



**COMITÉ REGIONAL PARA ÁFRICA**

**ORIGINAL: INGLÊS**

Sexagésima oitava sessão

Dacar, República do Senegal, 27 a 31 de Agosto de 2018

Ponto 16 da ordem do dia

**ORÇAMENTO-PROGRAMA 2020-2021: DOCUMENTO DE CONSULTA  
PARA O COMITÉ REGIONAL**

O Décimo terceiro Programa Geral de Trabalho 2019-2023 (PGT 13), aprovado pela septuagésima primeira Assembleia Mundial da Saúde, fornece a orientação estratégica para o trabalho da Organização nos próximos cinco anos. Define uma visão clara para atingir o objectivo dos “três mil milhões”:

- a) Mais mil milhões de pessoas que beneficiam da cobertura universal de saúde;
- b) Mais mil milhões de pessoas melhor protegidas contra emergências sanitárias; e
- c) Mais mil milhões de pessoas que desfrutam de melhor saúde e bem-estar.

O “Orçamento-Programa 2020-2021: Documento de Consulta para o Comité Regional” apresenta o seguinte:

- 1) Uma descrição do processo de preparação do Orçamento-Programa 2020-2021, incluindo as consultas com os Estados-Membros sobre as direcções e prioridades estratégicas da Região;
- 2) Uma análise das prioridades identificadas pelos Estados-Membros da Região em resultado do processo nacional de priorização;
- 3) Uma indicação global do orçamento por escritório principal e por nível, em conformidade com o acordo dos Estados-Membros sobre a Afectação Estratégica do Espaço Orçamental; e
- 4) Um resumo das próximas etapas, incluindo novas consultas e oportunidades para deliberações sobre o programa de trabalho e os orçamentos.

Este documento de consulta é apresentado ao Comité Regional para que os Estados-Membros confirmem o alinhamento das necessidades nacionais com as prioridades estratégicas do PGT 13 orientadas para a obtenção de resultados ao nível do país, e se exprimam sobre as implicações do processo de priorização nacional na Implementação do Orçamento-Programa. A proposta de Orçamento-Programa 2020-2021 será apresentada para apreciação pelo Conselho Executivo em Janeiro de 2019, e a proposta final para aprovação pela septuagésima segunda AMS.

## ÍNDICE

|   | <b>Página</b> |
|---|---------------|
| I. Introdução .....   | 3             |
| II. Definir prioridades e produzir impacto em cada país ..... | 4             |
| III. Priorização na Região Africana .....                     | 6             |
| A. Contexto.....  | 6             |
| B. Resultados.....  | 7             |
| B.1. Concretizações e esfera de acção.....                    | 7             |
| B.2 Metas .....   | 11            |
| C. Para a consecução do objectivo dos três mil milhões.....   | 12            |
| C.1. Estados-Membros .....                                    | 12            |
| C.2. Secretariado .....                                       | 13            |
| IV. Visão geral do orçamento .....                            | 15            |
| V. Etapas seguintes .....                                     | 22            |
| VI. Acção do Comité Regional .....                            | 23            |

## ANEXOS

|   | <b>Página</b> |
|---|---------------|
| 1. Quadro de planeamento e orçamentação do PGT 13.....                                | 25            |
| 2. Concretizações do PGT 13 .....   | 26            |
| 3. Classificação das concretizações pelos países.....                                 | 27            |
| 4. Campos de acção escolhidos pelos países para cada concretização .....              | 29            |
| 5. Metas escolhidas pelos países - Por ordem decrescente para cada Concretização..... | 32            |

## I. INTRODUÇÃO

1. Com a adopção do Décimo terceiro Programa Geral de Trabalho 2019-2023 (PGT 13) pela septuagésima primeira Assembleia Mundial da Saúde em 2018,<sup>1</sup> o trabalho foca-se agora em traduzir a visão audaciosa do PGT 13 num plano, em acção, e em resultados.

2. O orçamento-programa é o principal instrumento de tradução do PGT 13 em planos específicos de implementação. O primeiro orçamento-programa onde está plenamente articulada a implementação do PGT 13 será o de 2020-2021.

3. O PGT 13 foi adoptado pela Assembleia da Saúde com um ano de antecedência para dar tempo para a transição em 2019, e utilizar esse tempo para alinhar totalmente a Organização com o PGT 13 no biénio 2020-2021.

4. O PGT 13 define uma visão clara para atingir os objectivos dos “três mil milhões” graças a três prioridades estratégicas:

- Mais mil milhões de pessoas que beneficiam da cobertura universal de saúde;
- Mais mil milhões de pessoas melhor protegidas contra emergências sanitárias;
- Mais mil milhões de pessoas que desfrutam de melhor saúde e bem-estar.

5. Esses objectivos fornecem uma meta quantificável, e dão à Organização uma direcção clara e única para garantir que o seu trabalho está orientado para o cumprimento da sua missão: promover a saúde, manter o mundo seguro e servir os vulneráveis.

6. O PGT 13 esforça-se por mostrar o modo como a Organização irá liderar uma agenda transformadora que apoia os países no alcance de todos os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a saúde.

7. O desenvolvimento do orçamento-programa de alto nível 2020-2021 será norteado pelos seguintes princípios definidos no PGT 13:

- A OMS vai focar-se nos ODS;
- A OMS vai medir o impacto na melhoria da saúde das pessoas;
- A OMS vai priorizar o seu trabalho para impulsionar o impacto na saúde pública em todos os países.

8. O orçamento-programa de alto nível 2020-2021 irá definir o que para a OMS significa:

- aumentar a liderança a todos os níveis;
- impulsionar o impacto na saúde pública em todos os países;
- reforçar seu trabalho normativo;
- transformar a sua abordagem da mobilização de recursos;
- agir com sentido de urgência, escala e qualidade.

---

<sup>1</sup> Ver Resolução WHA71.1 (2018)

9. Com a oportunidade de um período de transição, em que o orçamento-programa é desenvolvido pela primeira vez depois, e não paralelamente à adopção do PGT 13, a Organização está em melhores condições de traduzir a visão e a estratégia em planos, transformar os planos em acções e consolidar as acções em resultados.

10. O desenvolvimento do orçamento-programa continuará a basear-se nas necessidades e a ser orientado pelos resultados. Desta vez, haverá um foco mais ajustado no alinhamento com as necessidades nacionais e no direccionamento para a obtenção de resultados a nível nacional.

11. Este documento inclui o seguinte:

- a) uma visão geral do processo de preparação do orçamento-programa de alto nível 2020–2021, incluindo as consultas com os Estados-Membros sobre as direcções e prioridades estratégicas de cada região;
- b) uma análise das prioridades e metas relevantes, para a qual cada país irá contribuir em resultado do processo nacional de consulta;
- c) uma indicação global do orçamento por escritório principal e por nível, coerente com a afectação estratégica do espaço orçamental (decisão WHA69(16) (2016));
- d) um resumo das etapas seguintes, incluindo novas consultas e oportunidades para deliberações sobre o programa de trabalho e os orçamentos.

12. O documento também fornece informações mais detalhadas do contexto regional. Destina-se a reforçar ainda mais as discussões colectivas dos Estados-Membros ao nível regional sobre as suas prioridades. Isto irá fornecer informações cruciais para o desenvolvimento de planos de apoio nacionais e para o desenvolvimento do projecto de Proposta de orçamento-programa 2020-2021, versão do Conselho Executivo, que será submetido à apreciação do Conselho Executivo na sua 144.<sup>a</sup> sessão, em Janeiro de 2019.

## **II. DEFINIR PRIORIDADES E PRODUZIR IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA EM CADA PAÍS**

13. A proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 constitui o primeiro de dois orçamentos bienais completos do PGT 13. Tal como em biénios anteriores, o seu desenvolvimento baseou-se num processo de definição de prioridades que começa ao nível dos países. No entanto, desta vez, o processo de definição de prioridades foi melhorado e sequenciado adequadamente para garantir que as prioridades dos países orientam o trabalho da Organização a todos os níveis, e que a capacidade, os conhecimentos e os recursos da Organização são coordenados para produzir um impacto na saúde pública a nível nacional. Isto corresponde às mudanças estratégicas do PGT 13, onde o foco está em identificar para cada país os resultados prioritários, com metas quantificáveis.

14. Para facilitar o desenvolvimento estratégico assim como o desenvolvimento operacional do orçamento-programa, foi elaborado e partilhado com os Estados-Membros um quadro de planeamento do PGT 13 (Anexo 1). O quadro fornece uma estrutura de organização e a base comum para a definição de prioridades dos resultados. Os objectivos

dos três mil milhões, assim como um conjunto de concretizações<sup>2</sup>, foram fundamentais para o planeamento.

15. O primeiro passo importante é uma consulta estruturada sobre as prioridades nacionais, com base no quadro de resultados do PGT 13, em particular os objectivos e concretizações dos três mil milhões. O Secretariado envolveu representantes nos países e parceiros nacionais na discussão das prioridades durante a vigência do PGT 13. Em países com uma presença nacional da OMS, os chefes dos escritórios nacionais da OMS conduziram o trabalho. Os países sem presença nacional da OMS foram envolvidos através da coordenação dos escritórios regionais.

16. Os resultados prioritários estão a ser determinados a nível nacional, em especial a importância relativa das 10 concretizações técnicas (Anexo 2), conforme a estrutura de planeamento aprovada para o PGT 13 (ver o Anexo 2). Definiu-se o grau de prioridade (ou seja, alto, médio, baixo), que vai guiar a ênfase relativa da OMS em termos de capacidade, esforço e recursos para alcançar essas concretizações em todos os países. Isto é feito para garantir que as prioridades dos países orientam o trabalho da OMS, assegurando deste modo que a OMS consegue os impactos mais importantes para cada país, incluindo os impactos alinhados com os seus ODS prioritários.

17. O quadro de planeamento do PGT 13 (ver o Anexo 2), com o seu quadro de resultados de base, fornece o enquadramento para a organização e os elementos de definição de prioridades e planeamento. Espelha o modo como as contribuições da OMS levam a um eventual impacto a nível nacional, em particular na linha das três prioridades estratégicas e dos objectivos dos três mil milhões que lhes estão associadas.

18. As prioridades, que são impactos e concretizações claramente definidos, em particular a nível nacional, são aprovadas pelas partes interessadas ao nível dos países, com base em contribuições sob a forma de provas, estratégias, planos e previsões existentes, obtidas junto de diferentes áreas de conhecimento e experiência, através das plataformas do PGT 13 (ou seja, capital humano ao longo da vida, doenças não transmissíveis, doenças transmissíveis, clima e ambiente e resistência antimicrobiana).

19. O resultado final do processo de definição de prioridades é a aprovação do nível de relevância das concretizações com base na situação do país, tendo em devida consideração as perspectivas das plataformas do PGT 13. A conclusão sobre se uma concretização é de alta, média ou baixa prioridade baseia-se num conjunto de critérios, como de ser: uma prioridade nacional; um compromisso internacional vinculativo; uma contribuição crucial para as metas regionais e mundiais; uma contribuição para reduzir as desigualdades na saúde; e de a OMS ter uma vantagem comparativa em liderar o apoio numa área específica.

