a OPAS lançou um chamado à ação para que a Convenção seja executada.
- A iniciativa Cidades e Comunidades Amigas do Idoso, com um enfoque multissetorial, foi ampliada para mais de 65 cidades na Região.
- Programas de autocuidado com base científica para idosos que enfrentam múltiplas afecções crônicas foram implementados em dois países latino-americanos e em 10 países do Caribe Oriental.
- O Relatório Mundial sobre o Envelhecimento e a Saúde foi lançado em Washington, D.C., em 2015, durante o 54º Conselho Diretor da OPAS.
- O 54º Conselho Diretor aprovou a Estratégia e *Plano de ação para a demência em idosos*.

Desafios

- É limitada a capacidade institucional da OPAS para responder ao impacto das populações que estão envelhecendo sobre os sistemas de saúde da Região.

Lições extraídas

- Um enfoque mais amplo e multissetorial, que abarque outros interessados diretos dentro e fora do setor da saúde, é necessário para analisar melhor as políticas sobre o envelhecimento na Região.
- Os países começaram a incluir questões relacionadas ao envelhecimento como prioridade nas suas agendas, devido às rápidas transições demográficas que estão enfrentando.

3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e etnia

Esta área programática aborda a incorporação dos quatro TT estabelecidos no Plano Estratégico da OPAS (gênero, equidade, direitos humanos e etnia) em todos os programas da OPAS como enfoques estratégicos para melhorar os resultados intermediários de saúde por meio de planos interprogramáticos, políticas e leis.

Avanços

- Dezenove países fortaleceram as suas capacidades institucionais para quantificar e analisar as desigualdades sociais na saúde, inclusive com a produção de perfis de equidade em saúde (sobretudo a saúde materno-infantil) abordando pelo menos as três dimensões do desenvolvimento sustentável (social, econômica e ambiental).
- Dez países instituíram normas e padrões de direitos humanos em declarações sub-regionais e políticas nacionais, leis e/ou decretos ministeriais. Dois países reformaram seu código civil com base na Convenção

das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e aprovaram ou atualizaram protocolos de saúde sobre a saúde mental por meio de decreto ministerial, de maneira compatível com as convenções dos direitos humanos universais e regionais. Oito países reformaram as leis nacionais com base nas normas e padrões de direitos humanos em áreas como o HIV, saúde do adolescente, deficiências e controle do tabagismo.

- Trinta e dois países completaram autoavaliações sobre a igualdade de gênero, cujos resultados foram analisados e apresentado no relatório sobre a avaliação final do plano de ação 2009-2014 para a aplicação da Política de Igualdade de Gênero da OPAS. Novas linhas de ação estratégicas foram aprovadas pelo 54º Conselho Diretor em setembro de 2015.
- Os conhecimentos técnicos e o apoio sobre etnia e saúde melhoraram significativamente. A OPAS tem desempenhado uma função interinstitucional crucial como copresidente do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Povos Indígenas do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a América Latina e Caribe (UNGD LAC). Um foco prioritário dentro do grupo e na cooperação técnica e nos esforços para o fortalecimento das capacidades da OPAS de maneira mais geral tem sido o apoio aos países na melhoria da disponibilidade e qualidade das suas informações sobre etnia e saúde.
- A Secretaria de Temas Transversais (TT) foi estabelecida formalmente na Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA). O trabalho interprogramático no âmbito dessa iniciativa está contribuindo para a implementação de uma estrutura conceitual integrada para melhorar a assistência técnica da OPAS nos quatro TT (gênero, equidade, direitos humanos e etnia). Como parte das suas atividades, a Secretaria de TT começou a trabalhar com a University College London em uma análise regional dos quatro TT em relação aos determinantes sociais da saúde.

Desafios

- Foi limitada a colaboração com os interessados diretos não tradicionais que estão tomando decisões importantes que afetam o direito à saúde e os respectivos direitos humanos (parlamentos, ministérios das relações exteriores e outros ministérios, e comissões de direitos humanos nacionais, entre outros).
- Os interessados diretos têm diferentes níveis de conhecimento e compreensão dos conceitos, integração e resultados dos TT. Uma colaboração mais ampla e mais ativa com outros departamentos técnicos e com as Representações da OPAS/OMS pode facilitar uma integração e implementação mais significativas.

Lições extraídas

- Atividades técnicas e discussões relacionadas com as conexões entre o Zika, os direitos das mulheres e as desigualdades de gênero, assim como as vulnerabilidades específicas das pessoas que vivem em situação de pobreza, mostram que é preciso reforçar a colaboração para assegurar que o trabalho da OPAS durante essas emergências de saúde pública leve na devida conta os TT, as desigualdades estruturais e as normas e padrões de direitos humanos internacionais e regionais aplicados à saúde da mulher.
- São necessários fluxos de informação mais eficientes, oportunos e inclusivos, assim como outras formas de coordenação, para assegurar o alinhamento das ferramentas, métodos, enfoques e estruturas conceituais da OPAS sobre gênero, equidade, direitos humanos e etnia em todas as áreas da OPAS e com a OMS.
- Embora haja excelente colaboração interprogramática entre os departamentos pertinentes dentro da Secretaria de TT para apoiar a integração dos TT, mais recursos são necessários para assegurar a coordenação continuada dessa área substancial do trabalho estratégico em toda a Organização.

3.4 Determinantes sociais da saúde

Esta área programática se concentra na implementação da Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde e implica o fortalecimento das parcerias entre os setores para atacar as graves desigualdades na Região.

Avanços

- A Força-Tarefa e Grupo de Trabalho sobre a Saúde em Todas as Políticas e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, formados por peritos regionais, foram estabelecidos em abril de 2015. A função é identificar e abordar as sinergias entre a estrutura dos ODS e o *Plano de ação sobre saúde em todas as políticas*, com a meta global de promover a causa do desenvolvimento sustentável e da equidade em saúde nas Américas. Dois documentos centrais foram elaborados e finalizados pela Força-Tarefa e Grupo de Trabalho, a saber: uma Nota de Referência sobre os ODS e a STP e um Plano de Trabalho para orientar a implementação da agenda de desenvolvimento pós-2015.
- Em resposta às solicitações dos Estados Membros de orientação sobre como alcançar os ODS, a OPAS publicou um documento conceitual, *Preparing the Region of the Americas to Achieve the Sustainable Development Goal on Health* [Preparar a Região das Américas para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável Relacionado à Saúde] e iniciou um processo de cooperação técnica com os países, comparando as metas do ODS com atuais políticas e programas de saúde nacionais.
- Em linha com o *Plano de ação sobre saúde em todas as políticas*, a OPAS organizou três sessões de formação sub-regionais sobre a STP, lançou uma rede regional da STP, formulou planos de trabalho sub-regionais sobre a STP e documentou boas práticas relacionadas à STP para demonstrar como o conceito pode ser aplicado de maneira concreta. Além disso, no fim do biênio, foram publicados um roteiro para orientar a implementação da STP, um relatório técnico sobre a STP e um documento sobre a STP e seus indicadores.
- Como resultado do Terceiro Fórum Regional sobre Saúde Urbana, organizado em Medellín, Colômbia, em dezembro de 2015, foi emitido o Chamado à Ação de Medellín sobre as Cidades Saudáveis, em que a STP foi um ponto central. Isso servirá de base para a cooperação técnica futura sobre a saúde urbana e os municípios saudáveis.
- Uma consulta regional sobre os ODS foi feita em Medellín em novembro de 2015 para reforçar as capacidades das Representações da OPAS/OMS, ministérios da saúde e outras instituições públicas envolvidas na implementação da Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável na Região das Américas. Uma lista de recomendações foi identificada, e uma rede regional dos ODS foi lançada como resultado da reunião.
- Uma análise regional das desigualdades em saúde e dos quatro TT, a ser feita em 13 países durante dois anos, foi aprovada e financiada.

Desafios

- É limitada a capacidade para responder às crescentes demandas dos países por apoio na tradução dos determinantes sociais da saúde em ações concretas.

Lições extraídas

- É preciso aproveitar e fortalecer ainda mais as redes relacionadas aos determinantes sociais da saúde para que a cooperação técnica seja bem-sucedida e oportuna
- Como parte da implementação do *Plano de ação sobre saúde em todas as políticas*, existe a necessidade urgente de documentar e compartilhar as melhores maneiras de aplicar os conceitos dos determinantes sociais da saúde, STP e os ODS.
- A implementação dos ODS e respectivos indicadores constitui uma oportunidade para aproveitar suas sinergias com a agenda da STP.

3.5 Saúde e meio ambiente

Esta área programática abrange a resposta aos compromissos regionais e mundiais pertinente à saúde ambiental e ocupacional. O objetivo é aumentar as capacidades institucionais para reduzir os riscos e o impacto sobre a saúde e gerar políticas com base científica.

Avanços

- A qualidade do ar doméstico foi incorporada à agenda da saúde dos países previstos na meta e há uma consciência cada vez maior dos riscos da poluição do ar ambiente e dos produtos químicos. Cresceu a participação em mecanismos intersetoriais como o Enfoque Estratégico para a Gestão de Produtos Químicos em Nível Internacional (SAICM) e nas atividades relacionadas com a Convenção de Minamata sobre o Mercúrio.
- Avanços significativos foram obtidos rumo à consecução das da *Estratégia e plano de ação sobre a mudança climática*, embora tenham restado algumas lacunas.
- Um aspecto destacado da área programática foi a reunião com 35 Centros Colaboradores da OPAS/OMS, a OMS, o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), outras instituições intergovernamentais e organizações não governamentais sobre o tema “sociedades sustentáveis e inteligentes em relação ao clima: abordar as vulnerabilidades da saúde pública e promover a adaptação sustentável já”. A reunião, realizada em Montreal em setembro de 2015, examinou a pesquisa atual e a estratégia da OPAS para o desenvolvimento sustentável e a equidade em saúde. As recomendações da reunião orientarão a implementação do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 pelos Centros Colaboradores. Isso é de particular importância por causa dos compromissos assumidos no Acordo de Paris, fruto da Conferência das Nações Unidas sobre Mudança Climática de 2015 (COP-21), e como meio para apoiar a implementação dos ODS relacionados com a saúde e o meio ambiente.
- A aprovação do *Plano de ação para a saúde dos trabalhadores* com pleno apoio dos Estados Membros, o convênio com a Conferência Interamericana de Ministros do Trabalho para trabalhar em conjunto para implementar esse plano e os avanços na atualização das regulamentações sobre saúde e segurança ocupacional em muitos países mostram o grande compromisso com essa área programática.
- Com a implementação de programas de vigilância da qualidade da água e de planos de segurança da água, foram fortalecidas as capacidades dos países. Por exemplo, havia uma sistematização do monitoramento da qualidade da água na República Dominicana. Um relatório final que avalia o progresso rumo à consecução do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio relativo à água e saneamento foi publicado pelo Programa de Monitoramento Conjunto da OMS/UNICEF para o Abastecimento de Água e Saneamento.
- Também houve progresso significativo na medição das iniquidades e no fortalecimento da capacidade para os planos de segurança da água, sobretudo no tocante às emergências. Um curso on-line grátis sobre planos de segurança da água foi desenvolvido, em espanhol, pela Equipe Técnica Regional sobre Água e Saneamento (ETRAS), destinado e pessoal no setor de recursos hídricos com responsabilidades administrativas, operacionais ou de engenharia. Em resposta a diferentes surtos, as capacidades regionais e nacionais para a preparação planos de segurança da água com um enfoque de prontidão para situações de emergência e resposta foram fortalecidas nos países prioritários. Essa iniciativa também abrangeu o estabelecimento de uma rede para trocar experiências e conhecimento. Essas iniciativas permitiram aos países da Região melhorar o acesso à água potável e, dessa forma, promover os direitos humanos e a redução das desigualdades.

Desafios

- Ainda restam grandes desafios no que se refere à consecução dos ODM referentes ao saneamento, ao fechamento da lacuna do abastecimento de água e saneamento entre a zona urbana e a rural, e à redução

do uso de combustíveis sólidos como a principal fonte de energia doméstica na Região. As metas dos ODM relacionadas com a saúde ambiental foram incorporadas à agenda dos ODS e continuam a ser uma prioridade na Região.

- A capacidade e os recursos devem ser fortalecidos para fazer face à necessidade e demanda significativas dos países de cooperação técnica para ajudá-los a incorporar e fortalecer a saúde ambiental e ocupacional nos seus programas nacionais.
- Esforços e coordenação multissetoriais mais fortes são necessários para abordar as questões da saúde ambiental e ocupacional que afetam a Região.

Lições extraídas

- É necessário fortalecer a capacidade para o trabalho intersectorial com parceiros não tradicionais do setor da saúde.
- A Região precisa melhorar e consolidar a governança da água, com uma mudança de paradigma rumo à integração sustentável do gerenciamento dos recursos hídricos da captação até o consumidor, juntamente com esforços para reduzir as desigualdades. Devem ser tomadas medidas para incluir os planos de segurança da água como parte das estratégias nacionais para os recursos hídricos.

Riscos:

Os riscos mais importantes identificados na Categoria 3 do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 estão relacionados abaixo, além de informações a respeito da sua situação e as medidas de mitigação tomadas para resolvê-los. Os novos riscos identificados durante o biênio também estão destacados.

- Prioridades conflitantes, desastres e epidemias, turbulência política ou distúrbios civis limitam os recursos para as áreas programáticas desta categoria, comprometendo a obtenção dos resultados.
 - Foram identificados déficits de financiamento em áreas programáticas prioritárias, sobretudo com relação à área programática 3.1. A expectativa é que no biênio 2016-2017, os países prioritários tenham um ponto focal e que essa área programática seja plenamente financiada para apoiar a obtenção dos resultados intermediários e imediatos.
- Os sistemas de informação produzem dados desagregados limitados e poucos dados sobre os determinantes sociais da saúde.
 - A Secretaria de TT e o Grupo de Trabalho de TT elaboraram uma proposta de dois anos para coletar e consolidar os dados e evidências de diversos setores como parte de uma análise regional sobre as desigualdades em saúde.
 - A análise será lançada em maio de 2016 e facilitará a coleta das evidências existentes sobre os determinantes sociais da saúde.
- O pessoal da área de saúde não está preparado para elaborar novos programas de envelhecimento em atividade.
 - Gestão da Saúde para Pessoas Mais Velhas, um curso on-line oferecido pelo Campus Virtual de Saúde Pública, envolveu 300 estudantes e foi ministrado em três idiomas (espanhol, inglês e português).
 - O Consórcio Universitário em Saúde Pública e Envelhecimento foi desenvolvido e abrange 17 países latino-americanos e 10 países do Caribe.
- Embora as prioridades de saúde no âmbito mundial, regional e nacional deem destaque aos temas transversais, eles desaparecem rapidamente ou são deixados de lado quando questionados por grupos de interesse nacionais e internacionais. Os parceiros têm escasso conhecimento sobre as definições, estruturas e estratégias no que se refere aos temas transversais, e não há consenso em torno desses temas.

- Criados dentro da RSPA em dezembro de 2014, a Secretaria de TT e o Grupo de Trabalho de TT orientam os esforços para incorporar os TT em todo o trabalho da OPAS. O Grupo de Trabalho de TT está encarregado de prestar apoio à Secretaria para levar à frente agenda coletiva de TT ao fortalecer o conhecimento e o consenso entre os parceiros sobre as definições, estruturas e estratégias no que se refere aos TT.
- O Grupo de Trabalho de TT está trabalhando ativamente para incentivar os departamentos e unidades da OPAS a trabalharem de maneira interprogramática. Os avanços foram mais evidentes entre os departamentos membros do Grupo de Trabalho, que cada vez mais desenvolvem um modelo de colaboração forte, coeso e transparente. A integração e incorporação dos TT em todos os programas e atividades das representações nos países para que se tornem “rotina” será uma iniciativa de longo prazo e exigirá uma promoção mais concentrada dessa causa a fim de estimular a aceitação e o apoio técnicos e de alto nível.
- Políticas e leis defasadas e o cumprimento limitado das políticas e leis existentes dificultam uma abordagem eficaz da saúde ambiental e da saúde dos trabalhadores.
 - Durante 2014 e 2015 a OPAS facilitou consultas sub-regionais para discutir as linhas de ação estratégicas para formular e avaliar leis e regulamentações nacionais relacionadas com a saúde de maneira compatível com tratados e normas de direitos humanos universais e regionais, solicitação dos Estados Membros da OPAS.
 - Um grupo de trabalho sobre a legislação relacionada com a saúde foi estabelecido pelo Comitê Executivo da OPAS e, em 2015, o Conselho Diretor aprovou a Estratégia da OPAS sobre a Legislação Relacionada com a Saúde. Isso abrange ações e objetivos específicos relacionados com as leis sobre o meio ambiente, a saúde dos trabalhadores e outras áreas, conforme estabelece o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019.

Novos riscos surgidos durante o biênio:

- O enfoque multissetorial não é proeminente nem perseguido nos programas e projetos. O desenvolvimento das ações interdepartamentais deve ser reforçado para que passe a fazer parte da cultura de organização.
- Há uma possível repetição do trabalho em saúde e direitos humanos nos países por diferentes organismos das Nações Unidas.

Análise da execução orçamentária**Tabela 3. Categoria 3, Resumo do Orçamento por Área Programática e Nível Funcional**

Categoria, área programática e nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por área programática (%)	Total gasto (milhões de US\$)	Execução orçamentária (US\$)
3. Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida	57,98	100,00	56,82	98,0
3.1 Saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança e do adolescente, e saúde sexual e reprodutiva	27,03	46,62	26,17	96,8
Nacional	13,95	24,05	13,75	98,6
Internacional	8,79	15,17	8,38	95,4
Sub-regional	0,87	1,51	0,85	97,1
Regional	3,42	5,89	3,19	93,3
3.2 Envelhecimento e saúde	1,62	2,79	1,61	99,7
Nacional	0,50	0,87	0,50	100,0
Internacional	0,31	0,53	0,31	99,6
Sub-regional	0,08	0,14	0,08	99,6
Regional	0,73	1,26	0,72	99,6
3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e etnia	5,84	10,07	5,79	99,3
Nacional	1,12	1,94	1,12	99,7
Internacional	1,26	2,17	1,25	99,2
Sub-regional	0,47	0,81	0,47	99,4
Regional	2,99	5,15	2,96	99,2
3.4 Determinantes sociais da saúde	11,82	20,39	11,69	98,9
Nacional	5,34	9,20	5,28	98,9
Internacional	1,78	3,08	1,76	98,8
Sub-regional	0,47	0,81	0,46	98,8
Regional	4,24	7,31	4,19	98,8
3.5 Saúde e meio ambiente	11,67	20,13	11,55	99,0
Nacional	5,09	8,79	5,06	99,4
Internacional	2,79	4,81	2,73	98,0
Sub-regional	0,63	1,09	0,63	99,5
Regional	3,15	5,44	3,12	99,1

Para o biênio 2014-2015, a Categoria 3 teve um orçamento aprovado de \$81 milhões, dos quais \$58 milhões (72%) foram financiados. A execução orçamentária chegou a um nível sem precedentes de 98%. O déficit de financiamento entre o orçamento aprovado e os recursos concedidos permaneceu grande, \$23 milhões ou 28%.

Conforme mostrado na Tabela 1, a área programática 3.1 recebeu apenas 63% do seu orçamento aprovado, um nível que não é compatível com a sua posição prioritária no Plano Estratégico da OPAS (Nível 1 ou alto). Considerando o déficit de financiamento e as reais necessidades dessa área programática prioritária, mais atenção será dada ao seu

financiamento. Por exemplo, vários cargos no nível nacional serão criados durante o biênio 2016-2017 para cuidar da agenda inconclusa da redução da mortalidade materna em particular. Os recursos concedidos à área programática 3.2 quase chegaram ao orçamento aprovado, em 96%. O déficit de financiamento na área programática 3.3, em contrapartida, permaneceu alto, em 32%. Cumpre observar que, devido à natureza dos TT, a sua implementação pode ser dividida em várias áreas programáticas. O financiamento para a área programática 3.4 superou ligeiramente o orçamento aprovado em 1%. A área programática 3.5 recebeu 72% do orçamento aprovado, com uma taxa de execução de 99%.

O nível nacional recebeu a maior parte dos recursos concedidos (45%), seguido dos níveis internacional (26%), regional (25%) e sub-regional (4%). É notável que 24% dos recursos para toda a categoria foram destinados ao nível nacional para a área programática 3.1, de acordo com as prioridades e necessidades dos países. Isso pode refletir um impulso final por parte dos países rumo à consecução das metas da área programática 3.1 que fazem parte da agenda inconclusa da Região.

Mobilização de recursos

A Categoria 3 mobilizou financiamento por meio de alianças com a Colgate Palmolive Company; a Comissão Europeia; os governos do Brasil, Canadá, Espanha, Noruega, Peru e República da Coreia; organismos das Nações Unidas, como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, o Fundo de População das Nações Unidas, o UNICEF, PNUMA e o Fundo de Reserva das Nações Unidas para a Segurança Humana; e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional.

Recomendações

- Incentivar e reforçar a Categoria 3 para promover um enfoque multissetorial para alcançar as metas do ODS3 abaixo:
 - Reduzir as mortalidades materna, neonatal e infantil para níveis específicos;
 - Concretizar o acesso universal a serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, inclusive o planejamento familiar;
 - Concretizar a cobertura universal de saúde e a proteção contra riscos financeiros.
- Fortalecer a promoção da saúde e o enfoque na totalidade do ciclo de vida ao trabalhar de maneira mais integrada para alcançar outras metas estratégicas.
- Assegurar o apoio financeiro às áreas prioritárias.
- Melhorar o apoio à integração dos TT no trabalho de todas as categorias e áreas programáticas.

Avaliação por Área Programática

<p>Área programática 3.1: Saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança e do adolescente, e saúde sexual e reprodutiva</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Ampliação do acesso a intervenções para melhorar a saúde da mulher, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 2/7 alcançados, 5/7 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 2/5 alcançados, 3/5 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
---	---

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação (Classificar como alcançado, em curso, nenhum progresso) ^{13, 14}
3.1.1	Porcentagem de necessidades não supridas com respeito a métodos modernos de planejamento familiar	15%	11%	Alcançado (10,7%)
<p>A estimativa da mediana das Nações Unidas da necessidade não atendida de contracepção na América Latina e no Caribe como um todo é 10,7%, mas há lacunas muito grandes entre os países, assim como lacunas dentro dos países entre as populações mais ricas e mais pobres.</p> <p>A necessidade não atendida de contracepção é 16,3% na sub-região do Caribe, 11,2% na América Central e 9,7% na América do Sul. No nível nacional, o Haiti tem a necessidade não atendida mais elevada (32,9%), seguido da Guiana (26,5%), enquanto a mais baixa é a de Porto Rico (6%), o que mostra a ampla variação entre países/territórios. Ao mesmo tempo, variação dentro dos países também é alta. Na Bolívia, por exemplo, os 20% mais ricos têm uma necessidade não atendida de contracepção de 11,9%, enquanto a dos 20% mais pobres é de 25,3%, o que significa que a necessidade não atendida destes é duas vezes mais alta do que a daqueles. Esse padrão se repete em todos os países da Região.</p> <p>Fonte: Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População, “Trends in Contraceptive Use Worldwide [Tendências no Uso de Métodos Contraceptivos em Todo o Mundo], 2015”.</p>				

¹³ Em termos de consecução, os indicadores são avaliados do seguinte modo:

- **Alcançado:** A meta do indicador estabelecida para 2019 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) no Plano Estratégico da OPAS já foi alcançada.
- **Em curso:** Houve um aumento em relação ao valor da linha de base do indicador definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e os trabalhos estão em andamento/no rumo certo para a meta estabelecida no Plano Estratégico ser alcançada até 2019.
- **Nenhum progresso:** Não houve aumento em relação ao valor da linha de base definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e o progresso rumo à consecução da meta do indicador até 2019 poderia estar em risco.

¹⁴ Os indicadores regionais são avaliados pela entidade regional responsável/Rede de Categorias e Áreas Programáticas (CPAN) com base nas informações mais recentes disponíveis, de acordo com os critérios definidos no compêndio dos indicadores.

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
3.1.2	Porcentagem de partos assistidos por pessoal da área de saúde capacitado	95%	97%	Em curso (95,6%)
<p>Segundo as especificações técnicas do indicador, as informações devem vir dos Indicadores Básicos da OPAS. Com referência a 2015, esses indicadores revelam que a porcentagem de partos assistidos por pessoal da área de saúde capacitado na Região foi 95,6%. O progresso é lento, porém está em curso.</p>				
3.1.3	Porcentagem de mães e recém-nascidos que recebem atenção pós-parto nos sete dias seguintes ao parto	40%	60%	Em curso (a ser determinada)
<p>Os países da Região não estão medindo este indicador de maneira regular. Até o momento, a única maneira de coletar dados sobre este indicador foi por meio do monitoramento fornecido pelo plano de ação regional para acelerar a redução da mortalidade materna e da morbidade materna grave. Esse indicador será medido em 2017 para o relatório final do plano ou quando for incorporado aos Indicadores Básicos da OPAS.</p>				
3.1.4	Porcentagem de lactentes com menos de 6 meses que são apenas amamentados	38%	44%	Em curso (< 40%)
<p>Segundo as bases de dados da OMS e do UNICEF e a mais recente publicação da revista científica <i>The Lancet</i> sobre amamentação (2016), sete países fizeram pesquisas nacionais entre 2011 e 2012. A prevalência em seis deles foi inferior a 40% (faixa: 14,4% a 39,7%); um país, o Peru, teve uma prevalência de 67,6%. Em 2013, apenas três países fizeram pesquisas nacionais, tendo informado números para a prevalência de 6,7%, 22,0% e 72,3% (mais uma vez, o número mais alto foi o do Peru). Em vista da limitada disponibilidade de dados, é difícil determinar se estamos nos aproximando da meta.</p>				
3.1.5	Porcentagem de crianças de 0 a 59 meses com suspeita de pneumonia que recebem antibióticos	29%	40%	Superado (46%)
<p>Segundo a OMS e o UNICEF, sete países fizeram pesquisas nacionais entre 2011 e 2012. Quatro desses países tiveram uma prevalência de 60% a 70%, um teve 50% a 60%, e dois tiveram 40% a 50%. Apenas dois países fizeram pesquisas nacionais em 2013, um com prevalência de 51,5% e o outro, 46,6%.</p> <p>A linha de base de 2012 é 29%, o que parece bastante baixa de acordo com os limitados dados disponíveis. A meta de 40% também parece ter sido fixada em um nível muito baixo, uma vez que os países que fizeram pesquisas em 2012 já apresentavam porcentagens mais altas. A prevalência para as Américas publicada pela OMS é 46%.</p>				
3.1.6	Taxa de fecundidade específica em mulheres de 15 a 19 anos	65,6 por 1.000	52 por 1.000	Em curso (64,4 por 1.000)
<p>Durante os últimos cinco anos a Região viu uma lenta tendência de queda na fecundidade na adolescência. Segundo dados do UNdata, a taxa de fecundidade específica estimada foi de 65,6 em 2013 e 64,4 em 2014. É importante reconhecer que as reduções não foram iguais entre os países nem dentro deles.</p> <p>A linha de base de 2013 estabelecida para o indicador do resultado intermediário 3.1.6 foi revisada para este relatório, de 60,0 para 65,6 por 1.000, com base nos números informados pelo UNdata para 2013. As mudanças correspondentes serão incorporadas à definição técnica do indicador e usadas para avaliações futuras.</p>				

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
3.1.7	Número de países e territórios que acatam a recomendação da OPAS de fazer exames médicos ocupacionais periódicos entre a população de trabalhadores adultos (18 a 65 anos)	3	10	Em curso (4 alcançaram + 4 em curso)
<p>Quatro países alcançaram o indicador: ARG, CHL, CUB, URY.</p> <p>Quatro países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: DOM, ECU, PER, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Os resultados são muito promissores. Esperava-se que Cuba e Uruguai alcançassem o indicador até 2019. A maioria dos países tem regulamentações implementadas e, em muitos, a autoridade para essas avaliações está investida no Ministério do Trabalho ou é dividida entre vários órgãos (por exemplo, Colômbia). Em consequência, coordenação e ações intersetoriais são necessárias para levar à frente a implementação.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{15, 16}
3.1.1	Implementação do Plano Regional de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Materna Grave e da estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança	Número de países e territórios que estão implementando um plano integrado para a mortalidade materna e perinatal em linha com os planos de ação regionais sobre a mortalidade materna e a saúde neonatal	4	19	Parcialmente alcançado (12 alcançaram + 4 alcançaram parcialmente)
<p>Doze países e territórios alcançaram o indicador: COL, CUB, DMA, DOM, GTM, HND, MEX, NIC, PRY, SLV, STA, VEN.</p> <p>Quatro países e territórios o alcançaram parcialmente: ARG, BOL, CUW, JAM. A confirmação de seis países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p>					

¹⁵ Os indicadores regionais são avaliados pela entidade regional responsável/CPAN com base nas informações mais recentes disponíveis, de acordo com os critérios definidos no compêndio dos indicadores.

¹⁶ Em termos de consecução, os indicadores são avaliados do seguinte modo:

- **Alcançado:** A meta do indicador fixada no Programa e Orçamento (P&O) 2014–2015 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) foi alcançada. As metas dos indicadores que foram superadas estão indicadas dessa maneira.
- **Parcialmente alcançado:** Houve avanço em relação ao valor da linha de base estabelecido no P&O (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), mas a meta referente a 2015 não foi alcançada.
- **Nenhum progresso:** Não houve aumento em relação ao valor da linha de base estabelecido no P&O (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais).

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{15, 16}
3.1.2	Implementação da estratégia e plano de ação regional para a saúde integral na infância regional, com ênfase nos mais vulneráveis	Número de países e territórios que estão implementando uma política/estratégia nacional integrada de saúde na infância ou plano compatível com quadros jurídicos e regulamentações	8	12	Superado (15 alcançaram + 4 alcançaram parcialmente)
<p>Quinze países e territórios alcançaram o indicador: ABW, BRA, CHL, COL, CUB, CUW, GLP, GUY, HND, JAM, MEX, PAN, SLV, STA, VEN.</p> <p>Quatro países e territórios o alcançaram parcialmente: ARG, BON, SAB, TTO.</p> <p>Três países (El Salvador, Honduras, Jamaica) completaram ou atualizaram suas planos/estratégias nacionais, usam um enfoque na totalidade do ciclo de vida e dão uma atenção especial à integração da nutrição, saúde e desenvolvimento das crianças. Outros dois países/territórios (Bonaire e Trinidad e Tobago) estão em vias de melhorar sua resposta.</p>					
3.1.3	Implementação da Estratégia Mundial para a Saúde Sexual e Reprodutiva, enfocando o suprimento das necessidades não atendidas	Número de países e territórios que estão implementando as diretrizes da OPAS/OMS sobre planejamento familiar	8	22	Parcialmente alcançado (18 alcançaram + 5 alcançaram parcialmente)
<p>Dezoito países e territórios alcançaram o indicador: ABW, BLZ, BRA, COL, CUB, DOM, GTM, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, SXM, URY, VEN.</p> <p>Cinco países e territórios o alcançaram parcialmente: CRI, KNA, SAB, STA, TTO. A confirmação de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p>					
3.1.4	Pesquisa feita e evidências geradas e sintetizadas para conceber intervenções-chave em saúde reprodutiva, da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto e em outros problemas e questões relacionados	Número de estudos realizados para embasar a concepção de intervenções novas ou melhoradas visando à saúde reprodutiva, da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto	4	10	Superado (3 revisões sistemáticas e 10 artigos de pesquisa)
<p>3 revisões sistemáticas e 10 artigos de pesquisa, acima da linha de base, foram publicados.</p> <p><u>Revisões sistemáticas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Neonatal near miss: a systematic review</i> [O near miss neo natal: uma revisão sistemática]. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> 2015;15(1):320. 					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{15, 16}
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Costs of prematurity in biomedical literature in order to contrast with regional results: a systematic review</i> [Custos da prematuridade nas publicações biomédicas para contrastar com resultados regionais: uma revisão sistemática]. Apresentado para publicação. • <i>Revisión sistemática sobre la disponibilidad de programas y acciones orientadas a dar respuesta a la retinopatía del prematuro</i> [Revisão sistemática da disponibilidade de programas e ações voltadas para dar uma resposta à retinopatia do prematuro]. Apresentado para publicação. <p><u>Artigos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Neonatal near miss: the need for a standard definition and appropriate criteria and the rationale for a prospective surveillance system</i> [Near miss neonatal: a necessidade de uma definição-padrão e critérios apropriados e a justificativa para um sistema de vigilância prospectiva]. <i>Clinics</i> (São Paulo) 2015;70(12):820-826. • <i>Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda</i> [O progresso na redução das desigualdades na saúde reprodutiva, da mãe, do recém-nascido e da criança na América Latina e Caribe: uma agenda inconclusa]. <i>Rev Panam Salud Pública</i> 2015;38(1):9-16. • <i>Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis</i> [A sífilis gestacional e os natimortos nas Américas: uma revisão sistemática e meta-análise]. <i>Rev Panam Salud Pública</i> 2015;37(6):422-429. • <i>Maternal and congenital syphilis in selected Latin America and Caribbean countries: a multi-country analysis using data from the Perinatal Information System</i> [A sífilis materna e congênita em países selecionados da América Latina e Caribe: uma análise multinacional usando dados do Sistema de Informação Perinatal]. <i>Sex Health</i> 2015;12(2):164-169. • <i>Gestational syphilis and stillbirth in Latin America and the Caribbean</i> [A sífilis gestacional e os natimortos na América Latina e Caribe]. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> 2015;128(3):241-245. • <i>Progresos y desafíos en salud neonatal en la Región de las Américas</i> [Progressos e desafios na saúde neonatal na Região das Américas]. <i>Rev Panam Salud Pública</i> (em avaliação). • <i>An analysis of three levels of scaled-up coverage for 28 interventions to avert stillbirths and maternal, newborn and child mortality in 27 countries in Latin America and the Caribbean with the Lives Saved Tool (LiST)</i> [Uma análise de três níveis de cobertura ampliada para 28 intervenções para evitar os natimortos e a mortalidade da mãe, do recém-nascido e da criança em 27 países da América Latina e Caribe com ferramenta Lives Saved (LiST)]. <i>BMC Public Health</i> (em avaliação). • <i>Descripción de la situación de acompañamiento continuo en las mujeres en trabajo de parto y parto en países de América Latina y el Caribe</i> [Descrição da situação do acompanhamento contínuo na mulheres em trabalho de parto e no parto em países da América Latina e Caribe]. Elaborado com o centro colaborador da OMS na Universidade do Chile e OMS/MCAH. Apresentado na 5ª Conferência Regional do Conselho Internacional de Enfermeiros das Américas, Suriname, julho de 2015. • <i>Taxonomía de países latinoamericanos respecto a algunas variables obstétricas y neonatales relativas a la modalidad de atención del parto</i> [Taxonomia dos países latino-americanos com respeito a algumas variáveis obstétricas e neonatais relativas à modalidade de atenção no parto]. Elaborado com o centro colaborador da OMS na Universidade do Chile. Apresentado na 5ª Conferência Regional do Conselho Internacional de Enfermeiros das Américas, Suriname, julho de 2015. • <i>Maternal near miss and predictive ability of potentially life-threatening conditions at selected maternity hospitals in Latin America</i> [O near miss materno e a capacidade preditiva de condições potencialmente letais em hospitais-maternidade selecionados na América Latina]. Apresentado para publicação. 				

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{15, 16}
3.1.5	Implementação do plano de ação regional para a saúde do adolescente e do jovem	Número de países e territórios que estão implementando as políticas ou planos nacionais relacionados com a saúde integral do adolescente	16	30	Parcialmente alcançado (15 alcançaram + 13 alcançaram parcialmente)
<p>Quinze países alcançaram o indicador: BOL, BRA, CHL, COL, CRI, CUB, GTM, HND, HTI, MEX, NIC, SLV, SUR, URY, VEN.</p> <p>Trze países e territórios o alcançaram parcialmente: ABW, ARG, BON, CUW, DOM, ECU, GUY, KNA, PER, SAB, STA, TTO, VGB. Avanços importantes foram alcançados em países prioritários, como Bolívia, Guatemala, Suriname e Haiti, no desenvolvimento ou atualização das suas políticas ou planos nacionais relacionados com a saúde do adolescente.</p>					

<p>Área programática 3.2: Envelhecimento e saúde</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Ampliação do acesso a intervenções para que os idosos possam manter uma vida independente</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/1 em curso</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIM: 2/3 alcançados, 1/3 parcialmente alcançado</p>	<p>Classificação: Cumriu as expectativas</p>
--	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
3.2.1	Número de países e territórios com pelo menos um programa de autocuidado baseado em evidências para idosos portadores de múltiplas afecções crônicas	N/A	15	Em curso (1 alcançou)
<p>Um país alcançou o indicador: PER.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A Região começou a implementar o programa <i>Tomando Control de su Salud</i> [Assumindo o controle da sua saúde] que atualmente funciona no Chile, Argentina e Caribe Oriental. Instrutores avançados receberam orientação e o programa está se espalhando gradativamente por todos os países. Trabalho interdepartamental está sendo desenvolvido com o Departamento de Doenças não Transmissíveis. México e Peru estão criando as condições para a implementação do programa.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
3.2.1	Implementação do plano de ação regional sobre a saúde dos idosos, incluindo estratégias para promover o envelhecimento ativo e saudável	Número de países e territórios que incorporaram estratégias para promover o envelhecimento saudável e ativo ou o acesso a um processo contínuo integrado de atenção nos seus planos nacionais	7	11	Alcançado (11 alcançaram + 9 alcançaram parcialmente)
<p>Onze países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, TTO, USA, VEN, VGB. A confirmação de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Nove países e territórios o alcançaram parcialmente: ABW, BON, BRB, CUW, DMA, JAM, KNA, SAB, SLV. É importante destacar que todos eles conseguiram mudanças.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>O México tem um plano nacional para promover o envelhecimento saudável, o Plano Nacional de Desenvolvimento 2007–2012. A Argentina exerceu uma importante liderança no processo em torno da nova Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos e na consulta mundial sobre a <i>Estratégia mundial e plano de ação sobre envelhecimento e saúde</i>.</p>					
3.2.2	Países aptos a avaliar e suprir as necessidades de saúde dos idosos visando à melhoria da atenção	Número de países e territórios que estão monitorando e quantificando as diversas necessidades de saúde dos idosos, em conformidade com as medidas e modelos recomendados pela OMS	5	10	Parcialmente alcançado (9 alcançaram + 9 alcançaram parcialmente)
<p>Nove países e territórios alcançaram o indicador: ABW, ARG, CAN, CHL, CUB, JAM, MEX, SAB, USA.</p> <p>Nove países e territórios o alcançaram parcialmente: BON, BRA, COL, CRI, CUW, KNA, NIC, SLV, VEN.</p> <p>O Brasil e o México avançaram na pesquisa longitudinal nacional sobre o envelhecimento. A Colômbia já concluiu uma pesquisa nacional sobre a saúde e o bem-estar. A Nicarágua incluiu as questões dos idosos como uma prioridade no Ministério da Saúde, e também inclui alguns dados sobre os idosos na avaliação dos serviços de saúde. Embora nem todos os objetivos tenham sido cumpridos, os países demonstram o compromisso de continuar a trabalhar para melhorar a atenção aos idosos com base nas suas necessidades.</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
3.2.3	Países aptos a implementar políticas e planos que enfoquem a saúde da mulher além da idade reprodutiva	Número de países e territórios que estão implementando políticas, leis ou planos nacionais relacionados com a saúde da mulher além da idade reprodutiva	0	5	Superado (8 alcançaram)
<p>Oito países alcançaram o indicador: ARG, CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, PER, USA. A confirmação de sete países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Esses países implementaram planos e programas específicos centrados na saúde da mulher além da idade reprodutiva. Além disso, um resumo de política sobre a situação da saúde das idosas na Região está sob discussão como forma de estimular outros esforços nessa área.</p>					

<p>Área programática 3.3: Gênero, equidade, direitos humanos e etnia</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Aumento da capacidade do país para integrar o gênero, a equidade, os direitos humanos e a etnia no âmbito da saúde</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/1 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 2/5 alcançados, 3/5 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
---	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
3.3.1	Número de países e territórios que têm uma resposta institucional que vise às desigualdades na saúde, gênero, equidade, direitos humanos e etnia	32	39	Em curso (21 alcançaram + 16 em curso)
<p>Vinte e um e territórios alcançaram o indicador ao satisfazer pelo menos duas das condições especificadas na definição técnica do indicador: ABW, ARG, BOL, BON, BRA, CAN, CHL, CRI, CUW, DOM, GTM, HND, JAM, MEX, NIC, PAN, PRY, SAB, SLV, SXM, VEN.</p> <p>Outros 16 países e territórios estavam com trabalhos em curso para alcançá-lo: AIA, BRB, COL, CUB, ECU, GUY, HTI, KNA, LCA, MSR, PER, STA, TTO, URY, USA, VGB.</p> <p>Os países estão fazendo avanços significativos em cada uma das áreas técnicas específicas (gênero, equidade, direitos humanos e etnia) incluídas no RIT 3.3.1. Por exemplo, a avaliação recente do plano de ação para a igualdade de gênero revelou que quase 80% dos países e territórios informam ter planos e políticas de gênero implementadas. Entretanto, ainda restam desafios, conforme observado abaixo de cada um dos indicadores dos resultados imediatos pertinentes. A OPAS está renovando seu compromisso de apoiar os países na ampliação desses avanços e fazer face aos desafios, não apenas por meio do trabalho técnico contínuo em cada área, mas</p>				

