



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

## 55° CONSELHO DIRETOR

### 68ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2016

---

*Tema 4.3 da agenda provisória*

CD55/7

1 de julho de 2016

Original: inglês

#### **METODOLOGIA PARA A ESTRUTURA DE ESTRATIFICAÇÃO DAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DO PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS**

##### **Introdução**

1. O Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) 2014-2019 estabeleceu a estrutura de estratificação das prioridades programáticas (Resolução CD52.R8 [2013]). Essa estrutura pretende servir de instrumento chave para orientar a alocação dos recursos humanos e financeiros disponíveis para a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) e concentrar esforços para captar os recursos necessários à implementação do Plano Estratégico e de seus respectivos programas e orçamentos. A estrutura complementa a Política de Orçamento da OPAS (2012) e a Estrutura da Gestão Baseada em Resultados da Organização (RBM, sigla em inglês) (2010).

2. Este documento atende à Resolução CD53.R3 (2014), que solicitou à Diretora que “continue a consultar os Estados membros para aperfeiçoar o marco de estratificação das prioridades programáticas e aplicá-lo aos programas e orçamentos futuros”. O Grupo Assessor para o Plano Estratégico (SPAG, sigla em inglês)<sup>1</sup> é constituído por 12 Estados Membros e foi estabelecido para participar das consultas e assessorar a RSPA.

3. Após examinar diversos métodos de estabelecimento de prioridades, a RSPA e o SPAG chegaram à conclusão de que as melhorias introduzidas na primeira iteração do método de Hanlon adaptado à OPAS abordaram as questões principais. Portanto, a metodologia aprimorada apresentada neste documento é considerada a mais apropriada e atende à finalidade e aos objetivos da Estrutura de Estratificação das Prioridades

---

<sup>1</sup> A pedido dos Estados Membros, a Diretora criou o SPAG, em outubro de 2014, para oferecer assessoria e contribuições a respeito da implementação do processo conjunto de monitoramento e avaliação e do aperfeiçoamento da estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (Resolução CD53.R3). Fazem parte do grupo 12 membros indicados pelos Ministérios da Saúde das Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Jamaica, México, Paraguai, Peru e Estados Unidos. O grupo é presidido pelo México e copresidido pelo Equador. O Canadá lidera o aspecto técnico da análise da metodologia.

---

Programáticas do Plano Estratégico da OPAS. Este é o produto da estreita colaboração entre a RSPA e o SPAG.

4. Um relatório de progresso sobre o trabalho empreendido com o SPAG em 2015 foi apresentado em março de 2016 ao Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração. O Subcomitê reconheceu os importantes aperfeiçoamentos à metodologia, em particular a inclusão de novos componentes na fórmula, como a iniquidade e o posicionamento institucional da OPAS. Os Estados Membros destacaram a importância que esta metodologia terá para orientar a alocação e a mobilização de recursos na Organização. Também reconheceram o trabalho colaborativo empreendido pela RSPA e pelos membros do SPAG. O Subcomitê observou a sólida abordagem científica e inovadora da metodologia para o estabelecimento de prioridades em saúde pública. O Subcomitê acolheu a proposta de publicar a metodologia aprimorada, observando que seria uma grande contribuição à comunidade científica regional e mundial, destacando o papel da OPAS de liderar a inovação nesta área.

5. A proposta de documento de política foi submetida à revisão e consideração da 158ª Sessão do Comitê Executivo em junho de 2016. A proposta incorporava as contribuições e os acordos do terceiro encontro presencial dos membros do SPAG, em abril de 2016. O Comitê elogiou o trabalho do SPAG e da equipe da RSPA que resultou na metodologia robusta, científica e inovadora. Os Estados Membros endossaram entusiasticamente a proposta de documento de política e a respectiva resolução com modificações mínimas. Foi observado o possível impacto e os benefícios da metodologia aprimorada para o trabalho da OPAS e o planejamento da saúde pública na Região e em outras regiões da OMS.

6. Há exercícios nacionais planejados com os Estados Membros da 158ª Sessão do Comitê Executivo para aplicar a metodologia. Serão realizados exercícios em toda a Região, com todos os Estados Membros, como parte do processo de elaboração do Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019, após a aprovação da metodologia pelo Conselho Diretor, em setembro de 2016.

### **Antecedentes**

7. Reconhecendo que o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 seria executado em um contexto de recursos limitados e atendendo às recomendações dos Estados Membros no sentido de concentrar o trabalho da Organização em áreas em que a OPAS agrega claramente valor, foi elaborada uma estrutura de estratificação das prioridades programáticas para orientar a alocação dos recursos disponíveis à RSPA e direcionar os esforços de captação de recursos. A estrutura incluía a adaptação do método de Hanlon para que classificasse objetiva e sistematicamente as áreas programáticas do Plano Estratégico da OPAS.

8. A primeira iteração do método de Hanlon adaptado à OPAS foi desenvolvida e testada por uma equipe de peritos em planejamento e saúde pública da RSPA e um Grupo

Consultor de Países (CCG, sigla em inglês) estabelecido para a elaboração do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Foram realizados exercícios de estratificação de prioridades programáticas como parte das consultas nacionais para o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, usando-se o método de Hanlon adaptado à OPAS. Um total de 43 países e territórios, envolvendo mais de 1.000 funcionários de saúde pública em toda a Região das Américas, participaram.

9. Com a aprovação do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 pelo 52º Conselho Diretor e em conformidade com a Resolução CD52.R8 (2013), a 153ª Sessão do Comitê Executivo estabeleceu um Grupo de Trabalho de Países (CWG, sigla em inglês) encarregado de trabalhar com a RSPA para revisar e aprimorar os indicadores de impacto e de resultado e revisar a Estrutura de Estratificação das Prioridades Programáticas do Plano Estratégico.