20. A equidade, a igualdade de género e a integração dos direitos humanos também são parte integrante do processo de definição de prioridades, uma vez que essas agendas estão inseridas em todas as abordagens e intervenções que contribuem para a concretização. Serão

---

<sup>2</sup> As concretizações são um conjunto de resultados que sustentam cada um dos objectivos dos três mil milhões. Essas concretizações articulam os resultados comuns em prol dos quais os Estados-Membros, os parceiros e o Secretariado devem trabalhar. Esse conjunto de concretizações fornece uma visão mais integrada dos resultados, coerente com as alterações estratégicas do PGT 13. Para um entendimento comum dos resultados, foi definida para cada um deles a âmbito de trabalho, com uma gama de abordagens e de áreas de acção que contribuem para alcançar as concretizações.

fornecidos posteriormente, durante o processo de planeamento, mais detalhes sobre o modo como esses aspectos importantes são incorporados no trabalho da Organização.

21. A estratégia da OMS de cooperação com os países, que normalmente leva em conta, ou está alinhada, com os ODS e os planos nacionais de saúde, é uma referência importante para garantir que o processo de definição de prioridades está a captar as necessidades mais relevantes e as orientações estratégicas do país.

22. Os resultados da definição de prioridades por país, em particular as prioridades nacionais aprovadas, serão o alicerce e o ponto de partida para o desenvolvimento do orçamento-programa para 2020-2021, e o seu planeamento e implementação ulterior. Isso permitirá garantir que o foco do impacto no país - que está no centro da mudança estratégica do PGT 13 - possa finalmente tornar-se realidade.

23. Neste documento de consulta, os resultados do processo nacional de definição de prioridades são resumidos e apresentados para consideração pelos respectivos comités regionais.

### **III. PRIORIZAÇÃO NA REGIÃO AFRICANA**

#### **A. Contexto**

24. O perfil sanitário de África revela que existe um elevado fardo observável de doenças, caracterizado por altos níveis de morbidade e mortalidade materna, neonatal e infantil, uma elevada incidência e impacto de doença transmissíveis e um fardo em crescimento acelerado de doenças não transmissíveis (DNT). Embora África tenha a distribuição etária mais jovem de todas as regiões da OMS e a sua população vá permanecer relativamente jovem durante mais algumas décadas, a percentagem de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos deverá aumentar de 5% em 2017 para cerca de 9% em 2050, e posteriormente para quase 20% até ao final do século.<sup>3</sup>

25. Na Região Africana, os sistemas de saúde fracos e fragmentados e os recursos inadequados para incrementar as intervenções comprovadas que contribuíram para a 'agenda inacabada' dos ODM. A escassez e as rupturas de medicamentos comprometem a consecução dos objectivos de prevenção e tratamento no âmbito da saúde pública e ameaçam a capacidade dos governos em aumentar os serviços no sentido da consecução da cobertura universal, assim como a sua capacidade de responder adequadamente a surtos e a emergências sanitárias. O acesso aos medicamentos permanece um objectivo distante cuja consecução, sobretudo para as crianças que vivem na pobreza, se está a tornar cada vez mais remota. Em muitos contextos, a principal causa são as dificuldades financeiras, mais concretamente, os pagamentos directos para a compra de medicamentos. Em anos recentes, a Região fez conquistas significativas no sentido da cobertura universal de saúde (CUS) e da consecução dos ODS.

26. Em resultado de conflitos na região Subsariana (bacia do Lago Chade, Grandes Lagos e Corno de África), tem havido populações vulneráveis como mulheres, crianças, idosos, pessoas portadoras de deficiência e pobres deslocadas e afectadas de uma forma

---

<sup>3</sup> 2017 Revision of the World population prospects available online: <http://esa.un.org/unpd/wpp> Accessed 10 July 2018.

desproporcional. O surto de Ébola sem precedentes na África Ocidental, em 2014-2016, que afectou cerca de 30 000 pessoas, fez mais de 11 000 vítimas e causou graves prejuízos nos sistemas de saúde, mostrou que as capacidades dos nossos Estados-Membros para prevenir, detectar e responder prontamente a situações de emergência ainda precisa de ser reforçada. Para identificar as áreas a melhorar, realizaram-se Avaliações Externas Conjuntas em 37 dos 47 países da Região até Junho de 2018. A contenção rápida e bem-sucedida de várias emergências de saúde pública em 2017 e 2018 sugerem que há agora melhores capacidades na área de detecção e resposta a este tipo de situações.

27. À medida que a Iniciativa Mundial de Erradicação da Poliomielite (GPEI) se aproxima da sua conclusão da Região Africana, é importante garantir que as funções necessárias para manter o mundo livre da doença após a erradicação são incorporadas nos programas em curso de saúde pública, assim como assegurar que os conhecimentos gerados e os ensinamentos retirados das actividades de erradicação da poliomielite são documentados e partilhados com outras iniciativas de saúde e, onde for viável, as capacidades e os processos da GPEI devem ser transferidos para apoiar outras prioridades de saúde.

28. A Região continua a enfrentar uma complexidade de ameaças interligadas à saúde e ao bem-estar das populações – desde pobreza e desigualdade a conflitos e alterações climáticas. O acesso limitado a dados e às tecnologias disponíveis, as carências em termos de recursos humanos para a saúde e das desigualdades sociais, políticas, económicas e de género exacerbam ainda mais as disparidades nos grupos populacionais, incluindo as populações vulneráveis e de difícil acesso.

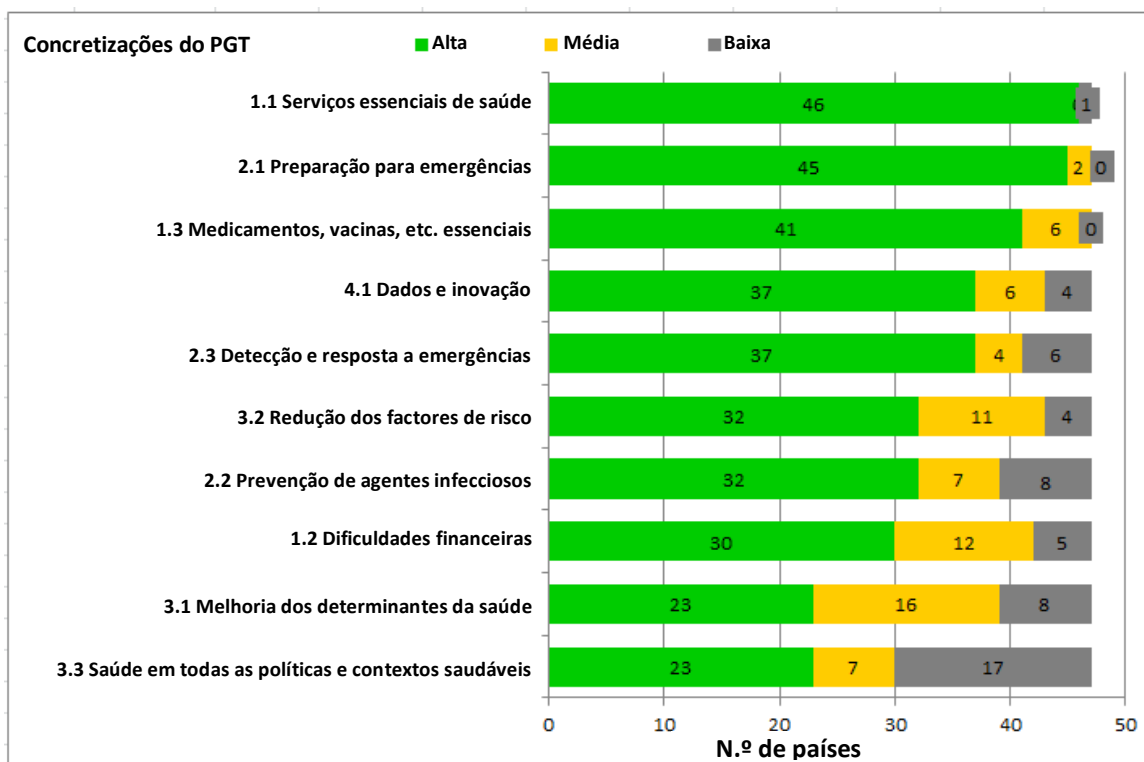
29. A Região Africana da OMS começou a implementação da sua Agenda de Transformação em 2015, para se tornar mais reactiva e orientada para os resultados. Uma das inovações introduzidas para demonstrar resultados, aumentar a responsabilização e melhorar a transparência são os chamados principais indicadores de desempenho (PID) nas vertentes programática e de gestão. A experiência e as lições aprendidas na Região nesta área poderão ser aproveitadas para medir o PGT 13 e reforçar as capacidades nacionais de dados e inovação.

## **B. Resultados**

### **B.1 Concretizações e esferas de acção**

30. A figura 1 em baixo apresenta uma panorâmica regional dos resultados da definição de prioridades nos 47 países da Região Africana. As classificações específicas das concretizações para cada país estão pormenorizadas no ANEXO 3.

Figura 1: Priorização das Concretizações do PGT 13 por Estados-Membros - resumo



31. Os resultados estão estreitamente correlacionados com os problemas de saúde mais cruciais na Região Africana. Quase todos os Estados-Membros identificaram o aumento do acesso universal aos serviços essenciais de saúde (46 dos 47 Estados-Membros) e a melhoria da preparação para as emergências sanitárias como as suas grandes prioridades. Estes resultados não surpreendem, já que o índice de cobertura de serviços da CUS na Região Africana oscilou entre 30% e 76%, com uma média de 43,5% e a capacidade e acesso aos serviços foi de apenas 27%, segundo o relatório do Grupo Mundial de Monitorização da CUS. Além disso, são notificadas todos os anos na Região mais de 100 emergências de saúde pública, que representam um quarto de todas as ocorrências a nível mundial.

32. Em virtude da parcela significativa da Região em termos das emergências sanitárias que ocorrem a nível mundial e dos riscos que os Estados-Membros enfrentarão no futuro, a rápida detecção e resposta às emergências sanitárias, 37 dos 47 Estados-Membros identificam esta vertente como uma prioridade alta. O acesso aos medicamentos e a outras tecnologias de saúde (Concretização 1.3), bem como o reforço das capacidades no âmbito dos dados e da inovação, são também consideradas importantes prioridades para 41 e 37 dos 47 Estados-Membros, respectivamente.

#### ***Prioridade Estratégica 1: mais mil milhões de pessoas que beneficiam da CUS***

33. Quase todos os países (46 dos 47) identificaram a concretização 1.1 (acesso melhorado a serviços de saúde essenciais de qualidade) como uma prioridade alta; 41 dos 47 países consideraram de alta prioridade a concretização 1.3 (melhor disponibilidade de medicamentos, vacinas, meios de diagnóstico e dispositivos essenciais para os cuidados de saúde primários) enquanto um número mais pequeno de países (30 países) identificou a



concretização 1.2 (Reduzir o número de pessoas que passam por dificuldades financeiras) como uma prioridade alta.

34. Os países que identificam como prioridade alta a melhoria da protecção financeira são países de rendimento baixo (18 países) e médio-alto (sete países de rendimento médio-alto). Nem todos os países que atribuem prioridade alta ao aumento do acesso a serviços, meios de diagnóstico e medicamentos essenciais estão a atribuir o mesmo nível de prioridade à protecção financeira.