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
também mediante o estabelecimento e atividades da Secretaria de TT e do Grupo de Trabalho de TT. Conforme observado no RIM 3.3.1, a Secretaria e o Grupo de Trabalho estão se esforçando para assegurar que todo o apoio técnico da OPAS aos países incorpore um enfoque nos TT para ajudar todos os 39 países e territórios a atingir a meta até 2019.				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
3.3.1	Gênero, equidade, direitos humanos e etnia	Proporção das entidades da RSPA que integram o gênero, a equidade, os direitos humanos e a etnia no planejamento operacional	Dados não medidos atualmente	80%	Superado (81%)
<p>Das entidades funcionais da RSPA (um total de 49 Representações da OPAS/OMS, departamentos técnicos e escritórios técnicos), Dados 81% integraram os TT nos seus planos de trabalho de 2014-2015. O Grupo de Trabalho de TT na OPAS é o único dentro do sistema da OMS por incorporar o gênero, a equidade, os direitos humanos e a etnia no planejamento operacional e prestação de contas. Para isso, o grupo assumiu os processos de prestação de informações e deu feedback a eles, além de haver atualizado as diretrizes para os processos de planejamento do Plano de Trabalho Bienal para todas as entidades da OPAS.</p> <p>Durante o biênio 2014-2015, 2.495 (62%) de um total de 4.030 produtos e serviços em todas as entidades estavam vinculadas aos TT, com a equidade apresentando o nível mais elevado de vinculação (1.947, ou 48%), seguida dos direitos humanos (1.692, ou 42%), e gênero (1.553, ou 39%). A etnia apresentou o nível mais baixo de vinculação (1.122, ou 28%). Excluindo as entidades facilitadoras, 81% das 74 entidades restantes da RSPA (Representações da OPAS/OMS e entidades técnicas) têm integrado os TT nos seus planos de trabalho, conforme revistos nos planos de trabalho bienais de 2014-2015 e 2016-2017.</p> <p>Nas revisões dos relatórios, o Grupo de Trabalho de TT identificou os desafios para uma maior integração e implementação realista dos TT em toda a Organização. Esses desafios são os diferentes níveis de conhecimento e compreensão dos conceitos de dos TT (sobretudo a etnia), a integração que não raro é um objetivo ambicioso (sobretudo no que diz respeito à equidade), escassos resultados e produtos tangíveis e a falta de meios sistemáticos de aproveitar pontos de entrada (de um TT para outro). Ademais, o êxito na implementação dos TT não é necessariamente captada pelos processos de monitoramento e avaliação do desempenho. Embora as informações prestadas sobre os vínculos sejam boas, a falta relativa de relatos narrativos sobre este indicador é mais uma evidência de que continua a ser difícil captar adequadamente todos os avanços.</p> <p>O Grupo de Trabalho de TT está aprofundando o desenvolvimento dos seus mecanismos, inclusive na forma de capacitação, para aumentar o apoio aos processos institucionais de modo a melhorar os vínculos com os TT durante o planejamento e prestação de informações. Além disso, está trabalhando para assegurar que a implementação TT nos diversos programas de trabalho se torne mais integrada e voltada para os resultados. A Secretaria de TT elaborou uma proposta de análise regional dos quatro TT em relação aos determinantes sociais da saúde, em colaboração com o Instituto de Equidade em Saúde da University College London. Isso ajudará a estabelecer uma base de evidências firme para o aprofundamento do trabalho nos TT no nível nacional, além de gerar o debate sobre as opções de política para fechar as lacunas em termos de equidade e desigualdade na saúde.</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
3.3.2	Países aptos a implementar e monitorar políticas/planos de saúde que abordem a igualdade de gênero	Número de países e territórios que estão implementando políticas ou planos de saúde que abordem a igualdade de gênero	16	22	Parcialmente alcançado (11 alcançaram + 8 alcançaram parcialmente)
<p>Onze países alcançaram o indicador: ARG, CRI, DOM, GTM, HND, MEX, NIC, PAN, SLV, URY, VEN.</p> <p>Oito países o alcançaram parcialmente: BOL, COL, ECU, GUY, HTI, PER, PRY, TTO.</p> <p>A confirmação da avaliação final de cinco países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A grande maioria dos países na Região está levando à frente a igualdade de gênero na saúde. Os países informam um importante progresso com respeito aos documentos de política elaborados e em implementação, iniciativas interprogramáticas e outros avanços.</p>					
3.3.3	Países aptos a implementar políticas/planos de saúde do e/ou leis para abordar os direitos humanos	Número de países e territórios que estão usando normas e padrões de direitos humanos para formular políticas, planos ou legislação	26	33	Parcialmente alcançado (15 alcançaram + 8 alcançaram parcialmente)
<p>Quinze países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BON, CHL, CUW, DOM, GTM, HND, JAM, KNA, NIC, PAN, PRY, SLV, SXM, VGB. A confirmação de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Oito países e territórios o alcançaram parcialmente: AIA, COL, GUY, HTI, LCA, MSR, PER, TTO.</p> <p>A confirmação de sete países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Nos níveis regional e sub-regional, a OPAS facilitou a formulação de convenções e declarações de direitos humanos com base em normas de direitos humanos. Entre os exemplos, destacam-se, na OEA, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos e, no Sistema de Integração Centro-Americana (SICA), um plano para a prevenção da gravidez na adolescência. No nível nacional, alguns avanços importantes na reforma de leis e políticas com base nos direitos humanos ocorreram nas áreas da saúde mental, deficiências e saúde reprodutiva, por exemplo, no Peru.</p> <p>Uma recomendação para o próximo biênio é coordenar, com antecedência, com as Representações da OPAS/OMS, seja virtualmente, seja de forma presencial, conforme o caso, as etapas específicas para a formulação de políticas, planos, e/ou leis que abordem os direitos humanos. Todos os Estados Membros da OPAS negociaram e aprovaram, no Conselho Diretor de 2015, a Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde, que contém recomendações e diretrizes específicas sobre como formular leis nacionais com base nos instrumentos de direitos humanos.</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
3.3.4	Países aptos a implementar políticas/planos de saúde para abordar a igualdade na saúde	Número de países e territórios que estão implementando políticas/planos de saúde ou leis que tratem da equidade na saúde	8	13	Superado (24 alcançaram + 1 alcançou parcialmente)
<p>Vinte e quatro países e territórios alcançaram o indicador (ABW, ARG, BOL, BON, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, DOM, JAM, MEX, PER, PRY, SAB, SLV, STA, SXM, TTO, USA, VEN). Isso significa que implementaram políticas/planos de saúde e/ou leis que abordaram a equidade na saúde, inclusive ações relacionadas aos determinantes sociais da saúde, bem como a concretização progressiva da universalidade na atenção à saúde.</p> <p>A confirmação da avaliação final de quatro países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Além disso, um país alcançou parcialmente o indicador: BHS.</p>					
3.3.5	Países aptos a implementar políticas/planos de saúde e/ou leis para tratar da etnia	Número de países e territórios que estão implementando políticas/planos de saúde ou leis para tratar das populações étnicas/raciais	12	18	Parcialmente alcançado (10 alcançaram + 9 alcançaram parcialmente)
<p>Dez países e territórios alcançaram o indicador: ABW, BOL, BON, BRA, CAN, HND, PAN, SAB, SXM, VEN.</p> <p>Nove países e territórios o alcançaram parcialmente: COL, CUW, ECU, GTM, GUY, MEX, PER, PRY, SLV.</p> <p>Durante este biênio, foram obtidos avanços no âmbito regional, sub-regional e nacional rumo à obtenção deste resultado imediato, e os países previstos na meta se envolveram. Duas consultorias técnicas regionais com os ministérios da saúde foram realizadas, com ampla participação pelos países da Região. Essas iniciativas foram cruciais para dar à etnia uma posição mais central nas agendas de saúde nacionais e regionais. No caso de Honduras, foi iniciado um processo para a preparação de um perfil de saúde dos povos indígenas e afrodescendentes. O Peru e o México conseguiram avanços rumo à obtenção deste resultado imediato, conforme refletido nas suas avaliações nacionais. Entretanto, os desafios permanecem, em vista da complexidade das questões envolvidas. Para fazer face a esses desafios de forma plena, bem como para conseguir avanços em outros países, o nível regional enfatiza sua disposição para oferecer apoio técnico aos países com relação a este indicador e insta os países a se abrir para coordenar esse apoio.</p>					

<p>Área programática 3.4: Determinantes sociais da saúde</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Aumento da liderança do setor da saúde na abordagem dos determinantes sociais da saúde</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/1 em curso</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIM: 3/4 alcançados, 1/4 parcialmente alcançado</p>	<p>Classificação: Cumpriu as expectativas</p>
---	---

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
3.4.1	Número de países e territórios que estão implementando pelo menos dois dos cinco pilares da Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde	13	27	Em curso (2 alcançaram + 2 em curso)
<p>Dois países alcançaram o indicador: CAN, MEX.</p> <p>Dois países conseguiram um progresso parcial neste indicador: BHS, PER.</p> <p>Os países estão fazendo imenso progresso na implementação da Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, usando a STP como a ferramenta operacional. Peru, Suriname e Bahamas demonstraram resultados concretos na área de governança e ação intersectorial. Todos os países previstos na meta foram convidados a participar da Análise sobre Desigualdades em Saúde coordenada pela Secretaria de TT e pelo Grupo de Trabalho de TT, a ser lançada em maio de 2016.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
3.4.1	Implementação da iniciativa da OMS Saúde em Todas as Políticas para a Ação dos Países, inclusive a ação intersectorial e participação social para abordar os determinantes sociais da saúde	Número de países e territórios que estão implementando a iniciativa Saúde em Todas as Políticas Estruturais para a Ação dos Países	6	12	Alcançado (12 alcançaram + 4 alcançaram parcialmente)
<p>Seis países e territórios informaram que haviam alcançado o indicador: ABW, ARG, CHL, CUB, SLV, VEN.</p> <p>Dez países e territórios o alcançaram parcialmente: BHS, COL, CRI, ECU, MEX, PAN, SAB, TCA, TTO, VGB. Na estimativa da RSPA, seis países atualmente classificados como tendo alcançado parcialmente o indicador, na verdade, poderiam ser classificados como se o tivessem alcançado.</p> <p>Todos os países previstos na meta participaram ativamente da implementação da iniciativa da OMS Saúde em Todas as Políticas para a Ação dos Países. Das discussões estratégicas, o Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP,</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
	<p>México), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, Brasil) e a Escola Latino-americana de Ciências Sociais (FLACSO, Chile) despontaram como instituições-chave para levar à frente esta agenda ambiciosa nas Américas. Desde a sua participação no primeiro evento da OMS de Capacitação dos Instrutores em STP, organizado em Genebra, em março de 2015, essas instituições contribuíram ativamente com seu conhecimento e experiência na formação de capacidades para enriquecer a Consulta de Peritos sobre a STP realizada em Washington, D.C., bem como desenvolveram um guia para a execução da STP de acordo com o plano de ação regional sobre STP da OPAS. Cada instituição organizou ou organizará um workshop para capacitação sobre a STP, em parceria com a OPAS, na sua sub-região respectiva. Dessa forma, desenvolve-se o senso de propriedade regional da iniciativa, formam-se capacidades e desenvolvem-se redes de profissionais capacitados. Na última parte do biênio, ocorreram duas sessões de formação, uma no México e outra no Brasil.</p>				
3.4.2	Países aptos a gerar perfis de equidade para abordar os determinantes sociais da saúde	Número de países e territórios que estão produzindo perfis de equidade que abordam pelo menos dois determinantes sociais da saúde	0	9	Alcançado (9 alcançaram + 8 alcançaram parcialmente)
<p>Noves países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BRA, CAN, CUW, HND, NIC, PAN, SLV, VEN.</p> <p>Oito países e territórios o alcançaram parcialmente: BLZ, BOL, BON, COL, CRI, ECU, PER, TTO.</p> <p>A confirmação da avaliação final de quatro países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Os países fortaleceram as suas capacidades institucionais para quantificar e analisar as desigualdades sociais na saúde, inclusive a produção de perfis de equidade em saúde (principalmente a saúde materno-infantil) abordando pelo menos as três dimensões do desenvolvimento sustentável (social, econômica e ambiental).</p>					
3.4.3	Países aptos a expandir as experiências locais usando estratégias de promoção da saúde para reduzir iniquidade em saúde e reforçar a participação e a autonomia comunitárias	Número de países e territórios que estão implementando estratégias de promoção da saúde para reduzir as iniquidades em saúde e aumentar a participação comunitária	10	20	Parcialmente alcançado (13 alcançaram + 7 alcançaram parcialmente)
<p>Treze países e territórios alcançaram este indicador: ABW, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, MEX, PAN, PRY, SAB, SLV, TTO, VEN.</p> <p>Sete países e territórios o alcançaram parcialmente: BLZ, CRI, CUW, ECU, PER, STA, SUR.</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
3.4.4	Países aptos a abordar a saúde na agenda de desenvolvimento pós 2015 em resposta aos determinantes sociais da saúde	Número de países e territórios que estão integrando a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 nos seus processos de planejamento nacional	5	10	Alcançado (10 alcançaram + 4 alcançaram parcialmente)
<p>Dez países e territórios alcançaram este indicador: ARG, BRA, CUW, ECU, GTM, HND, MEX, PAN, SLV, VEN.</p> <p>Quatro países e territórios o alcançaram parcialmente: CHL, CRI, PER, SAB.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A OPAS tem trabalhado em estreita cooperação com os países para prepará-los para implementar a Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, bem como com várias instituições na Região para fortalecer a capacidade dos países para atingir os ODS. Um exemplo é a colaboração da OPAS com o Centro Colaborador na FIOCRUZ (Brasil) e com a Rede de Soluções para o Desenvolvimento Sustentável sobre a melhor forma de reforçar a capacidade para a implementação dos ODS em toda a Região. Tanto a análise como a capacitação embasam as consultas nacionais em toda a Região, que continuarão a ser realizadas e têm se concentrado em como os países implementarão os ODS. A OPAS criou um grupo de trabalho conjunto com a OEA para analisar os mandatos e programas da OEA existentes que constituem oportunidades multissetoriais para promover a equidade em saúde, inclusive a participação de países adeptos dessa iniciativa, como a Colômbia e o México. Durante a última parte do biênio, a OPAS publicou dois documentos centrais sobre os ODS, os quais foram disseminados e compartilhados com os países.</p>					

<p>Área programática 3.5: Saúde e meio ambiente</p> <p>RESULTADO: Redução das ameaças ambientais e ocupacionais à saúde</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 4/5 em curso, 1/5 nenhum progresso</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIM: 1/5 alcançado, 4/5 parcialmente alcançado</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
--	---

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
3.5.1	Número de países e territórios com uma disparidade significativa (> 5%) que reduziram a brecha entre o acesso das populações urbana e rural a fontes melhoradas de água	9	24	Em curso (9 alcançaram + 12 em curso)
<p>Nove países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BHS, BLZ, CAN, CHL, CUB, GLP, URY, USA.</p>				

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
	<p>Doze países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: BOL, COL, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, NIC, PAN, PER, PRY.</p> <p>A Guiana e Honduras concluíram planos institucionais para fortalecer os seus programas de monitoramento da qualidade da água em cooperação com seus ministérios da saúde. A Bolívia e El Salvador foram apoiados no desenvolvimento de planos de segurança da água. Já o Peru aprovou a regulamentação para implementar seu plano. O Haiti está discutindo a metodologia e a aplicação do seu plano de segurança da água e está examinando uma proposta para o desenvolvimento de um programa nacional para o monitoramento da qualidade da água.</p>			
3.5.2	Proporção da população com acesso a melhores condições de saneamento	88%	92%	Em curso
	<p>A Região não alcançou o ODM em 2015, embora 36% da população tenha obtido acesso a um saneamento melhor. De todo modo, 106 milhões de pessoas na Região não têm acesso algum a saneamento. Os seguintes países e territórios alcançaram a meta do ODM: Anguilla, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Granada, Honduras, Ilhas Virgens Britânicas, México, Paraguai, Peru, Porto Rico, Uruguai e Venezuela. Já estes fizeram avanços, mas não atingiram a meta: Bolívia, Colômbia, Dominica, Guadalupe, Guiana, Haiti, Ilhas Cayman, Ilhas Virgens dos Estados Unidos, Jamaica, Nicarágua, Panamá, Suriname e Trinidad e Tobago.</p>			
3.5.3	Número de países e territórios em que se reduziu em 5% a proporção da população que depende de combustíveis sólidos	14	20	Nenhum progresso (5 alcançaram + 8 em curso)
	<p>Cinco países alcançaram o indicador: BRB, CAN, ECU, USA, VEN.</p> <p>Oito países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: ARG, GRD, HND, KNA, NIC, PER, PRY, TTO.</p> <p>Embora alguns países mostrem tendência de queda no uso de combustível sólido (UCS), como Honduras (-1%), Peru (-2%) e Paraguai (-7%), o progresso geral foi insuficiente em relação ao esperado. Os países que aumentaram o UCS foram a Guatemala (+7%), México (+1%) e Haiti (+1%). Todos os países com trabalhos em curso devem alcançar a meta de 2019; contudo, Guatemala e Haiti enfrentam desafios e será necessário um forte compromisso com a expansão dos programas nacionais para atingir a meta. Entre os países na linha de base, todos sustentaram tendências de queda no UCS. Além disso, a Colômbia não teve nenhuma variação e se manteve em 14%; El Salvador caiu de 22% para 19%, mas seu risco continua a ser significativo e a República Dominicana teve um aumento de +2%. Existem desafios em termos de coleta e medição dos dados.</p>			
3.5.4	Número de países e territórios com capacidade para abordar o tema da saúde dos trabalhadores (ocupacional) com ênfase em setores econômicos cruciais e doenças ocupacionais	11	24	Em curso (4 alcançaram + 14 em curso)
	<p>Quatro países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BRA, CAN, USA.</p> <p>Quatorze estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: ABW, BHS, BON, COL, DMA, GUY, HND, JAM, PER, SAB, SLV, TCA, TTO, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época desta avaliação.</p> <p>As regulamentações sobre a saúde e segurança ocupacionais parecem estar avançando. Entretanto, a cooperação técnica deve ser fortalecida para assegurar resultados ótimos.</p>			

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
3.5.5	Número de países e territórios com capacidade para abordar o tema da saúde ambiental	11	24	Em curso (10 alcançaram + 19 em curso)
<p>Dez países alcançaram o indicador: BON, BRA, BRB, CAN, CUW, DMA, ECU, SAB, USA, VEN. A confirmação de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Dezenove países estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: ABW, ARG, BHS, COL, GRD, GUY, HND, JAM, KNA, MEX, NIC, PER, PRY, SLV, STA, SXM, TCA, TTO, VEN. A confirmação de quatro países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Para apoiar a formação de capacidades, um curso de autoaprendizagem sobre a epidemiologia ambiental está sendo preparado.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
3.5.1	Países aptos a reforçar sua capacidade para avaliar os riscos para a saúde e elaborar e implementar políticas, estratégias e regulamentações para a prevenção, mitigação e gestão do impacto dos riscos ambientais sobre a saúde	Número de países e territórios com sistemas de monitoramento nacionais para avaliar os riscos para a saúde e iniquidades decorrentes da água e saneamento inadequados	7	16	Alcançado (15 alcançaram + 8 alcançaram parcialmente)
<p>Quinze países e territórios alcançaram o indicador: BON, BRA, BRB, CHL, COL, CRI, CUW, DMA, DOM, JAM, MEX, TCA, TTO, USA, VGB.</p> <p>Oito países e territórios o alcançaram parcialmente: AIA, ARG, BOL, PER, SAB, SLV, STA, VEN.</p> <p>O Brasil fortaleceu as suas capacidades nacionais de saúde com respeito aos seus planos de segurança da água e de saneamento, inclusive com um componente de monitoramento da qualidade da água. A Colômbia e a Costa Rica fortaleceram suas capacidades para preparar planos de segurança da água com um enfoque de emergência. A República Dominicana criou instrumentos para uso por equipes de resposta a emergências por meio da coordenação setorial em água e saneamento. A Jamaica conta com um sistema para o monitoramento constante de riscos por meio de avaliações de rotina da qualidade da água. El Salvador apoiou o desenvolvimento de um plano de segurança da água. Finalmente, o Peru aprovou regulamentação para executar seu plano de segurança da água e fortaleceu as equipes de resposta a emergências em água e saneamento.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
3.5.2	Países aptos a desenvolver e implementar normas, padrões e diretrizes sobre os riscos e benefícios da saúde ambiental associados com a qualidade do ar e a segurança química	Número de países e territórios com normas nacionais de qualidade do ar baseadas em diretrizes da OMS e serviços de saúde pública em segurança química	8	10	Parcialmente alcançado (8 alcançaram + 7 alcançaram parcialmente)
<p>Oito países e territórios alcançaram o indicador: BRA, CHL, JAM, MEX, PRI, STA, USA, VEN.</p> <p>Sete países e territórios o alcançaram parcialmente: ARG, BON, COL, CRI, CUW, PAN, PER.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p>					
3.5.3	Países aptos a elaborar e implementar políticas, legislação, planos e programas nacionais de saúde dos trabalhadores	Número de países e territórios com uma matriz das exposições ocupacionais a carcinógenos e sistemas de informação nacionais sobre lesões e enfermidades ocupacionais	6	11	Parcialmente alcançado (5 alcançaram + 5 alcançaram parcialmente)
<p>Cinco países alcançaram o indicador: CAN, COL, GTM, PAN, SLV.</p> <p>Cinco países o alcançaram parcialmente: ARG, CHL, CRI, NIC, PER.</p> <p>A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Este projeto exige trabalho substancial no nível nacional, com interações interdisciplinares e intersetoriais intensivas. Um curso regional foi organizado e o comitê diretor regional encarregado das exposições ocupacionais a carcinógenos, liderado pela OPAS, ofereceu acompanhamento. Os próximos países a alcançar o indicador muito provavelmente serão o Chile e o Peru; Argentina e México também estão empenhados em avançar nessa área. Esses são avanços muito importantes para construir o sistema regional sobre exposições ocupacionais a carcinógenos para as Américas.</p>					
3.5.4	implementação da estratégia e plano de ação sobre mudança climática da opas/oms	número de países e territórios que estão implementando a estratégia e plano de ação sobre mudança climática da opas/oms	2	16	Parcialmente alcançado (4 alcançaram + 9 alcançaram parcialmente)
<p>Quatro países alcançaram o indicador: BRA, DMA, HND, NIC.</p> <p>Nove países e territórios o alcançaram parcialmente: ARG, BHS, BON, CHL, COL, CRI, CUW, MEX, PER.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Os países demonstram um alto nível de compromisso com a abordagem da mudança climática, uma vez que os</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
representantes na COP 21 estavam envolvidos ativamente nas discussões e apoiaram plenamente a inclusão da saúde no texto da convenção. A Venezuela, em especial, estava preocupada com os aspectos da iniquidade da mudança climática.					
3.5.5	Países aptos a elaborar e implementar políticas, planos ou programas nacionais para reduzir o uso de combustíveis sólidos para cozinhar	Número de países que estão implementando programas em grande escala para substituir os fogões ineficientes por modelos mais limpos que cumpram as diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar em locais fechados	1	3	Parcialmente alcançado (1 alcançou + 2 alcançaram parcialmente)
<p>Um país alcançou o indicador: HND.</p> <p>Dois países o alcançaram parcialmente: GTM, PER.</p> <p>A Guatemala, Honduras e o Peru têm programas nacionais. Honduras conta com um plano nacional ambicioso para substituir os fogões tradicionais por outros melhores; O Peru tem um programa nacional duplo em grande escala para substituir fogões tradicionais por fogões de biomassa melhores e fogões de gás liquefeito de petróleo (GLP). A Guatemala tem um programa nacional para substituir os fogões tradicionais por outros de biomassa e menores poluentes, e tem um fórum chamado “<i>mesa de leña</i>”, do qual a OPAS participa. Além disso, existem algumas iniciativas privadas promissoras para promover o uso de GLP.</p> <p>Todos os países onde 10% ou mais da população usa combustíveis sólidos participaram de um curso organizado em Honduras, em junho de 2015, para prepará-los para implementar as diretrizes da OMS para a qualidade do ar em locais fechados. Doze países que compareceram ao evento conseguiram avanços nessa área.</p>					

Avaliação de Fim de Biênio de 2014-2015
Relatório da Categoria 4

CATEGORIA 4: SISTEMAS DE SAÚDE				CLASSIFICAÇÃO GERAL DA AVALIAÇÃO DA CATEGORIA ¹⁷ Cumpriu parcialmente as expectativas			
RESUMO DA CATEGORIA PROGRAMÁTICA E ORÇAMENTO							
Tabela 1. Resumo Programático e Orçamentário da Categoria 4							
Área programática	Orçamento aprovado (P&O 14-15) (milhões de US\$)	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos para o P&O (%)	Execução orçamentária em relação ao P&O (%)	Execução orçamentária em relação aos recursos concedidos (%)	Classificação dos indicadores dos resultados imediatos	Situação dos indicadores dos resultados intermediários
4.1 Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde	11,95	12,79	107,0	104,1	97,2	3/4 alcançados, 1/4 parcialmente alcançado	1/2 em curso, 1/2 nenhum progresso
4.2 Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade	13,58	17,39	128,1	126,8	99,0	1/2 alcançado, 1/2 parcialmente alcançado	1/1 em curso
4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora	22,90	25,69	112,2	99,7	88,9	4/4 alcançados	2/2 em curso
4.4 Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde	32,86	30,54	92,9	87,1	93,7	3/7 alcançados, 4/7 parcialmente alcançados	2/2 em curso
4.5 Recursos humanos em saúde	16,19	16,90	104,4	82,82	79,34	4/4 parcialmente alcançados	3/3 em curso

¹⁷ As classificações da avaliação da categoria como um todo e das áreas programáticas/dos resultados intermediários são determinadas, respectivamente pelos facilitadores das categorias e das áreas programáticas da OPAS, levando em consideração a execução programática e orçamentária, a análise dos recursos (humanos e financeiros) e os riscos operacionais e programáticos. As classificações são definidas do seguinte modo:

- **Cumpriu as expectativas** (verde): foram alcançados de 90% a 100% dos resultados para o período da avaliação. O progresso está no rumo certo, conforme planejado; não se prevêem impedimentos nem riscos que afetem a obtenção dos resultados.
- **Cumpriu parcialmente as expectativas** (amarelo): foram alcançados de 75% a 89,9% dos resultados para o período da avaliação. O progresso talvez corra riscos e são necessárias medidas para superar atrasos, impedimentos e riscos.
- **Progresso insuficiente** (vermelho): foram alcançados menos de 75% dos resultados para o período da avaliação. O progresso corre riscos devido a impedimentos ou riscos que poderiam impedir a obtenção dos resultados. São necessárias medidas corretivas de imediato.

Área programática	Orçamento aprovado (P&O 14–15) (milhões de US\$)	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos para o P&O (%)	Execução orçamentária em relação ao P&O (%)	Execução orçamentária em relação aos recursos concedidos (%)	Classificação dos indicadores dos resultados imediatos	Situação dos indicadores dos resultados intermediários
TOTAL	97,48	103,31	106,0	97,0	91,5	11/21 alcançados, 10/21 parcialmente alcançados	9/10 em curso, 1/10 nenhum progresso

* Esta área programática recebeu recursos adicionais para a gestão do programa PALTEX no montante de \$16,11 milhões, dos quais \$15,52 milhões (96,3%) foram executados. O PALTEX é o programa especial da OPAS que facilita o acesso aos livros de texto e materiais de instrução para os recursos humanos de saúde nos Estados Membros.

Tabela 2. Categoria 4, Resumo do Orçamento por Nível Funcional

Nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por nível (%)	Gasto total (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
Nacional	48,12	46,57	41,37	86,0
Internacional	18,51	17,91	22,25	95,8
Sub-regional	7,52	7,27	8,25	97,2
Regional	29,16	28,22	22,64	96,4
TOTAL	103,31	100,00	94,51	91,48

ANÁLISE PROGRAMÁTICA DA CATEGORIA

Resumo da avaliação da categoria como um todo

O trabalho na Categoria 4 tem como objetivo fortalecer os sistemas de saúde baseados na atenção primária, com ênfase na prestação de serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade. Enfoca também a governança e o financiamento da saúde, avançando rumo à consecução progressiva do acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde.

Os Estados Membros fizeram progresso significativo nesta categoria. Os países e territórios informaram em conformidade com a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde, aprovada pelo 53º Conselho Diretor da OPAS em 2014 (resolução CD53.R14). Há um amplo reconhecimento de que os processos ora em andamento de reforma dos sistemas de saúde são de grande importância. Entre os principais feitos, destacam-se o desenvolvimento de roteiros nacionais rumo à universalização da saúde que ampliam o acesso aos serviços por meio da atenção primária dentro das Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde; a formulação de estratégias de financiamento abrangentes nos países; o realinhamento das políticas sobre os recursos humanos em saúde que suprem as necessidades existentes dos sistemas e serviços de saúde e o acesso a medicamentos e tecnologias em saúde seguros, eficazes e de qualidade, de acordo com as necessidades de saúde da população. O desenvolvimento de sistemas integrados de informação em saúde está avançando de forma positiva. Os países estão

tomando medidas para melhorar seus sistemas de informação em saúde e dar seguimento a indicadores básicos, metodologias, formação e elaboração de documentos para facilitar a análise de saúde e apoiar a tomada de decisões à medida que os países se aproximam da cobertura universal de saúde. Parcerias estratégicas, como aquelas com a Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (FDA), Fundação Bill e Melinda Gates, Health Canada, Governo da Espanha, Fundação da OPAS, Agência Mexicana de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AMEXCID) e Rockefeller Foundation, entre outros, continuam a desempenhar uma função essencial na obtenção de resultados em todas as áreas programáticas.

Quatro das cinco áreas programáticas conseguiram mobilizar recursos para assegurar a implementação do programa de trabalho, contribuindo para os avanços. Recursos significativos foram mobilizados no nível nacional, o que destaca a alta prioridade que os países atribuem a esta categoria.

A Região obteve avanços consideráveis nas cinco áreas programáticas desta categoria, com 9 de 10 indicadores dos resultados intermediários e 11 dos 21 indicadores dos resultados imediatos sendo alcançados. Contudo, este primeiro biênio demonstrou que grandes desafios ainda precisam ser superados para alcançar as metas de impacto e dos resultados intermediários fixadas para 2019. A avaliação de fim de biênio ofereceu uma oportunidade excelente aos departamentos técnicos dentro da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) para que avaliassem os comentários recebidos dos países e territórios a fim de melhor formular intervenções destinadas a melhorar os sistemas de saúde na Região e alcançar a universalização da saúde.

Resumo programático por área do programa

4.1 Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde

Resumo

Esta área programática é uma das pedras angulares da cooperação técnica da Organização com os Estados Membros. O trabalho com os países continuou a fortalecer os seus sistemas de saúde em linha com a estratégia universal de saúde adotada pelo 53º Conselho Diretor (resolução CD53.R14) em 2014. Importantes esforços foram envidados para fomentar uma resposta institucional em apoio à implementação da estratégia universal de saúde na Região. Em consequência, houve bons avanços nesta área programática tanto no nível dos resultados imediatos como dos resultados intermediários. O progresso no nível dos resultados imediatos cumpriu as expectativas estabelecidas para o biênio, na medida em que os países previstos na meta para 2015 avançaram na definição de políticas, estratégias e planos nacionais de saúde para a governança e o financiamento da saúde. No nível dos resultados intermediários, os países obtiveram ganhos, e o impacto das múltiplas intervenções implementadas pelos Estados Membros, Secretaria e outros interessados diretos para aumentar os gastos do governo na saúde deve ser observado nos próximos anos. Contudo, a cobertura do déficit de financiamento da saúde na Região a fim de alcançar as metas fixadas para esta área programática dependerá não apenas das condições socioeconômicas, mas, o que é mais importante, do compromisso político dos países da Região para criar espaço fiscal para a universalização da saúde.

Avanços

- Os Estados Membros e a Secretaria se ocuparam do desenvolvimento e negociação da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde em 2014, uma ação fundamental, com a adoção da estratégia regional correspondente durante o 53º Conselho Diretor da OPAS (resolução CD53.R14). Em linha com a estratégia universal de saúde, a cooperação técnica foi aumentar para o desenvolvimento e implementação de planos de ação, reformas da legislação e/ou roteiros rumo à universalização da saúde em países como as Bahamas, Chile, Colômbia, El Salvador, Equador, Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguai e Peru.

- Até o momento, seis países e territórios da Região comprometeram pelo menos 6% do seu produto interno bruto (PIB) para os gastos públicos em saúde, a saber: Aruba, Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos e Uruguai. Um diálogo de alto nível com os delegados dos países e organismos financeiros internacionais foi organizado no Dia da Cobertura Universal de Saúde (12 de dezembro de 2015) para aumentar a consciência e discutir opções de política/intervenções para dar mais prioridade fiscal à saúde e aumentar a eficiência do financiamento da saúde. Entre os organismos participantes, destacam-se o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional (FMI), Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). O diálogo e as intervenções para promoção da causa prosseguem em 2016, com a expectativa de ações por parte dos países para ampliar o espaço fiscal para a saúde e aumentar o financiamento da saúde pública.
- Vinte países e territórios (Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Cuba, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Montserrat, Peru, República Dominicana, Saba, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela) desenvolveram políticas, estratégias e/ou planos de saúde nacionais amplos cujas metas abrangem a universalização da saúde, o que supera os 16 países previstos na meta estabelecida para 2015. Para promover esses resultados, uma metodologia para orientar o diálogo nacional e o desenvolvimento de planos de ação rumo à universalização da saúde foi elaborada e testada em caráter piloto em alguns desses países.
- Quinze países (Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Estados Unidos, México, Panamá, Peru, República Dominicana e Uruguai) desenvolveram e implementaram estruturas financeiras para a universalização da saúde. Para promover esses resultados, fizeram-se estudos sobre os gastos públicos e as opções financeiras para a universalização da saúde.
- Quinze países receberam formação sobre a metodologia do Sistema de Contas de Saúde (2011) e sobre o uso da Ferramenta de Produção de Contas de Saúde. Além disso, esses países estão formulando planos de trabalho para institucionalizar e sistematizar a produção das contas de saúde. Estudos voltados para a eficiência dos gastos em saúde estão em andamento em três países.
- Oito países (Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Estados Unidos, México, Panamá e Peru) informaram que estão aptos a monitorar e avaliar indicadores dos sistemas e serviços de saúde relacionados com a universalização da saúde. A OPAS liderou a implementação a execução de um instrumento de monitoramento e avaliação para a universalização da saúde em seis desses países.
- A OPAS apoiou os esforços de países (como El Salvador, Panamá e Paraguai) para atualizar as leis e regulamentações relacionadas com a saúde, inclusive o código de saúde, o que facilitará a concretização da saúde universal. Outros países e territórios (como Bahamas, Equador, Honduras, República Dominicana e Sint Maarten) iniciaram o processo de revisão das leis e regulamentações nacionais de saúde com o objetivo específico de alcançar a universalização da saúde, e a OPAS planeja oferecer cooperação técnica no biênio 2016-2017. Como resultado dos esforços por parte desses e de outros países, até o momento 11 países desenvolveram estruturas regulatórias para a universalização da saúde (Bolívia, Brasil, Colômbia, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Peru, Suriname e Uruguai).
- Em 2015, os Estados Membros da OPAS aprovaram a Estratégia sobre Legislação Relacionada com a Saúde, que contém recomendações e diretrizes específicas aplicáveis ao resultado imediato 4.1.3 sobre como formular e implementar leis e regulamentações nacionais para avançar rumo à universalização da saúde. Durante o próximo biênio, a OPAS disseminará e promoverá essa estratégia nos países para facilitar a obtenção do resultado imediato 4.1.3 (saúde universal) e o cumprimento dos objetivos em outras áreas importantes da saúde, como a adaptação à mudança climática, doenças não transmissíveis e fatores de risco, e saúde da mulher.

Desafios

- São necessários mais esforços para definir as políticas para reformar as estratégias de financiamento da saúde dos países no que se refere *a)* à arrecadação de recursos, *b)* aos sistemas de combinação, e *c)* à concepção dos sistemas de pagamento e alocação dos recursos, para que contribuam para o avanço rumo à saúde universal. Já foi comprovado que a criação de espaço fiscal para a universalização da saúde por meio da mudança da estrutura de tributação e redução do tamanho da economia informal tem um grande impacto nos países.
- O aumento dos gastos públicos na saúde nos países previstos na meta exigirá um forte compromisso político por parte dos países a fim de criar espaço fiscal para a universalização da saúde. Alguns países conseguirão avançar se criarem o espaço fiscal necessário como um objetivo de curto e médio prazo. Em outros, devem ser adotadas mudanças para promover uma maior integração do total dos gastos em saúde, reduzir necessário a segmentação e melhorar a equidade e eficiência dos sistemas de saúde. Além disso, o atual ambiente macroeconômico e político da Região pode desacelerar os esforços dos países para aumentar o espaço fiscal para a saúde universal, o que, em última análise, poderia ter um impacto negativo sobre o número de países previstos na meta estabelecida para 2019 que conseguiriam aumentar os gastos públicos em saúde.
- O aumento da capacidade dos países para monitorar e avaliar o progresso rumo à universalização da saúde exigirá sistemas de informação mais fortes que possam produzir dados de qualidade com os quais será medido o progresso em termos do acesso da população a serviços de saúde e na cobertura desses serviços, governança e liderança, equidade e eficiência do financiamento da saúde, e ação sobre os determinantes sociais da saúde. Além disso, exigirá o fortalecimento dos mecanismos para a prestação de contas e participação social.

Lições extraídas

- Apesar da adoção da resolução sobre a saúde universal, parece que uma série de parceiros regionais continua a favorecer, na elaboração de subvenções e documentos dos projetos, o conceito dos pagamentos no ponto em que o atendimento é feito. Essa prática pode reduzir significativamente o acesso a serviços, especialmente para pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade. Os países devem continuar trabalhando para proteger os ganhos obtidos rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde. Um diálogo de alto nível deve ser organizado entre a OPAS, o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional a fim de chegar a um consenso sobre o financiamento da saúde nas Américas, sobretudo no tocante a recomendações para a preparação das subvenções e projetos com respeito a copagamentos e gastos do próprio bolso.
- Um elemento crucial para o avanço rumo à universalização da saúde é o fortalecimento da gestão e governança do setor da saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento das capacidades para exercer as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) de maneira sustentável é um desafio para a maioria dos países na Região. Vários dos processos de reforma implementados nas duas últimas décadas resultaram em uma diminuição involuntária das capacidades por parte das autoridades nacionais de saúde para assegurar a existência de mecanismos institucionais, recursos humanos e financiamento para a execução das Funções Essenciais de Saúde Pública, como o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), de 2005, e a preparação e a resposta a emergências de saúde e situações de desastre. Em 2015, a OPAS iniciou um processo para atualizar a estrutura das FESP e orientar os países na sua implementação. No próximo biênio, a cooperação técnica se concentrará no apoio aos países para avaliar as suas capacidades para implementar as FESP e formular planos de ação para melhoria.

4.2 Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade

Resumo

O trabalho nesta área programática visa a ampliar o acesso a serviços integrados, centrados nas pessoas e de qualidade. Ele é fundamental para a implementação efetiva da Estratégia Regional para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde e, em última análise, ajudará a melhorar a organização e gestão da prestação de serviços. O foco recai sobre o reforço da capacidade de resposta do primeiro nível da atenção, articulada dentro das Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde (IHSDNs, da sigla em inglês), bem como sobre a qualidade geral da atenção e a segurança dos pacientes. Mais especificamente, esta área programática apoia o desenvolvimento da capacidade nacional para a implementação da estrutura das IHSDNs, juntamente com outros instrumentos.

Avanços

- Seis países e territórios (Argentina, Cuba, Estados Unidos, México, Saba e Venezuela) informaram uma redução da porcentagem de hospitalizações para a atenção ambulatorial de afecções sensíveis em 2015.
- Vinte e três países e territórios implementaram estratégias de IHSDN (Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, México, Nicarágua, Paraguai, Peru, Trinidad e Tobago, Turks e Caicos e Uruguai).
- Uma consulta regional com 16 países da Região sobre a ampliação progressiva dos serviços de saúde foi organizada em 2015, tendo levado ao desenvolvimento de uma publicação sobre os modelos de atenção e os elementos críticos para a operacionalização das IHSDNs no contexto da estratégia de universalização da saúde. A reunião levou a um diálogo regional sobre as barreiras à saúde e a necessidade de novos modelos de atenção e atendimento possam atender melhor as necessidades atuais.
- Doze países implementaram estratégias e/ou planos nacionais visando à qualidade de atenção e à segurança dos pacientes (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Panamá, Paraguai, Peru e República Dominicana). Uma consulta regional sobre a qualidade da atenção dentro dos sistemas de saúde foi organizada em 2015 para atualizar as recomendações sobre essa questão.

Desafios

- Ainda existe a necessidade urgente de fortalecer a capacidade dos países e territórios na Região para melhorar a prestação de serviços de saúde. É necessário um compromisso mais forte para elaborar políticas e reformas que possam fazer face à fragmentação, baixa qualidade técnica, encaminhamentos tardios, falta de acesso a serviços de prevenção dependência excessiva da atenção a doenças agudas e do tratamento hospitalar. Apesar dos esforços atuais, mais países na Região precisam priorizar os investimentos no primeiro nível de atenção. Isso deve estar vinculado aos esforços para aumentar o espaço fiscal para a saúde e os gastos públicos em saúde.
- O fortalecimento do primeiro nível da atenção no contexto das IHSDNs exige a redefinição da função dos hospitais. Contudo, isso não é uma tarefa fácil. Os hospitais precisarão se reposicionar de forma a serem mais centrados nas pessoas e na comunidade e trabalharem em um contato mais próximo com o primeiro nível da atenção dentro das IHSDNs. A função dos hospitais deve passar da “ênfase na doença e na ocupação dos leitos hospitalares” para uma nova função em que os hospitais fazem parte de uma rede colaborativa de prestadores de serviço que oferecem atenção à saúde contínua e de qualidade às pessoas ao longo da vida. Junto com os esforços para fortalecer o primeiro nível da atenção, devem ser tomadas medidas para aumentar eficiência e reduzir os custos do atendimento hospitalar, bem como para a função e capacidades em evolução dos hospitais no contexto da saúde universal. Em especial, é crucial analisar novos investimentos nos hospitais para facilitar as mudanças necessárias e aumentar a eficiência de cada hospital e das redes hospitalares.

- As informações são insuficientes para determinar com exatidão a redução da porcentagem de hospitalizações para a atenção ambulatorial de afecções sensíveis em 2015. Embora alguns países tenham informado sobre o progresso alcançado, eles não forneceram dados. São necessários mais esforços para fortalecer os sistemas de informação na Região nesse sentido.

Lições extraídas

- A experiência recente com a preparação dos sistemas de saúde para fazer face aos surtos de Ebola, chikungunya e da Doença do vírus Zika constituiu uma oportunidade para a OPAS melhorar a resposta dos sistemas de saúde nesse sentido. Embora, há algum tempo, as agendas mundiais da universalização da saúde e da segurança sanitária parecessem ser conflitantes, agora parece haver um consenso mundial cada vez maior de que a segurança sanitária só pode ser alcançada mediante o fortalecimento dos sistemas de saúde rumo à universalização da saúde, ao mesmo tempo em que se trabalha para aumentar a sua resiliência.