10. De fevereiro a agosto de 2014, o CWG trabalhou com a RSPA para concluir todas as tarefas solicitadas pelos Estados Membros. O CWG começou a análise do método de Hanlon adaptado à OPAS, mas não pôde concluir uma análise minuciosa e apresentar recomendações para o seu aprimoramento. O grupo determinou que seria necessário mais tempo para a análise, a fim de que todas as opções possíveis pudessem ser consideradas para a elaboração de uma metodologia robusta e integral que abordasse as questões expressadas pelos Estados Membros.

11. Em 1º de outubro de 2014, o 53º Conselho Diretor aprovou a versão com emendas do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, incluindo os indicadores de resultado intermediário e impacto aprimorados. O Conselho reconheceu a contribuição valiosa do CWG para o aperfeiçoamento dos indicadores do Plano Estratégico da OPAS, inclusive com o desenvolvimento de um compêndio de indicadores. Também aceitou a recomendação do CWG de continuar a colaborar com a RSPA na capacidade de assessoria, a fim de concluir o aprimoramento da estrutura de estratificação das prioridades programáticas e proporcionar contribuições para a implementação do processo conjunto de monitoramento e avaliação do Plano Estratégico da OPAS (Resolução CD53.R3).

12. Em resposta à Resolução CD53.R3, e dada a colaboração com o CWG, a Diretora convidou os membros do CWG a fazerem parte do Grupo Assessor para o Plano Estratégico da OPAS.

### **Análise da situação**

13. O estabelecimento de prioridades é um importante componente do planejamento estratégico<sup>2</sup> e da tomada de decisão, pois se tudo fosse prioridade, nada o seria. Isso fica especificamente evidente quando as organizações se veem diante de múltiplas exigências,

---

<sup>2</sup> Neiger BL, Thackeray R, Fagen MC. Basic priority rating model 2.0: current applications for priority setting in health promotion practice. *Health Promotion Practice*. 2011; 12:166-171.

mas têm recursos limitados. Reconhece-se que o processo de estabelecimento de prioridades inclui considerações técnicas, estratégicas e políticas. Embora informado por evidências e análises, o processo não pode ser resolvido por meio da ciência, de fórmulas ou de regras de tomada de decisão por si sós.

14. Há diversas metodologias de estabelecimento de prioridades, de métodos simples e subjetivos a outros mais objetivos e científicos. O desafio, porém, é a seleção e a adaptação do método que melhor responde ao escopo, finalidade e contexto de uma dada organização. A identificação de um método apropriado para a OPAS, como organização internacional, requer a consideração de múltiplas variáveis relacionadas com sua cooperação técnica na saúde pública, como os determinantes sociais da saúde e aspectos econômicos, ambientais e políticos.

15. A OPAS vem aumentando sua experiência no estabelecimento de prioridades como parte de seus processos de planejamento estratégico e de programa e orçamento, de acordo com a implementação de sua estrutura de gestão baseada em resultados. Neste sentido, o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 incluiu uma abordagem robusta e científica para estratificar as áreas programáticas do Plano, usando a primeira iteração do método de Hanlon adaptado à OPAS. Os Estados Membros reconheceram o benefício de se aplicar uma metodologia de priorização objetiva e sistemática, mas solicitaram que o método de Hanlon adaptado à OPAS fosse revisado para examinar a possível tendência da fórmula de atribuir maior peso—e, portanto, hierarquizações superiores—às áreas programáticas voltadas para doenças. Foram levantadas questões específicas a respeito das limitações e da tendência percebida nesta metodologia, a qual foi formulada para classificar problemas relacionados a doenças e não leva em conta as mudanças no paradigma regional e mundial de saúde pública que ocorreram desde que a metodologia foi elaborada originalmente por Hanlon, em 1954, e publicada, em 1984. Outras questões foram observadas com respeito ao alcance variável das 24 áreas programáticas (incluindo doenças, sistemas e serviços, intervenções de saúde pública e temas intersetoriais) do Plano Estratégico da OPAS e à necessidade de melhorar os critérios e as definições para a aplicação uniforme da metodologia.

16. De modo a abordar as questões mencionadas, e atendendo ao mandato do Conselho Diretor da OPAS (Resolução CD53.R3), a RSPA trabalhou com o SPAG para aprimorar a metodologia, desde o início de 2015 até abril de 2016, por meio de sessões virtuais e três reuniões presenciais (em Washington, D.C., em maio de 2015, na Cidade do México, em agosto de 2015, e novamente em Washington, em abril de 2016).

17. O SPAG e a RSPA examinaram e discutiram 15 métodos de estabelecimento de prioridades (ver Anexo A), inclusive métodos simples e subjetivos, como as hierarquizações forçadas, um método de grupo nominal e um procedimento simples de voto, assim como medidas mais objetivas, como o método de Delfos (também conhecido como Delphi) e o método de Hanlon. Foi feita uma análise crítica minuciosa do método de Hanlon original, e foram analisadas também revisões propostas à equação de Hanlon. Após considerar os pontos fracos e fortes dos diversos métodos, o SPAG chegou à

conclusão de que o método de Hanlon adaptado à OPAS poderia ser aprimorado para torná-lo mais adaptável à identificação dos níveis dos programas de saúde pública, de acordo com a finalidade e os objetivos da Estrutura de Estratificação das Prioridades Programáticas do Plano Estratégico da OPAS.

### **Proposta**

18. O propósito do aperfeiçoamento do método de Hanlon adaptado à OPAS é servir como o instrumento de implementação da Estrutura de Estratificação das Prioridades Programáticas do Plano Estratégico da OPAS usando uma abordagem sistemática, objetiva e robusta para orientar a alocação e a captação de recursos visada. Aplicam-se os princípios e as práticas de planejamento estratégico e saúde pública e os valores intrínsecos da Organização com componentes, critérios e diretrizes claramente definidos para sua aplicação uniforme.