35. Em muitos países da Região, aumentar a cobertura universal de saúde implicará incidir nos seguintes campos de acção, que foram expressos por mais de três quartos dos países da Região:

- a) garantir serviços de saúde de boa qualidade e centrados nas pessoas, e o uso das tecnologias de saúde para a CUS;
- b) reforçar a prevenção, o controlo, a eliminação e a erradicação das doenças por meio de sistemas de saúde sustentáveis;
- c) reforçar a governação dos sistemas de saúde, as políticas e as estratégias de saúde e ainda os quadros regulamentares;
- d) reforçar ou transformar os recursos humanos da saúde; e
- e) promover a disponibilização, prescrição e utilização racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde.

Os pormenores das esferas de acção priorizadas encontram-se no ANEXO 4.

***Prioridade Estratégica 2: mais mil milhões de pessoas melhor protegidas contra emergências sanitárias***

36. Para melhor proteger as pessoas contra as emergências sanitárias, 45 dos 47 Estados-Membros identificaram a preparação para as emergências como uma prioridade alta. Aumentando o acesso universal a serviços essenciais de saúde com qualidade, os sistemas de saúde tornar-se-ão também mais resilientes e mais capazes de detectar e controlar surtos antes que estes alastrem; fica assim patente a inter-relação das duas prioridades mais altas identificadas pelos países.

37. Os resultados da priorização das três concretizações ligadas à protecção das populações em situações de emergência sanitária são coerentes com a Estratégia Regional para a Segurança e as Emergências Sanitárias 2016-2020 e revelam uma tendência de coerência com classificação dos países feita pelo Programa da OMS para as Emergências Sanitárias (Quadro 1). Por exemplo, todos os países com a maior população visada para ser alvo de intervenções de saúde (Prioridade 1) e os países com emergências sanitárias activas, (Prioridade 2), classificaram como alta a concretização sobre a detecção e resposta a emergências, ao contrário de 27 dos restantes 37 países. Entre os 22 países altamente vulneráveis a agentes infecciosos e a outros riscos (Prioridade 3), 16 classificaram como alta a concretização sobre a prevenção dos agentes infecciosos.

**Quadro 1: Classificação da Prioridade Estratégica 2 segundo a Classificação do WHE para os países**

| Categorias de países definida pelo WHE* | 2.1 Preparação para as emergências |   |   | 2.2 Prevenção dos agentes infecciosos |   |   | 2.3 Detecção e resposta a emergências |   |   |
|---|------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|---|
|   | A**                                | M | B | A                                     | M | B | A                                     | M | B |
| Prioridade 1                            | 4                                  | 1 |   | 4                                     | 1 |   | 5                                     |   |   |
| Prioridade 2                            | 5                                  |   |   | 3                                     |   | 2 | 5                                     |   |   |
| Prioridade 3                            | 21                                 | 1 |   | 16                                    | 3 | 3 | 19                                    | 2 | 1 |
| Outras                                  | 15                                 |   |   | 9                                     | 2 | 4 | 8                                     | 1 | 6 |
| <b>Total Geral</b>                      | 45                                 | 2 | 0 | 32                                    | 6 | 9 | 37                                    | 3 | 7 |

\*WHE = Programa da OMS para as Emergências Sanitárias

\*\*Classificação das Concretizações como Alta (A), Média (M) ou Baixa (B), [1=Sim; 0=Não]

38. Para esclarecer as intenções dos resultados seleccionados, os países seleccionaram frequentemente as seguintes esferas de acção:

- aferir e apresentar relatórios sobre preparação para emergências de todo o tipo de perigos, incluindo as capacidades essenciais do RSI;
- desenvolver as capacidades essenciais mínimas de preparação para as emergências e gestão do risco de catástrofes em todos os países;
- garantir a prontidão operacional para gerir as vulnerabilidade e os riscos identificados ao nível dos países;
- reforçar a capacidade de detecção rápida e de avaliação dos riscos de potenciais emergências sanitárias; e
- instituir sistemas de resposta rápida a emergências sanitárias agudas.

### ***Prioridade Estratégica 3: mais mil milhões de pessoas que desfrutam de melhor saúde e bem-estar***

39. De modo a garantir que as populações desfrutam do nível máximo alcançável de saúde e bem-estar, 32 atribuíram uma prioridade alta à concretização sobre a redução dos factores de risco através de abordagens multisectoriais. As outras duas concretizações (i.e., melhorar os determinantes da saúde e a questão da saúde em todas as políticas e contextos sanitários) foram classificadas como altas por 23 países. Estes resultados reflectem uma preocupação crescente dos países com o aumento das doenças não transmissíveis enquanto um dos maiores problemas de saúde pública na Região. Em 2015, as DNT representaram 3,1 milhões de mortes, um aumento de 26% dos 2,4 milhões de mortes (27,6%) registadas em 2005.<sup>4</sup> Os óbitos relativos a traumatismos rodoviários na Região estão estimados em 240 000, com alguns países a registarem mais de 10 000 em 2013.

40. Para além disso, o número de países que classificaram como alta a redução dos factores de risco, sobretudo para a prevenção das DNT, é o mesmo que para a prevenção dos agentes infecciosos. Isto oferece uma oportunidade para uma abordagem integrada de promoção da saúde e de prevenção das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

<sup>4</sup> WHO, Global Health Estimates 2015, Geneva, World Health Organization, 2015  
[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html), último acesso em 23 de Fevereiro de 2018.

41. A maioria dos Estados-Membros (>70%) focar-se-á nas seguintes esferas de acção: a) aumentar a participação e o envolvimento das pessoas na redução dos factores de risco através da promoção da saúde e da educação sobre os direitos; b) envolver as entidades não estatais e os sectores externos à saúde na redução dos factores de risco; c) promulgar políticas, legislação e regulamentação para reduzir os factores de risco e d) gerar evidências para políticas e intervenções multisectoriais com boa relação custo-eficácia.

***Dados e Inovação, Liderança, Governação e Funções Facilitadoras: Uma OMS mais eficiente e eficaz para melhor apoiar os países***

42. O objectivo geral do quarto grupo de resultados é a consecução de uma OMS mais eficiente e eficaz para melhor apoiar os Estados-Membros. Para tal, as três principais concretizações que estão na base das três estratégias prioritárias são: 1) Capacidade reforçada dos países em matéria de dados e inovação; 2) Liderança, governação e advocacia para a saúde reforçadas e 3) Gestão melhorada dos recursos financeiros, humanos e administrativos para a transparência, uso eficiente dos recursos e concretização eficaz dos resultados. Apenas a concretização relativa a dados e inovação foram incluídos à apreciação dos Estados-Membros para o exercício de priorização. As outras duas concretizações sobre liderança e gestão são essenciais para otimizar o desempenho organizativo.

43. Os dados criteriosos e oportunos são essenciais para os Estados-Membros poderem alcançar as metas dos ODS e os objectivos do PGT 13 nas vertentes da CUS, das emergências sanitárias e de populações mais saudáveis. Trinta e sete Estados-Membros da Região identificaram a necessidade de reforçar os dados e a inovação como uma prioridade alta. Os Estados-Membros reconheceram que os dados são necessários para orientar a tomada de decisões, fornecer informações acerca das escolhas em termos de investimentos, aumentar a responsabilização para os resultados e amplificar as abordagens inovadoras. A maioria dos países gostaria de concentrar o trabalho no reforço das capacidades nacionais de estatística e em garantir o uso eficaz de dados desagregados ao nível subnacional, assim como melhorar as capacidades nacionais de tomada de decisões baseadas em evidências e de implementação da investigação.

## **B.2. Metas**

44. As 45 metas<sup>5</sup> enumeradas no Quadro de Planeamento do PGT 13 são medidas de substituição para ajudar a priorizar, acompanhar e avaliar o desempenho no âmbito das três prioridades estratégicas interligadas. Em resultado da identificação das concretizações prioritárias e das esferas de acção, foram também determinadas as metas para as quais os países irão contribuir. A lista completa das metas do PGT 13 encontra-se no ANEXO 5. As metas sobre o aumento do acesso a serviços essenciais de saúde e o aumento da percentagem da despesa com a saúde que provém de financiamento público só recentemente foram incluídas no Quadro de Planeamento do PGT 13; assim, não foram tidas em conta durante o processo de priorização realizado pelos países. Alguns países

---

<sup>5</sup> No momento da redacção deste documento, as metas do Quadro de Impacto tinham sido revistas, sendo acrescentadas duas novas metas: “Aumento do acesso a serviços essenciais de saúde (incluindo a promoção da saúde e os cuidados preventivos, curativos de reabilitação e paliativos, medidas através de um índice da CUS)” e “Aumentar em 10% a percentagem de despesa com a saúde que provém de financiamento público” Para além disso, o texto da meta sobre a força de trabalho foi modificado para se ler “Aumentar a densidade da força de trabalho da saúde com uma melhor distribuição”. Estas alterações não puderam ser reflectidas na primeira fase do processo de priorização, mas o conteúdo e o espírito destas metas estão presentes nas “esferas de acção” e reflectir-se-ão em pleno na fase seguinte do processo de planeamento.”

propuseram metas adicionais que estão em linha com os planos nacionais ou os planos para os ODS.

45. As 17 metas do PGT mais frequentemente seleccionadas por pelo menos dois terços dos Estados-Membros estão indicadas no Quadro 2. De modo geral, correspondem à selecção de resultados, pelo que as metas mais citadas são as concernentes à preparação para as emergências (i.e., aumento das capacidades de aplicação do RSI), acesso a serviços e medicamentos para diversos grupos populacionais/afecções/doenças, e redução dos factores de risco. Quarenta e um dos 47 países seleccionaram a redução da percentagem de mortalidade materna como uma meta, tendo em conta o número elevado de mortes na Região durante a gravidez e o parto que, em 2015, se situavam em 542 por 100 000 nados-vivos.

46. A meta sobre travar o aumento da percentagem de pessoas que passam por dificuldades financeiras foi escolhida por 38 países, ainda que apenas 30 destes a tenha classificado como sendo de prioridade alta. Note-se que 10 ou menos Estados-Membros seleccionaram quatro metas.

