



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



**50º CONSELHO DIRETOR**  
**62ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

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

---

*Tema 8.1 da agenda provisória*

CD50/INF/1 (Port.)  
26 de agosto de 2010  
ORIGINAL: INGLÊS

**ORÇAMENTO POR PROGRAMA**  
**DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**

B. Projeto de Proposta de Orçamento-Programa para 2012–2013

**PPB/2012-2013**  
**VERSÃO PARA OS COMITÊS REGIONAIS**

Original: Inglês

**PROJETO DE PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2012–2013**

**VERSÃO PARA OS COMITÊS REGIONAIS**

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
INTRODUÇÃO.....	4-15
OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS.....	16
1. Reduzir o fardo das doenças transmissíveis nas áreas sanitária, social e económica .....	16-23
2. Combater o VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo.....	24-30
3. Evitar e reduzir as doenças, incapacidades e mortes prematuras por doenças crónicas não transmissíveis, perturbações mentais, violência e traumatismos e deficiência visual.....	31-37
4. Reduzir a morbilidade e mortalidade e melhorar a saúde nas fases chave da vida, incluindo a gravidez, nascimento, período neonatal, infância e adolescência; melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento activo e saudável de todos os indivíduos .....	38-44
5. Reduzir as consequências para a saúde de situações de emergência, catástrofes, crises e conflitos e minimizar o seu impacto social e económico.....	45-49
6. Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir os factores de risco relacionados com os problemas de saúde associados ao uso do tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoactivas, dietas não saudáveis, inactividade física e sexo de risco.....	50-55
7. Enfrentar os determinantes sociais e económicos subjacentes à saúde por meio de políticas e programas que aumentem a equidade na saúde e integrem abordagens favoráveis aos pobres, respondam à problemática dos géneros e respeitem os direitos humanos .....	56-60
8. Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar as políticas públicas de todos os sectores, de modo a enfrentar as causas profundas das ameaças ambientais à saúde.....	61-65
9. Melhorar a nutrição, a segurança e a suficiência alimentar ao longo da vida, em apoio à saúde pública e a um desenvolvimento sustentável .....	66-71
10. Melhorar os serviços de saúde aperfeiçoando a governação, o financiamento, os recursos humanos e a gestão, com o apoio de dados fiáveis e acessíveis e da investigação.....	72-80
11. Garantir progressos no acesso, qualidade e uso dos produtos médicos e tecnologias .....	81-85
12. Proporcionar liderança, reforçar a governação e fomentar parcerias e colaboração com os países, o sistema das Nações Unidas e outros intervenientes, para cumprir o mandato da OMS no sentido de fazer avançar a agenda mundial da saúde, como consignado no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho.....	86-90
13. Desenvolver e sustentar a OMS como organização flexível e voltada para a aprendizagem, capacitando-a para desempenhar o seu mandato de modo mais eficiente e eficaz .....	91-95
Quadros financeiros	
Anexo 1 .....	96-97
Anexo 2 .....	98-99

**Convenção quanto aos arredondamentos:** O Orçamento-Programa da OMS é preparado em milhares de dólares americanos e apresentado em milhões. Todos os números apresentados são correctos; no entanto, devido a arredondamentos na apresentação, poderão surgir ligeiras discrepâncias entre o total apresentado e o total obtido pela soma dos números impressos. Nessa eventualidade, deve-se considerar correcto o total impresso, visto que ele tem em conta os números subjacentes.

## INTRODUÇÃO

Este primeiro projecto da Proposta de Orçamento-Programa de 2012–2013 é submetido à análise dos seis comités regionais com uma atencendência bem superior a um ano, em relação ao início da sua implementação. O subsequente processo de consulta dos órgãos directivos de âmbito regional e global resultará no eventual destaque de certos conteúdos do orçamento bienal e fundamentará a sua expressão financeira geral. Tal como anteriormente, a Proposta de Orçamento-Programa é ambiciosa e, em certa medida, ousada – aspectos que podem ser contrariados pela evolução da situação económica mundial. Nesta fase inicial do processo, o orçamento proposto é semelhante ao Orçamento-Programa aprovado para 2010–2011, em termos do segmento dos Programas de base.

O Orçamento-Programa para o biénio 2012–2013 é o último da vigência do Plano Estratégico de Médio Prazo de 2008–2013. A estrutura do Plano Estratégico a Médio Prazo – com o seus 13 objectivos estratégicos a manterem-se inalterados ao longo de vários biénios - proporciona vantagens de estabilidade e possibilita comparações. No entanto, a importância da **integração** das actividades da OMS nos programas e níveis da Organização vem ficando cada vez mais evidente. Os objectivos estratégicos do Plano Estratégico a Médio Prazo pretendem definir a orientação e as prioridades gerais. O desafio real consiste em garantir que esses objectivos não venham a tornar-se silos artificiais. São numerosos os exemplos. As acções na área da SIDA, tuberculose e paludismo têm impacto na saúde materna e infantil. Os progressos no nível da nutrição resultam de medidas relacionadas com diversos objectivos estratégicos. Uma melhor capacidade para gerir surtos de doenças emergentes ou com potencial epidémico significa melhor capacidade para gerir as vertentes da saúde nas crises humanitárias. As funções nucleares da OMS não são exclusivas de nenhum nível da Organização; pelo contrário, interagem com os vários níveis da OMS, na procura de melhores resultados. O processo de estimular uma melhor integração e de procurar constantemente novas sinergias entre departamentos, *clusters*, a Sede, as Regiões e as Representações da OMS nos países é permanente e continuará a ser preferencial.

Outro tema fulcral deste orçamento é a **continuidade**. Falamos de usar os ensinamentos colhidos com o Orçamento-Programa de 2008–2009: avaliação do desempenho e intensificação de intervenções que deram provas de pertinência e eficácia. Esta abordagem é especialmente importante nas intervenções que pretendem melhorar os serviços de saúde materna e infantil.

O terceiro tema é a **evolução** – nos casos em que novas orientações e prioridades foram integradas nas estratégias de cooperação com os países, ou definidas por resoluções da Assembleia Mundial da Saúde. Como exemplos de evolução, referem-se a crescente importância e o aumento dos processos inter-governamentais que evoluem das políticas para a acção, (como o programa de reforço dos sistemas de saúde), ou partem da investigação para a implementação (como o programa das doenças não transmissíveis).

A proposta de Orçamento-Programa de 2012–2013 será apresentada depois de a última Sessão Plenária de Alto Nível das Nações Unidas sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) passar em revista os progressos feitos (20–22 de Setembro de 2010). Quando este orçamento se iniciar, estaremos separados de 2015 por apenas 3 anos. A revisão dos ODM virá informar a orientação política, indicará onde os progressos não foram adequados e, assim, apontará em que sentido a OMS deve orientar as suas energias. Quanto à saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças, a acção da OMS incidirá nos países com fardo elevado. O seu método de actuação será por meio de acordos de colaboração e partilha de tarefas com outras agências das Nações Unidas. As actividades serão realizadas no contexto dos planos de desenvolvimento dos países e das suas políticas e estratégias nacionais para a saúde.

O sucesso na melhoria da saúde das mulheres, dos recém-nascidos e das crianças pequenas exigirá uma continuidade de intervenções técnicas ao longo do curso da vida, com esforços concomitantes de reforço dos sistemas de prestação de serviços de saúde e de abordagem aos principais determinantes económicos e sociais da saúde das mulheres. Estas actividades seguirão os dados fornecidos pela publicação *As Mulheres e a Saúde*,<sup>1</sup> que destaca as consequências e os custos de se falhar na abordagem aos problemas da saúde, no momento adequado da vida das jovens e das mulheres.

Um dos ensinamentos-chave colhidos em biénios anteriores é que a consecução dos objectivos da saúde depende do acesso equitativo a um sistema de saúde que preste serviços de alta qualidade. A configuração exacta dos serviços dependerá do contexto de cada país mas, em todos os casos, eles exigem um financiamento adequado dos cuidados de saúde, com partilha dos riscos; profissionais com formação adequada e devidamente remunerados; uma informação que sirva de base às decisões políticas e de gestão; infra-estruturas e logística para levar os medicamentos e vacinas até onde sejam precisos; unidades de saúde funcionais, integradas numa rede de referências; e liderança que dê orientações claras e se apoie no potencial dos parceiros – com especial incidência nas comunidades.

Uma política e uma estratégia nacionais para a saúde que sejam robustas podem assegurar a complementaridade de todos os elementos necessários à melhoria dos produtos da saúde, acelerando assim a consecução dos ODM. Nos países com níveis significativos de ajuda externa, estratégias nacionais sólidas são o melhor método para harmonizar a ajuda externa com as prioridades nacionais. A OMS apoia fortemente a formulação e implementação de políticas, estratégias e planos nacionais.

A incidência dos ODM na consecução de objectivos quantitativos com limites temporais tem sido um estímulo para a avaliação de resultados e de progresso. Essa incidência também revelou graves deficiências na capacidade dos países para gerar estatísticas e outra informação sanitária. Oitenta e cinco países, correspondendo a 65% da população mundial, não têm estatísticas fiáveis sobre as causas de morte. Isso significa que essas causas não são conhecidas nem registadas; os programas da saúde só podem formular estratégias a partir de estimativas incipientes e imprecisas. A OMS continuará a apoiar os países no reforço dos sistemas de informação sanitária e na criação de uma capacidade analítica nacional.

A última década assistiu a reduções notáveis nos óbitos por VIH/SIDA, tuberculose, paludismo e doenças da infância evitáveis pela vacinação. É um progresso, mas não uma vitória. Estes progressos deverão ser sustentados, e simultaneamente com esforços para enfrentar outras prioridades da saúde, incluindo as doenças não transmissíveis e a saúde mental.

As doenças cardiovasculares, o cancro, a diabetes, as doenças pulmonares crónicas e outras doenças não transmissíveis são actualmente responsáveis por 60% do total de mortes. Muitas destas mortes são prematuras e ocorrem em países de baixo e médio rendimento. Embora existam intervenções de base factual a preço acessível que podem reduzir a morbilidade, as incapacidades e as mortes prematuras, mesmo nos países de baixo rendimento, o fardo global das doenças não transmissíveis continua a aumentar, com graves implicações no desenvolvimento sanitário e socioeconómico.

O plano de acção da estratégia global para a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis no período de 2008–2013 dá aos Estados-Membros e ao Secretariado orientações sólidas para vencer este enorme desafio. Conseguiram-se, até à data, progressos significativos. Uma advocacia sustentada resultou em apoio político de alto nível à agenda das doenças não transmissíveis, a nível global e nacional. Foi disso prova recente a Declaração Ministerial no Segmento de Alto Nível do Conselho Económico e Social das Nações Unidas (Genebra, 6–9 de Julho de 2009) e a adopção de uma resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a prevenção e controlo das doenças não

---

<sup>1</sup> *As Mulheres e a Saúde: dados de hoje, agenda de amanhã*. Genebra, OMS, 2009.

transmissíveis na qual, entre outros aspectos, se decidiu convocar uma sessão de alto nível da Assembleia Geral em Setembro de 2011, com a participação dos Chefes de Estado e de Governo<sup>1</sup>.

Aumenta a consciencialização face à necessidade de medidas urgentes. Presentemente, os desafios consistem em monitorizar as tendências das doenças não transmissíveis e dos seus determinantes, formular e reforçar programas nacionais eficazes de prevenção e controlo e melhorar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde às necessidades das pessoas com doenças não transmissíveis, em termos de cuidados essenciais de saúde. A Proposta de Orçamento-Programa para 2012–2013 dá resposta a esse desafio.

A pandemia de 2009 (H1N1) foi o primeiro grande teste ao Regulamento Sanitário Internacional (2005). Quando começar a implementação do Orçamento-Programa de 2012–2013, a Comissão de Revisão do Funcionamento do Regulamento Sanitário Internacional (2005) terá terminado a avaliação do desempenho do Secretariado da OMS, dos Estados-Membros e da rede de instituições nacionais e internacionais envolvidas no combate a essa pandemia. Será importante proteger e reforçar as componentes do sistema identificadas como estando a funcionar bem. Também competirá à Comissão detectar áreas da actuação da OMS que devam ser aperfeiçoadas. Essas recomendações serão contempladas na Proposta de Orçamento-Programa de 2012–2013.

As análises, tanto internas como externas, sublinharam que a OMS deveria perfilar-se como uma mais-valia evidente para todos os países, ajustando o nível de apoio às carências e circunstâncias de cada país. Em alguns, embora não em todos os países, a OMS dá o seu apoio por intermédio de uma Representação no país. Uma das preocupações centrais durante o biénio será a revisão e alinhamento da distribuição de funções pelos três níveis da Organização. Isto é especialmente importante em certas áreas prioritárias, como a formulação das políticas e estratégias nacionais.

O orçamento e o financiamento da OMS devem ser considerados em conjunção com a problemática das prioridades e a natureza mutável das actividades nucleares da OMS. Os Estados-Membros continuam a discutir os problemas de estratégia suscitados em Janeiro de 2010, na consulta inicial sobre o futuro do financiamento para a OMS, em paralelo com a preparação deste orçamento. Na consulta inicial, as acções normativas e definidoras de modelos, a par da cooperação técnica com os países foram, de modo geral, entendidas como aspectos nucleares e fundamentais para que a OMS mantenha o seu papel de primeira autoridade técnica nas questões da saúde.

Da continuidade do debate em torno deste tema esperam-se mais contributos quanto ao perfil da OMS, no imediato e a longo prazo. A Proposta de Orçamento-Programa para 2012–2013, a apresentar à 64.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2011, reflectirá alterações decorrentes dos contributos e orientações dos Estados-Membros.

### **Panorâmica do orçamento**

A Proposta de Orçamento-Programa para 2012–2013 reflecte uma avaliação dos recursos disponíveis no panorama financeiro, assim como a actual capacidade de implementação da Organização. Reafirma o compromisso do Secretariado quanto a um melhor alinhamento da gestão dos recursos, com entregas planeadas em função dos objectivos estratégicos e dos escritórios principais, em especial no tocante aos objectivos estratégicos prioritários que estão subfinanciados. Mantém o compromisso da Organização quanto ao reforço do auxílio de primeira linha aos países e quanto à prestação de apoio adequado, a nível regional e global. O princípio “70%–30%” continua a presidir à distribuição geral dos recursos entre as regiões e a Sede, subentendendo-se que haverá variações entre os objectivos estratégicos e os programas subjacentes, dependendo da natureza dos programas em questão.

---

<sup>1</sup> Resolução A/RES/64/265.

Para cada resultado esperado existem pontos de partida e metas para toda a Organização. O trabalho de pormenor de identificar as metas específicas de cada escritório regional e as reais necessidades em recursos, a nível dos resultados esperados para toda a Organização, ocorrerá em 2011, durante o processo integrado de planeamento operacional e orçamentação. Isso possibilitará um melhor alinhamento com as prioridades dos países, maior colaboração transversal na Organização e uma estimativa mais exacta das necessidades em recursos.

Anteriormente, as contribuições fixas eram geridas em paralelo, mas separadamente, do orçamento das contribuições voluntárias. Sendo flexíveis, as contribuições fixas podem ter um importante papel na protecção e alinhamento das actividades nucleares da OMS. Propõe-se que a afectação de recursos das contribuições colectadas por cada escritório regional se mantenha como no biénio 2010–2011. No entanto, no seio de cada escritório as contribuições fixas serão geridas de modo a assegurar o melhor alinhamento entre orçamento, recursos e resultados, no conjunto dos programas.

Durante o biénio 2008–2009, foi proposta uma segmentação do orçamento, para dar maior transparência ao financiamento e à implementação do Orçamento-Programa. No Orçamento-Programa de 2010–2011, o orçamento foi dividido em três segmentos: Programas de base, Programas especiais e situações de colaboração, e Resposta a surtos e crises. Esta divisão, além de facilitar a gestão do orçamento, provou ser útil para uma maior transparência, como mostraram, por ex., as discussões sobre parcerias durante a 63.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde. Houve outros aperfeiçoamentos no biénio 2008–2009, no sentido de deslocar alguns programas da secção dos Programas de base para os Programas especiais e situações de colaboração, deixando cinco parcerias totalmente fora do orçamento<sup>1</sup> e melhorando os mecanismos de seguimento.

**O total do projecto de Proposta do Orçamento-Programa de 2012–2013 é de 4 804 milhões de dólares americanos.**

O aumento de 264 milhões de dólares em relação ao orçamento aprovado para 2010–2011 reporta-se sobretudo ao ajustamento dos Programas especiais e acordos de colaboração e dos orçamentos da Resposta a surtos e crises às realidades do seu financiamento e da sua implementação (Quadro 1).

- **Programas de base:** A OMS detém em exclusivo o controlo estratégico e operacional das actividades em causa, bem como da escolha de meios, localização e calendário da implementação. A Organização consegue garantir um crescimento equilibrado nos diversos objectivos estratégicos que reflecte as prioridades genéricas da saúde, bem como uma distribuição justa entre os grandes escritórios. Propõem-se para este segmento 3 419 milhões de dólares americanos, representando um aumento de 51 milhões de dólares em relação ao orçamento aprovado para 2010–2011. Note-se que a totalidade dos objectivos estratégicos 12 e 13 estão incluídos nos Programas de base, embora esses objectivos estratégicos respeitem a todos os segmentos do orçamento.
- **Programas especiais e acordos de colaboração (SPA):** são actividades totalmente integradas na hierarquia dos resultados da OMS e sobre os quais a Organização detém autoridade executiva. No entanto, as actividades deste segmento são empreendidas em colaboração com parceiros, pelo que a magnitude das operações associadas é determinada pela natureza especial da actividade e pelas decisões estratégicas conjuntas da colaboração. O orçamento para este segmento foi fixado em 922 milhões de dólares americanos, ou seja, um nível idêntico às despesas em 2008–2009 mas 100 milhões de dólares superior ao orçamento aprovado para 2010–2011. Encontra-se no Anexo 2 a lista completa dos Programas especiais e acordos de colaboração.

---

<sup>1</sup> As cinco parcerias excluídas do Orçamento-Programa da OMS são: Rede de Metrologia da Saúde, Parceria Fazer Recuar o Paludismo, Conselho de Colaboração para a Água e Saneamento, Parceria da Saúde Materna, Neonatal e Infantil e Comissão Permanente das Nações Unidas para a Nutrição.

- **Resposta a surtos e crises (OCR):** estas actividades são governadas por eventos externos e urgentes. As exigências em recursos são normalmente significativas e difíceis de prever; por isso, a orçamentação tem de reflectir grande incerteza e as necessidades para o biénio 2012–2013 foram fixadas em 462 milhões de dólares americanos, ou seja, quase o mesmo que as despesas em 2008–2009. A resposta a surtos, para o objectivo estratégico 1, é contemplada com 147 milhões; a resposta a crises, para o objectivo estratégico 5, recebe 315 milhões (Quadro 2).

**Quadro 1: Implementação para 2008–2009<sup>1</sup>, Orçamento-Programa aprovado para 2010–2011 e Proposta de Orçamento-Programa para 2012–2013, por segmentos do orçamento (milhões de dólares americanos)**

	2008-2009		2010-2011		Alterações em 2010-2011
	Orçamento	Implem.	Aprovado	Proposto	
Progr. Base	3742	2451	3368	3419	51
SPA	370	934	822	922	100
OCR	116	469	350	462	112
<b>Total</b>	<b>4227</b>	<b>3854</b>	<b>4540</b>	<b>4804</b>	<b>263</b>

O Orçamento-Programa tem crescido ao longo de vários biénios recentes. Mas o financiamento e a implementação nem sempre acompanharam o ritmo de crescimento do orçamento. Tem havido grandes falhas no financiamento, em relação aos objectivos estratégicos e aos grandes escritórios, o que levantou problemas à implementação. Para o biénio 2012-2013, procura-se um alinhamento mais estreito entre resultados, orçamento, recursos disponíveis e implementação dos programas.

O orçamento geral para 2012–2013 (Quadro 2) mantém-se próximo do nível do orçamento aprovado para 2010–2011. Manteve-se a ênfase nos objectivos estratégicos 3, 4, 6, 7 e 9. Para os objectivos estratégicos 3 e 6, este facto reflecte o plano de acção da estratégia global de prevenção e controlo das doenças não transmissíveis; para os objectivos estratégicos 4 e 9, corresponde à necessidade de acelerar os esforços para alcançar os ODM relacionados com a saúde materna e infantil; quanto ao objectivo estratégico 7, é uma resposta às recomendações da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.

A Directora-Geral pretende aumentar a eficácia na implementação dos objectivos estratégicos 12 e 13 e limitar o aumento dos custos, mantendo-os abaixo dos aumentos no nível geral da operação. Para isso, está em curso, em toda a Organização, um esforço de contenção das despesas, aplicando avaliações comparativas, definindo modelos e introduzindo metas de redução dos custos.<sup>2</sup> No entanto, o número e a complexidade dos processos intergovernamentais está, ao mesmo tempo, a criar constrangimentos aos objectivos estratégicos 12 e 13, dada a procura crescente de recursos.

<sup>1</sup> Comparação com as despesas registadas no Orçamento-Programa de 2008-2009: Avaliação do desempenho, 151 milhões de dólares americanos foram deslocados do segmento dos Programas de base para o segmento dos Programas especiais e acordos de colaboração e 46 milhões foram subtraídos aos Programas especiais e acordos de colaboração, tendo sido retirados do orçamento.

<sup>2</sup> O resultado deste processo terá reflexos na Proposta de Orçamento-Programa para 2012-2013, a apresentar à 128.<sup>a</sup> sessão do Conselho Executivo em Janeiro de 2011.



**Quadro 2: Proposta de Orçamento-Programa para 2012–2013 por objectivo estratégico e por segmento, comparada com a execução no biénio 2008–2009 e com o Orçamento-Programa aprovado para 2010–2011 (milhões de dólares americanos).**

Objectivos estratégicos	Pontos de partida			Proposta de Orçamento-Programa para 2012-2013					
	Exec. 2008-2009 (Base)	OP Aprovado 2010-2011		Base	% de despesas face às mudanças de 2008-2009	SPA	OCR	Total	% do total geral
		Todos os segm.	Base						
1	407	1268	542	581	43%	710	147	1438	30%
2	386	634	556	551	43%	97	0	649	14%
3	89	146	146	146	64%	0	0	146	3%
4	153	333	292	287	88%	34	0	320	7%
5	55	364	109	101	84%	1	315	418	9%
6	89	162	149	143	60%	12	0	155	3%
7	35	63	63	61	73%	1	0	61	1%
8	80	114	113	110	37%	1	0	111	2%
9	42	120	116	96	132%	4	0	100	2%
10	265	474	420	410	54%	45	0	455	9%
11	114	115	115	135	19%	17	0	152	3%
<b>Subtotal 1-11</b>	<b>1715</b>	<b>3793</b>	<b>2621</b>	<b>2620</b>	<b>53%</b>	<b>922</b>	<b>462</b>	<b>4005</b>	<b>83%</b>
12	260	223	223	290	12%			290	6%
13	476	524	524	509	7%			509	11%
<b>Subtotal 12-13</b>	<b>736</b>	<b>747</b>	<b>747</b>	<b>799</b>	<b>9%</b>			<b>799</b>	<b>17%</b>
<b>Total geral</b>	<b>2451</b>	<b>4540</b>	<b>3368</b>	<b>3419</b>	<b>40%</b>			<b>4804</b>	<b>100%</b>

Em sintonia com a intenção de um Orçamento-Programa mais realista e para um melhor alinhamento dos recursos em toda a Organização, o orçamento geral do segmento dos Programas de base manteve-se no mesmo nível dos orçamentos aprovados para 2010–2011. Em todas as regiões, isto ainda deixa no orçamento um amplo espaço para o crescimento do nível das despesas de 2008–2009, que será compensado com o realinhamento posterior dos recursos entre a Sede e as regiões (Quadro 3).

**Quadro 3: Desdobramento da Proposta de Orçamento-Programa para 2012–2013 por escritórios principais e segmentos orçamentais, em comparação com a execução de 2008–2009 e com o orçamento aprovado para 2010–2011 (milhões de dólares americanos).**

Grandes escritórios	Exec. 2008-2009 (Base)	OP aprovado 2010-2011		Proposta de Orçamento-Programa 2012-2013					
		Todos os seg. Base, inclusive Ob. Estr. 12 e 13		Base, incl. OE12 & 13	% validação total	% de despesas de 2008-2009	SPA	OCR	Total
AFRO	522	1263	926	926	27%	77%	402	81	1409
AMRO	127	256	245	245	7%	92%	6	7	257
SEARO	252	545	394	394	12%	56%	80	32	505
EURO	176	262	239	239	7%	35%	16	11	266
EMRO	197	515	391	391	11%	98%	163	171	725
WPRO	205	310	293	293	9%	42%	11	13	316
HQ	970	1389	881	932	27%	-4%	246	148	1325
<b>Total</b>	<b>2451</b>	<b>4540</b>	<b>3368</b>	<b>3419</b>	<b>100%</b>	<b>40%</b>	<b>922</b>	<b>462</b>	<b>4804</b>

Na Sede, em 2008–2009 o segmento dos Programas de base foi implementado num nível superior ao número aprovado para 2010-2011. A contenção do crescimento da Sede e a partição 70%–30% entre as regiões e a Sede exige uma acção firme e tem implicações significativas. O orçamento proposto para a Sede para 2012–2013 situa-se num nível 4% abaixo dos números da execução no biénio 2008–2009. A combinação do aumento dos custos com a disciplina orçamental restringirá as operações da Sede em 2012–2013, para um nível consideravelmente inferior ao de 2008–2009. Daí resultará uma dinâmica de devolução de funções e recursos às regiões e aos países, a fim de avançar no princípio dos 70%–30%. No entanto, para que isso se concretize, terá de haver esforços de ajustamento durante o biénio 2010–2011.

## Financiamento do Orçamento-Programa

A situação geral do ponto de vista financeiro e, de modo particular, as condições em que se encontram vários dos principais Estados-Membros doadores, indicam que, no próximo ano e talvez no seguinte, o crescimento histórico dos recursos da OMS pode conhecer um abrandamento, ou mesmo um decréscimo directo. Embora seja difícil prever a situação financeira no futuro, será prudente usar de mais precaução nos esforços para garantir, em todo o momento, que os recursos sejam suficientes para cobrir as obrigações com os salários do pessoal e outros custos que representam compromissos de mais longo prazo, de ajustamento moroso.

Prevê-se que o Orçamento-Programa proposto seja financiado em 20% pelas contribuições fixas e em 80% pelas contribuições voluntárias, muitas destas minuciosamente especificadas. Mantém-se assim a tendência de uma percentagem crescente do programa da OMS ser financiado por recursos voluntários (Quadro 4). A alta percentagem do total do orçamento financiada por contribuições voluntárias específicas coloca graves problemas à OMS. Nas discussões de Janeiro de 2010, isto foi associado ao futuro do financiamento da OMS: “Se não houver alterações, não se conseguirá um maior alinhamento com as prioridades acordadas. Os participantes concordaram com a ideia de que a melhoria do desempenho está intimamente ligada ao modo como a OMS é financiada”.<sup>1</sup>

### Quadro 4: Financiamento do Orçamento-Programa proposto para 2012–2013 comparado com a execução real no biénio 2008–2009<sup>2</sup> e com o Orçamento-Programa aprovado para 2010–2011 nos escritórios principais.

Orçamento-Programa 2008-2009	2010-2011		2012-2013	
	Real	Aprovado	Proposto	
Fontes de financiamento	Milhões US\$	Milhões US\$	Milhões US\$	%
Contribuições fixas	909	929	929	
Receita não fixa de E.-Membros	30	15	15	
<b>Total contribuições fixas</b>	<b>939</b>	<b>944</b>	<b>944</b>	<b>20</b>
Plena/ e altamente flexíveis	111	300	400	
Cont. Voluntár. mediana/ flexíveis	196	400	400	
Contrib. Voluntárias específicas	2654	2896	3060	
<b>Total contribuições voluntárias</b>	<b>2961</b>	<b>3596</b>	<b>3860</b>	<b>80</b>
<b>Total do financiamento</b>	<b>3900</b>	<b>4540</b>	<b>4804</b>	<b>100</b>

### Contribuições fixas

Propõe-se que o nível das contribuições fixas fique como no biénio 2010–2011. A receita não fixa dos Estados-Membros pode continuar a apoiar o orçamento, a par das contribuições fixas. A receita não fixa deriva sobretudo de juros sobre as contribuições fixas, cobrança de contribuições fixas em atraso e contribuições fixas que não foram gastas até ao fim do biénio.

Propõe-se que o orçamento seja apresentado como um orçamento unificado, financiado quer pelas contribuições fixas dos escritórios principais, quer pelas voluntárias. Propõe-se que a alocação dos recursos das contribuições voluntárias se mantenha como em 2010–2011 (quadro 5). Em cada escritório principal, as contribuições colectadas serão geridas de modo a garantir um alinhamento optimizado entre orçamento, recursos e resultados, no conjunto de todos os programas. Se esta

<sup>1</sup> O futuro do financiamento da OMS: relatório de uma consulta informal convocada pela Directora-Geral, Genebra, Suíça, 12-13 de Janeiro de 2010 (documento WHO/DGO/2010.1). Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_DGO\\_2010.1\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_DGO_2010.1_eng.pdf) (divulgado a 23 de Junho de 2010).

<sup>2</sup> Os números da execução do biénio 2008-2009 incluem os 46 milhões de dólares relacionados com as parcerias que foram retirados do Orçamento-Programa.

proposta for aprovada pelos órgãos directivos, isso significará que as secções de alocação corresponderão aos escritórios principais e não aos objectivos estratégicos, como é a prática actual. Isso significará também que o controlo da distribuição das contribuições voluntárias estará mais próxima das anteriores análises e preocupações dos órgãos directivos.