4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora

Resumo

Esta área programática tem como objetivo promover o acesso e uso racional de medicamentos, produtos médicos e tecnologias em saúde seguros, eficazes e de qualidade à medida que os países avançam rumo ao acesso à saúde e à cobertura universal de saúde. Os Estados Membros conseguiram avanços palpáveis no desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação de políticas nacionais sobre acesso, qualidade e uso de medicamentos e outras tecnologias em saúde. A capacidade reguladora nacional e sub-regional também foi fortalecida. Outras prioridades dentro desta área programática são a implementação da *Estratégia mundial e plano de ação sobre saúde pública, inovação e propriedade intelectual, da OMS*, e o fortalecimento do Fundo Estratégico da OPAS.

Avanços

- Em consequência do trabalho em curso para fortalecer os sistemas de regulação de medicamentos, 10 países formularam planos de desenvolvimento institucional (Bahamas, Barbados, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, México, Peru e República Dominicana). A regulamentação das vacinas foi fortalecida em 18 países (Bolívia, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela). Uma ferramenta para a avaliação da regulamentação de dispositivos médicos foi testada em caráter piloto em cinco países (Colômbia, Cuba, Equador, México e Panamá).
- O *Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro 2014-2019* foi aprovado pelo 53º Conselho Diretor (resolução CD53.R6). Com apoio técnico da OPAS, em outubro de 2015 os Ministérios da Saúde da Região Andina (REMSAA) aprovaram uma resolução sobre a Segurança do Sangue para a Sub-região Andina que confirma a criação da Comissão Técnica Sub-regional para o Sangue. Em seguida, em novembro de 2015, a REMSAA aprovou o Plano Sub-regional Andino sobre o Acesso Universal ao Sangue Seguro 2016–2020. Além disso, em apoio aos programas nacionais de sangue, apoiou-se, no Haiti, a elaboração da política e lei nacionais de segurança do sangue, e a política nacional foi aprovada e lançada. A primeira avaliação da implementação da política nacional do sangue em El Salvador recebeu apoio, assim como a revisão da legislação sobre o sangue na Bolívia. Na República Dominicana, foi elaborada a política nacional para o sangue, e foram formuladas diretrizes nacionais para o uso apropriado do sangue. O Panamá recebeu apoio na revisão da legislação nacional sobre o sangue. Já no Peru, o programa nacional sobre a doação voluntária de sangue passou por uma avaliação e revisão, e foram feitas recomendações. Um plano nacional de hemovigilância foi elaborado no Paraguai e atualmente está em vias de ser implementado.

- Avanços importantes foram obtidos em termos de governança e regulamentação dos medicamentos e tecnologias em saúde. Um deles foi o início do Sistema Regulador do Caribe. Esse projeto recebeu apoio das Autoridades Reguladoras Nacionais de Referência Regional (ARNr) para definir os procedimentos para o registro centralizado dos medicamentos. O mecanismo para reconhecer as ARNr já vem sendo aplicado pela FDA, nos Estados Unidos, e pela Health Canada. Os perfis regulamentares de 17 países da Região foram publicados por meio da Plataforma Regional da OPAS sobre Acesso e Inovação para Tecnologias em Saúde (PRAIS), gerando informações que podem ser usadas para estabelecer as prioridades para o fortalecimento dos sistemas reguladores.
- Em colaboração com o Conselho para o Desenvolvimento Humano e Social (COHSOD), as políticas sobre os produtos farmacêuticos no Caribe foram fortalecidas. Um novo projeto foi lançado, com o endosso do COHSOD, para desenvolver a capacidade reguladora de medicamentos dentro do Caribe (o Sistema Regulador do Caribe), com o apoio da Fundação Bill e Melinda Gates e das autoridades nacionais reguladoras de referência regional, no intuito de melhorar a qualidade e a segurança dos medicamentos no Caribe.
- A OPAS prestou apoio político e técnico ao nível ministerial do MERCOSUL, que está liderando negociações de preços para medicamentos de alto custo em 2015. O mecanismo que vincula as negociações com a capacidade para compras do Fundo Estratégico da OPAS resultou em reduções significativas do preço dos medicamentos para o HIV/AIDS e a hepatite C, aumentando a consciência dos Estados Membros sobre o valor de participar do Fundo Estratégico.
- Os países conseguiram avanços na formulação de estratégias para a avaliação, integração e administração de medicamentos e outras tecnologias em saúde, com destaque para: *a)* o fortalecimento da Rede Regional de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas (RedETSA); *b)* o mapeamento dos processos para a avaliação e incorporação de tecnologias dentro dos sistemas e serviços de saúde em 27 países, e o exame do processo de tomada de decisões para a inclusão ou não de medicamentos e tecnologias em saúde nos serviços e planos de benefícios; *c)* a realização de estudos de casos da avaliação e incorporação de tecnologias no Brasil, Canadá e Colômbia; e *d)* a elaboração de um conjunto de indicadores para a avaliação dos sistemas de farmacovigilância e centros de informação sobre medicamentos.
- Ao longo do biênio, prosseguiu a formação de capacidades em temas cruciais relacionados à avaliação de tecnologias em saúde, ao uso racional de tecnologias em saúde e imaginologia:
 - A avaliação de tecnologias em saúde e a promoção do uso racional foram feitas em 10 países do Caribe. Além disso, foi criado um grupo de trabalho para formular uma proposta de cooperação sub-regional.
 - A RedETSA fez webinários mensais, e foi organizado um programa de intercâmbio entre instituições. O primeiro programa teve como sede o Brasil, com visitas da Argentina, Colômbia, Costa Rica, El Salvador e Paraguai.
 - Webinários sobre imaginologia (mamografia, tomografia computadorizada, sonografia abdominal, ultrassons) e cursos com instrutores sobre mamografia foram organizados em Belize. Capacitação em sonografia obstétrica foi oferecida na Guiana, Jamaica e Trinidad e Tobago e, em radiologia digital, na Nicarágua.

Desafios

- Os países e territórios da Região têm como desafio o custo cada vez mais alto dos medicamentos e de outras tecnologias em saúde, o que exige a adoção de estratégias abrangentes nessa área. Embora vários tenham adotado estruturas abrangentes expandir gradativamente o acesso a tecnologias em saúde seguras, eficazes e de qualidade, alguns encontraram dificuldades em adotar as estratégias de grande amplitude necessárias nessa área. O uso racional de medicamentos e a adoção de outros enfoques semelhantes com base científica como a avaliação de tecnologias em saúde continuam a ser um desafio devido à falta de capacidades em alguns países. O desenvolvimento de Recursos Humanos nessas áreas e nas tecnologias em saúde é crucial.

- O fortalecimento da capacidade regulatória precisa ser priorizado nos Estados Membros com capacidade limitada nessa área. Em especial, a melhoria da capacidade regulatória na maioria dos países da América Central continua a ser um desafio, uma vez que não ela ainda não foi adotada como um item de alta prioridade nas agendas dos ministérios da saúde.

Lições extraídas

- Após o compromisso político ter sido assegurado, os enfoques sub-regionais se revelaram opções viáveis para garantir a eficiência e dividir os recursos entre os Estados Membros com capacidade limitada.
- Para ampliar o acesso aos medicamentos e outras tecnologias em saúde de alto custo, talvez seja necessário explorar e formular novas estratégias que enfatizem a colaboração entre os países.

4.4 Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde

Resumo

A produção e uso do conhecimento, comprovações científicas e informações em saúde são insumos fundamentais e servem se apoio a todos os aspectos das ações em saúde, como a pesquisa, planejamento, operações, vigilância, monitoramento e avaliação, assim como a priorização e a tomada de decisões. Os sistemas de saúde necessitam de informações de qualidade sobre a saúde complementadas por pesquisas robustas, gestão do conhecimento, tradução do conhecimento e tecnologias da informação e comunicação. Dados e evidências sólidos levam a otimizações em todo o setor da saúde que impactam todos os aspectos da área programática. Em último caso, as políticas e intervenções com base científica adaptadas às condições locais contribuem para mudanças nos comportamentos (individual, social e político) que resultam em condições de vida melhores para os povos das Américas e a redução das desigualdades na saúde.

A Região conseguiu avanços notáveis no fortalecimento de sistemas de informação em saúde de rotina e na adoção de novas tecnologias e estratégias para pesquisa e evidências. Contudo, ainda existem disparidades entre os países com respeito à cobertura, confiabilidade, oportunidade e qualidade das informações coletadas e produzidas pelos sistemas de informação em saúde. No biênio, a cooperação técnica alavancou as redes e parcerias intersetoriais para enriquecer o processo de política, a tomada de decisões e a elaboração de normas técnicas, diretrizes e estratégias. O apoio da OPAS à formulação de estratégias nacionais de saúde eletrônica proporcionou benefícios diretos aos países e promoveu o planejamento em todo o setor e a coordenação de sistemas de saúde regionais descentralizados, e melhorou a capacidade para planejamento, preparação de orçamentos e prestação de serviços. De maneira análoga, a cooperação técnica da OPAS pertinente para a Política para a Pesquisa em Saúde abordou cada um dos objetivos da política em vários níveis (regional, sub-regional, local) e ofereceu melhorias estratégicas estruturais e processuais para reforçar o impacto da pesquisa para a saúde e sua governança.

Avanços

- Dezesseis países instalaram capacidades para fazer avaliações periódicas das suas situações em termos de saúde, o que resultou em relatórios disponíveis ao público e inestimáveis para a tomada de decisões e alocação de recursos. A OPAS ofereceu cooperação técnica para fortalecer os sistemas de informação em saúde em todo o Continente. A Organização fará uso do futuro processo Saúde nas Américas 2017 como oportunidade para assegurar que todos os países e territórios façam uma análise completa.
- Os países continuaram a implementar medidas para melhorar seus sistemas de informação em saúde a fim de monitorar melhor seu progresso na situação da saúde. Os esforços para fortalecer a cooperação técnica da OPAS nessa área abrangem a conceitualização e desenvolvimento de estratégias e intervenções

inovadoras, com a futura Informações em Saúde e Caixa de Ferramentas de Análise para a Gestão de Dados, que abará a gestão de dados, metodologias, formação e diretrizes técnicas.

- Uma plataforma baseada na Internet para as informações em saúde (PLISA, conforme a sigla em espanhol) está em operação e pode ser usada como um recurso para informações sobre mortalidade, doenças transmitidas por vetores e indicadores de saúde centrais, bem como para monitorar o progresso dos indicadores de impacto do Plano Estratégico 2014-2019, entre outras finalidades (disponível em <http://www.paho.org/data/index.php/en/>).
- Um curso online sobre a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) está disponível em inglês, francês e espanhol, gratuitamente. Mais de 600 profissionais de saúde pública em toda a Região já concluíram o curso. Esse novo avanço complementa as atuais iniciativas carro-chefe da OPAS, inclusive o plano de trabalho anual da Rede Latino-Americana e Caribenha para o Fortalecimento dos Sistemas de Informação em Saúde (RELACSIS), assim como esforços no âmbito da Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde da OPAS. (dados disponíveis em http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_tabs&view=article&id=2151&Itemid=3632&lang=en).
- Doze países conseguiram avanços na elaboração e implementação de estratégias nacionais de saúde eletrônica: Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Jamaica, Panamá, Peru e República Dominicana.
- Os países estão levando à frente aspectos da Política para a Pesquisa em Saúde por meio de iniciativas e redes sub-regionais que devem facilitar a harmonização e coerência. Entre os exemplos, destacam-se os países do Caribe, o Conselho de Ministros da Saúde da América Central (COMISCA), a RELACSIS e a Rede Ministerial Ibero-americana de Aprendizagem e Pesquisa em Saúde (RIMAIS). Equipes de pesquisa (mais de 300 peritos e estudantes de mestrado em saúde pública) foram capacitados por meio de parcerias estratégicas e de esquemas de “formação de instrutores” no planejamento e avaliação eficazes de projetos em pesquisa biomédica, redação ligada a subvenções e revisão por pares. Foram obtidos avanços em vários aspectos importantes da Política para a Pesquisa em Saúde (por exemplo, o registro de ensaios clínicos), e foram oferecidas bolsas de estudo de pós-graduação (mestrado e doutorado) a mais de 180 profissionais de 23 países em parceria com a Organização dos Estados Americanos (OEA) e Estados Membros.
- A tradução do conhecimento e os mecanismos de evidência tiveram um forte avanço em consequência da iniciativa iPIER (Melhoria da Implementação de Programas Incorporando a Pesquisa) em nove países (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, El Salvador, México, Panamá e Peru), com a ampliação dos esforços para fortalecer a pesquisa em políticas e sistemas de saúde e a definição das agendas nacionais e regionais de evidência pesquisa.
- Um esforço significativo foi feito para fortalecer os programas e diretrizes nacionais ao estabelecer normas, melhorar as estratégias de implementação e apoiar a formulação das diretrizes usando os métodos “GRADE”. Foi ministrado um curso em 10 países (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, Guatemala, Honduras, Panamá e Peru).
- A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) está disponível para mais de 23 países na Região em espanhol e português. Os Estados Membros prestaram apoio significativo para coletar, indexar, processar e disseminar as publicações técnicas e científicas em saúde pública e em medicina na LILACS, uma base de dados científica regional administrada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME).
- Nove países (Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica e Peru) impulsionaram a pesquisa ética por meio do uso do software de ProEthos para fortalecer a análise da ética e a revisão das estruturas nacionais para assegurar a ética na pesquisa com sujeitos humanos. A incorporação da ética à tomada de decisões sobre saúde pública avançou por meio do desenvolvimento de novos materiais de formação e da capacitação em diversos níveis.

Desafios

- A alta rotatividade do pessoal dentro dos países e territórios levou a interrupções significativas na coleta e análise das estatísticas de saúde vitais, afetando tanto a oportunidade como a qualidade. São necessárias políticas para fazer face a esse problema para assegurar a coleta contínua de dados de alta qualidade sobre a mortalidade e de registros de nascimento. De modo semelhante, os países necessitam de sistemas de informação em saúde robustos para melhorar a qualidade e administração dos dados, bem como para fortalecer as capacidades de análise das informações em saúde.
- A coordenação e convocação limitadas pelo Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde da OMS afetou o trabalho do Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde da OPAS.
- O monitoramento e avaliação, assim como a atualização contínua dos perfis dos países, exigem formação sistemática e sustentada, além da designação de um funcionário responsável. Os países precisam indicar um responsável, dentro dos gabinetes de saúde e ciência e tecnologia, que possa manter os indicadores atualizados e gerar relatórios com dados práticos para orientar as decisões sobre a governança e administração da pesquisa.

Lições extraídas

- As iniciativas financiadas por doadores, como a RELACSYS, uma rede Sul-Sul que apoia a prestação de cooperação técnica e a disseminação das melhores práticas, são insuficientes se os países não garantirem a sustentabilidade dos ganhos nos seus sistemas de informação em saúde, inclusive as estatísticas vitais. São necessários recursos nacionais para assegurar que essas práticas sejam adaptadas e integradas às estratégias e diretrizes nacionais existentes.
- Os países precisam adotar as estratégias da Política para a Pesquisa em Saúde a fim de impulsionar as políticas e agendas relacionadas à pesquisa em saúde e elaborar regulamentações e normas pertinentes. A OPAS deve coordenar e alinhar os esforços regionais para levar à frente essa política, levando em conta as recomendações do Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde da OPAS conforme sua viabilidade.
- A definição de prioridades para a pesquisa futura exige o uso das ferramentas já existentes e de novas ferramentas, como a avaliação das iniquidades e a disseminação do conhecimento existente, entre outros.
- A mobilização de recursos para a pesquisa em saúde exige trabalho concertado com outros setores (por exemplo, ciência e tecnologia, educação, indústria e outros interessados diretos econômicos). Os parceiros industriais e econômicos são de especial importância em vista das suas capacidades de ampliar os desdobramentos.

4.5 Recursos humanos em saúde**Resumo**

Esta área programática está concentra na formulação e implementação de políticas e planos de recursos humanos em saúde (RHS) para avançar rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde. Trabalhou-se com os países para melhorar a organização dos recursos humanos dentro dos sistemas de saúde, bem como em questões de desenvolvimento de competências, condições de trabalho e estabilidade da força de trabalho de saúde. Outra prioridade foi trabalhar com instituições acadêmicas para apoiar a reorientação do ensino das ciências da saúde para a atenção primária à saúde e alinhar esse ensino com a missão social da agenda da universalização da saúde. O trabalho concluído neste biênio contribuirá para a formulação de uma nova estratégia regional sobre recursos humanos em saúde para consideração pelos Órgãos Diretores da OPAS.

Avanços

- Pelo menos 17 países avançaram rumo à formulação e implementação dos planos de ação de RHS alinhados com as políticas e necessidades dos seus sistemas de atenção médica. No desenvolvimento dos roteiros nacionais para a universalização da saúde, esta área de ação constitui uma prioridade para os Estados Membros à medida que eles ampliam gradativamente o acesso aos serviços de saúde para suprir as necessidades atuais e futuras das suas populações. Os países conseguiram avanços na melhoria da quantidade e distribuição de profissionais de saúde, o que está diretamente relacionado com a meta da universalização da saúde.
- Uma análise do nível da consecução das Metas Regionais para Recursos Humanos em Saúde 2007–2015 foi preparada pelos Estados Membros e orientará a definição das futuras prioridades na agenda regional sobre recursos humanos em saúde. Além disso, houve progresso na discussão de uma nova agenda para os recursos humanos pós-2015, levando em consideração o progresso informado, os desafios que os países enfrentavam para atingir as metas regionais para 2007–2015, as necessidades futuras e os desafios relacionados com o avanço rumo à universalização da saúde, o envelhecimento da população da Região e o aumento das doenças crônicas, entre outros. Essa nova agenda está sendo elaborada de acordo com o desenvolvimento da Estratégia Mundial da OMS de Recursos Humanos em Saúde: Força de Trabalho 2030, apresentada na Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2016.
- O uso do Campus Virtual para a Saúde Pública como plataforma de aprendizagem continua a crescer, oferecendo formação a aproximadamente 55.000 profissionais de saúde por meio dos seus nodos regionais e nacionais. O Campus Virtual continua a ser um importante instrumento para a formação de capacidades nacionais nas áreas de saúde específicas para os mandatos regionais e questões da saúde pública prioritárias. O Campus Virtual alcançou a sustentabilidade financeira que lhe permitiu prestar apoio técnico constante como uma plataforma de aprendizagem regional, além de apoiar o crescimento e desenvolvimento dos nodos nacionais.
- Outras iniciativas regionais para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde continuam a ser consolidadas com o apoio e participação ativos dos países. Foram concedidas bolsas de estudo a 73 profissionais das Américas, e outros 150 tiraram partido de iniciativas de formação específicas (Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais, Humphrey Fellowship Program, Programa de Bolsas de Estudos da OEA/OPAS) realizadas em colaboração com departamentos técnicos da OPAS e parceiros externos. A OPAS continuou a apoiar as solicitações de bolsas de estudo de outras Regiões da OMS, bem como a fornecer insumos e prestar cooperação na política mundial de bolsas de estudo e em outros assuntos à OMS e às Nações Unidas.
- Um total de 74 profissionais de 26 países participou do Programa Edmundo Granda Ugalde para Líderes em Saúde Internacional no biênio. Mais de 500 profissionais de 40 países foram beneficiados por este programa desde o seu início há 30 anos, e eles continuam a contribuir como líderes e agentes da mudança, trabalhando para impulsionar a saúde das populações nos seus países e em todo o mundo.
- O *programa* Mais Médicos incorporou 18.240 médicos em centros de atenção à saúde básica em 4.058 municípios e 34 distritos predominantemente indígenas no Brasil, com o apoio da OPAS. O programa beneficia aproximadamente 63 milhões de brasileiros. A estrutura de monitoramento e avaliação foi aprovada pelas autoridades nacionais do Brasil e de Cuba, bem como pela OPAS, e foi implementada em 2015. A análise dos resultados preliminares está em andamento. A estrutura também abrange a documentação de vários estudos de casos e das boas adequadas e lições extraídas.
- Um consórcio das escolas de medicina foi criado para fortalecer a missão social das universidades na Região e, especificamente, formar médicos com base em uma perspectiva de saúde pública e atenção primária, com vistas a ajudar as áreas mal atendidas a alcançar a equidade em saúde. Essa iniciativa está alinhada com a

estratégia para a universalização da saúde. Além disso, foram obtidos avanços na formação dos funcionários da área da saúde em competências interculturais.

- O programa regional de enfermagem, em colaboração com os países, definiu e publicou as prioridades de pesquisa em enfermagem. Foi feita uma análise da situação e das tendências da educação na área da enfermagem (na graduação e pós-graduação), prática e regulamentação na Região. A função e alcance da enfermagem prática avançada têm sido promovidos e difundidos na América Latina.

Desafios

- Um desafio é a produção limitada dos dados de RHS sobre temas como distribuição e competências dos profissionais de saúde. Por causa da descentralização, os ministérios da saúde nacionais nem sempre são responsáveis pela produção de dados de RHS. Combinado com a fragmentação dos sistemas de saúde e a multiplicidade dos sistemas de informação (previdência social, forças armadas, setor privado), isso pode dificultar a prestação de informações.
- A falta de integração entre os setores da saúde e educação, bem como a autonomia das universidades em alguns países, pode gerar desafios na reorientação do ensino das ciências da saúde para suprir as necessidades nacionais de RHS.
- A segurança dos profissionais de saúde no local de trabalho continua a ser uma questão, principalmente em áreas de conflito armado, violência e controle de epidemias.
- A política, planejamento e regulamentação de RHS não estão suficientemente alinhadas com os sistemas de saúde e a prestação de serviços integrados.

Lições extraídas

- É necessário reconhecer as diversas estruturas do governo na Região que têm algum nível de autoridade para a tomada de decisões com respeito aos RHS e, assim, afetam as capacidades dos países para implementar certos programas e iniciativas e informar sobre eles. A integração entre os setores é fundamental para avançar rumo à universalização da saúde.
- São necessárias estratégias diferenciadas para abordar as diversas estruturas de governo, os diversos contextos (sociocultural, político, econômico) e as desigualdades subjacentes na cobertura de RHS nos países.

Riscos:

É apresentada a seguir uma atualização dos riscos identificados na Categoria 4 do Plano Estratégico 2014-2019, inclusive as ações para mitigação.

- A redução do financiamento externo dos doadores e o espaço fiscal nacional limitado para aumentar os gastos em saúde pública em meio a uma desaceleração do crescimento das economias nacionais, comprometem a sustentabilidade das políticas públicas que melhoram a equidade.
 - Documentos inovadores e uma proposta de ampliação do espaço fiscal a aumento das eficiências financeiras estão avançando como resultado do diálogo de alto nível sobre o financiamento da saúde e espaço fiscal com a OEA, FMI e Banco Mundial, entre outros.
- A persistência da segmentação dos serviços prejudica a eficiência do sistema de atenção médica e solapa o seu potencial para reduzir a exclusão.
 - Embora uma série de países esteja tomando medidas importantes para reduzir o nível de segmentação dentro dos sistemas de saúde, o impacto dessas ações não será visto por vários anos, dada a complexidade dos processos envolvidos.

- A persistência da fragmentação nos serviços de saúde limita a obtenção de resultados em matéria de saúde mais equitativos e mais bem alinhados com as necessidades e expectativas da população.
 - Todavia, as evidências de uma publicação da OPAS/Banco Mundial (2015) indicam que avanços importantes foram obtidos na Região para garantir a ampliação do acesso aos serviços de saúde e da cobertura de saúde, usando enfoques direcionados para alcançar os segmentos da população que não têm acesso ao sistema de saúde.
- Investimentos em tecnologia e infraestrutura são feitos sem as devidas análises e sem uma avaliação das necessidades.
 - Isso continua a ser o caso, apesar dos esforços para fortalecer a governança e as ações fundamentadas na tomada de decisões com base científica. Uma série de novos produtos de saúde estratégicos e de alto custo foi lançada na Região; quando for incorporada aos sistemas de saúde, é provável que tenha um impacto significativo sobre os custos da saúde. Serão discutidas estratégias inovadoras para garantir o acesso e o custo acessível nas reuniões dos Órgãos Diretores da OPAS em 2016.
- Os países afetados por uma crise de recursos humanos permanecem incapazes de tomar a iniciativa e produzir respostas por conta própria.
 - Os países continuam a ser afetados pela escassez de recursos humanos. Contudo, estão tomando medidas para fortalecer o planejamento e programação em RHS, assegurando uma articulação mais eficaz do processo de planejamento com outros setores, como trabalho e educação. Como os custos nos sistemas de saúde continuam a aumentar, pressionados, sobretudo, pelas necessidades de atenção secundária e terciária, os países estão começando a voltar sua atenção para o investimento no nível da atenção primária. Contar com uma força de trabalho com a combinação certa de aptidões e qualificações para a atenção primária, passando pelos profissionais da saúde comunitária, será crucial para dar continuidade à mitigação nesse sentido.

Análise da execução orçamentária

- O total orçamento 2014-2015 aprovado para a Categoria 4, Sistemas de saúde, foi \$97,48 milhões, que representou 17 do orçamento total da organização (\$563 milhões).
- A Categoria 4 foi plenamente financiada durante 2014-2015, com 106% (\$103,3 milhões) dos recursos mobilizados e concedidos, dos quais 91,5% foram executados.
- A alocação dos recursos foi 46,6% (\$48,12 milhões) no nível nacional, 17,9% (\$18,51 milhões) no nível internacional, 7,3% (\$7,52 milhões) no nível sub-regional e 28,2% (\$29,16 milhões) no nível regional. A execução orçamentária nos mesmos níveis funcionais foi, respectivamente, 86,0%, 95,8%, 97,2% e 96,4% (ver tabela 2). A porcentagem de execução mostra um nível esperado de execução nos níveis sub-regional e regional. A execução inferior pelos países pode ser atribuída às contribuições voluntárias alocadas ao nível nacional que vão expirar após 2016.

Tabela 3. Categoria 4, Resumo do Orçamento por Área Programática e Nível Funcional

Categoria, área programática e nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por área programática (%)	Total gasto (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
Categoria 4 – Sistemas de saúde	103,31	100,00	94,51	91,5
4.1 Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde	12,79	12,40	12,43	97,2
Nacional	6,53	5,47	6,31	96,7
Internacional	1,72	1,44	1,68	97,8
Sub-regional	0,47	0,39	0,46	97,5
Regional	4,08	3,41	3,98	97,8
4.2 Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade	17,39	16,80	17,22	99,0
Nacional	10,80	9,04	10,71	99,1
Internacional	1,54	1,29	1,52	98,5
Sub-regional	1,39	1,17	1,39	99,6
Regional	3,66	3,06	3,60	98,5
4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora	25,69	24,90	22,84	88,9
Nacional	12,79	10,71	11,05	86,4
Internacional	3,28	2,75	3,00	91,3
Sub-regional	1,82	1,52	1,67	92,1
Regional	7,80	6,53	7,12	91,3
4.4 Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde	30,54	29,60	28,61	93,7
Nacional	8,21	6,88	6,85	83,5
Internacional	10,43	8,73	10,00	95,9
Sub-regional	2,72	2,28	2,70	99,4
Regional	9,18	7,69	9,06	98,7
4.5 Recursos humanos em saúde	16,90	16,40	13,41	79,4
Nacional	9,78	57,88	6,45	65,9
Internacional	1,83	10,86	1,80	97,8
Sub-regional	0,92	5,46	0,91	98,7
Regional	4,36	25,79	4,26	97,8

- A execução orçamentária (gastos/recursos concedidos) foi superior a 90% em todas as áreas programáticas exceto duas: 4.3 (Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora) e 4.5 (Recursos humanos em saúde), que tiveram taxas de execução de 89% e 79%, respectivamente. O saldo não comprometido corresponde, sobretudo, às contribuições voluntárias atribuídas no âmbito nacional que vão expirar nos próximos dois biênios.

- As áreas programáticas 4.1 (Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde) e 4.2 (Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade) superaram o orçamento aprovado para 2014-2015. Essas duas áreas programáticas apresentam taxas de execução superiores a 97% (gastos/recursos concedidos).
- Durante 2014-2015 as contribuições voluntárias mobilizadas foram 42% de orçamento total concedido. Foram envidados importantes esforços para melhorar a mobilização de recursos, sobretudo de doadores como Brasil, FDA (EUA), Espanha, Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (GAVI), Fundação Bill e Melinda Gates, Health Canada, Rockefeller Foundation, Fundação da OPAS, AMEXCID, OMS e OMS/EURO, entre outros. Além disso, os países captaram recursos no nível nacional para suprir as necessidades do orçamento para o biênio.

Recomendações

- Apoiar os países à medida que continuem a avançar rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde, como um objetivo em si só e como um veículo para atingir os ODS e o desenvolvimento de sistemas de saúde resilientes. Foram obtidos progressos importantes nesta categoria, sobretudo com respeito a reformas dos sistemas de saúde e ao avanço rumo à universalização da saúde. É importante que a agenda mundial da saúde pública continue a evoluir. Os surtos de doenças continuarão a surgir em escala mundial e regional. Será necessário o apoio dos países para implementar as estratégias nacionais rumo à consecução dos ODS. A estratégia de universalização da saúde oferece a estrutura de referência para garantir a resiliência dos sistemas de saúde (vinculada com a implementação eficaz das competências centrais do Regulamento Sanitário Internacional), bem como a consecução do ODS3.
- Empreender um esforço político de alto nível para defender a melhoria do financiamento público da saúde. A questão do financiamento da saúde está ganhando proeminência nas agendas políticas dos países da Região, dadas as dificuldades econômicas por que alguns estão passando e os desafios que enfrentam na expansão do espaço fiscal para a saúde. Ao medir os resultados intermediários na Categoria 4, cumpre notar que pouquíssimos países fizeram avanços na melhoria do espaço fiscal para a saúde (conforme determinado pelo indicador do resultado intermediário). Embora essa avaliação corresponda ao primeiro de três períodos do Programa e Orçamento, é improvável que os resultados intermediários da Categoria 4 sejam alcançados no curso do Plano Estratégico sem esse esforço de alto nível.
- Organizar um diálogo de alto nível sobre o financiamento da saúde na América Latina e Caribe com a participação da OPAS e outros organismos parceiros. Na elaboração de acordos abrangentes ou grandes projetos com os parceiros da OPAS, foi observado que alguns parceiros continuam a insistir na inclusão de copagamentos ou taxas no ponto em que os serviços de saúde são prestados.
- Prestar apoio adicional do ponto de vista da análise da saúde e dos sistemas e serviços de saúde. Na avaliação da categoria, fica evidente que os países necessitam de apoio adicional para a coleta e análise das informações em saúde, a avaliação do cumprimento dos indicadores e o monitoramento dos avanços rumo à obtenção dos resultados intermediários.
- Aprofundar as discussões e o trabalho interprogramático para melhorar a concepção, coordenação, financiamento, implementação e monitoramento e análise de programas. É necessário intensificar as ações para assegurar a destinação de mais recursos, por exemplo, para a implementação do projeto da doença renal crônica na América Central e em outras regiões.

Avaliação por Área Programática

<p>Área programática 4.1: Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Aumento da capacidade nacional para alcançar a cobertura universal de saúde</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/2 em curso, 1/2 nenhum progresso</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIM: 3/4 alcançados, 1/4 parcialmente alcançado</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
---	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação (Classificar como alcançado, em curso, nenhum progresso) ^{18, 19}
4.1.1	Número de países e territórios que implementaram ações tendentes à consecução progressiva do acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde	N/A	12	Em curso (3 alcançaram + 10 em curso)
<p>Três países alcançaram o indicador: ECU, MEX, PER.</p> <p>Além disso, dez países e territórios conseguiram avanços rumo ao seu cumprimento: BHS, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, PER, PRY, SXM, TCA.</p> <p>A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A linha de base do indicador não está disponível, pois este indicador não havia sido acompanhado anteriormente. Como o indicador mede o progresso de ações que também estão sendo avaliadas pelos indicadores dos resultados imediatos para esta área, é recomendado que um indicador de resultado intermediário alternativo seja usado para medir o progresso na concretização da saúde universal em um enfoque quantitativo.</p>				

¹⁸ Em termos de consecução, os indicadores são avaliados do seguinte modo:

- **Alcançado:** A meta do indicador estabelecida para 2019 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) no Plano Estratégico da OPAS já foi alcançada.
- **Em curso:** Houve um aumento em relação ao valor da linha de base do indicador definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e os trabalhos estão em andamento/no rumo certo para a meta estabelecida no Plano Estratégico ser alcançada até 2019.
- **Nenhum progresso:** Não houve aumento em relação ao valor da linha de base definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e o progresso rumo à consecução da meta do indicador até 2019 poderia estar em risco.

¹⁹ Os indicadores regionais são avaliados pela entidade regional responsável/Rede de Categorias e Áreas Programáticas (CPAN) com base nas informações mais recentes disponíveis, de acordo com os critérios definidos no compêndio dos indicadores.

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
4.1.2	Número de países e territórios com gastos públicos em saúde de pelo menos 6% do PIB	6	20	Nenhum progresso (5 alcançaram + 3 em curso)

Cinco países alcançaram o indicador: CAN, CRI, CUB, URY, USA.

Três países conseguiram um progresso parcial neste indicador: BRA, HND, SLV.

A confirmação da avaliação final de nove países estava sendo aguardada à época deste relatório.

Embora vários países na Região tenham formulado estratégias para aumentar os gastos em saúde pública, é importante observar que mais tempo é necessário para ver aumentos desses gastos e que ainda é cedo demais no período de seis anos do Plano Estratégico para avaliar o progresso. Os países na linha de base devem continuar a trabalhar para proteger os ganhos obtidos no avanço rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde. Esse indicador seria beneficiado por um trabalho maior e constante na institucionalização da produção das contas de saúde para assegurar o devido acompanhando dos recursos e dos gastos.

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{20, 21}
4.1.1	Países aptos a elaborar políticas, estratégias e/ou planos de saúde nacionais amplos, passando pela cobertura universal de saúde	Número de países e territórios que têm um plano ou estratégia nacional para o setor de saúde com objetivos/metapas definidos e revistos nos cinco últimos anos	10	16	Superado (22 alcançaram + 6 alcançaram parcialmente)

Vinte e dois países e territórios alcançaram o indicador: BHS, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, DMA, DOM, ECU, GUY, HND, JAM, MEX, MSR, PER, SAB, SLV, TTO, URY, USA, VEN, VGB.

Seis países e territórios o alcançaram parcialmente: ARG, BON, KNA, LCA, SXM, TCA.

A confirmação da avaliação final de nove países estava sendo aguardada à época deste relatório.

Este indicador superou a meta para o biênio.

²⁰ Em termos de consecução, os indicadores são avaliados do seguinte modo:

- **Alcançado:** A meta do indicador estabelecida para 2019 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) no Plano Estratégico da OPAS já foi alcançada.
- **Em curso:** Houve um aumento em relação ao valor da linha de base do indicador definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e os trabalhos estão em andamento/no rumo certo para a meta estabelecida no Plano Estratégico ser alcançada até 2019.
- **Nenhum progresso:** Não houve aumento em relação ao valor da linha de base definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e o progresso rumo à consecução da meta do indicador até 2019 poderia estar em risco.

²¹ Os indicadores regionais são avaliados pela entidade regional responsável/CPAN com base nas informações mais recentes disponíveis, de acordo com os critérios definidos no compêndio dos indicadores.

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{20, 21}
4.1.2	Países aptos a elaborar e implementar estruturas financeiras para a saúde	Número de países e territórios que têm estratégias financeiras para a cobertura universal de saúde	9	18	Parcialmente alcançado (16 alcançaram + 5 alcançaram parcialmente)
<p>Dezesseis países e territórios alcançaram o indicador: BHS, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DOM, ECU, MEX, PAN, PER, SLV, STA, URY, USA.</p> <p>Cinco países o alcançaram parcialmente: BOL, BON, KNA, SXM, TCA.</p> <p>A confirmação da avaliação final de nove países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>São necessários mais esforços para definir políticas para reformar as estratégias de financiamento da saúde dos países no que se refere a) à arrecadação de recursos, b) aos sistemas de combinação e c) à concepção de sistemas de pagamento e alocação dos recursos, para que contribuam para o avanço rumo à universalização da saúde.</p>					
4.1.3	Países aptos a desenvolver e implementar arcabouços legislativos e normativos para a cobertura universal de saúde	Número de países e territórios que contam com arcabouços legislativos ou normativos para apoiar a cobertura universal de saúde	6	12	Superado (21 alcançaram + 2 alcançaram parcialmente)
<p>Vinte e um países e territórios alcançaram o indicador: BOL, BON, BRA, CAN, COL, CUB, CUW, ECU, GTM, HND, MEX, NIC, PAN, PER, SAB, SLV, SUR, STA, SXM, URY, VEN.</p> <p>Dois países o alcançaram parcialmente: BHS, DOM.</p> <p>A confirmação da avaliação final de quatro países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Os países fizeram esforços importantes para incluir legislação e regulamentações nacionais relacionadas com a saúde no contexto do acesso universal e à cobertura universal de saúde. Outras reformas legais envolveram a formulação, revisão e/ou modificação de leis específicas relacionadas com a saúde de maneira compatível com tratados e normas de direitos humanos universais e regionais (saúde materna em Honduras; lei sobre o tabaco na Jamaica, México e Colômbia; lei sobre a nutrição no Peru; lei sobre saúde mental na Guatemala; lei sobre o HIV na Venezuela; o código penal na República Dominicana no contexto da saúde materna e direitos reprodutivos). Além disso, o código civil na Argentina foi reformado para rever a capacidade legal dos portadores de deficiências.</p>					
4.1.4	Países aptos a monitorar e avaliar os indicadores dos sistemas e serviços de saúde relacionados com a cobertura universal de saúde e equidade	Número de países e territórios que fizeram estudos para monitorar e avaliar seus indicadores dos sistemas e serviços de saúde relacionados com a cobertura universal de saúde e equidade	0	8	Superado (11 alcançaram + 3 alcançaram parcialmente)
<p>Onze países alcançaram o indicador: BRA, CAN, CHL, COL, GTM, MEX, PAN, PER, PRY, SLV, USA.</p> <p>Além disso, três países e territórios o alcançaram parcialmente: BON, CRI, JAM.</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{20, 21}
<p>A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Mais aperfeiçoamentos são necessários no que se refere ao uso de métodos robustos e à disponibilidade de pesquisas e dados de qualidade na Região para que mais países consigam monitorar e avaliar seus sistemas de saúde em termos de universalização da saúde e equidade.</p>					

<p>Área programática 4.2: Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Ampliação do acesso a serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/1 em curso</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIM: 1/2 alcançado, 1/2 parcialmente alcançado</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
--	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
4.2.1	Número de países que reduziram em pelo menos 10% as hospitalizações para a atenção ambulatorial de afecções sensíveis	N/A	19	Em curso (6 alcançaram + 6 em curso)
<p>Seis países e territórios alcançaram o indicador: ARG, CUB, MEX, SAB, USA, VEN.</p> <p>Além disso, seis países conseguiram avanços rumo ao seu cumprimento: BRA, CHL, DOM, HND, LCA, SLV.</p> <p>A confirmação da avaliação final de 16 países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A Região ainda precisa reforçar a capacidade no primeiro nível da atenção. Além disso, são necessários esforços para elaborar políticas e reformas que façam face à fragmentação, baixa qualidade técnica, encaminhamentos tardios, falta de acesso a serviços de prevenção e dependência excessiva da atenção a doenças agudas e de tratamento hospitalar.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
4.2.1	Opções de política, ferramentas e assessoramento técnico oferecido aos países para melhorar a prestação de	Número de países e territórios que estão implementando estratégias de redes de prestação de serviços	10	15	Superado (23 alcançaram + 6 alcançaram parcialmente)

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
	serviços integrados e centrados nas pessoas, e fortalecimento dos enfoques de saúde pública	integrados			
<p>Vinte e três países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, ECU, GTM, HND, JAM, MEX, NIC, PER, PRY, SLV, TCA, TTO, URY, USA, VGB.</p> <p>Outros seis países o alcançaram parcialmente: BHS, CUW, DOM, GUY, PAN, SUR.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dez países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Avanços rumo ao cumprimento deste indicador dependerão da implementação das estratégias nacionais que estão sendo planejadas atualmente.</p>					
4.2.2	Países aptos a melhor qualidade de atenção e segurança dos pacientes de acordo com diretrizes da OPAS/OMS	Número de países e territórios que estão implementando estratégias e/ou planos nacionais para qualidade da atenção e segurança dos pacientes	8	12	Parcialmente alcançado (10 alcançaram + 11 alcançaram parcialmente)
<p>Dez países alcançaram o indicador: ARG, BRA, BRB, CHL, COL, CUB, DOM, MEX, PAN, PER.</p> <p>Além disso, 11 países e territórios o alcançaram parcialmente: BHS, BOL, CRI, GUY, JAM, KNA, PRY, SAB, SLV, TTO, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p>					