19. Após uma análise cuidadosa e a realização de testes-piloto com os membros do SPAG e uma equipe nacional de funcionários seniores de saúde pública do México, acordou-se que a fórmula abaixo é a que melhor atende aos propósitos da Estrutura de Estratificação das Prioridades Programáticas do Plano Estratégico da OPAS:

$$\textit{Classificação prioritária básica (BPR)} = \frac{(A + B + E)C}{5.25} \times F$$

Em que:

A = **Porte ou magnitude do problema** (variação de 0-10 pontos)—prevalência ou incidência de doenças ou deficiências do sistema ou do programa (para áreas programáticas não voltadas para doenças).

B = **Gravidade do problema** (variação de 0 a 20 pontos)—inclui uma combinação de quatro componentes, sendo que cada um pode receber uma pontuação máxima de cinco pontos: B<sub>1</sub>) urgência; B<sub>2</sub>) severidade das consequências (mortalidade precoce, deficiência, ônus aos serviços de saúde, impacto na saúde e no desenvolvimento humano sustentável); B<sub>3</sub>) prejuízo econômico, e B<sub>4</sub>) efeitos externos indiretos negativos (impacto negativo sobre outros ou a possibilidade de que o problema se estenda ou aumente outros eventos). A importância da área programática em questão para o sistema de saúde e as consequências de se não intervir são consideradas na pontuação deste componente.

C = **Efetividade das intervenções** (variação de 0-10 pontos)—disponibilidade de intervenções eficazes para abordar os problemas ou as deficiências dos sistemas ou programas.

E = **Iniquidade** (variação de 0-5 pontos)—ocorrência diferencial da doença ou acesso diferencial a programas de saúde dependendo do gênero, etnia, nível de renda, local geográfico (urbano vs. rural), etc.

F = **Fator de posicionamento** (valor agregado da OPAS; variação de 0.67-1.5 pontos)— em que medida a OPAS está particularmente posicionada para atender às áreas programáticas baseadas nas seis funções<sup>3</sup> centrais da Organização. O fator de posicionamento permite também a incorporação de certa medida de considerações políticas e estratégicas no processo de priorização. Como F é um multiplicador, se o máximo for 1,5, o mínimo será o recíproco de 1,5, ou seja, 0,67.

O **denominador** da equação é 5,25. Matematicamente, isso converte a classificação básica de prioridades (BPR, sigla em inglês) em uma escala de 0 em 100.

*Nota:* A, B, C, e D (viabilidade) foram os componentes originalmente propostos por Hanlon, entretanto, D já não é mais usado, conforme sugerido por pesquisadores posteriores a Hanlon, particularmente no contexto da Estrutura de Estratificação das Prioridades Programáticas do Plano Estratégico da OPAS. A iniquidade (E) e o fator de posicionamento (F) são novos componentes propostos pela OPAS.

20. Um aprimoramento fundamental da metodologia foi o agrupamento das áreas programáticas do Plano Estratégico da OPAS em dois grandes conjuntos: *i*) os programas voltados para doenças e *ii*) os programas para sistemas de saúde e intervenções em saúde pública, ou programas não voltados para doenças (Anexo B). Esse agrupamento, juntamente com a clareza das definições dos componentes e critérios (Anexo C) para a classificação das áreas programáticas voltadas para doenças e das áreas não voltadas para doenças, facilitou uma abordagem uniforme na aplicação da metodologia para a classificação das 24 áreas programáticas técnicas às quais a metodologia se aplica. A ausência dessa distinção e dessas definições foi uma das principais preocupações expressadas pelos Estados Membros a respeito da primeira iteração do método de Hanlon adaptado à OPAS.

21. Além de proporcionar mais clareza e tornar as definições dos componentes do método de Hanlon original mais adaptáveis às amplas áreas programáticas do Plano Estratégico da OPAS, a metodologia aprimorada incorpora dois componentes únicos e significativos do trabalho da OPAS: a iniquidade (E) e o fator de posicionamento (F).

---

<sup>3</sup> As seis funções centrais da Organização são: i) exercer a liderança em assuntos críticos para a saúde e estabelecer parcerias quando a ação conjunta for necessária; ii) determinar a agenda de pesquisa e estimular a geração, a aplicação e a difusão de valioso conhecimento; iii) estabelecer normas e padrões e promover e monitorar sua implementação na prática; iv) formular alternativas de políticas que incorporem princípios éticos e uma base científica; v) estabelecer cooperação técnica, catalisando a mudança e criando uma capacidade institucional sustentável; e vi) monitorar de perto a situação sanitária e avaliar tendências de saúde.

22. A iniquidade é um componente intrínseco que está de acordo com os valores e os princípios da Organização e a visão do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. O Plano estabelece um compromisso explícito com a redução de desigualdades em saúde em toda a Região, no âmbito dos países e entre eles, e reconhece a equidade como um enfoque estratégico fundamental para a melhoria dos resultados de saúde em todas as áreas programáticas. Além disso, o componente da iniquidade atende aos princípios e orientações estratégicas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2030—“sem deixar ninguém para trás” e “universalidade”—e aqueles da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017.

23. O fator de posicionamento é único por considerar o valor agregado da cooperação técnica da OPAS. Este fator serve para sintonizar ou fazer um ajuste fino, permitindo que os Estados Membros identifiquem a posição especial da OPAS para colaborar com os países e abordar os problemas relacionados com as áreas programáticas do Plano Estratégico da OPAS.