**Quadro 5: Proposta de financiamento do Orçamento-Programa unificado, com as contribuições fixas por escritório principal, comparada com a execução real<sup>1</sup> em 2008–2009 e com o Orçamento-Programa aprovado para 2010–2011 (milhões de dólares americanos).**

Escritório principal	Orçamento-Programa 2008-2009		2010-2011		2012-2013	
	Real		Aprovado		Proposto	
	Total	AC	Total	AC	Total	AC
AFRO	1007	211	1263	210	1409	210
AMRO	140	81	256	81	257	81
SEARO	363	103	545	102	505	102
EURO	203	63	262	62	266	62
EMRO	531	91	515	91	725	91
WPRO	230	79	310	79	316	79
Sede	1426	322	1389	320	1325	320
<b>Total</b>	<b>3900</b>	<b>949</b>	<b>4540</b>	<b>944</b>	<b>4804</b>	<b>944</b>

### Contribuições voluntárias

A conta nuclear das contribuições voluntárias, englobando fundos totalmente ou grandemente flexíveis, está a tornar-se uma importante componente do modelo de financiamento da OMS. Os contribuintes da conta nuclear das contribuições voluntárias, assim como a OMS, vão aprendendo a retirar os máximos benefícios deste novo instrumento de financiamento. No biénio 2008–2009, foram recebidos na conta nuclear das contribuições voluntárias 195 milhões de dólares americanos, de 14 países doadores diferentes. Graças à conta nuclear das contribuições voluntárias, objectivos estratégicos e escritórios menos bem financiados beneficiam de um fluxo melhorado de recursos; os seus estrangulamentos na execução, que surgem quando falha o financiamento imediato, também são minimizados. Assim, a conta nuclear das contribuições voluntárias contribui tanto para um melhor alinhamento, como para uma maior eficácia.

A conta nuclear das contribuições voluntárias ainda é recente e é relativamente pequena mas agora, que foi criada e inclui a circulação do capital necessário ao funcionamento, espera-se que comece a demonstrar todos os seus benefícios durante o biénio 2010–2011. Prevê-se que as discussões em curso sobre o futuro do financiamento da OMS levem a outros aumentos do financiamento flexível que a Organização recebe, como a conta nuclear das contribuições voluntárias.

As contribuições voluntárias nucleares que são flexíveis quanto aos resultados esperados a nível de toda a Organização, de escritório principal, ou de tema comum a toda a OMS, são consideradas de média flexibilidade e surgem como opção para os contribuintes que, por qualquer motivo, não podem doar fundos de flexibilidade elevada ou total, permitindo-lhes aumentar a flexibilidade e, portanto, a qualidade do seu financiamento. Prevê-se que as contribuições voluntárias específicas continuarão a representar a maioria do financiamento da Organização no biénio 2012–2013. Há, no entanto, a expectativa de que a crise financeira global, aliada à institucionalização da conta nuclear das contribuições voluntárias, se venha a traduzir no facto de as contribuições voluntárias específicas representarem uma percentagem mais pequena do financiamento total neste biénio.

<sup>1</sup> Note-se que os números da implementação do biénio 2008-2009 incluem os 46 milhões de dólares relacionados com as parcerias que foram retirados do Orçamento-Programa. (ver também o Anexo 2).

### **Amortização de custos**

Para 2012-2013, o custo combinado dos objectivos estratégicos 12 e 13 está calculado em 799 milhões mais cerca de 60 milhões de dólares americanos que, no Orçamento-Programa aprovado para 2010–2011, vinham referidos como sendo financiados por um mecanismo separado.

Ao longo dos anos, os Estados-Membros têm solicitado à OMS que assegure a amortização total dos custos das actividades financiadas pelas contribuições voluntárias. Garantir a amortização dos custos, tanto directos como indirectos, é um desafio para todo o sistema das Nações Unidas. Em 2009, a OMS procedeu a um exercício no âmbito de toda a Organização, para analisar os obstáculos à amortização total dos custos e investigar soluções alternativas. Em resultado dessa actividade, foi instituída, a partir de 1 de Janeiro de 2010, uma Taxa de Ocupação de Posto, para amortizar os custos mais intimamente associados ao nível da afectação de pessoal aos programas e projectos. Citam-se, como exemplos desses custos: o desenvolvimento e aprendizagem do pessoal, a infra-estrutura de tecnologias de informação e comunicação, a gestão dos recursos humanos, as taxas comuns de segurança das Nações Unidas e instalações. Espera-se que a introdução da Taxa de Ocupação de Posto venha colmatar o fosso financeiro dos objectivos 12 e 13, que teve projecção no Orçamento-Programa de 2010–2011.

A Taxa de Ocupação de Posto é inscrita em todos os objectivos estratégicos como um custo directo do programa e surge nos planos de actividades como uma componente integral dos custos normais com o pessoal. Estes custos serão isolados e explicitamente apresentados na versão da proposta de Orçamento-Programa de 2012–2013 destinada ao Conselho Executivo, à medida que se dispuser de informações mais completas quanto aos ganhos reais.

### **Financiamento da segurança e segurança do pessoal**

A situação da segurança tem continuado a deteriorar-se significativamente em certos países e aumentaram os custos para proporcionar segurança aos funcionários da Organização e às suas operações. A OMS implementou quatro mecanismos de financiamento: a) os custos previstos para um nível mínimo de pessoal e infra-estruturas de segurança serão financiados pelas contribuições fixas e outros financiamentos directos do objectivo estratégico 13, no Orçamento-Programa; b) os custos decorrentes de situações imprevistas, como evacuações de emergência, serão financiados pelo Fundo de Segurança; c) os custos directamente derivados do número de funcionários, como o contributo da OMS para o Sistema de Gestão da Segurança das Nações Unidas, serão cobertos pela Taxa de Ocupação de Posto recentemente criada; e d) os custos de actividades numa localização específica no terreno, em consequência da implementação de um programa, serão cobertos pelos planos de actividade de cada programa ou projecto. Na sua resolução WHA63.6, a Assembleia Mundial da Saúde decidiu reservar em 2010, para o Fundo de Segurança, 10 milhões de dólares americanos das receitas não fixas dos Estados-Membros.

### **Financiamento do Plano Director do Capital**

O financiamento do Plano Director do Capital tem sido, há muitos anos, um significativo desafio para a Organização. Em apoio à criação de um mecanismo sustentável de financiamento, a Assembleia Mundial da Saúde adoptou a resolução WHA63.7 na qual, entre outros aspectos, decidiu reservar 22 milhões de dólares americanos das receitas não fixas dos Estados-Membros para um Fundo das Instalações, de modo a cobrir despesas de renovação urgentemente necessárias.

Este fundo fica fora das despesas operacionais com os objectivos estratégicos 1 a 13. A quantia prevista será orientada para projectos prioritários de capital, conforme definido no Plano Director do Capital, o qual será anualmente actualizado pela Assembleia Mundial da Saúde. O financiamento faz-se através de uma verba de 6 milhões de dólares americanos por ano, a adicionar aos 10 milhões

vindos das receitas não fixas de outros Estados-Membros, dependendo estes últimos das receitas disponíveis.

### **Transição de verbas**

Por rotina, a Organização faz transitar um saldo das contribuições voluntárias específicas, com a finalidade de satisfazer futuros compromissos nos custos planeados para os salários e as actividades destes projectos. No início de 2012, essa transição será de cerca de 1500 milhões de dólares americanos. Dependendo da facilidade (caso a haja) na redistribuição da verba transitada para outros custos planeados, o que, por seu lado, depende do grau de especificação, é possível que essa transição de verbas seja ligeiramente reduzida até ao final de 2013. Qualquer redução desse género contribuiria para o financiamento do Orçamento-Programa de 2012–2013.

### **Planeamento operacional e orçamentação**

A afectação detalhada dos recursos será pormenorizada numa altura mais próxima da execução do Orçamento-Programa, com base nos resultados especificamente planeados e na estimativa exacta das necessidades em recursos para o cumprimento do programa acordado. Em 2011, será concretizado um processo operacional integrado de planeamento e orçamentação. Durante este processo, serão acordados os resultados previstos para cada entidade no conjunto da Organização, reflectindo as respectivas funções e a dotação desejável de recursos humanos. Serão definidas as necessidades de recursos para o pessoal e outros. Serão feitas afectações orçamentais pormenorizadas com base nos planos operacionais acordados.

Uma vertente fundamental do processo operacional de planeamento e orçamentação é o alinhamento dos compromissos face aos resultados e das alocações orçamentais com as prioridades acordadas a nível de país. Isso permitirá a identificação, com base nas prioridades nacionais, de países alvo para os resultados esperados no conjunto da Organização. Por sua vez, isso garantirá uma maior coordenação e alinhamento na consecução dos resultados planeados para toda a Organização. Dar-se-á também destaque à garantia de que os resultados esperados e as necessidades em recursos assentem em pressupostos realistas quanto aos recursos disponíveis e tenham boa relação custo-eficácia.

### **Monitorização do Orçamento-Programa**

A monitorização e a avaliação do desempenho são essenciais para a correcta gestão do Orçamento-Programa e para informar a revisão das políticas e estratégias. A monitorização e avaliação da execução do Orçamento-Programa ocorrerá ao fim de 12 meses (revisão intermédia) e após o término do biénio (avaliação do desempenho do Orçamento-Programa).

A revisão intercalar permite acompanhar e avaliar os progressos na consecução dos resultados esperados. Ela facilita as medidas de correcção e a reprogramação e reafectação dos recursos durante a execução. Para cada resultado esperado em toda a Organização procede-se, no meio do biénio, a uma avaliação dos progressos na respectiva consecução. Este processo possibilita ao Secretariado a identificação e análise dos obstáculos e riscos encontrados, bem como das medidas necessárias para garantir os resultados pretendidos.

A avaliação do desempenho do Orçamento-Programa no fim do biénio é uma análise abrangente ao desempenho de cada entidade da Organização e desta mesma como um todo, incluindo a verificação se foram atingidos os indicadores definidos para os resultados esperados. Esta avaliação incide numa comparação entre os sucessos conseguidos e os resultados planeados e também nos ensinamentos que possam informar o planeamento do próximo biénio. A avaliação do desempenho no biénio 2008–2009 pôs em destaque ensinamentos que vieram influenciar este Orçamento-Programa de 2012–2013.

O conjunto dos indicadores para os resultados esperados a nível de toda a Organização, constantes no Plano Estratégico a Médio Prazo de 2008–2013, já foram revistos à luz da avaliação de desempenho

do Orçamento-Programa para 2008–2009. Foram introduzidas melhorias onde necessário, para facilitar a sua medição e o correspondente relatório. A afinação e o acompanhamento dos indicadores e das metas em todos os níveis da Organização reflectem um esforço de aperfeiçoamento. As medidas tomadas no biénio em curso levarão a progressos subsequentes, aquando da preparação do próximo plano estratégico a médio prazo.

Tanto o processo de revisão intercalar como a avaliação do desempenho do Orçamento-Programa dão origem a relatórios, os quais são submetidos à apreciação dos órgãos directivos. Manter-se-á o limite temporal definido, no biénio 2008–2009, para a produção desses documentos. O relatório da revisão intercalar será disponibilizado à Comissão do Programa, Orçamento e Administração do Conselho Executivo, ao próprio Conselho Executivo, à Assembleia Mundial da Saúde e às sessões dos comités regionais que ocorram após o primeiro ano do biénio; o relatório da avaliação será apresentado aos mesmos órgãos, nas sessões depois de findo o segundo ano do biénio.

## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 1

### Reduzir o fardo das doenças transmissíveis nas áreas sanitária, social e económica

#### Âmbito

As actividades no âmbito deste objectivo estratégico incidem em medidas de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, controlo, eliminação e erradicação, para combater as doenças transmissíveis que afectam de modo desproporcionado as populações pobres e marginalizadas. Sem se limitarem a elas, as doenças alvo incluem as doenças evitáveis pela vacinação, tropicais, zoonóticas e com potencial epidémico, excluindo o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo.

#### Principais sucessos até ao presente

A pandemia (H1N1) de 2009 dominou as actividades da Organização e resultou no aperfeiçoamento dos planos nacionais de preparação em todos os Estados-Membros e na criação de equipas nacionais de resposta rápida, incluindo a nível subnacional. O Secretariado e os Estados-Membros responderam através de uma colaboração mais estreita, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (2005), e intensificando a partilha de informações, as consultas e as decisões conjuntas. As respostas de 119 Estados-Membros aos questionários de 2008 e 2009 sobre o Regulamento revelaram que continuam a ser criadas ligações transectoriais e que os profissionais da saúde estão mais alertados para as exigências do Regulamento. Em finais de 2009, os contributos dos Estados-Membros e de outros doadores, através da iniciativa para o desenvolvimento de vacina da pandemia, deram à OMS a possibilidade de criar um quadro logístico e jurídico para que 95 países em desenvolvimento tivessem acesso às vacinas da pandemia (H1N1) de 2009.

Prosseguem as tendências positivas na cobertura vacinal a nível mundial, com uma estimativa de 82% para a cobertura global em 2009. Durante o biénio, foram evitadas cerca de 5 milhões de mortes em todos os grupos etários, graças à vacinação. No período 2000–2008, as mortes por sarampo em todo o mundo caíram 78%, das 733 000 calculadas em 2000 para 164 000 em 2008. Em fins de 2008, tinham sido introduzidas vacinas do pneumococcus e do rotavírus respectivamente em 31 e 19 Estados-Membros.

Apesar de se manter a transmissão do poliovírus selvagem indígena no Afeganistão, Índia, Nigéria e Paquistão, houve nestes quatro países progressos na erradicação. A situação veio a complicar-se com a actual reintrodução ou persistência do vírus em 19 países anteriormente livres da poliomielite.

As actividades da OMS no controlo de doenças tropicais negligenciadas, como a lepra, tripanossomíase humana africana e oncocercose, atraíram mais atenções e maior reconhecimento, graças aos planos regionais associados ao Plano Global de Combate às Doenças Tropicais Negligenciadas, de 2008–2015. A dracunculose está à beira da erradicação.

Os países promovem cada vez mais actividades de investigação em rede, como na rede africana para os medicamentos e a inovação nos diagnósticos. Quatro centros regionais de referência para a formação em investigação foram criados na Colômbia, Indonésia, Cazaquistão e Ruanda. O empenhamento político de alto nível demonstrado na Conferência Ministerial sobre Investigação para a Saúde na Região Africana, realizada em Argel, 23–26 de Junho de 2008 e no Fórum Global Ministerial sobre Investigação para a Saúde em Bamako, em 17–19 de Novembro de 2008, veio potenciar a prioridade concedida à investigação para a saúde.

#### Principais desafios

Atingir, ou ir progredindo na via da erradicação de numerosas doenças tropicais negligenciadas e doenças transmissíveis, bem como da poliomielite, implicará a ultrapassagem de obstáculos, como a debilidade dos sistemas de prestação de cuidados. O reforço das capacidades dos sistemas de saúde para implementarem as actividades planeadas em zonas de conflitos representa um desafio especial. Na generalidade, as intervenções de prevenção e controlo das doenças evitáveis pela vacinação e das doenças respiratórias, diarreicas e transmitidas por vectores precisam de ser intensificadas, incluindo o alargamento da cobertura vacinal para abranger as crianças que não foram vacinadas e a introdução de novas vacinas. Será necessário maior apoio à integração nos planos nacionais do Plano Global de Combate às Doenças Tropicais Negligenciadas (2008–2015), bem como ao reforço das capacidades para enfrentar as doenças emergentes, re-emergentes e transmitidas por vectores, que representam riscos para a segurança da saúde no mundo. Além de garantir uma plena implementação do

Regulamento Sanitário Internacional (2005), há que intensificar a investigação e a advocacia, de modo a envolver os governos e a sociedade civil na prevenção, controlo e tratamento das doenças transmissíveis.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

Fizeram-se progressos notáveis na eliminação, a nível regional, de algumas importantes doenças evitáveis pela vacinação, como a poliomielite, sarampo e rubéola, que afectam anualmente milhões de crianças. Prevê-se que sejam necessárias menos jornadas suplementares de vacinação, por ter sido atingida a erradicação ou a eliminação destas doenças. Também se registaram alguns progressos na redução do impacto de doenças como a hepatite B; certas doenças evitáveis pela vacinação, como a gripe, permanecem mal controladas. É evidente que as campanhas de vacinação funcionam, mas a dinâmica deve ser mantida. Nesta área, o principal destaque irá para a erradicação e eliminação de certas doenças a nível regional – incluindo o sarampo, a rubéola e a hepatite B – e para o reforço da vacinação contra outras, como a gripe; para a colaboração com os parceiros a partir dos frutos de campanhas, até as metas serem atingidas e as intervenções de controlo e prevenção estarem devidamente intensificadas; para uma maior oferta de informação que avalie e documente a eficácia dos programas de vacinação; e para a extensão das vacinas até às crianças ainda não vacinadas e a grupos etários para lá da infância. A vacinação de grupos etários mais velhos alargará a protecção e garantirá que a vacinação iniciada nos lactentes fique completa. Será prioritário o apoio a países de baixo e médio rendimento para organizarem campanhas de vacinação e para apoiarem modalidades inovadoras e eficazes de alargamento da cobertura vacinal, por meio dos sistemas regionais integrados de alargamento da vacinação, novas parcerias e acordos financeiros, novas vacinas, transferência de tecnologias de produtos para vacinas e maior acesso à vacinação.

A persistência endémica da poliomielite em 4 países e a sua disseminação por outros continuam a retardar a erradicação da doença e a aumentar o risco de reinfeção em países já livres da polio. Nesta área, os principais destaques incidirão no seguinte: mobilizar os apoios políticos, técnicos e financeiros necessários para completar a erradicação da poliomielite; agir com os parceiros na Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite, no âmbito do novo Plano Estratégico da Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite para 2010–2012; implementar medidas rigorosas de controlo de surtos e estratégias para as populações em migração; e planear o período pós-erradicação quanto à destruição ou armazenagem e manuseio seguro de reservas residuais de materiais infecciosos do poliovírus selvagem, certificação da interrupção da transmissão do poliovírus selvagem e contenção final das reservas do poliovírus selvagem; viabilidade técnica e operacional da substituição da vacina oral da poliomielite pela vacina desactivada da poliomielite, para eliminar a ocorrência da paralisia poliomiélica associada à vacinação e a circulação de poliovírus derivados da vacina; e verificação da eliminação dos poliovírus derivados da vacina.

Na sequência do lançamento do Plano Global de Combate às Doenças Tropicais Negligenciadas, (2008–2015), houve progressos no tratamento e eliminação da lepra, doença de Chagas, raiva, filaríase linfática e dracunculose, bem como na redução do impacto de outras doenças, incluindo a esquistossomíase, a tripanossomíase humana africana e a framboésia. Houve sucessos na sequência do alinhamento dos planos nacionais com o Plano Global e graças à harmonização da colaboração multisectorial, ao reforço da vigilância e à preparação de planos de eliminação e estratégias globais para enfrentar aspectos específicos das doenças tropicais e zoonóticas negligenciadas. Foram também formuladas estratégias integradas para os vectores e os pesticidas. A OMS apoiou diversos países com programas de formação e educação e facilitou o acesso a informação vital, bancos de espécimes e bancos de dados. Foi também reforçada a colaboração com os Estados-Membros, as agências das Nações Unidas e com a Fundação para Novos Diagnósticos Inovadores (FIND) e a indústria farmacêutica, de que resultaram donativos de medicamentos em larga escala. Nesta área, o principal destaque incidirá em: alcançar a erradicação global da dracunculose e a erradicação regional e eliminação da filaríase linfática, esquistossomíase, tripanossomíase humana africana e framboésia; aumentar a disponibilidade em medicamentos, em especial para a esquistossomíase e a helmantíase transmitida pelo solo; e apoiar planos nacionais integrados de combate às doenças tropicais negligenciadas no âmbito do Plano Global, bem como implementar um novo plano estratégico para o dengue, que inclui a gestão integrada do vector e proporciona um roteiro para a formulação de planos nacionais.

A implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005), como quadro para a preparação, vigilância, alerta, avaliação e criação de redes, é essencial para o reforço da segurança na saúde pública a nível mundial. Ajudará os países na resposta a epidemias emergentes e re-emergentes, pandemias, doenças transmitidas por vector e doenças relacionadas com o contacto entre humanos e animais e com alterações do meio ambiente. A implementação do Regulamento está a ser particularmente complexa nos Estados frágeis e nas zonas afectadas



por conflitos e insegurança. Durante o biénio, os destaques incidirão no seguinte: reforço da advocacia, do empenhamento político e da participação das comunidades, da sociedade civil e do sector não estatal na implementação do Regulamento; apoio aos países no reforço da preparação e de outras capacidades, nomeadamente para o planeamento, sistemas de saúde, vigilância, avaliação dos riscos e solução dos problemas de saúde pública de importância local, nacional e internacional; reforço da capacidade de investigação para gerar e divulgar os dados e saberes necessários ao controlo e prevenção das doenças; e apoio aos Estados-Membros na solução de problemas de saúde pública relacionados com a partilha de vírus, para a integração dos serviços de saúde nas comunidades urbanas e rurais negligenciadas e criação de plataformas regionais de vigilância que abrangem a epidemiologia, o alerta e a resposta, a capacidade laboratorial, a “vigilância a partir dos factos”, as doenças evitáveis pela vacinação e a avaliação dos programas de vacinação.

#### **Ligações a outros objectivos estratégicos**

- Objectivos estratégicos 2, 3, 4, 6 e 9: em relação ao controlo integrado das doenças, à vigilância e às iniciativas harmonizadas para a investigação.
- Objectivo estratégico 5: em relação ao apoio mútuo nas operações no terreno e na segurança sanitária.
- Objectivo estratégico 8: em relação à adopção de soluções adequadas para o tratamento dos lixos dos cuidados de saúde.
- Objectivo estratégico 9: em relação aos aspectos das doenças zoonóticas relacionadas com a água e o saneamento.
- Objectivo estratégico 10: em relação à implementação de programas graças à abordagem de sistemas de saúde financeiramente sustentáveis.
- Objectivo estratégico 11: em relação à segurança e eficácia de vacinas, medicamentos e intervenções e à garantia de qualidade dos serviços de diagnóstico e de laboratório.

#### **Principais programas especiais e acordos de colaboração da OMS contemplados no orçamento e que contribuem para a consecução dos resultados esperados em toda a Organização**

- Colaboração efectiva com a aliança GAVI.
- Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite.
- Parceria para o controlo das doenças tropicais negligenciadas.
- Programa Especial da UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS para Investigação e Formação em Doenças Tropicais.
- Parcerias para investigação em vacinas.
- Acordo Tripartido OMS-FAO-OIE sobre o tratamento da gripe das aves e outras doenças emergentes.

**Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012–2013 (milhões de dólares americanos)**

<b>Orçamento (milhões de dólares americanos)</b>							
<b>Programas de base</b>							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	<b>TOTAL</b>
155,2	24,0	76,0	21,3	88,1	52,0	164,5	<b>581,1</b>
<b>Programas especiais e acordos de colaboração</b>							<b>709,8</b>
<b>Resposta a surtos e crises</b>							<b>147,0</b>
<b>Total geral</b>							<b>1 437,9</b>

**Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012–2013 (milhões de dólares americanos)**

<b>1.1</b> Apoio técnico e político aos Estados-Membros para maximizar o acesso equitativo de todas as pessoas a vacinas de qualidade garantida, incluindo os novos produtos e tecnologias da vacinação e para integrar na vacinação outras intervenções essenciais à saúde das crianças.	<b>Indicadores</b>	
	<b>1.1.1</b> Número de Estados-Membros com pelo menos 90% de cobertura nacional de vacinação (DTP3)	<b>1.1.2</b> Número de Estados-Membros que introduziram a vacina da <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B no calendário nacional das vacinações
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>	
	<u>135</u>	<u>160</u>
	<b>Metas a alcançar até 2013</b>	
<u>145</u>	<u>170</u>	

<b>1.2</b> Coordenação eficaz e apoio para atingir a certificação da erradicação da polio e destruição ou contenção adequada dos poliovírus, para uma cessação simultânea da vacina oral da poliomielite em todo o mundo.	<b>Indicadores</b>	
	<b>1.2.1</b> Percentagem de relatórios finais dos países que demonstrem a interrupção da transmissão do poliovírus selvagem e a contenção das reservas de poliovírus selvagem, aceites pela comissão regional competente para certificar a erradicação da poliomielite	<b>1.2.2</b> Percentagem de Estados-Membros que usam a vacina oral trivalente da poliomielite e que têm uma data limite e uma estratégia para eventualmente terminar o seu uso nos programas de vacinação de rotina
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>	
	<u>90%</u>	<u>50%</u>
	<b>Metas a atingir em 2013</b>	
<u>100%</u>	<u>75%</u>	

<b>1.3</b> Coordenação eficaz e apoio aos Estados-Membros para darem a todas as populações acesso a intervenções de prevenção, controlo, eliminação e erradicação das doenças tropicais negligenciadas, incluindo as doenças zoonóticas.	<b>Indicadores</b>			
	<b>1.3.1</b> Número de Estados-Membros certificados para a erradicação da dracunculose	<b>1.3.2</b> Número de Estados-Membros que eliminaram a lepra a nível subnacional	<b>1.3.3</b> Número de casos notificados de tripanossomiase humana africana em todos os países com endemia	<b>1.3.4</b> Número de Estados-Membros que alcançaram a meta recomendada de cobertura da população em risco de filariase linfática, esquistossomiase e helmintíases transmitidas pelo solo com quimioterapia preventiva anti-helmíntica
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>			
	<u>190</u>	<u>95</u>	<u>8 500</u>	<u>20</u>
	<b>Metas a alcançar até 2013</b>			
<u>193</u>	<u>145</u>	<u>7 500</u>	<u>25</u>	

## PROJECTO DE PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2012–2013

<b>1.4</b> Apoio político e técnico aos Estados-Membros para reforço da capacidade de proceder à vigilância e monitorizar todas as doenças transmissíveis de importância para a saúde pública.	<b>Indicadores</b>	
	<b>1.4.1</b> Número de Estados-Membros com sistemas de vigilância e formação para todas as doenças transmissíveis com importância para a saúde pública no país	<b>1.4.2</b> Número de Estados-Membros a nível global que enviam em devido tempo, de acordo com os limites definidos, os formulários conjuntos OMS/UNICEF sobre a vigilância e monitorização das vacinações
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	150	155
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	193	165
<b>1.5</b> Criação e validação de novos saberes, instrumentos de intervenção e estratégias que respondam a carências prioritárias na prevenção e controlo das doenças transmissíveis, com cientistas dos países em desenvolvimento a dirigir cada vez mais esta investigação.	<b>Indicadores</b>	
	<b>1.5.1</b> Número de instrumentos novos e melhorados ou de estratégias de implementação concebidas com um contributo significativo da OMS, introduzidas pelo sector público em, pelo menos, um país em desenvolvimento	<b>1.5.2</b> Percentagem de publicações revistas pelos pares a partir de investigação apoiada pela OMS com a instituição do autor principal sediada num país em desenvolvimento
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	9	55%
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	14	60%
<b>1.6</b> Apoio aos Estados-Membros para atingirem um mínimo de capacidades nucleares exigidas pelo RSI (2005) para a criação e reforço de sistemas de alerta e resposta para uso em epidemias e outras situações de emergência da saúde pública de dimensão internacional.	<b>Indicadores</b>	
	<b>1.6.1</b> Número de Estados-Membros que completaram a avaliação e conceberam um plano nacional de acção para adquirir as competências nucleares de vigilância e resposta, à luz das suas obrigações impostas pelo Regulamento Sanitário Internacional (2005)	<b>1.6.2</b> Número de Estados-Membros cujo sistema nacional de laboratórios possui, pelo menos, um programa externo de controlo de qualidade para as doenças transmissíveis de potencial epidémico
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	160	150
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	193	193

## PROJECTO DE PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2012-2013

<b>1.7</b> Estados-Membros e comunidade internacional equipados para detectar, avaliar, responder e enfrentar as principais doenças epidémicas e com potencial pandémico (p. ex., gripe, meningite, febre amarela, febres hemorrágicas, peste e varicela) graças à criação e implementação de instrumentos, metodologias, práticas, redes e parcerias para a prevenção, detecção, preparação e intervenção.	<b>Indicadores</b>		
	<b>1.7.1</b> Número de Estados-Membros com planos nacionais de preparação e processos normalizados de actuação no terreno, para a preparação e resposta às principais doenças de potencial epidémico	<b>1.7.2</b> Número de mecanismos de coordenação internacional para suprimento de vacinas, medicamentos e equipamentos essenciais para uso em intervenções de massa contra as principais epidemias e doenças de potencial pandémico	<b>1.7.3</b> Número de doenças emergentes e re-emergentes graves para as quais foram formuladas estratégias de prevenção, vigilância e controlo
	<b>Ponto de partida em 2012</b>		
	165	8	8
	<b>Metas a atingir até 2013</b>		
193	9	10	
<b>1.8</b> Capacidade regional e global coordenada e rapidamente transmitida aos Estados-Membros para a detecção, verificação, avaliação de riscos e resposta a epidemias e outras situações de emergência da saúde pública de dimensão internacional.	<b>Indicadores</b>		
	<b>1.8.1</b> Número de locais da OMS com sistemas implantados de gestão de eventos globais, para apoiar a coordenação da avaliação dos riscos, da comunicação e das operações no terreno por parte da Sede, dos escritórios regionais e das representações nos países		
	<b>Ponto de partida em 2012</b>		
	90		
<b>Metas a atingir até 2013</b>			
120			
<b>1.9</b> Operações e respostas eficazes dos Estados-Membros e da comunidade internacional nas situações de emergência declaradas, devidas a doenças epidémicas e de potencial pandémico.	<b>Indicadores</b>		
	<b>1.9.1</b> Percentagem de pedidos de ajuda por Estados-Membros que suscitaram intervenções eficazes e em tempo oportuno da OMS, numa abordagem de equipa global, a fim de prevenir, conter e controlar epidemias e outras situações de emergência de saúde pública		
	<b>Ponto de partida em 2012</b>		
	99%		
<b>Metas a atingir até 2013</b>			
99%			

## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 2

### Combater o VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo

#### Âmbito

Para este objectivo estratégico, as actividades incidirão no seguinte: auxiliar os países a intensificar e aperfeiçoar as intervenções de prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, de modo a alcançar o acesso universal, em especial para as populações gravemente afectadas e os grupos vulneráveis; progredir na investigação sobre estas áreas; eliminar obstáculos que impeçam o acesso às intervenções e as barreiras ao seu uso e qualidade; e contribuir para um reforço mais generalizado dos sistemas de saúde.