**Quadro 2: Principais metas do quadro de planeamento do PGT 13**

| Código da meta | Descrição da Meta   | N.º de Países | % de países |
|----------------|---|---------------|-------------|
| T_2.1.01       | Aumento da capacidade de aplicação do RSI e da preparação para as emergências sanitárias                              | 45            | 96%         |
| T_1.3.01       | Aumento para 80% da disponibilidade de medicamentos essenciais para os cuidados de saúde primários                    | 42            | 89%         |
| T_1.1.08       | Redução de 30% da percentagem da mortalidade materna**  | 41            | 87%         |
| T_1.1.09       | Reduzida de 30% da mortalidade neonatal e infantil **   | 40            | 85%         |
| T_1.2.01       | Travar o aumento da percentagem de pessoas que passam por dificuldades financeiras resultantes do acesso aos serviços | 38            | 81%         |
| T_3.2.01       | Redução de 25% no consumo actual de tabaco  | 38            | 81%         |
| T_1.1.07       | Aumento para 90% da vacina que contém sarampo   | 37            | 79%         |
| T_1.1.12       | Redução em 50% das mortes por paludismo**   | 37            | 79%         |
| T_1.1.14       | Redução em 73% das novas infecções por VIH***   | 35            | 74%         |
| T_1.1.05       | Aumento para 80% da cobertura de tratamento da TB-RR  | 34            | 72%         |
| T_1.1.11       | Redução de 50% da mortalidade por tuberculose**   | 34            | 72%         |
| T_3.2.04       | Redução de 20% da tensão arterial elevada**   | 34            | 72%         |
| T_1.1.15       | Redução de 20% da mortalidade prematura ligada às DNT**   | 33            | 70%         |
| T_2.2.02       | Nenhum surto ser torna em epidemia ou 95% dos surtos detectados são contidos (a determinar)                           | 33            | 70%         |
| T_3.2.02       | Redução de 7% do uso nocivo do álcool   | 33            | 70%         |
| T_2.2.03       | Erradicação da Poliomielite   | 32            | 68%         |
| T_3.1.05       | Redução de 30% do raquitismo em crianças  | 32            | 68%         |

## **C. Para a consecução do objectivo dos três mil milhões**

### **C.1. Estados-Membros**

47. O PGT 13 forneceu a visão a médio prazo para colocar o mundo no bom caminho da consecução dos objectivos relacionados com a saúde da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Os países da Região Africana identificaram as concretizações prioritárias que contribuirão para a consecução dos objectivos dos três mil milhões. Alguns países da Região Africana seleccionaram todos os 10 resultados. A implementação do PGT 13 nos Estados-Membros exigirá a prossecução das prioridades específicas dos países para impulsionar os impactos na saúde pública, não apenas ao nível nacional mas também ao nível das comunidades e das famílias.

48. Com base nos resultados surgidos do processo de priorização, será necessário dar atenção e fazer investimentos em diversas áreas, nomeadamente:

- a) acelerar de forma significativa os serviços de promoção, prevenção, controlo e eliminação com uma relação qualidade/preço elevada para as doenças e as afecções de saúde em sistemas de saúde centrados nas pessoas, para que ninguém seja deixado para trás;
- b) aumentar as capacidades de vigilância para todos os perigos, das emergências sanitárias e de gestão dos riscos, de modo a criar e manter a resiliência dos sistemas de saúde;
- c) reforçar a gestão da cadeia de abastecimento e a elaboração de estratégias que possam ser usadas para prever, evitar ou reduzir a escassez/ruptura de *stock* de medicamentos, vacinas e de outras tecnologias de saúde, em conformidade com as prioridades e os contextos nacionais;
- d) reforçar o sistema de informação sanitária para acompanhar eficazmente os progressos no sentido da consecução da CUS, na área da preparação para as emergências e para verificar que as populações estão mais saudáveis, fornecer informações para a tomada de decisões, melhorar a vigilância e aumentar a responsabilização pelos resultados aos níveis nacional e subnacional;
- e) financiamento da saúde, mais concretamente, através da mobilização de recursos domésticos para a saúde, afectando fundos para este sector de uma forma que promova a eficiência e a equidade, reduzindo as barreiras financeiras no acesso aos serviços de saúde;
- f) promover a equidade, a igualdade de género e os direitos humanos para melhorar os determinantes sociais da saúde e alargar o acesso a serviços abrangentes, por forma a satisfazer as necessidades da população;
- g) assegurar que as funções necessárias para manter um mundo livre da poliomielite, após a erradicação, sejam transferidas e integradas noutros programas de saúde pública;
- h) integrar a prevenção e a luta contra as doenças não transmissíveis e outras afecções/doenças nos programas nacionais de saúde nos planos nacionais de desenvolvimentos;
- i) colaboração e acção multisectorial para incrementar e manter as realizações alcançadas nas prioridades identificadas nos países; e

- j) reforçar a regulação da indústria tabaqueira, ao mesmo tempo que se combate a influência indevida desta indústria no comportamento dos consumidores e nas políticas nacionais.

49. As áreas de incidência acima mencionadas serão alcançadas com o reforço da liderança, da governação e da advocacia nos Estados-Membros, para incentivar uma maior colaboração e abordagens intersectoriais que criem sinergias nos sectores e entre estes, ao mesmo tempo que se realça a interligação entre o objectivo dos três mil milhões, as concretizações e as metas.

## **C.2. Secretariado**

50. A mudança de foco da priorização das categorias de actividade para as concretizações proporciona uma melhor base para a definição de prioridades e para a programação ao nível nacional. Alinha-se mais claramente com a planificação nacional e com a concretização do trabalho necessário, sobretudo no que toca aos ODS e à avaliação do trabalho da OMS nos países.

51. As prioridades apontam claramente para a necessidade de a OMS concentrar o seu apoio no reforço dos sistemas de saúde como o principal factor impulsionador para se alcançar a cobertura universal de saúde, a protecção contra as emergências sanitárias e para as populações serem mais saudáveis. Os esforços da OMS serão direccionados no sentido de agilizar a implementação do Quadro para o reforço dos sistemas de saúde com vista à cobertura universal de saúde no contexto dos Objectivos do Desenvolvimento Sustentável na Região Africana, que foi aprovado pela sexagésima sétima sessão do Comité Regional em 2017.

52. Muitos países precisarão de apoio para construir sistemas de saúde resilientes. Em países frágeis e afectados por situações de conflito, será preciso que a OMS incida na prevenção do colapso do sistema de saúde, mantendo os serviços essenciais e reconstruindo os sistemas de saúde após as crises e os conflitos e, deste modo, catalisando as sinergias para a colaboração nos domínios das emergências sanitárias e da CUS.

53. Em virtude da disparidade das concretizações de saúde dentro e entre os países, o foco na equidade em saúde deverá ser central em todas as políticas nacionais e estratégias nacionais de desenvolvimento.

54. Será fundamental a capacitação e a participação das comunidades para se alcançar as prioridades dos países. O papel da OMS consiste em trazer até ao nível das comunidades a abordagem de reforço dos sistemas de saúde, para garantir que se produz um impacto eficaz onde e para quem mais precisa.

55. A OMS deverá prosseguir ainda mais activamente a implementação das mudanças organizativas do PGT 13, enquanto a fundação para concretizar o PGT 13 através de maiores sinergias nos programas, entre os programas e os sistemas, com outras agências da ONU, bilaterais e multilaterais, e ainda para promover um trabalho mais pragmático e orientado para os resultados que vá para além do sector da saúde tradicional.

56. A OMS apenas será capaz de impulsionar melhorias quantificáveis na saúde das populações ao nível dos países se efectuar mudanças de fundo no modelo de trabalho, nos sistemas e na cultura da Organização. O investimento no PGT 13 englobará também melhorias na eficácia e na eficiência do Secretariado em todos os aspectos da liderança, governação, advocacia e gestão e administração. A tónica recairá na prestação de apoio aos

países que seja adequado às finalidades, o que significa atender efectivamente às necessidades identificadas a partir da avaliação das revisões funcionais nos países.

57. As abordagens dirigidas pelos países vão aperfeiçoar as operações e reduzir as ineficiências e as lacunas na programação sanitária, promover uma melhor gestão dos riscos e tornar os programas e os serviços mais reactivos ao ambiente em mudança e às circunstâncias sociais e económicas.

58. Maiores investimentos na implementação do PGT 13 implicarão mecanismos ainda mais robustos de responsabilização. Para além de desenvolver as capacidades dos Estados-Membros no domínio da estatística, a Região Africana da OMS precisa de continuar a introduzir e actualizar os PID programáticos para estarem melhor alinhados com as concretizações, os indicadores e as metas do PGT 13.

59. A OMS/AFRO deve prosseguir as consultas com os Estados-Membros para identificar os contributos específicos dos países para as prioridades estratégias interrelacionadas do PGT e definir em conjunto o apoio necessário a prestar para a concretização das intervenções, no contexto da reforma aos níveis nacional, regional e mundial em curso na ONU.

#### IV. VISÃO GERAL DO ORÇAMENTO

60. O montante total proposto para o orçamento-programa de alto nível 2020-2021 é de 4687,8 milhões de dólares americanos (Quadro 3). Destes, 3987,8 milhões de dólares representam os programas de base e 700 milhões de dólares são para o programa de erradicação da poliomielite. Existe agora um orçamento para planos e pedidos de resposta humanitária evidenciado numa rubrica orçamental. Isto não existia no biénio anterior, dada a dificuldade em fornecer estimativas de rubrica orçamental baseada em acontecimentos. Esta estimativa para o biénio 2020-2021 baseia-se nos padrões de despesa dos biénios anteriores, e numa avaliação provisória das necessidades para garantir que a OMS tem capacidade de resposta nessa área.

**Quadro 3. Comparação do orçamento-programa 2018-2019 com a proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 (milhões de dólares)**

| Segmento                                 | Orçamento-programa 2018-2019 | Proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 | Valor do aumento (ou redução) |
|--|------------------------------|--|-------------------------------|
| Base                                     | 3 518,7                      | 3 987,8  | 469,1                         |
| Poliomielite                             | 902,8                        | 700,0  | (202,8)                       |
| <b>Total</b>                             | <b>4 421,5</b>               | <b>4 687,8</b>   | <b>266,3</b>                  |
| Planos e pedidos de resposta humanitária | –                            | 1 000,0  | –                             |

61. A proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 apresenta uma orientação geral dos investimentos necessários para implementar a agenda de transformação do PGT 13. A implementação das mudanças estratégicas e organizativas exige que o orçamento-programa:

- a) reoriente os seus investimentos para a implementação das prioridades estratégicas, que estão alinhadas com os ODS;

- b) aumente os recursos nacionais para produzir impactos na saúde pública em todos os países;
- c) dê mais ênfase à intensificação da liderança, investindo, portanto, em mais diplomacia e capacidade para alcançar um maior empenho político nas questões de saúde;
- d) invista em trabalho normativo para impulsionar a mudança e conseguir um maior impacto nos países;
- e) reconheça a necessidade de maximizar as parcerias para alavancar todos os recursos disponíveis de apoio aos países;
- f) impulsione a eficiência com a tomada de decisões de investimento e afectação baseadas na optimização da afectação de recursos.

62. A proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 representa uma mudança motivada pelos princípios acima. O orçamento global proposto reflecte um aumento, mas também é importante notar a reafectação e as transferências entre níveis, entre o orçamento de base e os programas especiais, e as mudanças, que reforçam certas funções da OMS, para a produção de impacto (ou seja, bens públicos mundiais, dados e inovação e assistência técnica) nos países.

63. Essas alterações são explicadas abaixo com mais detalhe.

- a) A proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021, para apreciação pelos comités regionais, apresenta uma desagregação das dotações do orçamento-programa por escritório principal e por nível.
- b) Estas dotações orçamentais são definidas no actual quadro do PGT 13. Além disso, esta proposta de orçamento-programa de alto nível visa reforçar significativamente as operações, em particular a nível nacional. Para que este orçamento mais elevado seja realista, a OMS irá também insistir na confirmação antecipada de compromissos importantes, para criar uma segurança da viabilidade dos programas, com um reforço dos esforços de mobilização de recursos.

64. O PGT 13 destacou cinco áreas principais de aumento do investimento no componente de base do orçamento-programa. As mudanças orçamentais entre o orçamento-programa 2018-2019 e a proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 são apresentadas abaixo.