24. Foram formuladas diretrizes, ferramentas e critérios para assegurar a aplicação uniforme da metodologia em todos os Estados Membros e para evitar possíveis erros. Além disso, a ferramenta usada para o exercício de estratificação anterior foi simplificada para facilitar sua aplicação com as definições necessárias e as informações de referência para que os participantes concluam o exercício de maneira sistemática. A RSPA também ministrará treinamento e facilitará o exercício com as representações nos países e os Estados Membros. Os resultados do estabelecimento de prioridades serão usados na preparação do Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019. Um resumo dos conceitos e critérios para a classificação dos componentes encontra-se no Anexo C.

25. Com base nos testes realizados pela RSPA e pelos membros do SPAG, observou-se que a metodologia aprimorada aborda as principais preocupações dos Estados Membros com respeito à tendência inerente à fórmula original de Hanlon no que se refere aos programas voltados para a doença. Isso é ilustrado pelos resultados do último piloto conduzido pelo SPAG em abril de 2016 (Anexo D), que demonstra uma mescla equilibrada de programas de doenças e sistemas de saúde e intervenção em saúde pública através de todos os níveis de estratificação (alto, médio e baixo). Os resultados dos exercícios nacionais a serem conduzido com os membros do SPAG e a 158ª Sessão do Comitê Executivo serão levados em consideração na proposta final a ser apresentada para a aprovação pelo Conselho Diretor (setembro de 2016).

26. Deve ser exercida cautela ao interpretar os resultados do piloto do SPAG. Primeiramente, eles não representam os resultados regionais completos. Em segundo lugar, as áreas programáticas no nível mais baixo não são menos relevantes de que as do primeiro nível, já que as áreas programáticas de todo o Plano Estratégico representam as prioridades coletivas para a Região, como aprovado pelos Estados Membros. Por fim, os resultados de estratificação facilitam a identificação de onde a Organização deve aumentar ou reduzir a ênfase, levando em consideração o valor agregado de sua cooperação técnica e a capacidade dos países e da Região, como um todo, de abordar

problemas relacionados às áreas programáticas. Entretanto, isso pode não representar as prioridades de saúde nacionais plenamente, as quais requerem intervenções das autoridades sanitárias nacionais e de outros parceiros.

27. Está sendo preparado um manuscrito sobre o método de Hanlon adaptado à OPAS para publicação em uma revista científica. A equação de Hanlon original, publicada em 1984, e a publicação do método de Hanlon adaptado à OPAS em uma revista científica com revisão por pares ajudarão a validar o método e serão também uma importante contribuição ao conhecimento, à ciência e à prática de estabelecimento de prioridades no planejamento estratégico para saúde pública regional e mundial.

28. Além de fornecer um guia objetivo para a alocação dos recursos às prioridades programáticas, a metodologia adaptada para a OPAS pode servir para outras regiões da OMS, órgãos governamentais e organizações com necessidades semelhantes de priorização de programas e intervenções. A metodologia pode ser adaptada às necessidades de tais instituições ou organizações através da inclusão dos componentes que sejam relevantes ao contexto de seu mandato e trabalho.

#### **Ação pelo Conselho Diretor**

29. O Conselho Diretor é convidado a examinar e aprovar a metodologia para a Estrutura de Estratificação das Prioridades Programáticas do Plano Estratégico da OPAS.

Anexos

## Anexo A

**Métodos de estabelecimento de prioridades examinados e discutidos pelo Grupo Assessor para o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde**

Método	Referência
1. Ponderação de critérios	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Eighth edition. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
2. Avaliação racional das opções da decisão	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Eighth edition. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
3. Método de Delfos (Delphi)	Gilmore GD, Campbell MD. Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion. Third edition. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2005.
4. Método Dotmocracy	Idea Rating Sheets [Internet]. Diceman J [consultado em 21 de janeiro de 2016]. Disponível em inglês em: <a href="http://www.idearatingsheets.org/">http://www.idearatingsheets.org/</a>
5. Classificação forçada	Gilmore GD, Campbell MD. Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2005.
6. Método de Hanlon (Classificação básica de prioridades, BPR)	Hanlon JJ, Pickett GE. Public Health Administration and Practice. Eighth edition. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
7. Análise de decisão multicritério (MCDA, sigla em inglês)	Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. <i>Cost Eff Resour Alloc</i> [Internet]. 21 de agosto de 2006 [consultado em 21 de janeiro de 2016]. Disponível em inglês em: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560167/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560167/</a>
8. Método de multivotação	National Association of County and City Health Officials. First things first: prioritizing health problems [Internet]. Washington (DC): National Association of County and City Health Officials; ND [consultado em 21 de janeiro de 2016]. Disponível em inglês em: <a href="http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf">http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf</a>
9. Método do grupo nominal	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Eighth edition. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984. Gilmore GD, Campbell MD. Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2005.
10. Matriz de priorização	National Association of County and City Health Officials. First Things First: Prioritizing Health Problems [Internet]. Washington (DC): National Association of County and City Health Officials; ND [consultado em 21 de janeiro de 2016]. Disponível em inglês em: <a href="http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf">http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf</a>

Método	Referência
11. Método de classificação de prioridades	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Eighth edition. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
12. Procedimento simples de votação	Gilmore GD, Campbell MD. Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2005.
13. Método Simplex	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Eighth edition. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
14. Gráficos de estratégia	National Association of County and City Health Officials. First things first: prioritizing health problems [Internet]. Washington (DC): National Association of County and City Health Officials; ND [consultado em 21 de janeiro de 2016]. Disponível em inglês em: <a href="http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf">http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf</a>
15. Método de dois estágios	Choi BCK, Eijkemans GJM, Tennessee LM. Prioritization of occupational sentinel health events for workplace health and hazard surveillance: The Pan American Health Organization experience. <i>Journal of Occupational and Environmental Medicine</i> . [Internet] março de 2001 [consultado em 21 de janeiro de 2016];(2)43:147-157. Disponível em inglês em: <a href="http://www.bdsp.ehsp.fr/Base/231916/">http://www.bdsp.ehsp.fr/Base/231916/</a> .