#### Principais sucessos até ao presente

Os Estados-Membros que se confrontam com pesados fardos de VIH/SIDA, tuberculose e/ou paludismo têm progredido na abordagem a estas doenças através de esforços bem planeados e sustentados, orientados para as metas dos ODM. Na resposta, têm incluído a atenção às necessidades específicas das populações altamente vulneráveis, incluindo as mulheres, as crianças e os grupos muito pobres e marginalizados; um apoio financeiro e técnico inovador; e uma colaboração mais estreita entre os parceiros de nível mundial. Intensificaram-se os esforços de modo a poderem medir e responder ao desafio emergente das estirpes de tuberculose, paludismo e VIH resistentes aos medicamentos.

A terapia antirretroviral está a ser disponibilizada a mais de 4 milhões de pessoas no mundo e os sistemas de saúde foram reforçados, para poderem assumir eficazmente os programas do VIH melhorando, entre outros aspectos, a capacidade dos recursos humanos, os sistemas de informação para gerir o aprovisionamento e suprimento de medicamentos e diagnósticos relacionados com o VIH, a capacidade laboratorial para o VIH e a tuberculose e as estratégias de monitorização e tratamento para evitar a transmissão vertical do VIH. Aumentou a cobertura desta última nos países de baixo e médio rendimento, e os métodos de prevenção da infecção por VIH nas populações mais em risco – entre outros aspectos, com o alargamento de programas de circuncisão masculina – foram promovidos nos países da África Subsariana que suportam um grande fardo de VIH/SIDA. Foi notável o progresso no alargamento da terapia antirretroviral para prevenir a transmissão vertical.

Notou-se, globalmente, uma redução na incidência da tuberculose, pelo que a meta correspondente para o ODM 6 em 2015 já foi atingida; este progresso é sustentável, embora deva ser acelerado. A mortalidade por tuberculose reduziu em cerca de 40% desde 1990. Em resultado de um maior financiamento internacional e doméstico, no início do biénio mais de 40 milhões de pessoas terão beneficiado de tratamentos bem sucedidos graças aos programas DOTS. Foram intensificadas as intervenções associadas contra a tuberculose e o VIH, em especial os testes ao VIH nos doentes de tuberculose; embora as políticas de prevenção e cuidados integrados tenham sido largamente adoptadas, a sua implementação deve ser acelerada. O desafio colocado pela tuberculose multirresistente é hoje vastamente reconhecido, tendo aumentado o compromisso de intensificar as actividades de prevenção e resposta. Mais de 80 países estão a adoptar medidas para tratar a tuberculose multirresistente.

Aumentou substancialmente o empenho internacional em financiar o controlo do paludismo. Os Estados-Membros intensificaram as suas respostas, distribuindo redes impregnadas com insecticidas de longa duração e, em certa medida, testes de diagnóstico rápido e a terapia de associação à base de artemisinina. A implementação e o seu impacto foram mais intensos nos países menos populosos com um investimento elevado *per capita* na eliminação do paludismo. Tem vindo a manifestar-se um forte apoio político à eliminação em países com baixa endemicidade, suscitado pelos dados que demonstram a ligação entre o paludismo e os atrasos no desenvolvimento. Esta área tem merecido investimentos de parceiros-chave em tecnologias aperfeiçoadas.

Foi dado aos Estados-Membros um apoio técnico coordenado, em especial para terem acesso e gerirem subsídios do Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo. As parcerias têm-se expandido graças à adesão das comunidades e da sociedade civil e o financiamento dos doadores vem garantindo a prevenção, o controlo, o tratamento e os cuidados para estas doenças.

Os esforços dos países no combate às três pandemias foram mais rigorosamente monitorizados e avaliados, como se verifica nos relatórios anuais abrangentes da OMS, que têm sido vastamente referenciados e usados no planeamento das respostas a nível global, regional, e local e no reforço das avaliações do impacto. Os seus resultados foram também usados na melhoria da qualidade e do âmbito dos sistemas de informação sanitária de rotina.

### **Principais desafios**

O primeiro desafio-chave será manter o nível de financiamento necessário para expandir os esforços de resposta às doenças. Apesar de um aumento substancial no financiamento geral, o fluxo de recursos em muitos países de baixo e médio rendimento não é fiável. Por isso, é essencial que se contribua para a manutenção do apoio e se garanta um uso eficaz dos recursos, face às necessidades prementes dos que ainda não beneficiaram das actividades de prevenção e cuidados, e perante a ameaça que as doenças emergentes com resistência aos medicamentos representam para a saúde.

O segundo desafio será criar as capacidades necessárias para empreender acções mais complexas que serão necessárias no futuro. A implementação das políticas, estratégias e planos globais de resposta para estas três doenças exigirá maior capacidade técnica e de gestão. Por exemplo, a detecção e tratamento das doenças resistentes aos medicamentos vem aumentar a exigência colocada aos profissionais da saúde, aos programas de apoio e às comunidades afectadas, além de acarretar solicitações de apoio técnico. Por isso, a OMS deve reforçar o seu papel na prestação de apoio técnico e na sua coordenação.

O terceiro desafio será melhorar a eficácia dos sistemas de saúde graças a uma melhor integração dos serviços. As políticas da cobertura universal dos cuidados de saúde, de regulamentação da qualidade dos medicamentos e dos recursos humanos devem ser revistas para melhorar os resultados em relação ao VIH/SIDA, tuberculose e paludismo. Para poder prestar serviços integrados de boa qualidade nos cuidados e prevenção das doenças, na saúde materna e infantil, na nutrição, na saúde sexual e reprodutiva e na resposta às necessidades das populações e comunidades altamente vulneráveis, são também necessárias orientações e inovação.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

No geral, será dada prioridade à manutenção da qualidade das actividades normativas e estratégicas, à medida em que sejam actualizadas e revistas para acompanharem os desenvolvimentos científicos e práticos na prevenção, tratamento e cuidados das doenças. A futura estratégia da OMS para o VIH/SIDA, para 2011–2015, contém pormenores sobre as acções prioritárias que a Organização deve executar. Quanto à tuberculose, a OMS incidirá nas prioridades definidas na Estratégia Travar a Tuberculose e no Plano Global para Travar a TB, 2006–2015, atendendo especialmente a uma maior intensificação dos esforços de prevenção e tratamento da tuberculose multi-resistente. A OMS orientará as actividades de tratamento e prevenção do paludismo de modo a incidirem na aplicação de políticas que intensifiquem o uso de redes tratadas com insecticida, testes de diagnóstico rápido e terapias de associação à base de artemisinina. Na generalidade, será destacada a promoção dos cuidados primários e dos serviços integrados para as três doenças nos cuidados às mães e às crianças, incluindo a prevenção da transmissão vertical, e nos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

A procura crescente de apoio técnico exigirá maior prioridade e mais esforços de coordenação em toda a OMS, nos mecanismos de apoio técnico, centros colaboradores da OMS e parceiros, bem como o reforço das capacidades das equipas-país, a harmonização com as parcerias já existentes a que a OMS aderiu, para o VIH, a tuberculose e o paludismo e a participação estratégica nas actividades do Fundo Global. Também as parcerias devem ser alargadas, englobando as comunidades, a sociedade civil e o sector não estatal na prevenção das doenças e nos cuidados, para que o sistema de saúde dê uma resposta mais abrangente. A resistência aos medicamentos, que afecta as três doenças, causa preocupações crescentes e exigirá mais vigilância e maior capacidade de controlo. Assim, deve-se dar atenção ao reforço dos recursos humanos e da gestão, da monitorização e avaliação dos programas de rotina e dos serviços de saúde, à investigação operacional, à promoção de modelos de cuidados de saúde e à garantia de qualidade e oferta em tempo oportuno de suprimentos. Deve-se colaborar com os novos mecanismos de financiamento, como a Fundação Millennium, organizações e iniciativas para a cobertura universal da saúde e reforçar os laços existentes com o Fundo Global e a Iniciativa Internacional para a Compra de Medicamentos (UNITAID).

### **Ligações a outros objectivos estratégicos**

- Objectivo estratégico 1: sobretudo acções relacionadas com: prestação de intervenções; reforço da capacidade de investigação e maior acesso a novas estratégias e instrumentos, como vacinas; e reforço dos sistemas para monitorizar e vigiar as doenças transmissíveis.
- Objectivo estratégico 3: em especial, acções relacionadas com o VIH/SIDA e a saúde mental.

**PROJECTO DE PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2012–2013**

- Objectivo estratégico 4: sobretudo esforços relacionados com: apoiar a investigação e criar novos instrumentos e intervenções; responder às necessidades específicas de crianças, adolescentes e mulheres em idade fértil; formular e implementar intervenções sensíveis aos géneros; e combater as infeções sexualmente transmissíveis.
- Objectivo estratégico 6: especificamente acções relacionadas com a prevenção do uso do tabaco e a sua ligação à tuberculose e com a prevenção do sexo de risco.
- Objectivo estratégico 7: sobretudo acções relacionadas com abordagens que privilegiam a equidade, favoráveis aos pobres, sensíveis aos géneros, éticas e com base nos direitos humanos
- Objectivo estratégico 8: especialmente relacionado com a saúde ambiental e as suas relações com o paludismo.
- Objectivo estratégico 9: sobretudo acções na área da nutrição e sua ligação ao VIH/SIDA.
- Objectivo estratégico 10: particularmente esforços relacionados com: a organização, gestão e prestação de serviços de saúde; áreas de reforço das capacidades dos recursos humanos, formação integrada e alargamento das redes de prestadores de serviços; e acções visando minimizar a possibilidade de catástrofe financeira e empobrecimento, devido ao pagamento das despesas de saúde pelo utente.
- Objectivo estratégico 11: especificamente acções relacionadas com medicamentos essenciais, produtos médicos e tecnologias de prevenção e tratamento do VIH/SIDA, TB e paludismo.
- Objectivo estratégico 12: especificamente, acções relacionadas com tornar acessíveis aos Estados-Membros conhecimentos sobre a saúde e material de advocacia.

**Principais programas especiais e acordos de colaboração da OMS contemplados no orçamento e que contribuem para a consecução dos resultados esperados em toda a Organização**

- Programa Especial da UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS para a Investigação, Desenvolvimento e Formação para a Investigação sobre Reprodução Humana.
- Parceria Travar a TB.
- Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo e UNITAID.
- Programa Especial da UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS para a Investigação e Formação em Doenças Tropicais.
- Iniciativa da Vacina do VIH (incluindo o Programa Africano da Vacina da SIDA).

**Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012–2013 (milhões de dólares americanos)**

<b>Orçamento (milhões de dólares americanos)</b>							
<b>Programas de base</b>							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	<b>TOTAL</b>
208,2	40,4	90,0	25,5	32,9	55,5	98,8	<b>551,4</b>
<b>Programas especiais e acordos de colaboração</b>							<b>97,4</b>
<b>Resposta a surtos e crises</b>							<b>0,0</b>
<b>Total geral</b>							<b>648,8</b>

**Resultados esperados e indicadores para toda a Organização**

<b>2.1 Orientações, política, estratégia e outros instrumentos concebidos para a prevenção, tratamento e cuidados aos doentes com VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, incluindo abordagens inovadoras para aumentar a cobertura das intervenções junto das populações pobres, vulneráveis e de difícil acesso.</b>	<b>Indicadores</b>					
	<b>2.1.1</b> número de países de baixo e médio rendimento que atingiram cobertura de 80% para <b>a) terapia</b> antirretroviral e para <b>b) serviços</b> de prevenção da transmissão vertical	<b>2.1.2</b> percentagem de países com endemia que atingiram as metas nacionais na prevenção do paludismo	<b>2.1.3</b> número de estados-membros que alcançaram as metas de pelo menos 70% de detecção de casos e 85% de sucesso no tratamento da tuberculose	<b>2.1.4</b> número de países entre os 27 prioritários com alto fardo de tuberculose multirresistente que detectaram e iniciaram tratamento, com a abordagem de gestão programática recomendada pela oms, de pelo menos 70% dos casos estimados de tuberculose multirresistente	<b>2.1.5</b> percentagem de estados-membros com alto fardo que atingiram a meta dos 70% de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis diagnosticadas, tratadas e aconselhadas em pontos de cuidados primários	
	<b>ponto de partida em 2012</b>					
	A) 15	NÃO DISPONÍVEL	46	15	70%	
	B) 20					
	<b>METAS A ATINGIR ATÉ 2013</b>					
	a) 35	60%	50	27	90%	
	b) 45					

<b>2.2 Apoio técnico e político aos países para a prestação de intervenções alargadas e sensíveis ao género de prevenção, tratamento e cuidados do VIH/SIDA, TB e paludismo, incluindo a formação integrada e a prestação de serviços; rede alargada de prestadores de serviços; e reforço das capacidades laboratoriais e melhores ligações a outros serviços de saúde, como os da saúde sexual e reprodutiva, saúde materna, neonatal e infantil, infecções sexualmente transmissíveis, nutrição, serviços de tratamento de toxic dependência, cuidados respiratórios, doenças negligenciadas e saúde do ambiente.</b>	<b>Indicadores</b>		
	<b>2.2.1</b> Número de Estados-Membros alvo com políticas e planos abrangentes de médio prazo <u>recomendados pela OMS</u> para resposta ao VIH, tuberculose e paludismo	<b>2.2.2</b> Percentagem de países com alto fardo que monitorizam os testes e aconselhamento do VIH iniciados pelo prestador, em serviços de infecções sexualmente transmissíveis e de planeamento familiar	<b>2.2.3</b> Número de países, entre os 63 com alto fardo de VIH/SIDA e tuberculose, que estão a implementar o pacote da política de 12 pontos da OMS para as actividades de colaboração contra o VIH/SIDA e a TB



	<b>Ponto de partida em 2012</b>		
	VIH/SIDA: <u>115/131</u> Tuberculose: 118/118 Paludismo 70/70	60%	30
	<b>Metas a atingir até 2013</b>		
	VIH/SIDA: <u>131/131</u> Tuberculose: 148 Paludismo: 70/70	75%	45

<p><b>2.3</b> Orientação global e apoio técnico às políticas e programas, para promover o acesso equitativo aos medicamentos essenciais, instrumentos de diagnóstico e tecnologias da saúde de qualidade garantida para a prevenção e tratamento do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo; seu uso racional pelos prescretores e consumidores e garantia de fornecimento ininterrupto de produtos de diagnóstico, sangue seguro e produtos do sangue, injeções e outras tecnológicas e produtos essenciais da saúde.</p>	<b>Indicadores</b>					
	<b>2.3.1</b> Número de normas e modelos globais actualizadas e de padrões de qualidade de medicamentos e instrumentos de diagnóstico para o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo	<b>2.3.2</b> Número de <u>novos</u> medicamentos e instrumentos de diagnóstico prioritários para o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo que foram avaliados e pré-classificados por mandato das Nações Unidas	<b>2.3.3</b> Número de países alvo apoiados para aumentar o acesso a medicamentos essenciais para o VIH/SIDA de preço acessível, que recebem apoio para aumentar o acesso a medicamentos essenciais para o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo cujo suprimento está integrado nos sistemas nacionais de medicamentos (o número de países alvo é definido de 6 em 6 anos)	<b>2.3.4</b> Número de Estados-Membros que implementam uma despistagem de qualidade do VIH/SIDA em todo o sangue doado	<b>2.3.5</b> Número de Estados-Membros que administram todas as injeções médicas com seringas esterilizadas de utilização única	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>					
	<u>Medicamentos: 95</u>	300	<u>VIH/SIDA: 38</u>	<u>188</u>	170	
	<b>Metas a atingir até 2013</b>					
	<u>Medicamentos: 105</u>	400	<u>VIH/SIDA: Todos os 50 países alvo</u>	193	193	

<p><b>2.4</b> Reforço e alargamento da avaliação e monitorização dos sistemas globais, regionais e nacionais de vigilância, para acompanhar os progressos e afectar recursos ao controlo do VIH/SIDA, TB e paludismo e para avaliar o impacto dos esforços de controlo e a evolução da resistência aos medicamentos.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<b>2.4.1</b> Número de Estados-Membros que enviam anualmente à OMS dados da vigilância e monitorização ou dados da afectação financeira, para inclusão nos relatórios mundiais anuais do controlo do VIH/SIDA, TB e paludismo e dados sobre a consecução dos objectivos	<b>2.4.2</b> Número de Estados-Membros que notificam à OMS os dados da vigilância da resistência aos medicamentos do VIH/SIDA, TB e paludismo
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	VIH/SIDA: <u>120</u> Tuberculose: <u>198</u> Paludismo: 107	VIH/SIDA: <u>65</u> Tuberculose: <u>125</u> Paludismo: 107
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
VIH/SIDA: <u>130</u> Tuberculose: <u>198</u> Paludismo: 107	VIH/SIDA: <u>75</u> Tuberculose: <u>130</u> Paludismo: 107	

## PROJECTO DE PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2012-2013

<p><b>2.5</b> Empenhamento político sustentado e mobilização de recursos garantida pela advocacia e participação em parcerias para o VIH/SIDA, TB e paludismo a nível nacional, regional e global; apoio aos países conforme necessário para a formulação ou reforço e implementação de mecanismos de mobilização e utilização de recursos e aumento da capacidade de absorção dos recursos disponíveis; e maior empenho das comunidades e das pessoas afectadas em maximizar o alcance e o desempenho dos programas de controlo do VIH/SIDA, TB e paludismo.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>2.5.1</b> Número de Estados-Membros com mecanismos funcionais de coordenação do controlo do VIH/SIDA, TB e paludismo</p>	<p><b>2.5.2</b> Número de Estados-Membros que envolvem as comunidades, as pessoas afectadas pelas doenças, as organizações da sociedade civil e o sector privado no planeamento, concepção, implementação e avaliação dos programas de VIH/SIDA, TB e paludismo</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	<p>VIH/SIDA: <u>118</u> Tuberculose: <u>110</u> Paludismo: <u>Não disponível</u></p>	<p>VIH/SIDA: <u>120</u> Tuberculose: 87 Paludismo: 70</p>
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
<p>VIH/SIDA: 131 TUBERCULOSE: <u>120</u> Paludismo: <u>Não disponível</u></p>	<p>VIH/SIDA: 131 Tuberculose: 87 Paludismo: 70</p>	

<p><b>2.6</b> Criação e validação de novos saberes, instrumentos e estratégias de intervenção para necessidades prioritárias da prevenção e controlo do VIH/SIDA, TB e paludismo, com cientistas de países em desenvolvimento a assumirem cada vez mais a liderança da investigação.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>2.6.1</b> Número de instrumentos ou estratégias de intervenção, novos ou aperfeiçoados, para a prevenção e controlo do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, implementados pelo sector público em, pelo menos, um país em desenvolvimento</p>	<p><b>2.6.2</b> Percentagem de publicações revistas pelos pares, decorrentes de investigação apoiada pela OMS sobre VIH/SIDA, tuberculose ou paludismo, estando a instituição do principal autor sediada num país em desenvolvimento</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	6	<u>55%</u>
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
13	<u>60%</u>	

### OBJECTIVO ESTRATÉGICO 3

#### **Evitar e reduzir as doenças, incapacidades e mortes prematuras por doenças não transmissíveis crónicas, perturbações mentais, violência e traumatismos e deficiência visual**

##### **Âmbito**

As actividades no âmbito deste objectivo estratégico incidem no seguinte: formulação da política; implementação do programa; monitorização e avaliação; reforço dos sistemas e serviços de saúde e de reabilitação; e implementação de programas de prevenção e reforço das capacidades nas áreas das doenças não transmissíveis, incluindo as perturbações genéticas, as deficiências visuais e auditivas, as complicações mentais, comportamentais e neurológicas, incluindo as relacionadas com o uso de substâncias psicoactivas, traumatismos causados por acidentes rodoviários, afogamento, queimaduras, envenenamento, quedas, violência na família ou na comunidade e incapacidades de todos os tipos.

##### **Principais sucessos até ao presente**

Os Estados-Membros deram provas do seu empenhamento nas actividades desta área pela adopção das resoluções da Assembleia Mundial da Saúde e da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, prevenção da violência, prevenção dos acidentes rodoviários, cuidados de emergência a traumatismos, incapacidades e reabilitação e prevenção da cegueira evitável e da deficiência visual, assim como de numerosas resoluções dos comités regionais, incluindo as que se reportam a: prevenção de lesões em acidentes rodoviários, na Região do Mediterrâneo Oriental; estratégia regional de controlo do cancro, na Região Africana; plano regional de prevenção das doenças não transmissíveis, na Região do Pacífico Ocidental; e o Plano de Acção para a Prevenção da Cegueira Evitável e da deficiência Visual, na Região das Américas. Além destas, foi adoptada pelo 49.º Conselho Directivo da PAHO uma resolução sobre a Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental. A Região do Pacífico Ocidental acordou num quadro regional para a prevenção de traumatismos e a Região Europeia completou a avaliação dos progressos na implementação de uma resolução sobre a prevenção de traumatismos.

Verificaram-se progressos na implementação dos seis objectivos do plano de acção para a estratégia global de prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, para o período de 2008–2013. A 63.ª Assembleia Mundial da Saúde analisou um relatório dos progressos das medidas tomadas nos primeiros dois anos.<sup>1</sup> Em conjunto, o plano de acção e uma advocacia de base factual para reforçar a prioridade concedida à luta contra as doenças não transmissíveis nas actividades de desenvolvimento a nível global e nacional produziram resultados tangíveis: por exemplo a Declaração Ministerial do Segmento de Alto Nível do Conselho Económico e Social das Nações Unidas em Genebra, de 6–9 de Julho de 2009, e a resolução A/RES/64/265 da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, na qual, entre outros aspectos, foi decidido convocar uma sessão de alto nível da Assembleia Geral para Setembro de 2011, com a presença dos Chefes de Estado e de Governo, sobre a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis.<sup>2</sup>

Foram definidos modelos e indicadores nucleares para os sistemas de vigilância das doenças não transmissíveis, que serão usados na formulação de políticas e na monitorização das tendências globais e nacionais. Procedeu-se a um inquérito mundial à capacidade dos Estados-Membros para conceber e implementar programas abrangentes de prevenção das doenças não transmissíveis e o mesmo protocolo será usado para monitorizar os progressos durante um período de 3 anos. Foi avaliada a eficácia da acção intersectorial contra as doenças não transmissíveis, com base nos ensinamentos colhidos e nas recomendações feitas. Em colaboração com os Estados-Membros e outros parceiros, foram preparadas e posteriormente adoptadas pela 63.ª Assembleia Mundial da Saúde resoluções sobre a comercialização de alimentos e bebidas não alcoólicas a crianças<sup>3</sup> e sobre uma estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool foi elaborada e posteriormente adoptada pela mesma 63.ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde.<sup>4</sup>

A Primeira Conferência Ministerial Global sobre Segurança Rodoviária, em 2009, resultou na adopção da Declaração de Moscovo que, por seu lado, levou a Assembleia Geral das Nações Unidas a proclamar o período de 2011–2020 como a Década da Segurança Rodoviária.

---

<sup>1</sup> Documento A63/12.

<sup>2</sup> Resolução A/RES/64/265.

<sup>3</sup> Resolução WHA63.14.

<sup>4</sup> Resolução WHA63.13.

O Programa de Acção para a Saúde Mental da OMS foi lançado para intensificar os serviços de saúde para as pessoas que sofrem de complicações mentais, neurológicas e decorrentes do uso de substâncias psicoactivas. O apoio técnico que a OMS prestou aos Estados-Membros abrangeu a preparação e a implementação de políticas, estratégias e legislação sobre: 1) doenças não transmissíveis, incluindo a prevenção da violência e traumatismos e saúde mental e 2) melhorar as vidas das pessoas com incapacidades. Tem havido progressos na implementação de intervenções de boa relação custo-eficácia e nas políticas e planos nacionais, bem como na criação de uma boa base de dados factuais para as intervenções. Foram celebradas novas parcerias-chave e reforçadas outras já existentes e foi criada a Rede Global das Doenças não Transmissíveis (NCDnet).

### **Principais desafios**

Os três principais desafios com que os Estados-Membros se confrontam referem-se ao seguinte: reforço da vigilância e monitorização das doenças não transmissíveis e dos seus determinantes; promoção de uma acção intersectorial que possibilite a implementação das políticas de saúde em todos os campos; e melhor acesso a intervenções de cuidados essenciais de saúde no tratamento de doenças comuns. Em diversas áreas, a disponibilidade de recursos continua a ser inadequada, por comparação com a magnitude dos problemas e o potencial para a acção, limitando desse modo a implementação dos planos, recomendações e orientações da OMS em muitos países de baixo e médio rendimento. O Orçamento-Programa para 2012–2013 incidirá na resposta a estes desafios.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

No biénio, a principal prioridade será tirar dividendos dos esforços de advocacia de base alargada que permitiram aumentar a consciencialização e o empenhamento face à prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, graças ao reforço dos programas nacionais partindo da capacidade técnica e de gestão e privilegiando os países de baixo e médio rendimento. Os programas nacionais terão apoio para adaptar, implementar e avaliar medidas de prevenção primária e a prevenção das doenças não transmissíveis será integrada nas agendas nacionais para o desenvolvimento. Será reforçada a implementação das resoluções, quadros, planos de acção e orientações normativas existentes; a prevenção e tratamento das doenças não transmissíveis, incluindo as perturbações mentais e neurológicas, traumatismos e incapacidades, serão integrados nas iniciativas de reforço dos sistemas de saúde.

Destacar-se-á também a emissão de recomendações de base factual destinadas a aperfeiçoar e reforçar as intervenções existentes, prosseguindo com a integração da prevenção das doenças não transmissíveis na agenda mundial do desenvolvimento. Na intensificação e reforço dos programas nacionais, devem-se ter em conta os desafios atrás mencionados. Merecem relevo especial as iniciativas de reforço da vigilância das doenças não transmissíveis e a sua integração nos sistemas nacionais de informação sanitária. Entre as outras prioridades mencionam-se: promover mecanismos que estimulem a acção intersectorial e as políticas de saúde em todos os campos, com base nas boas práticas e nos ensinamentos colhidos; preparar pacotes de intervenções de base factual a preço acessível; prosseguir na criação, reforço e utilização de parcerias multisectoriais, incluindo a abordagem a novos parceiros do governo e da sociedade civil; e ampliar o contributo do sector privado na implementação das políticas e planos existentes, evitando ao mesmo tempo os conflitos de interesses. O contributo da Rede Global das Doenças não Transmissíveis aumentará nas áreas da advocacia, do financiamento inovador e da intensificação do plano de acção da estratégia global para a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis.

### **Ligações a outros objectivos estratégicos**

O sucesso neste objectivo exige uma sólida ligação e colaboração eficaz com outros objectivos estratégicos, em especial os seguintes:

- Objectivo estratégico 2: em relação ao desenvolvimento de sinergias para acelerar os progressos na consecução dos ODM 5 e 6, e para reforçar os cuidados de saúde para as doenças crónicas.
- Objectivo estratégico 4: em relação ao desenvolvimento de sinergias para acelerar a consecução do ODM 4.

- Objectivo estratégico 5: em relação ao reforço da resposta de emergência para as pessoas com doenças não transmissíveis e incapacidades, ao aperfeiçoamento dos serviços médicos de urgência e ao tratamento de sinistrados em massa, bem como a prestação de apoio psicossocial durante situações de emergência e crises crónicas.
- Objectivo estratégico 6: em relação à promoção da saúde, à vigilância, prevenção e redução dos factores de risco para a saúde, incluindo abordagens a toda a população de luta contra o tabaco, o uso nocivo do álcool, dietas não saudáveis e inactividade física, e ainda na área do desenvolvimento da saúde urbana.
- Objectivo estratégico 7: em relação à integração dos determinantes sociais da saúde nas iniciativas de prevenção, à promoção das iniciativas de saúde em todos os campos, do reforço dos direitos humanos e da equidade na saúde e da integração de abordagens favoráveis aos pobres e sensíveis aos géneros.
- Objectivo estratégico 8: em relação à promoção de sinergias para a saúde ocupacional, avaliação dos impactos na saúde, contributos para as políticas de saúde em todos os campos e avaliação e abordagem dos efeitos das alterações climáticas na saúde.
- Objectivo estratégico 9: quanto à melhoria da nutrição ao longo do curso da vida.
- Objectivo estratégico 10: em relação à integração da vigilância das doenças não transmissíveis no observatório mundial da saúde e nos sistemas de informação sanitária, bem como ao reforço dos serviços de saúde, para que respondam com mais eficácia às necessidades em cuidados de saúde das pessoas com doenças não transmissíveis.

**Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012-2013 (milhões de dólares americanos)**

Orçamento (milhões de dólares americanos)							
Programas de base							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	TOTAL
21,9	11,2	18,1	18,0	22,6	18,0	36,2	145,9
Programas especiais e acordos de colaboração							0,0
Resposta a surtos e crises							0,0
Total geral							145,9

**Resultados esperados e indicadores para toda a Organização**

<b>3.1</b> Advocacia e apoio para reforçar o empenho político, financeiro e técnico nos Estados-Membros, a fim de combater as doenças não transmissíveis crónicas, as perturbações mentais e comportamentais, violências, traumatismos e incapacidades, bem como a deficiência visual, incluindo a cegueira.	Indicadores			
	<b>3.1.1</b> Número de Estados-Membros cujo Min. da Saúde tem um ponto ou uma unidade focal para a prevenção de traumatismos e violência com orçamento próprio	<b>3.1.2</b> Publicação e lançamento do <i>Relatório Mundial sobre Incapacidade e Reabilitação</i> , em resposta à resolução WHA58.23	<b>3.1.3</b> Número de Estados-Membros com um orçamento para a saúde mental de mais de 1% do total para a saúde	<b>3.1.4</b> Número de Estados-Membros com uma unidade no Min. da Saúde ou autoridade sanitária nacional equivalente com pessoal e orçamento próprios, para a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis crónicas
	<b>Ponto de partida em 2012</b>			
	162	Publicado em 6 línguas	90	122
	<b>Metas a atingir até 2013</b>			
	170	Relatório lançado e implementação iniciada em 40 países	100	152

<b>3.2</b> Orientação e apoio aos Estados-Membros para formular e implementar políticas, estratégias e normas sobre doenças crónicas não transmissíveis, perturbações mentais e neurológicas, violência, traumas e incapacidades, bem como deficiência visual, incluindo a cegueira.	Indicadores			
	<b>3.2.1</b> Número de Estados-Membros com planos para evitar traumatismos e violência não intencionais	<b>3.2.2</b> Número de Estados-Membros que iniciaram o processo de formular uma política ou lei para a saúde mental	<b>3.2.3</b> Número de Estados-Membros que adoptaram uma política nacional multi-sectorial para as doenças não transmissíveis crónicas	<b>3.2.4</b> Número de Estados-Membros a implementar planos nacionais abrangentes para prevenção de deficiência auditiva ou visual
	<b>Ponto de partida em 2012</b>			
	88	56	90	100
	<b>Metas a atingir até 2013</b>			
	94	64	105	130

3.3 Progressos na capacidade dos Estados-Membros para recolher, analisar, divulgar e usar dados sobre a magnitude, causas e consequências das doenças não transmissíveis crónicas, perturbações mentais ou neurológicas, violência, traumatismos e incapacidades, nomeadamente visuais, incluindo cegueira.	<b>Indicadores</b>					
	3.3.1 Número de Estados-Membros que durante o biênio apresentaram à OMS uma avaliação completa da sua prevenção nacional de acidentes rodoviários	3.3.2 Número de Estados-Membros que publicaram um documento com dados nacionais da prevalência e incidência de incapacidades	3.3.3 Número de Estados-Membros de baixo e médio rendimento que notificam anualmente indicadores de base da saúde mental	3.3.4 Número de Estados-Membros com um sistema nacional de notificação sanitária e relatórios anuais incluindo indicadores para as 4 maiores doenças não transmissíveis	3.3.5 Número de Estados-Membros que documentam o fardo da incapacidade auditiva e visual, de acordo com inquéritos à população	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>					
	<u>175</u>	<u>163</u>	110	136	<u>38</u>	
<b>Metas a atingir até 2013</b>						
180	<u>168</u>	120	155	<u>50</u>		

3.4 Melhores dados compilados pela OMS sobre a relação custo-eficácia de intervenções de luta contra as doenças não transmissíveis crónicas, mentais e neurológicas e uso de substâncias psicoactivas, violência, traumatismos e incapacidades, incluindo cegueira.	<b>Indicadores</b>	
	3.4.1 Existência de orientações de base factual sobre a eficácia das intervenções para tratamento de doenças mentais, comportamentais e neurológicas, incluindo as decorrentes do uso de substâncias psicoactivas	3.4.2 Existência de guias ou orientações de base factual sobre a eficiência e a relação custo-eficácia de intervenções de prevenção e tratamento das doenças não transmissíveis crónicas
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	Publicação e divulgação de <u>12</u> intervenções	Publicação e divulgação de 5 intervenções
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
Publicação e divulgação de <u>16</u> intervenções	Publicação e divulgação de 8 intervenções	

3.5 Orientação e apoio aos Estados-Membros na preparação e implementação de programas multisectoriais para promover junto de toda a população a saúde mental e evitar perturbações mentais e comportamentais, violência e traumatismos, como incapacidade visual, incluindo cegueira.	<b>Indicadores</b>			
	3.5.1 Número de orientações publicadas e vastamente divulgadas sobre intervenções multisectoriais para evitar a violência e traumatismos não intencionais	3.5. Número de Estados-Membros que, durante o biênio, iniciaram projectos de base comunitária para reduzir os suicídios	3.5.3 Número de Estados-Membros que implementaram estratégias recomendadas pela OMS para a prevenção de incapacidades auditivas e visuais	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>			
	14	<u>21</u>	100	
<b>Metas a atingir até 2013</b>				
18	<u>25</u>	130		

## PROJECTO DE PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2012-2013

<b>3.6</b> Orientação e apoio aos Estados-Membros para melhorar a capacidade dos sistemas de saúde e sociais para prevenir e tratar doenças não transmissíveis crónicas, perturbações mentais e comportamentais, violência, traumatismos e incapacidades como a incapacidade visual, incluindo a cegueira	<b>Indicadores</b>					
	<b>3.6.1</b> Número de Estados-Membros que integraram serviços de cuidados a traumatizados para as vítimas de acidentes ou de violência nos sistemas de saúde, usando as directrizes da OMS para os cuidados a traumatismos	<b>3.6.2</b> Número de Estados-Membros que implementaram programas de reabilitação de base comunitária	<b>3.6.3</b> Número de Estados-Membros de baixo e médio rendimento que completaram a avaliação dos seus sistemas de saúde mental usando os Sistemas de Avaliação da Saúde Mental (WHO-AIMS) da OMS	<b>3.6.4</b> Número de Estados-Membros de baixo e médio rendimento que implementaram estratégias de cuidados de saúde primários para detectar riscos cardio-vasculares e para o tratamento integrado das doenças não transmissíveis usando a orientações da OMS	<b>3.6.5</b> Número de Estados-Membros com apoio à cessação do tabaco integrado nos cuidados de saúde primários	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>					
	<u>27</u>	<u>35</u>	80	26	40	
	<b>Metas a atingir até 2013</b>					
<u>32</u>	<u>41</u>	90	55	45		



## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 4

**Reduzir a morbilidade e mortalidade e melhorar a saúde nas fases chave da vida, incluindo a gravidez, nascimento, período neonatal, infância e adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento activo e saudável de todos os indivíduos**

### Âmbito

As actividades na esfera deste objectivo estratégico pretendem melhorar e expandir o acesso e o uso de intervenções eficazes de saúde pública que reduzirão a morbilidade e mortalidade relacionadas com a gravidez e o parto, melhorando a sobrevivência infantil e a saúde e desenvolvimento das crianças e adolescentes. Também incide em acções para garantir o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva, com ênfase especial na redução de obstáculos ao acesso aos serviços e no contacto com as populações marginalizadas. Para ter sucesso, estas actividades devem ocorrer em simultâneo com o reforço dos sistemas de saúde e a garantia de cuidados integrados, em especial para as crianças, adolescentes e mulheres em idade fértil. Estas actividades destacam a ligação entre diversos aspectos ao longo da vida e incluem o envelhecimento saudável e activo.

À medida que a pandemia do VIH continua, é especialmente importante que os programas e serviços destinados às adolescentes e mulheres em idade fértil (incluindo cuidados pré-natais, serviços de planeamento familiar e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis) incluam sistematicamente programas e serviços de prevenção e tratamento da infecção por VIH, incluindo a prevenção da transmissão vertical.

É reconhecida a necessidade de enfrentar as desigualdades entre os géneros que estão subjacentes para se poder alcançar os ODM, em especial os que são abrangidos por este objectivo estratégico. Neste contexto, a violência contra as mulheres é cada vez mais reconhecida como um importante problema de saúde pública, nomeadamente quando associada a uma infecção por VIH, e exige mais atenção por parte da comunidade de saúde pública.

### Principais sucessos até ao presente

Houve indicações de maior empenhamento político por parte da comunidade internacional para se atingirem os ODM 4 e 5, com aumento das hipóteses de financiamento. As quatro agências com maior responsabilidade nestes Objectivos— OMS, UNICEF, FNUAP e Banco Mundial – intensificaram e coordenaram esforços para melhorar a saúde materna e dos recém-nascidos nos países mais carenciados. A OMS criou novos instrumentos e orientações relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, materna, neonatal, infantil e com a saúde dos adolescentes, tendo apoiado o seu uso. A mortalidade infantil continua a declinar a nível mundial. As actividades em torno deste objectivo estratégico incidiram no apoio aos países para intensificar a implementação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças da Infância e para formar mais trabalhadores comunitários, de modo a aproximar os serviços das crianças, nomeadamente com a introdução do programa de trabalhadores da saúde comunitária. A 63.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde adoptou uma resolução sobre a prevenção e tratamento da pneumonia, uma importante causa de mortalidade infantil.<sup>1</sup> Para promover a saúde dos adolescentes, foram criadas orientações programáticas para melhorar a qualidade e o acesso a serviços amigos dos jovens e de saúde escolar.

Aumentou notavelmente a oferta de serviços de prevenção da transmissão vertical do VIH. Na publicação *Visão estratégica da PMTCT para 2010-2015*,<sup>2</sup> a OMS afirma o seu compromisso de apoio, a nível global e de país, para intensificar o acesso aos serviços e integrá-los nos programas da saúde materna, neonatal e infantil. O reforço dos sistemas de monitorização e vigilância da mortalidade materna contribuiu para melhorar a notificação de dados pelos países, embora ainda persistam falhas significativas. A nível mundial, a percentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado aumentou, graças ao apoio contínuo da OMS à formação de profissionais de cuidados de saúde e ao maior acesso a cuidados obstétricos de emergência e a serviços de planeamento familiar. Continuou a aumentar a prevalência de contraceptivos nos países em desenvolvimento, embora permaneçam sem solução carências no planeamento familiar. O relatório da OMS intitulado *As Mulheres e a Saúde*<sup>3</sup> descreve os problemas de saúde que afectam especialmente as jovens e mulheres ao longo da vida. Também identifica áreas que necessitam de novos dados e mais análises e investigação e procura

<sup>1</sup> Resolução WHA63.24

<sup>2</sup> *Visão Estratégica da PMTCT para 2010-2015: prevenir a transmissão vertical do VIH para atingir os ODM e as metas da UNGASS, avançando para a eliminação do VIH pediátrico*, Dez. 2009. Genebra, OMS, 2010.

<sup>3</sup> *As Mulheres e a Saúde: Dados de hoje, agenda de amanhã*. Genebra, OMS, 2009.

estimular o diálogo político a nível nacional, regional e global para informar as actividades e chama a atenção para estratégias inovadoras que conduzirão a melhorias concretas na saúde e nas vidas das jovens e mulheres de todo o mundo. A OMS e a ONUSIDA começaram a colaborar nas ligações entre a violência sobre mulheres e a infecção por VIH.

### **Principais desafios**

A redução da mortalidade infantil depende cada vez mais do combate à mortalidade neonatal; calcula-se que cerca de 40% das mortes que ocorrem no mundo entre as crianças com menos de 5 anos ocorrem no primeiro mês de vida, a maioria na primeira semana. Continua a ser inadequada a cobertura de intervenções cruciais, como a terapia de rehidratação oral para a diarreia e o tratamento das infecções respiratórias agudas com antibióticos. A subnutrição ainda tem um papel inaceitavelmente importante na morbilidade e mortalidade das crianças.

A redução da mortalidade materna continua a ser um grande desafio, sobretudo nas partes do mundo onde os sistemas de registos vitais são deficientes ou não existem; assim, os serviços pré-natais, no parto e no pós-parto devem ser disponibilizados a todas as mulheres, em especial as mais pobres e as que vivem em zonas rurais ou remotas. Deve-se dar um destaque especial à melhoria do acesso e da qualidade dos serviços nas unidades de saúde que prestam cuidados obstétricos de emergência. São precisos nos países meios de avaliação dos progressos mais eficazes do que os dos actuais sistemas de monitorização e vigilância, bem como sistemas de informação sanitária mais fiáveis.

Um progresso lento e irregular no acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva nos países está a pôr em causa a consecução dos ODM, em especial o n.º 5. O papel da infecção por VIH na mortalidade materna torna-se cada vez mais claro e exige esforços intensificados para prevenir a infecção entre os jovens, nomeadamente integrando serviços de prevenção e tratamento do VIH nos serviços de planeamento familiar e de cuidados pré-natais. A violência contra as mulheres, em especial por parte do parceiro íntimo, é entendida como um grave problema que necessita de mais informação para se poderem identificar intervenções eficazes.

À medida que a percentagem de idosos aumenta no mundo, os escritórios regionais e os países vão reconhecendo a importância de estimular um envelhecimento activo. Embora as intervenções específicas das doenças estejam no âmbito de outros objectivos estratégicos, o envelhecimento enquanto parte do percurso vital e a necessidade de uma abordagem holística ao envelhecimento saudável cabem neste objectivo estratégico.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

Para responder a numerosos desafios, no futuro a principal atenção incidirá em apoiar os países no reforço dos sistemas de saúde, para que possam prestar serviços integrados que abranjam a saúde sexual e reprodutiva, incluindo aos adolescentes; cuidados pré-natais; cuidados associados à mãe e ao recém-nascido no nascimento e no período pós-parto/neonatal; e prevenção, tratamento, testes e aconselhamento para o VIH e outras infecções sexualmente transmissíveis. Será dado maior destaque à colaboração em parceria com outras agências das Nações Unidas, doadores e parceiros-chave, de modo a dar um apoio coerente aos países nestas áreas.

Será dada maior prioridade ao apoio aos países para intensificar as intervenções da saúde das crianças e recém-nascidos, sobretudo a nível de comunidade; o mesmo acontecerá para promover o reconhecimento da importância que o desenvolvimento na infância tem para a idade adulta. Também será prioritária a melhoria dos indicadores da saúde materna e dos métodos para medir os progressos na redução da mortalidade materna; os parceiros activos nesta área participarão nos esforços para reforçar os sistemas de informação sanitária nos países. Os Estados-Membros receberão apoio extra para: definir metas e indicadores nacionais para atingir o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva; criar sistemas que monitorizem os progressos, incluindo a disponibilidade de dados nacionais sobre os produtos da saúde e os determinantes, desagregados por género e idade; e monitorizar e avaliar as intervenções em saúde materna, neonatal, infantil e dos adolescentes. Também será prioritária a redução da morbilidade e mortalidade maternas, continuando o apoio aos países para que aumentem o número de assistentes de parto qualificados e desenvolvam as suas competências, melhorando também a qualidade e o acesso às unidades de saúde que prestam cuidados obstétricos de emergência. O contacto com os adolescentes merecerá mais atenção, no contexto da saúde escolar, para influenciar padrões de comportamento e combater a violência contra as mulheres.

Está previsto um plano global de acção para o envelhecimento e saúde, bem como orientações e programas de formação para responder às carências dos idosos, incluindo em situações de emergência.

Em muitas das áreas acima referidas, a investigação continuará a ser prioritária, com especial destaque na implementação das suas conclusões, sobretudo se integram intervenções-chave de base factual transversais aos sistemas de saúde, com o objectivo de proporcionar acesso universal aos serviços de saúde materna, neonatal e infantil.

#### **Ligações a outros objectivos estratégicos**

- Objectivos estratégicos 1 e 2: relacionado com a prestação eficaz e integrada de vacinação e de outras intervenções de controlo das principais doenças infecciosas através dos serviços de saúde materna, neonatal, infantil e dos adolescentes e da saúde sexual e reprodutiva.
- Objectivo estratégico 5: relacionado com a resposta às carências sanitárias das populações vulneráveis, em especial as mães e crianças, em situações de emergência.
- Objectivos estratégicos 6 a 9, especialmente os 6, 7 e 9: deve-se dar atenção suficiente: a) aos determinantes sociais e económicos da má saúde que limitam os progressos neste objectivo estratégico, b) aos grandes factores de risco, como a má nutrição, e c) a abordagens baseadas nos direitos humanos e sensíveis aos géneros que garantam o acesso equitativo a serviços essenciais, nas várias fases da vida.
- Objectivos estratégicos 10 e 11: é especialmente necessária uma atenção específica ao reforço dos sistemas de saúde, para que possam rapidamente alargar o acesso a intervenções eficazes de saúde materna, neonatal, infantil e dos adolescentes e saúde sexual e reprodutiva, garantindo a continuidade dos cuidados ao longo da vida nos vários níveis do sistema de saúde, incluindo o comunitário.

#### **Principais programas especiais e acordos de colaboração da OMS contemplados no orçamento e que contribuem para a consecução dos resultados esperados em toda a Organização**

Programa Especial da UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS para a Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação em Reprodução Humana.

**Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012–2013 (milhões de dólares americanos)**

<b>Orçamento (milhões de dólares americanos)</b>							
<b>Programas de base</b>							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	<b>TOTAL</b>
107,7	25,4	36,0	12,9	36,1	18,0	50,5	<b>286,6</b>
<b>Programas especiais e acordos de colaboração</b>							<b>33,9</b>
<b>Resposta a surtos e crises</b>							<b>0,0</b>
<b>Total geral</b>							<b>320,5</b>

**Resultados esperados e indicadores para toda a Organização <sup>1</sup>**

<p><b>4.1</b> Apoio aos Estados-Membros para formular uma política, uma estratégia e um plano abrangentes para acelerar o acesso universal a intervenções eficazes em colaboração com outros programas, atendendo à redução da desigualdade entre os géneros e das desigualdades na saúde, com cuidados continuados ao longo da vida, integrando a prestação de serviços nos vários níveis do sistema de saúde e reforçando a coordenação com a sociedade civil e o sector privado.</p>	<b>Indicadores</b>		
	<p><b>4.1.1</b> Número de Estados-Membros alvo com uma política integrada de acesso universal a intervenções eficazes para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil</p>	<p><b>4.1.2</b> Número de Estados-Membros que, com o apoio da OMS, formularam uma política para alcançar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva</p>	
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>		
	<u>A definir até ao fim de 2011</u>		<u>A definir até ao fim de 2011</u>
	<b>Metas a atingir até 2013</b>		
<u>28 acima do ponto de partida</u>		<u>10 acima do ponto de partida</u>	
<p><b>4.2</b> Reforço da capacidade nacional de investigação conforme necessário e disponibilidade de novos dados, produtos, tecnologias, intervenções e abordagens ao parto de importância global ou nacional para melhorar a saúde materna, neonatal, infantil e adolescentes, para promover um envelhecimento activo e saudável e melhorar a saúde sexual e reprodutiva.</p>	<b>Indicadores</b>		
	<p><b>4.2.1</b> Número de centros de investigação que receberam um subsídio inicial para apoio e para um desenvolvimento institucional abrangente</p>	<p><b>4.2.2</b> Número de estudos finalizados sobre temas prioritários que foram apoiados pela OMS</p>	<p><b>4.2.3</b> Número de revisões sistemáticas, novas ou actualizadas, das melhores práticas, políticas e modelos de cuidados para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil e adolescentes, promover um envelhecimento activo e saudável e melhorar a saúde sexual e reprodutiva</p>
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>		
	<u>A definir até ao fim de 2011</u>	<u>A definir até ao fim de 2011</u>	<u>A definir até ao fim de 2011</u>
	<b>METAS A ATINGIR ATÉ 2013</b>		
<u>4 acima do ponto de partida</u>	<u>12 acima do ponto de partida</u>	<u>20 acima do ponto de partida</u>	

<sup>1</sup> Todos os indicadores estão a ser revistos para garantir a harmonização dos instrumentos de medida nos escritórios; no final de 2011 serão aplicadas definições claras dos numeradores e denominadores.

## PROJECTO DE PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2012–2013

<p><b>4.3</b> Orientações, abordagens e instrumentos para melhorar os cuidados às mães aplicados a nível de país, incluindo apoio técnico aos Estados-Membros para acções intensificadas que garantam cuidados qualificados a todas as grávidas e todos os recém-nascidos, no nascimento e nos períodos pós-parto e neonatal, em especial às populações pobres e negligenciadas, com monitorização dos progressos.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>4.3.1</b> Número de Estados-Membros que implementam estratégias para aumentar a cobertura dos partos com cuidados especializados</p>	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	<p><u>A definir até ao fim de 2011</u></p>	
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	<p><u>25 acima do ponto de partida</u></p>	

<p><b>4.4</b> Orientações, abordagens e instrumentos para melhorar a sobrevivência e a saúde neonatal aplicados a nível de país, com apoio técnico aos Estados-Membros para uma acção intensificada na via da cobertura universal da população, com intervenções eficazes e monitorização dos progressos.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>4.4.1</b> Número de Estados-Membros a implementar estratégias para aumentar a cobertura com intervenções para a sobrevivência e a saúde neonatal</p>	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	<p><u>A definir até ao fim de 2011</u></p>	
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	<p><u>10 Acima do ponto de partida</u></p>	

<p><b>4.5</b> Orientações, abordagens e instrumentos para melhorar a saúde e desenvolvimento das crianças aplicados a nível de país, com apoio técnico aos Estados-Membros para uma acção intensificada na via da cobertura universal da população, com intervenções eficazes e monitorização dos progressos, tendo em conta as normas e modelos internacionais e dos direitos do homem, nomeadamente os estipulados na Convenção dos Direitos da Criança.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>4.5.1</b> Número de Estados-Membros que estão a implementar estratégias para aumentar a cobertura das intervenções em saúde e desenvolvimento das crianças</p>	<p><b>4.5.2</b> Número de Estados-Membros que alargaram a cobertura da atenção integrada às doenças da infância para mais de 75% dos distritos-alvo</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	<p><u>A definir até ao fim de 2011</u></p>	<p><u>A definir até ao fim de 2011</u></p>
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	<p><u>10 Acima do ponto de partida</u></p>	<p><u>15 Acima do ponto de partida</u></p>

<p><b>4.6</b> Apoio técnico aos Estados-Membros para a implementação de políticas e estratégias de base factual de saúde e desenvolvimento dos adolescentes e para intensificar um pacote de intervenções de prevenção, tratamento e cuidados, de acordo com as normas vigentes.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>4.6.1</b> Número de Estados-Membros com um programa de saúde e desenvolvimento dos adolescentes em funcionamento</p>	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	<p><u>A definir até ao fim de 2011</u></p>	
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	<p><u>10 Acima do ponto de partida</u></p>	

## PROJECTO DE PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2012-2013

<p><b>4.7</b> Disponibilizar orientações, abordagens e instrumentos, com apoio técnico aos Estados-Membros de modo a acelerar a implementação da estratégia para acelerar os progressos na consecução dos objectivos e metas internacionais de desenvolvimento e as metas relacionadas com a saúde reprodutiva, com ênfase especial na garantia de acesso equitativo aos serviços de saúde sexual e reprodutiva equitativos e de boa qualidade, em especial nas áreas com carências não atendidas, e respeitando os direitos humanos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>4.7.1</b> Número de Estados-Membros a implementar a estratégia da OMS da saúde reprodutiva, para acelerar os progressos na consecução das metas internacionais do desenvolvimento e os objectivos relacionados com a saúde reprodutiva acordados da Conferência Internacional de Desenvolvimento das Populações (ICPD) de 1994, a sua revisão quinzenal (ICPD+5), a Cimeira do Milénio e a Assembleia Geral das Nações Unidas em 2007</p>	<p><b>4.7.2</b> Número de Estados-Membros alvo que reviram a legislação nacional, os regulamentos e as práticas existentes, relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva</p>
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>	
	<u>A definir até ao fim de 2011</u>	<u>A definir até ao fim de 2011</u>
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	<u>10 Acima do ponto de partida</u>	<u>3 acima do ponto de partida</u>

<p><b>4.8</b> Disponibilizar aos Estados-Membros orientações, abordagens, instrumentos e apoio técnico para acções de advocacia que levem a entender o envelhecimento como uma questão de saúde pública; para a formulação e implementação de políticas e programas que visem manter o máximo de capacidade funcional ao longo da vida; e para a formação de prestadores de cuidados de saúde em abordagens que assegurem um envelhecimento activo.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>4.8.1</b> Número de Estados-Membros com um programa funcional de envelhecimento activo e saudável, consistente com a resolução WHA58.16 “Reforçar o envelhecimento activo e saudável”</p>	
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>	
	<u>A definir até ao fim de 2011</u>	
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
<u>10 Acima do ponto de partida</u>		

## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 5

### **Reduzir as consequências para a saúde de situações de emergência, catástrofes, crises e conflitos e minimizar o seu impacto social e económico**

#### **Âmbito**

Os esforços conjuntos dos Estados-Membros e do Secretariado para este objectivo estratégico compreendem o seguinte: preparação do sector da saúde para situações de emergência; acção intersectorial para reduzir o risco e a vulnerabilidade no quadro da estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução das Catástrofes; resposta às necessidades sanitárias durante situações de emergência e crises (incluindo as relacionadas com as necessidades de nutrição, água e saneamento); avaliação das carências das populações afectadas; acções sanitárias durante as fases de transição e recuperação, na sequência de conflitos e catástrofes; saúde das populações em migração; intervenções nas áreas dos géneros e da acção humanitária, cumprindo o mandato da OMS no quadro do processo de reformas para ampliar a resposta humanitária das Nações Unidas; sistema global de alerta e resposta em situações de emergência de saúde pública, ambientais e de suficiência alimentar e, no quadro do Regulamento Sanitário Internacional (2005); redução dos riscos em relação a ameaças específicas; e programas de preparação e resposta para situações de emergência de saúde pública, ambientais e de suficiência alimentar. Deste modo, a OMS está a contribuir para a segurança da saúde, o que tem também reflexos essenciais nos esforços de promoção da paz, e responde aos mandatos dos Estados-Membros contidos em três resoluções da Assembleia Mundial da Saúde, nomeadamente as resoluções WHA58.1, WHA59.22 and WHA61.17.

#### **Principais sucessos até ao presente**

Presentemente, um número crescente de Estados-Membros têm planos e programas nacionais de preparação para situações de emergência para reduzir os riscos das catástrofes, incluindo a maior segurança das unidades de saúde. A capacidade institucional tem sido reforçada com cursos de formação periódicos, como os que se dirigiram aos Representantes da OMS e aos coordenadores da Comissão Permanente Inter-Agências do *Cluster* Global da Saúde. Os funcionários dos níveis mundial regional e de país receberam formação nos modelos de procedimento da OMS em situações de emergência. Para resposta a situações de emergência humanitária e também de saúde pública, foi criada uma plataforma central de logística, com reservas descentralizadas em cinco armazéns regionais. Os *clusters* da saúde dirigidos pela OMS estão a apoiar os esforços de muitos Estados-Membros a braços com situações prolongadas de emergência, para preencher falhas críticas na prestação de serviços e para satisfazer carências prioritárias da saúde. As intervenções de controlo das doenças transmissíveis foram sistematicamente implementadas durante todas as catástrofes naturais e situações de conflito graves e foram elaborados perfis nacionais de risco de doenças transmissíveis para orientar os esforços da resposta. Fizeram-se progressos na preparação de orientações e na formação de redes para a segurança alimentar e ambiental em situações de emergência sanitária, assim como para integrar a problemática dos géneros no âmbito da resposta humanitária às catástrofes e crises.

A OMS assumiu um papel influente na definição da política humanitária, através da sua participação em numerosos órgãos inter-agências.

#### **Principais desafios**

Os Estados-Membros e os doadores estão a demonstrar uma confiança crescente na liderança da OMS, dando contribuições financeiras para crises específicas prolongadas e súbitas. No entanto, esse financiamento não pode ser usado nas actividades nucleares ou com o pessoal. A falta de financiamento previsível, seguro e flexível afecta os três níveis da Organização, comprometendo a sua capacidade para cumprir os compromissos junto dos Estados-Membros e das suas populações afectadas, bem como dos parceiros humanitários, doadores e co-membros da Comissão Permanente Inter-Agências. O acesso a um financiamento seguro e flexível garantiria a disponibilidade permanente de funcionários suficientemente preparados, bem qualificados e dedicados para: ajudar os Estados-Membros a introduzir as políticas, programas, estruturas e sistemas necessários à preparação para as situações de emergência e a redução dos riscos e também para monitorizar a prestação de serviços e reunir e analisar os dados da saúde; liderar o *Cluster* da Saúde no apoio às prioridades e esforços nacionais e proporcionar competência técnica aos Estados-Membros e parceiros nas crises prolongadas e súbitas; e garantir que as políticas, orientações, instrumentos e abordagens humanitários sejam geralmente implementados, para aumentar o número de actores humanitários da saúde preparados para dar um apoio coerente e coordenado.

Além disso, é necessário um nível nuclear de financiamento de base da Organização para garantir que as contribuições para os Processos de Recursos Consolidados (CAP) e os Recursos Imediatos do país sejam eficazmente implementados.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

Duas áreas terão prioridade durante o biênio. A primeira, a preparação para situações de emergência e redução dos riscos em catástrofes, abrange: concepção de programas que garantam a plena integração do sector da saúde na gestão dos riscos em situações de emergência, na maioria dos países em risco; definir, como elementos fundamentais nos cuidados de saúde primários, a preparação para as emergências da saúde e a redução dos riscos; garantir que os programas nacionais de gestão de todos os riscos nas emergências da saúde sejam uma função integral dos sistemas nacionais de saúde, dos planos e das estratégias da saúde; tomar medidas para as situações de emergência de natureza ambiental e de suficiência alimentar; recorrer a inquéritos globais fiáveis de preparação para situações de emergência sanitária, para advogar em favor das capacidades nas emergências da saúde e reforçá-las; reduzir a vulnerabilidade das unidades de saúde nas catástrofes naturais; e garantir a aceitação da Avaliação da Vulnerabilidade e do Risco e a metodologia de Roteiros, como modelo de instrumento de base na recolha de dados para análise da vulnerabilidade e dos riscos.

A segunda área prioritária abrange o reforço das capacidades de resposta e recuperação e implica: garantir que todos os Recursos Consolidados e Imediatos incluam uma componente da saúde e que as actividades da OMS nesse contexto sejam efectivamente implementadas em pelo menos 30 países por ano e operadas a partir de uma plataforma comum da OMS; ampliar a gama de reservas de emergência disponíveis nos depósitos regionais; familiarizar todos os departamentos da OMS com os procedimentos operacionais modelo; formular e implementar estratégias de recuperação da saúde; organizar programas periódicos regionais e globais de formação sobre saúde pública em situações humanitárias, no âmbito do desenvolvimento geral do pessoal e dos programas de prontidão institucional; e introduzir intervenções de controlo das doenças transmissíveis, sistemas de aviso precoce e sistemas de vigilância das doenças para uso em situações de emergência.

Continuará a ser privilegiado o reforço da liderança da OMS no *Cluster* da Saúde, conquistando a aceitação da respectiva abordagem e garantindo que os instrumentos e orientações pertinentes estejam plenamente institucionalizados e implementados, de acordo com a política da Comissão Permanente Inter-Agências. Os Representantes da OMS, os funcionários das equipas-país e os coordenadores do *Cluster* da Saúde receberão formação em procedimentosa do cluster da saúde e no uso dos instrumentos e orientações pertinentes. Também será dada ênfase às actividades com os países na área da preparação para situações de emergência e acção humanitária, de modo a gerar informação e dados sobre a saúde para publicação no *Boletim do Cluster da Saúde*, e na análise da capacidade de recuperação dos sistemas de saúde em, pelo menos, oito países.