<p>Área programática 4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Ampliação do acesso e do uso racional de medicamentos, produtos médicos e tecnologias em saúde seguros, eficazes e de boa qualidade</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 2/2 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 4/4 alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu as expectativas</p>
---	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
4.3.1	Número de países que garante o acesso aos medicamentos constantes da lista nacional de medicamentos essenciais sem qualquer pagamento no ponto de atenção/atendimento/ fornecimento do remédio	4	31	Em curso (7 alcançaram + 8 em curso)
<p>Sete países alcançaram o indicador: BRB, CRI, ECU, MEX, SLV, TTO, VEN.</p> <p>Outros oito países e territórios conseguiram avanços rumo ao cumprimento do indicador: BHS, COL, GTM, NIC, PAN, PER, TCA, URY.</p> <p>A promoção da causa se concentrou na melhoria da legislação e normas dos países para assegurar o acesso a medicamentos essenciais, como parte do progresso rumo à universalização da saúde. Por exemplo, El Salvador aumentou significativamente a disponibilidade de medicamentos em diversos níveis, e Barbados disponibilizou medicamentos gratuitos no setor público no ponto de entrega. A Colômbia conseguiu avanços no estabelecimento das funções dos comitês de farmacoterapia. Contudo, restam alguns desafios importantes, como <i>a)</i> ampliar o acesso da população à lista nacional de medicamentos essenciais sem restrições, gratuitamente e no ponto de atenção; <i>b)</i> definir um quadro jurídico para os comitês de farmacoterapia e para a prescrição, distribuição e promoção do uso racional dos medicamentos; e <i>c)</i> o estabelecimento de mecanismos para a sustentabilidade.</p>				
4.3.2	Número de países e territórios que alcançaram ou aumentaram a sua capacidade reguladora a fim de atingir a condição de autoridade reguladora funcional dos medicamentos e de outras tecnologias em saúde	7	33	Em curso (7 alcançaram + 25 em curso)
<p>Sete países alcançaram o indicador: BRA, CAN, CHL, CUB, SLV, URY, USA.</p> <p>Além disso, 25 países e territórios conseguiram avanços no indicador: ARG, ATG, BHS, BOL, BRB, COL, CRI, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, NIC, PAN, PER, PRY, SUR, TCA, TTO, VEN, VGB.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Os países tomaram medidas para fortalecer a segurança, a qualidade e a eficácia dos medicamentos e outras tecnologias em saúde. O Chile, por exemplo, criou um sistema regulador, e seu Instituto de Saúde Pública (ISP) foi reconhecido como autoridade reguladora nacional funcional. Outras autoridades nacionais reguladoras também conseguiram avanços importantes (Equador e El Salvador). O Sistema Regulador do Caribe é um novo enfoque sub-regional que oferecerá aos países do Caribe um processo centralizado de registro.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
4.3.1	Países aptos a desenvolver/atualizar, implementar, monitorar e avaliar políticas nacionais para melhorar o acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde	Número de países e territórios com políticas nacionais sobre acesso, qualidade e uso de medicamentos e outras tecnologias em saúde atualizadas nos últimos cinco anos	3	7	Superado (13 alcançaram + 13 alcançaram parcialmente)
<p>Treze países e territórios alcançaram o indicador: BON, CRI, CUW, DMA, ECU, HTI, JAM, MEX, NIC, PAN, PRY, URY, VEN.</p> <p>Outros 13 países e territórios o alcançaram parcialmente: ARG, BHS, BRA, BRB, CHL, COL, DOM, HND, SAB, SLV, SUR, TTO, VGB.</p> <p>A maioria dos países implementou políticas nacionais para garantir o acesso a medicamentos essenciais e outras tecnologias em saúde prioritárias com base nas necessidades de saúde pública. Além disso, os mecanismos sub-regionais conseguiram avanços importantes rumo à garantia do acesso a medicamentos de alto custo. O MERCOSUL, por exemplo, conduziu negociações conjuntas sobre medicamentos antirretrovirais e contra a hepatite C.</p>					
4.3.2	Implementação da Estratégia e plano de ação mundial sobre saúde pública, inovação e propriedade intelectual	Número de países e territórios que estão informando indicadores de acesso e inovação por meio da Plataforma Regional da OPAS sobre Acesso e Inovação em Saúde (PRAIS)	5	7	Superado (9 alcançaram + 5 alcançaram parcialmente)
<p>Nove países alcançaram o indicador: ARG, BOL, BRA, COL, DOM, PAN, PER, SLV, URY.</p> <p>Além disso, cinco países e territórios o alcançaram parcialmente: BON, BRB, GTM, SUR, TTO.</p> <p>A confirmação da avaliação final de sete países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Eles informaram os dados à PRAIS por meio de diferentes mecanismos, como os Perfis Farmacêuticos Nacionais e avaliações regulamentares.</p>					
4.3.3	Países aptos a avaliar sua capacidade nacional para a regulamentação de medicamentos e outras tecnologias em saúde	Número de países e territórios que fizeram uma avaliação das suas funções reguladoras para pelo menos dois dos seguintes itens: medicamentos, dispositivos médicos, segurança radiológica,	7	11	Superado (14 alcançaram + 11 alcançaram parcialmente)

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
		segurança do sangue e transplantes de órgãos			
<p>Quatorze países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BON, BRA, CAN, CRI, CUB, CUW, ECU, MEX, NIC, PER, SAB, STA, VEN.</p> <p>Outros 11 países e territórios o alcançaram parcialmente: BRB, CHL, COL, DOM, GUY, HTI, JAM, PAN, SLV, TTO, VGB.</p> <p>Uma avaliação-piloto da capacidade reguladora dos dispositivos médicos foi feita em cinco países: Colômbia, Cuba, Equador, México e Panamá. Os resultados foram apresentados em uma reunião regional realizada na Colômbia em outubro de 2015.</p>					
4.3.4	Países aptos a implementar processos e mecanismos para avaliação, incorporação e gestão de tecnologias em saúde e para o uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde	Número de países e territórios com mecanismos para avaliação de tecnologias em saúde e incorporação, seleção, gestão e uso racional, com base científica, de medicamentos e outras tecnologias em saúde	3	8	Superado (13 alcançaram + 14 alcançaram parcialmente)
<p>Treze países e territórios alcançaram o indicador: BOL, BRA, CAN, CUB, CUW, MEX, NIC, PER, PRY, SAB, SLV, STA, URY.</p> <p>Além disso, 14 países e territórios o alcançaram parcialmente: ARG, BHS, BON, BRB, CHL, COL, CRI, DOM, ECU, GTM, HTI, JAM, PAN, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Os países fizeram importantes avanços na implementação dos enfoques integrados para a avaliação e o uso racional das tecnologias em saúde. Por exemplo, El Salvador criou um departamento no Ministério da Saúde que integra as avaliações e uso racional das tecnologias em saúde. O Peru criou uma entidade de avaliação dessas tecnologias que recentemente foi incorporada à rede regional da RedETSA. A Argentina e o Equador conseguiram avanços em doações e transplantes e na segurança do sangue, entre outras áreas. A Argentina também conta com uma unidade coordenadora da avaliação de tecnologias em saúde (UCEETS).</p>					

Área programática 4.4: Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde**RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Todos os países contam com sistemas de informação e pesquisa em saúde em funcionamento**

Avaliação dos indicadores dos RIT: 2/2 em curso

Avaliação dos indicadores dos RIM: 3/7 alcançados, 4/7 parcialmente alcançados

**Classificação:
Cumpriu as expectativas****Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários**

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
4.4.1	Número de países e territórios que estão cumprindo as metas de cobertura e qualidade do Plano Regional de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde	14	35	Em curso (10 alcançaram + 22 em curso)
<p>Dez países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, PRI, URY, USA.</p> <p>Vinte e dois países e territórios conseguiram um progresso parcial neste indicador: AIA, ATG, BLZ, BOL, COL, DMA, DOM, ECU, GRD, GUY, HND, JAM, KNA, LCA, NIC, PER, SLV, SUR, TTO, VCT, VEN, VGB.</p> <p>A confirmação de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A Organização defendeu a adoção das políticas e intervenções recomendadas no Plano Regional de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde (PEVS). Aproximadamente 30 países estabeleceram comitês interinstitucionais para fortalecer as informações em saúde. Vinte e um países atingiram as metas do Plano Regional de Ação para os dados de nascimento, e 16 cumpriram as metas para os dados da mortalidade; 17 e 12 países superaram essas metas, respectivamente. A rede Sul-Sul RELACSIS permitiu o intercâmbio das melhores práticas e experiências em toda a Região. Além disso, estão em andamento esforços para continuar a melhorar a cobertura e a qualidade das estatísticas de saúde vitais, concentrando-se nos registros da mortalidade (subregistro da mortalidade e causas de morte mal definidas/desconhecidas).</p>				
4.4.2	Número de países e territórios com mecanismos funcionais de governança da pesquisa em saúde	5	26	Em curso (9 alcançaram + 18 em curso)
<p>Nove países e territórios alcançaram o indicador: BRA, CAN, CHL, CUW, DMA, MEX, PAN, PER, USA.</p> <p>Dezoito países e territórios conseguiram um progresso parcial neste indicador: ARG, BHS, BOL, CRI, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, PRY, SLV, STA, SUR, SXM, TCA, TTO, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>O indicador abrange quatro componentes principais: definição das prioridades de pesquisa nacionais, normas éticas, proporção de ensaios clínicos registrados prospectivamente e mecanismos de tradução de pesquisas.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
4.4.1	Países aptos a cumprir com o monitoramento abrangente da situação, tendências e fatores regionais e nacionais da saúde	Número de países e territórios que estão monitorando a situação, tendências e fatores regionais e nacionais da saúde a cada dois anos	9	14	Superado (18 alcançaram + 7 alcançaram parcialmente)
<p>Dezoito países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BLZ, BRA, CAN, COL, CRI, CUB, DMA, GLP, GTM, GUF, MTQ, NIC, PAN, PER, PRI, PRY, USA.</p> <p>Sete países e territórios o alcançaram parcialmente: BON, ECU, MEX, STA, SUR, TCA, TTO.</p> <p>A confirmação da avaliação final de seis países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A expectativa é que melhoras significativas em toda a Região resultarão do processo Saúde nas Américas 2017. Mais esforços são necessários para formar capacidades nos sistemas de informação em saúde para a gestão de dados e o monitoramento das tendências e situação da saúde. As estratégias a médio prazo para fazer face às deficiências abrangem a alocação de níveis mais altos de financiamento e recursos humanos para essas funções essenciais de saúde pública e formular políticas e estratégias facilitadoras para fortalecer os sistemas de informação em saúde. Estão em andamento esforços para elaborar uma estratégia de melhoria da análise de dados de saúde em toda a Região usando um processo adaptado às necessidades dos países.</p>					
4.4.2	Implantação da estratégia e plano de ação regional sobre saúde eletrônica	Número de países e territórios que estão implementando uma estratégia de saúde eletrônica	5	16	Parcialmente alcançado (7 alcançaram + 13 alcançaram parcialmente)
<p>Sete países e territórios alcançaram o indicador: BON, BRA, CAN, CHL, COL, JAM, USA.</p> <p>Outros 13 países e territórios o alcançaram parcialmente: ARG, BLZ, BRB, CRI, CUW, DOM, GTM, MEX, PER, SLV, TTO, VEN, VGB.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>O compromisso político e a adoção de medidas na saúde eletrônica aumentaram de forma regular. Isso resultou no reforço dos esforços para mobilizar recursos para a adoção e desenvolvimento de serviços digitais que permitirão melhorar o acesso, ampliarão a cobertura e aumentarão a eficiência financeira dos sistemas de saúde. A OPAS espera que, ao fim de 2017, pelo menos mais 12 países e territórios terão estratégias nacionais de saúde eletrônica (Argentina, Belize, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Ilhas Virgens Britânicas, México, Panamá, Paraguai, Peru, Trinidad e Tobago, Venezuela).</p>					
4.4.3	Implementação da estratégia regional de gestão do conhecimento	Número de países e territórios que estão implementando a estratégia regional de gestão do conhecimento	6	12	Parcialmente alcançado (7 alcançaram + 5 alcançaram parcialmente)
<p>Sete países alcançaram o indicador: ARG, BRA, COL, DMA, GUY, MEX, PAN.</p> <p>Além disso, cinco países e territórios o alcançaram parcialmente: CRI, DOM, SAB, SLV, STA.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
<p>A OPAS prestou apoio adaptado a países e territórios para o cumprimento deste indicador, considerando que a implementação dessa estratégia a priorização sustentada da gestão do conhecimento e dos seus campos relacionados. Em consequência, progresso significativo foi obtido durante o biênio. Por exemplo, a Argentina aumentou sua contribuição a base de dados da LILACS; o país agora tem uma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nacional e cinco BVS temáticas. Além disso, três revistas científicas argentinas foram indexadas no sistema MEDLARS/NLM pela BIREME. Em 2014, o Hospital Italiano de Buenos Aires foi designado um Centro Colaborador da OPAS/OMS para a Gestão do Conhecimento. O Brasil tem uma BVS nacional e mais de 25 BVS temáticas, tornando-se o país com mais BVS na Região. Em 2015, a OPAS celebrou um convênio com o Ministério da Saúde do Brasil para apoiar a inovação e o desenvolvimento do Portal Saúde Baseada em Evidências, uma iniciativa do país. Em 2015, todos os centros colaboradores da LILACS processaram um total de 23.039 documentos (um aumento de 4,5% em comparação com 2014). Além disso, cumpre observar o desenvolvimento, na Jamaica, do Portal EVIDeNce da Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), que oferece mais de 16,5 milhões registros bibliográficos, 5 milhões dos quais têm seu texto completo à disposição. Para alcançar os marcos fixados para a estratégia regional de gestão do conhecimento, é crucial reforçar a importância do Programa HINARI da OMS, entre outros.</p>					
4.4.4	Implementação da Política Regional para a Pesquisa em Saúde (CD49/10)	Número de países e territórios que estão implementando a Política Regional para a Pesquisa em Saúde	18	23	Parcialmente alcançado (14 alcançaram + 15 alcançaram parcialmente)
<p>Quatorze países e territórios alcançaram o indicador: ARG, BRA, CAN, CHL, CUB, GLP, GUF, HND, MEX, MTQ, NIC, PER, PRY, USA.</p> <p>Outros 15 países o alcançaram parcialmente: ATG, COL, CRI, DOM, ECU, GUY, JAM, KNA, LCA, PAN, SLV, SUR, TCA, VCT, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de nove países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Em 2015, a maioria dos países tem políticas para a pesquisa em saúde. As capacidades pertinentes dos países têm aumentado notavelmente, ainda que de forma irregular. A OPAS estabeleceu parcerias com as escolas de saúde pública para defender a implementação da política regional e ofereceu 180 bolsas de estudo de pós-graduação (mestrado e doutorado). A Organização catalisou o desenvolvimento de ferramentas estratégicas para melhorar os recursos estratégicos com base científica e oferecer acesso a esses recursos para a pesquisa em saúde que enriqueça as políticas e a tomada de decisões em saúde pública.</p>					
4.4.5	Países aptos a fortalecer sua capacidade de gerar e aplicar evidências científicas	Número de países e territórios que estão integrando evidências científica à práticas, programas ou políticas usando metodologias padronizadas	8	12	Parcialmente alcançado (9 alcançaram + 6 alcançaram parcialmente)
<p>Nove países alcançaram o indicador: ARG, BRA, COL, CRI, CUB, MEX, NIC, PAN, PRY.</p> <p>Outros seis países o alcançaram parcialmente: BOL, CHL, GTM, PER, SLV, TTO.</p> <p>Entre os avanços para promover a tradução do conhecimento e os mecanismos de evidência, destacam-se a</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
<p>melhoria de 12 programas de saúde por meio da incorporação da pesquisa (a Iniciativa iPIER) na Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, México, Panamá, Peru e Santa Lúcia. Programas nacionais de evidências foram fortalecidos por meio de normas, estratégias, formação e apoio à formulação de diretrizes empregando os métodos (GRADE) (cursos virtuais da OPAS oferecidos em mais de 10 países). Uma plataforma regional para a adaptação das diretrizes e tradução do conhecimento está disponível, e a conformidade dentro da OPAS tem aumentado. Agendas, políticas, normas e regulamentações nacionais e sub-regionais para a pesquisa foram atualizadas ou elaboradas. Uma agenda sub-regional sobre a doença renal crônica decorrente de causas não tradicionais na América Central está disponível para consulta nacional.</p>					
4.4.6	Países aptos a abordar as questões éticas prioritárias relacionadas com a saúde pública e a pesquisa em saúde	Número de países e territórios com mecanismos de responsabilidade para examinar a pesquisa ou incorporar a ética à saúde pública	2	9	Superado (12 alcançaram + 3 alcançaram parcialmente)
<p>Doze países alcançaram o indicador: ARG, BRA, CHL, COL, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PER, SLV, VEN.</p> <p>Além disso, três países o alcançaram parcialmente: BHS, BOL, TTO.</p> <p>Foram tomadas medidas para implementar a ProEthos no intuito de fortalecer as análises de ética para as pesquisas envolvendo sujeitos humanos (Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guadalupe, Honduras e Peru). Foram revisadas as estruturas nacionais para assegurar a ética nas pesquisas envolvendo sujeitos humanos (Colômbia, Costa Rica, Equador, Jamaica e Peru) e formação sobre ética na pesquisa foi oferecida nos níveis sub-regional e nacional (Chile, Colômbia, Costa Rica, Guatemala, Peru e Trinidad e Tobago). Material didático novo e orientação e oficinas foram oferecidas no Chile, Colômbia e Porto Rico, bem como ao pessoal da OPAS para incorporar melhor a ética na tomada de decisões em saúde pública.</p>					
4.4.7	Iniciativa de Dados Básicos de Saúde e Iniciativa do Perfil dos Países da OPAS ampliada para monitorar com eficácia vigiar o PE 2014-2019	Proporção dos indicadores de impacto do SP 2014-2019 que está sendo informada por meio da Iniciativa de Dados Básicos de Saúde e Iniciativa do Perfil dos Países da OPAS	N/A	100%	Alcançado (100%)
<p>Este é um indicador de nível regional concebido para fornecer dados estratégicos dos países e territórios sobre o progresso rumo ao cumprimento dos indicadores de impacto no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. A OPAS construiu uma base de dados regional e nacional com dados da linha de base, progresso e meta.</p>					

<p>Área programática 4.5: Recursos humanos em saúde</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Disponibilidade adequada de pessoal de saúde competente, culturalmente apropriado, bem regulamentado e distribuído, e tratado de maneira justa</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 3/3 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 4/4 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
--	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
4.5.1	Número de países e territórios com pelo menos 25 profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e parteiras) por 10 mil habitantes	25	31	Em curso (27 alcançaram)
<p>Vinte e sete países e territórios alcançaram o indicador: AIA, ARG, BLZ, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, DMA, GLP, GRD, LCA, MEX, MSR, MTQ, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, TTO, URY, USA, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Outros sete países e territórios enfrentarão alguns desafios para alcançar este resultado até 2019 (Bolívia, Equador, Guadalupe, Guiana, Haiti, Honduras, e Nicarágua). Em 2015, esses países previstos na meta informaram os seguintes dados sobre o número de profissionais de saúde por 10.000 habitantes: Haiti 3,6, Guiana 11,6, Guatemala 12,5, Honduras 13,6, Bolívia 14,1, Nicarágua 16,0, Equador 18,2. A OPAS está trabalhando com esses países para fortalecer suas capacidades de planejamento para melhorar a dotação de pessoal e, em especial, abordar o problema de emigração dos profissionais de saúde.</p>				
4.5.2	Número de países e territórios com programas nacionais de capacitação em competências interculturais e de saúde pública para profissionais da atenção primária à saúde	8	22	Em curso (5 alcançaram + 16 em curso)
<p>Cinco países e territórios alcançaram o indicador: BRA, CHL, CUB, CUW, PAN.</p> <p>Além disso, 16 países e territórios conseguiram avanços rumo ao cumprimento do indicador: ARG, BON, COL, CRI, ECU, GRD, LCA, MEX, PER, PRY, SLV, STA, SXM, TCA, TTO, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Avanços neste indicador são notados em países com diversidade étnica e cultural.</p>				

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
4.5.3	Número de países e territórios que reduziram em 50% a brecha na densidade de profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e parteiras) entre as jurisdições subnacionais (província, estado, departamento, território, distrito, etc.) que tenham uma densidade mais baixa de profissionais de saúde do que a densidade nacional.	11	19	Em curso (10 alcançaram + 2 em curso)
<p>Dez países e territórios alcançaram o indicador: A CUB, HND, JAM, NIC, PAN, PER, PRY, TCA, TTO, VEN.</p> <p>Dois países conseguiram um progresso parcial neste indicador: BOL, KNA.</p> <p>A confirmação da avaliação final de 13 países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A avaliação deste indicador exige que cada país estabeleça uma linha de base contra o qual possa medir o progresso. O cumprimento não significa necessariamente haver alcançado a distribuição ideal de profissionais de saúde, mas denota progresso na redução da brecha entre áreas de maior densidade e áreas mal atendidas. É importante observar que os países com as maiores concentrações populacionais demonstraram progresso neste indicador.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
4.5.1	Países aptos a elaborar e implementar uma política e/ou planos de RHS para atingir a cobertura universal de saúde e abordar necessidades atuais e futuras das suas populações em matéria de saúde	Número de países e territórios com um plano de ação de RHS alinhado com as políticas e necessidades do seu sistema de saúde	11	17	Parcialmente alcançado (7 alcançaram + 10 alcançaram parcialmente)
<p>Sete países e territórios alcançaram o indicador: AIA, CAN, CHL, CUB, SLV, URY, VEN.</p> <p>Além disso, 10 países e territórios o alcançaram parcialmente: BON, COL, CRI, DOM, ECU, KNA, MEX, PER, TTO, USA.</p> <p>A confirmação da avaliação final de seis países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Avanços substanciais foram alcançados neste indicador, com importantes avanços na maioria dos países previstos na meta.</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
4.5.2	Países aptos a melhorar o desempenho, as condições de trabalho, a satisfação no trabalho e a estabilidade da sua força de trabalho de saúde de acordo com o Código de Conduta para Recrutamento Internacional de Pessoal da Área de Saúde da OMS	Número de países e territórios com um quadro jurídico integral que assegura o tratamento apropriado dos profissionais de saúde	12	18	Parcialmente alcançado (9 alcançaram + 4 alcançaram parcialmente)
<p>Nove países e territórios alcançaram o indicador: BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, NIC, SAB, USA.</p> <p>Outros quatro países o alcançaram parcialmente: BHS, DOM, PER, SLV.</p> <p>A confirmação da avaliação final de sete países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Houve progresso, mas vale a pena observar que o estabelecimento de um quadro jurídico é um processo demorado na maioria dos países. Espera-se que os países tirem partido deste progresso no biênio atual.</p>					
4.5.3	Orientação técnica sendo oferecida a instituições e programas acadêmicos de saúde para o ensino das ciências da saúde voltado para a atenção primária à saúde	Número de currículos acadêmicos reorientados para a atenção primária à saúde	7	12	Parcialmente alcançado (6 alcançaram + 4 alcançaram parcialmente)
<p>Seis países e territórios alcançaram este indicador: A CUB, DOM, KNA, NIC, SAB, VEN.</p> <p>Além disso, quatro países e territórios o alcançaram parcialmente: BON, COL, MEX, TTO.</p> <p>A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Continua a ser um desafio importante para os países na medida em que as universidades têm autonomia para definir os seus próprios currículos.</p>					
4.5.4	Países e territórios aptos a elaborar e implementar estratégias inovadoras para melhorar a força de trabalho de saúde pública, de gestão e de saúde clínica	Número de países e territórios que estabeleceram um nodo do Campus Virtual para Saúde Pública ou de uma rede equivalente de aprendizagem online	7	14	Parcialmente alcançado (11 alcançaram + 8 alcançaram parcialmente)
<p>Onze países alcançaram o indicador: CHL, COL, CUB, DOM, ECU, HND, MEX, PER, PRY, SLV, URY.</p> <p>Além disso, oito países e territórios o alcançaram parcialmente: ABW, CRI, GUY, JAM, PRI, SAB, TTO, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de nove países estava sendo aguardada à época da avaliação.</p>					

Avaliação de Fim de Biênio de 2014-2015

Relatório da Categoria 5

CATEGORIA 5: PREPARAÇÃO, VIGILÂNCIA E RESPOSTA:				CLASSIFICAÇÃO GERAL DA AVALIAÇÃO DA CATEGORIA ²² Cumpriu parcialmente as expectativas			
RESUMO DA CATEGORIA PROGRAMÁTICA E ORÇAMENTO							
Tabela 1. Resumo Programático e Orçamentário da Categoria 5							
Área programática	Orçamento aprovado (P&O 14-15) (milhões de US\$)	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos para o P&O (%)	Execução orçamentária em relação ao P&O (%)	Execução orçamentária em relação aos recursos concedidos (%)	Classificação dos indicadores dos resultados imediatos	Situação dos indicadores dos resultados intermediários
5.1 Capacidades de alerta e resposta (para o RSI)	9,85	10,51	106,6	99,1	92,9	2/2 parcialmente alcançados	1/1 em curso
5.2 Doenças epidêmicas e pandêmicas	8,02	9,69	120,9	113,4	93,7	1/3 alcançado, 2/3 parcialmente alcançados	1/1 em curso
5.3 Gerenciamento de emergências, riscos e crises	18,98	21,03	110,8	104,1	94,0	5/5 alcançados	2/2 em curso
5.4 Inocuidade dos alimentos	9,54	13,97	146,5	135,5	92,5	1/4 alcançado, 3/4 parcialmente alcançados	1/1 em curso
TOTAL	46,39	55,20	119,0	111,1	93,4	7/14 alcançados, 7/14 parcialmente alcançados	5/5 em curso

²² As classificações da avaliação da categoria como um todo e das áreas programáticas/dos resultados intermediários são determinadas, respectivamente pelos facilitadores das categorias e das áreas programáticas da OPAS, levando em consideração a execução programática e orçamentária, a análise dos recursos (humanos e financeiros) e os riscos operacionais e programáticos. As classificações são definidas do seguinte modo:

- **Cumpriu as expectativas** (verde): foram alcançados de 90% a 100% dos resultados para o período da avaliação. O progresso está no rumo certo, conforme planejado; não se preveem impedimentos nem riscos que afetem a obtenção dos resultados.
- **Cumpriu parcialmente as expectativas** (amarelo): foram alcançados de 75% a 89,9% dos resultados para o período da avaliação. O progresso talvez corra riscos e são necessárias medidas para superar atrasos, impedimentos e riscos.
- **Progresso insuficiente** (vermelho): foram alcançados menos de 75% dos resultados para o período da avaliação. O progresso corre riscos devido a impedimentos ou riscos que poderiam impedir a obtenção dos resultados. São necessárias medidas corretivas de imediato.

Área programática	Orçamento aprovado (P&O 14–15) (milhões de US\$)	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos para o P&O (%)	Execução orçamentária em relação ao P&O (%)	Execução orçamentária em relação aos recursos concedidos (%)	Classificação dos indicadores dos resultados imediatos	Situação dos indicadores dos resultados intermediários
5.5 Resposta a surtos e crises	22,00	9,84	44,8	42,0	93,8	1/1 alcançado	1/1 alcançado

Tabela 2a. Categoria 5, Resumo do Orçamento por Nível Funcional: Áreas Programáticas 5.1 a 5.4

Nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por nível (%)	Gasto total (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
Nacional	13,71	24,85	13,53	98,7
Internacional	19,90	36,04	18,32	92,1
Sub-regional	2,76	5,01	2,56	92,5
Regional	18,82	34,10	17,13	91,0
TOTAL	55,20	100,00	51,53	93,4

Tabela 2b. Categoria 5, Resumo do Orçamento por Nível Funcional: Área Programática 5.5 (Resposta a surtos e crises)

Nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por nível (%)	Gasto total (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
Nacional	8,75	88,86	8,22	94,0
Internacional	0,30	3,06	0,28	92,2
Sub-regional	0,08	0,80	0,07	92,2
Regional	0,72	7,28	0,66	92,2
TOTAL	9,85	100,00	9,23	93,8

ANÁLISE PROGRAMÁTICA DA CATEGORIA

Resumo da avaliação da categoria como um todo

Esta categoria está centrada no fortalecimento das capacidades dos países para a prevenção, redução de riscos, preparação, vigilância, resposta e recuperação rápida em relação a todos os tipos de riscos para a saúde humana que possam resultar de emergências ou desastres. Dedicar-se atenção especial às capacidades específicas exigidas no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005. O trabalho nesta categoria tem como objetivo fortalecer a formação de capacidades para fazer face a riscos específicos relacionados a uma variedade de doenças que podem causar surtos, epidemias ou pandemias e também com respeito a eventos relacionados à inocuidade dos alimentos, às zoonoses, à resistência aos antimicrobianos, às emergências químicas e radiológicas, as ameaças naturais e aos conflitos. O enfoque da segurança humana é levado em conta para formular políticas intersetoriais coerentes que protejam as pessoas e lhes permitam aumentar a resiliência das comunidades a ameaças graves e

generalizadas. Além disso, esta categoria abrange a prestação de assistência internacional e coordenada em matéria de saúde para ajudar os Estados Membros a responder a situações de emergência quando necessário.

Com oito de 14 indicadores dos resultados imediatos alcançados plenamente e os outros seis parcialmente alcançados durante o biênio 2014-2015, a Categoria 5 satisfaz parcialmente as expectativas para o período avaliado. As cinco áreas programáticas demonstraram progresso e avanços significativos apesar dos altos e baixos dos resultados em termos gerais. A execução orçamentária foi forte, com 94% dos recursos concedidos sendo executados.

Um importante esforço nesta categoria e para a Organização como um todo durante o biênio foi apoiar a resposta ao surto da Doença do vírus Ebola (DVE) na África Ocidental e prestar cooperação técnica aos Estados Membros para melhorar sua preparação para o Ebola como parte de uma estratégia de preparativos maiores para surtos e outras crises. Embora esta emergência de grau 3 tenha trazido muitos desafios, como a interrupção de muitos planos de trabalho da OPAS e dos Estados Membros, também constituiu uma oportunidade para avançar em muitos aspectos do programa de trabalho relacionado com a preparação, vigilância e resposta. A resposta ao surto de vírus Zika, iniciada em 2015, com a intensificação do surto e as respectivas complicações no último trimestre, será beneficiada pelos aperfeiçoamentos feitos para o Ebola.

O surto de Ebola também foi o estopim para uma Sessão Especial do Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015 sobre a capacidade da OMS para preparar-se e responder a surtos e emergências de grande escala e sustentados no futuro. Isso levou à criação do Grupo Consultivo de Alto Nível sobre a Reforma do Trabalho da OMS nos Surtos e Emergências com Consequências Sanitárias e Humanitárias. Esse grupo consultivo já tem feito recomendações sobre maneiras de fortalecer a capacidade da OMS por meio de mudanças internas, apoio à capacitação nos Estados Membros e reforço das parcerias. O plano, conforme acordado, contém seis áreas de trabalho: administração de riscos infecciosos, preparação do Estado Membro (RSI e todos os riscos), avaliação dos riscos e gestão de informações sobre emergências de saúde, operações de emergência (todos os riscos/eventos), gestão e administração, e relações externas. A implementação se concentrará na administração do incidente, principais questões para testes-piloto e mudanças transformadoras.

A OPAS já tem estabelecidos vários elementos exigidos na reestruturação proposta, inclusive uma forte equipe regional de resposta, um quadro de coordenadores capacitados do Grupo Orgânico de Saúde e da Equipe Médica Estrangeira, e um sólido braço regional da Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos. Além disso, a política da Resposta Institucional da OPAS/OMS a Emergências e Desastres (RIED) constitui a base de um programa de formação profissional que tem sido desenvolvido para melhorar a capacidade dos administradores da OPAS/OMS e do pessoal sênior em preparação operacional e resposta a emergências. O programa de formação tem dois componentes principais:

- Um curso de aprendizagem online que facilitará a aprendizagem contínua. A versão em inglês foi lançada durante o terceiro semestre (janeiro–junho de 2015), e a versão em espanhol foi concluída no último trimestre de 2015 e será lançada no início de 2016.
- As sessões de formação presenciais para preparação e resposta operacionais no caso de desastres, envolvendo representantes da OPAS/OMS (PWR), administradores e pontos focais para desastres das Representações da OPAS/OMS e dos departamentos e centros da OPAS. Essas sessões ampliam o conteúdo do curso online mencionado.

5.1 Capacidades de alerta e resposta (para o RSI)

Resumo

O objetivo desta área programática é assegurar que todos os países da Região contem com as capacidades básicas necessárias para cumprir com as suas responsabilidades no âmbito do RSI (2005) até 2016, quando se encerra o prazo. Elas dizem respeito à legislação, políticas e financiamento; à coordenação e comunicações com os centros de coordenação nacionais; à vigilância e comunicação de riscos; à preparação e resposta; à prevenção e controle das infecções; aos recursos humanos e à criação de redes e fortalecimento da capacidade em matéria de laboratórios.

Avanços

- Um total de 22 países na Região solicitou e recebeu a prorrogação de 2014-2016 dos planos nacionais relativos ao RSI, mostrando o seu compromisso de estabelecer capacidades nacionais em saúde pública. Como parte do desenvolvimento das capacidades relativas ao RSI, foi prestado apoio técnico para atualizar esses planos no contexto da Estrutura para Fortalecer a Preparação e Resposta Nacional à Doença do Vírus Ebola nas Américas (a estrutura de preparação contra o Ebola).
- No que se refere ao alerta e resposta, foram mantidas ações de monitoramento e resposta epidemiológica 24 horas por dia, 7 dias por semana, durante o biênio para informar rapidamente os Estados Membros sobre as ameaças ou riscos para a saúde pública, como o vírus Zika. A maioria das emergências de saúde pública em potencial foram avaliadas em termos do seu risco e comunicadas pela OPAS aos Pontos Focais Nacionais do RSI (NFPs) em um prazo de 48 horas. Durante 2014-2015, 38 alertas e atualizações epidemiológicas foram disseminados aos Estados Membros da OPAS/OMS; 31 atualizações de eventos (10 relacionadas com o vírus Zika) foram publicadas no Site de Informação de Eventos da OMS para os NFPs; e 594 comunicações por email foram enviadas aos Estados Membros sobre ameaças ou riscos para a saúde pública. Além disso, intensificou-se o monitoramento durante a Copa do Mundo de 2014 no Brasil, resultando na comunicação de 177 casos de saúde pública, dos quais 52% corresponderam a doenças infecciosas.

Desafios

- A capacidade da OPAS/OMS de fornecer informações práticas e assessoria técnica às autoridades nacionais sobre os eventos de saúde pública que poderiam constituir um risco para a saúde pública internacional depende da notificação oportuna e transparência por parte dos Estados Membros ao prestar informações à OPAS, bem como da capacidade da OPAS de manter a comunicação 24 horas por dia, 7 dias por semana com os NFPs. Qualquer atraso ao compartilhar informações com os NFPs se deveu à demora na resposta/análise/observação dos Estados Membros sobre as informações publicadas pela OPAS/OMS, e/ou atrasos por parte dos colegas da OMS na publicação dessas informações no Site de Informação de Eventos da OMS para os NFPs.
- Os países precisam assegurar o seu compromisso de dar continuidade aos esforços rumo às capacidades básicas sustentáveis do RSI levando em consideração as lições extraídas da preparação e resposta à DVE e a outras emergências de saúde pública.

Lições extraídas

- Considerando que a preparação em termos de saúde pública é um processo contínuo, os mecanismos para facilitar o intercâmbio de boas práticas e informações entre os países devem ser aplicados para fortalecer a preparação e a resposta ao surgimento de agentes patogênicos no biênio 2016-2017.

- Apesar da complexidade de manter uma comunicação fluida e oportuna entre os NFPs, a OPAS implementou vários mecanismos durante esse biênio para alcançar essa comunicação. Por exemplo, a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) aumentou a disseminação de informações aos Estados Membros por email e, no caso do Zika, o alerta epidemiológico de maio de 2015 foi redigido de maneira genérica para evitar atrasos no intercâmbio de informações.

5.2 Doenças epidêmicas e pandêmicas

Resumo

O trabalho desta área programática se concentra em melhorar o intercâmbio do conhecimento e das informações disponíveis sobre as doenças infecciosas emergentes e reemergentes; melhorar a vigilância das doenças epidêmicas de possível importância internacional, assim como a resposta a elas; ajudar os países a melhorar a preparação, resposta e resiliência frente às epidemias; oferecer orientação sobre a administração clínica com base em evidências científicas e o controle de infecções para reduzir a morbidade e mortalidade durante os surtos; e o trabalho em rede para contribuir para os mecanismos e processos mundiais, de acordo com disposições do RSI.

Avanços

- Como uma parte dos esforços constantes na preparação e resposta aos surtos emergentes de doenças infecciosas, a estrutura de preparação contra o Ebola foi desenvolvida e implementada, com cooperação técnica direta prestada a mais de 26 Estados Membros. Esse trabalho teve três fases: *a)* preparatória, com consultas com os Estados Membros; *b)* missões técnicas a 27 Estados Membros, adaptadas às necessidades de cada país visitado, e *c)* seguimento para implementar as recomendações anteriores e avaliar as necessidades futuras relacionadas à política, preparação, vigilância, capacidade laboratorial, resposta, comunicação de riscos, etc., no contexto das capacidades básicas do RSI.
- Foram desenvolvidos instrumentos de gestão clínica e capacidade laboratorial para fortalecer as capacidades dos países para responder ao chikungunya, e cooperação técnica integral foi mobilizada e coordenada para os países afetados pelo surto do vírus Zika. Esses esforços forneceram importantes lições com relação a manter e alcançar as capacidades básicas do RSI para lidar com as doenças infecciosas emergentes na Região.
- A Região foi uma das pioneiras no enfrentamento da resistência aos antimicrobianos. O *Plano de ação para a resistência aos antimicrobianos* foi aprovado com êxito pelo 54º Conselho Diretor da Organização. A resolução resultante está alinhada com as estratégias em nível mundial e apoiará a promoção da causa relacionada com esta área prioritária na Região. O plano de ação foi elaborado por meio de processos de consulta e forte colaboração, envolvendo os departamentos técnicos da Organização, bem como a OMS, parceiros-chave Estados Membros.

Desafios

- Apesar de constituir uma oportunidade para desenvolver ainda mais a preparação, resposta e resiliência dos países no tocante a epidemias, certos surtos (por exemplo, DVE) podem levar a um enfoque e processo de planejamento estreito. Isso poderia resultar na perda de oportunidades de atualizar os planos operacionais para preparação e resposta a surtos dentro de uma perspectiva mais ampla contra múltiplos riscos.
- A circulação recente de arbovírus de importância para a saúde pública na Região incentivou a intensificação dos esforços, que, por sua vez, impuseram um ônus adicional à RSPA, que precisa fazer face às crescentes demandas dos Estados Membros em tempo hábil. A maior complexidade dos esforços em termos de

vigilância e controle nos últimos anos tem obrigado os países a reestruturar e adaptar seus planos de saúde pública em resposta às ameaças à saúde pública, de acordo com o RSI.

- É preciso intensificar as atividades regionais para assegurar um impacto sobre a contenção da resistência aos antimicrobianos, como aumentar a consciência do problema promover a educação, reduzir o mau uso de medicamentos antibióticos, ampliar a vigilância da resistência aos medicamentos, melhorar a prevenção e controle de infecções e elevar os investimentos em pesquisa e desenvolvimento em torno de novos medicamentos antibióticos e diagnósticos.

Lições extraídas

- O surto de DVE constituiu uma oportunidade para avaliar a implementação operacional das capacidades básicas do RSI e a preparação dos sistemas de saúde para responder, de forma adequada, a um possível caso de DVE ou outra doença infecciosa emergente. No contexto da estrutura de preparação contra a DVE, missões técnicas nos países permitiram identificar as discrepâncias entre os resultados encontrados pelos especialistas e as autoavaliações nacionais das capacidades básicas. Isso aponta a necessidade de aprimorar o enfoque do monitoramento na implementação do RSI para dar mais ênfase à função dos sistemas de saúde pública.
- É importante observar que tempo e esforço consideráveis foram despendidos nas atividades de preparação e resposta contra doenças infecciosas emergentes, como a DVE e o vírus Zika. Esses eventos constituíram oportunidades e desafios com respeito à mobilização de recursos. Embora essas doenças tenham capturado a atenção dos doadores, ao mesmo tempo elas forçaram a Organização a reorientar o trabalho do pessoal técnico das atividades de rotina para esforços em resposta.

5.3 Gerenciamento de emergências, riscos e crises

Resumo

Esta área programática reflete a maior parte do trabalho de preparação e mitigação da Organização, tanto para formar suas próprias capacidades institucionais de resposta, como para apoiar os Estados Membros nos seus esforços para proteger o bem-estar físico, mental e social das suas populações e recuperar-se rapidamente das emergências e desastres. Isso tem sido feito mediante o fortalecimento das funções nacionais de liderança da preparação, monitoramento e resposta dentro dos ministérios da saúde; a promoção da adoção de indicadores de referência para a preparação para casos de desastre e o reforço da capacidade da própria Organização para sobrecargas, entre outras atividades.

Avanços

- O 53º Conselho Diretor da OPAS aprovou a resolução CD53.R9, *Plano de ação para a coordenação da ajuda humanitária 2015-2019*. Ferramentas e mecanismos foram criados e/ou atualizados para apoiar os Estados Membros no processo de implementação, inclusive uma plataforma eletrônica para a coordenação da resposta no setor da saúde (HoPE) e um Grupo Consultivo formado por peritos em resposta humanitária. A primeira reunião do Grupo Consultivo, no Peru em julho de 2015, fez recomendações para a operacionalização do plano de ação.
- Três iniciativas fundamentais da OPAS (hospitais seguros, hospitais inteligentes e equipes médicas estrangeiras) foram ou estão sendo ampliadas ao nível mundial e formaram um núcleo importante do componente da saúde da Terceira Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Redução de Riscos de Desastres. Além disso, graças à liderança da OPAS e à participação ativa dos interessados diretos nacionais na área da saúde, a saúde foi identificada como uma prioridade para a redução dos riscos de desastres nas Américas no contexto da estrutura mundial pós-2015 para a redução dos riscos de desastres.