- a) Reforço da capacidade de execução da OMS nos países. Estimado em 132 milhões de dólares. Permitiria que os escritórios nacionais reforçassem a sua capacidade de acordo com a implementação do PGT 13. Essa injeção de recursos a nível nacional vai ser necessária para reorientar e implementar um novo modelo operacional nos países - um modelo que responda melhor às necessidades do apoio aos países.
- b) Investimento significativo (227,4 milhões de dólares). Necessário para apoiar a vacinação de rotina e os sistemas de saúde que serão afectados pela redução das actividades da poliomielite.
- c) Investimentos adicionais (108 milhões de dólares). Serão feitos para expandir o trabalho da OMS de apoio aos dados e à inovação. Os investimentos adicionais propostos visam tornar operacional a mudança estratégica do PGT 13, de focar a utilização dos bens públicos mundiais no impacto, nomeadamente na orientação normativa, nos dados, na investigação e na inovação. Os dados rigorosos e oportunos representam para os Estados-Membros um recurso essencial para alcançar as metas e objectivos dos ODS de cobertura universal de saúde, emergências sanitárias e populações mais saudáveis. A OMS é a administradora e guardiã da monitorização do progresso em direcção aos ODS relacionados com a

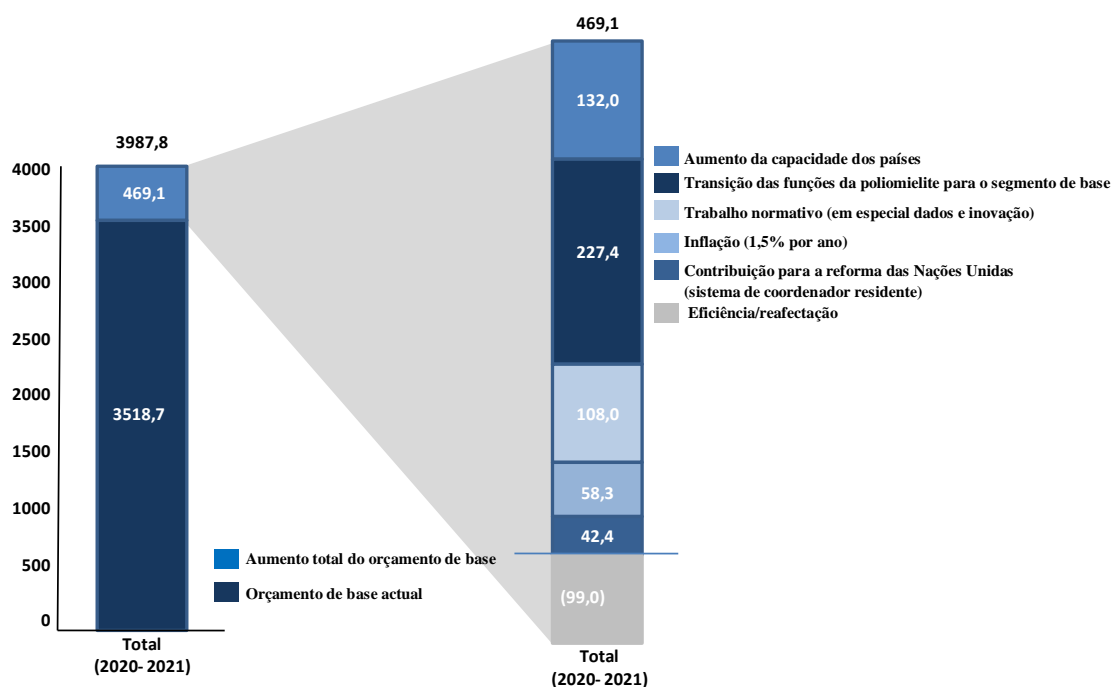


saúde, e os dados são necessários para medir o desempenho, melhorar as decisões programáticas e aumentar a responsabilização. Isso vai obrigar o Secretariado a alargar as suas actividades para apoiar a construção de capacidade de reforço dos sistemas de dados e a capacidade analítica, e acompanhar e monitorizar os progressos rumo à cobertura universal de saúde e aos ODS relacionados com a saúde, incluindo a garantia de equidade e desagregação dos dados, a sua notificação a nível nacional e subnacional, e a elaboração de orientações normativas atempadas e de alta qualidade que causem impacto nas áreas prioritárias do PGT 13 nos três níveis da Organização.

- d) Contribuição de 42,4 milhões de dólares para a reforma das Nações Unidas de apoio ao reforço do sistema de coordenadores residentes (conforme a Resolução 72/279 (2018) da Assembleia Geral das Nações Unidas). Este montante é uma estimativa baseada nessa resolução e inclui o aumento para apoiar o reforço do sistema de coordenadores residentes, assim como o aumento da parte da OMS no acordo de partilha de custos do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas.
- e) Taxas de inflação. Foram estimadas em 1,5% ao ano para manter o poder de compra da OMS durante o biénio, num valor de 58,3 milhões de dólares. É uma inclusão realista, porque o Secretariado trabalha em muitos locais onde as pressões inflacionárias são altas. Para a próxima versão do orçamento-programa serão preparados pormenores por localização.
- f) Uma proposta de meta de eficiência/reefectação de 99 milhões de dólares. Irá compensar parte do aumento do orçamento sugerido para 2020-2021.

65. Estes pormenores estão ilustrados na Figura 2.

**Figura 2. Explicação dos aumentos na proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 (milhões de dólares)**



66. O Quadro 4 apresenta o pormenor dos aumentos por escritório principal e por segmento de base, como referido no parágrafo 64. Esta tabela mostra o grande investimento na transferência das funções da poliomielite para o segmento de base do orçamento-

programa, em especial nas Regiões de África e do Sudeste asiático. Os aumentos de orçamento destinados a reforçar a capacidade dos países em todas as regiões estão claramente evidenciados. A maior parte do aumento do orçamento para o trabalho normativo da OMS (especialmente dados e inovação) situa-se na sede (40%), com o montante restante dividido igualmente entre as regiões. É necessário mais trabalho para descrever os requisitos específicos por região. Isto será realizado com base nas discussões que irão decorrer durante as sessões de 2018 dos comités regionais.

**Quadro 4. Proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021, apenas segmento de base, por escritório principal (milhões de dólares)**

| Segmento de base  | África         | Américas     | Mediterrâneo Oriental | Europa       | Sudeste Asiático | Pacífico Ocidental | Sede           | Total          |
|---|----------------|--------------|-----------------------|--------------|------------------|--------------------|----------------|----------------|
| Orçamento de base actual  | 834,1          | 190,1        | 336,0                 | 256,4        | 288,8            | 281,3              | 1 332,0        | 3 518,7        |
| Aumento da capacidade dos países  | 57,1           | 14,0         | 18,7                  | 8,2          | 19,0             | 15,0               | –              | 132,0          |
| Trabalho normativo (em especial dados e inovação)                                 | 10,8           | 10,8         | 10,8                  | 10,8         | 10,8             | 10,8               | 43,2           | 108,0          |
| Transferência das funções da poliomielite para o orçamento de base                | 90,4           | 0,9          | 25,7                  | 2,5          | 69,9             | 2,1                | 35,9           | 227,4          |
| Inflação, a 1,5% por ano  | 14,7           | 3,2          | 6,8                   | 4,1          | 5,0              | 4,6                | 19,9           | 58,3           |
| Eficiência/reefectação  | –              | –            | –                     | –            | –                | –                  | (99,0)         | (99,0)         |
| Contribuição para a reforma das Nações Unidas (sistema de coordenador residente)  | –              | –            | –                     | –            | –                | –                  | –              | 42,4           |
| <b>Segmento de base da proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021</b> | <b>1 007,1</b> | <b>219,0</b> | <b>398,0</b>          | <b>282,0</b> | <b>393,5</b>     | <b>313,8</b>       | <b>1 332,0</b> | <b>3 987,8</b> |

67. Propõe-se que a meta de eficiência/reefectação indicada acima (99 milhões de dólares) seja absorvida principalmente pela sede. Em consequência, o segmento de base proposto para o orçamento-programa geral de alto nível 2020-2021 na sede permanece ao mesmo nível do orçamento-programa 2018-2019 (1332 milhões de dólares).

68. Esta proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 evidencia a essência da nova estratégia, que recomenda um aumento significativo do orçamento para o nível nacional. O Quadro 5 mostra um aumento do orçamento (programas de base) ao nível dos escritórios nacionais de 38,0% para 42,7% (um aumento de 4,7% ou 348,4 milhões de US\$). Propõe-se para os orçamentos dos escritórios regionais e da sede uma diminuição de 0,6% e 4,1%, respectivamente, em comparação com o segmento de base 2018-2019.

**Quadro 5. Proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021, apenas segmento de base, por nível da Organização, (milhões de dólares)<sup>a</sup>**

| Escritórios principais   | Representações da OMS        |  | Escritórios regionais        |  | Sede                         |  | Total                        |  |
|--|------------------------------|--|------------------------------|--|------------------------------|--|------------------------------|--|
|  | Orçamento-programa 2018-2019 | Proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 | Orçamento-programa 2018-2019 | Proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 | Orçamento-programa 2018-2019 | Proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 | Orçamento-programa 2018-2019 | Proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 |
| África   | 551,7                        | 698,1  | 282,4                        | 309,0  | –                            | –  | 834,1                        | 1 007,1  |
| Américas   | 118,0                        | 133,1  | 72,1                         | 85,9   | –                            | –  | 190,1                        | 219,0  |
| Sudeste Asiático   | 186,5                        | 281,3  | 102,3                        | 112,2  | –                            | –  | 288,8                        | 393,5  |
| Europa   | 94,0                         | 119,1  | 162,4                        | 162,9  | –                            | –  | 256,4                        | 282,0  |
| Mediterrâneo Oriental  | 223,8                        | 271,7  | 112,2                        | 126,3  | –                            | –  | 336,0                        | 398,0  |
| Pacífico Ocidental   | 163,7                        | 182,8  | 117,6                        | 131,0  | –                            | –  | 281,3                        | 313,8  |
| Sede   | –                            | –  | –                            | –  | 1 332,0 <sup>b</sup>         | 1 332,0  | 1 332,0                      | 1 332,0  |
| <b>Total</b>   | <b>1 337,7</b>               | <b>1 686,1</b>   | <b>849,0</b>                 | <b>927,3</b>   | <b>1 332,0</b>               | <b>1 332,0</b>   | <b>3 518,7</b>               | <b>3 945,4</b>   |
| Contribuição para a reforma das Nações Unidas (sistema de coordenador residente) | –                            | –  | –                            | –  | –                            | –  | –                            | 42,4   |
| <b>Total geral</b>   | –                            | –  | –                            | –  | –                            | –  | –                            | <b>3 987,8</b>   |
| Afectação por nível (%)  | 38,0                         | 42,7   | 24,1                         | 23,5   | 37,9                         | 33,8   | 100,0                        | 100,0  |

a Salvo especificação em contrário.

b O segmento-base do Orçamento-programa 2018-2019 para a sede inclui o orçamento para o Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais da UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS e para o Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação em Reprodução Humana do PNUD/FNUAP/UNICEF/OMS/Banco Mundial. O orçamento para estes programas está integrado na proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021.