### **Ligações a outros objectivos estratégicos**

- Objectivo estratégico 1: em relação com o Regulamento Sanitário Internacional (2005) e na resposta a situações de emergência de saúde pública envolvendo epidemias.
- Objectivo estratégico 3: em relação com as desigualdades entre os géneros e a violência com base no género, respondendo às necessidades psicossociais das populações mais afectadas; respondendo às carências sanitárias dos incapacitados; ao tratamento de traumatismos de massa; e aos cuidados de saúde para pessoas que sofrem de doenças crónicas.
- Objectivo estratégico 4: em relação com a resposta às necessidades sanitárias das populações vulneráveis, especialmente as mulheres e as crianças em situações de emergência.
- Objectivo estratégico 8: em relação com a acção intersectorial na preparação para situações de emergência e na redução dos riscos e para lidar com situações de emergência de natureza ambiental, química e radiológica.
- Objectivo estratégico 9: em relação com a nutrição em situações de emergência.
- Objectivo estratégico 10: em relação com a saúde dos migrantes, hospitais seguros e medidas de redução de riscos no sector da saúde.



**Principais programas especiais e acordos de colaboração da OMS contemplados no orçamento e que contribuem para a consecução dos resultados esperados em toda a Organização**

- Serviço de Rastreo da Saúde e Nutrição

**Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012–2013 (milhões de dólares americanos)**

Orçamento (milhões de dólares americanos)							
Programas de base							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	TOTAL
31,5	13,5	14,0	5,8	10,3	6,4	20	<b>101,5</b>
Programas especiais e acordos de colaboração							<b>1,4</b>
Resposta a surtos e crises							<b>315,5</b>
Total geral							<b>418,4</b>

**Resultados esperados e indicadores para toda a Organização**

<p><b>5.1</b> Formulação de normas e modelos, reforço das capacidades e apoio aos Estados-Membros para a formulação e reforço de planos e programas nacionais de preparação e resposta.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>5.1.1</b> Percentagem de Estados-Membros com planos nacionais de preparação para situações de emergência cobrindo múltiplos perigos</p>	<p><b>5.1.2</b> Número de Estados-Membros a implementar programas para reduzir a vulnerabilidade das unidades de saúde em situações de catástrofes naturais</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	65%	50
<p><b>5.2</b> Formulação de normas e modelos e reforço das capacidades para que os Estados-Membros possam responder em tempo oportuno a catástrofes associadas a perigos naturais e a crises relacionadas com conflitos.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>5.2.1</b> Implementadas plataformas operacionais para situações de tensão em regiões e na Sede, prontas a ser activadas em situações de emergência súbitas</p>	<p><b>5.2.2</b> Número de programas globais e regionais para operações de saúde pública em resposta a situações de emergência</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	100%	<u>22</u>
<p><b>5.3</b> Formulação de normas e modelos e reforço das capacidades para que os Estados-Membros possam avaliar as carências e planejar intervenções durante as fases de transição e de recuperação de conflitos e catástrofes.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>5.3.1</b> Número de planos de acção humanitária com uma componente da saúde formulados para situações de emergência em curso</p>	<p><b>5.3.2</b> Número de países em transição que formularam uma estratégia de recuperação para a saúde</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	Em todos os países com coordenadores humanitários	18
<p><b>Metas a atingir até 2013</b></p>	<b>Em todos os países com coordenadores humanitários</b>	
		20

<b>5.4</b> Apoio técnico coordenado aos Estados-Membros para controlo das doenças transmissíveis em situações de catástrofes naturais e conflitos	<b>Indicadores</b>	
	<b>5.4.1</b> Percentagem de catástrofes naturais ou conflitos graves com intervenções de controlo das doenças transmissíveis implementadas, incluindo a activação de sistemas de alerta precoce e de vigilância das doenças em situações de emergência	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	100%	
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	100%	
<b>5.5</b> Apoio aos Estados-Membros para reforço da preparação nacional e para criar mecanismos de alerta e resposta para a suficiência alimentar e as emergências de saúde ambiental.	<b>Indicadores</b>	
	<b>5.5.1</b> Percentagem de Estados-Membros com planos nacionais de preparação e actividades de alerta e resposta para emergências de natureza química, radiológica e ambiental	<b>5.5.2</b> Número de Estados-Membros com pontos focais para a Rede Internacional das Autoridades para a Suficiência Alimentar e para a rede de emergências de saúde ambiental
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	65%	<u>Em todos os Estados-Membros</u>
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	70%	<u>Em todos os Estados-Membros</u>
<b>5.6</b> Comunicações eficazes, formação de parcerias e coordenação com outras organizações do sistema das Nações Unidas, governos, ONG locais e internacionais, instituições académicas e associações profissionais a nível nacional, regional e global.	<b>Indicadores</b>	
	<b>5.6.1</b> Percentagem de Estados-Membros afectados por situações agudas de emergência ou com emergências em curso e com um coordenador humanitário, onde a Comissão Permanente Inter-Agências está operacional, em linha com as normas do <i>cluster</i> da IASC	<b>5.6.2</b> Percentagem de Estados-Membros com uma situação de emergência em curso e um coordenador humanitário, que têm uma presença técnica sustentável da OMS abrangendo a preparação, resposta e recuperação da situação de emergência
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	80%	75%
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	100%	90%
<b>5.7</b> Implementação oportuna e eficaz de operações imediatas, de continuidade e de recuperação.	<b>Indicadores</b>	
	<b>5.7.1</b> Percentagem de situações súbitas de emergência para as quais a OMS mobiliza acções nacionais e internacionais coordenadas	<b>5.7.2</b> Percentagem de intervenções em situações de emergência crónicas implementadas de acordo com as componentes da saúde dos planos de acção humanitária
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	90%	100%
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
	100%	100%

## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 6

**Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir os factores de risco relacionados com os problemas de saúde associados ao uso do tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoactivas, dietas não saudáveis, inactividade física e sexo de risco**

### Âmbito

As actividades na esfera deste objectivo estratégico incidem em estratégias, abordagens, instrumentos e processos integrados, abrangentes, multisectoriais e multidisciplinares de promoção da saúde e prevenção da doença, transversais a todos os programas relevantes da OMS; e na prevenção ou redução da ocorrência dos seis grandes factores de risco: uso de tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoactivas, dieta não saudável, inactividade física e sexo de risco.

As principais actividades socorrem-se de políticas, estratégias, modelos, orientações e intervenções éticas e de base factual para a promoção da saúde, a prevenção da doença e a redução da ocorrência dos principais factores de risco. Dá-se especial importância à vigilância dos factores de risco e ao reforço de capacidades para promover a saúde em todos os programas relevantes.

### Principais sucessos até ao presente

O plano de acção da estratégia global de prevenção e controlo das doenças não transmissíveis para o período de 2008–2013 constitui um enquadramento geral para combater os factores de risco modificáveis partilhados pelas principais doenças não transmissíveis, nomeadamente: doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas.

Até fins de 2009, 167 Estados-Membros tinham aderido à Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica. A estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool foi formulada em colaboração com os Estados-Membros e adoptada pela 63.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde,<sup>1</sup> e foram criados sistemas regionais de informação sobre o álcool e a saúde. Realizaram-se inquéritos globais sobre o álcool e a saúde e sobre a avaliação das capacidades dos países para combater os factores de risco para as doenças não transmissíveis. Políticas e intervenções de base factual apoiaram os países na prevenção ou redução dos problemas de saúde pública causados pelo álcool e o consumo de drogas.

Em todos as regiões, foram adaptadas estratégias para promover dietas saudáveis e a actividade física, de acordo com as necessidades nacionais com base na Estratégia Global para a Dieta, Actividade Física e Saúde, da OMS, e 66 países adoptaram estratégias multisectoriais relacionadas com ela. Aumentou o número de países que usam fontes de financiamento inovadoras e sustentáveis para a promoção da saúde, como o imposto específico sobre o tabaco e o álcool. No entanto, aumenta a consciência de que existe um “fosso na implementação”, entre os dados para a promoção da saúde e a sua tradução na prática. Em finais de 2009, estavam a ser cada vez mais implementadas cláusulas fundamentais da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica, da OMS. No entanto, apesar da sua ratificação generalizada, só 20 países tinham aprovado uma legislação abrangente de proibição do tabaco e 26 uma proibição geral de publicidade, promoção ou patrocínio do tabaco. Mais de 25% dos Estados-Membros (49 países) registaram uma redução relativa na prevalência do uso do tabaco de, pelo menos, 10%. Em resultado da colaboração intersectorial, as missões de avaliação dos impostos sobre o tabaco terminaram os seus trabalhos no Egipto, Indonésia, Maldivas, Paquistão e Ucrânia.

Foram criados modelos para a vigilância dos factores de risco para as doenças não transmissíveis, em conjunto com indicadores nucleares para monitorizar as tendências a nível global e de país. Esses indicadores nucleares estão a ser integrados no observatório mundial da saúde. Tanto a abordagem de âmbito sectorial da OMS à vigilância dos factores de risco das doenças não transmissíveis como o Inquérito Mundial à Saúde dos Estudantes com Base nas Escolas estão a ter um uso mais generalizado. Presentemente, 123 países receberam formação na abordagem de âmbito sectorial; 80 países completaram a sua recolha de dados, incluindo 19 que realizaram mais de um inquérito. Um total de 103 países receberam formação na realização do Inquérito Mundial à Saúde dos Estudantes com Base nas Escolas; 54 países completaram a sua recolha de dados, incluindo 8 que fizeram inquéritos repetidos.

---

<sup>1</sup> Resolução WHA63.13.

Os dados recolhidos sobre os determinantes e as consequências do sexo de risco foram incluídos no relatório da OMS intitulado *As Mulheres e a Saúde*,<sup>1</sup> e foram concebidas intervenções para reduzir os riscos e instrumentos para a vigilância. Procedeu-se a um inquérito sistemático e realizou-se uma consulta de peritos sobre intervenções eficazes para combater a violência contra as mulheres e o VIH/SIDA. As conclusões foram usadas como base do programa e orientação para a política. A OMS também contribuiu para o documento de orientação da UNESCO sobre sexualidade.<sup>2</sup>

### **Principais desafios**

Os esforços de advocacia no passado tiveram sucesso ao dar visibilidade ao perfil das doenças não transmissíveis e aos seus factores comuns de risco; mas os recursos, em especial nos países de baixo e médio rendimento, são insuficientes para a dimensão do problema e para as acções necessárias. Também a acção intersectorial necessita de reforço, sobretudo para combater o uso do tabaco, as dietas não saudáveis, a inactividade física e o uso nocivo do álcool. Certos sectores, como finanças, transportes, urbanismo, educação, agricultura e indústrias alimentares, que ou contribuem para os riscos ou podiam ter um papel significativo na sua redução, têm poucos incentivos para colaborar com os interesses de uma melhor saúde.

A concepção de novas estratégias e a introdução de uma gama mais vasta de actores na redução dos riscos, ao mesmo tempo que se evitam conflitos de interesse, exigem cuidados na criação de estratégias de medição e na organização de incentivos, incluindo um diálogo esclarecedor sobre os benefícios inerentes às medidas e/ou regulamentações. As estratégias e incentivos pertinentes devem também ser disponibilizados numa sequência adequada. A melhoria das técnicas de medição e vigilância dos principais factores de risco e a sua integração nos sistemas nacionais de informação sanitária representam um grande desafio. As regras para a participação do sector privado devem ser elaboradas com maior precisão e as acções intersectoriais devem ser implementadas através de políticas e abordagens de saúde em todos os campos.

As acções de promoção da saúde devem ser integradas no âmbito das actividades dos problemas prioritários da saúde pública. A resolução WHA60.24 sobre a promoção da saúde num mundo globalizado exorta os Estados-Membros, entre outros aspectos, a criar políticas sólidas de promoção da saúde, como componentes essenciais de um desenvolvimento social e económico equitativo. O desafio estará em acelerar a integração, nos sistemas de saúde, de intervenções de promoção da saúde que tenham base factual e uma boa relação custo-eficácia.

A abordagem ao sexo de risco e aos riscos relacionados com a sexualidade continua a ser um tema sensível; uma forte vontade política e estreita colaboração entre as agências serão essenciais para o sucesso nesta área.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

Será dada alta prioridade à advocacia e à consciencialização, bem como à garantia de um correcto seguimento das conclusões da sessão de alto nível sobre as doenças não transmissíveis, que a Assembleia Geral das Nações Unidas convocará em Setembro de 2011. Este evento virá despertar as atenções para o modo como os factores de risco das doenças não transmissíveis – em especial o uso do tabaco, o uso nocivo do álcool e a dieta não saudável – estão a retardar os progressos na consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Entre outros elementos desta área, mencionam-se a exploração e a resposta às carências ainda sem resposta dos grupos vulneráveis, a integração das actividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, e a redução das desigualdades sociais e na saúde, graças às actividades em curso sobre os determinantes sociais da saúde e a revitalização dos cuidados de saúde primários.

Será dada ênfase à integração da promoção da saúde na dinâmica de vários programas, através da concepção e implementação de um pacote de custo acessível e base factual de intervenções de promoção da saúde. As estratégias e os planos nacionais devem também ser intensificados, em primeiro lugar através de: acções a nível de país, como a estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool; um pacote de medidas com base na Internet para prevenir ou reduzir os principais factores de risco para a saúde, a ser usado na prestação de apoio ao país; modelos operacionais e boas práticas a integrar nas políticas e programas para melhorar a dieta; apoio técnico, reforço das capacidades e criação de parcerias intersectoriais nos países de baixo e médio rendimento aderentes à Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica; e o combate a factores de risco, como o sexo de risco.

<sup>1</sup> *As Mulheres e a Saúde: Dados de hoje, agenda de amanhã*. Genebra, OMS, 2009.

<sup>2</sup> *Orientação técnica internacional sobre educação para a sexualidade*. UNESCO, Paris, 2009.

**Ligações a outros objectivos estratégicos**

Objectivos estratégicos 2, 3, 4, 7, 8 e 9: embora estes procurem lidar com os determinantes da má saúde e reforçar a prestação de serviços, este objectivo estratégico pretende criar ambientes saudáveis que dêem aos indivíduos a possibilidade de fazer escolhas saudáveis. Os produtos do objectivo estratégico 6 complementam os do objectivo estratégico 3, que incide na vigilância, prevenção e cuidados de saúde para controlar as doenças não transmissíveis, as perturbações mentais, a violência, os traumatismos e a deficiência visual.

**Principais programas especiais e acordos de colaboração da OMS contemplados no orçamento e que contribuem para a consecução dos resultados esperados em toda a Organização**

- Centro para o Desenvolvimento da Saúde da OMS (KOBE)
- Programa Especial da UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS para a Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação sobre a Reprodução Humana

## Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012–2013 (milhões de dólares americanos)

Orçamento (milhões de dólares americanos)							
Programas de base							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	TOTAL
23,9	13,9	17,5	17,0	22,1	18,0	30,1	142,6
Programas especiais e acordos de colaboração							11,9
Resposta a surtos e crises							0,0
Total geral							154,5

## Resultados esperados e indicadores para toda a Organização

<p><b>6.1</b> Apoio e aconselhamento aos Estados-Membros para reforçar as capacidades de promoção da saúde em todos os programas relevantes e estabelecer colaborações eficazes multisectoriais e multidisciplinares para promover a saúde e prevenir ou reduzir os principais factores de risco.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>6.1.1</b> Número de Estados-Membros que avaliaram e elaboraram relatórios sobre, pelo menos, uma das áreas de actividade e um dos compromissos das Conferências Globais de Promoção da Saúde</p>	<p><b>6.1.2</b> Número de cidades que implementaram programas de urbanismo saudável, destinados a reduzir as desigualdades na saúde</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	40	22
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
50	46	
<p><b>6.2</b> Orientações e apoio ao reforço dos sistemas nacionais de vigilância dos grandes factores de risco, graças à criação e validação de quadros, instrumentos e métodos operacionais e sua divulgação nos Estados-Membros com um fardo elevado ou crescente de mortes e incapacidades atribuíveis a esses factores de risco.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>6.2.1</b> Número de Estados-Membros com um sistema funcional de vigilância para monitorizar os grandes factores de risco para a saúde dos adultos, com base na abordagem sectorial da OMS à vigilância</p>	<p><b>6.2.2</b> Número de Estados-Membros com um sistema funcional de vigilância para monitorizar os grandes factores de risco para a saúde dos jovens com base na metodologia dos inquéritos à saúde dos estudantes a partir da escola</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	85	58
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
90	73	

## PROJECTO DE PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2012–2013

<p><b>6.3</b> Formulação de políticas, estratégias, recomendações, modelos e orientações éticos e de base factual e apoio aos Estados-Membros com um fardo elevado ou crescente de doenças e mortes associadas ao uso do tabaco, para que reforcem as instituições e enfrentem ou previnam os problemas de saúde pública em causa; apoio à Conferência de Partes da Convenção Quadro de Luta contra o Tabaco, da OMS, para a implementação das medidas da Convenção, e criação e implementação de protocolos e orientações.</p>	<b>Indicadores</b>		
	<p><b>6.3.1</b> Número de Estados-Membros dispostos de dados comparáveis sobre a prevalência do tabaco nos adultos colhidos em inquéritos nacionais, representativos e recentes, como o Inquérito Global ao Tabaco nos Adultos (GATS) ou STEPS</p>	<p><b>6.3.2</b> Número de Estados-Membros com proibição generalizada de fumar no interior de locais públicos e locais de trabalho</p>	<p><b>6.3.3</b> Número de Estados-Membros com proibição de publicidade, promoção ou patrocínio do tabaco</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>		
	65	22	27
<b>Metas a atingir até 2013</b>			
75	26	29	

<p><b>6.4</b> Formulação de políticas, estratégias, recomendações, modelos e orientações éticos e de base factual e apoio aos Estados-Membros com um fardo elevado ou crescente de doenças e mortes associadas ao uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoactivas, para que reforcem as instituições e combatam ou previnam os problemas de saúde pública em causa.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>6.4.1</b> Número de Estados-Membros que, com o apoio da OMS, formularam planos, estratégias e programas de luta ou prevenção dos problemas de saúde pública causados pelo uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoactivas</p>	<p><b>6.4.2</b> Número de estratégias, orientações, modelos e instrumentos técnicos da OMS criados para apoiar os Estados-Membros na prevenção e redução dos problemas de saúde pública causados pelo uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoactivas</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	50	14
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
60	17	

<p><b>6.5</b> Formulação de políticas, estratégias, recomendações, modelos e orientações éticos e de base factual e apoio aos Estados-Membros com um fardo elevado ou crescente de doenças e mortes associadas a dietas não saudáveis e inactividade física, reforçando as instituições para combater ou prevenir os problemas de saúde pública em causa.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>6.5.1</b> Número de Estados-Membros que adoptaram estratégias e planos multisectoriais para dietas saudáveis e actividade física, com base na Estratégia Global para a Dieta, Actividade Física e Saúde, da OMS</p>	<p><b>6.5.2</b> Número de instrumentos técnicos da OMS que apoiam os Estados-Membros na promoção de dietas saudáveis ou actividade física</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	65	20
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
71	24	

<p><b>6.6</b> Formulação de políticas, estratégias, intervenções, recomendações, modelos e directivas éticos e de base factual e apoio técnico aos Estados-Membros para que promovam maior segurança no sexo e reforcem as instituições, para enfrentar e gerir as consequências sociais e individuais do sexo de risco.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>6.6.1</b> Número de Estados-Membros que geram dados sobre os determinantes e/ou as consequências do sexo de risco</p>	<p><b>6.6.2</b> Número de Estados-Membros que geram dados comparáveis sobre sexo de risco recorrendo aos instrumentos de vigilância de âmbito sectorial da OMS</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	10	5
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
12	8	

## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 7

**Enfrentar os determinantes sociais e económicos subjacentes à saúde por meio de políticas e programas que aumentem a equidade na saúde e integrem abordagens favoráveis aos pobres, respondam à problemática do género e respeitem os direitos humanos**

### Âmbito

As actividades deste objectivo estratégico incidem na liderança das actividades intersectoriais em torno dos grandes determinantes económicos e sociais da saúde; na melhoria da saúde das populações e da equidade na saúde, respondendo melhor às carências sanitárias dos grupos sociais mais pobres, vulneráveis e socialmente excluídos; nas ligações entre a saúde, a pobreza e vários factores sociais e económicos (circunstâncias de emprego, habitação e educação; factores do comércio e da macroeconomia; e condição social de vários grupos, como as mulheres, crianças, idosos, minorias étnicas e populações indígenas); na formulação de políticas e programas eticamente sólidos, sensíveis às desigualdades entre os géneros, sustentáveis, eficazes na resposta às carências das populações pobres e de outros grupos vulneráveis e consistentes com os direitos humanos.

### Principais sucessos até ao presente

É reconhecido que a equidade na saúde se pode alcançar melhor através de políticas e programas que abordem os determinantes sociais da saúde. Foram analisados estudos de casos de 18 países sobre os factores que favorecem ou prejudicam a acção intersectorial para a equidade na saúde e reuniram-se instrumentos e recursos para facilitar as actividades dos países. O Secretariado e os Estados-Membros reforçaram também as capacidades de proceder a uma análise da equidade na saúde, desagregada por sexo e grupos etários.

A Organização compreende hoje melhor que a utilização na saúde de uma abordagem com base nos direitos humanos, de modo consistente com os tratados internacionais e regionais sobre os direitos humanos, é benéfica para o desenvolvimento, tanto social como económico. A observância dos direitos humanos, da ética e dos géneros está a ser integrada em numerosos programas de saúde pública da OMS, em todos os níveis; prosseguem actividades chave de carácter normativo e transversal; reforçam-se as capacidades a nível regional e de país; e foi iniciado um diálogo político sobre a saúde das mulheres. Foram divulgados documentos normativos que abordam a ética na saúde pública e a ética na investigação; várias centenas de profissionais da saúde receberam formação em todas as regiões da OMS; foram reforçadas as comissões de ética na investigação e as comissões nacionais de ética, para enfrentar os problemas éticos emergentes a nível de país; e a 63.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde aprovou os Princípios Orientadores da OMS sobre o Transplante de Células, Tecidos e Órgãos Humanos.<sup>1</sup>

Além disso, está hoje estabelecida uma estreita relação de trabalho com o Gabinete do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Envidaram-se esforços conjuntos, a nível de país, de região e na Sede, para apoio à integração de uma abordagem à saúde com base nos direitos humanos.

### Principais desafios

Este objectivo estratégico abrange uma gama de temas intimamente relacionados, vastamente reconhecidos como tendo um elevadíssimo potencial quanto à equidade nos produtos da saúde. A obtenção de consensos e a advocacia deram frutos na criação de uma plataforma eficaz para promover uma colaboração mais íntima entre as áreas de actividade pertinentes, avançando na integração dos seus esforços – por exemplo, quanto ao género, à ética e aos direitos humanos – e na celebração de parcerias para o desenvolvimento com parceiros externos à OMS. A procura de apoio técnico pelos Estados-Membros aumentou por via disso.

O preenchimento das expectativas criadas por vários relatórios e orientações sobre os direitos humanos, os géneros e a ética exigirá actividades de seguimento adequadas. Será necessária cooperação técnica, sobretudo a nível de país; por isso, continua a ser difícil atrair recursos suficientes que possibilitem uma implementação eficaz. Para melhorar a eficiência no futuro devem-se explorar soluções inovadoras, incluindo o estudo sobre como usar os recursos existentes de modo mais eficaz, a criação de programas financiáveis de cooperação com o país e colaboração com os parceiros para alcançar os objectivos.

---

<sup>1</sup> Resolução WHA63.22.



Tanto no seio da OMS como fora dela, é muito forte o apoio aos processos éticos de decisão. Para garantir a transparência e a justiça desses processos, torna-se necessário um quadro ético.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

Sendo já vastamente reconhecida a necessidade de enfrentar os determinantes sociais da saúde, as actividades nesta área prioritária da saúde pública incidirão agora menos em “o quê” e mais em “como”. Assim, serão criados suficientes instrumentos e programas financiáveis para uma eficaz implementação das recomendações da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, tanto no seio da Organização como fora dela.

A implementação incidirá em duas áreas vitais de actividade. A primeira implica o estímulo a uma abordagem à saúde de “globalidade” do Governo, recorrendo à acção intersectorial, na qual outros sectores serão chamados a integrar temas e políticas da área da saúde nos seus programas sectoriais. A nível global, será importante ampliar as parcerias com os parceiros, as agências das Nações Unidas e os doadores, para combater e monitorizar as desigualdades na saúde.

A segunda área vital respeita ao reforço das capacidades dos Estados-Membros para integrarem abordagens com base nos direitos humanos, nos géneros e na ética, na dinâmica do sector da saúde e para lá dele – incluindo nas áreas do comércio e da diplomacia global para a saúde – e ao mesmo tempo tendo em conta, e enfrentando, os problemas relacionados com os determinantes sociais da saúde. Também é importante aumentar a responsabilidade e a esfera de acção do sector da saúde na violência contra as mulheres, em especial no nível dos cuidados de saúde primários.

Entre as outras prioridades, mencionam-se a divulgação e implementação dos direitos humanos e de directivas éticas para os programas de saúde pública, em especial os que abrangem doenças transmissíveis, transplante de órgãos, investigação e novas tecnologias. O Secretariado planeia proceder à avaliação dos aspectos da ética nos programas da OMS. Terão lugar consultas globais para identificar problemas éticos prioritários que a Organização deva resolver. Proceder-se-á a um estudo para identificar os pontos fortes e pontos fracos na implementação da estratégia para integrar a análise e as acções para os géneros nas actividades da OMS. Os esforços para fazer progredir a saúde das mulheres com base nas conclusões do relatório da OMS sobre a saúde e as mulheres<sup>1</sup> incidirá no seguinte: 1) orientações políticas, programáticas e de advocacia que orientem a resposta dos Estados-Membros, dos parceiros e dos vários actores no relatório; 2) análise e monitorização da equidade; e 3) avaliação da eficácia das políticas na abordagem aos determinantes sociais da saúde nos países e partilha dos ensinamentos. A acção do Secretariado para reforçar a capacidade nacional de desagregação dos dados tem tido uma boa resposta; assim, os futuros esforços concentrar-se-ão mais directamente no pequeno número de países que ainda precisam de mais apoio.

As acções sobre saúde e direitos humanos incidirão em fazer avançar a saúde, enquanto direito humano, na legislação internacional e integrar uma abordagem com base nos direitos humanos nas políticas e programas da OMS, reforçando as capacidades do Secretariado e dos Estados-Membros nesta área.

### **Ligações a outros objectivos estratégicos**

As questões da equidade na saúde, das normas éticas, dos géneros, das abordagens favoráveis aos pobres e dos direitos humanos são importantes para todos os outros objectivos estratégicos.

- Objectivos estratégicos 1 a 5: apesar das complexidade técnicas, está claramente definido que os produtos da saúde são fortemente influenciados pelos determinantes económicos e sociais, bem como pela disponibilidade, qualidade e ética dos serviços clínicos.
- Objectivos estratégicos 6, 8 e 9: este objectivo estratégico ocupa-se sobretudo com os determinantes subjacentes e os factores estruturais (como o mercado de trabalho, o sistema educativo e a desigualdade dos géneros) que definem os vários posicionamentos das pessoas nas hierarquias sociais e afectam os determinantes intermédios, como o ambiente, incluindo os alimentos, (objectivos estratégicos 8 e 9), e factores individuais, como os comportamentos (objectivo estratégico 6). É necessária uma abordagem ética, sobretudo ao lidar com os comportamentos e responsabilidades individuais, os deveres profissionais e as prioridades da saúde e da investigação.

---

<sup>1</sup> *As Mulheres e a Saúde: dados de hoje, agenda de amanhã*. Genebra, OMS, 2009.

- Objectivos estratégicos 10 e 11: as políticas e sistemas de saúde devem incluir uma acção intersectorial sobre os determinantes da saúde a uma análise ética. A coerência das intervenções nas desigualdades da saúde também depende da existência de dados da saúde devidamente desagregados e da capacidade de os analisar e usar na formulação de políticas e serviços que respondam às necessidades dos vários grupos sociais e contemplem os factores estruturais.

**Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012–2013 (milhões de dólares americanos)**

<b>Orçamento (milhões de dólares americanos)</b>							
<b>Programas de base</b>							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	<b>TOTAL</b>
13,0	7,4	4,5	7,7	12,9	2,0	13,0	<b>60,5</b>
<b>Programas especiais e acordos de colaboração</b>							<b>0,6</b>
<b>Resposta a surtos e crises</b>							<b>0,0</b>
<b>Total geral</b>							<b>61,2</b>

**Resultados esperados e indicadores para toda a Organização**

<b>7.1</b> Reconhecimento do significado dos determinantes sociais e económicos da saúde em toda a Organização e sua integração nas actividades normativas; colaboração com os Estados-Membros e outros parceiros	<b>Indicadores</b>	
	<b>7.1.1</b> Número de regiões da OMS com uma estratégia regional para enfrentar os determinantes económicos e sociais da saúde identificados no Relatório da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde aprovado pela Directora-Geral	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	6	
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	6	
<b>7.2</b> Iniciativa da OMS para proporcionar oportunidades e meios de colaboração intersectorial a nível nacional e internacional, para enfrentar os determinantes sociais e económicos da saúde, incluindo a percepção e actuação sobre as implicações para a saúde pública do comércio e dos acordos comerciais, e para estimular a redução da pobreza e o desenvolvimento sustentável.	<b>Indicadores</b>	
	<b>7.2.1</b> Número de experiências dos países publicadas, sobre a abordagem aos determinantes sociais para a equidade na saúde	<b>7.2.2</b> Número de instrumentos de apoio aos países na análise das implicações do comércio e dos acordos comerciais na saúde
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	14	9
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	38	10
<b>7.3</b> Recolha e tratamento de dados sociais e económicos pertinentes para a saúde e sua análise desagregada (por sexo, idade, grupo étnico, rendimento e estado de saúde, como doenças ou incapacidades).	<b>Indicadores</b>	
	<b>7.3.1</b> Número de relatórios dos países publicados durante o biénio contendo dados desagregados e uma análise da equidade na saúde	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	40	
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	60	

## PROJECTO DE PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2012-2013

<b>7.4</b> Promoção, no seio da OMS e a nível nacional e global, de abordagens para a saúde com base na ética e nos direitos humanos.	<b>Indicadores</b>	
	<b>7.4.1</b> Número de instrumentos para os Estados-Membros e o Secretariado com orientações sobre o uso das abordagens com base nos direitos humanos para fazer progredir a saúde	<b>7.4.2</b> Número de instrumentos para os Estados-Membros e o Secretariado com orientações sobre o uso da análise ética para melhorar as políticas da saúde
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>	
	37	16
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
45	20	

  

<b>7.5</b> Análise dos géneros e acções correspondentes integradas nas actividades normativas da OMS e apoio aos Estados-Membros na formulação de políticas e programas sensíveis aos géneros.	<b>Indicadores</b>	
	<b>7.5.1</b> Número de instrumentos ou documentos da OMS criados ou actualizados, ou de actividades conjuntas das unidades técnicas da OMS, orientados para a promoção de acções sensíveis aos géneros nas actividades da OMS	<b>7.5.2</b> Número de actividades orientadas para os géneros realizadas nos Estados-Membros e apoiadas pela OMS
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>	
	<u>85</u>	<u>170</u>
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
<u>95</u>	203	

## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 8

**Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar as políticas públicas de todos os sectores, de modo a enfrentar as causas profundas das ameaças ambientais à saúde**

### Âmbito

Este objectivo estratégico pretende reduzir uma vasta gama de perigos tradicionais, recentes e emergentes para a saúde e para o meio ambiente. Esta actividade estimulará uma sólida liderança do sector da saúde na prevenção primária da doença por meio da gestão ambiental, da transmissão de orientações estratégicas e da orientação dos parceiros de sectores externos à saúde, para garantir que as suas políticas e investimentos também beneficiem a saúde.