- A OPAS continuou a exercer liderança e oferecer apoio técnico ao Haiti e à Colômbia para fazer face às suas emergências prolongadas relacionadas com o cólera e com o deslocamento interno devido ao conflito armado, respectivamente. No Haiti, foi prestado apoio às autoridades de saúde para implementar a fase de curto prazo do Plano Nacional para a Eliminação do Cólera no Haiti, 2013–2022. O apoio contínuo da OPAS ao fortalecimento e coordenação, gestão das informações, vigilância epidemiológica e capacidades de resposta do Ministério da Saúde do Haiti, assim como o apoio logístico e técnico aos parceiros do cólera, ajudou a controlar a mortalidade associada à doença e manter a taxa de letalidade global por cólera no Haiti abaixo de 1% (0,89 em 2015). Na Colômbia, a OPAS ajudou a reativar o mecanismo do grupo orgânico de saúde, que liderou o trabalho junto com a Cruz Vermelha Colombiana. Em coordenação com o Ministério da Saúde, as organizações também apoiaram o trabalho intersectorial com outros membros da Equipe Humanitária Nacional e as equipas humanitárias locais. A presença permanente e ativa da OPAS em campo facilitou a abertura de espaço humanitário nas áreas controladas por grupos armados e guerrilhas e contribuiu de forma significativa para a prestação de assistência de saúde humanitária essencial por agentes governamentais e não estatais.
- Trinta e seis países e territórios aplicaram o Índice de Segurança Hospitalar (ISH) para avaliar a segurança hospitalar nos desastres, com a maioria deles também implementando medidas corretivas nos serviços de saúde prioritários. Os Estados Membros, com a liderança e apoio técnico da OPAS, obtiveram avanços notáveis na implementação da Resolução CD50.R15, o *Plano de ação para hospitais seguros 2010-2015*. Foram desenvolvidos numerosos guias técnicos e aplicativos eletrônicos, como um aplicativo do ISH para dispositivos móveis e uma base de dados atualizada online sobre a segurança hospitalar, para apoiar os países nesse processo.
- A OPAS mobilizou £ 8,72 milhões e conseguiu a aceitação e o compromisso de interessados diretos nacionais no Caribe para a implementação da segunda fase de uma iniciativa que integra considerações sobre a mudança climática e a redução dos riscos de desastres no setor da saúde (a Iniciativa Hospitais Inteligentes). Posteriormente, foi recebida uma oferta do Governo do Reino Unido para aumentar os £ 8,72 milhões da Fase 2 do Projeto dos hospitais inteligentes em £ 30 milhões, com uma ampliação do período de implementação para cinco anos e um aumento do número dos países para sete, com 50 unidades de saúde sendo modernizadas. A Fase 2 dessa iniciativa inovadora começou em junho de 2015 e, como a ampliação, prosseguirá até dezembro de 2020.
- Foram feitos avanços na integração dos temas transversais na gestão dos riscos de desastres, sobretudo a etnia:
 - Um documento com o título *Recommendations for Engaging Indigenous Peoples in Disaster Risk Reduction* [Recomendações para Envolver os Povos Indígenas na Redução dos Riscos de Desastres] foi publicado em inglês e espanhol. A versão em inglês já está disponível no website da OPAS. Esse documento, juntamente com um módulo sobre os Povos Indígenas na Redução dos Riscos de Desastres, também está sendo incorporado ao Centro de Conhecimento da OPAS/OMS sobre Saúde Pública e Desastres.
 - Foi redigido um guia prático para a tomada de decisões sobre a gestão dos riscos de desastres em comunidades indígenas.
 - Um programa de formação sobre as populações indígenas e desastres foi elaborado e implementado em 10 municípios no México, beneficiando 28 comunidades.
- A disposição da OPAS para montar uma resposta institucional a emergências foi reforçada:
 - Aproximadamente 50 funcionários da OPAS, inclusive administradores de PWR e pontos focais para desastres, receberam formação em procedimentos atualizados de resposta a emergências durante um curso regional sobre saúde em situações de desastre, na Nicarágua, em outubro de 2015.

- Cartões com ações revistos, contendo todas as funções essenciais para a resposta institucional foram elaborados em inglês e espanhol.
- A política de Resposta Institucional a Emergências e Desastres (RIED) agora está disponível nos quatro idiomas oficiais da Organização.
- Foram feitos investimentos importantes na formação de capacidades para a gestão dos riscos de desastres, inclusive no desenvolvimento de materiais técnicos e formação. Doze exemplos-chave de guias e diretrizes técnicos, ferramentas e materiais de formação foram desenvolvidos, e mais de 500 pessoas em toda a Região receberam formação em aspectos críticos da preparação para desastres, redução de riscos e coordenação em casos de emergência, inclusive o uso do sistema de comando de incidentes em hospitais.

Desafios

- Para ter êxito na implementação do *Plano de ação para hospitais seguros*, é crucial garantir a participação multissetorial dos interessados diretos, tanto dentro como fora do setor da saúde.
- A escassez de recursos para a redução dos riscos de desastres continua a ser um desafio constante, especialmente porque muitos doadores estão dando mais atenção à prontidão e resposta. A OPAS conseguiu mobilizar recursos para emergências, mas a tendência de queda no financiamento humanitário para o setor da saúde e a redução do quadro de pessoal da Organização criam desafios para o ritmo do progresso em algumas questões de cooperação técnica.
- Tem havido dificuldades para contratar, para projetos em alguns postos de serviço, pessoal qualificado, disponível de imediato e com experiência e conhecimento suficientes em saúde e gerenciamento de desastres, sobretudo para postos que exigem habilidades linguísticas adicionais e/ou que apresentam restrições específicas em termos de segurança, como o Haiti.

Lições extraídas

- A documentação do uso das contribuições voluntárias (inventário de ativos, material comprado/distribuído e dados sobre os participantes de cursos desagregados por idade e sexo) continua a ser uma área fraca da gestão e monitoramento de projetos. O cumprimento das exigências dos sistemas existentes, como o Sistema de Gestão de Ativos, a instituição de sistemas apropriados de gestão de informações e a promoção contínua das boas práticas na gestão de projetos são um imperativo para assegurar a gestão sistemática e completa das informações.
- A capacitação de pessoal administrativo ajudou a simplificar os processos administrativos para uma resposta mais eficaz a emergências dentro da RSPA. Convém considerar um enfoque interprogramático para a formação, a fim de melhorar ainda mais os procedimentos operacionais de emergência e assegurar operações sem sobressaltos em caso de desastre.
- A comunicação clara, oportuna, exata e uniforme com todos os parceiros deve ser assegurada sempre para o desenvolvimento e implementação de programas/projetos. A coordenação sólida entre todos os níveis e departamentos pertinentes da Organização é essencial nesse sentido.
- Os parceiros doadores estão exigindo cada vez mais que a Organização demonstre a otimização dos recursos nos projetos que ela implementa, e isso está se tornando uma questão crucial para a mobilização de novos recursos e para a manutenção dos recursos existentes. Assim, a Organização precisa assegurar que os conhecimentos técnicos, as ferramentas e os sistemas pertinentes estejam implementados e à disposição para facilitar essa consideração.

5.4 Inocuidade dos alimentos

Resumo

O trabalho nesta área programática se concentra no estabelecimento de sistemas eficientes de inocuidade dos alimentos para prevenir e reduzir as doenças transmitidas por alimentos e promover a segurança dos consumidores. Considera o fortalecimento de sistemas nacionais baseados no risco e integrados para a inocuidade dos alimentos, o aumento da assessoria científica e implementação de normas e diretrizes para a inocuidade dos alimentos e a promoção da colaboração multissetorial para a redução dos riscos presentes nos alimentos, inclusive os decorrentes da interação entre seres humanos e animais.

Avanços

- O programa dá seguimento à implementação da Estratégia de Inocuidade dos Alimentos apresentada na 6ª Reunião da Comissão Pan-americana de Inocuidade dos Alimentos (COPAIA 6), que fornece um roteiro regional e orientações sobre o fortalecimento da inocuidade dos alimentos na Região. Foram envidados esforços para reforçar a colaboração multissetorial para melhor administrar a inocuidade dos alimentos em toda a cadeia alimentar. Em especial, houve progresso no fortalecimento da Rede Internacional de Autoridades de Inocuidade dos Alimentos (INFOSAN), com a aprovação (Chile, 2014) e implementação (México, 2015) da Estratégia Regional para Fortalecer a INFOSAN nas Américas.
- O Dia Mundial da Saúde de 2015 para a inocuidade dos alimentos e o lançamento das estimativas do ônus das doenças transmitidas pelos alimentos aumentou a consciência e teve um grande impacto nos países, o que resultou no aumento da prioridade da inocuidade dos alimentos.
- Vários Estados Membros reforçaram as capacidades dos seus serviços de inspeção, e autoridades responsáveis pela inocuidade dos alimentos receberam formação sobre a inspeção dos alimentos baseada nos riscos. Usando a plataforma da Rede Mundial de Infecções Transmitidas por Alimentos, da OMS, para capacitação, um curso sobre a análise de riscos foi ministrado aos países de língua inglesa do Caribe. Além disso, um manual sobre o fortalecimento da vigilância e resposta a doenças transmitidas pelos alimentos foi elaborado com a Sede da OMS e será implementado em nível nacional para fortalecer a vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos na Região. Um curso virtual sobre a administração de emergências relacionadas com a inocuidade dos alimentos está disponível no Campus Virtual.
- A Região das Américas continua sem notificações da febre aftosa desde janeiro de 2012, e as pesquisas epidemiológicas feitas pelos países não revelam nenhuma evidência de transmissão da febre aftosa entre animais. Nesse contexto, a 42ª Reunião da Comissão Sul-americana para a Luta Contra a Febre Aftosa (COSALFA), realizada pelo Centro Pan-americano da Febre Aftosa (PANAFTOSA) em Quito, Equador, em abril de 2015, reconheceu que começou uma nova etapa do Programa Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA) começou: em outras palavras, a Região está dando início ao processo de erradicação da febre aftosa. Um guia técnico abordando os principais desafios apresentados até essa nova etapa do PHEFA foi aprovado na 5ª Reunião Extraordinária da COSALFA realizada em Cuiabá, Brasil, em outubro de 2015. Além disso, a COSALFA solicitou o estabelecimento de um banco regional de vacinas e antígenos contra a febre aftosa, a ser estabelecido e administrado pela OPAS/OMS.

Desafios

- O compromisso nacional sustentado, a coordenação multissetorial e um enfoque interprogramático serão necessários para fortalecer as capacidades relacionadas à inocuidade dos alimentos e à incorporação dessa inocuidade a estratégias e planos mais amplos sobre nutrição e doenças não transmissíveis na Região.
- O mandato político de alto nível continua a ser limitado, e planos de trabalho específicos são escassos. A Comissão Pan-americana de Inocuidade dos Alimentos (COPAIA) deve desempenhar uma função

importante nessa questão, promovendo a formulação de políticas nacionais adequadas de inocuidade dos alimentos.

- Os recursos são insuficientes de responder ao aumento das expectativas e demandas dos países por cooperação técnica contínua com relação à febre aftosa, a fim de manter os ganhos obtidos nas Américas e promover os programas nacionais para chegar à “condição de livre da febre aftosa sem vacinação”.

Lições extraídas

- A inocuidade dos alimentos é um importante componente do RSI e, com as ameaças emergentes relacionadas à inocuidade dos alimentos, é necessário reforçar a capacidade dos Estados Membros para prevenir, detectar, avaliar e responder a surtos de doenças transmitidas pelos alimentos. Essa capacidade melhorou ao longo do último biênio graças ao bom trabalho interprogramático e ao reforço da comunicação melhorada entre os pontos focais do RSI e da INFOSAN no nível nacional.
- O uso das estimativas regionais do ônus da morbidade das doenças transmitidas pelos alimentos como ferramenta de promoção da causa levou a uma maior consciência das autoridades nacionais e à priorização das doenças pelos Estados Membros. Isso contribuiu para o desenvolvimento de estimativas nacionais obrigatórias.

5.5 Resposta a surtos e crises

Resumo

Esta área programática abarca o apoio da Organização para ajudar os países a responder, de forma ágil e adequada, a desastres e emergências que excedam a capacidade nacional operacional e/ou de coordenação da resposta. Em especial, isto envolve a criação de equipes de resposta eficientes e eficazes de ferramentas adaptadas para a coordenação da ajuda humanitária internacional no setor da saúde. Durante o biênio 2014-2015, a OPAS continuou a apoiar seus Estados Membros para responder com mais eficiência e eficácia aos desastres, de acordo com a política RIED da OPAS, que dá orientação para operacionalizar as Normas de Desempenho da Estrutura de Resposta a Emergências da OMS (ERE).

Avanços

- Em 2014-2015, a Organização respondeu a 10 emergências agudas que preencheram os critérios do grau 2 e, em todos esses casos, pelo menos 70% das 23 Normas de Desempenho da OMS da ERE foram cumpridas. A política RIED da Organização foi ativada no nível/grau 3 para apoiar a resposta das Nações Unidas (ONU) ao Ebola nos países da África Ocidental afetados, bem como para facilitar a cooperação técnica para a prontidão para responder nos Estados Membros. As normas da ERE foram aplicadas ao apoio da Região à emergência de grau 3 do terremoto do Nepal em 2015.
- A OPAS trabalhou ativamente para mobilizar recursos nacionais e internacionais para operações em todas as emergências mencionadas acima. Só nas emergências de grau 2, por exemplo, mais de \$4,4 milhões foram mobilizados para a resposta e algumas ações de recuperação.

Desafios

- A capacidade para atrair financiamento depende, em grande parte, da capacidade demonstrada para cumprir compromissos no prazo acordado, que, em muitos casos de resposta a desastres, é de seis meses a um ano. Entretanto, os procedimentos administrativos às vezes geram conflitos e afetam a capacidade para implementar recursos e atividades em tempo hábil e com eficiência.

Lições extraídas

- A emergência global da DVE marcou a primeira vez desde a aprovação da RIED em 2012 que a política foi ativada no Nível 3. Lições importantes foram identificadas durante esse processo e, em consequência, certos mecanismos internos de resposta foram examinados e atualizados. Um exercício mais abrangente, em toda a Organização, com base nas lições extraídas, precisa ser instituído para, posteriormente, apoiar aperfeiçoamentos processuais, institucionais e das políticas conforme necessário.

Riscos:

Embora tenham sido tomadas medidas durante 2014-2015 para fazer face aos riscos identificados na Categoria 5 do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, os seguinte riscos continuam a ser pertinentes:

- Os países ou a Organização atribuem prioridade insuficiente a esta categoria de trabalho, o que leva à perda de financiamento. Não se consegue estabelecer parcerias fortes com outros organismos envolvidos em mecanismos no nível nacional de preparação, alerta e resposta no que se refere a situações de emergência.
- Os pontos fracos nos mecanismos de verificação dificultam a avaliação do cumprimento dos requisitos quanto às capacidades básicas previstas no RSI, e são limitadas as possibilidades de os Estados signatários manterem essas capacidades.
- É difícil contratar pessoal técnico competente no âmbito nacional e subnacional para implementar os planos e aplicar as ferramentas necessárias de coleta de informações.
- A falta de consenso dificulta a finalização de uma estrutura de gerenciamento dos riscos de emergências e desastres para a área da saúde.
- A instabilidade política e a deterioração da segurança restringem as operações dentro do setor da saúde.
- É limitada a contribuição de outras categorias de trabalho e dos departamentos técnicos para as atividades visando à prontidão e ao aumento da resposta.

Os novos riscos a seguir também surgiram durante o biênio:

- A confusão entre as intervenções a curto prazo para a preparação/prontidão para situações de emergência e o desenvolvimento a mais longo prazo de capacidades de resposta básicas pode minar este último.
 - O surto de DVE na África Ocidental forneceu uma lente de aumento para analisar a real situação operacional e funcional das capacidades básicas e gerou um impulso para mobilizar recursos e abordar as brechas identificadas. Todavia, existe o risco de que a Região não consiga aproveitar adequadamente as medidas tomadas na preparação para a chegada da DVE e que essas medidas preparatórias possam ser consideradas equivocadamente algo distinto das capacidades básicas. Conquistas realizadas na área da preparação poderiam ser perdidas ou reduzidas por causa do interesse decrescente na DVE. Isso continuará a constituir um risco para a Região no futuro próximo.
- Mensagens conflitantes entre os níveis político e técnico em épocas de emergência podem afetar a eficácia da comunicação.
 - A adoção de medidas unilaterais sobre viagens e comércio que afetam os países que estejam passando por um período de transmissão intensa da DVE é preventivo e incompatível com o risco. A adoção dessas medidas levanta preocupações sobre a eficácia dos canais de comunicação entre os níveis técnico e político que devem ser resolvidas.
- Diferentes graus de preparação na Região poderiam ameaçar a segurança sanitária geral.
 - No contexto dos surtos de doenças infecciosas emergentes (por exemplo, DVE, Zika), existe o risco de que os esforços em curso de planejamento e execução possam sair dos trilhos com a ocorrência de

emergências de saúde ou desastres. O trabalho interprogramático continuado é importante para documentar as lições extraídas da Organização nessas respostas, com o apoio subsequente de aperfeiçoamentos processuais, institucionais e das políticas conforme necessário.

- Entusiasmo excessivo sobre o progresso da febre aftosa poderia resultar no reaparecimento do vírus caso a situação não seja administrada devidamente.
 - São maiores as expectativas e necessidades nos países no sentido de a Organização prestar cooperação técnica continuada para preservar a situação favorável da febre aftosa alcançada nas Américas. Os ganhos obtidos até o momento estão motivando os países a impulsionar seus programas para chegar à condição de livre da febre aftosa sem vacinação. Essa tendência pede mudanças fundamentais nos aspectos técnicos e financeiros dos programas nacionais de erradicação da febre aftosa, exigindo que os interessados diretos nos níveis nacional e regional renegociem suas funções e responsabilidades. A transição deve ser administrada cuidadosamente para evitar o aumento das vulnerabilidades, pois a reintrodução do vírus da febre aftosa em um país, caso não seja administrada com rapidez e de forma eficaz, poderia ter graves consequências econômicas e sociais para toda a Região.

Análise da execução orçamentária

Pouco mais de \$55 milhões foram concedidos para os Programas da Base da Categoria 5 durante o biênio. Isso representa um excedente de 19% em relação aos \$46,39 milhões aprovados no Programa e Orçamento. O excesso de recursos está relacionado, sobretudo, com o financiamento destinado ao RSI e às emergências do Ebola e do Zika (áreas programáticas 5.1 e 5.2) e com financiamento adicional de outras fontes recebido para a erradicação da febre aftosa (RIM 5.4.4). Todas as áreas dos Programa de Base tiveram recursos em excesso: a área programática 5.4 teve o maior excedente (146,5%), seguida das áreas programáticas 5.2 (120,9%), 5.3 (110,8%) e 5.1 (106,6%). Para a Resposta a surtos e crises, \$9,84 milhões foram concedidos de uma estimativa de \$22 milhões (que representa, principalmente, espaço no orçamento, informado pela prática histórica).

Os Programas de Base da categoria apresentam uma taxa geral de execução dos recursos concedidos de 93,4%, com a maior execução no nível nacional (98,7%), seguido do sub-regional (92,5%), internacional (92,1%) e regional (91,0%). A execução orçamentária é 92% ou maior em todas as cinco áreas programáticas da categoria. Isso foi alcançado apesar do fato de que o financiamento da Estrutura de Preparação para a Pandemia de Influenza chegou depois do esperado no biênio, e apesar da alocação, em algumas áreas da Organização, de pelo menos 80% do pessoal técnico para atividades relacionadas à DVE, inclusive atividades de preparação nos países e missões para apoiar a resposta à DVE na África Ocidental. A área programática 5.3 alcançou taxas de execução altas apesar da contração do quadro de pessoal e da chegada da maioria dos recursos na última parte de 2015.

Na área programática 5.3, a taxa global de execução dos orçamentos concedidos foi 94%. Os 6% restantes se relacionam, principalmente, com atividades com implementação programada para o biênio 2016-2017, conforme o cronograma aprovado das subvenções. A taxa de execução é mais elevada no nível nacional (99,5%) e mais baixa no nível regional e internacional (90,2% nos dois níveis). Entretanto, conforme mencionado acima, a maioria dos recursos regionais não utilizados relacionados com Outras Fontes estão sendo transferidos para 2016-2017. Além disso, a execução no nível nacional teve como fator os cronogramas dos projetos, a maioria dos quais se encerrou durante o biênio. Por outro lado, a maioria dos recursos de Outras Fontes concedidos no nível regional tem cronogramas que se estendem por todo o biênio ou vão mais além. A taxa geral de execução orçamentária de 93,8% na área programática 5.5 reflete a natureza das subvenções para RSC, que normalmente estipulam cronogramas de execução rápidos, geralmente de seis meses a um ano.

**Tabela 3: Categoria 5, Resumo do Orçamento por Área Programática e Nível Funcional
(Áreas programáticas 5.1 a 5.4 representam Programas de Base e 5.5, programas outros que não de base)**

Categoria, área programática e nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por área programática (%)	Total gasto (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
Categoria 5. Preparação, vigilância e resposta:	55,20	100,00	51,53	93,4
5.1 Capacidades de alerta e resposta	10,51	19,04	9,77	92,9
Nacional	1,64	2,97	1,63	99,3
Internacional	2,62	4,75	2,42	92,1
Sub-regional	1,12	2,02	1,05	93,9
Regional	5,13	9,29	4,67	91,1
5.2 Doenças epidêmicas e pandêmicas	9,69	17,56	9,09	93,7
Nacional	2,90	5,26	2,78	95,8
Internacional	1,88	3,41	1,75	92,9
Sub-regional	0,58	1,05	0,54	93,7
Regional	4,33	7,84	4,01	92,7
5.3 Gerenciamento de emergências, riscos e crises	21,03	38,09	19,76	94,0
Nacional	8,54	15,48	8,50	99,5
Internacional	3,42	6,20	3,09	90,2
Sub-regional	0,93	1,68	0,84	90,5
Regional	8,13	14,73	7,33	90,2
5.4 Inocuidade dos alimentos	13,97	25,31	12,92	92,5
Nacional	0,63	1,13	0,63	100,0
Internacional	11,97	21,68	11,06	92,5
Sub-regional	0,14	0,25	0,13	89,8
Regional	1,24	2,24	1,11	89,5
5.5 Resposta a surtos e crises	9,85	100,00	9,23	93,8
Nacional	8,75	88,86	8,22	94,0
Internacional	0,30	3,06	0,28	92,2
Sub-regional	0,08	0,80	0,07	92,2
Regional	0,72	7,28	0,66	92,2

Os recursos para a Categoria 5 foram concedidos, principalmente, no nível internacional (36,04%), seguido de perto pelos níveis regional (34,10%), nacional (24,85%) e sub-regional (5,01%). O nível internacional do financiamento reflete, principalmente, o apoio ao PANAFTOSA, bem como os custos da cooperação técnica entre países prestada por recursos humanos descentralizados localizados em cada uma das três sub-regiões. Além disso, uma parcela substancial dos recursos regionais foi usada para apoiar diretamente as atividades no nível nacional.

Mobilização de recursos

O excesso de recursos nas áreas programáticas 5.1 e 5.2 estava vinculado, principalmente, às contribuições recebidas para apoiar as respostas aos surtos do Ebola e Zika. Os principais doadores para a área programática 5.1 em 2014-2015 foram os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e o Governo do Brasil. Além disso, novas contribuições foram recebidas para a área programática 5.2, do Governo do Brasil, CDC, Fundação da OPAS e da Estrutura de Preparação para a Pandemia de Influenza para a influenza, os arbovírus e programas laboratoriais.

A maioria dos recursos concedidos à área programática 5.3 vem de Outras Fontes, que respondem pelo grosso dos recursos concedidos no nível nacional. Dos recursos de Outras Fontes destinados ao nível nacional, a maioria está vinculada para apoiar programas de emergência prolongados no Haiti e na Colômbia (RIM 5.3.4), que dependem, quase que inteiramente, de contribuições voluntárias. A maior parte dos recursos para o RIM 5.3.4 faz face aos custos reais das atividades. A RSPA tem destacado sistematicamente o desafio envolvido na mobilização de recursos para a redução dos riscos de desastres, uma questão confirmada pela distribuição dos recursos concedidos entre os resultados imediatos da área programática 5.3 no nível nacional: quatro dos cinco RIM nesta área programática juntos recebem menos de 20% do total de recursos, enquanto a resposta a emergências prolongadas (RIM 5.3.4) fica com mais de 80%. Mais de 90% dos recursos concedidos para a RSC foram contribuições voluntárias captadas em conjunto pelos níveis regional e nacional para apoiar operações de resposta em nove países (menos de \$2 milhões desse montante foi transferido do biênio 2012–2013).

O excesso de recursos para a área programática 5.4 está vinculado a uma contribuição recebida durante o primeiro semestre de 2015 do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Brasil (MAPA) em apoio ao PANAFTOSA. Esses recursos cobriram inteiramente os custos de manutenção do Centro. O PANAFTOSA recebeu mais recursos no âmbito de outros acordos para cooperação técnica direta, como os celebrados com o Serviço Nacional de Qualidade e Saúde Animal do Paraguai (SENACSA), Conselho Nacional da Pecuária de Corte do Brasil (CNPC), e Agência Equatoriana de Garantia da Qualidade Agropecuária (Agrocalidad), bem como receita da provisão de reagentes laboratoriais de referência aos países. Para a inocuidade dos alimentos, foram recebidas contribuições adicionais dos CDC e da OMS.

No biênio, a Organização elaborou pelo menos 55 novas propostas de doadores e/ou notas conceituais para a redução dos riscos de desastres (área programática 5.3) e para resposta (área programática 5.5), além de modificações de projetos existentes. Trinta e sete dessas solicitações, elaboradas diretamente pelo nível regional ou em conjunto com o nível nacional, foram financiadas, em um total de mais de \$30 milhões, inclusive com subvenções de vários anos; a RSC responde por quase \$8 milhões, inclusive com a resposta ao cólera no Haiti. Duas das propostas elaboradas durante o biênio, além de uma elaborada no biênio anterior continuam em negociação, inclusive com o Canadá. Além disso, foram mobilizados recursos do Departamento de Gerenciamento de Riscos de Emergência e Resposta Humanitária, da OMS.

Embora algumas áreas técnicas desta categoria estejam recebendo financiamento suficiente para garantir a implementação adequada das atividades, outras, como alerta e resposta, prevenção e controle de infecções, resistência aos antimicrobianos e programas sobre a interação entre seres humanos e animais, enfrentam desafios para obter recursos para cooperação técnica. A identificação de novos doadores e parceiros e o apoio contínuo dos doadores existentes são necessários para garantir a prestação de cooperação técnica adequada aos países nessas áreas técnicas.

Recomendações

- Atualizar os procedimentos pertinentes delineados no Manual Digital da OPAS/OMS de modo a permitir a ativação automática dos Procedimentos Especiais de Emergência para todos os projetos de resposta a desastres, como é o caso atualmente na OMS.
- Simplificar a contratação de recursos humanos para assegurar nomeações oportunas e reduzir a carga do processo sobre os departamentos técnicos que estão se esforçando para prestar cooperação técnica de forma eficaz. Para isso, institucionalizar os processos como o detalhamento interno, a promoção baseada no mérito e as transferências laterais.
- Incluir a redução dos riscos de desastres nos acordos abrangentes que envolvem toda a Organização como parte da agenda de desenvolvimento em vez da agenda humanitária.
- Continuar a promover a causa e prestar apoio para assegurar o reflexo crítico e a resolução de possíveis processos que podem gerar gargalos, principalmente em situações de emergência. Uma consideração importante para a mobilização de recursos é a capacidade para assegurar a execução imediata e exitosa. Isso está vinculado não apenas à disponibilidade de recursos humanos suficientes, mas também à capacidade para cumprir regras e procedimentos regulares da organização em tempo hábil. O novo Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS) pode facilitar melhor esses processos.
- Promover o enfoque “Uma Organização”, integrando todas as disciplinas técnicas pertinentes para combater as doenças infecciosas emergentes e a resistência aos antimicrobianos.
- Estabelecer uma estratégia para reforçar a capacidade nacional para responder aos arbovírus nas Américas, inclusive com uma estratégia de controle e eliminação do *Aedes aegypti*. O apoio e promoção visando ao desenvolvimento dessa estratégia serão cruciais.
- Apoiar os planos de ação nacionais para a resistência aos antimicrobianos. Em 2015, o 54º Conselho Diretor da OPAS aprovou o Plano Regional de Ação para a Resistência aos Antimicrobianos e foi solicitado que, até 2017, todos os Estados Membros tenham seus próprios planos de ação nacionais. O estabelecimento de uma estratégia de cooperação técnica interdepartamental abrangente será útil para assegurar o sucesso da elaboração e implementação dos planos de ação em todos os Estados Membros.

Avaliação por Área Programática

<p>Área programática 5.1: Capacidades de alerta e resposta (para o RSI)</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Todos os países contam com as capacidades básicas mínimas de alerta e resposta para todo tipo de perigo previstas no Regulamento Sanitário Internacional (2005)</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/1 em curso</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIM: 2/2 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
--	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação (Classificar como alcançado, em curso, nenhum progresso) ^{23, 24}
5.1.1	Número de Estados signatários que têm e mantêm as capacidades básicas previstas no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005)	6/35	35/35	Em curso (11 alcançaram + 22 em curso)
<p>Onze países têm e mantêm as capacidades básicas previstas no RSI: ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, MEX, SLV, URY, USA.</p> <p>Além disso, 22 países estão progredindo para alcançar o indicador: ATG, BHS, BOL, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HTI, HND, JAM, KNA, LCA, NIC, PAN, PER, PRY, SUR, TTO, VCT, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Belize está trabalhando rumo à implementação das capacidades do RSI, mas ainda persistem desafios para persuadir os grandes interessados diretos a assumirem essa responsabilidade. Um total de 22 países nas Américas solicitou e receberam a prorrogação de 2014–2016 (Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Dominica, Equador, Granada, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Venezuela), e tem sido prestada cooperação técnica para formular e monitorar planos de implementação no contexto da estrutura de preparação contra a DVE. É importante ressaltar que as capacidades básicas no âmbito do RSI são apenas as funções centrais de saúde pública que mantêm um processo dinâmico e contínuo de preparação, conforme destacado enfaticamente pelo Comitê de Análise do RSI em 2014.</p>				

²³ Em termos de consecução, os indicadores são avaliados do seguinte modo:

- **Alcançado:** A meta do indicador estabelecida para 2019 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) no Plano Estratégico da OPAS já foi alcançada.
- **Em curso:** Houve um aumento em relação ao valor da linha de base do indicador definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e os trabalhos estão em andamento/no rumo certo para a meta estabelecida no Plano Estratégico ser alcançada até 2019.
- **Nenhum progresso:** Não houve aumento em relação ao valor da linha de base definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e o progresso rumo à consecução da meta do indicador até 2019 poderia estar em risco.

²⁴ Os indicadores regionais são avaliados pela entidade regional responsável/Rede de Categorias e Áreas Programáticas (CPAN) com base nas informações mais recentes disponíveis, de acordo com os critérios definidos no compêndio dos indicadores.

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{25, 26}
5.1.1	Países aptos a desenvolver as capacidades básicas exigidas no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005)	Número de países que receberam cooperação técnica direta que lhes permitiu reunir e manter as capacidades básicas do RSI no biênio	3	11	Parcialmente alcançado (7 alcançaram + 5 alcançaram parcialmente)
<p>Sete países alcançaram o indicador: ARG, BRA, CHL, COL, DMA, SLV, URY.</p> <p>Outros cinco países o alcançaram parcialmente: BHS, CRI, MEX, PER, VCT. A confirmação de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Como as prorrogações de 2014–2016 foram aprovadas pela Diretora-Geral da OMS em novembro de 2014, isso indica que os planos de prorrogação de 2012–2014 foram monitorados e implementados com sucesso. Ademais, um total de 22 países solicitou e recebeu a prorrogação de 2014–2016 (ver o resultado intermediário 5.1.1).</p> <p>Foi prestado apoio para a formulação e monitoramento dos planos de implementação, passando por atualizações no contexto da estrutura de preparação contra a DVE. Além disso, foram aplicados mecanismos para facilitar o intercâmbio de boas práticas e informações entre os países na tentativa de fortalecer a preparação e resposta à DVE e a outros agentes patogênicos emergentes. Reuniões regionais e missões a países específicos também ocorreram. Considerando que a preparação em saúde pública é um processo contínuo, trabalho semelhante continuará durante o biênio 2016-2017.</p>					
5.1.2	A OPAS tem a capacidade para oferecer orientação de políticas oportuna e com base científica, avaliação de riscos, gestão de informações e comunicação em todos os tipos de emergências agudas de saúde pública	Proporção das possíveis emergências de saúde pública de interesse internacional para as quais são disponibilizadas informações para os Pontos Focais Nacionais do RSI na Região nas primeiras 48 horas da conclusão da avaliação de riscos	40%	80%	Parcialmente alcançado (60%)
<p>Para 60% das emergências de saúde pública de interesse internacional, as informações foram disponibilizadas aos Pontos Focais Nacionais do RSI na Região nas primeiras 48 horas da conclusão da avaliação dos riscos.</p>					

²⁵ Em termos de consecução, os indicadores são avaliados do seguinte modo:

- **Alcançado:** A meta do indicador fixada no Programa e Orçamento (P&O) 2014–2015 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) foi alcançada. As metas dos indicadores que foram superadas estão indicadas dessa maneira.
- **Parcialmente alcançado:** Houve avanço em relação ao valor da linha de base estabelecido no P&O (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), mas a meta referente a 2015 não foi alcançada.
- **Nenhum progresso:** Não houve aumento em relação ao valor da linha de base estabelecido no P&O (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais).

²⁶ Os indicadores regionais são avaliados pela entidade regional responsável/CPAN com base nas informações mais recentes disponíveis, de acordo com os critérios definidos no compêndio dos indicadores.

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação ^{25, 26}
<p>As informações com respeito eventos de risco para a saúde pública foram disseminadas aos Estados Membros da OPAS/OMS por meio de 38 Alertas Epidemiológicos e Atualizações, 39 divulgações no Site de Informação sobre Eventos (nove relacionadas com o vírus Zika), 21 notícias de Surto de Doença e 34 relatórios distribuídos por email aos NFPs durante o biênio. Além disso, os Estados Membros foram informados de riscos para a saúde pública, por email, em 594 ocasiões em 2014-2015.</p>					

<p>Área programática 5.2: Doenças epidêmicas e pandêmicas</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Aumento da resiliência dos países e da prontidão para iniciar uma resposta rápida, previsível e eficaz a epidemias e pandemias graves</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/1 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 1/3 alcançado, 2/3 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
--	---

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
5.2.1	Número de países com capacidade instalada para responder de forma eficaz a epidemias e pandemias graves	6/35	35/35	Em curso (11 alcançaram + 20 em curso)
<p>Onze países alcançaram o indicador: BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, MEX, PAN, SLV, TTO, USA.</p> <p>Outros 20 países e territórios conseguiram avanços para alcançar as suas metas para a preparação e resposta às epidemias e pandemias graves: ARG, ATG, BHS, BOL, BRB, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HTI, JAM, KNA, LCA, NIC, PER, PRY, SUR, VCT, VEN. A confirmação de quatro países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>No contexto da Estrutura para Fortalecer a Preparação e Resposta Nacional à Doença do Vírus Ebola nas Américas, foi prestada cooperação técnica para reforçar a vigilância e a capacidade laboratorial em resposta aos surtos recentes na Região, como os do chikungunya e, mais recentemente, do Zika. Foram atualizados fluxogramas referentes ao chikungunya e Zika para reforçar a vigilância com base nas evidências laboratoriais. Assim, a cooperação técnica com os ministérios da saúde continuará no próximo biênio para formar capacidade para fazer face às doenças infecciosas emergentes.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
5.2.1	Países aptos a elaborar e implementar planos operacionais em linha com as recomendações da OMS sobre o reforço da resiliência e preparação nacionais para cobrir a pandemia de influenza e doenças epidêmicas e emergentes	Número de países e territórios que estão implementando um plano nacional de preparação para epidemias e pandemias graves	15	23	Parcialmente alcançado (17 alcançaram + 2 alcançaram parcialmente)
<p>Dezessete países alcançaram o indicador: ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, DMA, DOM, HND, JAM, MEX, PER, SLV, TTO, USA, VEN.</p> <p>Além disso, dois países e territórios o alcançaram parcialmente: BHS, CUW.</p> <p>A confirmação da avaliação final de 10 países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>O México reviu seu Plano Nacional para a Pandemia de Influenza com o Laboratório de Influenza e a Equipe de Vigilância da OPAS, e foram geradas recomendações ao país. As Bahamas alcançaram parcialmente este indicador e reviram todos os planos nacionais de emergência de saúde. As atividades básicas coordenadas durante o biênio abrangeram os esforços de preparação e resposta à DVE, atividades de resposta ao chikungunya, a cooperação técnica com os países sobre o RSI e o fortalecimento laboratorial, além da administração de novos surtos como a síndrome respiratória do Oriente Médio. Foi dada ênfase à resposta ao surto de Zika e cooperação aos países afetados no último semestre de 2015.</p>					
5.2.2	Os países com melhoria do controle, prevenção, tratamento, vigilância, avaliação de riscos e comunicações do risco de doenças	Número de países e territórios com um sistema de vigilância para a influenza com base em normas internacionais	14	18	Alcançado (18 alcançaram + 8 alcançaram parcialmente)
<p>Dezoito países e territórios alcançaram o indicador: AIA, ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DMA, HND, JAM, MEX, NIC, PRY, SLV, URY, USA.</p> <p>Outros oito países e territórios o alcançaram parcialmente: CUW, GUY, LCA, PAN, PER, SXM, TTO, VCT.</p> <p>A Costa Rica fortaleceu seu sistema nacional de informação para monitorar a atividade do vírus da influenza e de outros problemas respiratórios por meio de submissões periódicas ao sistema de informação da PAHOFlu. A Nicarágua fortaleceu sua capacidade para vigilância por meio de oficinas de formação sobre a vigilância da infecção respiratória aguda grave e eventos respiratórios atípicos. Além disso, ambos os países fizeram avaliações de vigilância de áreas sentinelas. Em geral, houve muitas conquistas em 2015 relacionadas ao fortalecimento de sistemas de vigilância da influenza, e muitos outros países estão informando dados vinculados de laboratórios epidemiológicos semanalmente à OPAS/OMS.</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
5.2.3	Mecanismos implementados para fortalecer a capacidade do país de gerenciamento do risco de doenças zoonóticas emergentes	Número de países e territórios com mecanismos de gerenciamento do risco de doenças zoonóticas emergentes	10	28	Parcialmente alcançado (10 alcançaram + 10 alcançaram parcialmente)
<p>Dez países alcançaram o indicador: BRA, CAN, COL, CUB, DMA, JAM, MEX, SLV, URY, USA.</p> <p>Outros 10 países e territórios o alcançaram parcialmente: BON, CHL, CUW, ECU, GUY, KNA, PAN, PRY, TTO, VEN.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Foram atingidas as metas planejadas no fortalecimento das capacidades dos países para identificar, avaliar e responder às zoonoses emergentes. O PANAFTOSA organizou e coordenou reuniões com o Comitê Veterinário Permanente (CVP) do Cone Sul (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai) para definir prioridades e necessidades contra o risco de uma possível ocorrência da influenza aviária altamente patogênica na sub-região. O Paraguai foi treinado em administração de doenças zoonóticas emergentes, e foram discutidas estratégias para o Programa Nacional de Combate à Brucelose e Tuberculose do país. Trinidad e Tobago organizou um workshop nacional sobre alerta e resposta à ocorrência de doenças zoonóticas.</p>					

<p>Área programática 5.3: Gerenciamento de emergências, riscos e crises</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Os países contam com um programa de gerenciamento de riscos para emergências provocadas por todo tipo de ameaças para a saúde, dirigido a um setor de saúde capaz de resistir aos efeitos dos desastres, com ênfase nas populações vulneráveis</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 2/2 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 5/5 alcançados</p>	<p>Classificação: Cumriu as expectativas</p>
---	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
5.3.1	Número de países e territórios que reúnem ou excedem as capacidades mínimas para gerenciar os riscos para a saúde pública associados às emergências	19	36	Em curso (19 alcançaram + 15 em curso)
<p>Dezenove países e territórios alcançaram o indicador: ABW, BHS, BON, BRA, CAN, CHL, CRI, CUW, DMA, DOM, GLP, GUF, HND, JAM, MEX, MTQ, PAN, PER, USA.</p>				

Outros 15 estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: ARG, BLZ, BOL, BRB, GRD, GTM, NIC, PRI, SAB, SLV, STA, SUR, TTO, VCT, VGB.

A confirmação da avaliação final de três países estava sendo aguardada à época deste relatório.

Muitos países estão em envidando esforços para alcançar as capacidades mínimas para efetivamente gerenciar os riscos para a saúde pública associados às emergências. As intervenções para desenvolver capacidades nacionais e subnacionais abrangem o estabelecimento e capacitação de equipes de respostas da saúde sobre riscos e doenças emergentes, a integração do gerenciamento do risco de emergências e desastres com a programação e planejamento do setor de saúde e o desenvolvimento da capacidade local das redes de saúde para a coordenação e administração de emergências de saúde, entre outras.

5.3.2	Número de países e territórios que estão implementando intervenções para a redução dos riscos de desastres em instalações de saúde	11	35	Em curso (21 alcançaram + 4 em curso)
-------	--	----	----	--

Vinte e um países e territórios já alcançaram pelo menos quatro das seis metas incluídas no *plano de ação para hospitais seguros*: BON, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUW, DMA, DOM, GUY, HND, JAM, KNA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, USA, VCT.

Outros quatro estão com trabalhos em curso para alcançá-lo: ARG, GTM, SXM, TCA.

A confirmação da avaliação final de oito países estava sendo aguardada à época deste relatório.

A redução dos riscos de desastres continuou a ser uma prioridade estratégica para a OPAS e os Estados Membros durante o biênio, e muitos países e territórios avançaram na implementação de intervenções para reduzir os riscos de desastres para as instalações de saúde. Trinta e cinco países e territórios estão aplicando o Índice de Segurança Hospitalar (ISH), e muitos estão implementando medidas de melhoria com base nas recomendações de avaliações (Anguilla, Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Ilhas Cayman, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai, Venezuela).

Dez países adaptaram o aplicativo virtual desenvolvido pela OPAS para monitorar o progresso no ISH, ou desenvolveram suas próprias plataformas de monitoramento (Barbados, Colômbia, Dominica, Equador, Granada, Guatemala, Jamaica, Peru, República Dominicana, Suriname).

Enquanto fizeram esforços para fortalecer e, às vezes, redinamizar programas e políticas para hospitais seguros, vários países do Caribe passaram a avançar rumo à integração de normas e medidas de mitigação para a segurança e resiliência à mudança climática no âmbito da Iniciativa hospitais inteligentes.