**Anexo B****Lista de áreas programáticas por grupo: programas voltados para doenças e programas de sistemas de saúde e intervenção em saúde pública**

<b>Grupo</b>	<b>Área programática</b>
<b>Programas voltados para doenças</b>	1.1 Infecção pelo HIV/AIDS e IST 1.2 Tuberculose Malária e outras doenças transmitidas por vetores (incluindo dengue e doença de Chagas) 1.3 1.4 Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas 1.5 Doenças que podem ser prevenidas com vacina (incluindo a manutenção da erradicação da poliomielite) 2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco 2.2 Saúde mental e transtornos de uso de substâncias psicoativas 2.3 Violência e lesões 2.4 Deficiência e reabilitação 2.5 Nutrição
<b>Programas de Sistemas de Saúde e Intervenção em Saúde Pública</b>	3.1 Saúde da mulher e materna, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto e saúde sexual e reprodutiva 3.2 Envelhecimento e saúde 3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e grupo étnico 3.4 Determinantes sociais da saúde 3.5 Saúde e ambiente 4.1 Governança da saúde e financiamento; políticas, estratégias e planos de saúde nacionais 4.2 Serviços de saúde centrados nas pessoas, integrados e de qualidade 4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade regulatória 4.4 Informações dos sistemas de saúde e evidências 4.5 Recursos humanos em saúde 5.1 Capacidade de alerta e resposta (para o RSI) 5.2 Doenças epidêmicas e pandêmicas 5.3 Gestão emergencial de riscos e crises 5.4 Segurança alimentar

## Anexo C

## Componentes e definições do método de Hanlon adaptado à OPAS

Critérios <sup>a</sup>		Definições	Pontuação baixa	Pontuação média	Pontuação alta
<b>A = Porte ou magnitude do problema (0-10 pontos)</b>		Para os programas voltados para doenças, o porte ou a magnitude do problema é a extensão da doença na população. É medido pelas taxas, tais como de incidência, prevalência, mortalidade por causa específica e ajustadas por idade, e índices de mortalidade proporcionais entre outros.	<b>(Pontuação: 0-3)</b> Prevalência <50/100.000	<b>(Pontuação: 4-6)</b> Prevalência 50/100.000-5.000/100.000	<b>(Pontuação: 7-10)</b> Prevalência >5.000/100.000
		Para os sistemas de saúde e os programas de intervenção em saúde pública, o porte ou a magnitude do problema é a extensão da deficiência do sistema ou programa. Pode ser medido pela porcentagem da população exposta ao problema (por exemplo, sem acesso a um programa de saúde) ou pelo grau da falta de capacidade de resposta.	<b>(Pontuação: 0-3)</b> Nível elevado de acesso a programas de saúde ou de capacidade de resposta 67%-100%	<b>(Pontuação: 4-6)</b> Nível médio de acesso a programas de saúde ou de capacidade de resposta 34%-66%	<b>(Pontuação: 7-10)</b> Nível baixo de acesso a programas de saúde ou de capacidade de resposta 0%-33%
<b>B = Gravidade (0-20 pontos)</b>	<b>B<sub>1</sub> = Urgência (0-5 pontos)</b>	A urgência é a natureza emergente de uma área programática, ou seja, a medida com que um problema está piorando, estabilizando-se ou melhorando, baseado em dados de 5 anos demonstrando uma tendência. Também pode ser medido pelo grau de progresso no sentido da meta.	<b>(Pontuação: 0-1)</b> O problema tem melhorado nos últimos cinco anos	<b>(Pontuação: 2-3)</b> O problema tem estabilizado (permanece o mesmo) durante os últimos cinco anos	<b>(Pontuação: 4-5)</b> O problema tem piorado nos últimos cinco anos

<sup>a</sup> Definições de porte ou magnitude e efetividade são distintas para as áreas programáticas com base nos programas voltados para doenças e nos programas de sistemas de saúde e de intervenção em saúde pública.