As acções incidirão na avaliação e gestão dos perigos para a saúde ambiental e ocupacional, como água não potável e saneamento inadequado, poluição atmosférica em interiores, uso de combustíveis sólidos e transmissão de doenças por vector. O seu âmbito abrange ainda: os riscos para a saúde decorrentes de alterações no meio ambiente global (como alterações climáticas e perda de biodiversidade); desenvolvimento de novos produtos e tecnologias (como a nanotecnologia); consumo e produção de energia de novas fontes e número crescente de químicos e seu uso; e os riscos para a saúde decorrentes de alterações nos estilos de vida, da urbanização e das condições de trabalho (como a não regulamentação do trabalho, o sector informal em expansão e a exportação de modalidades de trabalho perigosas para os países pobres).

### Principais sucessos até ao presente

O biênio 2010-2011 assistiu a um esforço, em múltiplas frentes, para enfrentar os 25% do fardo total das doenças atribuíveis aos factores de risco ambientais. Essas acções implicaram importantes iniciativas políticas, actividades de reforço de capacidades nos países e regiões, publicação de novos documentos normativos, orientações e conjuntos de instrumentos e medidas de advocacia. Entre os principais factos a destacar, mencionam-se: a organização da Primeira Conferência Inter-Ministerial sobre Saúde e Ambiente na África, convocada em conjunto pela UNEP e a OMS, e a Declaração de Libreville dela resultante; o lançamento de uma renovada colaboração inter-agências para reduzir a dependência do DDT no controlo do vector; o início de uma iniciativa global de "cuidados de saúde livres do mercúrio"; a aprovação, pela Segunda Sessão da Conferência Internacional sobre a Gestão de Produtos Químicos, (Genebra, 11–15 de Maio de 2009), de uma resolução sobre os reflexos na saúde de um manuseio adequado dos produtos químicos; o reforço da colaboração inter-agências para a eliminação das doenças relacionadas com o amianto, no contexto da implementação da resolução WHA60.26; e a aprovação pelo Conselho Executivo, na sua 124.ª sessão, de um plano de trabalho elaborado no contexto da resolução WHA61.19 sobre alterações climáticas e saúde.<sup>1</sup> O tema do Dia Mundial da Saúde de 2008, "Proteger a saúde das alterações climáticas", foi tema de actividades de advocacia em todas as regiões, e também dos contributos da OMS à 15.ª Conferência de Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas para as Alterações Climáticas.

### Principais desafios

Os principais desafios são: 1) apoiar os Estados-Membros na abordagem aos determinantes ambientais da saúde e da má saúde (prevenção primária) através de acções transectoriais em várias circunstâncias da vida diária (como comunidades, transportes públicos, escolas e locais de trabalho), incluindo o reforço da base factual para a formulação da política trans-sectorial, e elaborando sistemas integrados de saúde e ambiente para avaliar os riscos e o impacto; e 2) apoiar os Estados-Membros e os grupos de trabalho regionais a implementar compromissos assumidos pelos ministros da saúde e do ambiente (nas Declarações de Libreville, Parma, Jeju e outras) e os acordos globais para o meio ambiente, nos quais a protecção e/ou promoção da saúde pública surgem como objectivo primário.

Além disso, a OMS continua a deparar-se com o problema de persuadir os decisores do sector público a analisar os co-benefícios decorrentes de ambientes mais saudáveis. Apesar do sucesso da colaboração multisectorial na mitigação das alterações climáticas e na análise do impacto para a saúde a nível nacional e internacional, a complexidade desses exercícios de colaboração deve ser reconhecida. Desafios idênticos deparam-se aos esforços para promover a apropriação nacional intersectorial dos projectos realizados para implementar em África a Declaração de Libreville.

---

<sup>1</sup> Resolução EB124.R5.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

Partindo da crescente consciencialização face aos problemas da saúde e do ambiente e das normas, directivas e conjuntos de instrumentos pertinentes que foram elaborados, a prioridade para este biénio será o reforço da capacidade dos sectores nacionais da saúde para responder às alterações climáticas e melhorar a saúde pública, graças a políticas de adaptação e mitigação (os “co-benefícios” da saúde) em sectores como a agricultura, energia, meio ambiente, transportes e água, para apoiar os países no reforço dos mecanismos de governação da saúde ambiental. Será também importante reforçar as capacidades normativas; estimular a formulação de 1) políticas nacionais da água e quadros institucionais para proteger a qualidade da água potável e 2) criar serviços nacionais de saúde ocupacional; desenvolver as capacidades de apoio aos acordos internacionais sobre o meio ambiente nos quais a OMS é parte, as capacidades de avaliação dos riscos ambientais para a saúde e a capacidade de comunicação; e apoiar a criação ou consolidação de alianças estratégicas nacionais e regionais para a saúde e o ambiente.

Prosseguirão as actividades de resposta às permanentes preocupações de saúde pública relacionadas com produtos químicos (em especial o amianto, o chumbo e o mercúrio), com a poluição atmosférica nos interiores e no exterior, a segurança da água e o seu acesso, os lixos electrónicos e a radiação não ionizante. Estes aspectos implicarão uma colaboração intersectorial mais eficaz e sistemática a nível de país, sobretudo entre os sectores da saúde e do meio ambiente.

Em paralelo com os esforços de apoio à implementação nos países, prosseguirão as acções para estabelecer laços entre as áreas da saúde e do desenvolvimento sustentável e da economia de "crescimento verde". Inclui-se aqui uma maior qualificação e quantificação dos benefícios para a saúde associados às políticas ambientais, envolvendo a recolha sistemática, tratamento e análise de informação comum à saúde e ao ambiente, para apoiar a formulação de opções políticas de base factual para a saúde e o ambiente e monitorizar a eficácia da sua implementação, em relação aos pontos de partida medidos. Entre outros aspectos, isto apoiará a implementação das Declarações de Libreville e Parma. Será também dada maior ênfase à avaliação do risco de perigos associados, em oposição à avaliação dos riscos individuais. Será atribuída maior importância a actividades como a redução da dependência de combustíveis sólidos para aquecimento e cozinha, o reforço das bases factuais para a eficácia das intervenções primárias em saúde e ambiente nas zonas urbanas e a coordenação do apoio à saúde ocupacional.

Finalmente, é necessário revigorar as parcerias regionais e das Nações Unidas para o ambiente e a saúde, recorrendo aos progressos na saúde humana como alavanca para conquistar o empenhamento intersectorial e valorizar mais os benefícios para a saúde, enquanto componente-chave para mitigar os efeitos das alterações climáticas.

### **Ligações a outros objectivos estratégicos**

- Objectivo estratégico 5: a preparação e resposta às situações de emergência da saúde ambiental, cruciais para a consecução do objectivo 8, estão associadas a outros aspectos da resposta.
- Objectivo estratégico 1: o reforço das capacidades dos sistemas de saúde para se adaptarem aos impactos das alterações climáticas sobre a saúde, graças a avisos mais precoces e ao reforço das capacidades de resposta às doenças transmissíveis, contribuirá para reduzir a vulnerabilidade face às ameaças à segurança da saúde pública e ajudará a reduzir os potenciais impactos na saúde, na sociedade e na economia das doenças transmissíveis afectadas por alterações climáticas.
- Objectivos estratégicos 2 a 4: uma vez que a eliminação dos perigos ambientais para a saúde pode evitar até um quarto do fardo total das doenças no mundo, as acções contribuirão especialmente para reduzir o fardo das doenças das crianças (objectivo estratégico 4), das doenças transmitidas por vector (objectivo estratégico 2) e das doenças não transmissíveis (objectivo estratégico 3).
- Objectivo estratégico 10: os serviços de saúde ocupacional e ambiental são uma componente chave da função preventiva dos serviços de saúde.
- Objectivos estratégicos 5, 6, 7, 9 e 12: Influenciar os sectores da economia para que reduzam os riscos e promovam a saúde através dos seus investimentos e decisões políticas é essencial para a abordagem

aos determinantes da saúde (objectivos estratégicos 5, 6, 7 e 9) e para a celebração de parcerias que façam progredir a agenda mundial da saúde (objectivo estratégico 12).

### Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012–2013 (milhões de dólares americanos)

Orçamento (milhões de dólares americanos)							
Programas de base							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	TOTAL
16,3	10,4	12,5	19,0	14,1	11,0	26,2	109,6
Programas especiais e acordos de colaboração							1,4
Resposta a surtos e crises							0,0
Total geral							110,9

### Resultados esperados e indicadores para toda a Organização

<b>8.1</b> Avaliações de base factual e formulação e actualização de modelos e normas para os principais perigos ambientais para a saúde (como má qualidade do ar, substâncias químicas, campos electromagnéticos, rádon, má qualidade da água de beber e reutilização de água dos esgotos).	<b>Indicadores</b>	
	<b>8.1.1</b> Número de Estados-Membros que procederam a avaliações de ameaças ambientais específicas para a saúde ou quantificaram o fardo das doenças ambientais, com o apoio técnico da OMS, durante o biénio	<b>8.1.2</b> Número de normas, modelos ou orientações da OMS, novas ou actualizadas, sobre problemas de saúde ocupacional ou ambiental publicados durante o biénio
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	44	20
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
47	23	
<b>8.2</b> Apoio técnico e orientações aos Estados-Membros para a implementação de intervenções de prevenção primária que reduzam os perigos ambientais para a saúde, aumentem a segurança e promovam a saúde pública, incluindo em locais específicos (locais de trabalho, lares e zonas urbanas) ou em grupos vulneráveis (como as crianças).	<b>INDICADORES</b>	
	<b>8.2.1</b> Número de Estados-Membros que implementaram intervenções de prevenção primária para reduzir os perigos ambientais para a saúde, com o apoio técnico da OMS, em, pelo menos, um dos seguintes: locais de trabalho, lares ou zonas urbanas.	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	52	
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
55		
<b>8.3</b> Ajuda técnica e apoio aos Estados-Membros no reforço dos sistemas, funções e serviços nacionais de gestão dos riscos para saúde ocupacional e ambiental.	<b>Indicadores</b>	
	<b>8.3.1</b> Número de Estados-Membros que implementaram políticas ou planos nacionais de acção para a gestão dos riscos da saúde ocupacional, como os relacionados com o plano global de acção da OMS da saúde dos trabalhadores para 2008–2017, com o apoio do Secretariado.	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	72	
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
77		

<b>8.4</b> Criação de instrumentos e iniciativas de orientação para apoiar o sector da saúde no esforço de influenciar as políticas de outros sectores, para que sejam identificadas e adoptadas as políticas que melhorem a saúde, o ambiente e a segurança.	<b>Indicadores</b>		
	<b>8.4.1</b> Número de Estados-Membros que estão a implementar iniciativas apoiadas pela OMS para identificar e responder ao impacto sobre a saúde de actividades em um ou mais dos seguintes sectores: agricultura, energia e transportes.		
	<b>Ponto de partida em 2012</b>		
	<u>72</u>		
	<b>Metas a atingir até 2013</b>		
	<u>75</u>		
<b>8.5</b> Reforço da liderança do sector da saúde para criar um ambiente mais saudável e mudar as políticas de todos os sectores, de modo a enfrentar as causas profundas das ameaças ambientais à saúde, graças a medidas como a resposta às consequências emergentes e re-emergentes do desenvolvimento na saúde ambiental, às alterações nos padrões de produção e consumo e aos efeitos danosos das tecnologias em evolução.	<b>Indicadores</b>		
	<b>8.5.1</b> Número de estudos ou relatórios sobre problemas de saúde ambiental novos ou re-emergentes publicados ou co-publicados pela OMS	<b>8.5.2</b> Número de relatórios publicados, ou co-publicados pela OMS sobre os progressos na consecução dos objectivos dos principais quadros internacionais para o desenvolvimento para a água e o saneamento, como os ODM	<b>8.5.3</b> Número de fóruns regionais de alto nível sobre problemas da saúde e ambiente organizados ou apoiados tecnicamente pela OMS bianualmente
	<b>Ponto de partida em 2012</b>		
	17	10	10
	<b>Metas a atingir até 2013</b>		
	<u>19</u>	<u>12</u>	<u>11</u>
<b>8.6</b> Elaboração de políticas, estratégias e recomendações de base factual e apoio técnico aos Estados-Membros para identificarem, prevenirem e enfrentarem problemas de saúde pública resultantes de alterações climáticas.	<b>Indicadores</b>		
	<b>8.6.1</b> Número de relatórios sobre os efeitos de alterações climáticas na saúde pública publicados ou co-publicados pela OMS.	<b>8.6.2</b> Número de países que implementaram planos que dêem ao sector da saúde a possibilidade de se adaptar aos efeitos negativos das alterações climáticas na saúde	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>		
	30	30	
<b>Metas a atingir até 2013</b>			
35	50		



## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 9

### **Melhorar a nutrição, a segurança e a suficiência alimentar ao longo da vida, em apoio à saúde pública e a um desenvolvimento sustentável**

#### **Âmbito**

As actividades no âmbito deste objectivo estratégico incidem na qualidade da nutrição e na segurança dos alimentos; na promoção de práticas dietéticas saudáveis ao longo da vida, começando nas mulheres grávidas, no aleitamento materno com alimentação complementar adequada e tendo em conta as doenças crónicas associadas à dieta; prevenção e controlo dos problemas nutricionais, incluindo a deficiência em micronutrientes, especialmente nos grupos biologicamente e socialmente vulneráveis, com ênfase nas situações de emergência e no contexto da epidemia de VIH/SIDA; prevenção e controlo das doenças zoonóticas e não zoonóticas transmitidas pelos alimentos; estímulo a acções intersectoriais que promovam a produção, o consumo e o acesso a alimentos de qualidade e segurança adequadas; e promoção de níveis mais elevados de investimento na nutrição, na suficiência e na segurança dos alimentos a nível global, regional e nacional.

#### **Principais sucessos até ao presente**

O empenhamento dos Estados-Membros ficou demonstrado com a adopção de uma resolução para prosseguir com iniciativas de segurança dos alimentos na 63.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde.<sup>1</sup>

Esta área crítica está a merecer mais atenção; por isso, a OMS promoveu uma maior coerência e eficácia no apoio aos Estados-Membros e na colaboração com os parceiros da Nações Unidas, o Banco Mundial e as organizações não governamentais. Esforços contínuos de colaboração com parceiros internacionais, incluindo a FAO e a OIE, proporcionaram informação sobre os temas dos alimentos, a partilhar por meio da Rede Internacional das Autoridades para a Segurança Alimentar (INFOSAN) e as redes regionais.

Além disso, a OMS reforçou o seu sistema de aconselhamento científico sobre a nutrição e actualizou as directrizes sobre: reforço e suplementos de micronutrientes; malnutrição; e ingestão de açúcar e gorduras. No quadro da Comissão do Codex Alimentarius da FAO/OMS, foram elaboradas novas normas, nomeadamente para a avaliação dos alimentos geneticamente transformados e a prevenção da resistência antimicrobiana. O programa de formação sobre as Cinco Chaves para Alimentos mais Saudáveis está a ser iniciado em mais de 70 países, representando todas as regiões da OMS.

Os padrões de crescimento foram adoptados em 109 países e outros 69 estão a ponderar a adopção. A Base de Dados Mundial da OMS para o Crescimento das Crianças e a Má nutrição contém cerca de 3000 inquéritos de 145 países, com os resultados apresentados num formato normalizado que permite comparações internacionais. Foi criado o Sistema de Informação do Panorama da Nutrição, que permite traçar o perfil da nutrição a nível de país; 36 dos países com mais alto fardo de doenças crónicas da má nutrição completaram a análise do compromisso nacional e a sua prontidão para actuar na área da nutrição; e 115 países procederam à revisão das políticas de alimentos e nutrição.

Foi lançada uma iniciativa fulcral para avaliar o fardo global das doenças transmitidas pelos alimentos e, além disso, 173 Estados-Membros aderiram à Rede Global das Infecções Transmitidas pelos Alimentos, da OMS.

#### **Principais desafios**

A consecução dos ODM n.º 1, 4 e 5 nos países com um fardo elevado exigirá que se intensifiquem as intervenções em nutrição, o que está intimamente ligado à necessidade de reforçar as capacidades nacionais e de aumentar os recursos financeiros para a implementação nesses países.

São necessárias mais medidas para integrar actividades eficazes de vigilância nos sistemas nacionais de informação sanitária; também será preciso mobilizar recursos adicionais para que a OMS possa reforçar mais as suas funções normativas e a prestação de apoio científico e técnico aos Estados-Membros.

---

<sup>1</sup> Resolução WHA63.3.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

Entre as principais actividades para o biénio contam-se: intensificar as actividades em nutrição, tanto para as crianças nos dois primeiros anos de vida, como para as mães; complementar a permanente revisão do Pacote Essencial de Acções em Nutrição com a inclusão de intervenções em nutrição materna na gestão integrada da gravidez e do parto; reforçar as redes internacionais da OMS existentes – como a Rede Global da OMS para as Infecções Transmitidas pelos Alimentos, o Sistema Global de Monitorização do Ambiente/Monitorização da Contaminação Alimentar e o Programa de Avaliação (GEMS/Food) e INFOSAN – para reforçar a capacidade nacional de testes laboratoriais, vigilância integrada e partilha global de dados; e ampliar a aplicação de metodologias de avaliação de riscos- benefícios, para informar a formulação de directrizes que incluam abordagens quer à segurança alimentar, quer à nutrição.

Será dado maior destaque aos seguintes temas: formulação e actualização de políticas para o duplo fardo da má nutrição; revisão, com base factual, das intervenções essenciais em nutrição; vigilância da nutrição, incluindo o nível da nutrição e os padrões dietéticos; e orientações sobre intervenções eficazes em nutrição e monitorização do seu impacto.

Entre as actividades adicionais, incluem-se a resposta às necessidades detectadas pelas estratégias de cooperação com os países, no apoio aos Estados-Membros para o reforço de actividades nacionais pertinentes; realização de estudos nos países para determinar o fardo das doenças transmitidas pelos alimentos; reforço das ligações entre o INFOSAN e o Regulamento Sanitário Internacional (2005), em apoio à investigação e à resposta a surtos de doenças relacionadas com a segurança alimentar. Prevêem-se igualmente esforços concertados de advocacia e de mobilização de recursos.

### **Ligações a outros objectivos estratégicos**

A consecução deste objectivo estratégico exige sólidas ligações e eficaz colaboração com outros objectivos estratégicos, em especial os seguintes:

- Objectivo estratégico 1: em relação à prevenção de zoonoses e doenças transmitidas pelos alimentos e a inter-relação entre as vacinas e o estado nutricional.
- Objectivo estratégico 2: em relação ao alargamento e melhoria das intervenções relacionadas com a prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao VIH/SIDA e tuberculose.
- Objectivo estratégico 3: na vigilância e prevenção de doenças não transmissíveis relacionadas com a dieta e na prevenção de defeitos congénitos e problemas genéticos ou congénitos.
- Objectivo estratégico 4: em relação às intervenções em saúde pública nas áreas da saúde materna, dos recém-nascidos, crianças e adolescentes.
- Objectivo estratégico 5: em relação à preparação para situações de emergência, ao esforço de minimizar o seu impacto no nível nutricional das populações e na recuperação da crise.
- Objectivo estratégico 6: em relação à promoção de uma dieta saudável ao longo da vida.
- Objectivo estratégico 7: em relação à abordagem aos determinantes sociais das diferenças no acesso aos alimentos, e aos cuidados e no nível nutricional.
- Objectivo estratégico 8: em relação aos riscos ambientais para a saúde.
- Objectivo estratégico 10: em relação à integração da vigilância da nutrição nos sistemas de informação sanitária, à avaliação dos custos e da relação custo-eficácia das intervenções em nutrição e à prestação de cuidados nutricionais através dos serviços de saúde.
- Objectivo estratégico 12: em relação ao reforço da governação, das parcerias e da colaboração com as agências das Nações Unidas, o Banco Mundial e outros parceiros.

### **Principais programas especiais e acordos de colaboração da OMS contemplados no orçamento e que contribuem para a consecução dos resultados esperados em toda a Organização**

- Comissão do Codex Alimentarius

## Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012–2013 (milhões de dólares americanos)

Orçamento (milhões de dólares americanos)							
Programas de base							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	TOTAL
31,7	12,6	11,0	6,0	8,4	10,0	16,5	96,1
Programas especiais e acordos de colaboração							4,1
Resposta a surtos e crises							0,0
Total geral							100,2

## Resultados esperados e indicadores para toda a Organização

<p><b>9.1</b> Formação de parcerias e alianças, assunção da liderança e desenvolvimento de coordenação e de redes com todos os parceiros a nível nacional, regional e global, para promover a advocacia e a comunicação, estimular acções intersectoriais, aumentar o investimento nas intervenções de nutrição, segurança e suficiência dos alimentos e elaborar e sustentar uma agenda para a investigação.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>9.1.1</b> Número de Estados-Membros com mecanismos funcionais de coordenação institucionalizados, para promover abordagens e acções nas áreas da suficiência e segurança alimentares e da nutrição</p>	<p><b>9.1.2</b> Número de Estados-Membros que incluíram actividades de suficiência e segurança alimentares e de nutrição e um mecanismo para o seu funcionamento nas suas abordagens de âmbito sectorial ou nos Documentos de Redução da Pobreza</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	<p><u>Suficiência/segurança alimentar:</u> 100 <u>Nutrição:</u> 100</p>	<p><u>Suficiência/segurança alimentar:</u> 70 <u>Nutrição:</u> 35</p>
<p><b>9.2</b> Produção e divulgação de normas, incluindo referências, requisitos, prioridades de investigação, directivas, manuais de formação e modelos aos Estados-Membros, para aumentar a sua capacidade de avaliação e resposta a todas as formas de malnutrição e às doenças zoonóticas e não zoonóticas transmitidas pelos alimentos, e para promover práticas saudáveis.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>9.2.1</b> Número de novas normas, directivas e manuais de formação produzidos e divulgados aos Estados-Membros e à comunidade internacional</p>	<p><b>9.2.2</b> Número de novas normas, modelos, directivas, instrumentos e materiais de formação para a prevenção e tratamento das doenças zoonóticas e não zoonóticas transmitidas pelos alimentos</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	<p><u>Segurança dos alimentos:</u> 20 (+200 normas do Codex) <u>Nutrição:</u> 30</p>	5
<p><b>9.3</b> Reforço da monitorização e vigilância das carências e do cômputo e avaliação das respostas na área da nutrição e das doenças crónicas relacionadas com a dieta e melhor capacidade para identificar as melhores opções em situações de estabilidade e de emergência.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>9.3.1</b> Número de Estados-Membros que adoptaram e implementaram os Padrões de Crescimento Infantil, da OMS</p>	<p><b>9.3.2</b> Número de Estados-Membros que têm dados da vigilância nacionalmente representativos sobre as principais formas de malnutrição</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	70	120
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
100	140	

## PROJECTO DE PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2012-2013

<b>9.4</b> Reforço da capacidade e apoio a Estados-Membros alvo para formulação, reforço e implementação de planos, políticas e programas de nutrição destinados a melhorar a nutrição ao longo da vida, em situações de estabilidade e de emergência.	<b>Indicadores</b>					
	<b>9.4.1</b> Número de Estados-Membros que implementaram pelo menos 3 acções de alta prioridade recomendadas pela Estratégia Global para a Alimentação dos Lactentes e Crianças Pequenas	<b>9.4.2</b> Número de Estados-Membros que implementaram estratégias de prevenção e controlo de malnutrição em nutrientes	<b>9.4.3</b> Número de Estados-Membros que implementaram estratégias para promover práticas de dieta saudável, como prevenção das doenças crónicas relacionadas com a dieta	<b>9.4.4</b> Número de Estados-Membros que incluíram a nutrição nas suas respostas ao VIH/SIDA	<b>9.4.5</b> Número de Estados-Membros apoiados para otimizar a nutrição em situações de emergência (abrangendo as fases de planeamento da preparação, de resposta e de recuperação)	
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>					
	105	75	75	70	50	
	<b><u>Metas a atingir até 2013</u></b>					
120	80	80	80	70		

<b>9.5</b> Reforço dos sistemas de vigilância, prevenção e controlo das doenças zoonóticas e não zoonóticas transmitidas pelos alimentos; criação de programas de monitorização e avaliação de perigos alimentares e sua integração nos sistemas nacionais de vigilância existentes, com os resultados divulgados a todos os parceiros-chave.	<b>INDICADORES</b>	
	<b>9.5.1</b> Número de Estados-Membros que criaram ou reforçaram a colaboração intersectorial para a prevenção, controlo e vigilância das doenças zoonóticas transmitidas pelos alimentos	<b>9.5.2</b> Número de Estados-Membros que iniciaram um plano para reduzir a incidência de pelo menos uma importante doença zoonótica transmitida pelos alimentos
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>	
	75	80
	<b><u>Metas a atingir até 2013</u></b>	
85	90	

<b>9.6</b> Reforço das capacidades e apoio aos Estados-Membros, incluindo a participação na definição de normas internacionais, para aumentar a sua capacidade de avaliação de riscos na área das doenças zoonóticas e não zoonóticas transmitidas pelos alimentos e da segurança dos alimentos, e de criação e implementação de sistemas nacionais de controlo dos alimentos, com ligações a sistemas internacionais de emergência.	<b>Indicadores</b>	
	<b>9.6.1</b> Número de Estados-Membros seleccionados que receberam apoio para participar em actividades internacionais de definição de normas relacionadas com os alimentos, como as da Comissão do Codex Alimentarius	<b>9.6.2</b> Número de Estados-Membros seleccionados que criaram sistemas nacionais de segurança dos alimentos com ligações a sistemas internacionais de emergência
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>	
	85	70
	<b><u>Metas a atingir até 2013</u></b>	
80	85	

## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 10

**Melhorar os serviços de saúde aperfeiçoando a governação, o financiamento, os recursos humanos e a gestão, com o apoio de dados fiáveis e acessíveis e da investigação**

### Âmbito

As actividades no âmbito deste objectivo visam melhorar a prestação dos serviços de saúde, na procura de melhores produtos da saúde. Orientam-se pelos princípios dos cuidados de saúde primários e implicam a intensificação da cobertura dos serviços, bem como maior equidade no acesso e nos produtos. Incidem em cinco das seis componentes, ou blocos constituintes, da vertente da prestação dos sistemas de saúde: liderança e governação, financiamento da saúde, recursos humanos, sistemas de informação sanitária e organização e gestão da prestação de serviços.<sup>1</sup> As actividades nestes blocos são complementadas por esforços para aumentar a participação das comunidades no desenvolvimento dos sistemas de saúde. Cada área é sustentada por investigação, documentação e análise comparativa.

Além da actividade técnica específica nos sistemas de saúde, as acções no âmbito deste objectivo incluirão a coordenação, em toda a OMS, dos esforços para apoiar os Estados-Membros na formulação e implementação de políticas, estratégias e planos nacionais. A solidez da política e da estratégia nacionais de saúde garantirá a complementaridade entre todos os elementos necessários ao aperfeiçoamento dos produtos da saúde. Nos países que recebem níveis significativos de ajuda externa, as estratégias nacionais proporcionam o melhor meio de garantir o alinhamento entre os contributos externos e as prioridades nacionais.

### Principais sucessos até ao presente

Em parceria com outros, a OMS criou um quadro normativo e conceptual – com base na ideia dos seis blocos constituintes – que é largamente usado para orientar as actividades de reforço dos sistemas de saúde. Na área do financiamento, o *Relatório da Saúde no Mundo de 2010* contém um guia para a tomada de decisões nos países que pretendem alargar o financiamento, para atingir a cobertura universal. O *Relatório da Saúde no Mundo de 2012* incidirá na investigação para uma saúde melhor. Na área dos sistemas de informação, a OMS criou um quadro comum de monitorização para uso a nível de país, que mereceu o acordo de todos os parceiros do grupo Saúde 8. A 63.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde adoptou o Código Global de Práticas da OMS para o Recrutamento Internacional de Pessoal da Saúde.<sup>2</sup> Conseguiram-se rápidos progressos na criação e reforço de sistemas para aumentar a segurança dos doentes reforçando a consciencialização, reunindo dados e concebendo instrumentos para o aperfeiçoamento. Em harmonia com o âmbito alargado deste objectivo, a OMS criou também um quadro para as políticas, estratégias e planos nacionais da saúde, a rever pelos Estados-Membros durante o biénio 2010-2011.

Uma advocacia sustentada, por parte da OMS e dos parceiros, resultou em ser hoje amplamente reconhecido o papel vital que os sistemas de saúde assumem na oferta de melhores produtos. O reforço dos sistemas de saúde teve lugar de grande destaque na Declaração Ministerial do segmento de alto nível do Conselho Económico e Social das Nações Unidas, reunido em Genebra de 6 a 9 de Julho de 2009, e nas cimeiras dos G8 em 2008 e 2009. Um sistema de saúde sólido é hoje tido como essencial à melhoria da saúde materna e à aceleração dos progressos no ODM n.º5 (Melhorar a saúde materna). A crescente importância política concedida aos sistemas de saúde e o reconhecimento do impacto negativo de se continuar com o desinvestimento resultaram em níveis mais altos de financiamento para o reforço dos sistemas de saúde. Tanto a Aliança GAVI como o Fundo Global aumentaram o seu apoio financeiro ao reforço dos sistemas, tal como o Banco Mundial.