69. Os principais aumentos ao nível dos escritórios nacionais são nas regiões da África e do Sudeste Ásia: 146,4 milhões de US\$ e 94,8 milhões de US\$, respectivamente. O grande aumento na região do Sudeste Asiático deve-se principalmente à transferência das funções da poliomielite, especialmente na Índia e no Bangladesh.

70. A proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 reflete a mudança estratégica do PGT 13 em prol da produção de impacto ao nível dos países e a tendência contínua de aumento dos recursos ao nível dos países.

71. O Quadro 6 mostra o crescimento em dólares do investimento na capacidade técnica das Representações da OMS nos países (isto é, o segmento 1, conforme definido no documento EB137/6, que representa a totalidade do trabalho no segmento base da proposta de orçamento-programa de alto nível, menos a categoria 6 ao nível da Representação da OMS). Este crescimento evidencia uma vontade firme de aumentar a capacidade do país, com uma mudança substancial no orçamento do nível das Representações. Este componente do orçamento vai crescer de 906,9 milhões de dólares em 2014-2015 para 1431,8 milhões de dólares em 2020-2021. O maior aumento de biénio para biénio é o de 2018-2019 para 2020-2021, com uma proposta de aumento de 317,3 milhões de dólares. Se esta tendência

se concretizar, o orçamento do nível nacional vai aumentar mais de 60% ao longo dos três biénios.

### Quadro 6. Evolução dos orçamentos da OMS para a capacidade técnica das Representações da OMS (segmento 1)<sup>a</sup> (milhões de dólares)

| Região                   | 2014–2015<br>(Modelo C) <sup>b</sup> | 2016–2017 <sup>c</sup> | 2016–2017<br>Revisto <sup>d</sup> | 2018–2019      | Proposta de<br>orçamento-programa<br>de alto nível 2020-<br>2021 | Aumento de<br>2018–2019 para<br>2020-2021 |
|--------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|----------------|--|---|
| Africana                 | 368,9                                | 446,6                  | 482,5                             | 469,6          | 603,1  | 133,5                                     |
| Américas                 | 78,3                                 | 98,1                   | 98,3                              | 105,4          | 119,0  | 13,6                                      |
| Mediterrâneo<br>Oriental | 133,3                                | 148,2                  | 164,6                             | 175,0          | 219,2  | 44,2                                      |
| Europa                   | 42,0                                 | 57,4                   | 62,4                              | 68,2           | 85,7   | 17,5                                      |
| Sudeste Asiático         | 146,4                                | 157,6                  | 154,3                             | 158,5          | 252,2  | 93,7                                      |
| Pacífico Ocidental       | 138,0                                | 135,6                  | 135,0                             | 137,8          | 152,6  | 14,8                                      |
| <b>Total</b>             | <b>906,9</b>                         | <b>1 043,5</b>         | <b>1 097,1</b>                    | <b>1 114,5</b> | <b>1 431,8</b>   | <b>317,3</b>                              |

a Conforme descrito no documento EB137/6.

b Modelo baseado numa necessidade zero de indicadores acima da média da OCDE, conforme descrito no documento EB137/6.

c Sem o Programa da OMS para as Emergências Sanitárias.

d Revisto em 2016, tendo em conta o Programa da OMS para as Emergências Sanitárias.

72. Os aumentos visam fornecer aos países o apoio necessário de uma forma mais eficaz, eficiente, abrangente e atempada. Destinam-se a garantir que os escritórios nacionais dispõem da devida capacidade para apoiar a realização dos ODS relacionados com a saúde.

73. O Quadro 7 mostra a parte relativa da afectação estratégica do espaço orçamental especificamente para o segmento 1. A parte relativa do orçamento do nível nacional por região está dentro da trajectória da parte percentual aprovada que deve ser alcançada até 2022-2023, segundo a decisão WHA69(16).

### Quadro 7. Evolução da afectação estratégica do espaço orçamental (%) para a cooperação técnica ao nível dos países, segmento 1<sup>a</sup>

| Região                | 2014-2015<br>(Modelo C) <sup>b</sup> | 2016-2017 <sup>c</sup> | 2016-2017<br>Revisto <sup>d</sup> | 2018-2019    | 2020-2021    | 2022-2023<br>(Modelo C) <sup>b</sup> |
|-----------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------------------------------|
| Africana              | 42,3                                 | 42,8                   | 44,0                              | 42,1         | 42,1         | 43,4                                 |
| Américas              | 8,4                                  | 9,4                    | 9,0                               | 9,5          | 8,3          | 11,3                                 |
| Mediterrâneo Oriental | 14,3                                 | 14,2                   | 15,0                              | 15,7         | 15,3         | 14,2                                 |
| Europa                | 4,5                                  | 5,5                    | 5,7                               | 6,1          | 6,0          | 6,4                                  |
| Sudeste Asiático      | 15,7                                 | 15,1                   | 14,1                              | 14,2         | 17,6         | 14,1                                 |
| Pacífico Ocidental    | 14,8                                 | 13,0                   | 12,3                              | 12,4         | 10,7         | 10,6                                 |
| <b>Total</b>          | <b>100,0</b>                         | <b>100,0</b>           | <b>100,0</b>                      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>                         |

a Conforme descrito no documento EB137/6.

b Modelo baseado numa necessidade zero de indicadores acima da média da OCDE, conforme descrito no documento EB137/6.

c Sem o Programa de Emergências Sanitárias da OMS.

d Revisto em 2016, tendo em conta o Programa de Emergências Sanitárias da OMS.

74. No entanto, a dimensão relativa do espaço orçamental na região do Sudeste Asiático cresce substancialmente em comparação com a de outras regiões devido à transferência dos orçamentos de certas funções da poliomielite para o segmento de base. No caso da Região das Américas, o orçamento para o segmento 1 cai em termos percentuais; no entanto, aumenta em valor global em dólares.

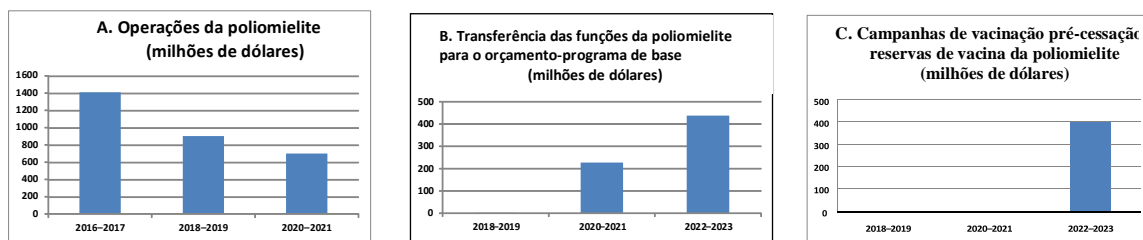
### ***Capacidades do programa da poliomielite e transferência das suas funções para o segmento de base do orçamento-programa***

75. O projecto de plano de acção estratégico sobre a transição e pós-certificação da poliomielite<sup>6</sup>, que tem um âmbito de trabalho de cinco anos, está alinhado com o PGT 13. Os investimentos na continuação do trabalho sobre a poliomielite e nas implicações ligadas à transição podem ser agrupados em três secções principais:

- a) continuação das operações de erradicação da poliomielite;
- b) transferência das funções da poliomielite para o segmento de base do orçamento-programa;
- c) campanhas de vacinação pré-cessação e reservas de vacinas da poliomielite.

76. A evolução destes orçamentos está reflectida no Gráfico 2, que mostra a abordagem faseada: reduzir as operações da poliomielite ao longo da duração do PGT 13 (Gráfico 2A); aumentar a capacidade da OMS de reforçar os sistemas de vacinação, incluindo a vigilância de doenças evitáveis pela vacinação e o reforço da capacidade de preparação, detecção e resposta a emergências (Gráfico 2B); e manter um mundo livre da doença após a erradicação do vírus da poliomielite (Gráfico 2C).

**Gráfico 2. Evolução dos orçamentos da OMS relacionados com a poliomielite**



### ***Orçamento e financiamento realistas***

77. Os números para os orçamentos da OMS relacionados com a poliomielite para 2020-2021 e 2022-2023 são provisórios até o Conselho de Supervisão da Poliomielite aprovar no final deste ano um novo orçamento plurianual para o Programa da Poliomielite a partir de 2019. O orçamento aprovado para a poliomielite pode afectar o momento e o montante da transferência de custos para os programas de base da OMS. Estes montantes serão utilizados para manter funções essenciais, como a vigilância das doenças, que eram apoiadas pelo Programa da Poliomielite.

78. Considerando as metas ambiciosas estabelecidas pelo PGT 13, a sugestão de aumento de 12% na proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 está no limite inferior do custo previsto de implementação do PGT 13 em 2020-2021. Foram feitas várias considerações, nomeadamente a de um financiamento realista, para chegar ao orçamento de alto nível para a implementação do PGT 13. Serão necessários, nos biénios seguintes, novos aumentos dos investimentos para implementar plenamente o PGT 13 e um redobrar de esforços para alcançar os ODS relacionados com a saúde.

<sup>6</sup> Documento A71/9

79. Os níveis de financiamento para o orçamento-programa 2018-2019 (à data de 30 de Junho de 2018) são actualmente de 92% para o orçamento-programa de base ou 3120,7 milhões de dólares. É uma melhoria no financiamento de 270,7 milhões de dólares em comparação com o nível de 2016 à mesma data. No entanto, são necessários mais esforços para ampliar a base de doadores e aumentar a flexibilidade no financiamento, o que permitirá um uso mais eficiente dos fundos e garantirá uma afectação de recursos mais equilibrada entre todas as prioridades do PGT 13.

80. A OMS está, por conseguinte, a trabalhar para transformar a sua interacção com os doadores, nomeadamente solicitando que os fundos sem afectação específica e os fundos com afectação flexível sejam alinhados mais estreitamente com as prioridades estratégicas de alto nível das metas dos três mil milhões.

81. Metas ambiciosas exigem investimentos audaciosos. A proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 representa um movimento forte no sentido de aumentar os recursos ao nível dos países, acompanhado de um investimento estratégico em bens públicos mundiais muito necessários, com uma sinergia na obtenção de resultados nos países. Os objectivos ambiciosos e a estratégia audaciosa terão ser acompanhados por um forte compromisso e novas abordagens de mobilização de recursos e de financiamento. Tudo isso está a ser implementado no quadro do plano de transformação da Organização. O financiamento previsto na proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 é apresentado no Quadro 8. Espera-se que todos os aumentos no orçamento sejam atingidos graças às metas ambiciosas definidas para as contribuições voluntárias. Em consequência, não haverá pedidos de aumento das contribuições calculadas nesta proposta de orçamento-programa de alto nível.