Critérios <sup>a</sup>		Definições	Pontuação baixa	Pontuação média	Pontuação alta
	<b>B<sub>2</sub> = Severidade das consequências (0-5 pontos)</b>	A severidade das consequências mede a extensão da mortalidade prematura e da deficiência. Outras considerações incluem perda da qualidade de vida causada pelo problema, ônus aos serviços de saúde e impacto na saúde e no desenvolvimento sustentável. As consequências da não ação também devem ser consideradas.	<b>(Pontuação: 0-1)</b> Capacidade de resposta ao problema causando baixo nível de mortalidade ou incapacidade	<b>(Pontuação: 2-3)</b> Capacidade de resposta ao problema causando nível médio de mortalidade ou incapacidade	<b>(Pontuação: 4-5)</b> Capacidade de resposta ao problema causando nível elevado de mortalidade ou incapacidade
	<b>B<sub>3</sub> = Prejuízo econômico (0-5 pontos)</b>	O prejuízo econômico é o custo, tanto direto como indireto, suportado pela sociedade e associado ao problema de saúde.	<b>(Pontuação: 0-1)</b> Problema causando baixo nível de prejuízo econômico	<b>(Pontuação: 2-3)</b> Problema causando nível médio de prejuízo econômico	<b>(Pontuação: 4-5)</b> Problema causando nível elevado de prejuízo econômico
	<b>B<sub>4</sub> = Impacto negativo sobre outros (0-5 pontos)</b>	O impacto negativo sobre outras pessoas e/ou países é medido por <i>i</i> ) natureza transmissível do problema de saúde (por exemplo, doenças transmissíveis), <i>ii</i> ) efeitos comportamentais relacionados ao problema de saúde em outros (por exemplo, fumaça de segunda mão, condução de automóvel sob o efeito do álcool) e <i>iii</i> ) capacidade do problema de se propagar e causar outros problemas.	<b>(Pontuação: 0-1)</b> O problema tem baixo nível de transmissibilidade e, por meio de doenças ou fatores de risco, a outras pessoas ou países/a falta de acesso tem baixo nível de impacto negativo	<b>(Pontuação: 2-3)</b> O problema tem nível médio de transmissibilidade e, por meio de doenças ou fatores de risco, a outras pessoas ou países/a falta de acesso tem baixo nível de impacto negativo	<b>(Pontuação: 4-5)</b> O problema tem nível elevado de transmissibilidade e, por meio de doenças ou fatores de risco, a outras pessoas ou países/a falta de acesso tem baixo nível de impacto negativo
<b>C = Efetividade das intervenções (0-10 pontos)</b>		Para os programas voltados para doenças, a efetividade é a medida do sucesso de uma intervenção ao produzir um resultado desejado em circunstâncias ordinárias. (Não deve ser confundido eficácia, que é o grau de sucesso sob condições ideais, como em ambientes controlados ou em um laboratório). A efetividade da intervenção leva em consideração: <i>i</i> ) a efetividade (%), ou o sucesso geral do método a	<b>(Pontuação: 0-3)</b> Baixo nível de efetividade e alcance 0%-33%	<b>(Pontuação: 4-6)</b> Nível médio de efetividade e alcance 34%-66%	<b>(Pontuação: 7-10)</b> Nível elevado de efetividade e alcance 67%-100%

Critérios <sup>a</sup>	Definições	Pontuação baixa	Pontuação média	Pontuação alta
	<p>ser empregado, e <i>ii</i>) o potencial de alcance ou meta (%), a medida com que a população-alvo responderá.</p> <p>Para os programas de sistemas de saúde e de intervenção em saúde pública, a avaliação da efetividade das intervenções é qualitativa (para corrigir deficiências).</p>			
<b>E = Iniquidade (0-5 pontos)</b>	<p>Segundo a OPAS/OMS, as iniquidades em saúde são desigualdades <i>injustas</i> e <i>injustificadas</i> que são <i>desnecessárias</i> e <i>evitáveis</i> entre grupos de pessoas no âmbito dos países ou entre os países.<sup>b, c</sup> A iniquidade pode ser medida pela ocorrência diferencial da doença e do acesso aos serviços ou programas segundo o gênero, a etnia, o nível de renda, o local geográfico (urbano versus rural), e outros, no âmbito dos países ou entre eles.</p>	<b>(Pontuação: 0-1)</b> Nenhuma ocorrência diferencial	<b>(Pontuação: 2-3)</b> Ocorrência diferencial moderada	<b>(Pontuação: 4-5)</b> Extensa ocorrência diferencial
<b>F = Fator de posicionamento (0.67-1.5 pontos)</b>	<p>O posicionamento é o valor agregado de uma instituição em cada uma das áreas programáticas sendo priorizadas. Para a OPAS, isso significa o grau de exclusividade da posição da Organização na colaboração com os Estados Membros a fim de atender áreas programáticas baseadas em <i>i</i>) questões políticas, estratégicas ou técnicas e <i>ii</i>) cooperação técnica de nível nacional, sub-regional e regional e outros aspectos semelhantes, levando em consideração as seis funções centrais da OPAS. O fator</p>	<b>(Pontuação: 0.67-0.99)</b> O país tem a capacidade de atender ao escopo da área programática e/ou tem outro parceiro/organização estratégica que está fornecendo a colaboração técnica necessária. A OPAS poderia reduzir sua cooperação técnica	<b>(Pontuação: 1)</b> O país tem alguma capacidade atender ao escopo da área programática. A OPAS deve manter seu nível atual da cooperação técnica.	<b>(Pontuação: 1.01-1.5)</b> O país tem capacidade limitada de atender ao escopo da área programática. A OPAS deve aumentar seu nível atual de cooperação técnica.

<sup>b</sup> Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (Resolução CD53.R3 [2014]).

<sup>c</sup> Ver [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/).

Critérios <sup>a</sup>	Definições	Pontuação baixa	Pontuação média	Pontuação alta
	de posicionamento institucional também permite a incorporação de considerações políticas e estratégicas no processo de priorização.	colaborativa.		

Fonte: Equipes técnicas da RSPA e Grupo Assessor para o Plano Estratégico.

## Anexo D

**Resultados da estratificação das prioridades programáticas no exercício-piloto realizado com o SPAG utilizando a metodologia proposta**

Área programática	Prioridade	
	Nível	Classe
3.1 Saúde da mulher e materna, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto e saúde sexual e reprodutiva	1	1
2.1 Doenças não transmissíveis e fatores de risco	1	2
4.1 Governança da saúde e financiamento; políticas, estratégias e planos de saúde nacionais	1	3
3.4 Determinantes sociais da saúde	1	4
5.2 Doenças epidêmicas e pandêmicas	1	5
1.3 Malária e outras doenças transmitidas por vetores (incluindo dengue e doença de Chagas)	1	6
2.3 Violência e lesões	1	7
4.3 Acesso a produtos médicos e fortalecimento de capacidade regulatória	1	8
5.3 Gestão emergencial de riscos e crises	2	9
4.5 Recursos humanos em saúde	2	10
2.2 Saúde mental e transtornos de uso de substâncias	2	11
2.5 Nutrição	2	12
4.2 Serviços de saúde centrados nas pessoas, integrados e de qualidade	2	13
5.1 Capacidades de alerta e resposta (para o RSI)	2	14
1.5 Doenças que podem ser prevenidas com vacina (incluindo a manutenção da erradicação da poliomielite)	2	15
4.4 Informações dos sistemas de saúde e evidências	2	16
2.4 Deficiência e reabilitação	3	17
3.2 Envelhecimento e saúde	3	18
3.3 Gênero, equidade, direitos humanos e grupo étnico	3	19
5.4 Segurança alimentar	3	20
1.1 Infecção pelo HIV/AIDS e IST	3	21
3.5 Saúde e ambiente	3	22
1.2 Tuberculose	3	23
1.4 Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas	3	24