Diversas regiões criaram observatórios dos sistemas de saúde, inspirados em parte no Observatório Europeu da Saúde, dos Sistemas e Políticas. Esta rede continuará a divulgar uma corrente constante de análises comparativas que podem ser usadas no diálogo nacional sobre as políticas. Iniciaram-se os trabalhos para uma plataforma nacional da informação sanitária, que transmitirá regularmente aos Estados-Membros análises actualizadas da situação dos seus sistemas de saúde. Na sequência dos contributos da OMS no 3.º Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda (Accra, 2–4 de Setembro de 2008), o Grupo de Trabalho acolhido pela OCDE/Comissão de Auxílio ao Desenvolvimento criou a equipa “Saúde, um Sector Piloto” para analisar e promover estratégias que aumentem a eficácia da ajuda externa e do apoio financeiro no sector da saúde.

<sup>1</sup> O bloco restante – produtos médicos, vacinas e tecnologias – cai no âmbito do objectivo estratégico 11.

<sup>2</sup> Resolução WHA63.16.

A Parceria Internacional para a Saúde Plus (IHP+), coordenada pela OMS e o Banco Mundial – que conta 47 parceiros, entre eles 22 países em desenvolvimento – proporciona um modelo de actuação para intensificar a formulação de políticas, estratégias e planos nacionais. Também está disponível a Avaliação Conjunta das Estratégias Nacionais, um processo em desenvolvimento com uma vasta gama de parceiros para avaliar a conformidade com as normas das boas práticas.

### **Principais desafios**

O principal desafio para a Organização reside em garantir uma resposta eficaz à crescente procura, por parte dos países, de apoio técnico de alta qualidade. No biénio 2010-2011, mais de 30 países receberam apoio para identificar o número de pessoas em risco de catástrofe financeira associada ao pagamento pelos utentes e calcular as implicações financeiras e os custos de um seguro de saúde. A procura desse apoio aumentará depois da publicação do *Relatório da Saúde no Mundo 2010*. Aumentarão de igual modo os pedidos de apoio para o seguinte: propostas dos países a apresentar ao Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo e à Aliança GAVI; países que pretendam reforçar os sistemas de informação e formular planos para formação inicial e contínua do pessoal da saúde; e ministérios da saúde e hospitais que desejem aumentar a segurança dos doentes. Além disso, se o quadro para as políticas, estratégias e planos nacionais da saúde for adoptado pela 64.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, em 2011, a Organização receberá mais pedidos dos países que pretendam utilizá-lo.

Ao aconselhar os países, a OMS pode socorrer-se de um conjunto crescente de saberes e experiências sobre o reforço dos sistemas de saúde. Ao mesmo tempo, as decisões estratégicas em áreas sensíveis como o financiamento da saúde e os recursos humanos devem atender plenamente ao contexto político no qual vão ser implementadas. Para a OMS, o desafio está em garantir consistência na abordagem, dado o papel da Organização enquanto principal apoio para os ministérios da saúde e perante a possibilidade de aconselhamento divergente, por parte de outros parceiros. Além disso, a capacidade da OMS não é infinita e deve concentrar-se nas áreas onde a Organização tem uma nítida vantagem comparativa.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

À luz da análise acima, pretende-se alterar o destaque dado a certas áreas. No biénio, a principal mudança estará em concentrar as atenções na garantia de que os países tenham o apoio técnico que pedirem. Ele pode vir da própria OMS, reunindo recursos de todos os níveis da Organização e intensificando esforços para criar a indispensável capacidade nas representações nos países. Ao mesmo tempo, no entanto, a OMS irá esforçar-se por criar redes de apoio técnico, que melhorem o acesso a apoio de alto nível e, ao mesmo tempo, ajudem a criar capacidade institucional nos países.

Também receberá mais atenção a melhoria das ligações entre as acções de reforço dos sistemas de saúde e outros objectivos estratégicos. Isso será sobretudo evidente nas acções revitalizadas em torno das políticas, estratégias e planos nacionais; aí, o reforço dos sistemas e a maior eficácia da ajuda são apenas partes do conjunto. Do mesmo modo, sendo o reforço dos sistemas de saúde um meio para obter melhores produtos e não um fim em si mesmo, será privilegiado o trabalho (mais numa base regular do que caso a caso) com os programas cuja primeira finalidade seja a prestação de intervenções técnicas.

Também merecerá atenção acrescida o papel da OMS enquanto parceiro. As acções da Organização para cumprir os objectivos deste orçamento quanto ao reforço dos sistemas de saúde serão mais frutíferas se ela se assumir como membro fiável e consistente da equipa-país das Nações Unidas e se beneficiar de apoio na implementação dos pressupostos da Declaração de Paris e da Agenda para a Acção de Accra (nomeadamente no reforço dos sistemas nacionais de gestão e informação financeira, e de aquisição, para que os parceiros possam usá-los com confiança).

O rápido desenvolvimento dos sistemas de informação e da capacidade em estatística nos países será uma prioridade especial da OMS. O objectivo é apoiar o reforço das plataformas de informação sanitária sediadas no país, que ofereçam e usem informação de alta qualidade em tempo oportuno nos planos nacionais da saúde e na monitorização dos progressos na consecução dos grandes objectivos nacionais e internacionais. Na área dos recursos humanos, a grande prioridade é definir normas globais para a formação dos profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, para que assumam total responsabilidade nos locais onde trabalham. Além disso, serão dadas orientações para que os países reforcem a sua estratégia de informações para os recursos humanos da saúde. Quanto à prestação de serviços, a grande preocupação continuará a ser a sua reorganização,

em harmonia com as políticas de quatro áreas: vencer as desigualdades na saúde avançando para a cobertura universal; colocar o utente no centro da prestação de serviços; integrar a saúde nas políticas públicas dos outros sectores; e proporcionar uma liderança abrangente na governação da saúde.

As acções de reforço dos sistemas de saúde continuarão a ter o apoio de uma vigorosa investigação, monitorização e base normativa. Incluem-se aqui as actividades de classificação e terminologia e a 11.ª revisão da Classificação Internacional das Doenças. Prosseguirá a monitorização da situação global da saúde e das suas tendências, incluindo as seguintes actividades: análises do fardo das doenças e dos factores de risco, estimativas para os indicadores chave da saúde, avaliação da intensificação e preenchimento de falhas na informação, como a da mortalidade materna.

Embora a grande mudança de ênfase venha a consistir em se passar do nível global para o de país – privilegiando a acção – falta ainda melhorar a qualidade na área do reforço dos sistemas de saúde. O apoio aos sistemas nacionais e à capacidade de melhorar os conhecimentos e dados para a tomada de decisões em saúde visarão melhorar o acesso aos dados existentes (e a sua consolidação e publicação), facilitando a geração de saberes em áreas prioritárias e reforçando a liderança global na política e coordenação da investigação para a saúde, nomeadamente quanto à conduta ética.

O orçamento não contém áreas de actividade totalmente novas. No entanto, importa avaliar o impacto de uma grande gama de novos desenvolvimentos sobre o custo e a eficácia dos sistemas de saúde. Certas tecnologias novas, se não forem controladas podem causar rapidamente uma escalada nos custos e um aumento na iniquidade. Outras podem ter o efeito oposto, reduzindo drasticamente os custos e aumentando a eficácia. Uma área-chave a explorar é a ciber saúde. Dos 115 países inquiridos em 2009 pelo Observatório Global da Ciber saúde, da OMS, 53 tinham implementado políticas. O impacto destas políticas exigirá uma análise urgente.

#### **Ligações a outros objectivos estratégicos**

- Todos os objectivos estratégicos relacionados com a consecução de resultados específicos da saúde, em especial os objectivos estratégicos 1 a 4.
- Todos os objectivos estratégicos relacionados com a saúde e as doenças: as actividades proporcionam uma plataforma de estreita colaboração com a componente dos dados factuais.
- Objectivo estratégico 5: complementando as circunstâncias específicas da prestação de serviços em estados frágeis.
- Objectivo estratégico 7: sobretudo em relação à equidade na saúde, às políticas da saúde favoráveis aos pobres e à constatação progressiva do direito à saúde – as acções transferem os sucessos nestas áreas para a prestação de serviços.
- Objectivo estratégico 12: em especial quanto à liderança, a geração e o acesso aos conhecimentos e o estímulo às parcerias e colaboração em conjunto com outros países.

#### **Principais programas especiais e acordos de colaboração da OMS contemplados no orçamento e que contribuem para a consecução dos resultados esperados em toda a Organização**

- Aliança Mundial para Segurança dos Doentes
- Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde
- Aliança para a Investigação sobre Políticas e Sistemas de Saúde
- Aliança Global dos Profissionais da Saúde
- Programa Especial para a Investigação e formação da UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS

**Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012-2013 (milhões de dólares americanos)**

<b>Orçamento (milhões de dólares americanos)</b>							
<b>Programas de base</b>							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	<b>TOTAL</b>
123,0	33,2	44,0	30,8	57,3	39,0	82,1	<b>409,5</b>
<b>Programas especiais e acordos de colaboração</b>							<b>45,0</b>
<b>Resposta a surtos e crises</b>							<b>0,0</b>
<b>Total geral</b>							<b>454,5</b>

**Resultados esperados e indicadores para toda a Organização**

<b>10.1</b> Melhoria na gestão e organização da prestação de serviços de saúde integrados e com base na população, através de prestadores públicos e não públicos e de redes, reflectindo a estratégia dos cuidados de saúde primários, intensificando a cobertura, a qualidade e a segurança e melhorando os produtos da saúde.	<b>Indicadores</b>	
	<b>10.1.1</b> Número de Estados-Membros que actualizaram regularmente as bases de dados sobre os números e distribuição das unidades de saúde e das intervenções de saúde nelas oferecidas	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	35	
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	40	
<b>10.2</b> Melhoria das capacidades nacionais de governação e liderança através de diálogo político de base factual, reforço da capacidade institucional de análise e formulação de políticas, avaliação do desempenho do sistema de saúde com base na estratégia, maior transparência e responsabilização face ao desempenho e colaboração intersectorial mais eficaz.	<b>Indicadores</b>	
	<b>10.2.1</b> Número de Estados-Membros que, nos últimos 5 anos, formularam processos abrangentes de planeamento nacional da saúde, em consulta com os parceiros	<b>10.2.2</b> Número de Estados-Membros que procedem a uma avaliação regular ou periódica dos progressos, incluindo na implementação do plano nacional da saúde, com base numa avaliação do desempenho do seu sistema de saúde acordado conjuntamente
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	107	65
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
115	75	
<b>10.3</b> Coordenação dos vários mecanismos (incluindo o auxílio dos doadores) que apoiam os Estados-Membros nos esforços de alcançar as metas nacionais do desenvolvimento do sistema de saúde e os objectivos globais para a saúde.	<b>Indicadores</b>	
	<b>10.3.1</b> Número de Estados-Membros onde os contributos dos principais parceiros estão em harmonia com as políticas nacionais, medidos à luz da Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda	
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	30	
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	35	



<b>10.4</b> Reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária que fornecem e usam informação de alta qualidade em tempo oportuno para o planeamento e a monitorização dos progressos na via dos grandes objectivos nacionais e internacionais.	<b>Indicadores</b>		
	<b>10.4.1</b> Percentagem de países com baixo e médio rendimento com estatísticas adequadas da saúde que monitorizam os ODM relacionados com a saúde e obedecem às normas acordadas		
	<b>Ponto de partida em 2012</b>		
	45%		
<b>Metas a atingir até 2013</b>			
60%			

<b>10.5.</b> Garantia de melhores conhecimentos e dados factuais para as decisões graças à consolidação e publicação dos dados existentes, à facilitação da geração de conhecimentos nas áreas prioritárias e à liderança global na política e coordenação da investigação para a saúde, incluindo em relação à conduta ética.	<b>INDICADORES</b>		
	<b>10.5.1</b> Percentagem de países nos quais estão disponíveis em bases de dados de acesso livre perfis de alta qualidade com estatísticas nucleares da saúde	<b>10.5.2</b> Número de países onde a OMS assume um papel-chave no apoio à geração e uso de informações e conhecimentos, incluindo a recolha de dados primários por meio de inquéritos, do registo civil ou da melhoria na análise e síntese dos dados das unidades de saúde, para as políticas e os planos	<b>10.5.3</b> Criação e manutenção de investigação eficaz sobre mecanismos para a coordenação e liderança da saúde, a nível global e regional
	<b>Ponto de partida em 2012</b>		
	90%	35	Mecanismos a funcionar a nível global e em todas as regiões
	<b>Metas a atingir até 2013</b>		
	90%	45	Mecanismos a funcionar a nível global e em todas as regiões

<b>10.6</b> Reforço da investigação nacional para desenvolvimento dos sistemas de saúde, no contexto da investigação regional e internacional e do empenhamento da sociedade civil.	<b>Indicadores</b>	
	<b>10.6.1</b> Percentagem de países de baixo e médio rendimento onde os sistemas nacionais de investigação para a saúde obedecem aos padrões mínimos acordados internacionalmente	<b>10.6.2</b> Número de Estados-Membros que cumprem as recomendações de afectar pelo menos 2% do orçamento da saúde à investigação (Comissão da Investigação em saúde para o Desenvolvimento, 1990)
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	15%	8
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
20%	9	

<b>10.7</b> Desenvolvimento e implementação da gestão dos conhecimentos e das políticas e estratégias de ciber saúde para reforçar os sistemas de saúde.	<b>INDICADORES</b>		
	<b>10.7.1</b> Número de Estados-Membros que adoptaram políticas de gestão dos conhecimentos para colmatar o fosso do “saber fazer”, especificamente vocacionadas para reduzir as diferenças no campo da electrónica	<b>10.7.2</b> Número de países com acesso a revistas científicas internacionais de electrónica e arquivos de conhecimentos sobre ciências da saúde, como os que foram avaliados no inquérito bienal do Observatório da OMS de Ciber saúde	<b>10.7.3</b> Percentagem de Estados-Membros com políticas, estratégias e quadros normativos para a ciber saúde, como os que foram avaliados no inquérito bienal do Observatório da OMS de Ciber saúde
	<b>PONTO DE PARTIDA EM 2012</b>		
	100	170	75
	<b>METAS A ATINGIR ATÉ 2013</b>		
110	180	90	

<b>10.8</b> Reforço da informação e dos conhecimentos dos profissionais e criação de capacidades no país para a análise, planeamento, implementação, partilha de informação e investigação.	<b>Indicadores</b>	
	<b>10.8.1</b> Número de países que notificam um ou mais pontos nacionais de dados sobre os recursos humanos para a saúde nos últimos 5 anos, reeferidos no Atlas Internacional dos Profissionais de Saúde	<b>10.8.2</b> Número de Estados-Membros com uma unidade nacional de política e planeamento dos recursos humanos para a saúde
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	96	50
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	100	55

<b>10.9</b> Apoio aos Estados-Membros, com incidência nos que enfrentam dificuldades graves de recursos humanos para a saúde, para melhorar a produção, distribuição, polivalência e retenção dos profissionais de saúde.	<b>Indicadores</b>	
	<b>10.9.1</b> Percentagem dos 57 países com escassez crítica de profissionais de saúde identificados com um plano multi-anual de HRH no <i>Relatório da Saúde no Mundo 2006</i>	<b>10.9.2</b> Percentagem dos 57 países com escassez crítica de profissionais de saúde identificados no <i>Relatório da Saúde no Mundo 2006</i> com um plano de investimentos para acelerar a formação escolar e profissional de profissionais de saúde
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	50%	25%
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	55%	30%

  

<b>10.10</b> Política de base factual e apoio técnico aos Estados-Membros para melhorarem o financiamento do sistema de saúde em termos de disponibilidade de fundos, protecção social e contra riscos financeiros, equidade, acesso aos serviços e eficácia no uso dos recursos.	<b>Indicadores</b>	
	<b>10.10.1</b> Número de Estados-Membros que receberam apoio técnico e político para: reunir fundos adicionais para saúde; reduzir as barreiras financeiras ao acesso e a incidência de catástrofes financeiras e empobrecimento devido aos pagamentos da saúde; ou para melhorar a protecção social e a eficácia e equidade no uso dos recursos	<b>10.10.2</b> Número de esclarecimentos sobre políticas-chave divulgados e apoiados no seu uso, documentando as melhores práticas na recolha de receitas e partilha de aquisições, incluindo contratos, prestação de intervenções e serviços e manobras de fragmentação dos sistemas associados a programas verticais, e afluxo de fundos internos
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	Não disponível	17 esclarecimentos técnicos
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
Não disponível	22 esclarecimentos técnicos	

<p><b>10.11</b> Criação de normas, modelos e instrumentos de medida para acompanhar os recursos, avaliar as consequências económicas da doença e os custos e efeitos das intervenções, a catástrofe financeira, o empobrecimento e exclusão social, apoiando e monitorizando o seu uso.</p>	<b>INDICADORES</b>	
	<p><b>10.11.1</b> Criação, divulgação e apoio ao uso de instrumentos, normas e modelos-chave para orientar a formulação e implementação das políticas de acordo com as carências expressas, compreendendo o acompanhamento e afectação dos recursos, orçamentação, gestão financeira, consequências económicas da doença e exclusão social, organização e eficácia da prestação de serviços, incluindo a contratação, ou a incidência da catástrofe financeira e do empobrecimento</p>	<p><b>10.11.2</b> Número de Estados-Membros com apoio técnico para usar os instrumentos da OMS, para acompanhar e avaliar a adequação e o uso dos fundos, avaliar as necessidades financeiras futuras, gerir e monitorizar os fundos disponíveis ou seguir o impacto nas famílias da política de financiamento</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	Modificação, actualização e divulgação, conforme necessário, de instrumentos e quadros	
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
Modificação, actualização e divulgação, conforme necessário, de instrumentos e quadros		

<p><b>10.12</b> Medidas de advocacia em favor de fundos adicionais para a saúde, onde necessário; reforço da capacidade de enquadramento da política financeira e interpretação e uso da informação financeira; e estímulo à geração e aplicação dos conhecimentos em apoio ao desenvolvimento das políticas.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>10.12.1</b> Presença e liderança da OMS nas parcerias internacionais, regionais e nacionais e uso dos seus dados para aumentar o financiamento da saúde nos países de baixo rendimento, ou apoio aos países na concepção e monitorização dos Documentos de Redução da Pobreza, abordagens de âmbito sectorial, quadros de despesa a médio prazo e outros mecanismos de financiamento a longo prazo capazes de prestar protecção social à saúde, consistentes com os cuidados de saúde primários</p>	<p><b>10.12.2</b> Número de Estados-Membros apoiados no reforço da capacidade de formulação de políticas e de estratégias de financiamento da saúde e de interpretação dos dados financeiros, ou com informação-chave sobre as despesas, financiamento, eficiência e eficácia da saúde, para orientar o processo</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	Participação da OMS em 6 parcerias; apoio a 28 países sobre opções de financiamento a longo prazo	Apoyo técnico a 75 países e actualizações anuais das despesas com a saúde de todos os Estados-Membros, com novas informações sobre a incidência das despesas catastróficas em 20 países
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
Participação da OMS em 8 parcerias; apoio a 40 países	Apoyo técnico a 90 países e actualizações anuais das despesas com a saúde de todos os Estados-Membros e informações revistas e actualizadas sobre as despesas catastróficas em mais 20 países	

<p><b>10.13</b> Elaboração de normas, modelos e instrumentos de medida de base factual, para apoio aos Estados-Membros na quantificação e redução do nível dos cuidados de saúde prestados sem segurança.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<p><b>10.13.1</b> Divulgação e apoio ao uso de instrumentos, normas e modelos chave para orientar a formulação, medida e implementação das políticas</p>	<p><b>10.13.2</b> Número de Estados-Membros que participam nos desafios globais da segurança dos doentes e em outras iniciativas globais de segurança, incluindo a investigação e avaliação</p>
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	2 modelos globais de segurança e 20 instrumentos importantes de apoio	45
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
4 modelos globais de segurança e 40 instrumentos importantes de apoio	90	

## **OBJECTIVO ESTRATÉGICO 11**

### **Garantir progressos no acesso, qualidade e uso de tecnologias e produtos médicos**

#### **Âmbito**

Os produtos médicos abrangem: vacinas químicas e biológicas; vacinas; sangue e produtos do sangue; células e tecidos, sobretudo de origem humana; produtos biotecnológicos; medicamentos tradicionais e instrumentos médicos. Quanto às tecnologias mencionam-se, entre outras, as de testes diagnósticos, imagiologia e testes de laboratório. As actividades no âmbito deste objectivo estratégico incidirão em tornar mais equitativo o acesso (em termos de disponibilidade, preço e acessibilidade) a produtos médicos e tecnologias essenciais com garantia de qualidade, segurança, eficiência e boa relação custo-eficácia e ao seu uso correcto e de boa relação custo-eficácia. Quanto ao uso correcto dos produtos e tecnologias, as actividades incidirão em: criação de sistemas regulamentadores adequados; selecção de base factual; informação a prescritores e doentes; diagnóstico e procedimentos clínicos e cirúrgicos adequados; políticas de vacinação e sistemas de aprovisionamento, distribuição e segurança das injeções; e transfusões de sangue. A informação engloba instruções clínicas, informação independente sobre os produtos e promoção ética. As acções acima referidas contribuirão para a implementação de actividades específicas dirigidas pela OMS, como definido na estratégia global e plano de acção da saúde pública, inovação e propriedade intelectual. Além disso, em colaboração com outras organizações internacionais intergovernamentais pertinentes, como a OMPI, OMC e CNUCED, serão tomadas medidas específicas para aplicação e gestão da propriedade intelectual, em apoio à inovação relacionada com a saúde e a promoção da saúde pública.

#### **Principais sucessos até ao presente**

A OMS criou, actualizou e promoveu sistemas globais de nomenclatura e normas e padrões de qualidade para as vacinas, medicamentos e tecnologias médicas e, através do Programa de Pré-Qualificação de Medicamentos das Nações Unidas gerido pela OMS, a Organização pré-qualificou uma série de medicamentos, incluindo formulações pediátricas e vacinas. Foi publicada a 17.ª edição da Lista Modelo da OMS de Medicamentos Essenciais e a 2.ª edição da Lista Modelo da OMS para as Crianças. Foi preparado um projecto de lista de aparelhos médicos essenciais para 100 protocolos de prática clínica e cinco tipos de unidade de saúde. Foram apoiados os programas nacionais de promoção do acesso, qualidade e uso racional dos medicamentos e realizaram-se reuniões de formação e advocacia em áreas relacionadas com a política, que tiveram boa participação. Um total de 10 países formularam políticas nacionais para os transplantes. As regiões Africana e do Pacífico Ocidental da OMS actualizaram as orientações e estratégias regionais da política de medicamentos e diversos países dessas regiões formularam as suas políticas de medicina tradicional. Países com prioridade receberam apoio técnico para reforço dos serviços de transfusão de sangue e melhoria da segurança das injeções. Em 15 países foram criadas políticas de sangue seguro.

Foram afinados os indicadores globais para monitorizar o acesso aos medicamentos essenciais, usados em dois relatórios das Nações Unidas sobre os progressos na consecução da meta 8E do ODM n.º 8. Foi elaborado um quadro para a monitorização e implementação da estratégia global e plano de acção da saúde pública, inovação e propriedade intelectual. Em finais de 2009, tinham sido formalmente avaliadas 46 agências nacionais de regulamentação dos medicamentos e 114 agências de regulamentação das vacinas; muitos laboratórios de países em desenvolvimento estavam a participar no sistema externo de garantia de qualidade da OMS. Vários blocos económicos regionais africanos estão a agir no sentido de harmonizar a regulamentação regional. Muitos países usam hoje listas nacionais de medicamentos essenciais como ponto de partida para o aprovisionamento de medicamentos e seu uso no sector público. Realizaram-se cursos regionais de formação e vários países receberam apoio específico em relação às instruções clínicas, ao preço dos medicamentos e ao reembolso para os medicamentos essenciais.

#### **Principais desafios**

Muitos países em desenvolvimento ainda não dispõem de sistemas adequados de regulamentação dos medicamentos, vacinas, produtos do sangue, diagnósticos e outras tecnologias da saúde. Apesar do potencial de estratégias abrangentes de suprimentos e do uso racional dos produtos médicos para reduzir o desperdício médico e económico, os progressos na sua promoção têm sido retardados pela falta de vontade política a nível de país e pela escassez de recursos na OMS.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

Durante o biénio, será dada prioridade à continuação e expansão do desenvolvimento das políticas e do alargamento do acesso a produtos médicos e tecnologias. Serão privilegiadas as abordagens transversais ao sistema de saúde, como a inclusão no seguro de saúde de benefícios aos medicamentos, o apoio abrangente aos hospitais distritais e a programas que promovam a transparência, a boa governação e a prevenção da corrupção. Além dos medicamentos essenciais para as doenças prioritárias, também merecerá mais atenção a promoção do acesso a categorias específicas de produtos médicos, como os medicamentos essenciais para as crianças, os medicamentos para a dor, os cuidados paliativos terminais e o abuso de drogas, bem como os soros anti-rábico e antiveneno de cobra. Continuarão os esforços para conceber conceitos inovadores na saúde pública, como a promoção da partilha de patentes e as políticas de preços dos medicamentos.

Também será prioritária a continuação de apoio aos países para actividades normativas que melhorem a qualidade dos produtos médicos e das tecnologias. Será dada ênfase à harmonização da regulamentação a nível global e à colaboração regional para promover a eficácia, qualidade e segurança das vacinas, medicamentos e tecnologias, bem como no combate aos medicamentos de inferior qualidade e contrafeitos. A OMS continuará a desempenhar as suas funções normativas em relação ao seguinte: programa de nomenclatura dos Nomes Internacionais Não-Proprietários; especificações de qualidade para os medicamentos e produtos biológicos; bons padrões de fabricação; *Farmacopeia Internacional*; Lista Modelo da OMS dos Medicamentos Essenciais, incluindo a pré-qualificação de novas vacinas e medicamentos para as doenças negligenciadas; e o programa de pré-qualificação das Nações Unidas. A terceira área prioritária abrange a continuidade do desenvolvimento de conceitos inovadores na saúde pública, como os referidos na estratégia global e no plano de acção da saúde pública, inovação e propriedade intelectual, bem como nas políticas de preços dos medicamentos.

### **Ligações a outros objectivos estratégicos**

- Objectivos estratégicos 1 a 5 (produtos da saúde): nenhum destes objectivos pode ser atingido sem produtos médicos, medicamentos e tecnologias da saúde essenciais. Quanto ao acesso, as actividades no âmbito deste objectivo estratégico incidirão nos temas “horizontais”, como sistemas abrangentes de abastecimento, inquéritos aos preços e políticas nacionais de preços. Todas as actividades da OMS sobre garantia de qualidade e apoio regulamentador são abrangidas por este objectivo estratégico. As medidas para o uso racional incidirão em aspectos gerais, como a selecção de base factual dos produtos médicos e tecnologias essenciais, a elaboração de instruções clínicas, a farmacovigilância e a segurança do doente, a obediência a regimes de tratamento de longo prazo e a contenção da resistência antimicrobiana.
- Objectivo estratégico 10: as actividades no âmbito do objectivo estratégico 11 também contribuem para a prestação de serviços de saúde e para o financiamento sustentável de produtos e tecnologias, de cujo acesso também depende. Será promovida uma abordagem integrada aos sistemas de saúde, para apoiar os cuidados de saúde primários.
- Objectivo estratégico 7: em relação à boa governação.
- Objectivo estratégico 12: em relação à política pública global.
- Objectivos estratégicos 1 e 2: em relação à estratégia global e plano de acção da saúde pública, inovação e propriedade intelectual.

**Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012–2013 (milhões de dólares americanos)**

Orçamento (milhões de dólares americanos)							
Programas de base							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	TOTAL
23,2	7,7	10,0	5,0	16,1	14,0	59,1	135,1
Programas especiais e acordos de colaboração							17,0
Resposta a surtos e crises							0,0
Total geral							152,1

**Resultados esperados e indicadores para toda a Organização**

<b>11.1</b> Apoio e advocacia em favor da formulação e monitorização de políticas nacionais abrangentes para o acesso, qualidade e uso de produtos médicos e tecnologias essenciais.	Indicadores			
	<b>11.1.1</b> Número de Estados-Membros apoiados na formulação e implementação de políticas nacionais oficiais para o acesso, qualidade e uso de produtos médicos e tecnologias essenciais	<b>11.1.2</b> Número de Estados-Membros apoiados na concepção e reforço de sistemas nacionais abrangentes de aquisição ou suprimento	<b>11.1.3</b> Número de Estados-Membros apoiados na formulação e/ou implementação de estratégias nacionais e mecanismos regulamentadores para o sangue e os seus produtos ou o controlo das infeções	<b>11.1.4</b> Publicação de um relatório bienal global sobre os preços, disponibilidade e acessibilidade dos medicamentos, com base em todos os relatórios regionais e nacionais disponíveis
	<b>Ponto de partida em 2012</b>			
	<u>90</u>	<u>50</u>	<u>30</u>	Relatório publicado
	<b>Metas a atingir até 2013</b>			
<u>100</u>	<u>70</u>	<u>40</u>	2 relatórios publicados (2011 e 2013)	

<b>11.2</b> Apoio e advocacia em favor de normas, modelos e directrizes internacionais para a qualidade, segurança, eficácia e uso com boa relação custo-eficácia de produtos médicos e tecnologias e sua implementação nacional ou regional.	Indicadores			
	<b>11.2.1</b> Número de padrões de qualidade, preparações de referência, directrizes e instrumentos para melhorar o fornecimento, gestão, uso, qualidade ou regulamento eficaz de produtos médicos e tecnologias novos ou actualizados	<b>11.2.2</b> Número de Nomes Internacionais Não Proprietários atribuídos a produtos médicos	<b>11.2.3</b> Número de medicamentos, vacinas, instrumentos de diagnóstico e artigos de equipamento pré-qualificados para aquisição pelas Nações Unidas	<b>11.2.4</b> Número de Estados-Membros que tiveram as autoridades nacionais de regulamentação avaliadas ou apoiadas
	<b>Ponto de partida em 2012</b>			
	Mais 15	9 200	300	<u>80</u>
	<b>Metas a atingir até 2013</b>			
Mais 15	9 300	350	<u>90</u>	

<p><b>11.3</b> Concepção e apoio, no âmbito dos programas nacionais e do Secretariado, de directrizes políticas de base factual para promover cientificamente um uso correcto e de boa relação custo-eficácia dos produtos médicos e tecnologias pelos profissionais da saúde e pelos consumidores.</p>	<b>Indicadores</b>	
	<b>11.3.1</b> Número de programas regionais ou nacionais apoiados na promoção do uso correcto e eficaz dos produtos médicos e tecnologias	<b>11.3.2</b> Número de Estados-Membros que usaram listas nacionais, actualizadas nos últimos 5 anos, de medicamentos essenciais, vacinas ou tecnologias para aquisição ou reembolso público
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	60	135
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
70	150	

## **OBJECTIVO ESTRATÉGICO 12**

**Proporcionar liderança, reforçar a governação e fomentar parcerias e colaboração com os países, o sistema das Nações Unidas e outros intervenientes, para cumprir o mandato da OMS no sentido de fazer avançar a agenda mundial da saúde, como consignado no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho**

### **Âmbito**

O objectivo estratégico 12 pretende facilitar as actividades desenvolvidas pela OMS na consecução dos outros objectivos estratégicos. Respondendo às prioridades do 11.º Programa Geral de Trabalho, ele reconhece que a natureza da saúde mudou significativamente no plano internacional. Este objectivo abrange três grandes áreas complementares: liderança na saúde global, governação e coerência da Organização; apoio da OMS aos países individualmente, sua presença e empenhamento neles, incluindo o apoio à liderança por parte do governo e à coordenação e gestão eficaz dos actores, parceiros e recursos da saúde; e o papel da Organização ao concentrar a energia e experiência colectiva dos Estados-Membros e outros actores em torno das questões da saúde de importância regional e global.