**Quadro 8. Financiamento da proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 (milhões de dólares)**

| <b>Financiamento</b>                    | <b>Proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021</b> |
|---|---|
| Contribuições fixas                     | 956,9   |
| Contribuições voluntárias principais    | 300,0   |
| Contribuições voluntárias especificadas | 2 730,9   |
| <b>Total</b>                            | <b>3 987,8</b>  |

**V. ETAPAS SEGUINTE**

82. A mudança na abordagem das consultas e da apresentação da proposta de orçamento-programa de alto nível 2020-2021 vai permitir que a Organização tenha em conta os resultados de duas etapas críticas do processo. Essas etapas vão garantir que a proposta de orçamento-programa de alto nível abarque plenamente as prioridades dos países e o trabalho programático necessário em cada nível para apoiar essas prioridades, e impulsione o impacto ao nível nacional, conforme previsto pelo PGT 13. Ambas as etapas (descritas nos parágrafos 83 e 84) terão lugar entre Agosto e Outubro de 2018, período durante o qual se prevê que os Estados-Membros sejam consultados. Os resultados dessas etapas fornecerão dados críticos para o desenvolvimento do projecto de proposta de orçamento-

programa para 2020-2021, versão do Conselho Executivo, que será posta à apreciação do Conselho Executivo durante a sua 144.<sup>a</sup> sessão.

83. Durante as consultas dos comités regionais sobre as prioridades dos países, os Estados-Membros irão ajudar a definir mais especificamente as prioridades, o trabalho programático e o orçamento.

84. O desenvolvimento de planos de apoio aos países vai constituir um novo e importante elemento do processo de planeamento. O plano de apoio ao país visa garantir que aquilo de que o país necessita para alcançar resultados prioritários é integrado e planeado nos três níveis da Organização, e que a totalidade da capacidade e da experiência de todos os níveis é utilizada para apoiar as prioridades do país. Essa etapa do processo determina não apenas o apoio que deve ser prestado, mas também a melhor forma de o prestar, onde o prestar e o modo de trabalho conjunto dos níveis da Organização. Também vai determinar, para a Organização, o custo de conseguir o maior impacto.

85. O resultado das duas etapas descritas acima, juntamente com a definição das prioridades para a entrega de bens públicos mundiais, vai fornecer dados essenciais para o desenvolvimento do orçamento completo que irá ser posto à apreciação do Conselho Executivo em Janeiro de 2019.

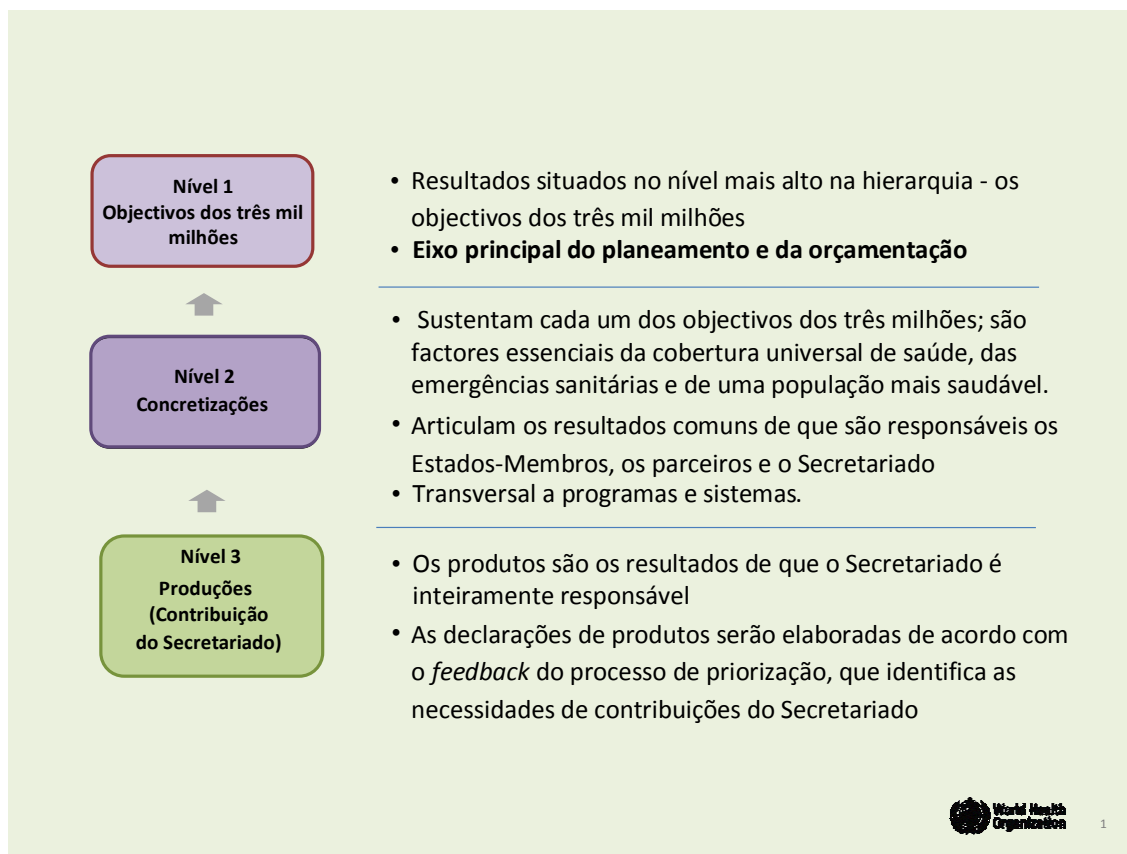
86. Durante o desenvolvimento do projecto de proposta de orçamento-programa para 2020-2021 estão previstas consultas adicionais a nível nacional e sessões de informação das missões, para preparar a versão do Conselho Executivo. Prevê-se que as estimativas orçamentais voltem a ser ajustadas, para ter em conta o parecer dos Estados-Membros durante as consultas, e um cálculo de custos mais exaustivo durante o desenvolvimento do planeamento do apoio aos países.

## **VI. ACÇÃO DO COMITÉ REGIONAL**

87. O Comité Regional tomou conhecimento deste documento de consulta.

## ANEXO 1

### Quadro de planeamento e orçamentação do PGT 13





## ANEXO 2

### Concretizações do PGT 13

| <b>B1</b> Cobertura universal de saúde  | <b>B2</b> Emergências sanitárias  | <b>B3</b> Populações mais saudáveis  |
|---|---|--|
| <p>Concretização 1.1. Melhor acesso a serviços de saúde essenciais</p> <p>Concretização 1.2. Menos pessoas com dificuldades financeiras</p> <p>Concretização 1.3. Melhor disponibilidade de medicamentos, vacinas, diagnósticos e dispositivos essenciais nos cuidados de saúde primários</p> | <p>Concretização 2.1. A preparação do país para as emergências sanitárias foi reforçada</p> <p>Concretização 2.2. A emergência de agentes infecciosos muito perigosos foi evitada</p> <p>Concretização 2.3. A detecção e resposta a emergências sanitárias é rápida</p> | <p>Concretização 3.1. Foi dada resposta aos determinantes da saúde sem deixar ninguém para trás</p> <p>Concretização 3.2. Os factores de risco foram reduzidos graças a abordagens multisectoriais</p> <p>Concretização 3.3. Foi alcançada a saúde e o bem-estar com intervenções de Saúde em Todas as Políticas e contextos saudáveis</p> |



#### 4. Uma OMS mais eficiente e eficaz num melhor apoio aos países

Concretização 4.1. As capacidades de dados e inovação dos países foram reforçadas

Concretização 4.2. Liderança, governação e advocacia para a saúde mais fortes

Concretização 4.3. Melhor gestão de recursos financeiros, humanos e administrativos em prol da transparência, do uso eficiente dos recursos e de uma eficaz produção de resultados





**ANEXO 4: Campos de acção escolhidos pelos países para cada concretização**

| Concretização   | Código do campo de acção | Campo de acção   | Nº. de países | % de países |
|---|--------------------------|--|---------------|-------------|
| <b>1.1 Serviços essenciais</b>                                  | S_1.1.3                  | Garantir serviços de saúde de boa qualidade centrados nas pessoas e uso de tecnologias de saúde para a CUS   | 42            | 89%         |
|   | S_1.1.4                  | Reforçar a prevenção, controlo, eliminação e erradicação de doenças graças a sistemas de saúde sustentáveis  | 40            | 85%         |
|   | S_1.1.1                  | Reforçar a governação dos sistemas de saúde, das políticas e das estratégias nacionais de saúde, e dos quadros regulamentares                            | 37            | 79%         |
|   | S_1.1.2                  | Reforçar ou transformar os recursos humanos para a saúde   | 37            | 79%         |
|   | S_1.1.5                  | Capacitar as pessoas e as comunidades na partilha de responsabilidades de definição e melhoria dos serviços de saúde                                     | 29            | 62%         |
|   | S_1.1.6                  | Melhorar a governação inter-sectorial para a cobertura universal de saúde  | 24            | 51%         |
|   | S_1.1.8                  | Melhorar a equidade na distribuição dos recursos e serviços dos sistemas de saúde  | 22            | 47%         |
|   | S_1.1.7                  | Criar um mecanismo institucional para definir melhor o pacote de benefícios e direitos a serviços de saúde   | 20            | 43%         |
|   | S_1.1.9                  | Dar resposta às barreiras no acesso, disponibilidade, aceitabilidade, qualidade, incluindo género e discriminação, graças à participação e à capacitação | 15            | 32%         |
| <b>1.2 Dificuldades financeiras</b>                             | S_1.2.4                  | Melhorar a transparência e a responsabilidade graças à monitorização e à avaliação   | 28            | 60%         |
|   | S_1.2.2                  | Melhorar a equidade e a eficiência das parcerias intersectoriais e público-privadas através da governação  | 25            | 53%         |
|   | S_1.2.1                  | Angariar financiamento público adequado e sustentável para a saúde   | 23            | 49%         |
|   | S_1.2.3                  | Melhorar o envolvimento das autoridades de saúde e de finanças públicas na partilha da responsabilidade e da responsabilização                           | 23            | 49%         |
| <b>1.3 Medicamentos, vacinas, e outras tecnologias de saúde</b> | S_1.3.4                  | Promover uma distribuição, prescrição e uso racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde   | 38            | 81%         |
|   | S_1.3.6                  | Reforçar as políticas e sistemas para combater a resistência antimicrobiana  | 36            | 77%         |
|   | S_1.3.2                  | Garantir a qualidade, a eficácia e a segurança dos medicamentos e tecnologias de saúde   | 35            | 74%         |