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
5.3.1	Grupos orgânicos de saúde nacionais reformados de acordo com a Agenda Transformadora do Comitê Interinstitucional Permanente	Número de países e territórios com um mecanismo de coordenação de emergências de saúde que satisfaz os requisitos mínimos para um desempenho satisfatório	5	11	Superado (12 alcançaram + 6 alcançaram parcialmente)
<p>Doze países e territórios alcançaram o indicador: BRB, CAN, CHL, COL, CUW, DOM, GTM, JAM, KNA, MEX, PER, USA.</p> <p>Outros seis países e territórios o alcançaram parcialmente: ARG, GUY, MSR, SLV, STA, TTO.</p> <p>A confirmação da avaliação final de dois países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Todos os países previstos na meta implementaram ações para fortalecer os mecanismos nacionais e subnacionais de coordenação de emergências de saúde. Os países que alcançaram esse indicador satisfizeram os requisitos mínimos para o desempenho satisfatório no que se refere à coordenação de emergências de saúde e ajuda humanitária.</p> <p>Alguns atividades/avanços específicos durante o biênio valem a pena ser observados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dez países (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México, Paraguai, e Peru) desenvolveram ou reforçaram suas equipes nacionais de resposta a desastres de saúde com o apoio da OPAS. A Guatemala organizou sua primeira oficina nacional para equipes de resposta rápida e, em coordenação com a unidade de gestão de riscos do Ministério da Saúde, concluiu a formulação de planos de risco. Isso permitirá ao país mobilizar profissionais nacionais dentro do seu próprio território e oferecer uma assistência melhor aos países vizinhos em caso de emergência. • Vários países também desenvolveram capacidades no nível subnacional por meio da capacitação de equipes de resposta locais e da descentralização das capacidades de gestão de emergências (Colômbia, Guatemala, Peru). • A República Dominicana conseguiu estreitar a coordenação e o envolvimento entre o Ministério da Saúde, o Ministério das Relações Exteriores e a Comissão Nacional de Emergência e atualizou o plano nacional para emergências e desastres, inclusive o capítulo sobre ajuda humanitária, de modo a introduzir considerações sobre a saúde. A representação da OPAS na República Dominicana também contribuiu para uma avaliação do componente da saúde do sistema de emergência e segurança civil (o número de telefone "911") e fez recomendações sobre as áreas prioritárias para melhoria. • A Guatemala avançou na consolidação do grupo orgânico de saúde ao mobilizar agentes nacionais, o sistema das Nações Unidas e organizações não governamentais para participarem. Um exercício de simulação foi realizado com o grupo orgânico. • A representação da OPAS na Argentina estabeleceu uma nova área de cooperação com a Comissão de Capacetes Brancos dos Ministérios das Relações Exteriores para a estratégia das Equipes Médicas Estrangeiras nas Américas. • Um manual para as Equipes de Assistência Médica do Caribe (CariMAT) foi redigido, contendo normas para as intervenções de saúde pública com considerações culturais e de gênero. • Os países andinos desenvolveram um mecanismo/guia para a ajuda mútua no caso de desastres. • O Centro de Coordenação para a Prevenção dos Desastres Naturais na América Central (CEPRENAC) criou 					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
<p>uma força-tarefa de saúde de emergência para a América Central com o apoio da OPAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mudanças em alguns cargos administrativos dentro dos ministérios da saúde, bem nas funções e tarefas de funcionários-chave, afetaram o progresso, sobretudo em alguns países centro-americanos. 					
5.3.2	A saúde estabelecida como um componente central das estruturas multissetoriais mundiais para o gerenciamento de riscos de emergências e desastres; capacidades nacionais fortalecidas para o gerenciamento do risco de emergências e desastres relacionados a todos os perigos para a saúde	Número de países e territórios que estão fazendo uma avaliação da capacidade para o gerenciamento dos riscos de emergências para a saúde	1	13	Superado (23 alcançaram + 3 alcançaram parcialmente)
<p>Vinte e três países e territórios alcançaram o indicador: BHS, BLZ, BOL, BMU, CHL, COL, CRI, DMA, DOM, ECU, GLP, GRD, GUF, HND, JAM, KNA, LCA, MTQ, PER, SLV, SUR, VCT, VGB.</p> <p>Outros três países e territórios o alcançaram parcialmente: BRB, GUY, STA.</p> <p>A confirmação da avaliação final de quatro países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Esses países concluíram uma pesquisa mundial sobre as capacidades nacionais para o gerenciamento de riscos de emergências e desastres para a saúde, lançada em 2015, ou um instrumento de avaliação semelhante validado pela OPAS.</p> <p>Independentemente da aplicação das ferramentas de avaliação, a maioria dos países implementou ações para fortalecer suas capacidades para o gerenciamento de emergências e riscos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Muitos países (Argentina, Bahamas, Bermudas, Bolívia, Chile, Colômbia, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Peru, República Dominicana) elaboraram planos setoriais e interinstitucionais de contingência e/ou de resposta para enfrentar desastres com potencial de impacto sobre a saúde pública. Entre os exemplos, destacam-se o El Niño e eventos relacionados (secas e inundações), crises migratórias (Haiti e República Dominicana), assim como surtos emergentes ou em potencial (DVE, chinkungunya, dengue, Zika). O Haiti fortaleceu a integração do setor de saúde dentro do sistema de gerenciamento de desastres administrado pelo órgão de defesa civil em três dos departamentos mais vulneráveis, e melhorou as capacidades locais para a coordenação e gerenciamento de emergências de saúde por essas três diretorias de saúde departamentais. Atualmente, é grande interesse do do Ministério de Saúde Pública e População em estender essa estratégia ao nível nacional. De modo semelhante, o Haiti e a República Dominicana avançaram ao desenvolver cooperação binacional para o gerenciamento de emergências de saúde, começando com o estabelecimento de estruturas paralelas de gerenciamento de emergências e protocolos de resposta conjuntos nas províncias fronteiriças. Exercícios de capacitação e simulação foram organizados para desenvolver e testar as capacidades de gerenciamento de emergências, inclusive com um treinamento para o gerenciamento de mortos e feridos em massa e exercício de simulação organizado nas Bermudas e facilitado pela OPAS. 					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
5.3.3	Mecanismos implementados para assegurar a preparação para implementar plenamente a Estrutura de Resposta a Emergências da OMS (ERE) e a Resposta Institucional da OPAS a Emergências e Desastres	Número de Representações da OPAS/OMS que estão cumprindo plenamente a lista de verificação de preparação da OMS	Dados não medidos atualmente	13	Superado (16 alcançaram + 3 alcançaram parcialmente)
<p>Dezesseis Representações da OPAS/OMS alcançaram o indicador: ARG, BRA, BOL, BRB, COL, CUB, DOM, ECU, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PER, SLV, SUR.</p> <p>As Representações da OPAS/OMS em outros três países o alcançaram parcialmente: CHL, HTI, VEN.</p> <p>Ao todo, 19 Representações da OPAS/OMS foram avaliadas para este indicador, 16 das quais cumpriram pelo menos quatro elementos da lista de verificação de preparação da OMS. Embora somente 19 representações houvessem sido avaliadas, todas elas tomaram medidas para fortalecer sua preparação e capacidade para enfrentar emergências e desastres durante o biênio 2014-2015.</p> <p>A disponibilidade tardia da lista da OMS criou um desafio em termos do pleno alcance, pois, por muito tempo, as representações nos países não sabiam os critérios exatos que precisavam cumprir. Contudo, muitas desenvolveram e/ou reviram seus planos de continuidade das atividades e/ou planos de resposta a emergências durante o biênio. Continua a ser um desafio manter esses planos atualizados.</p> <p>Com o objetivo de fortalecer ainda mais a preparação e a capacidade para o gerenciamento de emergências da Organização, a OPAS lançou um curso de aprendizagem online sobre a Resposta Institucional a Emergências e Desastres (RIED). O curso apresenta aos participantes as estruturas existentes para o gerenciamento de emergências e desastres (OPAS, OMS, Nações Unidas) e cobre os procedimentos de gerenciamento de respostas da OPAS e as boas práticas dentro da estrutura institucional do RIED. Está atualmente disponível para todo o pessoal, em inglês, no Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS, e a versão em espanhol deverá ser lançada no início de 2016.</p> <p>A capacidade regional para sobrecargas também foi fortalecida por meio da organização de suas sessões de formação regionais. Uma, sobre a resposta aos desastres de saúde e respectiva coordenação, contou com 32 participantes de 23 países, inclusive pontos focais da OPAS para desastres, funcionários de ministérios da saúde e membros de organismos parceiros. À outra, sobre a política RIED da OPAS, compareceram 38 administradores da OPAS e pontos focais para desastres de 26 países. Durante essas sessões, os procedimentos e as normas de desempenho da de ERE e RIED foram discutidos. El Salvador, Equador, Guatemala e Jamaica também capacitaram pessoal da representação da OPAS sobre os planos de continuidade das atividades e a RIED.</p>					
5.3.4	Formulação, implementação e notificação de uma estratégia e planejamento do setor de saúde, em todos os países-alvo com emergências prolongadas, por uma rede dentro do	Porcentagem dos países com emergência prolongada que cumprem as normas de desempenho da OPAS	Dados não medidos atualmente	70%	Superado (100%)

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
	país formada por pessoal de emergência da OPAS qualificado e capacitado				
<p>100% dos países com emergência prolongada cumprem as normas de desempenho da OPAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ao longo do biênio, a OPAS continuou a apoiar as operações de resposta e recuperação nos dois países com emergências prolongadas, Colômbia e Haiti, e cumpriu as normas de desempenho em ambos os países. Em cada um desses países, a OPAS apoiou o Ministério da Saúde na liderança do grupo orgânico de saúde/grupo setorial e liderou o desenvolvimento do componente de saúde das Análises, Avaliações e Planos de Resposta Humanitária, em coordenação com o Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA) e a Equipe Humanitária do País. Destacam-se, no caso da Colômbia, o Plano de Resposta Estratégica 2014, o Resumo das Necessidades Humanitárias 2015 e o Plano de Resposta Estratégica 2015 dentro da estrutura do grupo orgânico de saúde; já no caso do Haiti, o Resumo das Necessidades Humanitárias 2015, o Apelo Transitório 2014-2015, a Solicitação Urgente de Financiamento Humanitário 2015 e o Plano de Resposta Estratégica 2016. Durante 2014-2015, a Organização mobilizou mais de \$4,4 milhões para a resposta ao cólera e mais de \$2,8 milhões para a redução dos riscos de desastres no Haiti, além de \$1,5 milhão para ajudar as pessoas deslocadas internamente na Colômbia. No Haiti, a OPAS apoiou a implementação do Plano Nacional para a Eliminação do Cólera e fortaleceu a liderança e capacidades operacionais do Ministério da Saúde para coordenar e participar da resposta a alertas e surtos do cólera. Durante o biênio, o Ministério de Saúde Pública e População (MSPP) criou suas próprias equipes departamentais de resposta rápida (<i>équipes mobiles d'intervention rapide</i>) e reforçou sua integração dentro do sistema de resposta. O MSPP também criou sua própria unidade de coordenação do cólera e estabeleceu uma rede de coordenadores departamentais do cólera diretamente apoiados pela OPAS. A investigação e gestão dos dados pela Diretoria de Epidemiologia e a administração de estoques provisões também foram melhoradas, embora o progresso ainda seja frágil. Na Colômbia, a OPAS redinamizou o mecanismo do grupo orgânico de saúde, coconduzido com a Cruz Vermelha Colombiana. Em coordenação com o Ministério da Saúde, as organizações também apoiaram o trabalho intersectorial com outros membros da Equipe Humanitária Nacional e as equipes humanitárias locais. A OPAS apoiou continuamente a prestação assistência de saúde humanitária por agentes governamentais e agentes não estatais por meio de uma presença permanente em campo e a abertura de espaço humanitário nas áreas controladas por grupos armados e guerrilhas. 					
5.3.5	Implementação do plano de ação para hospitais Seguros, de acordo com as prioridades e necessidades nacionais específicas	Número de países e territórios com um programa de hospitais seguros para assegurar a continuidade dos serviços de saúde para a população necessitada	16	25	Superado (21 alcançaram + 8 alcançaram parcialmente)
<p>Vinte e um países e territórios alcançaram o indicador: BHS, BON, BRB, CHL, COL, CYM, DMA, DOM, GLP, GTM, GUF, HND, KNA, MEX, MTQ, PER, PRY, SUR, USA, VEN, VGB.</p> <p>Outros oito países e territórios o alcançaram parcialmente: ABW, BOL, BRA, CRI, CUW, PAN, SLV, SXM.</p> <p>A confirmação da avaliação final de seis países estava sendo aguardada à época deste relatório.</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
	<p>Os 16 países na linha de base e os nove países previstos na meta implementaram ações durante o biênio rumo ao estabelecimento de um programa de hospitais seguros. Entretanto, nem todos os países avançaram no mesmo ritmo. Dois países na linha de base, Bolívia e Venezuela, experimentaram contratemplos na implementação do <i>Plano de ação para hospitais seguros</i>.</p> <p>Durante os últimos cinco anos, os países da Região envidaram esforços imensos para executar o <i>plano de ação para hospitais seguros</i> (resolução CD50.R15), que chegou ao fim em dezembro de 2015. Numerosas atividades foram executadas no âmbito desse plano durante o biênio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O Índice de Segurança Hospitalar foi adaptado para pequenos e médios hospitais, e um aplicativo do ISH foi desenvolvido para dispositivos móveis. A base de dados on-line sobre a segurança dos hospitais foi revisada e atualizada. • Foram revisadas as normas para a construção de instalações de saúde em El Salvador. • As diretrizes para os projetos e a construção das instalações de saúde na República Dominicana foram elaboradas e publicadas, abrangendo quatro produtos: diretrizes para o projeto arquitetônico; diretrizes sobre acabamentos arquitetônicos; diretrizes para o projeto e construção estrutural/não estrutural; e um manual para o projeto e construção estrutural/não estrutural. • Oito países (Barbados, Colômbia, Dominica, Equador, Granada, Jamaica, Peru, e Suriname) adotaram o aplicativo virtual do ISH desenvolvido pela OPAS para monitorar e avaliar a implementação dos seus programas de hospitais seguros. Outros criaram seu próprio instrumento de gestão (República Dominicana) ou integraram os dados sobre o aplicativo do ISH dentro de uma plataforma existente de monitoramento dos serviços de saúde (Guatemala). • ISH foi aplicado novamente em instalações em Granada (2), Jamaica (3), Santa Lúcia (1) e Suriname (2) e aplicado pela primeira vez em na Guatemala (42), Guiana (2), Honduras (17) e Ilhas Virgens Britânicas (9). El Salvador também continuou a trabalhar para cumprir os compromissos relacionados com a avaliação das instalações de saúde. • Sessões de formação em campo no sobre o ISH foram organizadas em Granada, Guiana, Santa Lúcia, Jamaica e Suriname para fortalecer a rede de avaliadores da segurança dos hospitais. Em alguns países, essa atividade constituiu um local para cursos de reciclagem. • Oito países (Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, Panamá, Santa Lúcia e Suriname) criaram comitês, formularam planos de ação e políticas nacionais, e implementaram planos para a melhoria da segurança. • Chile, Colômbia, Equador e Peru continuaram a implementar ações para a segurança dos hospitais, como os treinamentos, avaliações de hospitais e melhorias da segurança. • Antígua e Barbuda elaborou uma política para a segurança dos hospitais com a participação de um engenheiro de setor privado. • A Colômbia desenvolveu um curso sobre hospitais seguros no nível de diploma (um nível intermediário entre um certificado e uma graduação), bem como um aplicativo para o monitoramento da implementação da estratégia para a segurança dos hospitais no país. • Entre as sessões de formação, destacam-se um curso de isolamento de bases na Jamaica (16 participantes), um curso de segurança predial nas Ilhas Virgens Britânicas (20 participantes) e oficinas sobre o ISH no Panamá para o órgão de previdência social. 				

<p>Área programática 5.4: Inocuidade dos alimentos</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Todos os países têm a capacidade para mitigar os riscos para a inocuidade dos alimentos e responder a surtos</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/1 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 1/4 alcançado, 3/4 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumriu as expectativas</p>
--	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
5.4.1	Número de países e territórios que contam com mecanismos adequados para prevenir ou mitigar os riscos para a inocuidade dos alimentos e responder a surtos, inclusive entre as populações marginalizadas	4	20	Em curso (9 alcançaram + 11 em curso)
<p>Nove países alcançaram o indicador: CAN, CHL, COL, CUW, MEX, PAN, STA, USA, VEN.</p> <p>Outros 11 países e territórios estão avançando, com boas possibilidades de alcançar o indicador durante o biênio 2016-2017: ABW, ARG, BON, CRI, DOM, GUY, HND, PER, PRY, SLV, TTO.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Será dada ênfase ao desenvolvimento de estudos nacionais sobre a carga das doenças transmitidas por alimentos como um passo rumo à mitigação do risco dos riscos alimentares mais importantes.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
5.4.1	Países aptos a implementar as diretrizes e as recomendações da Comissão do Codex Alimentarius	Número de países e territórios que adotaram as normas e recomendações internacionais para promover sua implementação	13	21	Parcialmente alcançado (16 alcançaram + 5 alcançaram parcialmente)
<p>Dezesseis países e territórios alcançaram o indicador: ABW, BON, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, DOM, GTM, HND, PAN, PRY, SLV, STA, SXM, USA.</p> <p>Outros cinco países e territórios o alcançaram parcialmente: CUW, GUY, KNA, PER, VEN.</p> <p>Aruba organizou oficinas para fortalecer a capacidade das autoridades competentes. A Colômbia incorporou uma boa política de inocuidade dos alimentos. A República Dominicana revisou sua legislação de modo a adotar as</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
<p>diretrizes da Comissão do Codex Alimentarius. Honduras, Paraguai e Peru foram muito proativos na promoção das suas normas relacionadas com o Codex Alimentarius.</p> <p>A OPAS trabalhou em conjunto com os países e com o Comitê Coordenador do Codex da FAO/OMS para a América Latina e Caribe (CCLAC) para obter uma participação mais efetiva no Codex Alimentarius. Além disso, foi prestada cooperação técnica visando à adoção dos textos do Codex Alimentarius na legislação e políticas nacionais.</p>					
5.4.2	Mecanismos de colaboração multissetorial implementados para reduzir os riscos para a saúde pública presentes nos alimentos, inclusive os decorrentes da interação entre seres humanos e animais	Número de países e territórios com um mecanismo de colaboração multissetorial para a redução dos riscos para a saúde pública presentes nos alimentos, inclusive entre as populações marginalizadas	6	10	Superado (11 alcançaram + 11 alcançaram parcialmente)
<p>Onze países e territórios alcançaram o indicador: ARG, CAN, COL, CUW, JAM, PAN, PRY, STA, SXM, USA, VEN.</p> <p>Além disso, 11 países e territórios o alcançaram parcialmente: ABW, BON, CHL, DOM, ECU, GUY, KNA, PER, SLV, TCA, TTO.</p> <p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A Colômbia tem uma política nacional para a inocuidade dos alimentos que oferece as condições perfeitas para uma boa colaboração entre a saúde e a agricultura. A Costa Rica está implementando as capacidades do RSI para a inocuidade dos alimentos e as doenças zoonóticas, criando as condições para a colaboração multissetorial. A Jamaica criou uma comissão para trabalhar na vigilância integrada da resistência aos antimicrobianos, fortalecendo a cooperação entre o Ministério da Agricultura e o Ministério da Saúde. Assim, a OPAS desempenhou uma função importante ao facilitar a interação entre os Pontos Focais Nacionais do RSI e os pontos de contato de emergência da Rede Internacional de Autoridades de Inocuidade dos Alimentos (INFOSAN) por meio da implementação da Estratégia Regional da INFOSAN. Além disso, em colaboração com o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura e a Organização para a Agricultura e Alimentação das Nações Unidas (FAO), foi prestada cooperação técnica para fortalecer a colaboração multissetorial a fim de reduzir os riscos para a inocuidade dos alimentos que afetam a saúde pública.</p>					
5.4.3	Países aptos a estabelecer estruturas normativas baseadas no risco para prevenir, vigiar, avaliar e controlar doenças zoonóticas e transmitidas por alimentos e riscos ao longo de toda a cadeia alimentar	Número de países e territórios com políticas e estruturas regulatórias e institucionais baseadas no risco para seus sistemas de inocuidade dos alimentos	5	16	Parcialmente alcançado (12 alcançaram + 12 alcançaram parcialmente)
<p>Doze países e territórios alcançaram o indicador: BRA, CAN, CHL, COL, CUB, JAM, NIC, PAN, PRY, SXM, USA, VEN.</p> <p>Além disso, 12 países e territórios o alcançaram parcialmente: ABW, ARG, BON, CRI, CUW, DOM, GUY, KNA, PER, SLV, SUR, TTO.</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
<p>A confirmação da avaliação final de um país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>A OPAS trabalhou para fortalecer as capacidades nacionais para gerenciar os riscos para a inocuidade dos alimentos ao formar capacidades na análise de riscos para o Caribe, fazer a análise regional da carga de doenças, apoiar as autoridades nacionais na adaptação e adoção de diretrizes como os estudos sobre a dieta total e melhorar os serviços de inspeção de riscos e a capacidade laboratorial rumo à aplicação de sistemas de genoma inteiro.</p>					
5.4.4	Implementação do Programa Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA)	Número de países e territórios que estão implementando programas de prevenção, controle e eliminação da febre aftosa em conformidade com o cronograma e resultados esperados estabelecidos no Programa Hemisférico para a Erradicação do PHEFA 2011-2020	1	9	Parcialmente alcançado (8 alcançaram)
<p>Oito países alcançaram o indicador: ARG, BOL, BRA, COL, ECU, PER, PRY, VEN. Além disso, a confirmação da avaliação final de outro país estava sendo aguardada à época deste relatório.</p> <p>Foi prestada cooperação técnica direta a países-chave (Bolívia, Brasil, Equador, Paraguai, Suriname, Venezuela) para reforçar os programas nacionais de erradicação da febre aftosa para alcançar a condição de livre da febre aftosa reconhecida pela Organização Mundial de Saúde Animal (OIE). No caso do Suriname, a cooperação técnica ajudou a assentar as bases do sistema de vigilância das informações como um passo rumo à preparação de um dossiê para o reconhecimento da condição de livre da febre aftosa pela OIE. O PANAFTOSA continua a prestar cooperação técnica à Venezuela na gestão de programas contra febre aftosa, estratégias de campo e laboratoriais, e capacitação em técnicas laboratoriais. Uma pesquisa para avaliar a imunidade à febre aftosa no nível do rebanho está sendo feita pela Venezuela com o apoio do PANAFTOSA. A cooperação técnica também tem sido prestada ao Paraguai, o país que informou a última ocorrência da febre aftosa na Região. O pessoal veterinário do SENACSA foi capacitado em vigilância e resposta rápida a emergências relacionadas à febre aftosa; todos os veterinários das 20 Comissões de Saúde Animal do Paraguai, que implementam o programa de vacinação contra a febre aftosa, receberam formação sobre os procedimentos de vacinação e oito veterinários do laboratório do SENACSA e sua fazenda experimental foram capacitados em administração e implementação dos sistemas de controle de qualidade das vacinas contra a febre aftosa, segundo as normas internacionais. Foi prestada cooperação técnica à Agrocalidad (Equador), para projetar e executar uma pesquisa sobre a imunidade da população outra sobre a circulação do vírus da febre aftosa para 2015. Além disso, o PANAFTOSA oferece, ao Equador, assistência na elaboração do plano quinquenal para controle/erradicação da febre aftosa (2016–2020). O PANAFTOSA também fornece sua perícia ao grupo de trabalho criado pelo Ministério da Agricultura do Brasil para atualizar o programa nacional de erradicação daquele país, que apresentará suas recomendações durante o primeiro semestre de 2016.</p>					

<p>Área programática 5.5: Resposta a surtos e crises</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Todos os países respondem de forma adequada às ameaças e emergências que têm consequências para a saúde pública</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/1 alcançado Avaliação dos indicadores dos RIM: 1/1 alcançado</p>	<p>Classificação: Cumpriu as expectativas</p>
---	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
5.5.1	Porcentagem dos países e territórios que tenham demonstrado uma resposta adequada a uma situação de emergência provocada por qualquer tipo de risco, com uma avaliação coordenada inicial e um plano de resposta do setor da saúde no prazo de 72 horas após o início da emergência	N/A	100%	Alcançado (100%)
<p>Todos os países afetados demonstraram uma resposta adequada a todos os riscos em todas as 10 emergências agudas experimentadas no biênio, com uma avaliação coordenada inicial e um plano de resposta do setor da saúde no prazo de 72 horas após o início da emergência.</p> <p>As 10 emergências agudas com impactos sanitários em potencial que ocorreram durante o biênio foram as seguintes: inundações no Paraguai (2014 e 2015), Bolívia (2014) e Chile (2015); as tormentas de Natal que impactaram Dominica, Santa Lúcia e São Vicente nos últimos dias de 2013; a crise de insegurança alimentar em Honduras e Guatemala (2014 e 2015); a tempestade tropical Erika em Dominica (2015); o Furacão Joaquin nas Bahamas (2015) e a crise da repatriação no Haiti e República Dominicana (2015). A todas essas emergências, a OPAS deu uma resposta adequada e em tempo hábil por meio da rápida mobilização e envio de especialistas em resposta aos locais para fazer avaliações iniciais dos danos/necessidades e formular planos de ação nas 72 horas no prazo de 72 horas após o início.</p> <p>A resposta a certas emergências fomentou a cooperação Sul–Sul direta entre os países na prestação de assistência humanitária de saúde. Isso foi ilustrado, por exemplo, pela colaboração direta entre os ministérios da saúde no Haiti e República Dominicana, facilitada pela OPAS, para doar e transportar medicamentos essenciais e provisões para resposta a fim de ajudar as Bahamas na sua resposta ao Furacão Joaquin.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
5.5.1	Implementação da Estrutura de Resposta a Emergências da OMS (ERE) em emergências agudas com consequências para a saúde pública	Porcentagem de emergências de grau 2 e grau 3 de qualquer tipo de risco com consequências para a saúde pública, inclusive qualquer ameaça epidêmica emergente, em	N/A	100%	Alcançado (100%)

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
		que a Estrutura de Resposta a Emergências da OMS (ERE) tenha sido plenamente implementada			
<p>Em 100% das emergências de grau 2 e grau 3 de qualquer tipo de risco com consequências para a saúde pública, inclusive qualquer ameaça epidêmica emergente, a Estrutura de Resposta a Emergências da OMS (ERE) foi plenamente implementada.</p> <p>Grau 3: Embora não tenha havido nenhuma emergência de grau 3 na Região das Américas durante o biênio, a RIED da OPAS foi ativada no nível/grau 3 durante o surto de Ebola para apoiar a resposta das Nações Unidas nos países afetados da África Ocidental, bem como para facilitar a cooperação técnica para a prontidão para responder nos Estados Membros. A Região também prestou apoio ao Nepal após o terremoto de grau 3 em 2015. As normas de desempenho da ERE pertinentes nesses contextos e emergências foram implementadas.</p> <p>Dez emergências ocorreram durante o biênio 2014-2015 que preencheram os critérios do grau 2 (consulte os detalhes no resultado intermediário 5.5.1). Considera-se que a ERE foi plenamente implementada em todas essas emergências. O apoio prestado para a resposta a esses eventos abrange os seguintes destaques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dominica, Santa Lúcia e São Vicente e Granadinas: foi prestado apoio para avaliações rápidas e coordenação. Mais de US\$ 1 milhão foram mobilizados para apoiar o controle de vetores, água e saneamento, e restauração do acesso aos serviços de saúde. A OPAS prestou apoio e liderança para garantir a inclusão dos princípios de “reconstruir melhor”, inclusive com a incorporação de acesso para deficientes em instalações na Dominica e Santa Lúcia. • Enchentes na Bolívia: foram fornecidos \$500.000 para a resposta a necessidades urgente em termos de saúde, água, saneamento e higiene. • Enchentes no Paraguai: foi prestado apoio para avaliações rápidas e coordenação. Mais de \$900.000 foram mobilizados do Fundo Central de Resposta a Emergências das Nações Unidas para apoiar a restauração do abastecimento de água potável e do saneamento e higiene adequados nos departamentos afetados pelas inundações de Assunção e Alto Paraguai, e para assegurar o acesso à atenção à saúde básica e a continuidade do tratamento, além da prevenção de surtos. • Crise de insegurança alimentar da Guatemala: foram mobilizados \$500.000 para o controle e tratamento da desnutrição aguda. • Crise de insegurança alimentar de Honduras: foram mobilizados \$600.000 para o controle e tratamento da desnutrição aguda. • Tempestade tropical Erika em Dominica: foram mobilizados cerca de \$800.000 para apoiar o controle de vetores, o abastecimento de água e saneamento, e a restauração do acesso aos serviços de saúde. • Furacão Joaquin nas Bahamas: foi prestado apoio para avaliações rápidas e coordenação, abastecimento de água, saneamento e higiene, controle de vetores e restauração dos serviços de saúde (\$120.000 do Orçamento Ordinário). • Crise da repatriação envolvendo o Haiti e a República Dominicana: foi prestado apoio para a elaboração de um plano de contingência segundo o qual o setor da saúde supriria as necessidades de saúde dos haitianos deportados da República Dominicana; para o posicionamento prévio de kits de saúde de emergência e suprimentos essenciais para a saúde e o cólera; e para a instalação de postos de saúde avançados próximos a pontos de cruzamento da fronteira. 					

Avaliação de Fim de Biênio de 2014-2015
Relatório da Categoria 6

CATEGORIA 6: SERVIÇOS INSTITUCIONAIS E FUNÇÕES FACILITADORAS				CLASSIFICAÇÃO GERAL DA AVALIAÇÃO DA CATEGORIA ²⁷ Cumpriu parcialmente as expectativas			
RESUMO DA CATEGORIA PROGRAMÁTICA E ORÇAMENTO							
Tabela 1. Resumo Programático e Orçamentário da Categoria 6							
Área programática	Orçamento aprovado (P&O 14-15) (milhões de US\$)	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos para o P&O (%)	Execução orçamentária em relação ao P&O (%)	Execução orçamentária em relação aos recursos concedidos (%)	Classificação dos indicadores dos resultados imediatos	Situação dos indicadores dos resultados intermediários
6.1 Liderança e governança	58,47	61,82	105,7	103,4	97,8	3/4 alcançados, 1/4 parcialmente alcançado (1 resultado imediato cancelado)	3/3 em curso
6.2 Transparência, prestação de contas e gestão de riscos	4,84	4,65	96,1	95,6	99,5	2/4 alcançados, 1/4 parcialmente alcançado, 1/4 não avaliado	1/1 em curso
6.3 Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios	49,54	25,87	52,2	51,2	98,1	1/3 alcançado, 2/3 parcialmente alcançados	2/2 em curso

²⁷ As classificações da avaliação da categoria como um todo e das áreas programáticas/dos resultados intermediários são determinadas, respectivamente pelos facilitadores das categorias e das áreas programáticas da OPAS, levando em consideração a execução programática e orçamentária, a análise dos recursos (humanos e financeiros) e os riscos operacionais e programáticos. As classificações são definidas do seguinte modo:

- **Cumpriu as expectativas** (verde): foram alcançados de 90% a 100% dos resultados para o período da avaliação. O progresso está no rumo certo, conforme planejado; não se preveem impedimentos nem riscos que afetem a obtenção dos resultados.
- **Cumpriu parcialmente as expectativas** (amarelo): foram alcançados de 75% a 89,9% dos resultados para o período da avaliação. O progresso talvez corra riscos e são necessárias medidas para superar atrasos, impedimentos e riscos.
- **Progresso insuficiente** (vermelho): foram alcançados menos de 75% dos resultados para o período da avaliação. O progresso corre riscos devido a impedimentos ou riscos que poderiam impedir a obtenção dos resultados. São necessárias medidas corretivas de imediato.

Área programática	Orçamento aprovado (P&O 14–15) (milhões de US\$)	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos para o P&O (%)	Execução orçamentária em relação ao P&O (%)	Execução orçamentária em relação aos recursos concedidos (%)	Classificação dos indicadores dos resultados imediatos	Situação dos indicadores dos resultados intermediários
6.4 Gestão e administração	77,43	92,93	120,0	115,1	95,9	2/4 alcançados, 2/4 parcialmente alcançados	1/1 em curso
6.5 Comunicação estratégica	13,07	11,40	87,2	87,6	100,4	2/2 alcançados	1/1 em curso
TOTAL	203,36	196,67	96,7	93,9	97,1	9/17 alcançados, 8/17 parcialmente alcançados	8/8 em curso

Nota:

* Inclui \$10 milhões para o PMIS.

Tabela 2. Categoria 6, Resumo do Orçamento por Nível Funcional

Nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por nível (%)	Gasto total (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
Nacional	68,67	34,92	66,50	96,8
Internacional	34,59	17,59	33,63	97,2
Sub-regional	11,51	5,85	11,25	97,8
Regional	81,90	41,64	79,65	97,3
TOTAL	196,67	100,00	191,03	97,1

ANÁLISE PROGRAMÁTICA DA CATEGORIA

Resumo da avaliação da categoria como um todo

Avanços constantes foram alcançados na Categoria 6 durante o biênio para manter um contexto propício que permitisse à Organização implementar, com eficiência e transparência, a cooperação técnica e ter um impacto positivo quantificável nos países. Na área da liderança, a OPAS posicionou-se estrategicamente nos níveis regional e mundial e assentou as bases para uma resposta política e técnica eficaz à Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e seus ODS. A OPAS também fortaleceu sua resposta institucional às emergências, desastres e surtos em grande escala cada vez mais prevalentes com consequências humanitárias e para a saúde.

A Organização fortaleceu seu compromisso com o Foco nos Países, criando uma nova estrutura para a cooperação entre os países para o desenvolvimento da saúde, e atualizou uma estratégia para os oito países-chave na Região. Foram elaborados planos e foram identificados recursos para reforçar a cooperação técnica sub-regional na América Central e América do Sul, modelada na estrutura sub-regional já implementada no Caribe. A ampliação das

representações nas sub-regiões da América Central e da América do Sul ajudará ainda mais a colaboração da OPAS com os mecanismos sub-regionais e assegurará que as prioridades nessas sub-regiões sejam tratadas de forma estratégica. Continuaram as parcerias para liderança na saúde com as Equipes Nacionais das Nações Unidas, enquanto os mecanismos de coordenação foram fortalecidos nos países com os ministérios da saúde.

A Organização continua participando ativamente no processo de reforma da Organização Mundial da Saúde (OMS) e está no rumo certo na implementação ou adaptação das reformas para alinhar-se com a OMS em várias áreas fundamentais, como planejamento estratégico, orçamento, financiamento, gestão de recursos humanos, gerenciamento de riscos, gestão de projetos, Órgãos Diretores e Foco nos Países. Os Estados Membros da OPAS estão ativamente envolvidos em esforços de reforma para harmonizar as práticas de governança e procedimentos e a estabelecer uma estrutura para o envolvimento com os agentes não estatais e, ao mesmo tempo, proteger a Organização contra conflitos de interesses.

A gestão baseada em resultados (GBR) continua a ser a pedra angular do planejamento, orçamento e gestão e monitoramento dos programas em toda a Organização. O novo Plano Estratégico 2014-2019 e o Programa e Orçamento 2016-2017, estreitamente alinhados com o 12º Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019, foram construídos usando um enfoque de baixo para cima que envolveu os homólogos nacionais para identificar as prioridades programáticas. As Representações da OPAS/OMS (PWR) prestaram apoio e orientação aos países, e as Redes Regionais de Categorias e Áreas Programáticas da RSPA consolidaram os insumos dos países para formular o Programa e Orçamento 2016-2017 aprovado. O novo Sistema de Monitoramento de Planos Estratégicos (SMPE) foi desenvolvido com os Estados Membros de modo a envolver os países no primeiro processo conjunto de medição e notificação com a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) sobre o progresso rumo à obtenção dos resultados intermediários do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e os resultados imediatos do Programa e Orçamento 2014-2015.

A Região conseguiu captar recursos adicionais e reverter uma tendência decrescente do financiamento externo durante o biênio. Para intensificar os esforços nessa área, uma nova Estratégia de Mobilização de Recursos foi adotada. Seus objetivos são assegurar que a Organização possa financiar plenamente seu Programa e Orçamento, preencher lacunas nos programas com recursos insuficientes e responder às prioridades emergentes.

A Região adotou e configurou o novo Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS), usando um software de ERP, durante o biênio para substituir seus sistemas preexistentes, obsoletos e desconectados de tecnologia da informação (TI), recursos humanos, planejamento, orçamento, compras e finanças. A Fase I do PMIS, que se concentrou nos recursos humanos, entrou em estágio de produção em 2014. A Fase II, abrangendo todas as demais áreas, foi plenamente desenvolvida durante 2015 e estava pronto para entrar em produção em 2016. O projeto do PMIS foi concluído dentro do prazo e orçamento.

Um sistema de Gestão de Riscos Corporativos (ERM) foi lançado durante o biênio; entre outras coisas, identificará os riscos institucionais a serem regularmente monitorados pela Direção Executiva da RSPA. Além disso, uma ferramenta simplificada do registro de riscos a ser usada por todos as repartições da OPAS foi mobilizada durante 2014-2015 para captar os riscos e definir os planos de mitigação a serem postos em prática em 2016-2017.

Para cortar custos e obter eficiências operacionais, a RSPA firmou Acordos de Nível de Serviço com Indicadores de Desempenho Importantes nas áreas da Gestão de Recursos Financeiros, Gestão de Recursos Humanos, Serviços de Tecnologia da Informação, Compras e Serviços de Provisão, e Operações de Serviços Gerais. Entre os resultados positivos, destacam-se a redução do prazo entre o recebimento de uma autorização de compra e a expedição de uma ordem de compra pelo Departamento de Compras; a redução do tempo de resposta de que o Departamento de

TI necessitava para resolver solicitações de serviço; um aumento do número de transações de recursos humanos que ocorriam pela primeira vez e foram processados sem erro e uma diminuição dos custos com serviços básicos e outros custos operacionais em 2% a 3% durante o biênio. Este último resultado foi alcançado por meio de consolidações de escritórios, materiais de construção melhores e mais eficientes, e programação mais cuidadosa do uso de serviços básicos.

A RSPA também continuou a empregar tecnologias inovadoras e plataformas de comunicação para facilitar sua cooperação técnica de maneira eficaz e eficiente. Destacam-se o uso de conferências virtuais, reduzindo a necessidade de imprimir material para reuniões, assim como o aumento da distribuição de materiais pelo website. A comunicação digital e o envolvimento dos usuários foram ampliados por meio de uso de redes e mídias sociais, como Facebook, Flickr, Twitter e YouTube, e o uso de novas tecnologias foi otimizado. O contato com os meios de comunicação também foi melhorado por meio de mensagens direcionadas e respostas diretas a consultas da imprensa. Os esforços consolidados tanto no contato com os meios de comunicação como no desenvolvimento para visitação do site na Internet ajudaram a melhorar o posicionamento e elevar a classificação da Organização dentro da comunidade internacional.

Resumo programático por área do programa

6.1 Liderança e governança

Esta área programática abrange funções e intervenções fundamentais para fortalecer as funções de liderança e gestão exercidas pela OPAS na Região, permitindo que os numerosos agentes desempenhem uma função ativa e eficaz na promoção da saúde e desenvolvimento.

Avanços

- Ao longo do biênio, a RSPA defendeu a implementação do Plano Estratégico da OPAS com seus homólogos nacionais e com os principais interessados diretos no sistema das Nações Unidas, organismos interamericanos e mecanismos de integração, como a ALBA (Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América), o COMISCA (Conselho de Ministros da Saúde da América Central e República Dominicana), a CARICOM (Comunidade do Caribe), o MERCOSUL (Mercado Comum do Cone Sul) e a UNASUL (União de Nações Sul-Americanas). Esse envolvimento promoveu enfoques para a saúde, universalização da saúde, serviços de atenção primária integrados, desenvolvimento sustentável e equidade, acesso a medicamentos e preparação para situações de emergência e resposta, enfoques esses que alcançavam todo o governo.
- O envolvimento dos países foi reforçada por meio do aumento da promoção da política Foco nos Países, e a estratégia de países-chave da OPAS foi atualizada de modo a apoiar a cooperação técnica direcionada na Bolívia, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Suriname.
- Uma nova estrutura para um enfoque mais estratégico para a cooperação técnica foi definida na estratégia Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde (CCHD). Além disso, os países se envolveram em mecanismos ativos de coordenação nacional de múltiplos parceiros para facilitar a cooperação eficaz para o desenvolvimento em assuntos relacionados com a saúde durante o biênio.
- Foram alcançados avanços na formulação de Estratégias de Cooperação nos Países (ECPs) para países e territórios da América Central, América do Sul e Caribe. Foram concluídas ECPs para o México, Nicarágua e Panamá. Outras foram iniciadas e devem ser concluídas durante 2016, como as de Belize, Brasil, El Salvador, Guiana, Haiti, Honduras, Paraguai, Sint Maarten (holandês) e Trinidad e Tobago, e a estratégia multinacional com os Territórios Ultramarinos do Reino Unido no Caribe (Anguilla, Bermudas, Ilhas Cayman, Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat e Turks e Caicos).

- Foram desenvolvidos quatro instrumentos para ajudar no lançamento do Guia para a Formulação da Estratégia de Cooperação nos Países da OMS (2014): *a)* uma ferramenta para mapear as implicações da ECP; *b)* uma matriz para vincular a agenda estratégica da ECP ao Plano Estratégico da OPAS 2014-2019; *c)* critérios para a participação de entidades técnicas nas missões da ECP; e *d)* um formato para a documentação das boas práticas.
- As 27 Representações da OPAS/OMS preencheram a pesquisa sobre a presença da OMS no país e contribuíram para a renovação da Estratégia de Foco nos Países da OMS ancorada na reforma da OMS.
- Foi redefinida a estrutura para a cooperação técnica sub-regional no intuito de fortalecer o posicionamento político, estratégico e técnico da Organização e assegurar que saúde esteja no centro da agenda para os processos de integração em toda a Região. Um memorando de entendimento foi renovado com o MERCOSUL para fortalecer a cooperação técnica na sub-região sul-americana. Além disso, foram avaliadas a Fase III da Cooperação para a Saúde no Caribe e a Estratégia de Cooperação Sub-regional da OPAS, e começou o trabalho nas estratégias que vão sucedê-las. A OPAS também manteve sua associação e apoio à Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA) nos seus esforços para abordar programas de saúde prioritários no Caribe, e com o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) para abordar doenças não transmissíveis (DNTs) essenciais e fatores de risco nos países centro-americanos.

Desafios

- A falta de uniformidade na elaboração e atualização das ECPs após a sua expiração impede seu uso como a estrutura estratégica de médio prazo da OPAS/OMS para dar uma resposta eficaz às prioridades de saúde nacionais.
- A aplicabilidade e uso do mecanismo de coordenação nacional de múltiplos parceiros variam segundo o contexto nacional e a presença de organismos de desenvolvimento e assistência nos países e territórios.
- Os esforços para aumentar a mobilização de recursos de agentes não estatais nas Américas atualmente estão restritos pelos esforços em curso para finalizar a estrutura da OMS para o envolvimento com agentes não estatais no contexto da reforma da governança da OMS. Além disso, uma vez aprovada, a estrutura da OMS precisará ser ratificada separadamente pelos Órgãos Diretores da OPAS para então poder ser implementada na Região.