	Programas voltados para doenças
	Programas de sistemas de saúde e de intervenção em saúde pública

## 55° CONSELHO DIRETOR

### 68ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2016

---

CD55/7  
Anexo E  
Original: inglês

### *PROJETO DE RESOLUÇÃO*

#### **METODOLOGIA PARA A ESTRUTURA DE ESTRATIFICAÇÃO DAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DO PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS**

##### *O 55º CONSELHO DIRETOR,*

(PP1) Tendo examinado a *Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS* (Documento CD55/7);

(PP2) Considerando a importância de se ter uma metodologia robusta, objetiva e sistemática para implementar a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS;

(PP3) Recordando a solicitação do 53º Conselho Diretor em 2014 (Resolução CD53.R3) para que a Diretora continuasse “a consultar os Estados membros para aperfeiçoar o marco de estratificação das prioridades programáticas e aplicá-lo aos programas e orçamentos futuros”, de modo a atender a pontos fracos, inclusive a possível tendência da metodologia original de atribuir mais peso—e, portanto, hierarquizações superiores—a programas voltados para doenças e o fato de que a metodologia não levou em consideração as mudanças no paradigma regional e mundial de saúde pública;

(PP4) Reconhecendo a valiosa contribuição, a colaboração e o compromisso do Grupo Assessor<sup>1</sup> para o Plano Estratégico, o qual prestou assessoria à RSPA na realização de extensas análises de diversas metodologias de estabelecimento de prioridades de modo a aprimorar o método de Hanlon adaptado à OPAS;

---

<sup>1</sup> A pedido dos Estados Membros, a Diretora criou o SPAG, em outubro de 2014, para oferecer assessoria e contribuições a respeito da implementação do processo conjunto de monitoramento e avaliação e do aperfeiçoamento da estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (Resolução CD53.R3). Fazem parte do grupo 12 membros indicados pelos Ministérios da Saúde das Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Jamaica, México, Paraguai, Peru e Estados Unidos. O grupo é presidido pelo México e copresidido pelo Equador. O Canadá lidera o aspecto técnico da análise da metodologia.

---

(PP5) Reconhecendo a função que o estabelecimento de prioridades objetivo e sistemático pode ter no processo de planejamento estratégico e de tomada de decisão, principalmente no contexto de múltiplas exigências e limitação de recursos;

(PP6) Reconhecendo a importância de se ter uma metodologia científica compatível com o contexto, os valores e a visão estratégica da Organização, incluindo a incorporação de novos componentes, como a equidade e o fator de posicionamento institucional da OPAS (o valor agregado da Organização), os quais são únicos ao método de Hanlon adaptado à OPAS,

**RESOLVE:**

(OP)1. Aprovar a *Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS*.

(OP)2. Promover o conhecimento do método de Hanlon adaptado à OPAS como uma ferramenta útil para o estabelecimento de prioridades em saúde pública na Região e no mundo.

(OP)3. Instar os Estados Membros, conforme o caso e levando em consideração o contexto nacional, a:

- a) participar ativamente de consultas nacionais e aplicar a metodologia de uma maneira objetiva e sistemática, como parte do processo de elaboração do Programa e Orçamento 2018-2019;
- b) considerar a adoção, a adaptação e a utilização dessa metodologia no âmbito nacional, na medida em que seja apropriada e relevante, de modo a informar melhor o estabelecimento de prioridades, desse modo orientando a alocação de recursos limitados onde possam ter o maior impacto na saúde pública.

(OP)4. Solicitar à Diretora que:

- a) aplique a metodologia para a elaboração e a implementação do Programa e Orçamento 2018-2019 em estreita colaboração com os Estados Membros e parceiros;
- b) apoie consultas nacionais em todos os países e territórios da Região, promovendo a aplicação uniforme da metodologia, de acordo com os componentes, critérios e diretrizes, a fim de obter mais clareza e precisão com relação às prioridades de saúde pública da Região;
- c) informe a respeito da aplicação da estratificação programática para a captação e alocação de recursos na avaliação final do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, a ser apresentado em 2020;
- d) apoie a publicação do método de Hanlon adaptado à OPAS, de modo a contribuir para o conhecimento científico regional e mundial referente ao estabelecimento de

prioridades em saúde pública e a promover essa inovação e seus resultados como uma boa prática e um exemplo do trabalho colaborativo de RSPA e dos Estados Membros;

- e) consulte os Estados Membros a respeito das atualizações e dos aprimoramentos necessários à metodologia para planos estratégicos e programas e orçamentos futuros, levando em consideração as lições aprendidas e as experiências de biênios anteriores.



## Relatório sobre as repercussões financeiras e administrativas do projeto de resolução para a Repartição

**1. Tema da agenda:** 4.3-Metodologia para a Estrutura de Estratificação das Prioridades Programáticas do Plano Estratégico da OPAS

**2. Relação com o programa e orçamento da OPAS 2016-2017:**

**a) Categorias:**

Embora o tema seja da Categoria 6 (serviços institucionais e funções facilitadoras) e da área programática/resultado específica abaixo, ele repercute em todas as outras categorias e áreas programáticas do Plano Estratégico.