A principal inovação implícita neste objectivo está em que ele pretende colher os ensinamentos da experiência da OMS nos países para influenciar os debates globais e regionais, exercendo assim um impacto positivo no ambiente de trabalho dos decisores políticos e contribuindo para a consecução dos ODM relacionados com a saúde e outras metas internacionalmente acordadas.

### **Principais sucessos até ao presente**

Melhoraram a coerência e a sinergia nas actividades dos diversos sectores da Organização, em consequência da liderança da Directora-Geral, facilitada pelas boas relações de trabalho com os Directores Regionais e os Directores-Gerais Adjuntos. Verificaram-se progressos num maior alinhamento entre as estratégias da OMS para a cooperação com os países e as prioridades destes e na sua harmonização com as estratégias das Nações Unidas e de outros parceiros para o desenvolvimento. As estratégias de cooperação com os países estão na base dos planos bienais de acção da OMS, do alinhamento das capacidades nucleares das Representações com as carências dos países e do reforço da componente da saúde no Quadro de Apoio ao Desenvolvimento das Nações Unidas. A nível global, regional e de país, a OMS reforçou a colaboração com o Grupo das Nações Unidas para o Desenvolvimento, as Equipas de Directores Regionais do Grupo e as Equipas-País das Nações Unidas. A liderança da OMS – em parceria com as agências das Nações Unidas, Banco Mundial, parceiros mundiais para a saúde e principais organizações bilaterais – contribuiu para a criação de plataformas de acção mais eficazes, de maior coordenação e mais coerência a nível de país.

### **Principais desafios**

Uma liderança proactiva continuará a ser necessária para que a Organização consiga responder aos desafios globais, presentes e futuros, com impacto na saúde das pessoas, nos sistemas nacionais de saúde e, assim, na saúde de todas as populações. A OMS terá de se adaptar aos desafios decorrentes das mutações nas necessidades e expectativas da saúde, na competição entre as prioridades e na complexa arquitectura dos intervenientes na saúde e dos mecanismos de financiamento. Será forçoso continuar a promover o papel da saúde, enquanto a comunidade internacional analisa os progressos na consecução dos ODM. Ao mesmo tempo, importa incidir de modo mais claro nas actividades e prioridades nucleares da OMS, nomeadamente a obtenção de resultados nas áreas onde tem uma clara vantagem competitiva e deixando as outras tarefas para quem as possa desempenhar melhor. A OMS deve também dar provas de uma liderança mais forte ao reduzir a fragmentação e conseguir um melhor alinhamento entre os múltiplos parceiros de nível global e nacional que apoiam as estratégias dos países para a saúde. Melhores comunicações e maior acesso à informação contribuirão para melhorar a acção da OMS.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

A OMS deve manter a sua capacidade de analisar e responder ao impacto dos problemas actuais, novos e emergentes na área da saúde. Deve colaborar intimamente com os países para fazer avançar a agenda global da saúde e apoiar os Estados-Membros na formulação de estratégias e planos nacionais que correspondam às suas necessidades. No apoio aos países, a OMS deve garantir uma correspondência mais estreita entre a natureza do apoio prestado e as carências nacionais, incluindo os países onde a Organização não tem uma presença física. A OMS continuará a melhorar a eficiência e a eficácia das suas actividades nos países e em colaboração com eles.



Quando haja a intervenção de muitos parceiros para o desenvolvimento, a OMS procurará reforçar as capacidades nacionais, no sentido de orientar a cooperação técnica e facilitar os esforços dos governos para atrair parceiros dispostos a apoiar estratégias e planos sólidos para a saúde. A Organização continuará a explorar modalidades de melhorar a eficácia e abrangência da governação global da saúde; também irá orientar e racionalizar o tempo e os recursos necessários ao funcionamento de todos os órgãos directivos da OMS, das reuniões preparatórias de organização, dos conselhos de parcerias, grupos de trabalho e equipas internacionais. Serão reforçadas a colaboração com as Nações Unidas e uma maior adesão ao processo de reformas, nomeadamente a nível de país. As estratégias de contactos com o sector comercial privado serão alargadas, a interacção com o sector não governamental expandida e será criado um quadro operacional para as parcerias. A melhoria do desempenho da Organização merecerá maior destaque, com monitorização e avaliação contínuas dos indicadores-chave, orientações estratégicas para melhorar os mecanismos institucionais para a integridade e a responsabilização e a criação de um quadro financeiro sólido.

#### **Ligações a outros objectivos estratégicos**

Este objectivo estratégico tem por missão facilitar a consecução dos outros 12 objectivos estratégicos aos quais está intrinsecamente ligado, proporcionando orientações para as actividades da Organização. A ligação ao objectivo estratégico 10 é particularmente forte, devido à estreita ligação entre o apoio à liderança nacional, a coordenação e a gestão do sector da saúde, e às acções para formular, financiar e avaliar políticas nacionais de saúde e planos estratégicos, nos quais se encontrem devidamente posicionados todos os outros objectivos estratégicos (excepto os 12 e 13). Tem também uma estreita relação e complementaridade com o objectivo estratégico 13 mas, enquanto este aborda questões de gestão e administração no seio da OMS, o objectivo estratégico 12 orienta-se para a liderança e a governação, as actividades nos Estados-Membros e com eles e para a colaboração com os parceiros, incluindo o sistema das Nações Unidas, a nível global, regional e de país.

## Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012–2013 (milhões de dólares americanos)

Orçamento (milhões de dólares americanos)							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	TOTAL
50,2	15,7	16,5	31,7	26,3	17,1	132,2	289,7

## Resultados esperados e indicadores para toda a Organização

<b>12.1</b> Exercício de uma liderança e orientação eficazes da Organização graças ao reforço da governação e à coerência, responsabilidade e sinergia das actividades da OMS.	<b>Indicadores</b>	
	<b>12.1.1</b> Percentagem de documentos submetidos aos órgãos directivos dentro do prazo constitucional nas seis línguas oficiais da OMS	<b>12.1.2</b> Nível de entendimento por todos os principais intervenientes sobre o papel, prioridades e mensagens-chave da OMS, conforme o indicado num inquérito aos intervenientes
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	95%	91% dos intervenientes familiarizados/bastante familiarizados com o papel e as prioridades da OMS
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
98%	96% dos intervenientes familiarizados/bastante familiarizados com o papel e as prioridades da OMS	

<b>12.2</b> Presença eficaz da OMS nos países <sup>26</sup> para implementar as estratégias de cooperação da OMS com os países que estejam alinhadas com as agendas da saúde e desenvolvimento dos Estados-Membros e harmonizadas com a equipa-país das Nações Unidas e outros parceiros para o desenvolvimento.	<b>Indicadores</b>	
	<b>12.2.1</b> Número de Estados-Membros onde a OMS está a alinhar a sua estratégia de cooperação com as prioridades e o ciclo de desenvolvimento do país e a harmonizar as actividades com as Nações Unidas e outros parceiros para o desenvolvimento no âmbito de quadros pertinentes, como o Quadro das Nações Unidas de Apoio ao Desenvolvimento, os Documentos da Estratégia de Redução da Pobreza e as Abordagens de Âmbito Sectorial	<b>12.2.2</b> Percentagens de Representações da OMS nos países que reviram e ajustaram a sua capacidade nuclear, de acordo com a estratégia de cooperação com o país
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	Actualização/revisão de 33 das 145 Estratégias de Cooperação com o País	70%
<b>Metas a atingir até 2013</b>		
Actualização/revisão de 42 das 145 Estratégias de Cooperação com o País	80%	

<sup>26</sup> A presença da OMS nos países é a plataforma para uma colaboração eficaz com os países para fazer avançar a agenda global da saúde, contribuindo para as estratégias nacionais e integrando as realidades e perspectivas do país nas políticas e prioridades globais.

<b>12.3</b> Criação de mecanismos globais para a saúde e desenvolvimento que proporcionem recursos técnicos e financeiros mais sustentados e previsíveis para a saúde, a partir de uma agenda comum que responda às carências e prioridades da saúde nos Estados-Membros.	<b>Indicadores</b>		
	<b>12.3.1</b> Número de parcerias para a saúde em que a OMS participa que funcionam segundo o princípio das melhores práticas para as Parcerias Globais da Saúde	<b>12.3.2</b> Percentagem de parcerias para a saúde geridas pela OMS que obedecem às orientações políticas da OMS para as parcerias	<b>12.3.3</b> Percentagem de países onde a OMS lidera ou participa activamente em parcerias para a saúde e o desenvolvimento (formais e informais), incluindo no contexto da reforma do sistema das Nações Unidas
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>		
	30	<u>100%</u>	<u>80%</u>
	<b><u>Metas a atingir até 2013</u></b>		
50	100%	<u>90%</u>	

<b>12.4</b> Conhecimentos essenciais à saúde e material de advocacia disponibilizado a Estados-Membros, parceiros para a saúde e outros actores graças a um intercâmbio eficaz e à partilha de saberes.	<b>Indicadores</b>	
	<b>12.4.1</b> Média do <u>número de visitas</u> por mês à página da Internet da Sede da OMS	<b>12.4.2</b> Número de páginas em línguas que não o Inglês disponíveis nos sítios da Internet de Representações nos países, escritórios regionais e Sede da OMS
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>	
	<u>6 milhões</u>	<u>80 000</u>
	<b><u>Metas a atingir até 2013</u></b>	
<u>7 milhões</u>	<u>90 000</u>	

## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 13

**Desenvolver e sustentar a OMS como organização flexível e voltada para a aprendizagem, capacitando-a para desempenhar o seu mandato de modo mais eficiente e eficaz**

### Âmbito

Este objectivo estratégico abrange as funções de apoio às actividades do Secretariado nas Representações, nos Escritórios Regionais e na Sede. Estas funções estão organizadas no âmbito de um quadro abrangente de gestão, com base nos resultados, que inclui os seguintes processos: planeamento estratégico e operacional e orçamentação; monitorização e avaliação do desempenho; gestão dos recursos financeiros com recurso à monitorização, avaliação e coordenação em toda a Organização, para garantir um fluxo eficiente dos recursos disponíveis por toda a Organização; e gestão dos recursos humanos, incluindo a planificação, recrutamento, desenvolvimento e formação do pessoal, a sua saúde e segurança, a gestão do desempenho, condições de trabalho e concessão de direitos, à luz das melhores práticas do sistema geral das Nações Unidas. As acções incidem no seguinte: produção dos resultados esperados; manutenção do nível de excelência no desempenho e estímulo ao empenhamento dos funcionários; criação de um ambiente favorável ao trabalho, incluindo a gestão das infra-estruturas e da logística, a segurança dos funcionários e das instalações e a disponibilidade de serviços médicos e de tecnologias da informação; e garantir os necessários mecanismos de responsabilização e governação transversais a todas as áreas.

### Principais sucessos até ao presente

O quadro de gestão da OMS com base nos resultados vem sendo reforçado graças ao uso mais rigoroso dos indicadores de desempenho e a um melhor alinhamento com as prioridades definidas nas estratégias de cooperação com os países. O Sistema Global de Gestão já foi introduzido em cinco escritórios principais. Estão em curso os preparativos para a sua implementação na região Africana, como os que possibilitam a plena introdução das Normas Internacionais da Contabilidade do Sector Público, no âmbito do processo de harmonização das Nações Unidas. O Centro Global de Serviços já está em pleno funcionamento.

Foi concebido o primeiro Plano Global para os Recursos Humanos e foi introduzido um processo rectificado de selecção dos chefes das Representações da OMS nos países, usando uma lista global. Uma resolução adoptada pelo Conselho Executivo na sua 125.<sup>a</sup> sessão,<sup>27</sup> na qual o Conselho decidiu criar uma Comissão Consultiva Independente de Supervisão por Peritos, terá um impacto positivo nos sistemas de gestão e de controlo dos riscos. Foi criado na OMS um grupo de trabalho para a amortização de custos que recomendou, entre outros aspectos, a implementação de um novo sistema de amortização de custos com base na contagem das pessoas, para assegurar o financiamento sustentável dos objectivos estratégicos 12 e 13. A OMS é a primeira agência das Nações Unidas a ter uma política global de saúde ocupacional e de segurança. Este objectivo estratégico cobre também a resposta às necessidades de aquisições por parte de outros objectivos estratégicos e o financiamento e distribuição de produtos farmacêuticos essenciais e outros produtos relacionados com a saúde, solicitados pelos Estados-Membros.

### Principais desafios

Um desafio importante que permanece é o de garantir que a Organização retire os máximos benefícios do Sistema Global de Gestão, que estará totalmente implementado no início do biênio. O Sistema Global de Gestão é a principal plataforma para gerir a informação de modo consistente, integrado e em tempo real. No entanto, os serviços de gestão e apoio administrativo devem ser rigorosamente controlados e a sua qualidade deve ser garantida, graças a um quadro adequado de controlo em todos os locais, para manter a confiança no modo como a OMS gere as receitas, os activos e as despesas. Dada a necessidade de reforçar o controlo enquanto se promove a eficiência, a prestação de serviços será reavaliada em toda a Organização, para utilizar melhor as redes existentes de especialistas em administração. Este processo implicará a melhoria da capacidade operacional do Centro Global de Serviços, bem como a simplificação

---

<sup>27</sup> Resolução EB125.R1.

do Sistema Global de Gestão. Ao mesmo tempo, a rede será continuamente avaliada, para identificar onde se pode conseguir mais eficácia na prestação dos serviços nucleares; daí pode resultar a transferência de certas funções para locais de baixo custo, de modo a cumprir os objectivos de poupança. Essas alterações devem ocorrer sem comprometer os controlos internos da qualidade e da prestação dos serviços essenciais.

### **Prioridades e destaques para 2012–2013**

Está previsto que o Sistema Global de Gestão seja aperfeiçoado em 2013. Proceder-se-á a uma análise de pormenor antes de tomar decisões sobre a estratégia adequada de tecnologias de informação e comunicação a utilizar, para garantir que o novo sistema acarrete os máximos benefícios e cause o mínimo de inconvenientes aos utentes.

Na área do planeamento e mobilização de recursos, as prioridades dos países serão sistematicamente integradas no planeamento geral e os processos de orçamentação e de compromissos face aos doadores serão reforçados, para garantir um financiamento flexível e previsível e um melhor alinhamento da gestão dos recursos com a implementação do programa.

Será dada ênfase à plena implementação das Normas Internacionais de Contabilidade do Sector Público, (embora isso venha a depender da introdução do Sistema Global de Gestão na Região Africana) e à situação das receitas fixas, dos dados do inventário e da preparação das contas. Foram introduzidas melhorias nos mecanismos de devolução e recuperação de custos e é agora necessário atender à garantia de uma abordagem consistente e coerente, que também apoie um controlo adequado dos custos e uma alocação optimizada dos recursos entre os escritórios. O sistema de seguro de saúde da Organização, que é gerido pela Divisão de Finanças e proporciona a cobertura da saúde dos funcionários actuais e reformados e dos seus dependentes, será submetido a uma importante revisão que incidirá na governação e concepção, para que este esquema continue a ser “consentâneo com a sua finalidade”.

Na área dos recursos humanos, os objectivos-chave são a criação de um esquema de mobilidade sistemática, a melhoria da gestão do pessoal, maior acesso às oportunidades de promoção dos profissionais e melhoria da segurança no trabalho. Há muito que a obediência às Normas Mínimas de Segurança no Trabalho é um objectivo a prosseguir mas, até ao presente, os progressos têm sido prejudicados por constrangimentos de recursos. Caso haja mais recursos disponíveis no biénio 2010–2011, será dada maior ênfase ao cumprimento das exigências mínimas de segurança em todos os locais. Dar-se-á também maior atenção à gestão dos riscos de modo mais sistemático e eficaz, dada a possibilidade de este problema transversal vir a afectar a consecução de várias metas abrangidas pelo objectivo estratégico 13.

### **Ligações a outros objectivos estratégicos**

O objectivo estratégico 13 não deve ser considerado isoladamente dos outros, já que o seu âmbito reflecte as necessidades da Organização no seu todo e responde por elas. De modo particular, deve ser encarado em conjunção com o objectivo estratégico 12. O objectivo estratégico 13 está orientado para as questões administrativas e de gestão, enquanto que o objectivo estratégico 12 incide na liderança e governação da OMS e na colaboração com os Estados-Membros e os parceiros, a nível global, regional e de país. O objectivo estratégico 13 abrange também uma vasta reforma institucional, que garantirá o permanente reforço das funções acima referidas e apoiará a Organização de modo mais eficiente e com melhor relação custo-eficácia; assim, ele está intimamente associado às reformas mais amplas no seio do sistema das Nações Unidas, tanto a nível global como de país.

**Total do orçamento por local e objectivo estratégico em 2012–2013 (milhões de dólares americanos)**

Orçamento (milhões de dólares americanos)							
África	Américas	Sudeste Asiático	Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	TOTAL
119,7	29,6	43,5	38,3	44,0	31,6	202,5	509,1

**Resultados esperados e indicadores para toda a Organização**

<b>13.1</b> Orientação das actividades da Organização segundo planos estratégicos e operacionais que partem dos ensinamentos colhidos, reflectem as carências dos países, são transversais à Organização e são usados para monitorizar o desempenho e avaliar os resultados.	<b>Indicadores</b>	
	<b>13.1.1</b> Percentagem dos planos de acção dos países revistos por pares quanto à qualidade técnica, que integram os ensinamentos colhidos e reflectem as carências do país	<b>13.1.2</b> Percentagem dos resultados Esperados por Escritório Específico (OSERs) cujo nível de progressos foi actualizado dentro do calendário definido para as notificações periódicas
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	95%	85%
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	100%	90%

<b>13.2</b> Concretização de práticas financeiras sólidas e de eficácia na gestão dos recursos financeiros graças à contínua monitorização e mobilização de recursos, para garantir o alinhamento dos recursos com os orçamentos programa.	<b>Indicadores</b>	
	<b>13.2.1</b> Grau de obediência da OMS às Normas Internacionais da Contabilidade do Sector Público	<b>13.2.2</b> Quantidade das contribuições voluntárias classificadas como totalmente ou altamente flexíveis
	<b>Ponto de partida em 2012</b>	
	Sistemas e contas totalmente obedientes	300 milhões de dólares americanos
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
<u>Primeiros relatórios financeiros anuais em plena conformidade com o IPSAS apresentados à WHA em Maio de 2013</u>	400 milhões de dólares americanos	

<b>13.3</b> Implementação de políticas e práticas de recursos humanos para atrair e reter grandes talentos, promover a aprendizagem e o desenvolvimento profissional, gerir o desempenho e estimular comportamentos éticos.	<b>Indicadores</b>		
	<b>13.3.1</b> Percentagem de escritórios com planos de recursos humanos aprovados para o biénio	<b>13.3.2</b> Número de funcionários que ocupam um novo posto ou mudam de local durante um biénio (retido até ao biénio 2010–2011)	<b>13.3.3</b> Percentagem de funcionários em conformidade com o ciclo do Sistema de Desenvolvimento da Gestão do Desempenho
	<b>Ponto de partida em 2012</b>		
	100%	300	80%
	<b>Metas a atingir até 2013</b>		
100%	500	85%	

<b>13.4</b> Implementação de estratégias, políticas e práticas de gestão dos sistemas de informação que garantam soluções fiáveis, seguras, eficazes e de boa relação custo-eficácia, obedecendo às necessidades de mutação da Organização.	<b>Indicadores</b>	
	<b>13.4.1</b> Número de disciplinas das tecnologias de informação implementadas em toda a Organização, de acordo com as indicações das melhores práticas da indústria	<b>13.4.2</b> Percentagem de escritórios que usam uma gestão consistente da informação em tempo real
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>	
	5	Sede, 5 Escritórios Regionais e as Representações associadas
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	7	Todos os locais pertinentes da Organização, incluindo os escritórios subnacionais e no terreno, onde adequado

<b>13.5</b> Prestação dos serviços de apoio à administração e gestão <sup>28</sup> necessários ao funcionamento eficaz da Organização, segundo os acordos dos níveis de serviços que reforcem a qualidade e a capacidade de resposta.	<b>Indicadores</b>	
	<b>13.5.1</b> Percentagem dos serviços prestados pelo Centro Global de Serviços, de acordo com os critérios dos acordos sobre o nível dos serviços	
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>	
	90%	
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
	100%	

<b>13.6</b> Ambiente de trabalho que estimule o bem-estar e a segurança dos funcionários em todos os locais.	<b>Indicadores</b>	
	<b>13.6.1</b> <u>Percentagem de escritórios que obedecem ao Moss</u>	<b>13.6.2</b> <u>Nível de financiamento e execução do Plano Director do capital bienal</u>
	<b><u>Ponto de partida em 2012</u></b>	
	<u>70%</u>	<u>70%</u>
	<b>Metas a atingir até 2013</b>	
<u>95%</u>	<u>95%</u>	

<sup>28</sup> Inclui os serviços nas áreas de tecnologias da informação, recursos humanos, recursos financeiros, logística e serviços de línguas.

## ANEXO 1

## Proposta de Orçamento-Programa para 2012–2013

<i>Milhões de dólares americanos</i>			
	Base		
Objectivo estratégico	África	Américas	Sudeste Asiático
1. Reduzir o fardo das doenças transmissíveis nas áreas sanitária, social e económica	155.2	24.0	76.0
2. Combater o VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo	208.2	40.4	90.0
3. Evitar e reduzir as doenças, incapacidades e mortes prematuras por doenças crónicas não transmissíveis, perturbações mentais, violência e traumatismos e deficiência visual	21.9	11.2	18.1
4. Reduzir a morbilidade e mortalidade e melhorar a saúde nas fases chave da vida, incluindo a gravidez, nascimento, período neonatal, infância e adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento activo e saudável de todos os indivíduos	107.7	25.4	36.0
5. Reduzir as consequências para a saúde de situações de emergência, catástrofes, crises e conflitos e minimizar o seu impacto social e económico	31.5	13.5	14.0
6. Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir os factores de risco relacionados com os problemas de saúde associados ao uso do tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoactivas, dietas não saudáveis, inactividade física e sexo de risco	23.9	13.9	17.5
7. Enfrentar os determinantes sociais e económicos subjacentes à saúde por meio de políticas e programas que aumentem a equidade na saúde e integrem abordagens favoráveis aos pobres, respondam à problemática dos géneros e respeitem os direitos humanos	13.0	7.4	4.5
8. Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar as políticas públicas de todos os sectores, para enfrentar as causas profundas das ameaças ambientais à saúde	16.3	10.4	12.5
9. Melhorar a nutrição, a segurança e a suficiência alimentar ao longo da vida, em apoio à saúde pública e a um desenvolvimento sustentável	31.7	12.6	11.0
10. Melhorar os serviços de saúde aperfeiçoando a governação, o financiamento, os recursos humanos e a gestão, com o apoio de dados fiáveis e acessíveis e da investigação	123.0	33.2	44.0
11. Garantir progressos no acesso, qualidade e uso das tecnologias e produtos médicos	23.2	7.7	10.0
12. Proporcionar liderança, reforçar a governação e fomentar parcerias e colaboração com os países, o sistema das Nações Unidas e outros intervenientes, para cumprir o mandato da OMS no sentido de fazer avançar a agenda mundial da saúde, como consignado no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho	50.2	15.7	16.5
13. Desenvolver e sustentar a OMS como organização flexível e voltada para a aprendizagem, capacitando-a para desempenhar o seu mandato de modo mais eficiente e eficaz	119.7	29.6	43.5
<b>Total</b>	<b>925.7</b>	<b>245.0</b>	<b>393.6</b>



## por objectivo estratégico e escritório principal

<i>(antes de ajustamentos cambiais)</i>							
programmes by location					Programas especiais e acordos de colaboração	Resposta à surtos e crises	Total
Europa	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Sede	Total			
21.3	88.1	52.0	164.5	581.1	709.8	147.0	1 437.9
25.5	32.9	55.5	98.8	551.4	97.4	0.0	648.8
18.0	22.6	18.0	36.2	145.9	0.0	0.0	145.9
12.9	36.1	18.0	50.5	286.6	33.9	0.0	320.5
5.8	10.3	6.4	20.0	101.5	1.4	315.5	418.4
17.0	22.1	18.0	30.1	142.6	11.9	0.0	154.5
7.7	12.9	2.0	13.0	60.5	0.6	0.0	61.2
19.0	14.1	11.0	26.2	109.6	1.4	0.0	110.9
6.0	8.4	10.0	16.5	96.1	4.1	0.0	100.2
30.8	57.3	39.0	82.1	409.5	45.0	0.0	454.5
5.0	16.1	14.0	59.1	135.1	17.0	0.0	152.1
31.7	26.3	17.1	132.2	289.7	0.0	0.0	289.7
38.3	44.0	31.6	202.5	509.1	0.0	0.0	509.1
<b>239.0</b>	<b>391.1</b>	<b>292.6</b>	<b>931.7</b>	<b>3 418.7</b>	<b>922.5</b>	<b>462.4</b>	<b>4 803.6</b>

## ANEXO 2

**Programas especiais e acordos de colaboração**  
(em milhões de dólares americanos, antes dos ajustamentos cambiais)

<b>Objectivos estratégicos/programas especiais e acordos de colaboração</b>	<b>Total milhões de USD</b>
<b>Objectivo estratégico 1</b>	
Colaboração com os parceiros na Aliança GAVI, em apoio à introdução acelerada de vacinas para as crianças	
Iniciativa Mundial de Erradicação da Poliomielite	
Parceria para o controlo das doenças tropicais negligenciadas	
Colaboração com parceiros na Aliança GAVI, no apoio à vigilância integrada	
Programa Especial da UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS para a Investigação e Formação em Doenças Tropicais	
Parcerias para a investigação sobre vacinas	
Colaboração com parceiros na Aliança GAVI, no apoio à introdução acelerada de vacinas contra as doenças de potencial epidémico	
<b>Total</b>	<b>710</b>
<b>Objectivo estratégico 2</b>	
Iniciativa da Vacina contra o VIH OMS/ONUSIDA (incluindo o Programa Africano da Vacina contra a SIDA)	
Parceria Travar a TB	
Programa Especial do PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação para a Reprodução Humana	
Programa Especial da UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS para a Investigação e Formação em Doenças Tropicais	
Colaboração com o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo	
Comissão Luz Verde/Iniciativa Global dos Laboratórios	
<b>Total</b>	<b>97</b>
<b>Objectivo estratégico 4</b>	
Programa Especial do PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação para a Reprodução Humana	
<b>Total</b>	<b>34</b>
<b>Objectivo estratégico 5</b>	
Serviço de Rastreio da Saúde e Nutrição	
<b>Total</b>	<b>1</b>
<b>Objectivo estratégico 6</b>	
Programa Especial do PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação para a Reprodução Humana	
Centro da OMS para o Desenvolvimento da Saúde (Kobe)	
<b>Total</b>	<b>12</b>

<i>Objectivo estratégico 7</i>	
Programa Especial do PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação para a Reprodução Humana	
<b>Total</b>	<b>1</b>
<i>Objectivo estratégico 8</i>	
Fórum Intergovernamental sobre Segurança Química	
<b>Total</b>	<b>1</b>
<i>Objectivo estratégico 9</i>	
Comissão do Codex Alimentarius	
<b>Total</b>	<b>4</b>
<i>Objectivo estratégico 10</i>	
Aliança Global para os Recursos Humanos da saúde	
Programa Especial da UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS para a Investigação e Formação em Doenças Tropicais	
Aliança para a Investigação sobre a Política e os Sistemas de Saúde	
Observatório Europeu das Políticas e Sistemas de Saúde	
Aliança Mundial para a Segurança dos Doentes	
<b>Total</b>	<b>45</b>
<i>Objectivo estratégico 11</i>	
Programa de Pré-Qualificação de Medicamentos	
<b>Total</b>	<b>17</b>
<b>Grand total</b>	<b>922</b>
<b>As parcerias abaixo constavam no Orçamento-Programa de 2008-2009 mas foram excluídas no biénio 2010-2011</b>	
Rede de Metrologia da Saúde	
Parceria Fazer Recuar o Paludismo	
Conselho de Colaboração para o Abastecimento de Água e Saneamento	
Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil	
Comissão Permanente das Nações Unidas para a Nutrição	