Lições extraídas

- O desenvolvimento das capacidades, habilidades e ferramentas é essencial para facilitar a colaboração interprogramática e interfuncional em toda a Organização.
- A Organização precisa fortalecer sua capacidade para responder de maneira eficaz às emergências e desastres sem prejudicar sua capacidade para desempenhar suas funções de rotina.
- O processo de desenvolvimento das ECPs constitui uma oportunidade para fortalecer a liderança da OPAS em assuntos relacionados à a saúde no nível nacional; para tanto, devem ser enfatizados os processos consultivos para definir em conjunto as prioridades de saúde.
- A ampliação das parcerias estratégicas para além dos interessados diretos tradicionais da saúde tem contribuído para o aumento da visibilidade da OPAS e o reforço da sua função como “mediador”.

6.2 Transparência, prestação de contas e gestão de riscos

Esta área programática busca fortalecer os mecanismos existentes e lançar mão de novas medidas concebidas para assegurar que a Organização continue a prestar contas e ser transparente e hábil na gestão eficaz dos riscos. Ela promove um enfoque coordenado para a avaliação em todos os níveis da Organização, usando as ferramentas e diretrizes de acordo com a política de avaliação.

Avanços

- Nesta área programática, a OPAS trabalhou para reforçar os mecanismos existentes e lançar mão de novos instrumentos para aumentar a prestação de contas, transparência e gestão de riscos. O programa de Gestão de Riscos Institucionais foi estabelecido e ajudou a inculcar uma cultura de gestão de riscos e fortalecer os controles internos. Esse programa continuará a ser estreitamente coordenado com os mecanismos de auditoria estabelecidos na Organização. Essas ações ajudarão a mitigar os riscos que possam afetar a reputação e o posicionamento estratégico da Organização.
- Oitenta e sete por cento das recomendações de auditoria interna foram fechadas durante o biênio, em comparação com a linha de base de 2012 de 80%.
- Mais de 50% das 31 recomendações de auditoria interna aceitas pela Diretora foram implementadas durante o biênio. O Comitê de Auditoria examinou e prestou contas sobre os seus resultados à Diretora da RSPA e ao Comitê Executivo no tocante a 47 questões relacionadas à auditoria, prestação de contas, gestão de riscos e transparência.
- O Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (IES) prestou assessoria e orientação à direção da RSPA sobre metodologia de avaliação para promover o cumprimento da Política de Avaliações da OPAS. A avaliação do projeto Mais Médicos é um exemplo de uma avaliação para a qual o IES prestou extensa assessoria. O IES também atualizou o registro dos trabalhos de avaliação planejados, em curso e concluídos; o registro das avaliações e as principais lições extraídas foram informados à Diretora da RSPA em intervalos de seis meses.
- A iniciativa Respeito no Local de Trabalho (RWP, da sigla em inglês) foi lançada em toda a Organização em 2015. Até o momento, 315 funcionários do quadro prestaram o juramento sobre o respeito no local de trabalho e 24 Representações da OPAS/OMS se comprometeram em levar essa iniciativa adiante. Além disso, 260 empregados em toda a Organização receberam formação em administração de conflitos.

Desafios

- O estabelecimento e implementação de uma estrutura de controle interno que especifique claramente os detalhes da prestação de contas nos diferentes níveis de gestão continua a ser um desafio. Embora os controles internos estejam claramente enunciados em uma variedade de documentos distintos, um documento básico sobre os controles internos integrados não foi elaborado em 2015 por causa da exigência de que o pessoal dedicasse seu tempo ao desenvolvimento do PMIS.
- Mais avanços estão sendo esperados na área da avaliação, em que é preciso aplicar um enfoque integrado para consolidar as lições extraídas dos relatórios de avaliação e outros meios.
- O adiamento da pesquisa institucional atrasou, para 2016, a medição da satisfação do pessoal com o clima ético e com o sistema de justiça interno da Organização.

Lições extraídas

- O apoio e envolvimento constantes da alta direção têm ajudado a promover os mecanismos para a prestação de contas em toda a Organização. Por exemplo, no que se refere à gestão de riscos o convocatório do Comitê Permanente Superior e a consideração dos riscos institucionais no nível da Direção Executiva da RSPA permitiu a implementação de MTC.
- Aumento na participação e o investimento por Estados Membros no desenvolvimento e a avaliação do Programa e Orçamento tem salientado a necessidade de melhorar mecanismos para manter os Estados Membros atualizado de implementação atual do Programa e Orçamento, inclusive riscos programáticos e financeiros.

6.3 Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios

Esta área programática impulsiona e consolida a gestão baseada em resultados como estrutura operacional central para melhorar a Organização em termos de eficácia, eficiência, alinhamento com os resultados e prestação de contas e responsabilidade. Além disso, aborda a mobilização de recursos, relações externas e parcerias para aumentar a visibilidade da saúde na agenda de desenvolvimento e melhorar os resultados em termos de saúde.

Avanços

- No biênio 2014-2015, a Organização deu continuidade aos seus esforços para consolidar ainda mais a gestão baseada em resultados na implementação do novo Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e seu programa e orçamentos. Nesse sentido, foi desenvolvido e implementado um novo processo de avaliação conjunta envolvendo os homólogos nacionais e todos os níveis funcionais da Organização. Uma nova ferramenta on-line de avaliação foi lançada, o Sistema de Monitoramento de Planos Estratégicos da OPAS (SMPE), para facilitar a avaliação conjunta. O processo começou com os insumos dos países; eles foram validados pela Rede de Categorias e Áreas Programáticas após as consultas com os países e, em seguida, consolidados em resultados que alcançavam toda a Organização. Nesse processo, lançado em novembro de 2015, a Secretaria e os Estados Membros avaliaram, em conjunto, o desempenho no biênio por meio de um exame detalhado dos indicadores constantes do Programa e Orçamento e do Plano Estratégico. Os resultados desse exercício serviram de base para finalizar o presente relatório.
- A OPAS foi pioneira ao adotar uma metodologia de priorização programática robusta e científica como parte integrante do planejamento estratégico e da formulação do programa e orçamento. Esse enfoque inovador é resultado de intensa colaboração e produtiva com os principais especialistas em saúde pública das autoridades nacionais de saúde na Região. A expectativa é que a nova metodologia seja aplicada ao Programa e Orçamento 2018–2019 e aos esforços de alocação e mobilização de recursos. Essa metodologia também será publicada e revista por pares como contribuição para os conhecimentos em saúde pública e evidências científicas regionais e mundiais.
- A OPAS obteve um aumento de 8,8% para os Programas da Base no Programa e Orçamento 2016-2017, após fazer uma redução do orçamento de 2014-2015. A aplicação, pela Organização, do planejamento segundo o enfoque de baixo para cima foi ainda mais fortalecida para o ciclo do planejamento e orçamento de 2016-2017 por meio de consultas com os Estados Membros. Esse enfoque assegurou que a cooperação técnica da Organização em saúde está voltada para os países e atende às prioridades programáticas.
- O Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015 foi financiado em 99,8% (\$561,8 milhões de \$563,1 milhões). O número de doadores que contribuíram com pelo menos 10% do orçamento de contribuições voluntárias da OPAS subiu de dois para três no biênio. Foram obtidos avanços na mobilização de recursos externos para implementar o Programa e Orçamento, em parte por meio da intensificação dos contatos com novos doadores em potencial, como parceiros não tradicionais e o setor privado.
- A Estratégia de Mobilização de Recursos da OPAS 2016–2019 foi aprovada com a intenção de ampliar a base de doadores, atraindo financiamento flexível e melhorando a previsibilidade do fluxo de contribuições voluntárias que estarão disponíveis para a implementação do Programa e Orçamento.
- Os Estados Membros da Região das Américas da OMS (AMRO) participaram do Grupo de Trabalho Mundial da OMS sobre a Alocação Estratégica das Margens Orçamentárias, convocado para desenvolver uma fórmula transparente e objetiva com a qual se determinaria a alocação do orçamento da OMS para as suas regiões e países. Como resultado dessa metodologia revista e baseada nas necessidades para a alocação estratégica das margens orçamentárias, a alocação do orçamento da AMRO aumentará a partir do biênio 2016-2017.
- A Rede de Categorias e Áreas Programáticas OPAS (CPAN) foi ativada para coordenar o planejamento, orçamento, monitoramento e avaliação na Região. Isso levou ao aumento da coerência programática, senso

de propriedade e coordenação em todos os três níveis da Organização. Além disso, a Rede de Gestão de Programas (com representantes de todos os níveis funcionais) foi reativada em 2015 e deve fortalecer as funções de planejamento, orçamento e gestão de projetos baseadas em resultados dentro da Secretaria.

- Pela primeira vez, a Organização elaborou um compêndio abrangente dos indicadores de impacto e dos resultados intermediários, o qual foi validado pelos planejadores de saúde e peritos em saúde pública dos Estados Membros e das CPAN a fim de melhorar a medição objetiva do desempenho programático com base em critérios definidos.

Desafios

- A validação dos indicadores dos resultados imediatos do Programa e Orçamento 2014-2015 não pôde ser concluída no biênio. Isso afetou a qualidade e uniformidade do processo de avaliação conjunta com os Estados Membros. Em consequência, o processo de avaliação conjunta exigiu orientação, tempo e recursos adicionais. As experiências serão revistas em 2016 com o intuito de melhorar os critérios que orientam o processo de avaliação e o Sistema de Monitoramento de Planos Estratégicos.
- A mobilização de recursos externos suficientes para financiar a totalidade do aumento do Programa e orçamento revelou-se uma tarefa difícil. Além disso, a implementação da Estratégia de Mobilização de Recursos foi atrasada até o fim do biênio 2014-2015. Isso afetou a capacidade da Secretaria de cobrir os déficits de financiamento em certas áreas programáticas e de atrair recursos flexíveis que pudessem ser alocados estrategicamente para áreas de maior necessidade ou prioridade mais elevada.
- A obtenção do financiamento total para a porção do Orçamento para Programas da OMS destinado ao Escritório Regional da OMS para as Américas (AMRO) continua a ser um desafio. A porção da AMRO do orçamento de 2014-2015 para os Programas de Base foi financiada em 85% (\$139,0 milhões/\$164,5 milhões).
- Vagas em cargos-chave nas áreas técnica e de liderança e o destacamento de pessoal para responder a emergências e prestar apoio ao PMIS, afetaram coletivamente a implementação dos planos operacionais aprovados e, em consequência, do Programa e Orçamento.

Lições extraídas

- Os processos de planejamento e priorização de baixo para cima usados para a formulação do Plano Estratégico da OPAS e o Programa e Orçamentos contribuíram substancialmente para que os planos e orçamentos fossem mais realistas, com mais ênfase nas prioridades definidas conjuntamente com os Estados Membros. A participação sem precedentes dos Estados Membros e do pessoal de todas as áreas da RSPA nos processos de planejamento e preparação do orçamento da Organização deve resultar em um aumento do senso de propriedade e do compromisso com respeito à execução, monitoramento e avaliação do Plano Estratégico 2014-2019 aprovado e dos três orçamentos e correspondentes.
- A adaptação e aplicação de uma metodologia robusta e científica para a priorização programática permitirão à RSPA alocar recursos, de forma mais estratégica e objetiva, para as áreas em que a cooperação técnica da Organização agregue valor e tenha mais impacto.
- O novo processo conjunto de monitoramento e avaliação, assim como o sistema implementado para o Plano Estratégico e o Programa e Orçamento da OPAS, envolvendo os Estados Membros e a RSPA, aumentou a prestação de contas e a transparência na Organização e tornou ainda mais arraigada a gestão baseada em resultados em toda a OPAS.
- O compêndio dos indicadores levou à formulação de critérios técnicos sólidos para a medição dos indicadores e facilitou a avaliação conjunta com os Estados Membros, pois oferece critérios padronizados para a medição, diálogo e resolução de discrepâncias. Além disso, essa experiência revelou a necessidade de

replicar essas boas práticas em todos os planos elaborados pela Organização de modo a assegurar a avaliação sistemática e objetiva dos resultados.

- A incerteza sobre a disponibilidade de recursos e a porção significativa dos recursos flexíveis da Organização reservados para cobrir cargos de prazo fixo (> 75%) afetaram a taxa de implementação dos programas. Além disso, a chegada e o desembolso tardios dos recursos não raro deixaram tempo insuficiente para a implementação dos programas.
- A implementação de um enfoque integrado para o orçamento deve oferecer flexibilidade adicional para a alocação estratégica de recursos para fazer face a esses desafios.

6.4 Gestão e administração

Esta área programática abarca os serviços centrais administrativos que apoiam o funcionamento eficaz e eficiente da Secretaria: Gestão de Recursos Financeiros, Gestão de Recursos Humanos, Serviços de Tecnologia da Informação, Compras e Serviços de Provisão, e Operações de Serviços Gerais. Além disso, reflete a coordenação e implementação do novo Sistema de Informação para a Gestão da RSPA que tem como objetivos simplificar os processos administrativos e melhorar os controles e indicadores de desempenho.

Avanços

Finanças

- A OPAS recebeu um sobre as Demonstrações Financeiras de 2013 e 2014.
- Foi elaborada uma nova política sobre o recebimento de pequenas contribuições de doadores para simplificar a cooperação técnica e a formação de capacidades no nível nacional.
- Definições e processos padronizados para as despesas operacionais gerais foram elaborados para as Representações da OPAS/OMS.

Gestão de recursos humanos eficaz

- O módulo de Gestão de Capital Humano no PMIS foi implementado com êxito durante 2015, inclusive com a ampla oferta de formação no nível institucional.
- O planejamento de recursos humanos foi plenamente integrado ao planejamento operacional em 2014-2015; todos os Planos de RH foram examinados, revistos quando necessário e aprovados como parte do processo de planejamento operacional. Isso apoiou a integração dos recursos financeiros e humanos à estrutura do Plano Estratégico.
- Uma nova estratégia de RH (a “Estratégia para Pessoas da OPAS”) foi formulada por meio de um processo participativo envolvendo todas as áreas e níveis da Organização. Os Estados Membros aprovaram essa nova estratégia e o financiamento para a sua implementação, a partir de 2016.

Infraestrutura de computação e serviços de comunicação eficientes e eficazes

- O Sistema de Informação para a Gestão da RSPA foi desenvolvido e implementado dentro do prazo e orçamento.
 - A Fase I do projeto, inclusive o módulo de Capital Humano e Folha de Pagamento, foi concluída e lançada em janeiro de 2015.
 - A Fase II, que abrange finanças, orçamento e compras, foi lançada no dia 1º de janeiro de 2016. A implementação da segunda fase terá um impacto significativo sobre a cultura empresarial da OPAS e continuará a exigir a gestão de mudanças. Ao fim do biênio, \$17,4 milhões (dos \$20,2 milhões aprovado para o projeto) haviam sido gastos. O orçamento restante será usado para implementar componentes cruciais que não entram em produção, aperfeiçoamentos após a entrada em produção, relatórios

personalizados e o módulo de Recrutamento, que não estava incluído no alcance original. Dois Indicadores de Desempenho Importantes que avaliaram o lançamento do PMIS foram alcançados.

- Tecnologia da informação:
 - Uma nova estratégia de TI foi elaborada e aprovada durante 2015.
 - Os Serviços de Tecnologia da Informação ofereceram apoio crucial à etapa de desenvolvimento do PMIS, bem como ao planejamento para a eliminação progressiva dos sistemas preexistentes e a manutenção de dados históricos para uso futuro em planejamento e relatórios financeiros.
 - Avanços significativos foram obtidos na modernização da infraestrutura de TI, inclusive os sistemas centrais, a conectividade à Internet e a implementação de uma plataforma SharePoint atualizada.

Apoio eficaz às operações, logística e compras

- Serviços gerais:
 - Uma avaliação completa das condições do edifício-sede da OPAS e dos prédios das Representações da OPAS/OMS, inclusive no que diz respeito à segurança, foi apresentada aos Estados Membros, juntamente com as opções e custos a curto e a longo prazo.
 - O Fundo Mestre de Investimentos de Capital, inclusive seus fundos subsidiários para a manutenção de bens imóveis, TI e compra de veículos, foi aumentado com os excedentes aprovados pelo Conselho Diretor.
 - Um novo mecanismo de autofinanciamento para a compra de veículos pelas Representações da OPAS/OMS foi criado e será implementado em 2016.
 - Os custos operacionais dos escritórios foram reduzidos em 2% a 3%.
- Compras:
 - O uso de soluções eletrônicas para as licitações foi maximizado na OPAS/Sede por causa da eficiência e economia.
 - Todos os administradores e pontos focais de compras receberam formação sobre processos de compra, o que reduziu o prazo do ciclo de requisição.
 - Um sistema automatizado para a gestão de remessas foi desenvolvido com a colaboração da In-Tend. Ele será implementado em 2016 para melhorar o apoio aos Fundos Rotativos e Estratégicos.

Desafios

- Um grande desafio foi o tempo considerável do pessoal dedicado ao desenvolvimento e teste do PMIS, mesmo enquanto trabalhava para cumprir suas responsabilidades programáticas e administrativas de rotina. Em consequência, houve muitos atrasos que afetaram diversas áreas da Organização. Contudo, a gestão cuidadosa protegeu serviços-chave, como a contratação de pessoal, a folha de pagamento e compras.
- O nível da economia a ser obtido com a implementação completa do PMIS tem sido difícil de documentar e avaliar e ainda não é conhecido por inteiro. A expectativa é que, com a estabilização do sistema, as suas eficiências em termos de custo se tornarão evidentes.

Lições extraídas

- O apoio da Direção da RSPA foi fundamental para a aceitação, por toda a Organização, da transição para o novo sistema de software de ERP, conhecido como PMIS.
- O sucesso na implementação do PMIS exigirá um compromisso contínuo do pessoal e da Direção, a adaptação de processos e o investimento de mais tempo e recursos para transformar em realidade todos os benefícios do novo sistema.
- Se o problema do envelhecimento da infraestrutura do edifício não for enfrentado, isso poderia ter implicações significativas em termos de custo e poderia solapar a capacidade da Organização de oferecer cooperação técnica e serviços facilitadores.

6.5 Comunicação estratégica

Esta área programática busca posicionar a Organização de maneira mais firme na comunidade internacional ao promover um enfoque proativo que funcione com os meios de comunicação e as mídias sociais para melhor comunicar a função e o impacto da Organização. Elabora e transmite informações com base em evidências e o conhecimento produzido pelos Estados Membros e pela RSPA para promover a consciência sobre os avanços da Região na saúde.

Avanços

- A nova estratégia de comunicação assenta as bases para o reforço da integração das atividades e práticas de comunicação em toda a Organização de modo a posicionar a OPAS como o líder respeitado na área da saúde pública nas Américas. A implementação de procedimentos operacionais padronizados permitirá à OPAS se conectar efetivamente com os interessados diretos e com públicos-alvo ou novos grupos para transmitir informações em saúde exatas e oportunas.
- Uma nova política para publicações da organização foi elaborada e aprovada.
- A RSPA também continuou a empregar tecnologias inovadoras e plataformas de comunicação para facilitar sua cooperação técnica de maneira eficaz e eficiente.
- A comunicação digital e o envolvimento dos usuários foram ampliados por meio do uso das redes e mídias sociais (por exemplo, Facebook, Flickr, Twitter e YouTube). Além disso, a participação dos usuários pelo website foi ampliada de modo a otimizar o uso de novas tecnologias e aumentar o número de visitas ao website.
- O contato com os meios de comunicação também foi ampliado por meio de mensagens direcionadas e resposta direta às consultas da imprensa. Os esforços consolidados tanto no contato com os meios de comunicação como no desenvolvimento para visitação do site na Internet ajudaram a melhorar o posicionamento e elevar a classificação da Organização dentro da comunidade internacional.

Desafios

- Níveis variáveis de capacidade de comunicação nas Representações da OPAS/OMS impede a prestação de apoio uniforme e de alta qualidade à comunicação.
- É limitada a capacidade nas Representações e centros da OPAS/OMS para trabalhar na gestão do conhecimento e áreas relacionadas.

Lições extraídas

- Para aumentar a visibilidade e a comunicação da Organização para a saúde, a Organização precisa manter seus investimentos no componente da comunicação estratégica dos programas de cooperação técnica, acompanhados de recursos financeiros e humanos suficientes.

Riscos:

Os riscos mais importantes identificados na Categoria 6 do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 estão relacionados abaixo, além de informações a respeito da sua situação e as medidas de mitigação tomadas para resolvê-los. Os novos riscos identificados durante o biênio também estão destacados.

- Novas reduções na destinação de recursos da OMS poderiam comprometer bastante a capacidade da OPAS para obter os resultados estipulados no Plano Estratégico.

- Embora a alocação nominal para a Região tenha aumentado, ela representou 85% do total aprovado da porção da AMRO no orçamento para programas de base da OMS (\$139,0 milhões/ \$164,5 milhões).
- Ocorre uma diminuição contínua do nível da assistência internacional à Região.
 - Financiamento imprevisível e, não raro, vinculado e voluntário, vindo principalmente de um pequeno núcleo de doadores grandes, continua a restringir a capacidade da OPAS para abordar as prioridades existentes e emergentes. A recém-aprovada Estratégia de Mobilização de Recursos e a aplicação da estrutura de priorização programática melhorarão o foco dos esforços de mobilização de recursos. Além disso, a Organização precisa se posicionar estrategicamente de modo a gerar apoio de parceiros tradicionais e não tradicionais. Sua função de liderança na cooperação Sul-Sul e triangular oferece oportunidades para mobilizar recursos de dentro da Região, criar alianças e aumentar o reconhecimento da função da OPAS como líder e parceiro essencial para a cooperação entre países para o desenvolvimento da saúde na Região.
- Na falta de uma estrutura para o envolvimento com os agentes não estatais, existem conflitos de interesses em potencial com parceiros privados que poderiam manchar a imagem e a reputação da Organização.
 - A RSPA e os Estados Membros das Américas estão envolvidos ativamente no desenvolvimento da estrutura da OMS para o envolvimento com agentes não estatais. Uma vez aprovados, os respectivos componentes serão apresentados aos Órgãos Diretores da OPAS para adoção.
- A incapacidade para implementar um moderno sistema de informações para a gestão atrasa a simplificação dos processos administrativos e impede a aplicação de medidas mais eficazes que levem a cortes de custos.
 - Embora as Fases I e II do projeto do PMIS tenham sido concluídas dentro do prazo e orçamento, a realização do pleno potencial do sistema exigirá um compromisso contínuo do pessoal e da Direção, a adaptação de processos e o investimento de mais tempo e recursos.
- A pouca disponibilidade e confiabilidade das informações impede a tomada de decisões em tempo hábil.
 - A implementação do PMIS, combinada com o desenvolvimento planejado do Portal do Programa e Orçamento da OPAS, disponibilizará informações mais facilmente para a Direção da RSPA e os Estados Membros e facilitará prestação informações pertinentes para a Região das Américas nos sistemas e plataformas de informação da OMS.

Análise da execução orçamentária

A Categoria 6 teve um orçamento aprovado (P&O 2014-2015) de \$203,4 milhões, que abrange o custo da presença no país, refletida nas áreas programáticas 6.1 (Liderança e governança) e 6.4 (Gestão e administração).

Aproximadamente \$196,67 milhões foram concedidos, representando 96,7% do orçamento aprovado para esta categoria. Em termos gerais, a categoria atingiu um nível de implementação de 97% em relação aos recursos concedidos e 94% em relação ao Programa e Orçamento aprovado. Conforme ilustrado na Tabela 1, quatro das cinco áreas programáticas receberam 85% ou mais dos seus níveis aprovados do P&O. Três receberam 95% ou mais dos seus orçamentos: As áreas programáticas 6.1 (Liderança e governança, 106%), 6.2 (Transparência, prestação de contas e gestão de riscos, 96%) e 6.4 (Gestão e administração, 120%). A área programática 6.4 abrange uma alocação para o PMIS de \$10 milhões. Entretanto, a área programática 6.3 recebeu 52% do orçamento aprovado. Isso se deveu, sobretudo, ao estabelecimento de um orçamento acima do necessário para a área programática 6.3 (e, em contrapartida, um orçamento abaixo do necessário para a área programática 6.4); isso foi remediado no Programa e Orçamento 2016-2017.

A Tabela 2 separa as alocações para a Categoria 6 por nível funcional. Os recursos concedidos ao nível regional representaram 41,6% da alocação total da categoria; 34,9% foram para o nível nacional, 17,6% para o internacional e 5,9% para o sub-regional. Isso está estreitamente alinhado com a distribuição projetada definida na Política do

Orçamento da OPAS. O nível sub-regional atingiu uma taxa de execução de 98% dos recursos concedidos, e todos os outros níveis funcionais chegaram a uma execução de 97%.

A Tabela 3 apresenta mais informações sobre os recursos concedidos, separadas tanto pela área programática como por nível funcional. Todas as áreas programáticas nesta categoria alcançaram taxas de execução superiores a 95%. Conforme esperado, e dada a inclusão da presença no país, as áreas programáticas 6.1 (Liderança e governança) e 6.4 (Gestão e administração) receberam as maiores porções do orçamento da Categoria 6, representando 31,4% e 47,3%, respectivamente. As demais áreas programáticas representaram entre 2% e 13% do orçamento da categoria.

As áreas programáticas 6.2 (Transparência, prestação de contas e gestão de riscos) e 6.5 (Comunicação estratégica) alcançaram as taxas de execução mais elevadas, com mais de 99% dos recursos concedidos executados. As áreas programáticas 6.3 (Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios) e 6.1 (Liderança e governança) tiveram uma execução de 98%. A área programática 6.4 (Gerência e Administração) apresentou a menor taxa de execução nesta categoria, 96%.

Em uma análise de acordo com o nível funcional, o nível nacional alcançou entre 96% e 100% de execução em todas as áreas programáticas, com a taxa de execução mais baixa na área programática 6.4. O nível internacional, que respondeu pelo apoio adicional aos países, atingiu uma execução superior a 95% em todas as áreas programáticas. Já o nível sub-regional teve a execução mais elevada nas áreas programáticas 6.1, 6.2 e 6.5, com os níveis de execução iguais ou superiores a 99%. Finalmente, o nível regional atingiu 99% a 100% de execução em três áreas programáticas, e ligeiramente menos nas áreas programáticas 6.3 (98%) e 6.4 (96%).

Tabela 3: Categoria 6, Resumo do Orçamento por Área Programática e Nível Funcional

Categoria, área programática e nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por área programática (%)	Total gasto (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
6. Serviços institucionais e funções facilitadoras	196,67	100,00	191,03	97,1
6.1 Liderança e governança	61,82	31,43	60,44	97,8
Nacional	33,22	16,89	32,08	96,6
Internacional	7,34	3,73	7,27	99,1
Sub-regional	3,84	1,95	3,82	99,4
Regional	17,42	8,86	17,27	99,1
6.2 Transparência, prestação de contas e gestão de riscos	4,65	2,37	4,63	99,5
Nacional	0,30	0,15	0,30	100,0
Internacional	1,20	0,61	1,19	99,4
Sub-regional	0,31	0,16	0,31	99,4
Regional	2,84	1,45	2,83	99,4

Categoria, área programática e nível funcional	Recursos concedidos (milhões de US\$)	Concedidos por área programática (%)	Total gasto (milhões de US\$)	Execução orçamentária (%)
6.3 Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios	25,87	13,15	25,36	98,1
Nacional	6,21	3,16	6,14	98,8
Internacional	5,36	2,72	5,24	97,8
Sub-regional	1,58	0,80	1,55	98,0
Regional	12,72	6,47	12,44	97,8
6.4 Gestão e administração	92,93	47,25	89,15	95,9
Nacional	27,13	13,79	26,16	96,4
Internacional	18,06	9,18	17,28	95,7
Sub-regional	5,08	2,59	4,88	96,0
Regional	42,66	21,69	40,83	95,7
6.5 Comunicação estratégica	11,40	5,80	11,45	100,4
Nacional	1,82	0,92	1,82	100,4
Internacional	2,64	1,34	2,65	100,4
Sub-regional	0,69	0,35	0,69	100,4
Regional	6,26	3,18	6,28	100,4

A Categoria 6, como uma categoria facilitadora, tradicionalmente não atrai recursos de doadores. Assim, recursos não vinculados, como as contribuições fixas e os Gastos de Apoio a Programas, foram usados, sobretudo, para impulsionar o trabalho nesta categoria durante o biênio 2014-2015.

Recomendações

- Apoiar a identificação, promoção e implementação de projetos de cooperação entre países para o desenvolvimento da saúde no biênio 2016-2017, pois essa nova modalidade de cooperação técnica está plenamente implementada na Região.
- Reconhecendo que os representantes da OPAS/OMS são a pedra angular da liderança da Organização, tomar medidas para *a)* melhorar representação de candidatos da Região das Américas no processo de seleção da lista mundial de nomes da OMS; *b)* melhorar a diversidade e qualidade dos candidatos à lista mundial de nomes, sobretudo pessoas dos países das Américas, por meio de recrutamento ativo; e *c)* implementar a seleção oportuna e completa dos representantes da OPAS/OMS na Região.
- Melhorar, simplificar e facilitar os processos administrativos para a implementação efetiva da cooperação técnica, inclusive com a contratação de pessoal, compras e apoio à TI/PMIS. Isso é de especial importância para as operações das Representações da OPAS/OMS.
- Apoiar o estabelecimento dos novos escritórios sub-regionais para a América Central e América do Sul, inclusive com a contratação de pessoal e disposições administrativas, como forma de reforçar a cooperação técnica nos países e ampliar a função da OPAS nos órgãos sub-regionais estabelecidos.
- Documentar o processo de planejamento de baixo para cima e a avaliação conjunta com os Estados Membros como melhores práticas e promovê-los com a OMS para implementação em outras regiões.
- Concluir o refinamento do Método de Hanlon adaptado pela OPAS para a priorização programática e publicá-lo em uma revista científica.

Avaliação por Área Programática

<p>Área programática 6.1: Liderança e governança</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Maior coerência no campo da saúde regional, com a OPAS/OMS desempenhando uma função de liderança ao permitir que os diversos e numerosos atores contribuam efetivamente para a saúde de todas as pessoas nas Américas</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 3/3 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 3/4 alcançados, 1/4 parcialmente alcançado (1 cancelado)</p>	<p>Classificação: Cumpriu as expectativas</p>
---	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação (Classificar como alcançado, em curso, nenhum progresso) ^{28, 29}
6.1.1	Nível de satisfação dos interessados diretos com a função de liderança da OPAS/OMS em temas de saúde mundiais e regionais	Alto	Alto	Em curso
<p>Os resultados da pesquisa sobre a percepção dos interessados diretos da OMS de 2015 estão sendo finalizados. Apenas cinco países representam a região da AMRO na pesquisa (Barbados, Guatemala, Honduras, República Dominicana, Suriname). Entretanto, as indicações iniciais para a sede da OMS são que 68% dos entrevistados têm uma opinião positiva da OMS.</p> <p>Em vista da periodicidade da pesquisa com os interessados diretos da OMS e do fato de que ela não mede plenamente a relação da OPAS com seus interessados diretos e sua função de liderança nas Américas, a OPAS está propondo a implementação de uma pesquisa específica da Região para melhor avaliar seu desempenho nessa área.</p>				
6.1.2	Número de países que refletem nos seus planos ou estratégias nacionais de saúde ou de desenvolvimento as prioridades de saúde regionais definidas no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019	N/A	20/35	Em curso (13 alcançaram + 20 em curso)
Treze países alcançaram o indicador: ARG, BRB, CAN, CHL, COL, CUB, DMA, HND, JAM, PAN, PER, SLV, URY.				

²⁸ Em termos de consecução, os indicadores são avaliados do seguinte modo:

- **Alcançado:** A meta do indicador estabelecida para 2019 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais) no Plano Estratégico da OPAS já foi alcançada.
- **Em curso:** Houve um aumento em relação ao valor da linha de base do indicador definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e os trabalhos estão em andamento/no rumo certo para a meta estabelecida no Plano Estratégico ser alcançada até 2019.
- **Nenhum progresso:** Não houve um aumento em relação ao valor da linha de base definido em 2013 (número de países/territórios, número ou porcentagem no caso dos indicadores regionais), e o progresso rumo à consecução da meta do indicador até 2019 poderia estar em risco.

²⁹ Os indicadores regionais são avaliados pela entidade regional responsável/CPAN com base nas informações mais recentes disponíveis, de acordo com os critérios definidos no compêndio dos indicadores.

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação (Classificar como alcançado, em curso, nenhum progresso) ^{28, 29}
<p>Outros 20 países estão no rumo certo para alcançar o indicador até 2019: ATG, BHS, BLZ, BOL, CRI, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HTI, KNA, LCA, MEX, NIC, PRY, SUR, TTO, VCT, VEN.</p> <p>A avaliação deste indicador se baseia no critério de que pelo menos 13 das 25 áreas do Plano Estratégico da OPAS estão refletidas nas estratégias nacionais de saúde e/ou desenvolvimento. No exercício de avaliação conjunta, alguns países quantificaram o número de áreas programáticas do Plano Estratégico da OPAS refletidas nas suas estratégias ou planos nacionais de desenvolvimento e/ou saúde.</p>				
6.1.3	Número de iniciativas ou planos de ação regionais dos sistemas interamericano e das Nações Unidas que tratam da saúde e desenvolvimento concebidos ou implementados com apoio da OPAS para promover as prioridades da saúde da Região	N/A	8	Em curso (7)
<p>No biênio 2014-2015, foram desenvolvidas sete iniciativas e/ou planos de ação para levar à frente as prioridades de saúde na Região:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante o processo da Sétima Cúpula das Américas, a OPAS teve êxito ao negociar a inclusão de oito parágrafos sobre a saúde no documento dos Mandatos para Ação da Cúpula. Destacam-se os compromissos, de trabalhar para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde; de prevenir, detectar e responder a surtos de doenças infecciosas emergentes e outras emergências de saúde pública; e de conseguir avanços nas áreas das DNTs, água e saneamento, alimentação e nutrição, e redução da mortalidade materna e infantil. • As propostas avançaram para a criação de um fundo interamericano para a preparação contra surtos de doenças como um projeto conjunto da OPAS, Organização dos Estados Americanos (OEA) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Além disso, o Grupo de Trabalho Interamericano para as DNTs foi lançado com êxito em junho de 2015. • A OPAS e a OEA firmaram um convênio para estender o programa de bolsas de estudo da OEA ao setor da saúde. Em consequência dessa sociedade bem-sucedida, foi oferecida a 181 profissionais de 23 países na Região (inclusive dos Estados Unidos e Canadá) a possibilidade de estudar em programas de pós-graduação (mestrado e doutorado) no Brasil e no México. A parceria também resultou em acordos específicos para promover a Política Regional para a Pesquisa em Saúde (por exemplo, com o Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras) e contribuições para os diálogos regionais sobre a internacionalização das universidades e a inovação social na saúde. • A OPAS esteve envolvida ativamente na configuração da agenda dos ODS, sobretudo no que diz respeito ao ODS3, relativo à saúde, e participou da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas para a Adoção dos ODS. • Foram realizadas negociações com a Secretaria Geral Ibero-americana (SEGIB) para um acordo formal sobre a cooperação Sul-Sul. Foi negociado um convênio com a UNASUL visando a um memorando de entendimento em apoio às prioridades de saúde dos Estados Membros, e foi firmado um memorando de entendimento com o MERCOSUL para a cooperação em assuntos de saúde. • Na estrutura da XIV Conferência Ibero-americana de Ministros da Saúde, acordou-se que seria elaborada uma estratégia para analisar como as inovações tecnológicas e o uso de dados maciços (<i>Big Data</i>) poderiam contribuir para o fortalecimento das políticas de saúde pública, sobretudo com vistas à prevenção e controle das DNTs. • A OPAS restabeleceu relações com o Escritório das Nações Unidas para a Cooperação Sul-Sul e participou de 				

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação (Classificar como alcançado, em curso, nenhum progresso) ^{28, 29}
	uma reunião de alto nível com interessados diretos sobre essa cooperação e de discussões sobre a agenda de desenvolvimentopós-2015.			

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
6.1.1	OPAS/OMS exerce uma liderança e gestão eficazes	Número de países e territórios com estratégias de cooperação nos países em que pelo menos 50% das implicações das ECPs foram abordadas	14	35	Parcialmente alcançado (20 alcançaram)
<p>Vinte países e territórios tinham ECPs alinhadas com os planos nacionais no fim de 2015: ABW, ARG, BHS, BOL, CAN, CUB, CUW, DOM, GTM, GUY, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PRI, SLV, SUR, SXM, URY.</p> <p>Além disso, 12 ECPs que expiraram até o fim de 2015 serão atualizadas em 2016, correspondendo a: BLZ, BOL, BRA, ECU, GUY, HND, HTI, PRY, SLV, SXM, TTO, além da estratégia multinacional com os Territórios Ultramarinos do Reino Unido no Caribe (abrangendo AIA, BMU, CYM, MSR, TCA, VGB). Em consequência, serão 35 países e territórios com ECP válida em 2016 e depois.</p> <p>A ferramenta para monitorar as implicações das ECPs foi testada com o apoio de três Representações da OPAS/OMS (Brasil, Nicarágua e Peru). Entretanto, para uso apropriado da ferramenta, exige-se que os países tenham formulado suas implicações das ECP com base no novo guia das ECPs (2015).</p> <p>Este indicador está sendo avaliado com base no número de ECPs que estavam em vigor durante o biênio depois. Contudo, o indicador precisa ser revisto para facilitar uma melhor medição e o monitoramento da eficácia da liderança e gestão da OPAS. Portanto, propõe-se que o resultado imediato seja avaliado em comparação com a ECP e as prioridades de liderança como indicadores independentes. No caso do indicador da ECP, a revisão permite que a ECP seja medida independentemente de como as implicações da ECP sejam apresentadas, e o indicador provavelmente não será afetado por possíveis mudanças no formato como resultado da revisão das diretrizes ora em andamento. Nesse sentido, a RSPA propõe a avaliação do resultado imediato de 2016-2017 usando as seguintes medidas no SMPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Indicador 6.1.1: <u>Número de países com ECP corrente elaborada de acordo com as diretrizes aprovadas</u></i> 					
6.1.2	Envolvimento eficaz com outros interessados diretos na construção de uma agenda de saúde comum que responde às prioridades dos Estados Membros	Número de países e territórios que têm um país ativo de multiparceiros mecanismo de coordenação nacional de múltiplos parceiros para a implementação dos	26	35	Alcançado (33)

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
		princípios da Parceria de Busan para uma Cooperação Eficaz para o Desenvolvimento que afetam a saúde			
<p>Trinta e três países e territórios alcançaram o indicador: ARG, ATG, BHS, BLZ, BOL, BRA, BRB, CHL, COL, CRI, CUB, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, TTO, URY, VEN. DMA, GRD, KNA, LCA, e VCT, países da Organização dos Estados do Caribe Oriental (OECS), também participam do mecanismo de coordenação do Caribe Oriental para o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária.</p> <p>Este indicador é medido com base em países que têm mesas-redondas, grupos de cooperação, mecanismos de coordenação do Fundo Global, grupos de revisão por pares, grupos temáticos e outros mecanismos semelhantes que coordenam, monitoram e avaliam a implementação e eficácia de cooperação dos parceiros no desenvolvimento para o desenvolvimento da saúde nacional.</p>					
6.1.3	Governança da OPAS fortalecida com a supervisão eficaz das reuniões dos Órgãos Diretores	Proporção de temas da agenda dos Órgãos Diretores da OPAS alinhados com o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019	N/A	90%	Superado (95%)
<p>Dos pontos da ordem do dia dos Órgãos Diretores da OPAS, 95% estão alinhados com o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019.</p> <p>Um total de 89 temas da agenda foi considerado pelo Conselho Diretor em 2014 e 2015, dos quais 85 estão alinhados com o Plano Estratégico da OPAS. Todos os assuntos relativos a programas e políticas em ambas as agendas estavam alinhados com o Plano Estratégico. Além disso, todas as estratégias e planos de ação são revistos por pares para garantir o alinhamento com o Plano Estratégico.</p>					
6.1.4	Reforma da OMS incorporada ao trabalho da Organização	Proporção dos temas pertinentes para a OPAS na reforma da OMS concluídos ou em curso	N/A	100%	Alcançado (100%)
<p>Todos os temas pertinentes para a OPAS na reforma da OMS estão concluídos ou em curso (15/29 temas concluídos e 14/29 em curso).</p> <p>O relatório sobre a implementação da reforma da OMS pela OPAS é apresentado aos Órgãos Diretores em 2016.</p>					
6.1.5	Implementação da Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017	Número de países e territórios que estão monitorando a implementação da Agenda de Saúde para as Américas	N/A	N/A	Cancelado
<p>Este indicador foi cancelado com base na revisão dos indicadores do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 com o Grupo de Trabalho de Países.</p>					

<p>Área programática 6.2: Transparência, prestação de contas e gestão de riscos</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: A OPAS funciona com responsabilidade e transparência e dispõe de estruturas de gestão e avaliação de riscos que funcionam de maneira adequada</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/1 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 2/4 alcançado, 1/4 parcialmente alcançado, 1/4 não avaliado</p>	<p>Classificação: Cumpriu parcialmente as expectativas</p>
---	---