| Concretização                         | Código do campo de acção | Campo de acção  | Nº. de países | % de países |
|---------------------------------------|--------------------------|---|---------------|-------------|
|                                       | S_1.3.1                  | Melhorar a governação e a supervisão dos serviços farmacêuticos e de outras tecnologias de saúde  | 35            | 74%         |
|                                       | S_1.3.5                  | Garantir a disponibilidade e a acessibilidade de medicamentos e outras tecnologias de saúde (ou seja, cadeia de compras e abastecimento eficientes, preços, etc.) | 31            | 66%         |
|                                       | S_1.3.3                  | Proteger a propriedade intelectual e alavancar as flexibilidades do TRIPS   | 9             | 19%         |
| 2.1 Preparação para emergências       | S_2.1.1                  | Avaliar e notificar a preparação para emergências com cobertura de todos os riscos, incluindo as capacidades essenciais do RSI                                    | 40            | 85%         |
|                                       | S_2.1.2                  | Criar capacidades básicas mínimas para a preparação para emergências e a gestão do risco de catástrofes em todos os países  | 39            | 83%         |
|                                       | S_2.1.3                  | Garantir a prontidão operacional para gerir riscos e vulnerabilidades identificados ao nível nacional   | 38            | 81%         |
|                                       | S_2.1.4                  | Garantir a preparação regulamentar para emergências de saúde pública  | 31            | 66%         |
| 2.2 Prevenção de agentes infecciosos  | S_2.2.3                  | Ampliar as estratégias de prevenção para doenças prioritárias com potencial epidémico   | 32            | 68%         |
|                                       | S_2.2.1                  | Avaliar e monitorizar os vectores de epidemias e pandemias  | 30            | 64%         |
|                                       | S_2.2.4                  | Mitigar/reduzir a emergência/reemergência de agentes patogénicos infecciosos muito perigosos  | 27            | 57%         |
|                                       | S_2.2.2                  | Reforçar a investigação e desenvolvimento para a gestão de agentes infecciosos  | 13            | 28%         |
| 2.3 Detecção e resposta de emergência | S_2.3.1                  | Reforçar a capacidade de detecção rápida e avaliação de risco de emergências sanitárias potenciais  | 38            | 81%         |
|                                       | S_2.3.2                  | Criar sistemas de resposta rápida a emergências sanitárias agudas   | 35            | 74%         |
|                                       | S_2.3.3                  | Manter serviços e sistemas de saúde essenciais em contextos de fragilidade, conflito e vulnerabilidade  | 22            | 47%         |
| 3.1 Dar resposta aos determinantes    | S_3.1.1                  | Alcançar as populações marginalizadas ou mal servidas através da abordagem dos determinantes da saúde nas diferentes fases da vida e no seu curso                 | 31            | 66%         |
|                                       | S_3.1.2                  | Reforçar a governação inter-sectorial em prol dos investimentos em saúde pública  | 28            | 60%         |
|                                       | S_3.1.4                  | Reforçar a monitorização, incluindo a monitorização da desigualdade na saúde  | 28            | 60%         |

| Concretização   | Código do campo de acção | Campo de acção   | Nº. de países | % de países |
|---|--------------------------|--|---------------|-------------|
|   | S_3.1.3                  | Realizar análises de impacto dos desafios de saúde económicos e sociais em todos os sectores   | 15            | 32%         |
| <b>3.2. Redução dos factores de risco</b>                   | S_3.2.2                  | Melhorar a participação e o envolvimento das pessoas na redução dos factores de risco através da promoção da saúde e da literacia dos direitos                               | 38            | 81%         |
|   | S_3.2.3                  | Envolvimento de intervenientes não estatais e de sectores externos à saúde na redução dos factores de risco  | 38            | 81%         |
|   | S_3.2.4                  | Geração de provas para políticas e acções multissectoriais eficazes em termos de custos  | 33            | 70%         |
|   | S_3.2.1                  | Promulgação de políticas, legislação e regulamentação para a redução dos factores de risco   | 33            | 70%         |
| <b>3.3 Saúde em todas as políticas, contextos saudáveis</b> | S_3.3.2                  | Desenvolver e implementar soluções políticas eficazes em termos de custo e implementação da saúde em todas as políticas e programas aos níveis nacional, subnacional e local | 23            | 49%         |
|   | S_3.3.1                  | Implementar a "Abordagem de globalidade do governo" para políticas e programas de saúde  | 20            | 43%         |
|   | S_3.3.4                  | Implementar abordagens de "Contexto saudável" de promoção da saúde   | 19            | 40%         |
|   | S_3.3.3                  | Criar plataformas regionais para promover redes e produção de evidências em questões importantes para a saúde baseadas no contexto   | 10            | 21%         |
| <b>4.1 Dados e inovação</b>                                 | S_4.1.2                  | Reforçar as capacidades estatísticas nacionais e garantir a utilização eficaz de dados desagregados ao nível subnacional   | 32            | 68%         |
|   | S_4.1.3                  | Melhorar as capacidades nacionais de formulação de políticas de base factual e de investigação em implementação  | 30            | 64%         |
|   | S_4.1.5                  | Catalisar investimentos para responder às lacunas de dados e melhorar a qualidade dos mesmos   | 30            | 64%         |
|   | S_4.1.4                  | Garantir um acesso aberto e transparente aos dados   | 24            | 51%         |
|   | S_4.1.6                  | Harmonizar processos para uma produção mais eficaz e eficiente de produtos de dados  | 24            | 51%         |
|   | S_4.1.1                  | Criar normas e padrões mundiais para dados de saúde  | 21            | 45%         |

**ANEXO 5: Metas escolhidas pelos países - Por ordem decrescente para cada Concretização**

| Concretização  | Código de Meta | Descrição da meta   | N.º de Países | % de Países |
|--|----------------|---|---------------|-------------|
| <b>1.1 Serviços essenciais</b>                                 |                |   |               |             |
|  | T_1.1.08       | Redução de 30% da taxa de mortalidade materna **  | 41            | 87%         |
|  | T_1.1.09       | Redução de 30% na mortalidade neonatal e infantil **  | 40            | 85%         |
|  | T_1.1.07       | Aumento de 90% da vacina contra o sarampo   | 37            | 79%         |
|  | T_1.1.12       | Redução de 50% das mortes por paludismo**   | 37            | 79%         |
|  | T_1.1.05       | Aumento de 80% da cobertura de tratamento da TB-RR  | 34            | 72%         |
|  | T_1.1.14       | Redução de 73% das novas infecções por VIH***   | 35            | 74%         |
|  | T_1.1.11       | Redução de 50% das mortes por tuberculose**   | 34            | 72%         |
|  | T_1.1.15       | Redução de 20% da mortalidade prematura relacionada com DNT**   | 33            | 70%         |
|  | T_1.1.04       | Aumento de xx% da resposta às necessidades de planeamento familiar das mulheres                                     | 31            | 66%         |
|  | T_1.1.10       | Eliminação de pelo menos uma doença tropical negligenciada **   | 31            | 66%         |
|  | T_1.1.01       | Aumento de 70% dos serviços essenciais de saúde para as mulheres e raparigas no quintil mais pobre                  | 29            | 62%         |
|  | T_1.1.02       | Aumento de xx% do acesso equitativo aos profissionais de saúde  | 26            | 55%         |
|  | T_1.1.13       | Redução de 40% das mortes por VHB ou VHC**  | 22            | 47%         |
|  | T_1.1.06       | Aumento de 50% do tratamento das doenças mentais graves   | 18            | 38%         |
|  | T_1.1.03       | Redução de 15 milhões de pessoas com +65 anos que dependem de cuidados  | 5             | 11%         |
| <b>1.2 Dificuldades financeiras</b>                            |                |   |               |             |
|  | T_1.2.01       | Travar o aumento em percentagem das pessoas que passam por dificuldades financeiras no acesso aos cuidados de saúde | 38            | 81%         |
| <b>1.3 Medicamentos, vacinas e outras tecnologias de saúde</b> |                |   |               |             |
|  | T_1.3.01       | Aumento de 80% da disponibilidade de medicamentos para cuidados de saúde primários                                  | 42            | 89%         |
|  | T_1.3.04       | Redução de 10% das infecções sanguíneas por organismos RAM**  | 29            | 62%         |
|  | T_1.3.02       | Aumento até 50% da cobertura da vacina contra o VPH nas adolescentes  | 27            | 57%         |
|  | T_1.3.03       | Aumento de 25% a 50% da morfina oral para cuidados paliativos   | 16            | 34%         |
| <b>2.1 Preparação para emergências</b>                         |                |   |               |             |
|  | T_2.1.01       | Aumento da capacidade de aplicação do RSI e da preparação a emergências sanitárias                                  | 45            | 96%         |

| Concretização   | Código de Meta | Descrição da meta  | N.º de Países | % de Países |
|---|----------------|--|---------------|-------------|
| <b>2.2 Prevenção de riscos infecciosos</b>                  |                |  |               |             |
|   | T_2.2.02       | Nenhum surto se torna epidémico ou 95% dos surtos detectados são contidos (a definir)  | 33            | 70%         |
|   | T_2.2.03       | Erradicação da poliomielite  | 32            | 68%         |
|   | T_2.2.01       | Eliminação das epidemias de cólera e febre-amarela   | 24            | 51%         |
| <b>2.3 Detecção e resposta de emergência</b>                |                |  |               |             |
|   | T_2.3.02       | Redução do número de mortes, desaparecidos e pessoas directamente afectadas em resultado de catástrofes por 100 000 habitantes | 27            | 57%         |
|   | T_2.3.01       | Aumento de xx% dos serviços essenciais de saúde para pessoas em estados frágeis ou em conflito                                 | 21            | 45%         |
| <b>3.1 Resposta aos determinantes</b>                       |                |  |               |             |
|   | T_3.1.05       | Redução de 30% raquitismo em crianças  | 32            | 68%         |
|   | T_3.1.06       | Redução da emaciação nas crianças para valores inferiores a 5%   | 28            | 60%         |
|   | T_3.1.03       | Acesso a água potável para mais mil milhões de pessoas   | 25            | 53%         |
|   | T_3.1.10       | Aumento de 60% das mulheres que tomam decisões informadas sobre saúde reprodutiva, etc.  | 20            | 43%         |
|   | T_3.1.04       | Acesso a saneamento seguro para mais 800 milhões de pessoas  | 19            | 40%         |
|   | T_3.1.09       | Redução até 15% da violência doméstica   | 16            | 34%         |
|   | T_3.1.08       | Redução de 20% no número de crianças que sofrem de violência   | 14            | 30%         |
|   | T_3.1.07       | Aumento até 80% das crianças com bom desenvolvimento da saúde  | 13            | 28%         |
|   | T_3.1.02       | Redução de 10% da mortalidade por doenças sensíveis ao clima   | 12            | 26%         |
|   | T_3.1.01       | Redução de 50% da mortalidade causada pela poluição do ar  | 9             | 19%         |
| <b>3.2 Redução dos factores de risco</b>                    |                |  |               |             |
|   | T_3.2.01       | Redução de 25% do tabagismo  | 38            | 81%         |
|   | T_3.2.04       | Redução de 20% da tensão arterial elevada**  | 34            | 72%         |
|   | T_3.2.02       | Redução de 7% do consumo nocivo de álcool  | 33            | 70%         |
|   | T_3.2.07       | Redução de 7% do sedentarismo  | 28            | 60%         |
|   | T_3.2.03       | Redução de 25% do consumo de sal/sódio   | 20            | 43%         |
|   | T_3.2.06       | Paragem e início da reversão do aumento do excesso de peso e da obesidade nas crianças   | 18            | 38%         |
|   | T_3.2.05       | Eliminação das gorduras trans de produção industrial   | 9             | 19%         |
| <b>3.3 Saúde em todas as políticas, contextos saudáveis</b> |                |  |               |             |
|   | T_3.3.01       | Redução de 20% dos acidentes rodoviários   | 27            | 57%         |



| <b>Concretização</b> | <b>Código de Meta</b> | <b>Descrição da meta</b>                   | <b>N.º de Países</b> | <b>% de Países</b> |
|----------------------|-----------------------|--|----------------------|--------------------|
|                      | T_3.3.02              | Redução de 15% da mortalidade por suicídio | 10                   | 21%                |