**b) Áreas programáticas e resultados intermediários:**

Área programática: 6.3 Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios

Resultado intermediário: 6.3 Financiamento e alocação de recursos alinhados com as prioridades e necessidades de saúde dos Estados Membros em uma estrutura de gestão baseada em resultados

Indicadores de resultado intermediário: 6.3.1 (Porcentagem do programa e orçamento financiado) e 6.3.2 (Porcentagem dos indicadores dos resultados intermediários alcançados)

**3. Repercussões financeiras:**

**a) Custo total estimado da aplicação da resolução no período de vigência (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):**

Com base em experiências anteriores, o custo estimado para a implementação desse tema é US\$ 240.000, o que inclui os principais custos diretos relacionados a viagens, edição e coordenação, inclusive apoio a países por parte da sede da OPAS e das Representações da OPAS/OMS:

- Treinamento, orientação e apoio aos países: US\$ 120.000
- Edição, tradução, publicação e material promocional: US\$ 45.000
- Reuniões de coordenação e informação e elaboração de relatório: US\$ 75.000

**b) Custo estimado para o biênio 2016-2017 (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):**

O mesmo descrito acima—todos os custos a incidir durante o biênio 2016-2017.

**c) Parte do custo estimado no item b) que poderia ser incluída nas atuais atividades programadas:**

Os custos delineados acima serão incorporados aos respectivos planos de trabalho do Departamento de Planejamento e Orçamento, departamentos/unidades técnicas pertinentes e Representações da OPAS/OMS.

**4. Repercussões administrativas:**

**a) Níveis da Organização em que seriam tomadas medidas:**

O processo será conduzido pelo Departamento de Planejamento e Orçamento (PBU, sigla em inglês), com o apoio de outros departamentos técnicos na Sede e em todas as Representações da OPAS/OMS. Os membros do Grupo Assessor para o Plano Estratégico da OPAS (SPAG) e um grupo de 12 Estados Membros prestarão assessoria. Todos os países e territórios da Região participarão do exercício de estratificação das prioridades programáticas, que será realizado como parte do processo de consulta para o desenvolvimento do Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019.

**b) Necessidades adicionais de pessoal (no equivalente de cargos a tempo integral, incluindo o perfil do pessoal):**

N/A. O trabalho será conduzido com o pessoal atual e em colaboração com as entidades relevantes da RSPA e os Estados Membros.

**c) Prazos (prazos amplos para as atividades de aplicação e avaliação):**

O prazo para a realização das consultas é de setembro a novembro de 2016. Uma vez que a metodologia seja aprovada pelo Conselho Diretor da OPAS, em setembro de 2016, será aplicada ao desenvolvimento do Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019. A elaboração do programa e orçamento continuará em 2017, com a apresentação do primeiro esboço do projeto ao Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração em março de 2017. Em seguida o processo seguirá o ciclo dos Órgãos Diretores da OPAS para 2017.

Está sendo preparado um manuscrito sobre o método Hanlon adaptado à OPAS, em colaboração com os membros do SPAG, para a publicação em uma revista científica com revisão por pares.

Os resultados das consultas nacionais serão aplicados em 2018-2019 para orientar a arrecadação e a alocação dos recursos. O impacto da aplicação da metodologia será incluído na avaliação final no Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019, que será apresentado aos Órgãos Diretores da OPAS em 2020.

**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR OS TEMAS DA AGENDA  
COM OS MANDATOS INSTITUCIONAIS**

1. **Tema da agenda:** 4.3-Metodologia para a Estrutura de Estratificação das Prioridades Programáticas do Plano Estratégico da OPAS
2. **Unidade responsável:** Planejamento e Orçamento (PBU)
3. **Preparado por:** Rony Maza e Andrea Morales
4. **Vínculo entre este tema e a [Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017](#):**  
Embora a metodologia esteja vinculada a todas as oito áreas de ação da Agenda de Saúde para as Américas, contribuindo com todas, as três que têm vínculos mais diretos são:  
a) Fortalecer a autoridade sanitária nacional;  
d) Diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles; e  
g) Aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia.  
Essas áreas estão de acordo com os princípios, a finalidade e os objetivos da Estrutura de Estratificação das Prioritárias Programáticas e com a metodologia de Hanlon.
5. **Vínculo entre este tema e o [Plano Estratégico da OPAS 2014-2019](#):**  
Embora o tema seja da Categoria 6 (serviços institucionais e funções facilitadoras) e especificamente da área programática 6.3 (Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios), ele repercute em todas as outras categorias e áreas programáticas do Plano Estratégico.
6. **Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema:**  
12 membros do Grupo Assessor para o Plano Estratégico (SPAG) designados pelos ministérios da saúde das Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Jamaica, México, Paraguai, Peru e Estados Unidos. O grupo é presidido pelo México e copresidido pelo Equador. O Canadá lidera o aspecto técnico da análise da metodologia.
7. **Boas práticas nesta área e exemplos de países da Região das Américas:**  
O método Hanlon adaptado à OPAS resulta da estreita colaboração e compromisso entre os Estados Membros, por meio do SPAG, e a RSPA, o que contribuiu para o fortalecimento do trabalho da Organização. Tais colaborações demonstram como a combinação do talento e dos recursos dos Estados Membros e da RSPA pode levar à inovação e ao desenvolvimento de um trabalho científico proeminente, que promoverá os esforços da Organização e, desse modo, contribuirá para seu posicionamento estratégico. A documentação e a publicação das lições aprendidas e inovações contribuirão para o conhecimento científico regional e mundial com respeito ao estabelecimento de prioridades em saúde pública.
8. **Repercussões financeiras do tema:**  
US\$ 240.000, com base em experiências anteriores, para cobrir gastos relacionados com coordenação, treinamento, edição e publicação.