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
6.2.1	Proporção de riscos institucionais com planos de resposta aprovados e implementados	N/A	100%	Em curso (80%)
<p>Durante 2015 a Direção Executiva identificou 10 riscos institucionais para a Organização; após a aplicação de critérios de priorização, oito desses riscos foram identificados como prioridade absoluta. Foram elaborados planos de mitigação e atualmente estão em vias de serem implementados. Os Comitês Permanentes de Gestão de Riscos Corporativos e a Direção Executiva acompanharão, a cada seis meses, o progresso e evolução dos principais riscos em coordenação com os proprietários dos riscos. Além disso, o Comitê de Auditoria monitorará a situação da institucionalização do ERM na OPAS e dos principais riscos, bem como a implementação dos seus planos de mitigação.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
6.2.1	Aumento da responsabilidade por meio do fortalecimento da gestão e avaliação de riscos institucionais em todos os níveis da Organização	Proporção de entidades na Organização com avaliação de riscos concluída e planos de resposta para mitigação aprovados implementados	12%	75%	Alcançado
<p>90% de entidades concluíram seu registro de riscos e planos de mitigação. A ferramenta de registro foi aprimorada e os dados e os dados foram padronizados para a produção de relatórios.</p>					
6.2.2	Política de avaliação da OPAS/OMS implementada em toda a Organização	Porcentagem de lições extraídas de avaliações aprovadas pela Diretora implementadas durante o biênio	Dados não medidos atualmente	70%	Parcialmente alcançado (67%)
<p>Durante o biênio, foram implementadas 67% das lições extraídas de avaliações aprovadas pela Diretora.</p> <p>O Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (IES) continua a colaborar com a função de avaliação da</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
<p>OMS para promover um enfoque sistemático e harmonizado para o trabalho de avaliação. O IES distribuiu e promoveu o Manual Prático de Avaliação da OMS na RSPA. O IES também facilitou os aspectos da RSPA da avaliação da presença da OMS no país, para a qual o México foi um dos oito países selecionados em todo o mundo para estudos de casos aprofundados.</p>					
6.2.3	Melhoria do comportamento ético, do respeito dentro do local de trabalho e do devido processo em toda a Organização	Nível de satisfação do pessoal com o clima ético e os procedimentos para recurso internos da Organização	Dados não medidos atualmente	Alto	Não avaliado (ND)
<p>Uma pesquisa para avaliar o clima ético e o ambiente de trabalho foi testada em caráter piloto em duas Representações da OPAS/OMS (Guatemala e Paraguai) em 2015, e novos refinamentos estão sendo feitos na pesquisa pelo Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS com o objetivo de expedi-la para todas as unidades da Sede, Representações da OPAS/OMS e Centros em 2016. Essa pesquisa será usada para avaliar o nível de satisfação do pessoal com o clima ético e os procedimentos para recurso internos da Organização e estabelecerá uma linha de base que poderá ser usada futuramente para fins de comparação e para identificar tendências. Contudo, no fim de 2015, não havia dados disponíveis para avaliar esse indicador.</p> <p>Embora a pesquisa não tenha sido implementada, foram tomadas medidas para melhorar o comportamento ético na Organização, inclusive com a implementação da iniciativa Respeito no Local de Trabalho, da política Tolerância ao Zero à Fraude e Corrupção, da política Prevenção e Resolução de Casos de Assédio no Local de Trabalho e políticas sobre presentes e hospitalidade, conflitos de interesses e atividades e emprego externos.</p> <p>Além disso, a Organização continuou a aplicar a exigência de que todos os novos empregados façam e concluem um curso sobre o Código de Princípios Éticos e de Conduta da OPAS.</p>					
6.2.4	Função de auditoria fortalecida	Proporção das recomendações das auditorias internas aceitas pela Diretora encerradas durante o biênio	80%	85%	Superado (87%)
<p>Das recomendações das auditorias internas aceitas pela Diretora, 87% foram encerradas durante o biênio.</p> <p>Avanços continuam a ser obtidos nesta área, com melhorias graduais e contínuas dos controles internos.</p>					

<p>Área programática 6.3: Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Financiamento e alocação de recursos alinhados com as prioridades e necessidades de saúde dos Estados Membros em uma estrutura de gestão baseada em resultados</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 2/2 em curso Avaliação dos indicadores dos RIM: 1/3 alcançado, 2/3 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu as expectativas</p>
--	--

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
6.3.1	Porcentagem do orçamento aprovado da OPAS que foi financiado	90%	100%	Em curso (97,6%)
<p>Do Programa e Orçamento 2014-2015, 97,6% foi financiado (\$549,4 milhões/\$563,1 milhões do orçamento aprovado). O número de doadores que contribuíram com pelo menos 10% do orçamento de contribuições voluntárias da OPAS subiu de dois para três no biênio. Foram obtidos avanços na mobilização de recursos externos para implementar o Programa e Orçamento, em parte por meio da intensificação dos contatos com novos doadores em potencial, como parceiros não tradicionais e o setor privado.</p>				
6.3.2	Porcentagem dos indicadores dos resultados intermediários do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 alcançados	91%	≥ 90%	Em curso (6% alcançaram + 84% em curso)
<p>Com base na avaliação conjunta com os Estados Membros, 6% (5/83) dos indicadores dos resultados intermediários receberam a classificação “alcançado” (3) ou “superado” (2), 84% (70/83) “em curso” e 8% (7/83) “nenhum progresso”. Um indicador (2.1.2a) não foi avaliado devido aos desafios na medição. Essa avaliação pode mudar após a confirmação das avaliações dos países que estava sendo aguardada. As mudanças serão refletidas na versão definitiva do relatório a ser apresentada ao Conselho Diretor.</p> <p>Cumprir notar que a organização tem mais dois períodos de Programa e Orçamento no Plano Estratégico rumo à consecução das metas dos indicadores dos resultados intermediários.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
6.3.1	Consolidação da estrutura de gestão baseada em resultados da OPAS, com ênfase no sistema de prestação de contas para avaliação do desempenho institucional	Porcentagem dos resultados imediatos alcançados	75%	90%	Parcialmente alcançado (50% alcançaram + 50% alcançaram parcialmente)
<p>Dos 114 indicadores dos resultados imediatos avaliados, 50% (57/114) foram alcançados (21) ou superados (36), e outros 50% foram alcançados parcialmente. Dois resultados não foram avaliados; um foi cancelado e os outros</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
<p>não tinham dados disponíveis. Essa avaliação pode mudar após a confirmação das avaliações dos países que estava sendo aguardada. As mudanças serão refletidas na versão definitiva do relatório a ser apresentada ao Conselho Diretor.</p> <p>Cumpra-se notar que, neste resultado imediato, o indicador não reflete plenamente o trabalho da Organização com respeito à GBR. Para tirar partido dos esforços contínuos na GBR e nas boas práticas de prestação de contas conjunta com os Estados Membros, a Secretaria está propondo, para a avaliação da produção de 2016-2017, usar as seguintes medidas no SMPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>6.3.1a: Porcentagem dos resultados imediatos alcançados</i> • <i>6.3.1b: Planejamento e orçamento baseado em resultados implementados em toda a Organização em colaboração com os Estados Membros (indicador a ser medido com base no desenvolvimento do P&O usando um enfoque de baixo para cima, implementação da metodologia de priorização, avaliação conjunta de fim de biênio)</i> 					
6.3.2	Alinhamento da alocação de recursos e financiamento da OPAS com as prioridades acordadas facilitado por meio do reforço da captação, coordenação e administração de recursos	Porcentagem de áreas programáticas técnicas com orçamentos financiados em 75% ou mais	75%	75%	Superado (76%)
<p>Das áreas programáticas, 76% (22/29) foram financiadas em 75% ou mais no biênio.</p> <p>O financiamento global do Programa e Orçamento 2014-2015 foi 97,5% do orçamento total aprovado (\$549,4 milhões/\$563,1 milhões). O financiamento adicional para a Resposta a Surto e Crises (\$9,8 milhões) é excluído desta análise porque está fora dos Programas de Base.</p>					
6.3.3	Estratégia de captação de recursos da OPAS posta em prática	Número de parceiros que estão contribuindo pelo menos 10% do orçamento de contribuições voluntárias da OPAS	2	4	Parcialmente alcançado (3/4)
<p>Três parceiros (Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e Governo de Brasil) contribuíram, cada um, pelo menos 10% (\$11 milhões) do orçamento de contribuições voluntárias da OPAS em 2014-2015. Quatro outros parceiros (Comissão Europeia, Governo da Espanha, Global Affairs Canada e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) contribuíram, cada um, pelo menos \$5 milhões das contribuições voluntárias da OPAS.</p> <p>A RSPA deu continuidade aos seus esforços para a mobilização de recursos e ampliou o diálogo técnico atual com os parceiros para incluir a mobilização de recursos (Canadá, Espanha). Trabalhou ainda mais para estabelecer parcerias com múltiplos parceiros no desenvolvimento não tradicionais e em potencial, como a Agência de Cooperação Internacional da Coreia (KOICA), a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), o Banco de Desenvolvimento da América Latina (CAF), Ministério Federal para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (GIZ/BMZ, Alemanha) e o Ministério das Relações Exteriores (Cingapura), e com órgãos governamentais e ministérios e entidades de setor privado (São Paulo e Brasília). Esses esforços resultaram na ampliação e diversificação da carteira de doadores. Além disso, embora nem todos os novos doadores tenham contribuído pelo menos 10% das contribuições voluntárias da OPAS, houve um sucesso considerável na mobilização de mais</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
	<p>recursos para a Organização. A RSPA continua empenhada em envolver-se com novos doadores em potencial, inclusive os parceiros não tradicionais e do setor privado como os mencionados acima.</p> <p>Um avanço importante no biênio foi a formulação e aprovação, pela RSPA, da Estratégia de Mobilização de Recursos da OPAS 2016–2019. Essa estratégia, que tem como objetivo financiar os dois continuando biênios restantes do Plano Estratégico, define os princípios norteadores e as linhas de ação para criar um contexto ambiente institucional propício para acompanhar, negociar, mobilizar e executar recursos externos, bem como prestar contas sobre eles.</p> <p>O Processo de Exame de Projetos também está sendo revisto e alinhado com iniciativas da RSPA para reforçar a mobilização de recursos. Um total de 198 propostas foi examinado entre janeiro e dezembro de 2015. Só no último trimestre de 2015, a RSPA examinou 25 iniciativas em potencial, que, se houver êxito, representarão um fluxo de aproximadamente \$11,4 milhões em contribuições voluntárias e \$29,6 milhões em contribuições voluntárias nacionais (excluindo o Mais Médicos).</p>				

<p>Área programática 6.4: Gestão e Administração</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Gestão e administração eficazes nos três níveis da Organização</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/1 em curso</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIM: 2/4 alcançados, 2/4 parcialmente alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu as expectativas</p>
--	---

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
6.4.1	Proporção das métricas de gestão e administração alcançadas (conforme desenvolvido nos acordos de nível de serviço)	N/A	95%	Em curso (80%)
<p>Foram alcançados 80% (16/20) dos Indicadores de Desempenho Importantes definidos para a Secretaria.</p> <p>Os IDIs estão sendo usados como uma medida substituta dos avanços relacionados aos Acordos de Nível de Serviço em todos os componentes deste resultado intermediário e dos resultados imediatos, conforme o caso. Os IDIs abrangem dois indicadores específicos para o projeto do PMIS.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
6.4.1	Práticas financeiras sólidas implementadas por meio de uma estrutura adequada de controle, contabilidade precisa, acompanhamento das despesas e registro oportuno da renda	Parecer de auditoria sem ressalvas	Sim	Sim	Alcançado
<p>Dois pareceres de auditoria sem ressalvas (2013 e 2014) foram concluídos no biênio.</p> <p>A OPAS recebeu um parecer de auditoria sem ressalvas sobre as demonstrações financeiras de 2014 em conformidade com as Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS).</p>					
6.4.2	Gestão de recursos humanos eficaz e eficiente implementada para contratar e apoiar uma força de trabalho motivada, experiente e competente em um ambiente favorável à aprendizagem e excelência	Proporção dos Acordos de Nível de Serviço acordados por RH celebrados	Dados não medidos atualmente	95%	Parcialmente alcançado (50%)
<p>50% (1/2) dos Acordos de Nível de Serviço acordados celebrados.</p> <p>O Indicador de Desempenho Importante relacionado com os Planos de RH foi alcançado. O Departamento de Recursos Humanos prestou extensa orientação e apoio a todas as entidades na elaboração, análise e aprovação dos seus respectivos planos de RH. Considerando a futura implementação do módulo de Gestão de Capital Humano do PMIS, o IDI relacionado com o processo e precisão das transações de recursos humanos não será adotado até 2016-2017, após a entrada em produção do novo sistema.</p>					
6.4.3	Serviços de infraestrutura de computação, rede e comunicação, sistemas e aplicativos institucionais e relacionados com a saúde, e serviços de apoio e capacitação aos usuários finais eficientes e eficazes	Proporção do apoio aos usuários finais prestado segundo Acordos de Nível de Serviço	80%	95%	Superado (100%)
<p>A totalidade do apoio aos usuários foi prestada segundo Acordos de Nível de Serviço.</p> <p>Os três IDIs foram alcançados. A meta é medida usando três IDIs agrupando diversos tipos de serviços: novas solicitações de serviço, solicitações de serviços de alta prioridade e solicitações de serviços convencionais recebidas da comunidade de usuários. O tempo de resposta e os resultados superaram as metas, que estão fixadas em uma faixa de um a três dias dependendo do tipo de serviço.</p>					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
6.4.4	Eficácia e eficiência no apoio operacional e logístico, compras, manutenção de infraestrutura, gestão de ativos e ambiente seguro para os funcionários e propriedades da OPAS/OMS	Proporção dos Acordos de Nível de Serviço acordados celebrados	Dados não medidos atualmente	95%	Parcialmente alcançado (67%)
<p>Foram celebrados 67% (4/6) dos Acordos de Nível de Serviço acordados.</p> <p>O IDI (1) referente aos acordos das Operações de Serviços Gerais (GSO) foi definido com uma redução projetada de 5% no custo da energia elétrica, gás e manutenção. Embora tenham sido obtidos avanços, o inverno excepcionalmente rigoroso, além da transição para uma nova empresa de gestão das instalações impediu que GSO alcançasse esta meta plenamente. A previsão é que os IDIs serão cumpridos em 2016 e daí em diante.</p> <p>As operações do Departamento de Compras e Gestão de Suprimentos foram avaliadas por meio de cinco IDIs, que mediram o uso de soluções eletrônicas para as licitações na Sede, o prazo do ciclo de requisição, o processamento dos principais acordos de longo prazo, formação em políticas e processos, e cortes de custos. Com a exceção do IDI referente aos cortes de custos, alcançado parcialmente, todos os IDIs foram cumpridos plenamente.</p>					

<p>Área programática 6.5: Comunicação estratégica</p> <p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO: Melhor compreensão do trabalho da OPAS/OMS por parte do público e dos interessados diretos</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIT: 1/1 em curso</p> <p>Avaliação dos indicadores dos RIM: 2/2 alcançados</p>	<p>Classificação: Cumpriu as expectativas</p>
--	---

Avaliação dos indicadores dos resultados intermediários

No. do ind. do RIT	Indicador do RIT	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Classificação da avaliação
6.5.1	Porcentagem dos Estados Membros e de outros representantes dos interessados diretos que avaliam o desempenho da OPAS/OMS como excelente ou bom	77%	100%	Em curso
<p>A OPAS está aguardando os resultados da pesquisa sobre a percepção dos interessados diretos da OMS de 2015 para avaliar este indicador e informar sobre a participação da AMRO na pesquisa global. Contudo, cinco Estados Membros da AMRO participaram da pesquisa de 2015, a saber: Barbados, Guatemala, Honduras, República Dominicana e Suriname.</p> <p>A situação em 2014-2015 deve revelar uma melhoria notável da percepção do desempenho da OPAS/OMS. Cumpre destacar que este indicador não mede plenamente a percepção do desempenho global da OPAS.</p>				

Avaliação dos indicadores dos resultados imediatos

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
6.5.1	Melhoria da comunicação do pessoal da OPAS/OMS, levando a uma melhor compreensão da atuação e impacto da Organização	Número de escritórios da OPAS/OMS que concluíram o componente de formação das estratégias de Gestão do Conhecimento e Comunicação da Organização	4	12	Superado (27)
<p>Vinte e sete Representações da OPAS/OMS concluíram o componente de formação das estratégias de gestão do conhecimento (17) e de comunicação (10) da Organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dezessete no âmbito da estratégia de gestão do conhecimento: ARG, BOL, BRA, CHL, CUB, DOM, ECC, ECU, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PER, PRI, PRY, SLV. • Dez no âmbito da estratégia de comunicação: a Sede mais BOL, BRB, CUB, DOM, ECU, MEX, PRY (2 sessões), SLV, TTO. <p>Após aprovação do Programa e Orçamento 2014-2015, uma estratégia independente foi aprovada para a gestão do conhecimento e outra distinta, para a comunicação. Assim, os resultados são apresentados em comparação com cada uma das estratégias.</p> <p>Os seguintes escritórios receberam formação e foram apoiados para a formulação e implementação dos componentes da estratégia de gestão do conhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redação científica, busca de bibliografia e acesso à informação: ARG, BOL, DOM, PAN, PRI, PRY. • O Repositório Institucional para o Intercâmbio de Informações da OPAS: ARG, BRA, CUB, ECU, DOM, FEP, MEX, PER, PRY. Reuniões/cursos periódicos virtuais foram organizados com os pontos focais dos Centros de Conhecimento durante o biênio. • Orientação relacionada com os Centros Colaboradores da OPAS/OMS: ARG, BRA, CHL, CUB, HND, MEX. • Memória institucional /biblioteca: BOL, ECC, ECU, JAM, MEX, PER, PRY. • Oficinas de gestão do conhecimento: ARG, CUB, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PER, SLV. • Desenvolvimento das estratégias nacionais de saúde eletrônica: ARG, GTM, PAN, PER, SLV. <p>Foram oferecidos formação e apoio para o desenvolvimento e implementação dos componentes da estratégia de comunicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma nova estratégia de comunicação e uma política de publicação para a OPAS foram estabelecidas pela Unidade de Comunicação e aprovadas durante o biênio. • Um total de 12 sessões de formação foi ministrado durante 2014 e 2015: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sessenta e nove gerentes de entidades (27 Representações da OPAS/OMS e 42 entidades da Sede) receberam o componente de formação da estratégia de comunicação da Organização durante a Reunião de Gerentes anual de 2014. ○ Comunicação para funcionários da OPAS (Bolívia, Sede, Trinidad e Tobago). ○ Formação em comunicação de riscos relativos ao Ebola (Barbados, Cuba, Paraguai) e formação em comunicação de riscos no Caribe relativos ao chikungunya (República Dominicana, Paraguai). ○ Comunicação e mídias sociais (Equador). ○ Comunicação para a saúde e estratégias de comunicação (El Salvador). ○ Comunicação e mídias sociais (departamento técnico da Família, Gênero e Ciclo de Vida). 					

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
6.5.2	Plataformas de comunicação, políticas e redes eficazes e inovadoras	Número de escritórios da OPAS/OMS que tenham concluído o componente da plataforma, política e rede da estratégia de Gestão do Conhecimento e Comunicação da Organização	3	25	Superado (42)
<p>Um total de 42 sessões de formação foi organizado nas Representações da OPAS/OMS para implementar os componentes da plataforma, política e rede da estratégia de gestão do conhecimento e comunicação da Organização.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quinze em gestão do conhecimento: ARG, BOL, BRA, CHL, COL, CRI, DOM, ECC (LCA), GTM, HND, MEX, PAN, PER, PRI, SLV. • 27 escritórios nos componentes de estratégia de comunicação (Web atualizada, Intranet). <p>Após aprovação do Programa e Orçamento 2014-2015, foram elaboradas plataformas separadas para implementar a estratégia de comunicação e a estratégia de gestão do conhecimento. Nesse sentido, os resultados são informados com base nas estratégias individuais.</p> <p>Principais avanços relacionados com a estratégia de comunicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A política de publicação da OPAS foi aprovada e adotada em 2015. • Cada Representação da OPAS/OMS tem um site ativo na Internet, sendo mantido e atualizado. • O Website da OPAS foi atualizado e reprojeto para reforçar o acesso móvel e a prestação de informações. • Foram tomadas medidas para fortalecer a imagem institucional na Intranet, que serve como o principal centro do sistema de identidade institucional da OPAS para o pessoal interno. • As atividades nas redes sociais foram estabelecidas e consolidadas para aumentar a eficiência. • Formação em comunicação foi oferecida na Reunião de Gerentes de 2014 sobre “reduzir o jargão” e o uso das mídias sociais. • Séries com múltiplas sessões foram oferecidas na Sede a todo o pessoal sobre comunicar com eficácia e reduzir o jargão. <p>Principais avanços relacionados com a gestão do conhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A tradução do conhecimento e os mecanismos de evidência tiveram um forte avanço em consequência da iniciativa iPIER (Melhoria da Implementação de Programas Incorporando a Pesquisa) (ARG, BOL, BRA, CHL, COL, LCA, MEX, PAN, PER). • Diretrizes e programas nacionais foram fortalecidos com o estabelecer de normas, a melhoria das estratégias de implementação, o apoio à elaboração de diretrizes, organização de sessões de formação sobre a elaboração de diretrizes (ARG, CHL, COL, CRI, DOM, GTM, HND, PAN, PER). • Formação em orientação e ética na saúde pública foi oferecida pela primeira vez nos níveis regional e nacional (CHL, COL, PRI) e para funcionários da OPAS. • Foram elaboradas metodologias sobre: a) comunidades de prática; b) lições extraídas; c) reuniões virtuais eficazes; d) como redigir artigos científicos; e) fóruns virtuais; f) como construir e preservar a memória institucional/repositórios institucionais; g) a sociedade da informação na saúde; h) comunicação científica em saúde pública. <p>O programa de bolsas de estudo da OPAS–OEA ofereceu 188 bolsas de estudo de pós-graduação em saúde (principalmente de mestrado e doutorado) no Brasil e México, com as informações sendo compartilhadas e disseminadas localmente por meio das PWR nos países beneficiários: ARG, BOL, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, DOM,</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Nome do resultado imediato	Indicador do RIM	Linha de base em 2013	Meta para 2015	Classificação da avaliação
ECU, GTM, HND, HTI, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, URY, USA, VEN. Foram oferecidas, a estudiosos e pessoal de universidades no Brasil e no México, ferramentas para usar melhor e produzir pesquisa para a saúde por meio do site da OEA.					

Anexo B: Exemplos do Compêndio de Indicadores

Indicador do resultado intermediário

Código e título do indicador	RIT 1.1.1 Cobertura da terapia antirretroviral (TARV)
Nome do indicador	Número de países e territórios que têm uma cobertura de 80% da terapia antirretroviral (TARV) na população que reúne os requisitos ¹
Definição do indicador	Este indicador mede a cobertura do acesso à TARV. Uma cobertura de 80% ou mais entre as pessoas que reúnem os requisitos para receber o tratamento está definida internacionalmente como acesso universal. Ponto de comparação 2013: 6 Meta para 2019: 22
Objetivo do indicador	O indicador proposto tem por objetivo monitorar o acesso à TARV, um elemento-chave no processo contínuo de prevenção–tratamento–atenção que produz um forte impacto sobre os resultados em termos de saúde pública, inclusive uma redução da morbidade e mortalidade relacionada ao HIV, e a prevenção da transmissão.
Nota técnica	Cálculo no nível nacional: Para o cálculo no nível nacional, o numerador é o número de pessoas recebendo a terapia antirretroviral, e é derivado dos relatórios fornecidos pelos ministérios da saúde. O denominador é a estimativa do número de pessoas que precisam da TARV. ⁷ Os denominadores dos países são gerados usando métodos e ferramentas de modelagem estatística padronizada e ferramentas, e são fornecidos pelo UNAIDS. Cálculo no nível regional: Tendo calculado a porcentagem da cobertura no nível nacional, o indicador regional é obtido ao contar o número de países e territórios com cobertura igual ou superior a 80%. Múltiplas fontes de dados são usadas, pois nem todos os países estão cobertos nos diversos relatórios. A coleta de dados no nível nacional é contínua, com a cobertura de cada país sendo calculada no fim do ano.
Tipo de indicador	Absoluto.
Unidades de medição	Número de países e territórios.
Frequência de medição	Anual, com o indicador medido no fim do ano.

¹ Até meados de 2013, o critério **especificava** indivíduos soropositivos cujo número de linfócitos CD4 era igual ou inferior a 350/mm³. Com base nas novas diretrizes da OMS publicadas em junho de 2013, o limiar recomendado para iniciar a TARV foi elevado para 500 CD4/mm³ ou menos, o que significa que o número de pessoas que reúnem os requisitos (denominador) **aumentou**.

Unidade da RSPA responsável pelo indicador	Doenças transmissíveis e Análise de Saúde/HIV, Hepatite, Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CHA/HT).
Fonte dos dados	UNAIDS e OMS, os relatórios nacionais sobre o acesso universal e os Relatórios de Progresso sobre a Resposta Mundial à AIDS.
Limitações	<p>Existem algumas incertezas com respeito à precisão do modelo estatístico quando ele é aplicado aos países menores com epidemias concentradas.</p> <p>É muito difícil chegar a estimativas confiáveis para os denominadores em populações muito pequenas. O UNAIDS tampouco está gerando denominadores para todos os países, inclusive os pequenos Estados insulares.</p> <p>A mudança recomendada nos critérios de habilitação de um limiar de CD4 de 350 células/mm³ para 500 células/mm³ aumentará o número estimado de pessoas que reúnem os critérios (denominador), resultando em uma redução evidente da cobertura. O impacto dessa mudança precisará ser levado em conta no monitoramento deste indicador.</p> <p>Este indicador mede a cobertura global do TARV, mas não mede as iniquidades na cobertura, sobretudo as relacionadas com as principais populações, como os homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e pessoas transgênero HSH, profissionais do sexo, e pessoas transgênero. As questões locais, como os imigrantes não documentados, também influirão na precisão do indicador. É crucial continuar a monitorar o acesso dessas populações ao tratamento, bem como a qualidade da atenção que elas recebam.</p>
Referências	<p>Organização Pan-Americana da Saúde. <i>HIV Continuum of Care Monitoring Framework, 2014, Addendum to meeting report: Regional consultation on HIV epidemiologic information in Latin America and the Caribbean</i>. [Estrutura de monitoramento do processo contínuo de atenção ao HIV, 2014, Adendo ao relatório da reunião: Consulta regional sobre as informações epidemiológicas do HIV na América Latina e Caribe.] Washington, D.C.: OPAS; abril de 2014. Versão em inglês disponível em:</p> <p>http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25746&Item.id.</p>

Indicador do resultado imediato

Código e resultados imediato	RIM 1.1.1. Implementação e monitoramento do plano regional para a infecção pelo HIV/ISTs por meio de cooperação técnica nos níveis regional e nacional.
Nome do indicador	Número de países e territórios que estão implementando as estratégias nacionais para a infecção pelo HIV/ISTs de acordo com a Estratégia Global

	do Setor da Saúde para o HIV/AIDS 2011–2015 e o plano regional do HIV/ISTs para o setor da saúde 2006–2015
Definição do indicador	Este indicador monitora quantos países formularam ou atualizaram seu plano ou estratégia nacional para o HIV/ISTs de acordo com as prioridades regionais e mundiais e a orientação programática.
Objetivo do indicador	Este indicador mede o nível da captação da orientação mundial e regional para uma resposta eficaz do setor de saúde ao HIV/ISTs.
Nota técnica	<p>Será considerado que um país alcançou o indicador se satisfizer os seguintes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Desenvolveu ou atualizou uma estratégia/plano nacional do setor de saúde ou um plano estratégico multissetorial contra o HIV após a avaliação intermediária do Plano Regional do HIV/ISTs para o Setor da Saúde em 2012; e b) A estratégia ou plano nacional do HIV/ISTs aborda pelo menos três dos seguintes pontos chave: <ol style="list-style-type: none"> i. Otimização do tratamento ii. Eliminação da transmissão materno-fetal do HIV e da sífilis congênita iii. Prevenção e atenção às principais populações iv. Fortalecimento das informações estratégicas v. Fortalecimento, integração e descentralização dos sistemas de saúde <p>Será solicitado aos países que prestem informações sobre este indicador, o que será seguido pela análise interna dos planos estratégicos e estratégias nacionais do HIV atualizadas ou elaboradas recentemente.</p>
Tipo de indicador	Absoluto.
Unidades de medição	Número de países e territórios.
Frequência de medição	Anual.
Unidade da RSPA responsável pelo indicador	Doenças transmissíveis e Análise de Saúde/HIV, Hepatite, Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CHA/HT).
Fonte de dados	Informações prestadas diretamente pelos países ao nível regional. A formulação ou atualização das estratégias nacionais é monitorada pelas representações nos países da OPAS/OMS e pelos pontos focais sub-regionais do HIV/ISTs; os conteúdos serão validados pelo Escritório Regional.
Limitações	Este indicador mede a inclusão das prioridades nos planos ou estratégias nacionais, mas não captará a implementação efetiva nem o nível de recursos alocados a essas prioridades.
Referências	Pendente.

Anexo C

Indicadores não Alcançados

Indicadores dos resultados intermediários

Indicador do resultado intermediário	Linha de base em 2013	Meta para 2019	Alcançado até o fim de 2015	Comentários (progresso até o momento e motivos para o indicador não ter sido alcançado)
1.2.3 Porcentagem de novos pacientes com diagnóstico de TB em comparação com o total de casos incidentes de tuberculose	79%	90%	77%	Apesar do progresso observado nos países, isso representa uma ligeira diminuição. Uma possível explicação está relacionada à maneira como a OMS atualiza as estimativas da carga de TB na Região. No primeiro semestre de 2016, o programa regional contra a TB planejou uma reunião para examinar essas estimativas.
1.5.1 Média da cobertura regional com três doses da vacina contra difteria, tétano e coqueluche	92%	94%	90%	Alguns Estados Membros não demonstraram o progresso esperado ou informaram reduções da cobertura por diversas razões, como desafios operacionais e financeiros, afetando significativamente a cobertura média da Região. Isso chama a atenção para a situação de um país que informou uma diminuição da sua cobertura da vacinação de mais de 15% entre 2014 e 2015 em relação a 2013 devido a uma mudança nos seus sistemas de registro de imunização. Embora essas mudanças tenham sido consideradas uma boa prática pelo Grupo de Assessoria Estratégica de Especialistas em Imunização (SAGE) na avaliação do <i>Plano de ação global de vacinação</i> , elas impactaram consideravelmente a média da cobertura regional de vacinação.
2.1.1b – Prevalência de transtornos decorrentes do consumo de álcool entre adolescentes e adultos, conforme o caso, dentro do contexto nacional	6,0% para os códigos do CID 10 (2,6% para o uso prejudicial e 3,4% para a dependência do álcool) em 2010	Redução de 5%	Não disponível	Este indicador foi avaliado originalmente com dados de 2010, e os dados da linha de base fornecidos são as estimativas da OMS publicadas em 2014. Nenhuma outra estimativa foi feita pela OMS para avaliar o progresso nem para projetar os números de 2019. É pouco provável que esta meta seja alcançada, uma vez que as tendências estimadas mostram um aumento do consumo e do consumo excessivo entre as mulheres, além do alcance limitado

				dos serviços de saúde.
2.1.1c – Prevalência, padronizada por idade, de episódios de consumo excessivo	13,7%	Redução de 5%	Não disponível	Este indicador foi avaliado pela primeira vez com dados de 2010 e os dados da linha de base fornecidos são as estimativas da OMS publicadas em 2014. Nenhuma outra estimativa foi feita pela OMS para avaliar o progresso nem para projetar os números de 2019. Dadas as tendências estimadas, que mostram um aumento dos episódios de consumo excessivo de álcool por adolescentes e adultos, é pouco provável que esta meta seja alcançada caso nenhuma mudança de política seja implementada.
3.5.3 Número de países e territórios em que se reduziu em 5% a proporção da população que depende de combustíveis sólidos	14	20	5	Embora alguns países mostrem tendência de queda no uso de combustível sólido (UCS), como Honduras (-1%), Peru (-2%) e Paraguai (-7%), o progresso geral foi insuficiente em relação ao esperado. Os países que aumentaram o UCS foram a Guatemala (+7%), México (+1%) e Haiti (+1%). Todos os países com trabalhos em curso devem alcançar a meta de 2019; contudo, Guatemala e Haiti enfrentam desafios e será necessário um forte compromisso com a expansão dos programas nacionais para atingir a meta. Entre os países na linha de base, todos sustentaram tendências de queda no UCS. Além disso, a Colômbia não teve nenhuma variação e se manteve em 14%; El Salvador caiu de 22% para 19%, mas seu risco continua a ser significativo e a República Dominicana teve um aumento de +2%. Finalmente, existem desafios em termos de coleta e medição dos dados.
4.1.2 Número de países e territórios com gastos públicos em saúde de pelo menos 6% do PIB	6	20	5	Embora vários países na Região tenham formulado estratégias para aumentar os gastos em saúde pública, é importante observar que mais tempo é necessário para ver aumentos desses gastos e que ainda é cedo demais no período de seis anos do Plano Estratégico para avaliar o progresso. Os países na linha de base devem continuar a trabalhar para proteger os ganhos obtidos no avanço

				rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde. Esse indicador seria beneficiado por um trabalho maior e constante na institucionalização da produção das contas de saúde para assegurar o devido acompanhamento dos recursos e dos gastos.
--	--	--	--	--

Anexo D: Resumo dos Indicadores com Mudanças Propostas para 2016-2017

(Os acréscimos estão em *itálico*; o que foi excluído está ~~em negrito~~. As mudanças serão inseridas no Sistema de Monitoramento de Planos Estratégicos (SMPE) e serão usadas para fins da avaliação final do Programa e Orçamento 2016-2017.)

Número do resultado imediato	Texto original do Programa e Orçamento 2016-2017, aprovado pelo Conselho Diretor em setembro de 2015	Texto proposto validado pela RSPA na avaliação do fim do biênio 2014-2015, maio de 2016
2.1.2e¹	<p>Indicador: Número de países que estão implementando políticas, estratégias ou leis em linha com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco</p> <p>Definição do indicador: Número de países que implementaram pelo menos três das quatro medidas centrais no controle do tabagismo no seu nível mais elevado de avanço no nível nacional.</p> <p>Linha de base (2015): 8 Meta (2017): 12</p>	<p>Indicador: Número de países que estão implementando políticas, estratégias ou leis em linha com a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT).</p> <p>Definição do indicador: Número de países que implementaram pelo menos três das quatro medidas centrais no controle do tabagismo <i>incluídas como “as melhores opções” para a prevenção e controle</i> das DNTs no seu nível mais elevado de avanço no nível nacional.</p> <p>Linha de base (2015): 8 4 Meta (2017): 12 7</p>
2.1.5²	<p>Indicador: Número de países e territórios com diálise de alta qualidade e um registro de transplantes para casos de doença renal crônica</p>	<p>Indicador: Número de países e territórios com um <i>registro</i> para a diálise de alta qualidade e <i>um registro</i> para os transplantes nos casos de DRC.</p>
2.3.3	<p>Título do resultado imediato: Países aptos a desenvolver e implementar um protocolo nacional para a prestação de serviços de saúde a vítimas da violência sexual e da provocada pelo parceiro íntimo, de acordo com as diretrizes de 2013</p>	<p>Título do resultado imediato: Países aptos a desenvolver e implementar um protocolo nacional para a prestação de serviços de saúde a vítimas da violência sexual e da provocada pelo parceiro íntimo, de acordo com as diretrizes de 2013 da</p>

¹ NB: No Programa e Orçamento 2014-2015, o código deste resultado imediato era 2.1.6. Em 2016-2017, foi alterado para 2.1.2e.

² NB: No Programa e Orçamento 2014-2015, o código deste resultado imediato era 2.1.7. Em 2016-2017, foi alterado para 2.1.5.

	<p>da OMS</p> <p>Indicador: Número de países e territórios que criam ou ajustam procedimentos/protocolos/diretrizes operacionais nacionais padronizados para a resposta do sistema de saúde à violência sexual e à provocada pelo parceiro íntimo, de forma compatível com as diretrizes da OMS</p>	<p><i>OMS Formulação e execução de políticas e programas para enfrentar a violência contra a mulher e crianças facilitada.</i></p> <p>Indicador: Número de países e territórios que criam ou ajustam procedimentos/protocolos/diretrizes operacionais nacionais padronizados para a resposta do sistema de saúde à violência sexual e à provocada pelo parceiro íntimo, de forma compatível com as diretrizes da OMS</p>
6.1.1	<p>Indicador: Número de países e territórios com estratégias de cooperação nos países em que pelo menos 50% das implicações das ECPs foram abordadas</p> <p>Linha de base (2015): 10 Meta (2017): 32</p>	<p>Indicador: Número de países com ECP corrente elaborada de acordo com as diretrizes aprovadas</p> <p>Linha de base (2015): 10 Meta (2017): 32</p>
6.3.1	<p>Indicador: Porcentagem dos resultados imediatos alcançados</p> <p>Linha de base (2015): 90% (com base na taxa de consecução histórica) Meta (2017): Pelo menos 90%</p>	<p>Indicador 6.3.1a: Porcentagem dos resultados imediatos alcançados</p> <p>Linha de base (2015): 90% (com base na taxa de consecução histórica) Meta (2017): Pelo menos 90%</p> <p>Indicador 6.3.1b: Planejamento e orçamento baseado em resultados implementados em toda a Organização em colaboração com os Estados Membros (indicador a ser medido com base no desenvolvimento do P&O usando um enfoque de baixo para cima, implementação da metodologia de priorização, avaliação conjunta de fim de biênio)</p> <p>Linha de base (2015): Sim Meta (2017): Sim</p>

Anexo E: Abreviaturas

Abreviatura	Descrição
AIDS	síndrome da imunodeficiência adquirida
AMEXCID	Agência Mexicana de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
AMRO	Escritório Regional da OMS para as Américas
ARNr	autoridades reguladoras nacionais de referência regional
BFHI	Iniciativa em prol dos hospitais “amigos do lactante”
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BWP	plano de trabalho bienal
CARICOM	Comunidade do Caribe
CCHD	Cooperação entre Países para Desenvolvimento da Saúde
CDC	Centros para Controle e Prevenção de Doenças (Estados Unidos)
CE	Comissão Europeia
CID	Classificação Internacional de Doenças
COHSOD	Conselho para o Desenvolvimento Humano e Social
COP-21	Conferência das Nações Unidas sobre Mudança Climática de 2015
COPAIA	Comissão Pan-americana de Inocuidade dos Alimentos
COSALFA	Comissão Sul-americana para a Luta Contra a Febre Aftosa
CPAN	Rede de Categorias e Áreas Programáticas da RSPA
CQCT	Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco
CVN	contribuição voluntária nacional
DIN	doença infecciosa negligenciada
DNT	doença não transmissível
DRC	doença renal crônica
DTP	difteria, tétano e coqueluche
DVE	Doença do vírus Ebola
ECP	Estratégia de Cooperação nos Países
ERE	estrutura de resposta a emergências
ERM	Gestão de Riscos Corporativos
ETMF	eliminação da transmissão materno-fetal (do HIV)
EXM	Direção Executiva da RSPA
FDA	Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos (Estados Unidos)
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GBR	Gestão baseada em resultados
GSO	Operações de Serviços Gerais
GTA	Grupo Técnico Assessor
HIV	vírus da imunodeficiência humana
HPV	papilomavírus humano
IDI	indicador de desempenho importante
IES	Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação
IHSDN	rede integrada de prestação de serviços de saúde
IMS-Dengue	Estratégia de Gestão Integrada para a Prevenção e Controle da Dengue
INFOSAN	Rede Internacional de Autoridades de Inocuidade dos Alimentos

Abreviatura	Descrição
iPIER	Melhoria da Implementação de Programas Incorporando a Pesquisa
ISH	Índice de Segurança Hospitalar
IST	infecção sexualmente transmissível
MERCOSUL	Mercado Comum do Cone Sul
MS	Ministério da Saúde
MSM	homens que fazem sexo com homens
MSPP	Ministério de Saúde Pública e População (Haiti)
ND	nenhum dado
NFP	Ponto Focal Nacional do RSI
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIE	Organização Mundial de Saúde Animal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
P&O	Programa e Orçamento
PALTEX	Programa Ampliado de Livros de Texto e Materiais de Instrução
PANAFTOSA	Centro Pan-Americano de Febre Aftosa
PGB	penicilina G benzatina
PHEFA	Programa Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa
PIB	produto interno bruto
PMA	monitoramento e avaliação do desempenho
PMIS	Sistema de Informação para a Gestão da RSPA
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
PPE	profilaxia pós-exposição
PRAIS	Plataforma Regional da OPAS sobre Acesso e Inovação para Tecnologias em Saúde
PWR	Representante da OPAS/OMS
RB	Orçamento Ordinário
RedETSA	Rede Regional de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas
REDIPRA	Reunião de Diretores de Programas Nacionais de Controle da Raiva na América Latina
RELACSYS	Rede Latino-Americana e Caribenha para o Fortalecimento dos Sistemas de Informação em Saúde
REMSAA	Reunião de Ministros da Saúde da Área Andina
RH	recursos humanos
RHS	recursos humanos em saúde
RIED	Resposta Institucional a Emergências e Desastres
RIM	resultado imediato
RIT	resultado intermediário
RSC	resposta a surtos e crises
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSPA	Repartição Sanitária Pan-Americana
RWP	Respeito no Local de Trabalho
SENACSA	Serviço Nacional de Qualidade e Saúde Animal (Paraguai)
SICA	Sistema de Integração Centro-Americana

Abreviatura	Descrição
SisLeish	Sistema Regional de Informação sobre Leishmanioses
SMPE	Sistema de Monitoramento do Plano Estratégico
STP	Saúde em Todas as Políticas
TARV	terapia antirretroviral
TB	tuberculose
TB	Tuberculose
TI	tecnologia da informação
TMF	transmissão materno-fetal (do HIV)
TT	temas transversais
UCS	uso de combustível sólido
UHC	cobertura universal de saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
UNASUL	Conselho de Ministros da Saúde da União de Nações Sul-Americanas
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VIP	vacina inativada poliomielite
VPC	vacina pneumocócica conjugada
VPD	doenças imunopreveníveis

Anexo F. Lista dos países e territórios com as respectivas siglas

País	Sigla	País	Sigla
Estados Membros	35	Membros Associados	4
1 Antígua e Barbuda	ATG	36 Aruba	ABW
2 Argentina	ARG	37 Curaçao	CUW
3 Bahamas	BHS	38 Porto Rico	PRI
4 Barbados	BRB	39 Sint Maarten	SXM
5 Belize	BLZ		
6 Bolívia	BOL	Estados participantes	3
7 Brasil	BRA	França	4
8 Canadá	CAN	40 Guiana Francesa	GUF
9 Chile	CHL	41 Saint Martin (francesa)	MAF
10 Colômbia	COL	42 Guadalupe	GLP
11 Costa Rica	CRI	43 Martinica	MTQ
12 Cuba	CUB		
13 Dominica	DMA	Reino dos Países Baixos	3
14 República Dominicana	DOM	44 Bonaire	BON
15 Equador	ECU	45 Saba	SAB
16 El Salvador	SLV	46 Santo Eustáquio	STA
17 Granada	GRD		
18 Guatemala	GTM	Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte	6
19 Guiana	GUY		
20 Haiti	HTI	47 Anguilla	AIA
21 Honduras	HND	48 Bermudas	BMU
22 Jamaica	JAM	49 Ilhas Virgens Britânicas	VGB
23 México	MEX	50 Ilhas Cayman	CYM
24 Nicarágua	NIC	51 Montserrat	MSR
25 Panamá	PAN	52 Turks e Caicos	TCA
26 Paraguai	PRY		
27 Peru	PER		
28 São Cristóvão e Névis	KNA		
29 Santa Lúcia	LCA		
30 São Vicente e Granadinas	VCT		
31 Suriname	SUR		
32 Trinidad e Tobago	TTO		
33 Estados Unidos	USA		
34 Uruguai	URY		
35 Venezuela	VEN		